

STEPS:

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА
НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ, 2020 Г.



Всемирная организация
здравоохранения

Европейский регион



STEPS:

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА
НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ, 2020 Г.

> Реферат

Неинфекционные заболевания (НИЗ) являются основной причиной смертности населения во всем мире. К ним относятся болезни системы кровообращения, сахарный диабет, хронические респираторные заболевания, онкологические и другие хронические заболевания, приводящие к инвалидности и преждевременной смертности населения.

Риск развития НИЗ значительно увеличивается при наличии факторов риска, таких как употребление табака, нездоровое питание, отсутствие физической активности и чрезмерное употребление алкоголя. Эти факторы риска могут способствовать накоплению избыточной массы тела и развитию ожирения, повышению артериального давления и уровня холестерина в крови. Поэтому достоверная информация о количестве лиц в популяции, имеющих факторы риска НИЗ крайне важна для общественного здравоохранения.

В 2016 г. впервые в Республике Беларусь было проведено общенациональное исследование распространенности основных факторов риска НИЗ в соответствии с одобренной ВОЗ методологией поэтапного подхода к эпиднадзору (STEPS).

Полученные в результате первого STEPS-исследования данные позволили сформировать соответствующие индикаторы государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016 – 2020 гг. и мероприятия по их достижению.

Повторное STEPS-исследование в 2020 г. позволяет оценить эффективность проведенных мероприятий, обоснованно спланировать соответствующую политику и разработать целенаправленные меры по профилактике и борьбе с НИЗ в Республике Беларусь на 2021 – 2025 гг.

В основной части отчета представлены только отдельные результаты.

Полный Сборник Данных, Инструмент STEPS 2020 Беларусь (анкета), а также Сравнительный анализ результатов STEPS 2020 по регионам страны (Брестская область; город Минск; Гомельская область; Гродненская область; Минская область; Могилёвская область; Витебская область) представлены отдельными файлами.

> Ключевые слова

Noncommunicable diseases

Risk factors

Belarus

Tobacco

Alcohol drinking

Physical activity

Cardiovascular disease

Номер документа: WHO/EURO:2022-4674-44437-62813

© 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 Беларусь, 2020 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 Беларусь, 2020 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
Благодарности	ix
Список участников	x
Обозначения и сокращения	xv
Резюме	xvi

1. Введение **1**

1.1 НИЗ в мире	1
1.2 НИЗ в Республике Беларусь	1
1.3 Факторы риска НИЗ в Республике Беларусь	2

2. Цели и задачи исследования **4**

2.1 Цели исследования:	4
2.2 Задачи исследования:	4
2.3 Обоснование исследования	5

3. Методология исследования **6**

3.1 Дизайн исследования	6
3.2 Расчет объема выборки	6
3.3 Построение выборки	8
3.4 Процесс сбора данных	10
3.5 Этический аспект	21

4. Результаты исследования **22**

4.1 Социально-демографические показатели	22
4.2 Употребление табака	23
4.3 Употребление алкоголя	28
4.4 Рацион питания	33
4.5 Физическая активность	37
4.6 Анамнез гипертонии	39
4.7 Анамнез диабета	40

4.8	Анамнез гиперхолестеринемии	42
4.9	Анамнез болезней системы кровообращения (БСК)	43
4.10	Рекомендации по здоровому образу жизни	45
4.11	Скрининг на рак шейки матки и молочной железы	46
4.12	Физические измерения	47
4.13	Биохимические анализы	52
4.14	Риск развития болезней системы кровообращения (БСК)	55
4.15	Сочетания факторов риска	57
4.16	Доступ к медицинскому обслуживанию и личный опыт пациента	58
4.17	Здоровье полости рта	66
4.18	Депрессивная симптоматика	70
5.	Сравнение основных результатов STEPS 2016 и 2020	74
6.	Заключение	82
6.1	Основные результаты	82
6.2	Сильные и слабые стороны исследования	86
6.3	Рекомендации по использованию данных и перспективы работы	87
	Список использованных источников	88

Веб-приложение 1

Инструмент STEPS 2020 Республика Беларусь (анкета)
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/356370>

Веб-приложение 2

Полный сборник данных
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/356371>

Веб-приложение 3

Сравнительный анализ результатов STEPS 2020 по регионам страны
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/356372>

Вступительное слово

Неинфекционные заболевания (НИЗ), также известные как хронические заболевания, к которым относятся болезни системы кровообращения, сахарный диабет, хронические респираторные заболевания, онкологические заболевания и другие, как правило, имеют продолжительное течение и являются результатом воздействия комбинации генетических, физиологических, экологических и поведенческих факторов.

НИЗ распространены во всех возрастных группах, всех регионах и всех странах. Дети, взрослые и пожилые люди — все уязвимы перед факторами риска, способствующими развитию НИЗ, такими как нездоровое питание, недостаточная физическая активность, воздействие табачного дыма или злоупотребление алкоголем. Последствия нездорового питания и недостаточной физической активности могут проявляться у отдельных людей в виде повышенного артериального давления, повышенного содержания глюкозы и липидов в крови, а также избыточной массы тела и ожирения.

Развитию данных заболеваний способствуют и такие факторы, как быстрая и неорганизованная урбанизация, глобализация нездорового образа жизни и старение населения.

1 января 2016 г. официально вступила в силу Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 г., принятая 193 странами в сентябре 2015 г. под эгидой ООН. Это 17 Целей в области устойчивого развития, которые носят комплексный характер и так или иначе связаны со здоровьем населения. При этом Цель 3 «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте» непосредственно связана со здоровьем, включая борьбу с НИЗ и факторами их риска, а обязательства по регулярному проведению научных исследований, касающихся анализа поведенческих факторов риска в отношении здоровья поддержаны странами-участницами в рамках основных приоритетов Европейской программы работы на 2020-2025 гг. Европейского регионального бюро ВОЗ.

Белорусское здравоохранение в полной мере привержено осуществлению Повестки дня – 2030 и предпринимает ряд важных шагов на пути к достижению Целей устойчивого развития и реализации принципа политики «Здоровье для всех»: обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения. Вместе с тем, в Республике Беларусь НИЗ остаются основной причиной заболеваемости, инвалидности и преждевременной смертности населения, на их долю приходится примерно 86% смертности и 77% бремени в общей заболеваемости. Уровень распространенности факторов риска, способствующих развитию НИЗ, в нашей стране достаточно высок. Поэтому решение проблем, связанных с НИЗ и распространением факторов их риска, являются задачами первостепенной важности для Министерства здравоохранения Республики Беларусь и государства в целом.

С целью реализации мер против основных хронических заболеваний в 2016 г. правительством страны была принята государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016 - 2020 гг., которая обеспечила комплексный,

общегосударственный подход с целью формирования профилактической среды жизнедеятельности людей при содействии этому процессу всего общества и каждого его гражданина в отдельности. Важным результатом данной программы, среди прочих, явилась реализация крупных республиканских профилактических проектов: «Здоровые города и поселки», «Школа – территория здоровья» и «Мой стиль жизни сегодня – мое здоровье и успех завтра!», направленных на создание здоровьесберегающей среды и популяризации здорового образа жизни.

Инвестиции в борьбу с факторами риска сегодня являются важнейшим инструментом уменьшения бремени НИЗ, предупреждения их развития, а именно, воздействие на популяционном и индивидуальном уровне на поведенческие и биологические факторы риска НИЗ: курение, употребление алкоголя, чрезмерное употребление соли, низкая физическая активность, избыточная масса тела, нездоровое питание и др.

Разработка и реализация политики в области профилактики НИЗ, борьбы с их факторами риска требует объективных данных на национальном уровне для всестороннего понимания существующих проблем, определения стратегии и мониторинга эффективности проводимых мероприятий Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь».

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) поддерживает усилия правительства Республики Беларусь и системы здравоохранения, в частности, по борьбе с НИЗ и их факторами риска в рамках совместных программ и проектов международной технической помощи.

В 2016 – 2020 гг. в Республике Беларусь был успешно реализован проект международной технической помощи «Профилактика неинфекционных заболеваний, продвижение здорового образа жизни и поддержка модернизации системы здравоохранения в Республике Беларусь» (БЕЛМЕД), финансируемый Европейским Союзом, в рамках которого при поддержке ВОЗ были проведены два общенациональных исследования распространенности основных факторов риска НИЗ среди населения страны в возрасте 18-69 лет - STEPS 2016 и STEPS 2020.

В 2016 г. такое масштабное, репрезентативное и всеобъемлющее исследование по изучению факторов риска проводилось в Республике Беларусь впервые. Полученные данные позволили сформировать соответствующие индикаторы в государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016 – 2020 гг. Повторное STEPS-исследование в 2020 г. позволит составить объективное мнение о текущей ситуации по распространенности факторов риска НИЗ среди взрослого населения страны, а также сравнить с аналогичными показателями STEPS-исследования в 2016 г., и в значительной степени станет основой для планирования соответствующей политики и разработки целенаправленных мер по профилактике и борьбе с НИЗ в Республике Беларусь на 2021 – 2025 гг.

Мы очень благодарны нашим партнерам – Европейскому Союзу и Министерству здравоохранения Российской Федерации – за оказание финансовой поддержки при осуществлении STEPS-исследований в Республике Беларусь; Европейскому региональному бюро ВОЗ и

Европейскому офису ВОЗ по профилактике НИЗ и борьбе с ними – за консультативную и техническую помощь в подготовке и проведении исследований, а также специалистам государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения» (РНПЦ МТ) – за проявленное лидерство в практической организации этих важных исследований на национальном уровне.

Дмитрий Пиневич

Министр здравоохранения
Республики Беларусь

Масуд Дара

Специальный Представитель
Регионального директора
ВОЗ в Республике Беларусь,
Глава Странового офиса
ВОЗ в Республике Беларусь

► Благодарности

STEPS-исследование было проведено в рамках проекта международной технической помощи «Профилактика неинфекционных заболеваний, продвижение здорового образа жизни и поддержка модернизации системы здравоохранения в Республике Беларусь» (БЕЛМЕД), финансируемого Европейским Союзом и реализованного в 2016 – 2020 гг. ПРООН, ВОЗ, ЮНИСЕФ и ЮНФПА в сотрудничестве с Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Дополнительное финансирование было предоставлено Правительством Российской Федерации в рамках работы Европейского офиса ВОЗ по профилактике и борьбе с НИЗ.

Авторы отчета признательны сотрудникам штаб-квартиры ВОЗ (в частности, Штефану Савину за консультации), коллегам из Европейского офиса ВОЗ по профилактике и борьбе с НИЗ: Иво Раковац, Энрике Лойола, Артему Гилю, Сергею Бычкову, Наталье Федькиной и сотрудникам Странового офиса ВОЗ в Республике Беларусь: Батыру Бердыклычеву, Масуду Дара, Валентину Русовичу, Елене Нестеронок, Татьяне Буржинской, а также Наталье Стасевич, координатору проектов Представительства Европейского Союза, за предоставленную помощь, руководство и активное участие на протяжении всего STEPS-исследования в Республике Беларусь.

Авторы выражают благодарность всем участникам, имеющим отношение к исследованию: респондентам, давшим свое согласие на интервью, координаторам и интервьюерам региональных рабочих групп, членам Организационного комитета по подготовке исследования STEPS 2020 и контролю его проведения, сотрудникам организаций здравоохранения и Национального статистического комитета Республики Беларусь за поддержку, помощь и участие в проведении исследования, а также персонально Наталье Бондаренко, кандидату экономических наук, доценту кафедры финансов и менеджмента Института бизнеса Белорусского государственного университета, за формирование выборки для обследования, являющейся репрезентативной на общенациональном уровне.

Исследование STEPS проводилось региональными рабочими группами под контролем региональных координаторов и рабочей группы, созданной в РНПЦ МТ, при поддержке представителей ВОЗ.

Общее техническое руководство осуществляли Иво Раковац и Энрике Лойола из Европейского офиса ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Исследование STEPS 2020 в Республике Беларусь было реализовано по Соглашению на проведение работ между ВОЗ и РНПЦ МТ от 20.03.2020 № 2020/999416-0.

Список участников

Участвующие организации

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)

Европейское региональное бюро ВОЗ

Европейский офис ВОЗ по профилактике и борьбе с НИЗ

Страновой офис ВОЗ в Республике Беларусь

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

Национальный статистический комитет Республики Беларусь

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения» (РНПЦ МТ)

ВОЗ

Иво Раковац, программный менеджер, Европейский офис ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (Офис по НИЗ)

Энрике Лойола, консультант, Европейский офис ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (Офис по НИЗ)

Артем Гиль, консультант ВОЗ, Европейский офис ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (Офис по НИЗ)

Сергей Бычков, консультант, Европейский офис ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (Офис по НИЗ)

Наталья Федькина, консультант, Европейский офис ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (Офис по НИЗ)

Штефан Савин, технический консультант, Штаб-квартира ВОЗ

Батыр Бердыклычев, представитель ВОЗ в Республике Беларусь, глава Странового офиса ВОЗ в Республике Беларусь

Масуд Дара, Специальный Представитель Регионального директора ВОЗ в Республике Беларусь, Глава Странового офиса ВОЗ в Республике Беларусь

Валентин Русович, координатор программ ВОЗ по общественному здравоохранению, Страновой офис ВОЗ в Республике Беларусь.

Татьяна Буржинская, ассистент проекта, Страновой офис ВОЗ в Республике Беларусь

Организационный комитет по подготовке исследования STEPS 2020 и контролю его проведения

Татьяна Мигаль, заместитель начальника Главного управления организации медицинской помощи, начальник отдела специализированной медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Беларусь (председатель)

Ирина Новик, заместитель директора по экономическим технологиям и международным проектам РНПЦ МТ (заместитель председателя)

Виталий Писарик, ведущий научный сотрудник лаборатории мониторинга и прогнозирования развития здравоохранения РНПЦ МТ (секретарь)

Сергей Стреха, заведующий отделом медицинской статистики и мониторинга здоровья населения РНПЦ МТ

Инна Карабан, заместитель начальника отдела гигиены, эпидемиологии и профилактики Министерства здравоохранения Республики Беларусь

Александр Пацеев, начальник Главного управления организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Беларусь

Анастасия Косова, заведующий отделом общественного здоровья и социально-гигиенического мониторинга ГУ «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья»

Екатерина Федоренко, заместитель директора по сопровождению практического санитарно-эпидемиологического надзора и работе с Евразийской экономической комиссией Республиканского унитарного предприятия «Научно-практический центр гигиены»

Наталья Карлович, главный врач ГУ «Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения», главный внештатный эндокринолог МЗ РБ, председатель Экспертного совета государств-участников СНГ по проблемам диабета

Сергей Беляев, главный врач учреждения здравоохранения «Национальная антидопинговая лаборатория», главный внештатный специалист по лабораторной диагностике МЗ РБ

Александр Старцев, директор ГУ «РНПЦ психического здоровья»

Александр Ходжаев, главный специалист управления организации медицинской помощи МЗ РБ

Валентин Русович, координатор программ ВОЗ по общественному здравоохранению Странового офиса ВОЗ в Республике Беларусь

Ольга Якимович, заместитель начальника Главного управления – начальник управления статистики уровня жизни населения и обследований домашних хозяйств Национального статистического комитета Республики Беларусь.

Рабочая группа РНПЦ МТ по организации, сопровождению и контролю за ходом проведения STEPS 2020

Марина Сачек, директор РНПЦ МТ

Ирина Новик, заместитель директора по экономическим технологиям и международным проектам

Виталий Писарик, ведущий научный сотрудник лаборатории мониторинга и прогнозирования развития здравоохранения (ЛМПРЗ)

Елена Новикова, главный бухгалтер

Алена Зарембо, заместитель главного бухгалтера

Ольга Городецкая, ведущий бухгалтер

Наталья Ивкова, ученый секретарь

Жанетта Дегтяревич, старший научный сотрудник ЛМПРЗ

Валентина Куликина, старший научный сотрудник ЛМПРЗ

Виктория Хавратович, старший научный сотрудник ЛМПРЗ

Игорь Бортник, заведующий отделом технического обеспечения информатизации (ОТОИ)

Андрей Залещёнок, администратор системный ОТОИ

Игорь Кулага, инженер-программист отдела организационно-методической работы информатизации здравоохранения

Ирина Пикулик, заведующий складом, техник 1 категории отдела эксплуатационно-технического обеспечения

Региональные рабочие группы по проведению STEPS-исследования

Брестская область

Координатор:

Наталья Побиванцева, главный врач УЗ «Брестский областной кардиологический диспансер»

Интервьюеры:

Алла Киселёва, заместитель директора КУП «Барановичская лечебно-консультативная поликлиника»

Рита Сомар, заместитель главного врача по медицинскому обслуживанию населения УЗ «Пинская центральная поликлиника»

Наталья Козак, медицинская сестра, УЗ «Брестский областной кардиологический диспансер»

Александр Козак, рентгенолаборант ангиографического кабинета с гибридной кардиохирургической операционной УЗ «Брестский областной кардиологический диспансер»

Витебская область

Координатор:

Алексей Гапанович, заместитель главного врача по организационно-методической работе, УЗ «Витебская областная клиническая больница»;

Интервьюеры:

Кирилл Чистин, инженер-программист ОАО «Витебский мясокомбинат»

Александр Купцов, врач бригады интенсивной терапии учреждения здравоохранения «Витебская городская станция скорой и неотложной медицинской помощи»

Игорь Мастыко, врач отделения гемодиализа учреждения здравоохранения «Витебская областная клиническая больница»

Андрей Позняк, заведующий приемным отделением учреждения здравоохранения «Витебская областная клиническая больница»

Гомельская область

Координатор:

Ольга Лях, главный врач учреждения «Гомельский областной клинический кардиологический центр»

Интервьюеры:

Ольга Позднякова, заместитель главного врача по организационно-методической работе учреждения «Гомельская областная клиническая больница»

Анна Трипутень, заведующий отделом медицинской статистики учреждения «Гомельская областная клиническая больница»

Татьяна Латохо, заведующий отделением организационно-методической работы учреждения «Гомельская областная клиническая больница»

Лариса Жильская, заведующий организационно-методическим кабинетом учреждения «Гомельский областной клинический кардиологический центр»

Марина Парфенцова, главная медицинская сестра учреждения «Гомельский областной клинический кардиологический центр»

Маргарита Пятченко, заведующий отделением функциональной диагностики учреждения «Гомельский областной клинический кардиологический центр»

Гродненская область

Координатор:

Наталья Гринко, главный специалист управления организации медицинской помощи главного управления здравоохранения Гродненского областного исполнительного комитета

Интервьюеры:

Илья Гайда, врач-хирург, УЗ «Щучинская ЦРБ»

Александр Гринко, фельдшер, УЗ «Гродненская областная станция скорой медицинской помощи»

Анжела Дорош, заведующая лабораторией, УЗ «Новогрудская ЦРБ»

Ольга Долгобородова, врач общей практики УЗ «Слонимская ЦРБ»

Виктор Яцкевич, врач-уролог УЗ «Лидская ЦРБ»

Ольга Перелайко, врач общей практики (заведующий) городской поликлиники УЗ «Волковысская ЦРБ»

Наталья Сухенко, врач терапевт (заведующий) поликлиники УЗ «Островецкая центральная районная клиническая больница»

Минская область

Координатор:

Оксана Румянцева, заместитель главного врача по организационно-методической работе учреждения здравоохранения «Минская ордена Трудового Красного Знамени областная клиническая больница»

Интервьюеры:

Снежанна Веробей, врач-терапевт (заведующий) консультативной поликлиникой УЗ «Минская областная клиническая больница»

Виктор Суцевич, врач-статистик (заведующий) отделения медицинской статистики организационно-методического отдела УЗ «Минская областная клиническая больница»

Ольга Шевчук, врач-эндоскопист УЗ «Молодечненская ЦРБ»

Петр Кезля, врач-травматолог-ортопед, травматолого-ортопедического отделения УЗ «Минская областная клиническая больница»

Василий Жлоба, заведующий поликлиникой №1 УЗ «Минская ЦРБ»

Алина Кисель, врач-эндокринолог, УЗ «Слуцкая ЦРБ»

Инна Соболева, врач-терапевт, ООО «Майоли Бела»

Могилевская область

Координаторы:

Татьяна Шепило, заместитель главного врача по организационно-методической работе УЗ «Могилевская областная клиническая больница»

Александр Бабак, главный врач УЗ «Могилевская поликлиника N4»

Интервьюеры:

Владислав Иванчиков, врач общей практики УЗ «Могилевская поликлиника №4»

Марина Бобла, врач общей практики УЗ «Могилевская поликлиника №5»

Даниил Михальцов, врач общей практики УЗ «Могилевская поликлиника №10»

Кирилл Досов, врач ультразвуковой диагностики УЗ «Мстиславская ЦРБ»

Павел Суворов, врач общей практики УЗ «Могилевская центральная поликлиника»

Ксения Борисова, врач общей практики УЗ «Бобруйская государственная поликлиника №7»

г. Минск

Координатор:

Ольга Есманчик, главный врач УЗ «39-я городская клиническая поликлиника»

Интервьюеры:

Светлана Лабкович, медицинская сестра (старшая) стоматологического отделения УЗ «39-я городская клиническая поликлиника»

Анастасия Крылова, врач-стоматолог-терапевт стоматологического отделения УЗ «39-я городская клиническая поликлиника»

Татьяна Климова, медицинская сестра (старшая) централизованного стерилизационного отделения УЗ «39-я городская клиническая поликлиника»

Анна Полоневич, медицинская сестра общей практики кабинета общей врачебной практики терапевтического отделения №1 УЗ «39-я городская клиническая поликлиника»

Анна Скребец, секретарь УЗ «39-я городская клиническая поликлиника»

Анна Хоменок, помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи

Егор Мертвецов, врач-терапевт

Составители отчета

Иво Раковац, Сергей Бычков, Ирина Новик, Виталий Писарик, Николай Романов, Сергей Стреха, Валентина Кулинка, Энрике Лойола

> Обозначения и сокращения

АД	артериальное давление
БелМАПО	государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
БСК	болезни системы кровообращения
ВЕВ	вторичная единица выборки
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВПЧ	вирус папилломы человека
ГУ	государственное учреждение
ДАД	диастолическое артериальное давление
ДИ	доверительный интервал
ДХ	домохозяйство
ИМТ	индекс массы тела
КПК	карманный персональный компьютер (планшет)
ЛПВП	липопротеины высокой плотности
МЕТ	метаболический эквивалент
МЗ	Министерство здравоохранения
мм рт. ст.	миллиметры ртутного столба
МТП	международная техническая помощь
НИЗ	неинфекционные заболевания
ОИМ	острый инфаркт миокарда
ООН	Организация объединенных наций
ООФА	опросник по общей физической активности
Офис по НИЗ	Европейский офис ВОЗ по профилактике НИЗ и борьбе с ними
ПАП-тест	осмотр под микроскопом клеток шейки матки после их окраски красителем Папаниколау
ПЕВ	первичная единица выборки
ПРООН	Программа развития Организации объединенных наций
РБ	Республика Беларусь
РНПЦ	республиканский научно-практический центр
САД	систолическое артериальное давление
СД	сахарный диабет
ст. п.	стандартная порция алкоголя (10 г чистого этилового спирта)
ст. п.	стандартная порция фруктов или овощей (80 г)
УЗ	учреждение здравоохранения
ФАП	фельдшерско-акушерский пункт
ХОБЛ	хроническая обструктивная болезнь легких
ЦГБ	центральная городская больница
ЦРБ	центральная районная больница
ЦУР	цели устойчивого развития
ЧСС	частота сердечных сокращений
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
ЮНФПА	Фонд ООН в области народонаселения

> Резюме

Цель STEPS-исследования – получить репрезентативные на национальном уровне данные о распространенности основных поведенческих и биологических факторов риска неинфекционных заболеваний (НИЗ) среди взрослого населения Республики Беларусь в возрасте 18-69 лет, включая дезагрегацию по половозрастным группам (мужчины и женщины, соответственно в возрасте 18-29, 30-44, 45-59 и 60-69 лет), а также по месту проживания (город и село). Исследование было проведено в соответствии с одобренной ВОЗ методологией STEPS – поэтапным подходом к эпидемиологическому надзору за НИЗ.

Методом многоступенчатой кластерной выборки было отобрано 5760 респондентов в возрасте 18-69 лет, пропорционально распределённых по возрасту, полу и регионам Республики Беларусь, из них 5385 (93,5%) приняло участие в исследовании. Сбор данных проводился с марта по ноябрь 2020 г.

Данное исследование включало три этапа (или шага):

- анкетирование;
- физические измерения;
- биохимический анализ крови.

Первый этап исследования включал сбор социально-демографических данных, информации об анамнезе основных НИЗ и их общих поведенческих факторов риска (потребление табака, общее потребление алкоголя, а также потребление незарегистрированного алкоголя, нездоровое питание (избыток соли и недостаток овощей и фруктов), недостаточная физическая активность и др.). Кроме основных модулей в STEPS-исследовании 2020 г. в анкету были включены дополнительные модули: «Депрессивная симптоматика», «Здоровье полости рта» и «Доступ к медицинскому обслуживанию и личный опыт пациента».

Второй этап включал измерение артериального давления и частоты сердечных сокращений, роста и массы тела, а также окружности талии для оценки таких факторов риска НИЗ, как повышенное артериальное давление, избыточная масса тела и ожирение.

На третьем этапе проводилось биохимическое определение уровня глюкозы и холестерина в образцах капиллярной крови.

Исследование выявило очень высокую распространенность НИЗ и их поведенческих и биологических факторов риска в Республике Беларусь. Ниже представлены основные результаты исследования STEPS 2020.

Потребляет табачные изделия (исключая электронные сигареты) в настоящее время 26,7% населения. Среди мужчин распространение потребления курительного табака составляет 41,9%, среди женщин – 11,3%. Ежедневно курит 23,0% (36,7% мужчин и 9,3% женщин).

При анализе распространенности табакокурения выявлено, что среди сельских жителей употребляют табак 27,5%, среди городского населения – 21,9%. При этом в сельской местности табак употребляют 42,9% мужчин и 9,8% женщин, в городской – 34,9% мужчин и 9,2% женщин.



26,7%

жителей в возрасте 18-69 лет употребляют в настоящее время табачные изделия

Средний возраст начала курения составил 18,2 года (17,5 года у мужчин и 20,7 года у женщин).

Среди ежедневных потребителей табака 98,9% курят сигареты фабричного производства (98,8% курильщиков и 98,9% курильщиц). При этом ежедневные потребители табака каждый день выкуривают в среднем 12,9 сигарет (14,1 – мужчины и 8,1 – женщины).

Почти треть курильщиков (27,3%) пыталась бросить курить в течение последних 12 месяцев (25,5% среди мужчин и 34,2% среди курящих женщин).

61,6% курильщиков получали совет бросить курить от врача или другого медицинского работника.

Бездымные табачные изделия, такие как снаф, жевательный табак, бетель, в Республике Беларусь практически не употребляются (0,2%).

Электронными сигаретами в настоящее время пользуется 6,1% населения (9,8% мужчин и 2,3% женщин). В возрастной группе 18–29 лет доля пользователей наибольшая и составляет 13,4% (19,3% мужчин и 5,9% молодых женщин).

Почти каждый пятый не курящий человек подвергается воздействию табачного дыма в домашних условиях (18,9%) или на рабочем месте (11,9%), причем среди мужчин больше пассивных курильщиков (19,2% дома и 18,4% на работе), чем среди женщин (18,7% дома и 5,9% на работе).

Употребляли алкоголь в течение последних 30 дней 54,4% населения (63,1% мужчин и 45,7% женщин). И только 10,1% населения (8,8% мужчин и 11,4% женщин) не употребляли в течение последних 12 месяцев алкоголь. Не употребляли алкоголь на протяжении всей жизни 6,3% населения (5,7% мужчин и 6,9% женщин).

Среди употребляющих алкоголь 17,4% населения (30,6% мужчин и 4,2% женщин) употребляет алкоголь по наиболее неблагоприятной модели – эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах (>6 стандартных порций алкоголя в среднем за 1 случай употребления алкоголя за последние 30 дней. Стандартная порция составляет 10 г чистого спирта).

6,1% населения (9,5% мужчин и 2,5% женщин) указали на необходимость употребления алкоголя утром для уменьшения похмельного синдрома.

Среди употреблявших алкоголь в течение последних 30 дней 6,5% употребляли незарегистрированный алкоголь (8,2% среди мужчин и 4,1% среди женщин). Доля незарегистрированного алкоголя среди всего алкоголя, потребленного за последнюю неделю, составила 6,2% (в городской местности – 5,4%, в сельской – 8,1%).

Потребление фруктов и овощей в целом по стране недостаточное с точки зрения рекомендаций ВОЗ употреблять 5 и более порций в день (1 стандартная порция составляет 80 г): 78,2% населения употребляет менее пяти порций фруктов и/или овощей в день, причем среди мужчин



30,6%

мужчин употребляли 6 и больше порций алкоголя за один раз как минимум однажды за последние 30 дней



78,2%

жителей употребляют
недостаточное количество
фруктов и овощей (менее
пяти порций в день)

это 83,7%, а среди женщин – 72,7%. Среднее количество порций фруктов, употребляемых за день, составило 1,5, а среднее количество порций овощей – 1,9, итого 3,4 порции.

Среднее количество дней в типичную неделю, когда употребляются фрукты, составило 4,8 дня, а овощи – 5,7 дня. Результаты исследования показали, что женщины употребляют фрукты (5,4 дня в неделю) и овощи (5,9 дня) чаще, чем мужчины (4,3 и 5,5 дня, соответственно) и в несколько большем количестве (1,7 порции фруктов в среднем в день потребляют женщины, 1,2 – мужчины; 2,0 порции овощей – женщины, 1,9 – мужчины).

Доля тех, кто всегда или часто добавляет соль или солёный соус в пищу перед употреблением или досаливает в процессе еды, составила 22,8% (26,5% мужчин и 19,1% женщин), а доля тех, кто всегда или часто употребляет обработанные продукты с высоким содержанием соли, составила 44,3% (52,5% мужчин и 36,0% женщин).

3,8% населения употребляют сладкие напитки чаще одного раза в день (4,7% мужчин и 2,8% женщин). С другой стороны, почти треть населения (29,9%) не употребляла сладкие напитки никогда (23,2% мужчин и 36,6% женщин).

11,6% населения не соответствуют рекомендациям ВОЗ по минимальному уровню физической активности (150 минут среднеинтенсивной (или эквивалентной) нагрузки в неделю); среди мужчин не соответствующий уровень физической активности имеют 11,2%, среди женщин – 11,9%.

В общей сложности от 30,5% до 53,1% населения в течение предыдущего года получали от врача или среднего медицинского работника рекомендации по различным аспектам здорового образа жизни (бросить курить, уменьшить потребление соли, увеличить уровень физической активности, поддерживать нормальную массу тела и др.).

78,8% женщин в возрасте 30–49 лет сообщили, что когда-либо проходили обследование, направленное на выявление рака шейки матки. 76,9% женщин – на рак молочной железы (с использованием любого теста, включая физикальное обследование).

Средние показатели систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления (включая пациентов, принимающих антигипертензивные лекарственные средства) составили 129,9 мм рт. ст. и 82,2 мм рт. ст.; при этом у женщин – 127,9 мм рт. ст. и 81,2 мм рт. ст.; у мужчин – 131,9 мм рт. ст. и 83,2 мм рт. ст., соответственно.

Почти треть населения (30,8%) имеет повышенное АД (САД $\geq$ 140 и/или ДАД $\geq$ 90 мм рт. ст.) или принимает антигипертензивные препараты; существенных различий между мужчинами и женщинами не выявлено.

Доля населения с повышенным АД (САД $\geq$ 140 и/или ДАД $\geq$ 90 мм рт. ст.), не получающего в настоящее время антигипертензивную лекарственную терапию, составила 41,5%, другими словами 52,9% мужчин и 29,9% женщин, имея повышенное АД, не принимают соответствующие медикаменты.

По данным измерений роста и массы тела и последующего расчета индекса массы тела (ИМТ) было выявлено, что суммарно 53,0% населения имеет избыточную массу тела (ИМТ ≥ 25 кг/м²) или ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²), причем таких мужчин 56,0%, а женщин – 49,9%.

Собственно ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²) имеет 18,9% населения (16,6% мужчин и 21,2% женщин). Распространенность ожирения выше среди женщин, проживающих в сельских населенных пунктах (28,8%), чем в городских (19,5%).

В целом средний ИМТ населения в возрасте 18-69 лет составил 26,2 кг/м², различий между мужчинами (26,2 кг/м²) и женщинами (26,1 кг/м²) по этому показателю выявлено не было.

Средняя окружность талии составила у женщин 84,7 см, у мужчин – 91,1 см.

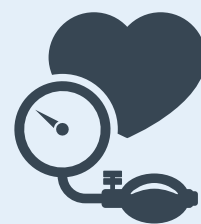
Среднее значение уровня глюкозы в крови натощак, включая тех, кто в текущее время принимает медикаменты от повышенного уровня глюкозы в крови, составило 5,2 ммоль/л (одинаковое у мужчин и женщин).

Доля лиц с нарушенной гликемией натощак составила 9,1% (8,0% мужчин и 10,2% женщин). (Нарушенная гликемия определяется концентрацией глюкозы в плазме венозной крови $\geq 6,1$ ммоль/л (110 мг/дл), но $< 7,0$ ммоль/л (126 мг/дл), или в цельной капиллярной крови $\geq 5,6$ ммоль/л (100 мг/дл), но $< 6,1$ ммоль/л (110 мг/дл)).

Доля лиц с повышенным уровнем глюкозы в крови натощак, включая тех, кто в текущее время принимает медикаменты от повышенного уровня глюкозы в крови, составила 6,5%. И также существенной разницы между мужчинами (6,4%) и женщинами (6,7%) выявлено не было. (Повышенная гликемия определяется концентрацией глюкозы в плазме венозной крови $\geq 7,0$ ммоль/л (126 мг/дл), или в цельной капиллярной крови $\geq 6,1$ ммоль/л (110 мг/дл)).

Установлено, что 43,9% населения имеют повышенный уровень общего холестерина в крови (≥ 5 ммоль/л), включая принимающих лекарственные средства от гиперхолестеринемии. Среднее значение уровня общего холестерина в крови, включая тех, кто в текущее время принимает медикаменты от повышенного холестерина в крови, составило 5 ммоль/л (4,9 ммоль/л у мужчин и 5,0 ммоль/л у женщин). Среди населения с диагностированным медицинским работником повышенным уровнем холестерина 36,0% принимают медикаменты для снижения его уровня (32,8% мужчин и 38,1% женщин). Другими словами, 64% лиц с высоким уровнем холестерина не принимают рекомендованное ВОЗ лечение для снижения риска развития БСК.

Собранная в процессе STEPS-исследования информация позволила выявить лиц, имеющих три или более факторов риска НИЗ (ежедневное табакокурение, потребление менее 5 порций овощей и/или фруктов в день, гиподинамия, избыточная масса тела, повышенное АД). Таковых оказалось 33,0% в возрасте 18-69 лет (39,3% мужчин и 26,4% женщин).

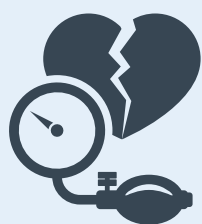


39,3%



26,4%

39,3% мужчин и 26,4% женщин имеют три или больше фактора риска НИЗ



18,2%

населения имеют 10-летний
риск развития БСК $\geq$ 30%
или уже имеют заболевание
системы кровообращения

Доля населения с тремя или более факторами риска НИЗ пропорционально увеличивается с возрастом: в возрастной группе 18-44 года – 17,8% (24,8% мужчин и 9,2% женщин), а в возрастной группе 45-69 лет – 55,5% (66,0% мужчин и 47,1% женщин). При этом, как в популяции в целом, так и в каждой возрастной группе, доля женщин с тремя и более факторами риска существенно ниже доли мужчин.

И только у 7,2% населения не выявлено ни одного фактора риска НИЗ (4,5% мужчин и 10,0% женщин).

Результаты исследования также позволили рассчитать долю лиц в возрасте 40-69 лет, которые либо уже страдают от БСК, либо имеют 10-летний риск развития БСК равный 30 или более процентов. 10-летний риск развития БСК $\geq$ 30% определяется на основе возраста, пола, артериального давления, статуса курения (курит в настоящее время или бросил курить менее чем за 1 год до оценки риска), уровня общего холестерина и наличия сахарного диабета (диагностированного ранее или при значении уровня глюкозы в крови натощак $\geq$ 6,1 ммоль/л в цельной капиллярной крови).

В Республике Беларусь доля населения в возрасте 40-69 лет с 10-летним риском развития БСК $\geq$ 30% или с уже имеющимся заболеванием системы кровообращения составила 18,2% (18,6% мужчин и 17,9% женщин).

В амбулаторно-поликлинической консультации за последние 12 месяцев (на момент проведения обследования) нуждалось 66,8% населения (73,3% женщин и 60,4% мужчин). 5,5% населения (5,1% мужчин и 5,8% женщин) пропустили консультацию из-за необходимости её оплаты.

Потребность в лекарственных средствах за последние 12 месяцев была установлена у 95,5% лиц, обратившихся на приём (среди женщин 96,5%, среди мужчин 94,3%). При этом 8,0% (6,6% мужчин, 9,1% женщин) не использовали выписанный врачом-специалистом рецепт или пропустили дозу лекарственного средства из-за его стоимости.

Большинство лиц (61,6%) во время последнего визита обращались к врачу общей практики или участковому терапевту в государственном учреждении здравоохранения (63,1% мужчин, 60,5% женщин). Более половины населения (52,7%) ожидали приёма у кабинета менее 15 минут; 36,1% ждали до получаса, 7,9% до часа, 2,8% до двух часов и 0,5% более двух часов. 24,4% пациентов ответили, что данное ожидание явилось для них проблемой.

В целом, качество приёма/консультации оценили на отлично 18,6% населения, очень хорошо – 26,5%, хорошо – 41,2%, удовлетворительно – 12,6%, а плохо – лишь 1,1%.

По самооценке здоровья полости рта 13,4% населения указали на плохое или очень плохое состояние своих зубов и 5,3% считают плохим или очень плохим состояние своих дёсен. 34,0% населения посещали зубного врача в течение последних 12 месяцев (28,2% мужчин и 39,9% женщин).

7,2% населения пользуются съёмными зубными протезами (5,4% мужчин, 9,0% женщин). Подавляющее большинство населения (94,5%) чистит зубы каждый день (91,9% мужчин, 97,2% женщин).

Результаты исследования с использованием валидированного алгоритма анализа депрессивных симптомов показали достаточно высокую распространенность депрессивных состояний в течение последних 12 месяцев, которая отмечена у 12,4% населения, при этом распространенность депрессии более чем в два раза больше среди женщин (17,7%), чем среди мужчин (7,0%) без существенных отличий в зависимости от возрастных групп и места проживания в городе или сельской местности. При этом уровень выявления депрессивных состояний медицинскими работниками низкий: только каждый шестой человек с вероятной депрессией (1,9% от всего целевого населения) подтвердил, что медицинский работник когда-либо в течение жизни устанавливал диагноз депрессии. Среди всех жителей, у которых медицинский работник устанавливал когда-либо диагноз депрессии, 26,6% получали лекарственное лечение, консультирование или психотерапию в течение последних 12 месяцев.

Ниже представлено сравнение результатов STEPS-исследований 2016 и 2020 гг. Указаны показатели, значения которых изменились за отчетный период.

Сравнительный анализ показателей потребления табака показал, что доля курящих на момент проведения исследования в 2020 г. (26,7%) стала ниже, чем в 2016 г. (29,6%).

Средний возраст начала курения увеличился почти на 1 год (17,4 года в 2016 г. и 18,2 года в 2020 г.).

При анализе показателей потребления алкоголя в 2016 и 2020 г. статистически достоверное снижение было установлено только для доли лиц с эпизодическим употреблением алкоголя в больших количествах (6 и более стандартных порций за 1 случай за последние 30 дней) – 20,3% в 2016 г. и 17,4% в 2020 г.

Среднее количество ежедневных стандартных порций фруктов, потребляемых мужчинами, уменьшилось в 2020 г. (1,2 ст.п.) по сравнению с 2016-м (1,5 ст.п.).

Доля тех, кто всегда или часто добавляет соль или соленый соус в пищу перед употреблением или досаливает в процессе еды, уменьшилась и составила 22,8% населения в 2020 г. против 31,7% в 2016 г.

Доля тех, кто всегда или часто употребляет обработанные продукты с высоким содержанием соли, увеличилась с 35,6% в 2016 г. до 44,3% в 2020 г.

Доля женщин в возрасте 30-49 лет, которым когда-либо проводился скрининг на рак шейки матки, в 2020 г. (78,8%) снизилась по отношению к уровню 2016 г. (90,6%).

Средний ИМТ снизился с 27,0 кг/м² в 2016 г. до 26,2 в 2020 г. По таким показателям, как доля тех, кто имеет избыточную массу тела (ИМТ > 25 кг/м²), доля страдающих ожирением (ИМТ ≥ 30 кг/м²) и окружность талии, установлено их достоверное снижение у женщин.



17,7%



7,0%

17,7% женщин и 7% мужчин
страдали от депрессии в
течение последних 12 месяцев



30,8%

почти одна треть населения
имеет повышенное
артериальное давление или
гипертоническую болезнь

Средние значения САД и ДАД, включая тех, кто в текущее время принимает антигипертензивное лечение, снизились. Так, средний уровень САД в 2016 г. составил 134,6 мм рт.ст., в 2020 г. – 129,9 мм рт.ст.; средний уровень ДАД – 84,9 мм рт.ст. и 82,2 мм рт.ст., соответственно.

Снизилась доля лиц с повышенным АД (САД $\geq$ 140 и / или ДАД $\geq$ 90 мм рт.ст.) или принимающих антигипертензивное лечение (с 44,9% в 2016 г. до 30,8% в 2020 г.) и доля лиц с повышенным АД (САД $\geq$ 140 и / или ДАД $\geq$ 90 мм рт.ст.), не принимающих антигипертензивное лечение (с 53,4% в 2016 г. до 41,5% в 2020 г.).

Среднее значение уровня глюкозы в крови натощак, включая тех, кто в текущее время принимает медикаменты от повышенного уровня глюкозы в крови (ммоль/л), возросло с 4,7 ммоль/л в 2016 г. до 5,2 ммоль/л в 2020 г.

Более чем в два раза возросла доля лиц с нарушенной гликемией натощак (в плазме венозной крови $\geq$ 6,1 ммоль/л и $<$ 7,0 ммоль/л или в цельной капиллярной крови $\geq$ 5,6 ммоль/л и $<$ 6,1 ммоль/л) с 4,0% в 2016 г. до 9,1% в 2020 г.

Доля лиц с повышенным уровнем глюкозы в крови натощак (в цельной капиллярной крови $\geq$ 6,1 ммоль/л или в плазме венозной крови $\geq$ 7,0 ммоль/л) или тех, кто в текущее время принимает медикаменты от повышенного уровня глюкозы в крови, также существенно возросла с 3,6% в 2016 г. до 6,5% в 2020 г.

Увеличилась доля населения с повышенным уровнем холестерина ($\geq$ 5 ммоль/л), включая принимающих лекарственные средства от гиперхолестеринемии, с 38,2% (2016 г.) до 43,9% (2020 г.), а также среднее значение уровня общего холестерина в крови с 4,7 ммоль/л в 2016 г. до 5,0 ммоль/л в 2020 г. Вместе с тем несколько увеличилась и доля лиц, принимающих пероральные медикаменты для снижения уровня холестерина с 27,0% (2016 г.) до 36,0% (2020 г.), хотя большинство лиц с этим фактором риска по-прежнему не использует такой метод профилактики БСК.

В 2020 г. доля лиц с тремя и более факторами риска в возрасте от 18 до 69 лет (ежедневное табакокурение, потребление менее 5 стандартных порций овощей и/или фруктов в день, гиподинамия, избыточная масса тела, повышенное артериальное давление) уменьшилась до 33,0%, которая в 2016 г. составляла 40,5%.

Доля лиц в возрасте 40-69 лет с 10-летним риском БСК $\geq$ 30%, или с наличием БСК, среди всего населения увеличилась с 13,3% в 2016 г. до 18,2% в 2020 г.

STEPS-исследования собрали огромное количество информации о НИЗ и связанных с ними факторах риска, предоставив всеобъемлющие, сопоставимые на международном и репрезентативные на национальном уровне данные. Теперь они доступны для оценки успехов, определения приоритетов и планирования будущей необходимой политики, мероприятий и действий по защите здоровья людей и распространению здорового образа жизни.

1. Введение

1.1 НИЗ в мире

Неинфекционные заболевания (НИЗ) в настоящее время являются ведущей причиной смертности во всем мире. По оценкам ВОЗ, ежегодно в мире из-за НИЗ происходит 41 миллион смертей, причем 15 миллионов из них приходится на возрастную группу 30-69 лет [1]. Четыре группы заболеваний, включающие болезни системы кровообращения (БСК), онкологические заболевания, диабет и хроническую обструктивную болезнь легких, составляют около 80% всех смертей от НИЗ. Значительная часть причин НИЗ поддается профилактике; к ним относятся модифицируемые поведенческие факторы риска, такие как употребление табака, нездоровое питание, отсутствие физической активности и вредное употребление алкоголя. Эти поведенческие факторы риска могут также привести к биологическим, таким как избыточная масса тела и ожирение, а также повышенное артериальное давление (АД) и высокая концентрация глюкозы и холестерина в крови. Если не принять ответных мер, то в течение следующих трех десятилетий бремя НИЗ составит триллионы долларов потерянных ресурсов из-за прямых затрат на здравоохранение и косвенных затрат на растроченный социальный капитал. ВОЗ призывает государства осуществлять экономически эффективные мероприятия по снижению бремени и последствий НИЗ, так как устойчивые действия по предотвращению факторов риска и улучшению медицинского обслуживания могут предотвратить миллионы преждевременных смертей.



Ежегодно

41 миллион

смертей в мире происходит из-за неинфекционных заболеваний

1.2 НИЗ в Республике Беларусь

Распространенность неинфекционных заболеваний, а также факторов риска их развития, является растущей проблемой в области общественного здравоохранения Республики Беларусь. НИЗ являются причиной более 80% всех случаев смерти в стране. Вероятность преждевременной смерти (то есть в возрасте до 70 лет) от НИЗ для человека, проживающего в Республике Беларусь, составляет 25% [2].

Среди четырех основных НИЗ главной причиной смертности населения трудоспособного возраста являются БСК (в 2009 г. – 54,1%, в 2014 г. – 55,5% и в 2019 г. – 58,5% от общего числа умерших от всех причин), за которыми следуют злокачественные новообразования (в 2009 г. – 13,3%, в 2014 г. – 14%, в 2019 г. – 16,0%) [3].

В 2019 г. от болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ умерли 378 человек (что составило 0,3% от всех умерших), от психических расстройств и расстройств поведения умер 841 человек (0,7%) [3]. Несмотря на то, что цифры очень малы и не показывают реального бремени этих заболеваний, так как большинство людей умирает от БСК, эти два состояния увеличивают смертность от ряда других причин, поэтому их фактический вклад в общую смертность намного выше.

С неинфекционными болезнями связан и такой негативный феномен, как сверхсмертность мужчин трудоспособного возраста. Смертность белорусских мужчин в трудоспособном возрасте от БСК почти в 6 раз выше

по сравнению с женщинами, в том числе по причине инфаркта миокарда — более чем в 9 раз, от рака — более чем в 2 раза. В значительной степени различия в мужской и женской смертности объясняются более высокой подверженностью мужского населения факторам риска НИЗ, в частности, табакокурению и вредному потреблению алкоголя [2].

Заболеваемость населения Республики Беларусь основными НИЗ остаётся из года в год на стабильно высоком уровне. Так, общая заболеваемость БСК на 100 тыс. населения составила в 2018 г. 29699 и в 2019 г. – 30383, новообразованиями – 6439 [2018 г.] и 6710 [2019 г.], болезнями эндокринной системы – 9918 [2018 г.] и 10223 [2019 г.], психическими расстройствами – 7018 [2018 г.] и 6793 [2019 г.] [4].

Количество впервые признанных инвалидами в возрасте 18 лет и старше в 2019 г. составило 23136 человек (болезни системы кровообращения), 1730 (болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ), 13482 (новообразования), 3039 (психические расстройства и расстройства поведения). Общее количество инвалидов по данным группам заболеваний среди населения Республики Беларусь постоянно растёт: по БСК – 17306 человек было в 2009 г., 23131 в 2014 г. и 23179 в 2019 г., по злокачественным новообразованиям – 10628 [2009], 12437 [2014], 13387 [2019], по болезням эндокринной системы – 1451 [2009], 2069 [2014], 2188 [2019], по психическим расстройствам – 1818 [2009], 2957 [2014] и 3822 [2019] [4].

Преждевременная смертность, заболеваемость и инвалидизация населения, связанные с НИЗ, оказывают негативное воздействие на социально-экономическое развитие. Как и во многих частях мира, НИЗ в Республике Беларусь вызывают резкое увеличение расходов на здравоохранение, затрат на социальную поддержку и обеспечение, а также рост бремени, связанного с временной нетрудоспособностью, что в результате приводит к снижению производительности труда и текучести кадров. Именно поэтому первоочередными задачами по развитию отрасли здравоохранения в Республике Беларусь являются меры, направленные на увеличение продолжительности жизни, снижение заболеваемости и смертности от НИЗ и снижение такого явления как «сверхсмертность» мужчин трудоспособного возраста.

1.3 Факторы риска НИЗ в Республике Беларусь

Развитию НИЗ способствуют факторы риска, уровень распространенности которых в нашей стране достаточно высок, ведущие из них – это повышенное артериальное давление, курение, потребление алкоголя, повышенное содержание холестерина в крови, избыточная масса тела, недостаточное потребление фруктов и овощей и малоподвижный образ жизни [5, 6].

Так, по данным STEPS-исследования, проведенного в Республике Беларусь в 2016 г., факторы риска НИЗ имели высокую распространенность среди населения страны [7]:

- 27,1% взрослого населения в возрасте 18-69 лет курили ежедневно;
- 52,8% употребляли алкоголь в течение последнего месяца;
- 72,9% употребляли меньше пяти порций фруктов и/или овощей в день;
- 13,2% не соответствовали рекомендациям ВОЗ по физической активности;
- 60,6% имели избыточную массу тела;



≥ 80,0%

всех случаев смерти в
Республике Беларусь
происходит из-за
неинфекционных
заболеваний

- 25,4% имели ожирение;
- 44,9% имели повышенное артериальное давление;
- 7,6% имели повышенный уровень глюкозы в крови;
- 13,4% населения в возрасте 40-69 лет имели 10-летний риск БСК выше 30%.

Даже небольшое снижение уровня основных факторов риска НИЗ значительно влияет на уровень заболеваемости и смертности [8, 9, 10, 11]. Вот почему здравоохранение Республики Беларусь заняло активную позицию в борьбе с факторами риска НИЗ. Учитывая, что воздействию факторов риска НИЗ подвержены абсолютно все категории населения, в стране получила развитие широкомасштабная профилактическая работа с использованием всестороннего подхода, основанного на совместной работе всех заинтересованных министерств и ведомств, с привлечением общественных организаций и широкой общественности. Поэтому первое [7] и последующие STEPS-исследования проводятся с целью получения достоверных данных для системы эпидемиологического надзора, и это становится основным инструментом мониторинга прогресса в борьбе с НИЗ.

Дополнительные модули по распространенности депрессивных состояний, здоровью полости рта и оценке здравоохранения на основе удовлетворенности пациентов включены для оценки текущих изменений системы первичной медицинской помощи в Республике Беларусь.



30 тысяч

Общая заболеваемость
БСК на 100 тысяч
населения в Республике
Беларусь превышает
30 тысяч случаев в год

2. Цели и задачи исследования

2.1 Цели исследования:

1. Систематизация эпидемиологического надзора за факторами риска развития неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь.
2. Анализ распространенности факторов риска НИЗ среди взрослого населения в возрасте от 18 до 69 лет.
3. Мониторинг тенденций по факторам риска НИЗ.
4. Обоснование планирования программных мероприятий и оценки политики по НИЗ.

2.2 Задачи исследования:



Определить
распространенность
основных поведенческих
и биологических
факторов риска НИЗ

- 1) Определить распространенность основных поведенческих и биологических факторов риска НИЗ среди взрослого населения (от 18 до 69 лет) с использованием поэтапного подхода ВОЗ к эпиднадзору за неинфекционными болезнями (STEPS) [12], а именно:
 - употребление табака;
 - употребление алкоголя;
 - гиподинамия;
 - нездоровое питание;
 - избыточная масса тела и ожирение;
 - повышенное артериальное давление;
 - повышенное содержание глюкозы и холестерина в крови;
 - анамнез болезней системы кровообращения;
 - здоровье полости рта;
 - депрессивная симптоматика.
- 2) Оценить работу системы здравоохранения по следующим направлениям:
 - рекомендации по здоровому образу жизни;
 - скрининг на рак шейки матки и молочной железы (только для женщин);
 - доступ к медицинскому обслуживанию и личный опыт пациента.
- 3) Сравнить распространенность поведенческих и биологических факторов риска в половозрастных группах и среди городского и сельского населения.
- 4) Сравнить результаты STEPS-исследований 2016 и 2020 гг.

2.3 Обоснование исследования

STEPS-исследование в Республике Беларусь впервые было проведено в 2016 г.. Кроме того, постоянно проводятся регулярные скрининговые исследования по выявлению распространенности различных факторов риска НИЗ (потребление алкоголя, табака на душу населения и т.д.). Так, Национальный статистический комитет Республики Беларусь в ходе проведения выборочного обследования домашних хозяйств по уровню жизни изучает распространение курения и занятий физкультурой и спортом среди населения в возрасте 16 лет и старше.

Вместе с тем, STEPS-исследование является единственным всеобъемлющим инструментом для оценки распространенности факторов риска НИЗ и снабжает необходимыми данными систему здравоохранения страны.

Повторное STEPS-исследование позволило выявить сильные и слабые стороны проводимой в стране политики по борьбе с факторами риска НИЗ с 2016 до 2020 г.

3. Методология исследования

3.1 Дизайн исследования

Основная цель дизайна исследования STEPS в Республике Беларусь – выборка должна иметь общенациональный характер в части масштаба и охвата, измеряемые показатели должны отражать ситуацию в стране в целом.

Главной задачей выборки является получение статистически достоверных данных на национальном и субнациональном уровне (для городской и сельской местности), а также для половозрастных групп населения.

Национальным обследованием охвачено взрослое население страны в возрасте от 18 до 69 лет. Полученные данные являются репрезентативными для взрослого населения мужского и женского пола четырех возрастных групп: 18-29, 30-44, 45-59 и 60-69 лет; анализ по типу места проживания, но только в двух возрастных группах (городское/сельское население); а также сравнение семи регионов Республики Беларусь (но без разбивки по полу и возрасту). В соответствии с методологией ВОЗ опрос состоял из трех шагов:

- 1) устный опрос респондентов для оценки поведенческих факторов риска, связанных с НИЗ;
- 2) физические измерения для оценки длины и массы тела, окружности талии, измерение артериального давления и частоты сердечных сокращений;
- 3) измерение биохимических параметров капиллярной крови (содержание глюкозы и холестерина).

3.2 Расчет объёма выборки

Для получения репрезентативных итогов обследования использован метод вероятностного многоступенчатого кластерного отбора.

Однородность выборки населенных пунктов по территории республики была достигнута за счет того, что отбор проводился стратифицированно для Брестской, Витебской, Гомельской, Гродненской, Минской, Могилевской областей и города Минска.

Для достижения репрезентативности выборочной популяции, которая будет правильно отражать специфичные особенности административно-территориального деления Республики Беларусь, а также для того, чтобы убедиться, что выборочная совокупность составлена из относительно однородных по основным характеристикам группам популяции, вся популяция была разделена на городскую и сельскую части.

Размер выборки определяется с использованием следующей формулы и допущений.



18-69

Национальное обследование
взрослого населения в
возрасте от 18 до 69 лет

Первое:

$$n = \frac{Z^2 * P * (1 - P)}{d^2}$$

где:

n – необходимый размер выборки;

Z – уровень достоверности измерений, который представляет собой количество стандартных ошибок среднего и описывает неопределенность среднего значения выборки или разброс текущих значений от среднего по совокупности ($Z = 1,96$ при 95% уровне достоверности);

P – базовый уровень показателя (предполагаемый уровень распространенности одного из показателей, связанных с факторами риска), рекомендуемое значение – 0,5 (распространенность фактора риска в популяции – 50%);

d – допустимый предел погрешности. Ожидаемая половина величины доверительного интервала при принятом значении достоверности 0,05 для этого исследования.

$$n = \frac{1,96 * 1,96 \{0,5 * [1 - 0,5]\}}{0,05 * 0,05}$$

$n = 384$.

Второе:

Для обеспечения репрезентативности данных обследования на уровне городской и сельской местности в разрезе половозрастных групп (мужчины и женщины молодого (18-39) и старшего (40-69) возраста) размер выборки необходимо увеличить.

Коэффициент увеличения равен количеству изучаемых групп – 8 (восемь):

- | | |
|------------------------------|-------------------|
| 1. Город, мужчины, 18-39 лет | 1. Мужчины, 18-29 |
| 2. Город, мужчины, 40-69 лет | 2. Мужчины, 30-44 |
| 3. Город, женщины, 18-39 лет | 3. Мужчины, 45-59 |
| 4. Город, женщины, 40-69 лет | 4. Мужчины, 60-69 |
| 5. Село, мужчины, 18-39 лет | 5. Женщины, 18-29 |
| 6. Село, мужчины, 40-69 лет | 6. Женщины, 30-44 |
| 7. Село, женщины, 18-39 лет | 7. Женщины, 45-59 |
| 8. Село, женщины, 40-69 лет. | 8. Женщины, 60-69 |

ИЛИ



5760

домохозяйств
было включено
в исследование

При 8 группах размер выборки достаточен для выявления статистически значимых различий также на уровне регионов, так как имеется 7 регионов (6 областей + город Минск) (но только для обоих полов, а не для мужчин и женщин отдельно, и только для одной возрастной группы (18-69 лет)).

Для корректировки кластеризованного дизайна при расчете размера выборки также необходимо учесть величину дизайн-эффекта, равного 1,5.

Размер городской выборки:

$$n = 384 * 1,5 * 4 = 2304;$$

Размер сельской выборки:

$$n = 384 * 1,5 * 4 = 2304;$$

Общая сумма = 4608.

Третье:

Поправка на возможные отказы для получения окончательного размера выборки. Ожидается 80% результативность опроса. Рассчитанный выше размер выборки делится на ожидаемое количество участия:

$N = 4608 / 0,8 = 5760$ – полный расчётный объём репрезентативной выборки.

3.3 Построение выборки

В качестве основы выборки была использована информация о совокупности счетных участков, сформированных для проведения переписи населения в 2019 г., с указанием границ данных участков и численности населения в них, а также из баз данных поликлиник в городах, учреждений первичной медицинской помощи и записей о населении сельсоветов в сельской местности.

Подготовка отбора

Подготовка отбора домохозяйств включала два этапа процедуры отбора.

Этап 1: Отбор первичных единиц выборки (ПЕВ):

В качестве первичных единиц выборки (ПЕВ) определены счётные участки, сформированные для проведения переписи населения в 2019 г.. Счётные участки имеют примерно одинаковый размер.

На первом этапе отбор массивов ПЕВ был выполнен с использованием систематических методик отбора с вероятностью пропорциональной размеру, отдельно в пределах каждого региона и отдельно для городской и сельской местности.

288 счетных участков (кластеров) были отобраны по стране в целом случайным образом.

Первичный отбор был организован совместно с Национальным статистическим комитетом Республики Беларусь, основываясь на наиболее актуальной информации.

Этап 2: Отбор вторичных единиц выборки (ВЕВ):

На втором этапе выборки единицей отбора выступает домохозяйство.

Отбор домохозяйств произведен в рамках каждого отобранного счётного участка. В качестве основы выборки использовался список адресов жилых квартир и частных домов, где есть хоть один член домохозяйства в возрасте 18-69 лет, по данным поликлиник в городской местности и данных из учреждений первичной медицинской помощи в сельской местности и записей о населении сельсоветов в сельской местности.

Для отбора домохозяйств применен стандартный метод систематического отбора, в котором начало отбора определяется случайным образом (с использованием функции «Случайное число»).

По стране в целом отобрано 5760 домохозяйств (20 домашних хозяйств были выбраны случайным образом в каждом из 288 кластеров, в



общей сложности 5760 домашних хозяйств, из них 2880 городских и 2880 сельских).

Отбор подходящих участников на уровне домохозяйств (ДХ)

С помощью специального приложения «STEPS», установленного на планшете, из всех лиц в возрасте 18-69 лет, проживающих в домохозяйстве (исключая лиц, покинувших данное домохозяйство более трёх месяцев назад), случайным образом отбирался один человек для участия в опросе.

Расчет вероятности включения в выборку

По результатам первого и второго этапов формирования выборки определены вероятности включения (вхождения) в выборку для каждого домохозяйства.

Использованный для STEPS-исследования алгоритм формирования выборочной совокупности позволяет рассчитать вероятность вхождения в выборку каждой единицы отбора. Данная вероятность отлична от нуля и варьирует для разных единиц отбора.

В связи с непропорциональным размещением по стратам (городская / сельская местность) сформированная выборка не является самовзвешенной на национальном уровне. Общая вероятность включения домохозяйства в выборку варьирует от кластера к кластеру и является произведением вероятностей единиц выборки на каждом этапе отбора.

По результатам первого этапа формирования выборки определяется вероятность включения в выборку ПЕВ (счетных участков). Она рассчитывается по формуле:

$$P1_{ih} = \frac{a_h \times m_{ih}}{\sum m_{ih}},$$

где

$P1_{ih}$ – вероятность включения в выборку i -го счетного участка в h -том сегменте выборки (т.е. в пределах региона (r) в страте (*город/село*);

a_h – количество отбираемых счетных участков в h -том сегменте выборки;

m_{ih} – численность населения i -го счетного участка в h -том сегменте выборки;

$\sum m_{ih}$ – численность населения во всех счетных участках h -ого сегмента выборки.

По результатам второго этапа формирования выборки определяется вероятность включения в выборку домохозяйства. Она рассчитывается по формуле:

$$P2_{ih} = \frac{v_{ih}}{\sum b_{ih}},$$

где

$P2_{ih}$ – вероятность включения в выборку ДХ i -го счетного участка в h -том сегменте выборки;

v_{ih} – количество отбираемых ДХ i -го счетного участка в h -том сегменте выборки;

$\sum b_{ih}$ – общее количество ДХ i -го счетного участка в h -том сегменте выборки.



1 человек

Из каждого домохозяйства случайным образом отобран 1 человек

Общая вероятность включения ДХ в выборку равна произведению $P1$ на $P2$:

$$P = P1 \times P2$$

Кроме того, были рассчитаны вероятности отбора респондента внутри домохозяйства.

Все вышеуказанные коэффициенты вероятности включения в выборку использовались при подготовке сформированной базы данных для статистического анализа на этапе взвешивания данных. На их основе для каждого респондента индивидуально рассчитывался статистический вес с целью получения возможности экстраполяции результатов STEPS-исследования на всё население страны.

3.4 Процесс сбора данных

3.4.1 Временные рамки

В целом STEPS-исследование проводилось в Республике Беларусь в течение 2020 г. в условиях сложной эпидемиологической ситуации, связанной с инфекцией COVID-19. Учитывая эти обстоятельства и характер опроса, включающего личные интервью, физические измерения и биохимические тесты, были предприняты все усилия для защиты и ограничения потенциального воздействия COVID-19 на респондентов и их семей в домашних хозяйствах, а также на интервьюеров и координаторов на местах. Это означало, что члены рабочих групп использовали защитные маски для лица, по возможности соблюдали социальную дистанцию, пользовались дезинфицирующими средствами для обработки рук и оборудования и надевали одноразовые перчатки во время заполнения анкеты и проведения измерений.

Планирование, логистические процедуры и подготовка к полевым работам были проведены в январе-феврале 2020 г. Сбор полевых данных проводился с марта по ноябрь, а анализ данных - в декабре 2020 г.

Расширенный вопросник B03 STEPS был преобразован в Excel и загружен на планшеты Android для сбора и записи ответов и результатов измерений. Введенные данные отправлялись в специальную защищенную паролем базу данных, созданную на веб-платформе B03 сразу после собеседования или в конце каждого дня.

3.4.2 Инструменты и методы обследования

ШАГ 1. Анкетный опрос

Английская версия 3.2 вопросника B03 STEPS и инструменты (включая стандартные операционные процедуры и учебные материалы) были переведены и адаптированы к местным условиям Организационным комитетом по подготовке исследования STEPS 2020 и контролю его проведения.

Анкета (Инструмент STEPS B03) была использована для сбора данных по следующим аспектам:

- о социально-демографическом статусе респондента;
- о поведенческих предпочтениях респондента: употреблении табака, алкоголя, рационе питания (включая потребление овощей, фруктов,



2880

Из общего числа домохозяйств 2880 располагались в городах и 2880 в сельской местности

жиров (масла), питание вне дома, потребление соли с пищей), физической активности;

- о знании респондентом своего артериального давления, уровня холестерина и глюкозы в крови;
- о получении респондентом советов по здоровому образу жизни от медицинских работников;
- о наличии у респондента болезней системы кровообращения, сахарного диабета;
- для женщин – о проведении обследований на выявление рака молочной железы и рака шейки матки;
- о здоровье полости рта;
- о наличии у респондента симптомов депрессивного состояния;
- о возможностях доступа к медицинскому обслуживанию и о субъективной оценке пациентом удовлетворенности от посещения организации здравоохранения.

Оценка потребления табака

Употребление табака оценивалось с помощью стандартных вопросов о текущем (за последние 30 дней) и прошлом употреблении табака; частоте курения (ежедневно или нет, ранее курил, никогда не курил); возрасте начала и продолжительности курения; типе и количестве употребления табака ежедневно или еженедельно; употреблении бездымного табака по типу и частоте; воздействии пассивного курения дома или на рабочем месте; консультации, полученные от медицинского работника; а также возрасте и времени с момента прекращения курения. Были также заданы вопросы о попытках бросить курить. Иллюстративные карточки были адаптированы к местному контексту и использовались для уточнения используемых терминов. Кроме того, оценивалось использование альтернативных никотинсодержащих продуктов – систем нагревания табака и электронных сигарет.

Оценка потребления алкоголя

Потребление алкоголя оценивалось с использованием понятия стандартной порции, означающей определенный объем любого напитка, содержащий 10 г чистого спирта. Было принято, что примерно 30 мл крепкого спиртного напитка (рюмка), 120 мл вина (бокал) или 330 мл пива содержат это количество алкоголя. Для облегчения идентификации участникам были продемонстрированы карточки с различными типами тары, обычно используемой для розлива алкогольных напитков в Республике Беларусь, чтобы определить потребление алкоголя респондентом в течение 30 и 7 дней до анкетирования. Кроме того, чтобы оценить общее потребление алкоголя, в анкету были включены вопросы об употреблении незарегистрированного алкоголя (привезенного из-за границы или произведенного самостоятельно). Также анкета включала вопросы о прекращении употребления алкоголя по состоянию здоровья или по другим причинам.

Респонденты, сообщившие о потреблении алкоголя в течение последних 30 дней, были классифицированы как «употребляющие алкоголь в настоящее время»; те, кто сообщил об отсутствии употребления алкогольных напитков в течение предыдущих 12 месяцев, были отнесены к «не употребляющим алкоголь на протяжении последних



10_г

Стандартная порция
алкоголя содержит
10 г чистого этанола

12 месяцев». Кроме того, тяжелые эпизодические формы употребления алкоголя определялись вопросом о наибольшем количестве стандартных порций, потребляемых в каждом случае употребления алкоголя, и к этой категории чрезмерного потребления алкоголя относили людей, которые потребляли 6 или более стандартных порций за один случай за последние 30 дней.



80 г

Вес стандартной порции
овощей и фруктов
составляет примерно 80 г

Рацион питания

Чтобы определить характер питания обследованной популяции, участников опроса спрашивали о частоте употребления ими фруктов и овощей, среднем количестве порций этих продуктов, потребляемых ежедневно; количестве добавляемой соли и/или используемых соленых соусов; видах жиров или масел, используемых при приготовлении пищи; а также о потреблении обработанных пищевых продуктов с высоким содержанием соли (например, упакованные соленые закуски, консервированные соленые продукты, включая соленые овощи и консервы, соленая пища, приготовленная в ресторане быстрого питания, сыр, бекон или обработанное мясо (колбаса и др.). Примеры были представлены в виде цветных демонстрационных карточек).

Чтобы оценить, является ли потребление фруктов и овощей достаточным, было определено количество порций (по 80 г каждая) и сопоставлено с рекомендацией ВОЗ о пяти или более порциях в день. При этом использовались демонстрационные карточки (картинки) с примерами стандартных порций овощей и фруктов. Так было рассчитано среднее количество ежедневных порций и дней в неделю, когда потреблялись фрукты и/или овощи.

Чтобы оценить потребление соли, участников спрашивали, как часто они добавляют соль или соленый соус в пищу во время приготовления, до или во время еды, как часто они питаются вне дома и как часто они потребляют обработанные продукты с высоким содержанием соли. Участников также спросили об их восприятии количества потребляемой соли, связи между солью и проблемами со здоровьем, важности сокращения потребления соли и мерах, которые могут быть приняты для его контроля.

Наряду с высоким уровнем потребления соли, неблагоприятное влияние на здоровье человека оказывает также излишнее потребление сахара и, в частности, сладких газированных и негазированных напитков. Поэтому в ходе интервью респондентам был задан вопрос «Как часто Вы потребляете сладкие газированные напитки (например, Coca Cola, Pepsi, Fanta, Sprite, Mirinda, Квас, Байкал, Буратино, Тархун и т.п.), холодный чай (например, Nestea, Lipton Ice Tea), компот, сладкий морс? (Исключите диетические напитки, напитки без сахара). Так оценивалась частота употребления сладких безалкогольных напитков.

Оценка физической активности

Физическая активность оценивалась с помощью Глобального опросника ВОЗ по физической активности [13], который собирает данные на основе частоты, продолжительности и интенсивности физической активности по трем доменам: на работе (оплачиваемой или неоплачиваемой, дома (при удаленной работе) и вне дома (на рабочем месте)), во время поездок (активность, связанная с передвижением) и на досуге (активность в свободное от работы время), по крайней мере, 10 или более минут непрерывно в день. Демонстрационные карточки использовались

для изображения различных видов и мест физической активности. Глобальные рекомендации ВОЗ по физической активности для хорошего здоровья предполагают, что в течение недели взрослый человек должен получать по крайней мере следующее количество физической нагрузки: 150 минут физической активности умеренной интенсивности или 75 минут физической активности высокой интенсивности, или эквивалентное сочетание физической активности умеренной и высокой интенсивности.

Таким образом, физическая активность оценивалась по интенсивности, продолжительности и частоте физической нагрузки на работе, во время поездок (передвижений) и на досуге. Были рассчитаны средние и медианные минуты физической активности в день по этим доменам. Кроме того, было рассчитано время, затрачиваемое на сидячую деятельность в среднем за день. Была также рассчитана доля населения, не отвечающая рекомендациям ВОЗ.



Физическая активность оценивалась по частоте, продолжительности и интенсивности

Имеющиеся НИЗ и рекомендации по образу жизни

Специальные вопросы анкеты были посвящены выяснению наличия у респондента болезни системы кровообращения (БСК), сахарного диабета, повышенного артериального давления (АД) или повышенного уровня глюкозы и 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 приёмом лекарственных средств при наличии данных заболеваний.

Исследование STEPS собрало информацию о самооценке, диагностике и лечении высокого АД, высокого уровня глюкозы и высокого уровня холестерина. Также оценивалась информация об анамнезе диагностики сахарного диабета и БСК, применении аспирина и гиполипидемических препаратов для профилактики БСК. Эта информация открывает возможности для изучения нескольких аспектов использования медицинских услуг и управления НИЗ. Кроме того, в сочетании с фактическими измерениями факторов риска результаты такого рода позволяют оценить отдельные аспекты всеобщего охвата услугами здравоохранения, включая неудовлетворенные потребности в здравоохранении, а также эффективность системы здравоохранения в решении основных проблем НИЗ и факторов их риска. Участники были опрошены о советах, данных врачом или медицинским работником в течение предыдущих 12 месяцев о снижении общих факторов риска НИЗ, таких как отказ от начала или отказ от употребления табака, сокращение потребления соли, потребление по крайней мере пяти порций фруктов и овощей в день, уменьшение жира в рационе, начало или увеличение физической активности, поддержание здоровой массы тела или потеря веса, а также сокращение потребления сладких напитков.

Обследование на рак шейки матки и молочной железы

Статус скрининга рака шейки матки оценивался путем опроса участниц, брался ли у них мазок Папаниколау или другой соответствующий анализ. Этот метод важен в дифференциальной диагностике злокачественных, доброкачественных, предраковых и воспалительных поражений.

Статус скрининга рака молочной железы оценивался путем опроса участниц, проходили ли они когда-либо специальные тесты, включая клиническое обследование молочной железы и маммографию.

Доступ к медицинскому обслуживанию и личный опыт пациента

Этот дополнительный модуль охватывал вопросы, касающиеся субъективной оценки пациентом доступности медицинского обслуживания и удовлетворенности его качеством. Так, респонденты отвечали на вопросы об их последнем посещении организации здравоохранения, типе этого учреждения, специальности посещенного врача, времени ожидания записи, времени ожидания у кабинета и др. Также были вопросы о субъективной оценке респондентом качества медицинского обслуживания и степени удовлетворенности от посещения учреждения здравоохранения. Кроме того, в этом модуле были вопросы о финансовых возможностях пациента оплачивать медицинские услуги, лабораторные тесты и стоимость лекарств.

Здоровье полости рта

Были заданы вопросы, касающиеся состояния здоровья полости рта и связанного с ним поведения. Интервьюеры спрашивали респондентов о том, как они оценивают состояние своих зубов, десен, есть ли съемные протезы, как давно посещали стоматолога, как часто чистите зубы и используете ли для этого зубную щетку и зубную нить.

Депрессивная симптоматика

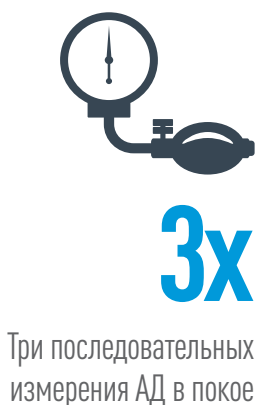
Оценивался анамнез депрессии, диагностированной медицинским работником, и последующее лечение фармакологическими или нефармакологическими средствами. Отдельные депрессивные симптомы (печаль, потеря интереса, низкая энергия, потеря аппетита, проблемы со сном и т.д.) оценивались с помощью установленного алгоритма, согласующегося с клиническими симптомами депрессии, который также использовался в Исследовании ВОЗ по глобальному старению и здоровью взрослых [14]. Модуль также включал вопросы о мыслях, планах и попытках самоубийства. Результатом опроса по данному модулю явился рассчитанный с использованием алгоритма WHS (the World Health Survey - Всемирное обследование здоровья) показатель – распространенность депрессивных симптомов среди населения за последние 12 месяцев.

ШАГ 2: Физические измерения

Артериальное давление и частота сердечных сокращений были измерены у всех участников опроса. Длина и масса тела, а также окружность талии измерены у всех респондентов, кроме беременных женщин.

Артериальное давление (АД)

Уровни АД в состоянии покоя, как систолического (САД), так и диастолического (ДАД), а также частота сердечных сокращений (ЧСС) измерялись с помощью электронного тонометра Bosch+Sohn Medicus UNO и стандартной процедуры, рекомендованной ВОЗ [15]. Проводились три измерения с трехминутными интервалами, но только второе и третье показания использовались в анализе для получения среднего значения АД респондента. Участников опроса также спрашивали, принимали ли они лекарства от высокого АД в течение предыдущих двух недель по предписанию врача или другого медицинского работника.



Респонденты были классифицированы в соответствии с показаниями АД по следующим категориям:

- нормальное АД, если показатели САД < 140 мм рт. ст. и ДАД < 90 мм рт. ст.;
- повышенное АД, если САД $\geq$ 140 мм рт.ст. и/или ДАД $\geq$ 90 мм рт. ст., или если показания были нормальными, но респонденты принимали лекарства против повышенного АД в течение последних двух недель.

Кроме того, высокие уровни САД $\geq$ 160 мм рт.ст. и/или ДАД $\geq$ 100 мм рт. ст. также были определены среди участников для оценки более высокого риска развития БСК.

Респонденты с повышенным АД были дополнительно классифицированы для определения частоты выявления и успешности лечения следующим образом:

- медикаментозный контроль – это те респонденты, кто принимает антигипертензивные лекарства и имеет нормальное АД (САД < 140 мм рт. ст. и ДАД < 90 мм рт. ст.);
- лекарства не эффективны (не контролируемое давление) – те, кто принимает лекарства и имеет САД $\geq$ 140 мм рт. ст. и/или ДАД $\geq$ 90 мм рт. ст.;
- впервые выявленные или отказывающиеся от лечения – те, кто не принимает лекарства и имеет САД $\geq$ 140 мм рт.ст. и/или ДАД $\geq$ 90 мм рт. ст.

Индекс массы тела (ИМТ)

Измерения длины и массы тела участников проводились стоя на плоской, горизонтальной и твердой поверхности. Использовалось стандартизированное и откалиброванное оборудование – у всех интервьюеров были одинаковые цифровые напольные весы SECA 876 и переносной ростомер SECA 213. Чтобы измерить рост и массу тела более точно, участников просили следовать стандартным процедурам, включая снятие обуви и любой громоздкой или тяжелой одежды, чтобы избежать завышения оценок. Результаты измерений фиксировались с точностью до одного десятичного знака в сантиметрах (см) или килограммах (кг), соответственно. Беременные женщины были исключены из этих измерений.

Индекс массы тела (ИМТ) – это отношение массы тела к росту в квадрате – $\text{кг}/\text{м}^2$.

После определения ИМТ участники выборочной совокупности были классифицированы в соответствии со следующими критериями ВОЗ:

- недостаточная масса тела, если ИМТ < 18,5 $\text{кг}/\text{м}^2$;
- нормальная масса тела при ИМТ $\geq$ 18,5 и < 25 $\text{кг}/\text{м}^2$;
- избыточная масса тела при ИМТ $\geq$ 25,0 и < 30 $\text{кг}/\text{м}^2$;
- ожирение, если ИМТ $\geq$ 30 $\text{кг}/\text{м}^2$.

Были определены средние уровни ИМТ населения и доля населения в вышеуказанных категориях.

Окружность талии

Измерение окружности талии производилось в положении стоя с помощью специальной нерастягивающейся ленты с миллиметровой шкалой на уровне средней точки между нижним краем последнего пальпируемого ребра и верхом подвздошного гребня.



ИМТ

Индекс массы тела (ИМТ) – это отношение массы тела к росту в квадрате ($\text{кг}/\text{м}^2$)

ШАГ 3: Биохимические анализы

Анализ крови

Биохимические исследования выполнялись для определения уровня глюкозы и холестерина в капиллярной крови натошак у всех респондентов, подписавших информированное согласие, с помощью анализатора CardioCheck PA. По результатам лабораторных исследований респонденты были разделены на группы с учетом допущений, указанных в таблице 1.

Таблица 1 – Биохимические индикаторы [12].

Биохимические индикаторы	Норма	Есть риск	Повышенный риск
Глюкоза	<5,6 ммоль/л в цельной капиллярной крови или <6,1 ммоль/л в плазме крови	от 5,6 до 6,1 ммоль/л в цельной капиллярной крови или от 6,1 до 7,0 ммоль/л в плазме крови	>6,1 ммоль/л в цельной капиллярной крови или >7,0 ммоль/л в плазме крови, или использование сахароснижающих препаратов
Холестерин	<5,0 ммоль/л	от 5,0 до 6,2 ммоль/л	>6,2 ммоль/л или использование препаратов, снижающих уровень холестерина

3.4.3 Региональные рабочие группы интервьюеров

Для сбора информации было сформировано 7 региональных рабочих групп, состоящих из регионального координатора и подчиненных ему интервьюеров.

3.4.4 Подготовка персонала на местах

Для подготовки интервьюеров к работе на местах был проведен недельный учебный семинар (9 - 13 марта 2020 г.) по следующим темам:

- Информация о целях и задачах обследования;
- Знакомство с порядком обследования:
 - структура выборки, доступ к домашним хозяйствам;
 - рабочие документы: формы отслеживания, формы информированного согласия и др.;
 - отбор и набор респондентов;
 - этика общения с респондентами;
 - шаг 1 процесс сбора данных, включая регистрацию жителей отдельных домохозяйств и использование вопросника;
 - шаги 2 и 3: проведение физических измерений и биохимического анализа;
- Знакомство с оборудованием, включая практические занятия:
 - планшет (КПК) с операционной системой Android и системой GPS (Samsung Galaxy Tab4 Android, Quad-core 1.2 GHz, 7.0 дюймов, модель SM-T231NYKASER);
 - тонометр с универсальной манжетой (аппарат автоматический для измерения артериального давления) Bosch+Soehn Medicus UNO;
 - весы медицинские электронные SECA 876;

- ростомер SECA 213;
- измерительная лента;
- прибор для определения уровня глюкозы и холестерина в крови методом «сухой химии» (биохимический анализатор крови CardioChek PA).

Все интервьюеры были обеспечены откалиброванным оборудованием, необходимым для обследования. Оборудование было предоставлено ВОЗ во временное пользование на срок проведения STEPS-исследования: планшеты, весы, ростомеры, анализаторы крови и др. Данное оборудование предоставляется всем странам, которые проводят у себя STEPS-исследования, для унификации полученных данных. Кроме того, с целью проведения биохимических исследований были закуплены расходные материалы (пипетки, дезинфицирующие салфетки, тест-панели и стерильные скарификаторы), которые были распределены пропорционально по региональным группам.

Тренировочное (пилотное) тестирование

По результатам тренинга обученные интервьюеры провели предварительное тренировочное обследование в г. Минске, включающее все три этапа исследования. Группы интервьюеров в составе 3-4 человек провели анкетирование, физические и биохимические измерения у нескольких десятков жителей города Минска, специально отобранных для тренировки и не входящих в основную выборку. Предварительное исследование было направлено на оценку навыков интервьюеров, полученных в ходе тренинга, а именно: корректно задавать вопросы анкеты, правильно выполнять физические измерения, лабораторные тесты, пользоваться планшетом.

3.4.5 Информированное согласие и обратная связь с респондентами

Основная форма информированного согласия была использована для шагов 1 и 2, а отдельная (дополнительная) форма была использована для шага 3. Перед началом интервью интервьюер давал форму респонденту для чтения (или читал её ему) и спрашивал, есть ли у него какие-либо вопросы; затем респондент подписывал её, и одна копия каждой формы оставлялась у респондента, а другая хранилась у региональной рабочей группы. Интервью проводились таким образом, чтобы обеспечить конфиденциальность. После каждого этапа участникам предоставлялась персонализированная обратная связь о факторах риска (таких как АД, ИМТ, уровень глюкозы и холестерина и др.).

3.4.6 Сбор данных по кластерам

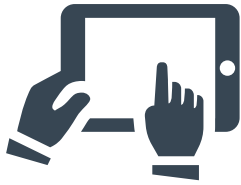
Сбор данных проводился 7 региональными рабочими группами. Местные работники организаций здравоохранения (врачи и медсестры больниц, фельдшера и медсестры ФАПов и другие) привлекались для организации взаимодействия интервьюеров с респондентами на местах.

После получения информированного согласия у респондента бралось интервью и проводились физические измерения (шаги 1 и 2).

В случае согласия респондента на выполнение шага 3 проводился забор крови натощак (после не менее чем 12-ти часового голодания).



Анонимное интервью
после получения
информированного
согласия



В исследовании
проводился контроль
качества сбора данных

3.4.7 Ввод данных

Результаты интервьюирования, физических измерений и анализа крови вводились в планшеты с помощью приложений «STEPS» и «Open Data Toolkit» по следующему алгоритму:

- 1) идентификация выбранного человека из домохозяйства и присвоение ему QR-кода для привязки данных анкетирования и анализа крови;
- 2) ввод данных во время собеседования с использованием электронной анкеты, уже загруженной в планшет. Для облегчения проверки качества данных и перехода к другим вопросам в анкету включены специально запрограммированные развилки для автоматизации процессов.
- 3) проведение физических измерений, включая повторные, как того требуют инструкции, и введение соответствующих показаний в планшет;
- 4) получение показаний GPS о местоположении домохозяйства.
- 5) Проведение биохимического анализа обычно выполняется независимо другим членом рабочей группы (утром натощак). Чтобы связать биохимические результаты с остальной частью анкеты используется конкретный индивидуальный QR-код для идентификации образцов крови.
- 6) Отправка данных с планшетов в централизованную базу данных с помощью sim-карты с доступом в Интернет.

Данные исследования, собранные с использованием планшетов, были сформированы в общую централизованную базу и преобразованы в формат Microsoft Excel® и Access®.

3.4.8 Управление данными

Правильность ввода данных каждого респондента в базу данных проверялась с помощью логических функций сопоставления всех показателей с допустимыми диапазонами значений и другими неправдоподобными данными. Пакет программного обеспечения для анализа качества данных, предоставленный Офисом по НИЗ, также использовался для выполнения дополнительных проверок качества данных.

На всех этапах обследования данные, размещенные на платформе BO3, были доступны Рабочей группе РНПЦ МТ по организации, сопровождению и контролю за ходом проведения STEPS 2020 и сотрудникам Европейского бюро ВОЗ по профилактике НИЗ и борьбе с ними и штаб-квартиры ВОЗ.

Меры контроля качества данных принимались до и во время полевого этапа, а также в процессе очистки данных. В анкету был включен ряд автоматических проверок, делающих большинство вопросов обязательными (в то же время позволяя участникам отказаться от ответа) и предотвращающих ввод нереальных значений (например, для показателя «рост» автоматически не допускалось введение значений меньше 100 и больше 270 см, аналогичные ограничения были наложены и на другие показатели). Для облегчения процесса собеседования были реализованы шаблоны пропусков и автоматические переходы к соответствующим последующим вопросам. Для регулярного мониторинга хода полевых работ и качества собранных данных исследовательская группа еженедельно проводила анализ процесса сбора данных. Кроме

того, консультанты Офиса по НИЗ регулярно представляли отчеты о качестве данных с обзором распределения и дезагрегирования ключевых показателей обеспечения качества, которые использовались для проверки полноты набора данных, определения частотного распределения данных и закономерностей (например, отклонений от ожидаемых значений). В случае несоответствия данных или ошибок при вводе, интервьюеры получали соответствующую обратную связь и вносили коррективы. Очистка базы данных проводилась на платформе B03.

Инструменты сбора данных включали механизмы повышения качества данных и минимизации вероятности ввода неверных данных. Например, координаты места проведения интервью сохранялись с помощью модуля геолокации в планшетах; кроме того, каждый респондент получал уникальный идентификационный QR-код, который сканировался с помощью планшета, чтобы соответствовать их образцам крови, таким образом предотвращая опечатки.

Очистка данных проводилась до анализа данных в соответствии с указаниями B03, содержащимися в руководстве eSTEPS [16]. Это включало проверку диапазонов и комбинаций переменных, обнаружение и обработку недостающих данных и сверхэкстремальных (неправдоподобных) значений.

3.4.9 Взвешивание данных

Учитывая сложный характер выборки обследования, необходимо было надлежащее взвешивание данных, чтобы результаты были репрезентативными для целевой группы населения (т.е. проживающих в Республике Беларусь взрослых в возрасте 18–69 лет). Статистические веса были рассчитаны для корректировки по каждому из следующих аспектов: вероятность выбора отдельного лица (величина обратная весу выборки) и вероятность неполучения ответов на уровне кластера, а также различия в возрастном и половом распределении между выборкой и целевой группой населения. На всех этапах формирования выборки рассчитывались отдельные веса, которые перемножались для получения окончательного значения данного статистического параметра для каждого респондента.



Для получения репрезентативных результатов данные были взвешены

3.4.10 Анализ данных

Вебинар по управлению и анализу данных при поддержке B03 был проведен 17–18 декабря 2020 г. после завершения работы на местах и обработки собранных данных.

Цель вебинара заключалась в рассмотрении процедур и ознакомлении сотрудников аналитической группы с проведением надлежащего анализа данных с использованием индикаторов и руководств по НИЗ, предложенных B03. На вебинаре были рассмотрены следующие вопросы:

- 1) управление данными, включая загрузку, очистку и проверку базы данных обследования;
- 2) процедура статистического взвешивания;
- 3) анализ базовых описательных данных, включая сравнение влияния взвешивания выборки на результаты;
- 4) использование аналитического программного обеспечения Epi Info,

включая выполнение программ, разработанных ВОЗ, создание новых переменных, представление результатов в многомерном табличном стандартном формате и их интерпретацию;

- 5) создание Сборника Данных на основе стандартных инструментов отчетности STEPS с основными таблицами и графиками; и
- 6) создание Информационного Листа фактических данных с указанием основных результатов исследования.

Руководящие принципы, предоставленные ВОЗ, были использованы в качестве основы для разработки отчета об исследовании, включая основные показатели и набор таблиц данных. Отчет об опросе состоит из описательной статистики со средними значениями, медианами, пропорциями и частотными распределениями. Были оценены распространенность и показатели центральной тенденции факторов риска НИЗ. Основные показатели и различия между группами (возраст, пол и место проживания (город/село)) оценивались с 95%-ным доверительным интервалом. Пределы ошибки в распространенности и в показателях центральной тенденции представлены стандартными ошибками, 95% доверительными интервалами или межквартильными диапазонами, которые также используются в качестве меры вариабельности.

Две копии Сборника Данных были составлены независимо разными лицами. Обе копии были сопоставлены и проанализированы независимыми экспертами, все найденные расхождения были устранены. Контроль качества статистического анализа данных осуществлялся в Офисе по НИЗ.

Статистический анализ данных был выполнен с использованием программ R и Epi Info (версия 3.5.4) и соответствующих методов для комплексного анализа данных исследования, разработанных ВОЗ.

Результаты STEPS-исследования по распространенности и уровням интенсивности факторов риска НИЗ могут считаться репрезентативными для всей целевой популяции страны (население в возрасте 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 прошлого и будущих исследований в Республике Беларусь, а также с результатами, полученными в других странах, в которых проводились STEPS-исследования.

3.4.11 Риски и выгоды

Риски

Эпидемиологическая ситуация, связанная с инфекцией COVID-19, в условиях которой проходила большая часть полевых работ, обязала интервьюеров использовать защитные одноразовые маски, закупленные в рамках проекта, а также соблюдать рекомендованные ВОЗ меры предосторожности.

Для устранения риска заражения при заборе крови были приняты необходимые меры предосторожности: использовались одноразовые ланцеты (специальные иглы для прокалывания кожи в герметичном футляре), место укола очищалось спиртовой салфеткой, а интервьюер (лаборант), берущий образец крови, использовал одноразовые перчатки.

Были приняты меры по обеспечению безопасности данных: весь исследовательский персонал подписывал соглашения о



Исследование проводилось с соблюдением всех необходимых противоэпидемических требований

конфиденциальности, обязывающие не разглашать данные исследований, в то время как собранные данные хранились на защищенных серверах.

Интервью и измерения проводились, как правило, в домашнем хозяйстве в условиях, обеспечивающих индивидуальный подход и конфиденциальность, в отдельной комнате, где присутствовали только респондент и интервьюер. Это сводило к минимуму риск того, что ответы собеседника вызовут конфликты с другими членами семьи.

Выгоды

Участие в опросе было бесплатным для респондентов. Исследовательская группа создала условия и процедуры, которые помогли свести к минимуму любые дополнительные расходы или неудобства для респондентов. Интервьюерам было предоставлено все необходимое оборудование и материалы. Участникам была разъяснена важность сбора данных о НИЗ для улучшения ситуации в области здравоохранения в Республике Беларусь.

После участия в опросе респонденты бесплатно получали результаты своих анализов и измерений: АД, рост, вес, ИМТ, окружность талии, уровень глюкозы и холестерина в крови. В случае повышения значений респондентам было рекомендовано связаться со своими медицинскими работниками и обсудить результаты. Эти преимущества были особенно ценны для представителей сельского населения, которые имеют меньший доступ, как физический, так и финансовый, к медицинскому обслуживанию и лабораторным исследованиям.

3.5 Этический аспект

Обследование было проведено в соответствии со Стандартами и оперативным руководством по этическому анализу исследований, связанных со здоровьем, с участием людей [17].

Проведение STEPS-исследования в Республике Беларусь одобрено в Комитете по этике государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования» (выписка из протокола №2 заседания Комитета по этике БелМАПО 23.03.2020 г.).

Для обеспечения конфиденциальности собранных данных каждому человеку, участвующему в анкетировании были присвоены уникальные идентификационные номера (QR-коды). В сформированных базах данных используются только QR-коды, никакая личная информация не используется и не передаётся сторонним лицам.



Все собранные данные были обезличены с использованием QR-кодов

4. Результаты исследования

Данные были проанализированы в разбивке по полу, возрастным группам и месту жительства (город/село). Различия между группами указаны, как правило, в случае статистически достоверной значимости, оцениваемой неперекрывающимися доверительными интервалами (ДИ).

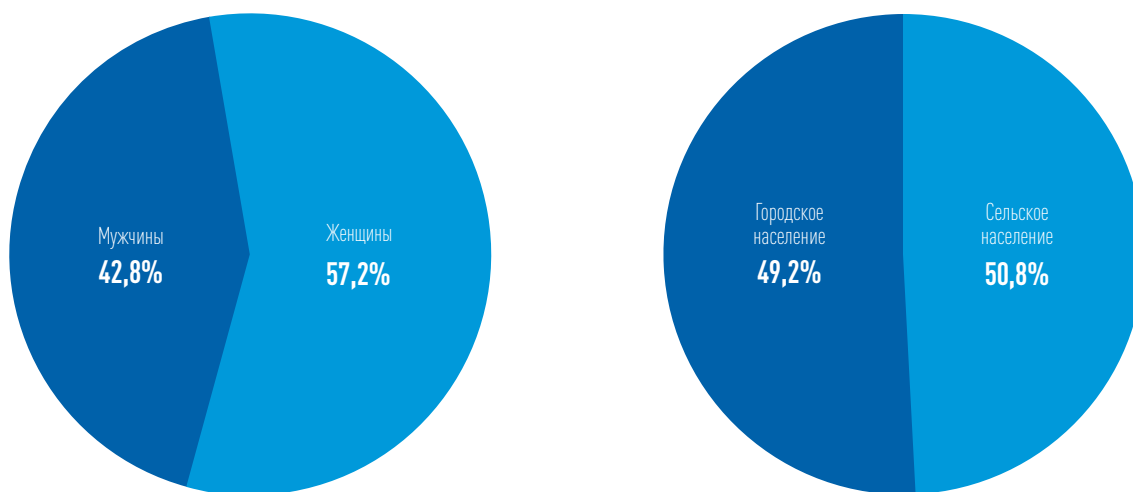
При плановом объёме выборки в 5760 респондентов фактически в опросе приняли участие 5324 взрослых человека. Отклик составил 92,4%, что позволяет экстраполировать полученные результаты на всё население страны в возрасте 18-69 лет.

4.1 Социально-демографические показатели

В начале опроса собирались данные о возрасте, поле, семейном положении, образовании и типе занятости респондента. Результаты по этим показателям служат для общего описания выборки, поэтому при расчетах не применяется процедура статистического взвешивания и не рассчитываются доверительные интервалы.

Из 5324 респондентов, принявших участие в опросе, 2280 были мужчинами (42,8%) и 3044 – женщинами (57,2%). Исследованием охвачено 2622 городских (49,2%) и 2702 сельских (50,8%) жителя (рис.1).

Рис. 1. Состав выборки по полу (мужчины/женщины) и по месту проживания (город/село)



По возрастным группам респонденты распределились следующим образом:

- 18-29 лет – 690 человек, из них 309 мужчин (44,8%) и 381 женщина (55,2%);
- 30-44 лет – 1468 человек, из них 671 мужчина (45,7%) и 797 женщин (54,3%);
- 45-59 лет – 1924 человека, из них 845 мужчин (43,9%) и 1079 женщин (56,1%);
- 60-69 лет – 1246 человек, из них 457 мужчин (36,7%) и 789 женщин (63,3%).

Средняя продолжительность обучения в рамках получения какого-

либо образования среди всех респондентов составила 12,9 года. У городского населения – 13,6, у сельского – 12,3 года. Большинство респондентов получили среднее специальное образование (38,0%). Высшее образование имеют 27,2% респондентов. Об отсутствии формального образования заявили 0,2%, причём в старшей возрастной группе (60-69 лет) таковых 0,5%, а в младшей возрастной группе (18-29 лет) таковых нет. Послевузовское образование (аспирантура, докторантура) имеют 0,6% респондентов.

Чуть больше половины (51,9%) респондентов состоит в браке. 10,9% овдовели (4,3% среди мужчин, 15,9% среди женщин); 13,1% разведены (11,6% мужчин, 14,3% женщин); 17,2% никогда не были женаты/замужем (21,4% мужчин/14,0% женщин); 4,1% женаты/замужем, но живут отдельно от своей супруги/своего супруга; и 2,8% сожительствуют на момент обследования.

Чуть больше половины респондентов (52,3%) было занято на государственных предприятиях и в учреждениях (51,4% мужчин, 53,0% женщин), лишь 5,1% респондентов самозаняты (7,9% мужчин, 3,0% женщин) и 12,8% являются работниками негосударственных организаций (16,2% мужчин, 10,2% женщин). Остальные 29,8% заявили, что имеют другой статус занятости, из них: 71,7% пенсионеры, 10,1% студенты, 8,0% домохозяйки и иждивенцы, 7,1% безработных (способных работать) и 2,3% безработных (не способных работать).

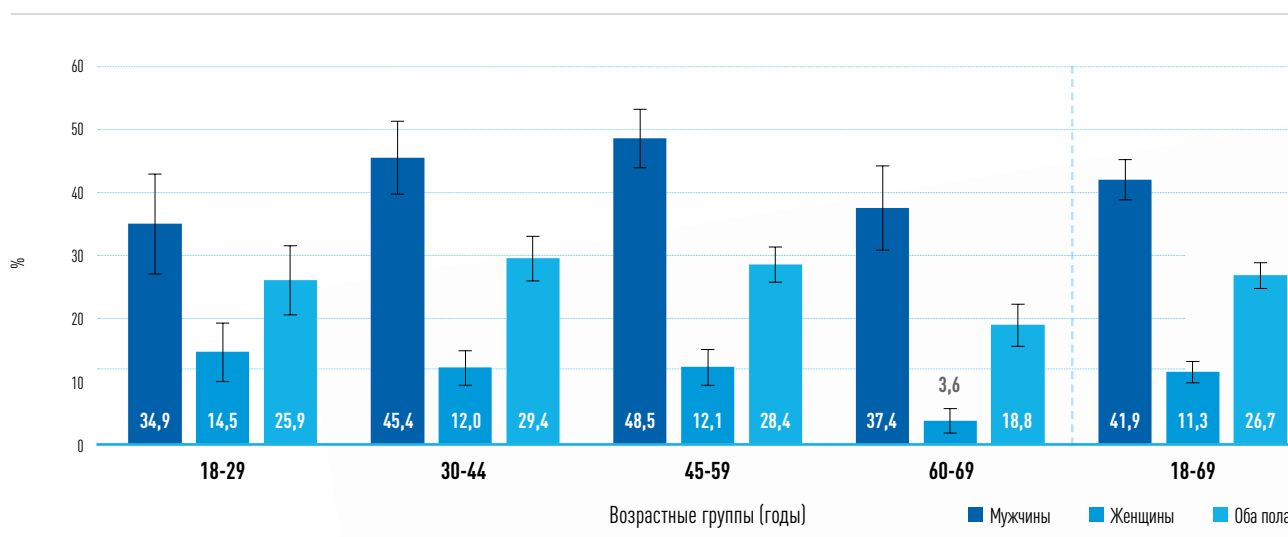
4.2 Употребление табака

4.2.1 Табакокурение

Менее трети населения (26,7%) в настоящее время употребляют табачные изделия (рис. 2).

Курение распространено среди мужчин (41,9%) больше, чем среди женщин (11,3%). Наиболее высокая распространенность табакокурения наблюдается у мужчин в возрастной группе 45-59 лет и достигает 48,5%.

Рис. 2. Доля курящего в настоящее время населения, по возрасту и полу (%)

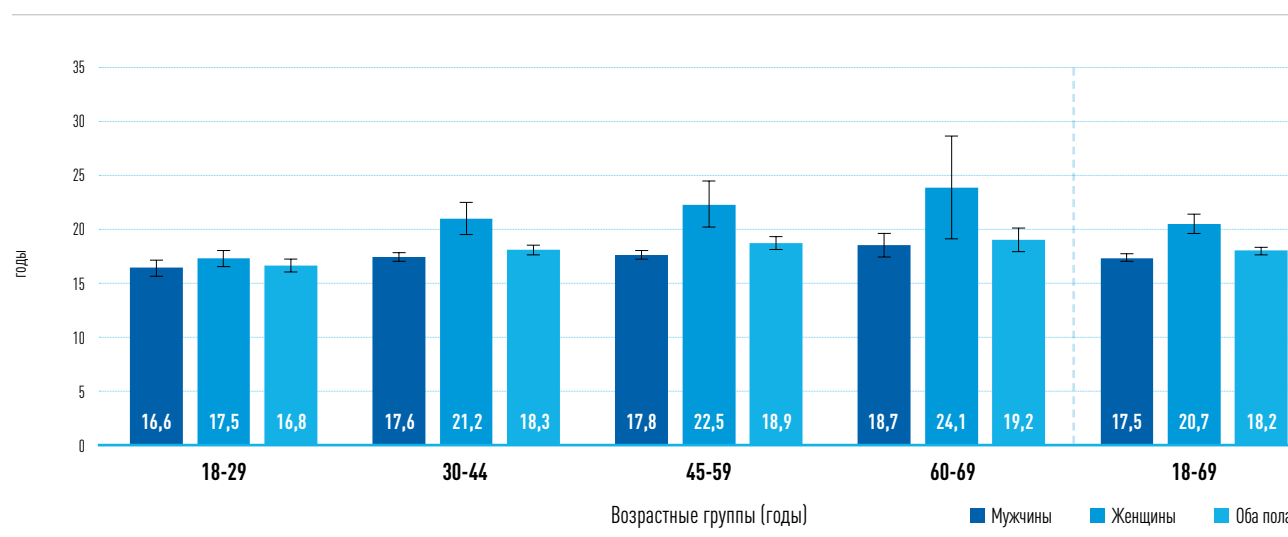


Большинство курильщиков (86,4%) употребляют табачные изделия ежедневно (87,5% курящих мужчин и 82,4% курящих женщин). Таким образом, распространенность ежедневных курильщиков среди всего населения составила 23,0%, при почти 4-кратном превышении доли ежедневных курильщиков среди мужчин (36,7%) по сравнению с распространенностью ежедневных курильщиц среди женщин (9,3%).

Число городских мужчин, ежедневно курящих, значительно ниже, чем число сельских мужчин, ежедневно курящих (34,9% и 42,9%, соответственно, от всех мужчин). Среди городских курильщиков доля курящих ежедневно составила 85,3%, в то время как среди сельских мужчин-курильщиков 94,6% курят ежедневно.

Средний возраст начала курения среди всего населения составил 18,2 года, причем мужчины начинают курить на 3,2 года раньше (в 17,5), чем женщины (в 20,7) (рис.3). В целом население более молодых возрастных групп начинает курить раньше, чем лица старших возрастных групп, что указывает на общее омоложение курящего контингента. Не было никаких существенных различий в возрасте начала курения между городскими и сельскими курильщиками.

Рис. 3. Средний возраст начала курения, по возрасту и полу (годы)



Общая средняя продолжительность курения составила 22,6 года.

Среди всех курильщиков 96,1% курят промышленно произведенные сигареты. Среди ежедневных потребителей табака 98,9% курят сигареты фабричного производства (98,8% курильщиков и 98,9% курильщиц).

В среднем каждый курильщик выкуривает по 12,9 сигареты в день. Женщины, как правило, курят меньше мужчин – 8,1 против 14,1 сигарет в день.

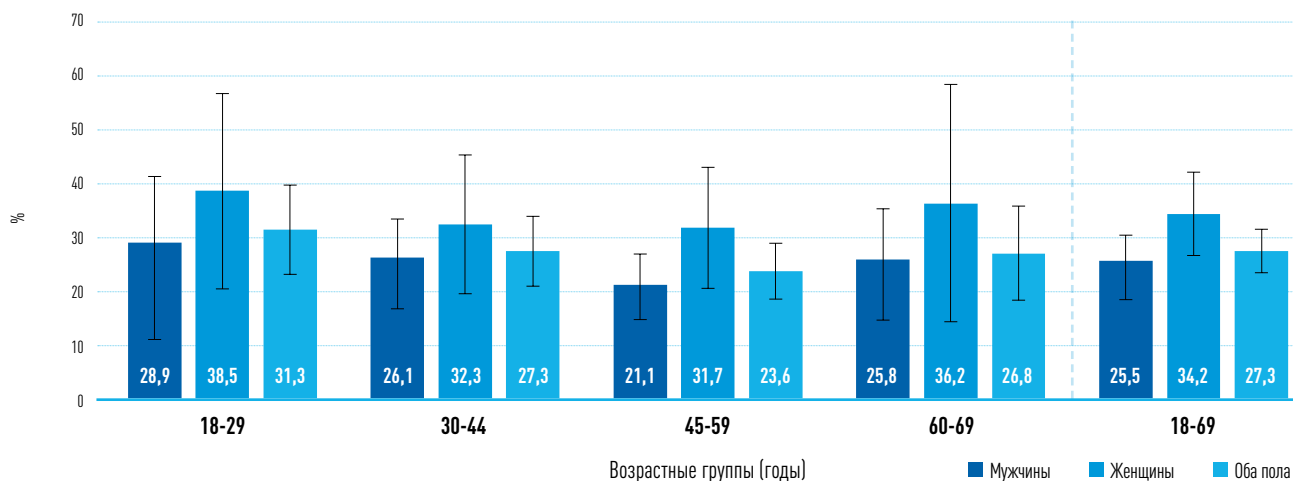
Почти половина (44,9%) курящих мужчин и 12,3% курящих женщин выкуривают 15-24 сигареты в день; 36,1% курильщиков и 22,9% курильщиц выкуривают по 10-14 сигарет в день.

Сельские курильщики выкуривают больше сигарет в день, чем городские (14,6 и 12,3, соответственно).

Среди всего населения 13,3% являются бывшими курильщиками (21,5% мужчин и 5,1% женщин). Общее время с момента отказа от курения составило в среднем 10,9 года.

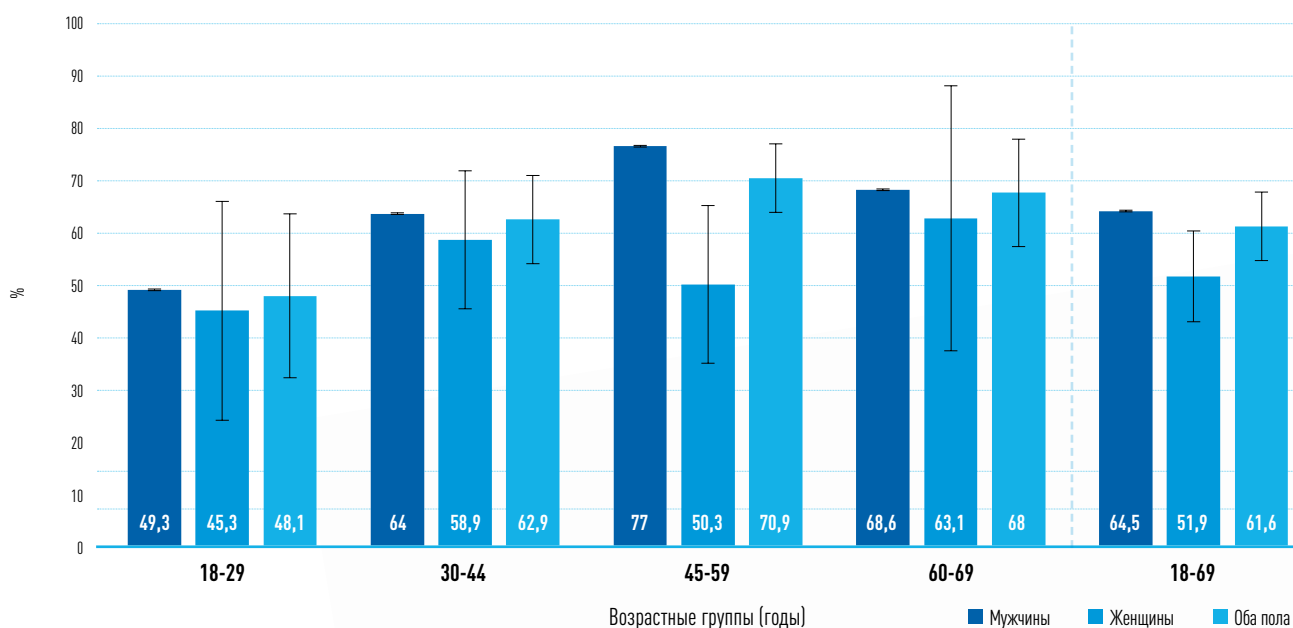
Среди нынешних курильщиков 27,3% пытались бросить курить (34,2% среди курящих женщин и 25,5% среди мужчин) (рис. 4). Как мужчины, так и женщины в крайних возрастных группах (молодые и пожилые) пытались бросить курить чаще, чем взрослые среднего возраста.

Рис. 4. Доля курящих в настоящее время, кто пытался бросить курить, по возрасту и полу (%)



При посещении врача или другого медицинского работника в целом 61,6% курильщиков получили рекомендацию отказаться от употребления табака, при этом показатели для мужчин и женщин составили 64,5% и 51,9%, соответственно (рис.5). Профессиональные медицинские консультации чаще предлагались с увеличением возраста до 45-59 лет, особенно среди мужчин, 77% которых получили совет бросить курить. Как показывает рис.5, доля женщин, получивших данный совет, во всех возрастных группах меньше, чем мужчин.

Рис. 5. Доля курящих в настоящее время, которым медицинский работник посоветовал бросить курить, среди тех курильщиков, которые посещали врача или другого медицинского работника в течение последних 12 месяцев, по возрасту и полу (%)



4.2.2 Нагреваемые табачные изделия

Таблица 2 – Доля пользователей НТИ в настоящее время от всего населения, по возрасту и полу (%)

Нагреваемые табачные изделия (НТИ) в настоящее время употребляет 3,0% населения, причем они более популярны у городского населения (3,8%), чем у сельского (0,4%). Кроме того, потребление НТИ более распространено среди молодых людей (18-29 лет) – 7,6% (табл. 2).

Возрастные группы (годы)	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
18–29	7,1	0,0–14,8	9,0	0,0–18,8	7,6	1,7–13,4
30–44	2,0	0,0–5,1	5,6	0,0–12,9	2,7	0,0–5,5
45–59	0,1	0,0–0,3	0,0	0,0–0,0	0,1	0,0–0,3
60–69	0,3	0,0–0,9	0,0	0,0–0,0	0,3	0,0–0,8
18–69	2,6	0,3–4,9	4,7	0,8–8,5	3,0	0,9–5,2

4.2.3 Кальян

Таблица 3 – Доля курящих в настоящее время, использующих кальян, по возрасту и полу (%)

Употребление кальяна довольно широко распространено среди молодого населения (табл. 3). Каждый пятый человек (20,0%) в возрасте 18-29 лет употреблял кальян в течение последних 30 дней (17,1% мужчин и 28,7% женщин). В целом кальян курили 9,3% населения (8,7% мужчин и 11,4% женщин, разница статистически недостоверна).

Возрастные группы (годы)	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
18–29	17,1	7,2–27,1	28,7	11,8–45,6	20,0	10,4–29,6
30–44	9,6	1,9–17,3	5,1	0,0–10,5	8,7	2,0–15,5
45–59	2,2	0,0–4,4	2,1	0,0–5,7	2,1	0,3–4,0
60–69	2,0	0,0–5,4	0,0	0,0–0,0	1,8	0,0–4,8
18–69	8,7	4,5–12,9	11,4	5,5–17,3	9,3	5,4–13,1

Что касается групп сравнения по месту проживания, то 11,1% городских жителей курят кальян, а сельских – в три раза меньше (3,1%).

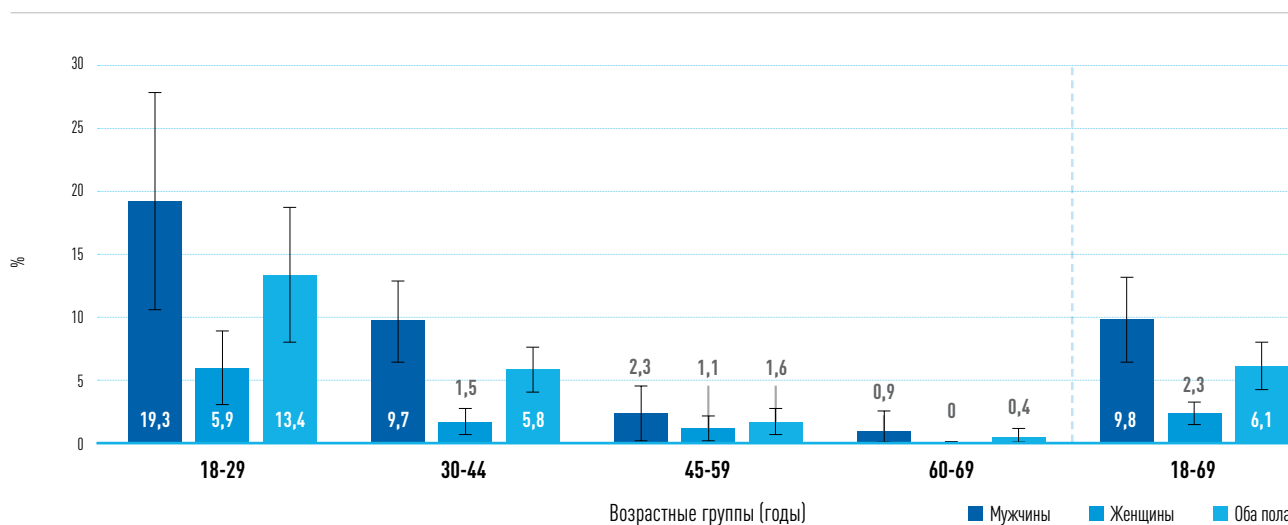
4.2.4 Электронные сигареты

Электронными сигаретами в настоящее время пользуется 6,1% населения (9,8% мужчин и 2,3% женщин) (рис. 6). Так же, как и НТИ, электронные сигареты более популярны среди молодёжи (18-29 лет) – 13,4%, особенно среди молодых мужчин (19,3%) по сравнению с девушками (5,9%).

Большая часть (73,0%) пользователей электронных сигарет использует их ежедневно (76,0% мужчин, 60,2% женщин).

Среди городского населения (6,6%) использование электронных сигарет более распространено, чем среди сельского (3,8%), однако эта разница статистически недостоверна.

Рис. 6. Доля населения, использующая электронные сигареты в настоящее время, по возрасту и полу (%)

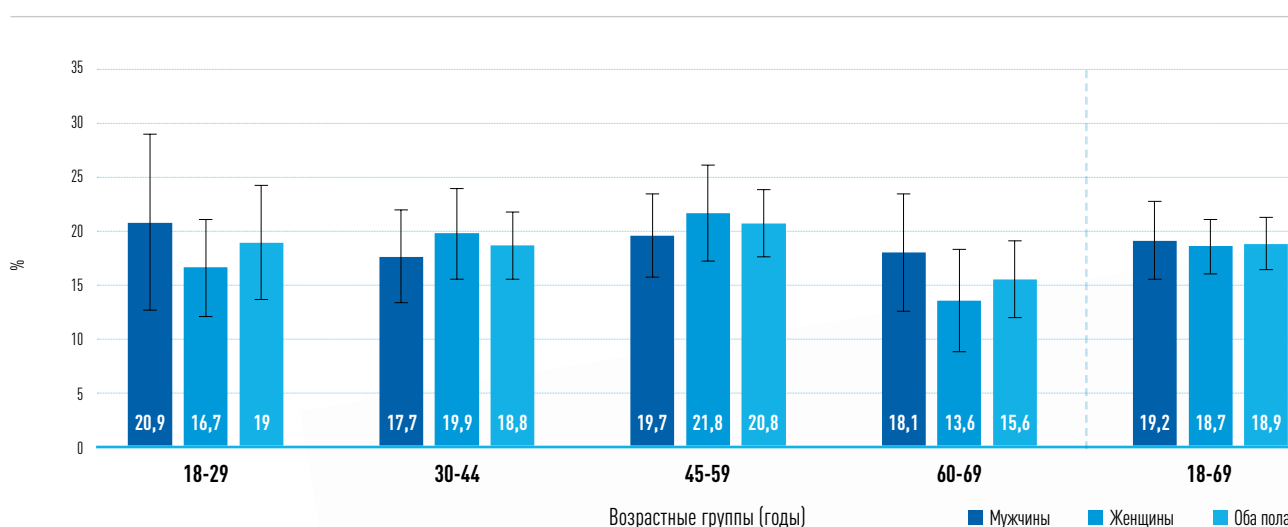


4.2.4 Пассивное курение

Каждый пятый человек за последние 30 дней подвергался воздействию вторичного табачного дыма в домашних условиях. Доля таких пассивных курильщиков в среднем составляет 18,9% (мужчин – 19,2%, женщин – 18,7%) (рис. 7).

Воздействию вторичного табачного дыма на рабочем месте за последние 30 дней подвергались в среднем 11,9% населения (18,4% мужчин и 5,9% женщин) (рис. 8), причем во всех возрастных группах среди женщин меньше пассивных курильщиков на рабочем месте, чем среди мужчин. С возрастом доля пассивных курильщиков на рабочем месте постепенно снижается.

Рис. 7. Доля пассивных курильщиков в домашних условиях за последние 30 дней, по возрасту и полу (%)



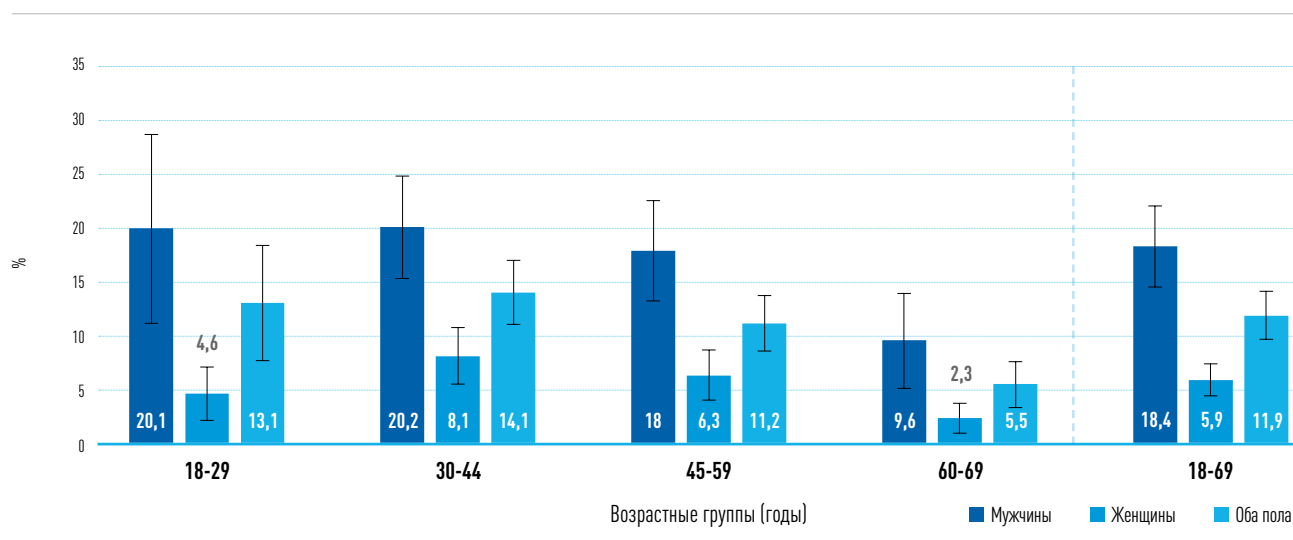
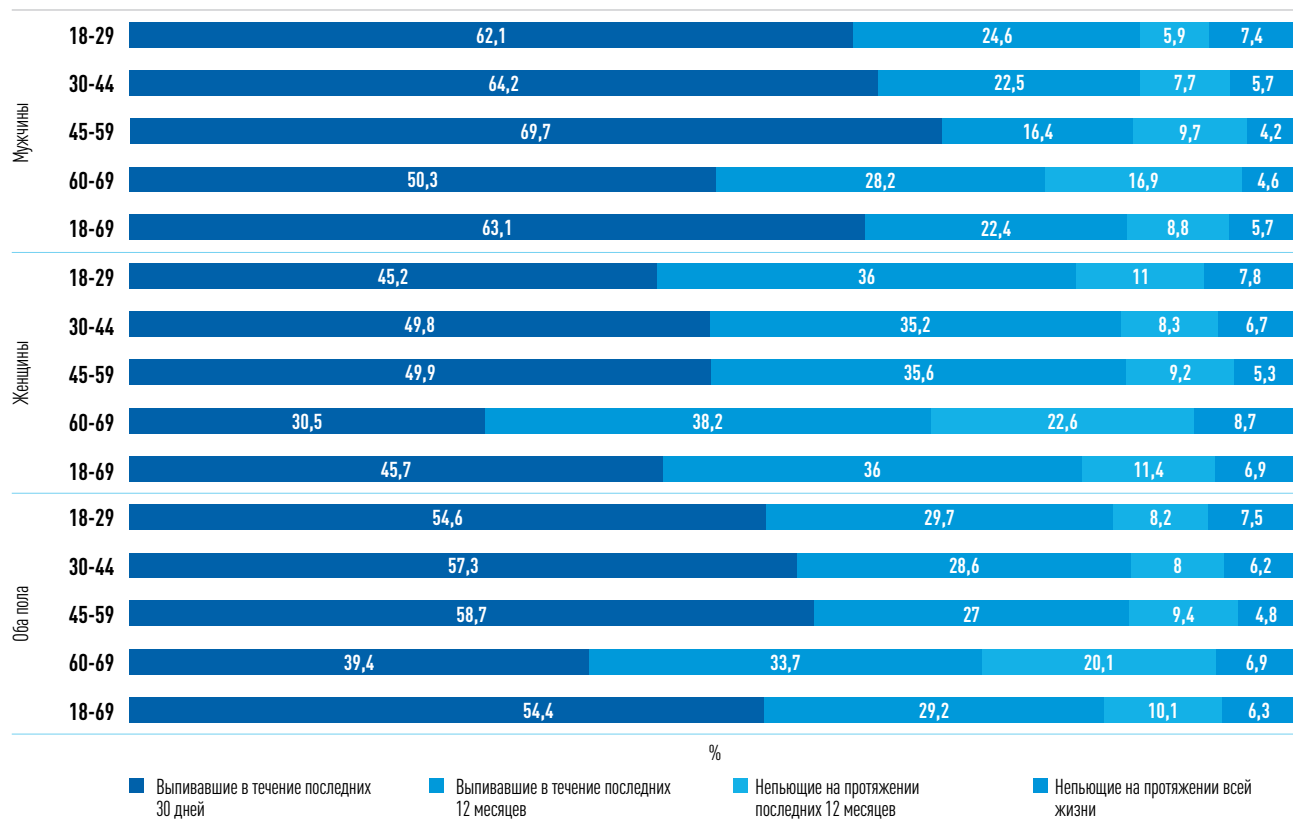


Рис. 8. Доля пассивных курильщиков на рабочем месте за последние 30 дней, по возрасту и полу (%)

4.3 Употребление алкоголя

В течение последних 30 дней от момента обследования алкоголь употребляли 54,4% населения, причем среди мужчин этот показатель выше (63,1%), чем среди женщин (45,7%) (рис. 9). Кроме них, ещё дополнительно почти треть (29,2%) населения, не употребляя алкоголь в течение последнего месяца, употребляла его хотя бы раз в течение последнего года (22,4% мужчин и 36,0% женщин). Десятая часть населения (10,1%) не употребляла алкоголь уже более года (8,8% мужчин и 11,4% женщин). Кроме того, 6,3% населения заявили, что никогда не употребляли алкоголь (5,7% мужчин и 6,9% женщин).

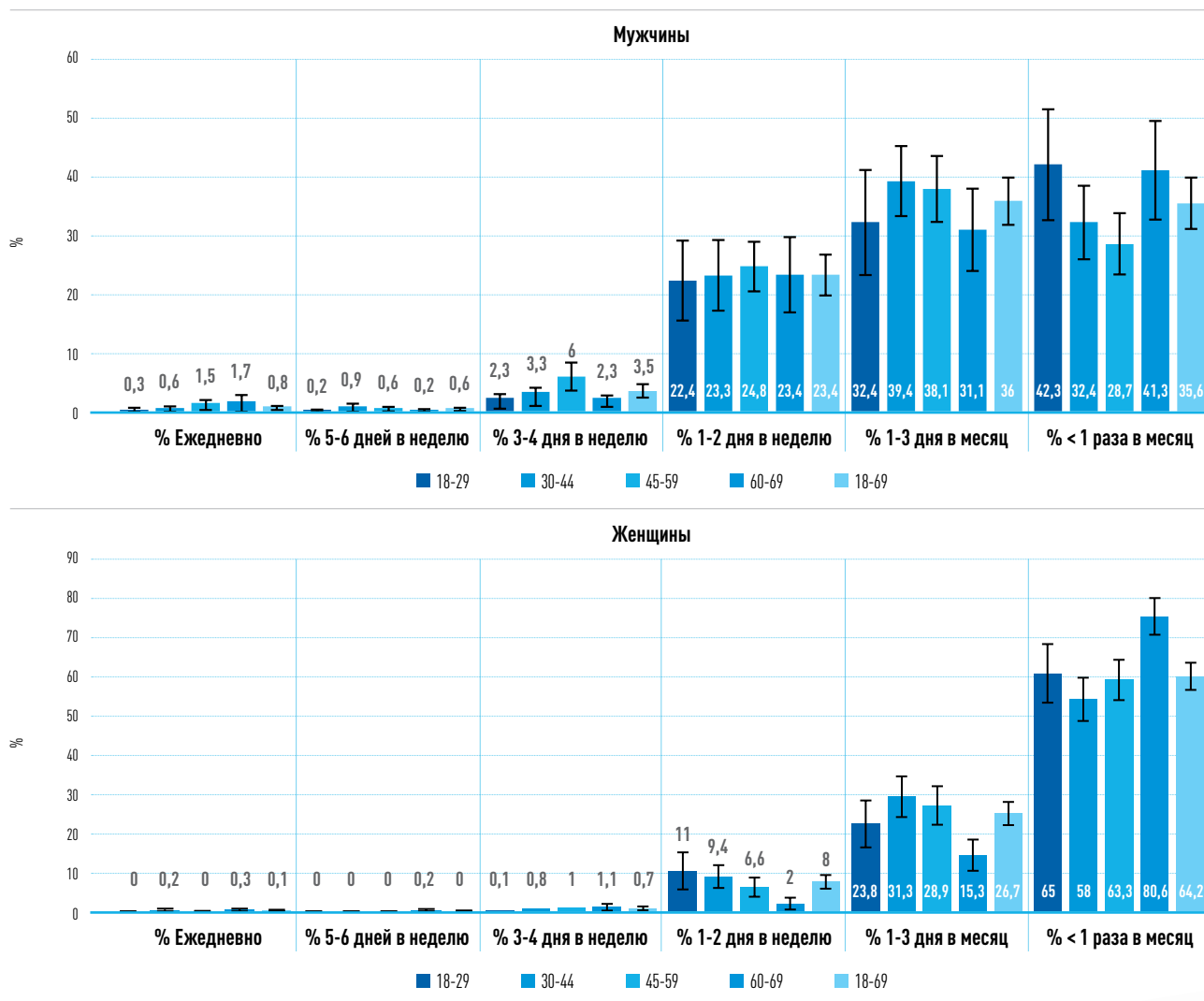
Рис. 9. Распределение населения по статусу потребления алкоголя, по возрасту и полу (%)



Более половины (53,7%) тех, кто не пил алкоголь в течение предыдущих 12 месяцев, но употреблял его в течение своей жизни, прекратили пить из-за негативного воздействия на их здоровье или по совету врача или другого медицинского работника (58,8% мужчин и 49,7% женщин).

За предыдущие 12 месяцев почти половина (49,5%) среди тех, кто употреблял алкоголь, выпивали менее одного раза в месяц (35,6% мужчин и 64,2% женщин) (рис. 10), треть (31,4%) – 1-3 раза в месяц (36,0% мужчин и 26,7% женщин), 15,9% – 1-2 раза в неделю (23,4% мужчин и 8,0% женщин), остальные – чаще (3,2% всего населения, 4,9% мужчин и 1,1% женщин).

Рис. 10. Частота употребления алкоголя за последние 12 месяцев, по возрасту и полу (%)



Мужчины в целом употребляют алкоголь чаще женщин. Среднее количество случаев употребления алкоголя за предыдущие 30 дней от момента обследования составила 3,4 (рис.11); при этом среди мужчин было больше случаев употребления алкоголя (4,2), чем среди женщин (2,4).

Среднее число случаев употребления алкоголя в месяц у сельского населения составило 4,0, у городского – 3,3 (разница статистически не достоверна).

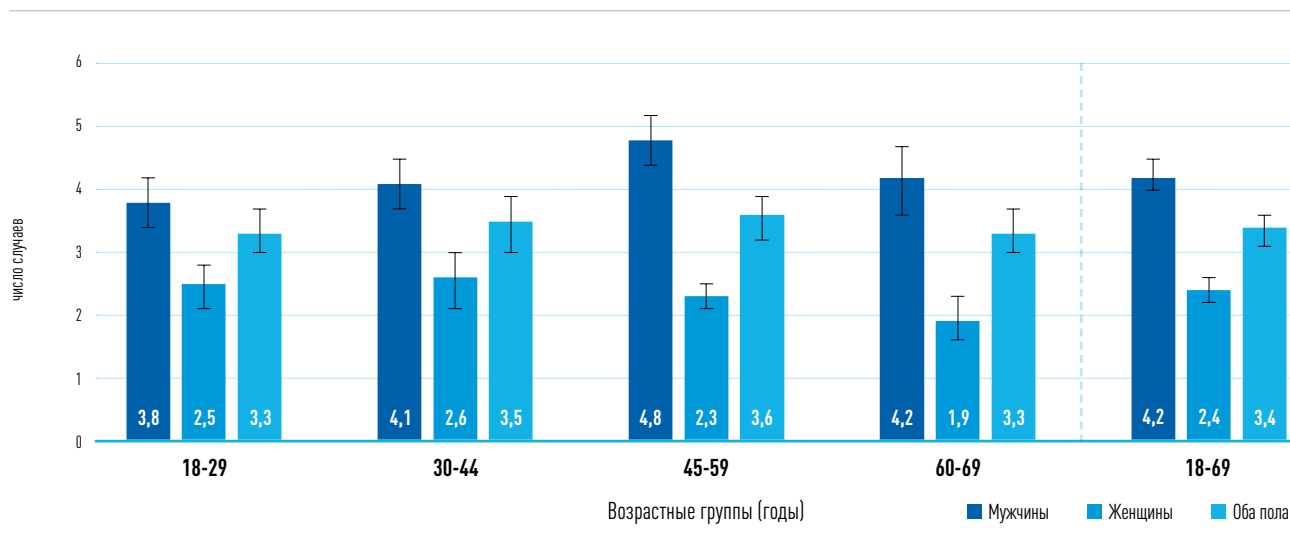


Рис.11. Среднее число случаев употребления алкоголя в месяц среди пьющих (за последние 30 дней), по возрасту и полу

В среднем потребители алкогольных напитков выпивали 4,3 стандартных порции при каждом случае выпивки в течение последнего месяца (рис. 12), причем мужчины выпивали больше (5,2 стандартных порции), чем женщины (2,9 ст.п.). Потребление алкоголя увеличивается у мужчин с возрастом, но затем немного снижается в возрастной группе 60-69 лет. Для женщин характерен одинаковый уровень потребления до 60 лет, а затем небольшое снижение.

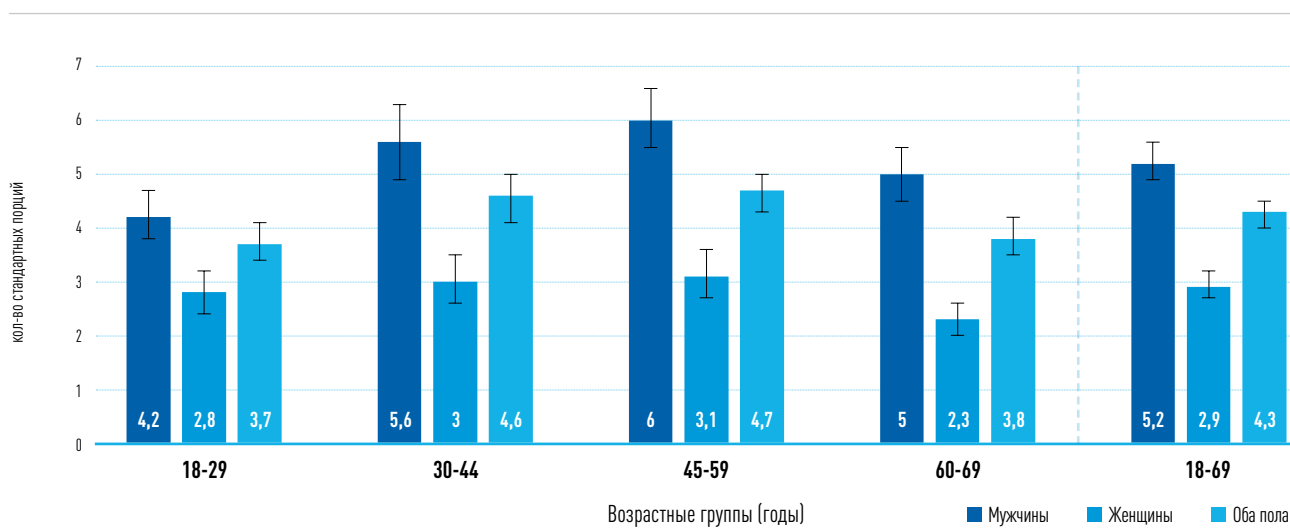


Рис. 12. Среднее количество стандартных порций алкоголя, выпитых за один случай употребления алкоголя, по возрасту и полу (ст.п.)

Городское население в среднем употребляло 4,1 ст.п., а сельское – 5,0 ст.п. (рис.13).

Доля населения, выпивавшего шесть или более стандартных порций в течение предыдущих 30 дней (эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах), составила 15,5% (рис.14). Среди мужчин таких лиц, которые выпивали большое количество алкоголя, в два раза больше (21,1%), чем среди женщин (9,8%). По возрастным группам этот показатель увеличивается у мужчин и женщин до 45-59 лет, достигая максимума (28,9% мужчин и 13,2% женщин), а затем снижается в группе 60-69 лет.

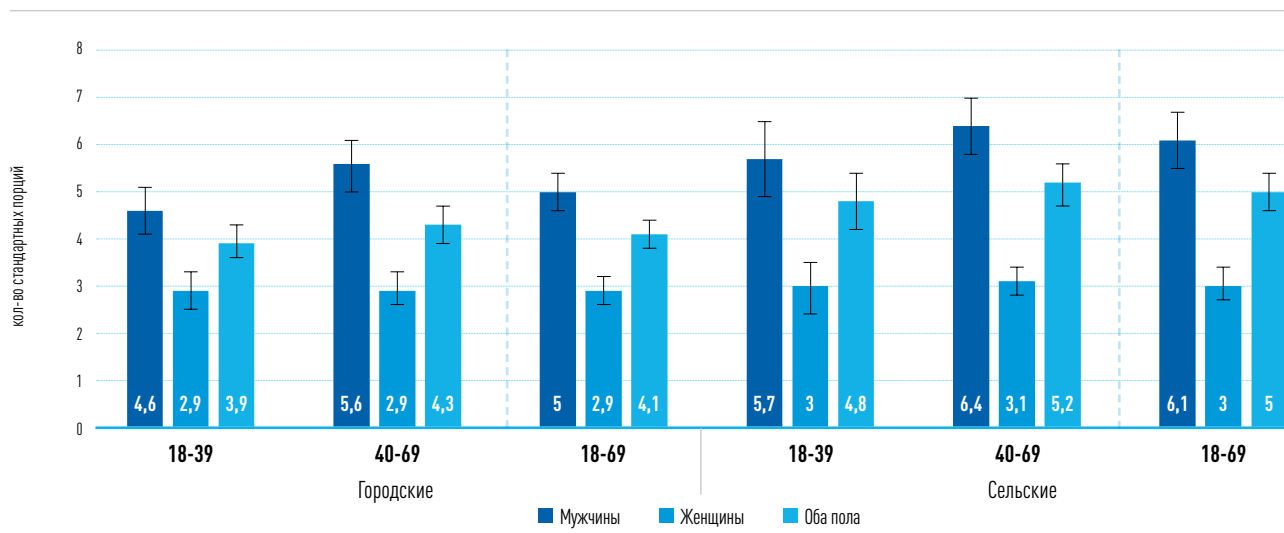


Рис.13. Среднее количество стандартных порций, выпитых за один случай употребления алкоголя за последние 30 дней по возрасту, полу и месту проживания (ст.п.)

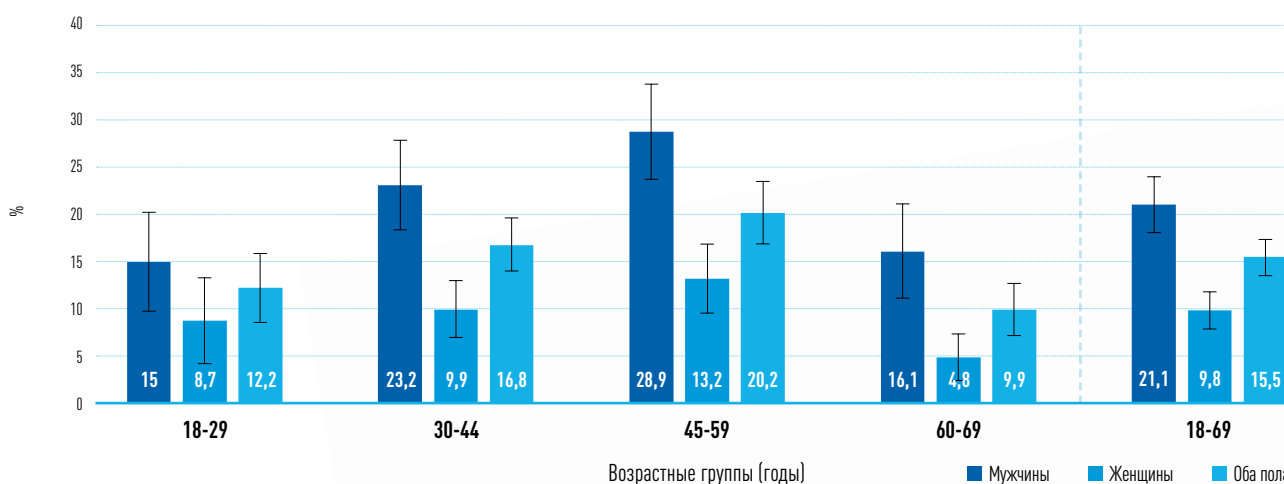
Если сравнивать городское и сельское население по этому показателю, то среди городского населения лиц, употребляющих 6 или более стандартных порций алкоголя, оказалось значительно меньше (14,3%), чем среди сельского (20,2%).

В среднем мужчины выпивали 6 или более стандартных порций алкоголя 1,4 раза в месяц, тем самым эпизодически подвергались воздействию большого количества алкоголя. Аналогичный показатель для женщин составил 0,2 раза в месяц (в среднем для обоих полов – 0,9 раза). Городское население потребляет алкоголь в количестве 6 или более ст.п. 0,8 раза в месяц (мужчины – 1,2, женщины – 0,2), сельское – 1,3 раза (мужчины – 1,9, женщины – 0,3).

Среди употреблявших алкоголь в течение последнего месяца:

- 42,1% населения не употребляли алкоголь в течение предыдущей недели (34,0% мужчин и 53,4% женщин);
- 50,9% употребляли алкоголь в течение 1-2 дней (мужчины - 55,9%; женщины - 43,9%);
- 5,2% - в течение 3-4 дней (мужчины - 7,5%; женщины - 2,1%);
- 0,7% - в течение 5-6 дней (мужчины - 0,9%; женщины - 0,4%); и
- 1,1% употребляли алкоголь ежедневно (мужчины - 1,7%; женщины - 0,2%).

Рис.14. Доля населения, выпивавшего шесть или более стандартных порций за последние 30 дней, по возрасту и полу (%)



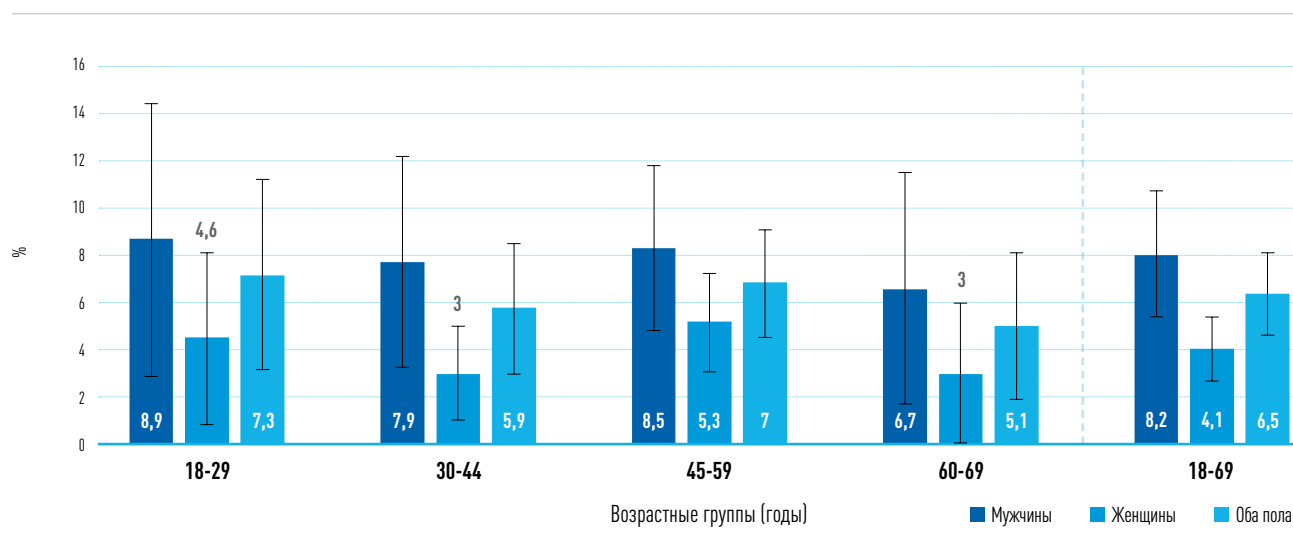


Рис.15. Доля населения, употреблявшая незарегистрированный алкоголь, за последние 30 дней, по возрасту и полу (%)

Среди употреблявших алкоголь в течение последних 30 дней 6,5% употребляли незарегистрированный алкоголь (8,2% среди мужчин и 4,1% среди женщин) (рис.15).

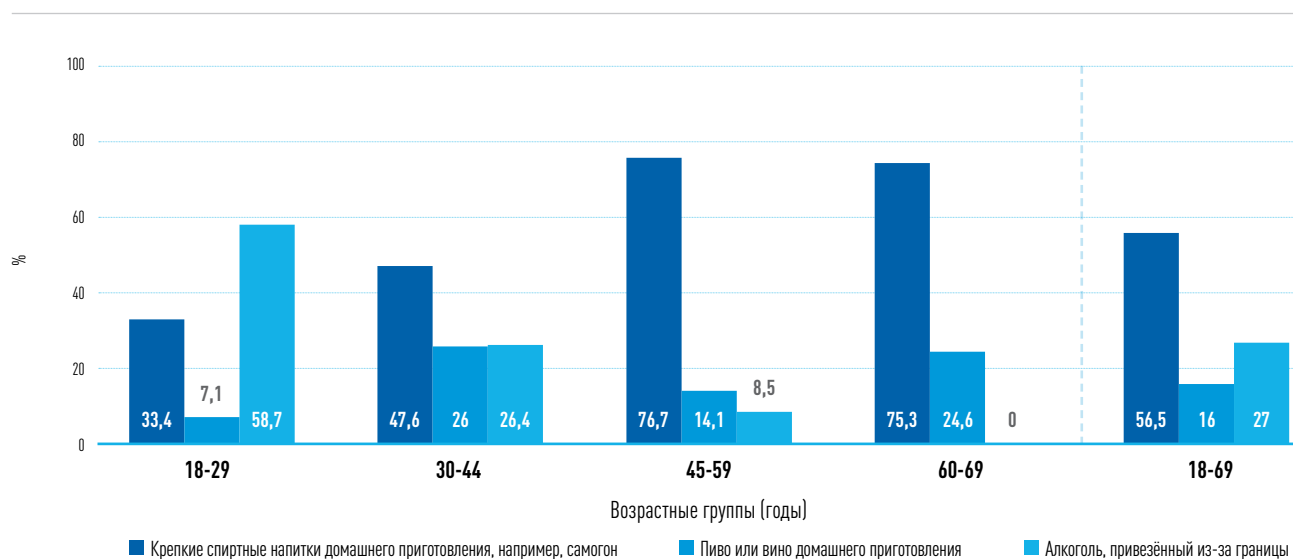
Незарегистрированный алкоголь включает в себя спиртные напитки домашнего приготовления (самогон, вино и пиво), алкоголь, привезенный из-за границы, спиртосодержащие жидкости, не предназначенные для употребления (суррогатный алкоголь), и другой необлагаемый налогом алкоголь.

Доля незарегистрированного алкоголя среди всего алкоголя, потребленного за последнюю неделю, составила 6,2% (в городской местности – 5,4%, в сельской – 8,1%).

По видам незарегистрированного алкоголя, потребленного за предыдущую неделю, распределение следующее: домашние крепкие спиртные напитки (например, самогон) – 56,5%; домашнее пиво или вино – 16,0%; алкоголь, привезенный из-за границы – 27,0% (рис. 16).

В сельской местности более высокую долю в потребленном незарегистрированном алкоголе составляют напитки домашнего приготовления (крепкие – 72,0%, вино и пиво – 19,8%), в городах – 46,8% (крепкие) и 13,6% (вино и пиво).

Рис.16. Доля потребления незарегистрированного алкоголя по видам за последние 7 дней, по возрасту и полу (%)



Доля потребляемых населением алкогольных напитков, привезенных из-за границы, составила 7,3% на селе и 39,5% в городе.

Среди людей, употреблявших алкоголь в течение последних 12 месяцев, 4,5% оказывались в ситуации, когда начинали принимать алкоголь и не могли остановиться (мужчины – 6,9%; женщины – 2,0%).

У 4,8% населения из-за употребления алкоголя в течение последних 12 месяцев были случаи, когда они не делали то, чего от них обычно ожидали (7,3% мужчин; 2,2% женщин).

За последние 12 месяцев у 6,1% населения (9,5% мужчин и 2,5% женщин) были случаи, когда им было необходимо выпить с утра, чтобы прийти в себя после употребления алкоголя в больших количествах накануне («похмелиться»). Причём 4,5% делали это менее одного раза в месяц (6,9% мужчин и 2,0% женщин), 1,6% похмелялись раз в месяц или чаще (2,6% мужчин и 0,5% женщин).

Большинство населения (90,7%) не имели семейных проблем или проблем с другими людьми из-за употребления алкоголя в течение последних 12 месяцев, 8,2% сказали, что такие проблемы возникали менее одного раза в месяц, 1,1% - ответили, что один раз в месяц или чаще.

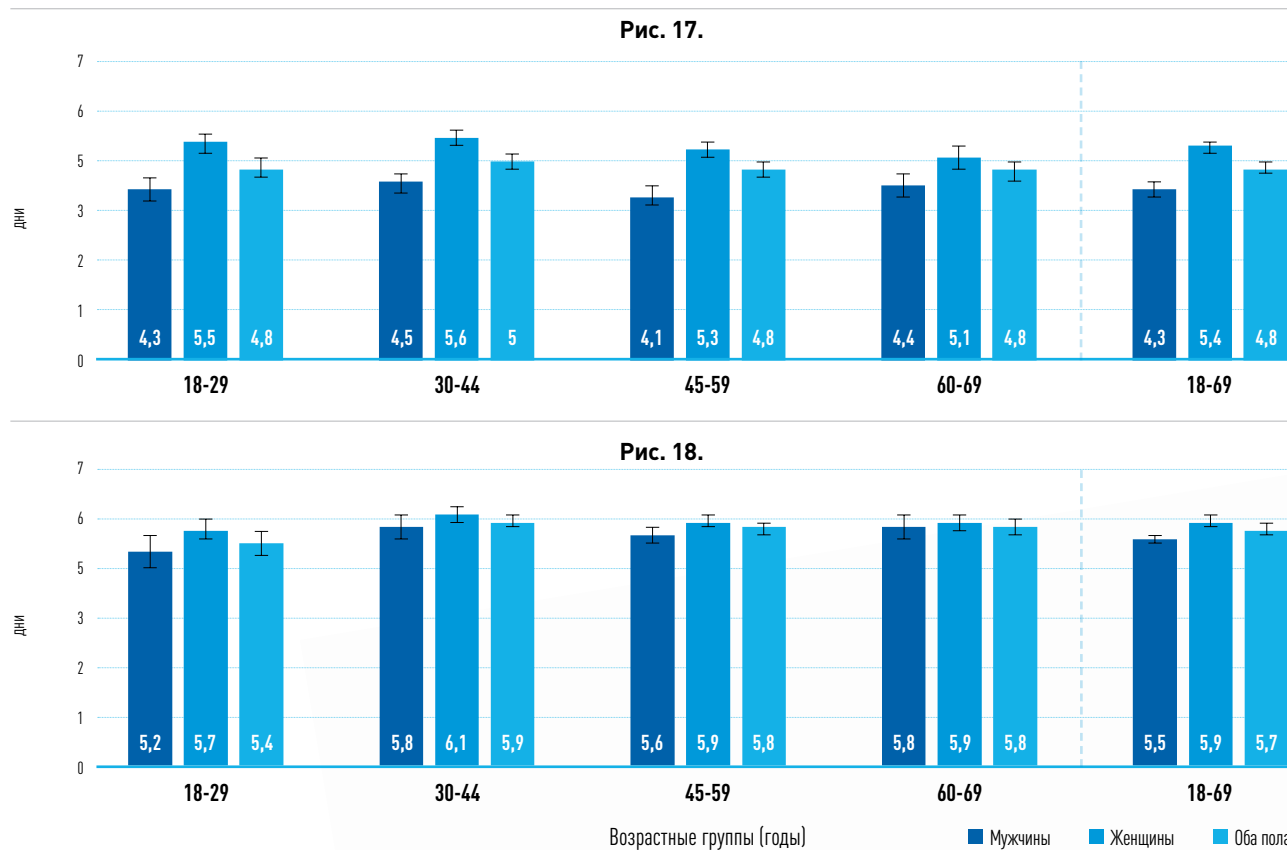
4.4 Рацион питания

4.4.1 Потребление фруктов и овощей

Население потребляет фрукты в среднем 4,8 дня в неделю (мужчины - 4,3; женщины - 5,4) (рис.17). Овощи потребляются чаще – 5,7 дня в неделю (мужчины - 5,5; женщины - 5,9) (рис. 18).

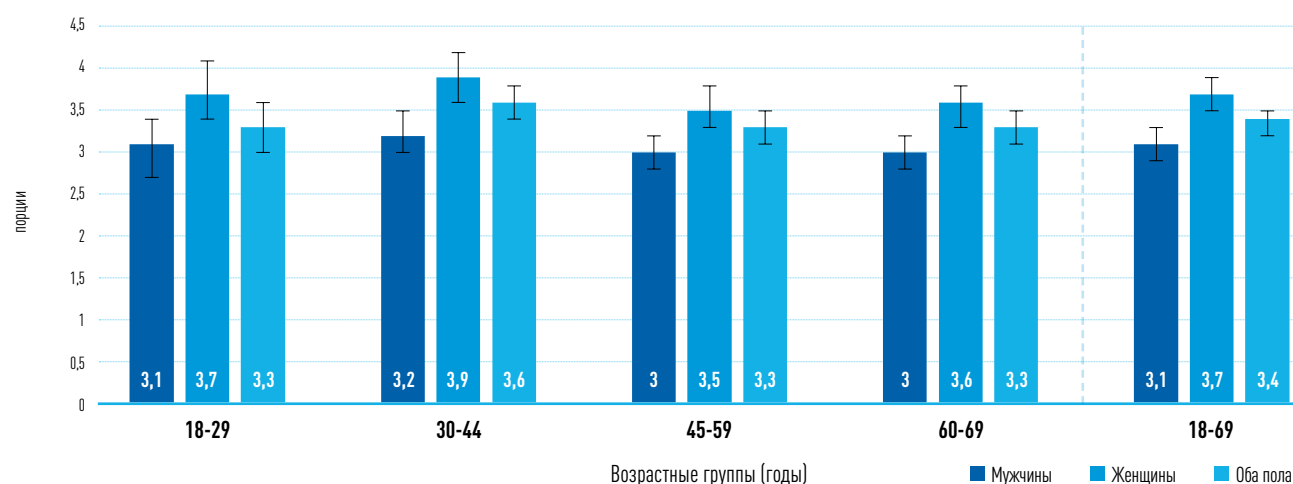
Рис. 17. Среднее количество дней в неделю, когда употреблялись фрукты, по возрасту и полу

Рис. 18. Среднее количество дней в неделю, когда употреблялись овощи, по возрасту и полу



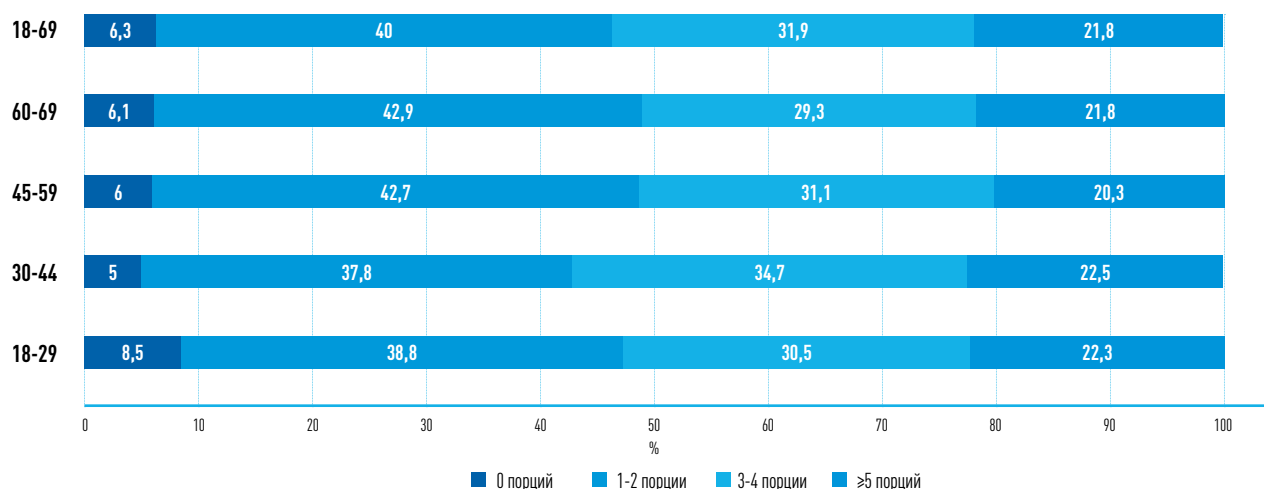
Население потребляет в день в среднем 1,5 стандартные порции фруктов (1,5 ст.п.*80 г=120 г) (мужчины - 1,2 ст.п.; женщины - 1,7 ст.п.) и 1,9 стандартные порции овощей (1,9 – мужчины, 2,0 – женщины). Таким образом, суммарное среднее количество стандартных порций фруктов и овощей составило 3,4 ст.п. (272 г) в день (мужчины - 3,1; женщины - 3,7) (рис. 19). Уровни потребления по возрастным группам и полу не показывают отличительных закономерностей, за исключением того, что женщины чаще едят фрукты и/или овощи, чем мужчины во всех возрастах.

Рис. 19. Среднее число порций фруктов и овощей в день, по возрасту и полу (ст.п.)



Только одна пятая часть населения (21,8%) съедает 5 или более порций фруктов и/или овощей в день (рис. 20), тем самым соблюдая минимальное суточное потребление, рекомендованное ВОЗ (5 ст.п. или 400 г). Женщин, потребляющих пять или более порций фруктов и овощей в день, больше, чем мужчин (16,3% мужчин, 27,3% женщин). Почти треть населения (31,9%) съедает 3-4 порции фруктов или овощей в день; 40,0% населения потребляет - 1-2 порции; 6,3% утверждали, что не едят никаких фруктов или овощей.

Рис. 20. Распределение населения по количеству фруктов и овощей, потребляемых в день, по возрасту (%)

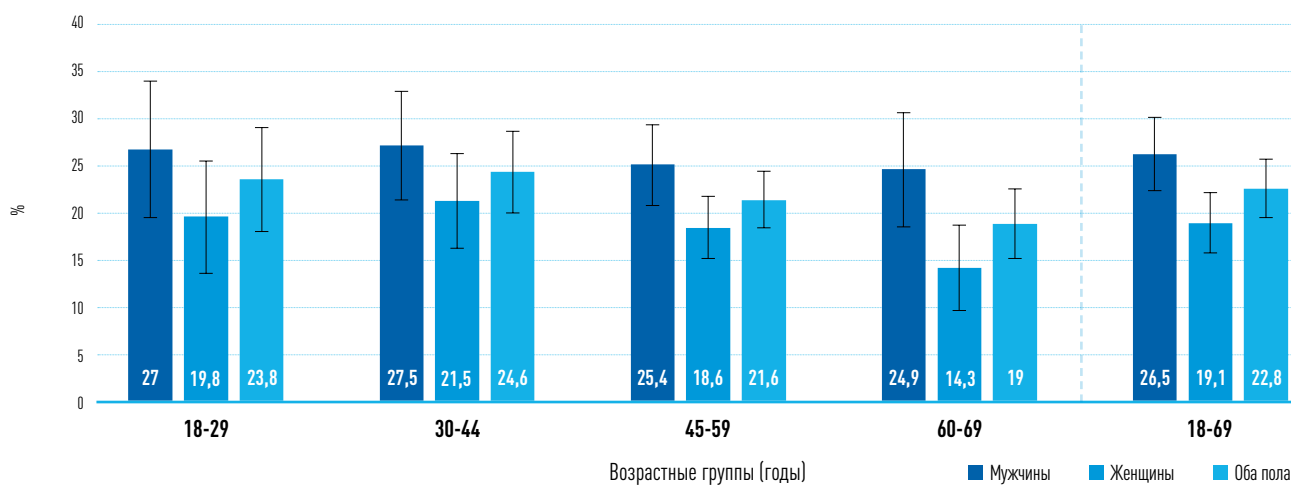


4.4.2 Потребление соли

Одна пятая часть населения (22,8%) всегда или часто добавляла соль или соленый соус в пищу до или во время еды (26,5% мужчин, 19,1% женщин) (рис. 21), с возрастом этот показатель снижается незначительно.

При приготовлении еды дома 80,9% всегда или часто добавляют соль в пищу (82,4% мужчин, 79,4% женщин).

Рис. 21. Доля населения, кто всегда или часто добавляет соль или соленый соус в пищу до или во время еды, по возрасту и полу (%)

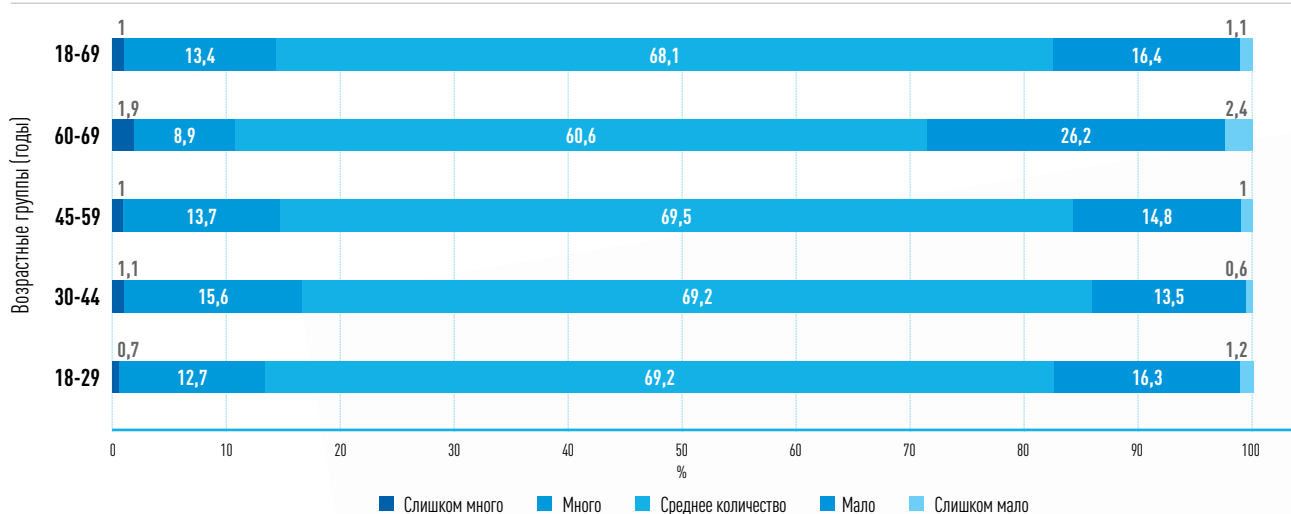


Почти половина населения (44,3%) всегда или часто употребляла обработанные продукты с высоким содержанием соли, в том числе копченые продукты (мясо или рыба), колбасы, сало, соленые огурцы, консервы, соленые чипсы и орехи и т.п.

Среди мужчин потребление этих продуктов распространено значительно выше (52,5%), чем среди женщин (36,0%). Уровень потребления обработанных продуктов с высоким содержанием соли снижается с возрастом: с 49,9% населения в возрасте 18-29 лет до 27,5% в возрасте 60-69 лет.

Более двух третей населения (68,1%) полагают, что потребляют умеренное («правильное») количество пищевой соли и соленых соусов (68,8% мужчин и 67,3% женщин), и только 14,4% считают, что потребляют много или слишком много соли (16,2% мужчин, 12,7% женщин) (рис. 22).

Рис. 22. Распределение населения по самооценке количества потребляемой соли, по возрасту (%)



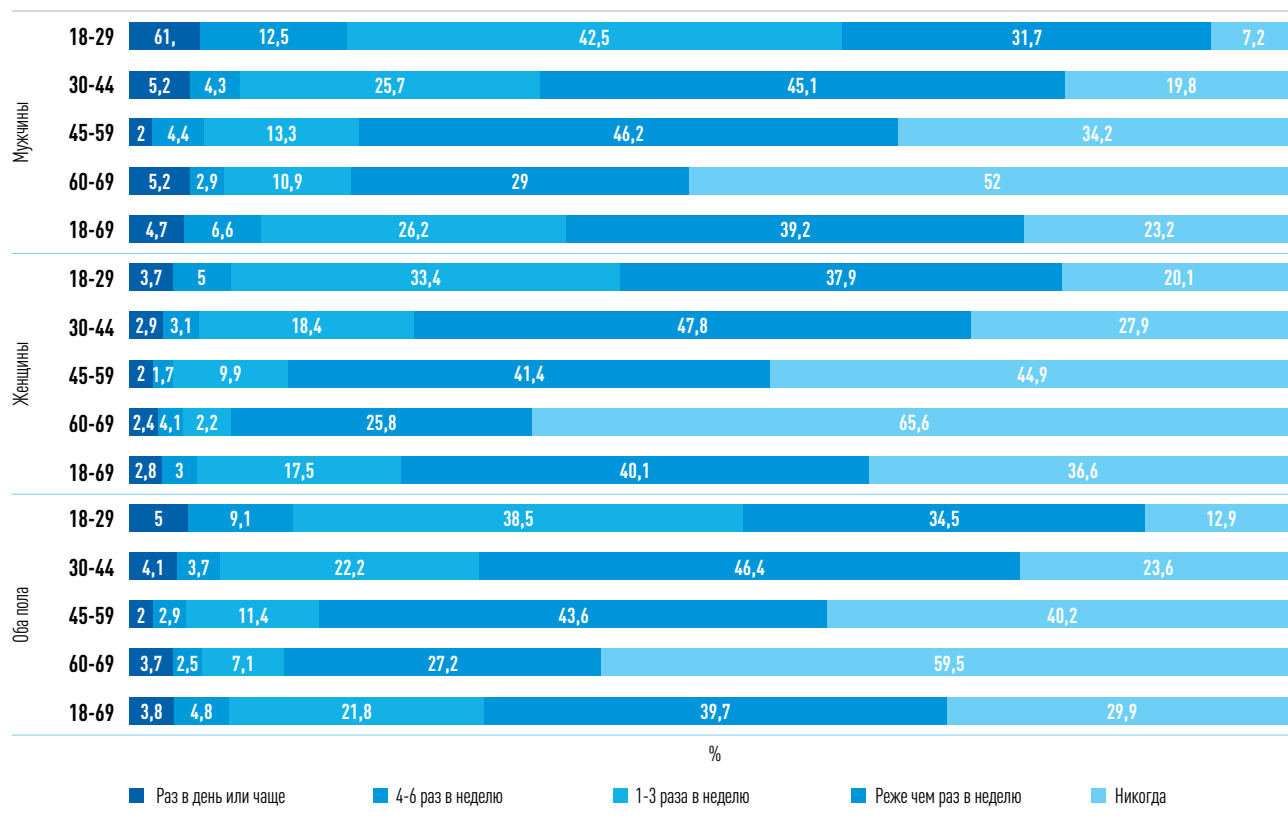
Снизить содержание соли в своем рационе считает «очень важным» один из четырёх человек, или 26,1% населения, половина населения (52,6%) считает «в какой-то степени важным», а 21,3% – «совсем не важным». Наибольшая доля тех, кто считает снижение соли вообще не важным, наблюдается среди 18-29-летних (28,1%), причем это 35,5% молодых мужчин и 19,0% молодых женщин.

72,0% населения считает, что потребление слишком большого количества соли может вызвать серьезные проблемы со здоровьем, и это понимание менее распространено среди мужчин (64,8%), чем среди женщин (79,3%). Среди пожилых групп населения больше лиц осведомлено о негативных последствиях для здоровья чрезмерного потребления соли, чем среди молодых.

Осознание вреда, причиняемого чрезмерным потреблением соли, должно вести к определенному поведению, направленному на его уменьшение. Однако только 10,1% населения обращают внимание на содержание соли или натрия на этикетках продуктов питания (6,6% мужчин, 13,8% женщин); треть населения (34,3%) пытается ограничить потребление обработанных пищевых продуктов (мужчины: 24,7%; женщины: 43,9%); 13,8% - покупать альтернативы с низким содержанием соли/натрия (мужчины: 7,8%; женщины: 19,9%); 42,5% - использовать специи, отличные от соли, при приготовлении пищи (мужчины: 30,8%; женщины: 54,3%); и 33,8% - избегать употребления продуктов, приготовленных вне дома (мужчины: 25,3%; женщины: 42,3%).

Среди городских жителей больше пытающихся ограничить потребление обработанных пищевых продуктов, чем среди сельских (36,5% и 25,3%, соответственно). Также среди городских жителей больше тех, кто покупает альтернативные продукты с низким содержанием соли (14,8% городских, 10,0% сельских) и тех, кто использует специи вместо соли при приготовлении пищи (45,9% городских, 29,1% сельских жителей).

Рис. 23. Распределение населения по частоте потребления сладких напитков, по возрасту и полу (%)



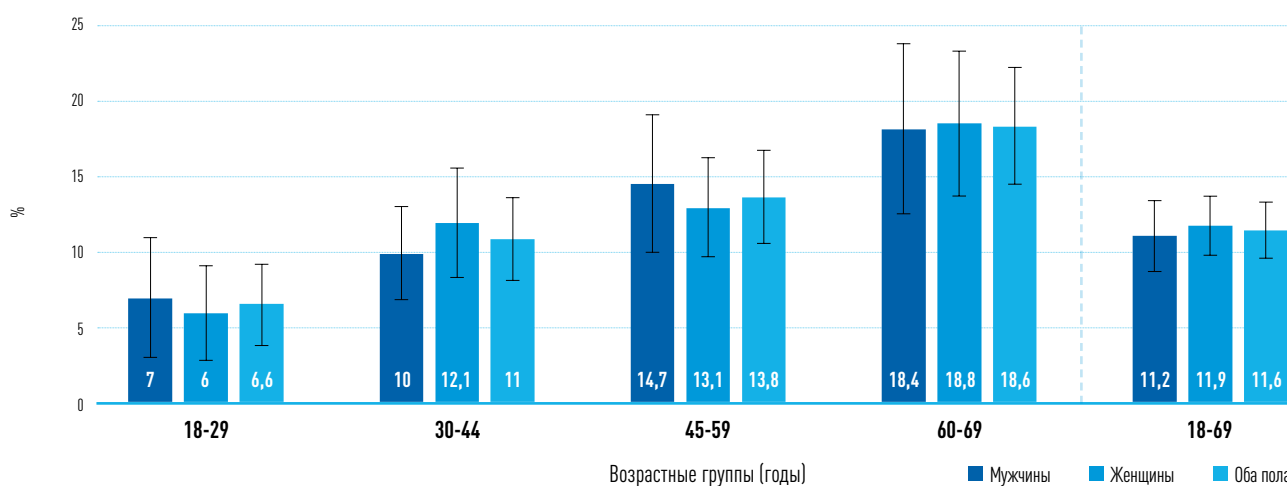
4.4.3 Потребление сладких напитков

В процессе STEPS-исследования выявлено, что 3,8% населения употребляют сладкие напитки чаще одного раза в день (4,7% мужчин и 2,8% женщин) (рис. 23). С другой стороны, почти треть населения (29,9%) заявила, что никогда не употребляла сладкие напитки (23,2% мужчин и 36,6% женщин). В целом, распространенность потребления сладких напитков выше среди мужчин, чем среди женщин, а также среди лиц молодого возраста по сравнению со старшими возрастными группами. По месту проживания (город/село) достоверных различий не выявлено.

4.5 Физическая активность

Десятая часть взрослого населения Республики Беларусь (11,6% - 11,2% мужчин и 11,9% женщин) не соответствует рекомендациям ВОЗ по уровню физической активности, полезной для здоровья (не менее 150 минут физической активности средней интенсивности в неделю или эквивалентное количество минут нагрузки другой интенсивности) (рис. 24), причем среди людей в возрасте 60-69 лет эта доля (18,6%) почти в три раза выше, чем среди молодежи (6,6%).

Рис. 24. Доля населения, не отвечающая рекомендациям ВОЗ по физической активности для здоровья, по возрасту и полу (%)



Среднее самооценочное время, затраченное на общую физическую активность, составило 177,9 минуты в день (рис. 25); мужчины с 198,4 минутами в день примерно на 41,1 минуту дольше получают физическую нагрузку, чем женщины (157,3 мин. в день).

По возрастным группам у мужчин до 59 лет примерно одинаковые показатели, которые выше, чем у женщин. Но в группе 60-69 лет мужчины и женщины снижают физическую активность на 25% по сравнению с самыми высокими показателями молодых групп (рис.25).

Сельские жители на физическую активность затрачивали 213,2 мин. в день, что на 44,1 мин. больше, чем у городских жителей – 169,1 минуты в день.

Половина времени, потраченного на общую физическую активность, была связана с работой (89,5 минуты), треть – с передвижением (60,1 минуты) и только 15,9% – с досугом (28,3 минуты) (рис.26).

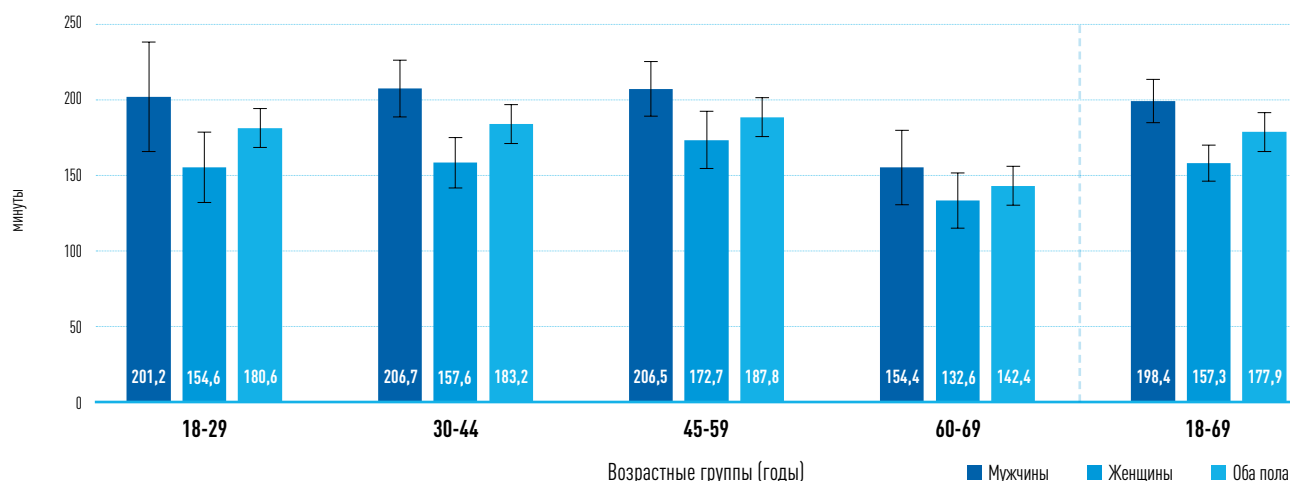


Рис. 25. Среднее время, затраченное на общую физическую активность в день, по возрасту и полу (минуты)

Длительность физической активности, связанной с работой, почти в 2 раза дольше у мужчин (112,7 минуты), чем у женщин (66,2 минуты).

Данный показатель растёт до возрастной группы 45-59 лет, а потом резко снижается и у населения в возрасте 60-69 лет составляет 52,0 минуты в день (рис.26).

Сельские жители на физическую активность, связанную с работой, затрачивают 112,7 мин. в день, городские – 83,7 мин.

Отсутствие физической активности на работе наблюдается у 63,1% населения, причем у женщин данный показатель составил 71,2%, у мужчин – 55,1%.

Четверть населения (25,7%) не занималась физической активностью, связанной с перемещением (транспортом) (31,2% мужчин и 20,1% женщин).

В свободное время физической активностью не занималась почти половина населения (45,8%), причем эта тенденция усиливается на протяжении всей жизни: доля неактивных на досуге лиц в возрасте 18-29 лет составляет 28,7%, а в возрасте 60-69 лет – 64,0%.

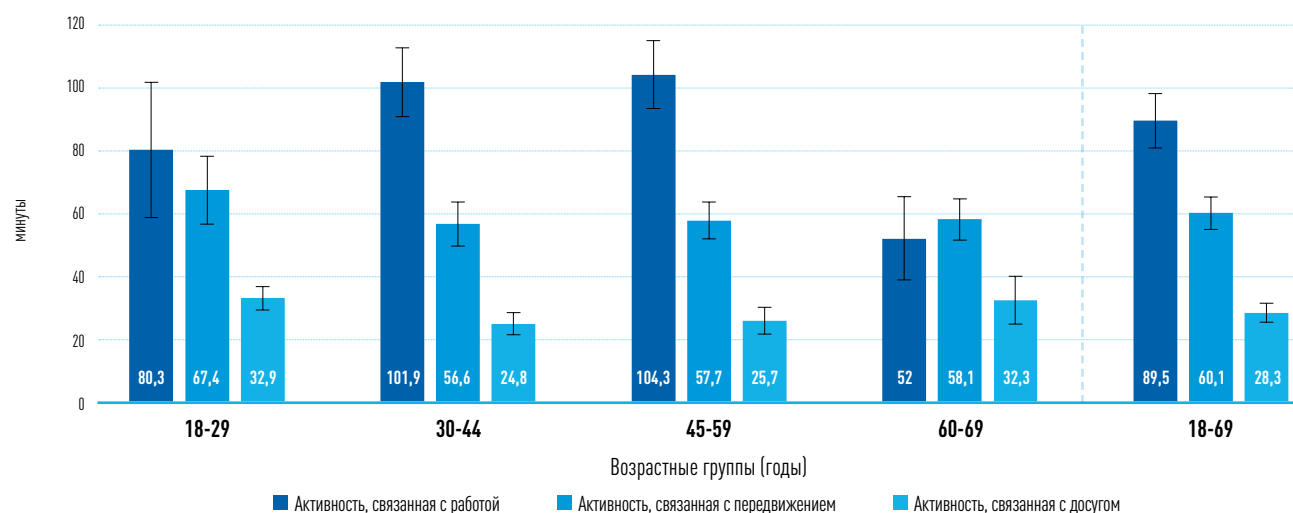


Рис. 26. Среднее время, затрачиваемое на выполнение физической активности, связанной с работой, передвижением и досугом, по возрасту (минут в день)

Тяжёлая физическая нагрузка отсутствует у 78,0% населения. Такая ситуация больше распространена среди женщин (90,7%), чем среди мужчин (65,4%). Доля населения, не получающая тяжёлую физическую нагрузку, с возрастом увеличивается и достигает 93,6% среди группы 60-69 лет (для сравнения, в возрастной группе 18-29 лет таких лиц 62,8%).

Среди сельских жителей данный показатель составляет 81,4%, среди городских – 77,1%.

Кроме того, в стране широко распространён сидячий образ жизни, так как взрослые проводят в среднем 336,3 минуты в день, сидя или полулежа (330,1 мин мужчины, 342,5 мин женщины), причем данный образ жизни распространён больше среди городских жителей – 347,3 мин., чем среди сельских – 292,5 мин. в день.

4.6 Анамнез гипертонии

В целом лишь 3,7% населения сообщили, что их артериальное давление (АД) никогда не измерялось медицинским работником, при этом среди них мужчин почти в 2 раза больше (4,9%), чем женщин (2,5%). Из тех, кому проводилось измерение АД медицинским работником (96,3%): 70,3% сообщили, что повышенное АД или артериальная гипертензия (АГ) ранее не диагностировалась; 14,4% сообщили, что были проинформированы о наличии высокого АД или диагностированной АГ ранее, чем за год до STEPS-исследования; 11,6% сообщили, что у них диагностировано повышенное давление в течение последних 12 месяцев. Таким образом, более четверти населения (26,0%) на момент STEPS-исследования уже были проинформированы медицинским работником о повышенном у них АД или артериальной гипертензии (рис. 27).

Рис. 27. Распределение населения по измерению артериального давления и диагностическому статусу по АГ, по возрасту и полу (%)

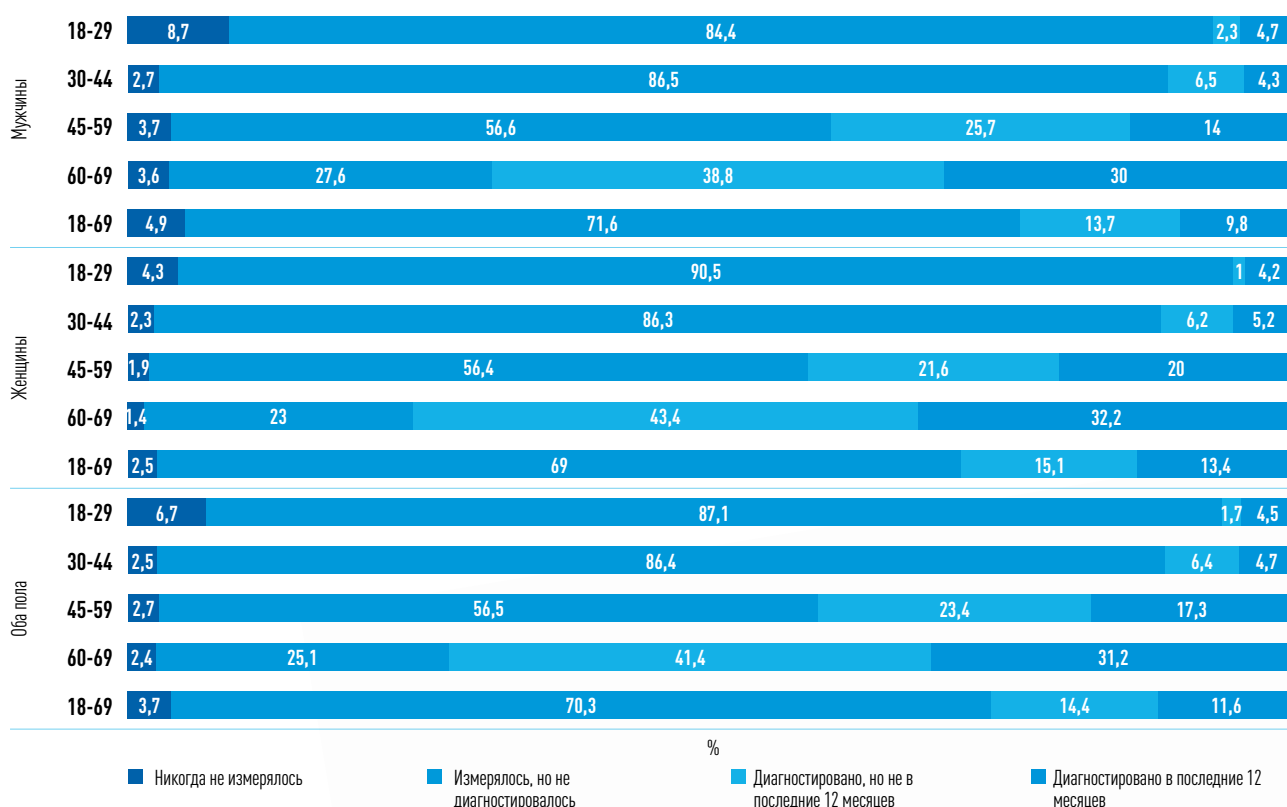
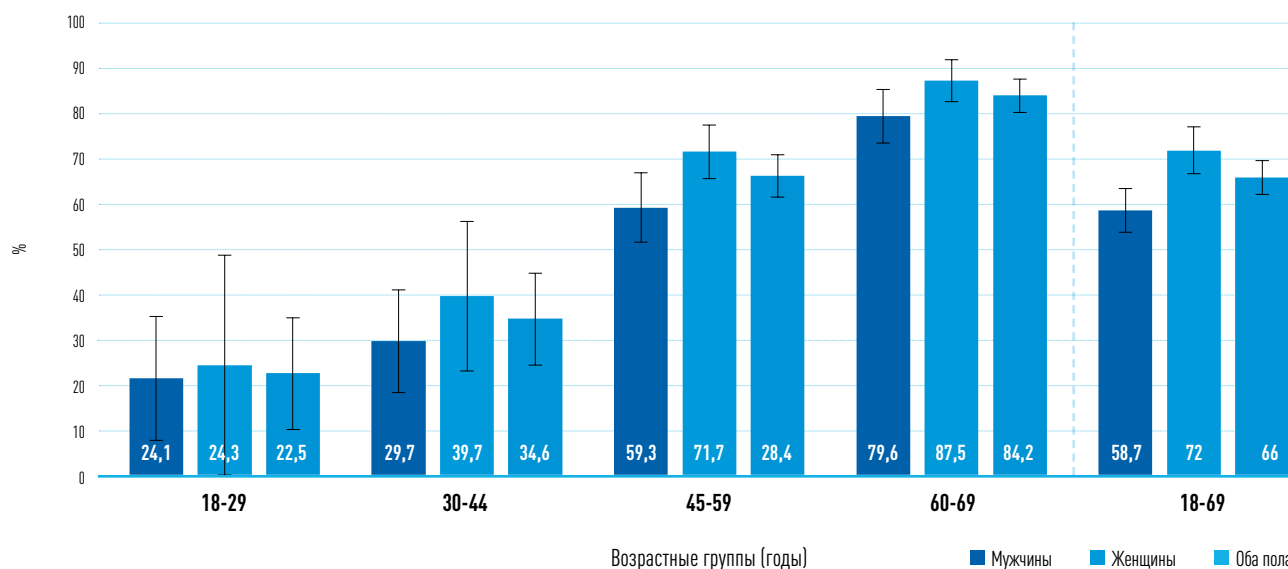


Рис. 28. Доля лиц, знающих о своем повышенном АД или диагностированной АГ и принимающих в настоящее время антигипертензивное лечение, назначенное медицинским работником, по возрасту и полу (%)

Среди лиц, имеющих повышенное АД или АГ, доля тех, кто принимает в настоящее время антигипертензивное лечение, составляет 66,0% (мужчины – 58,7%, женщины – 72,0%) (рис. 28). Количество таких лиц увеличивается с возрастом: от 22,5% в возрасте 18-29 лет до 84,2% в возрасте 60-69 лет, причем в этой возрастной группе женщин больше (87,5%), чем мужчин (79,6%).

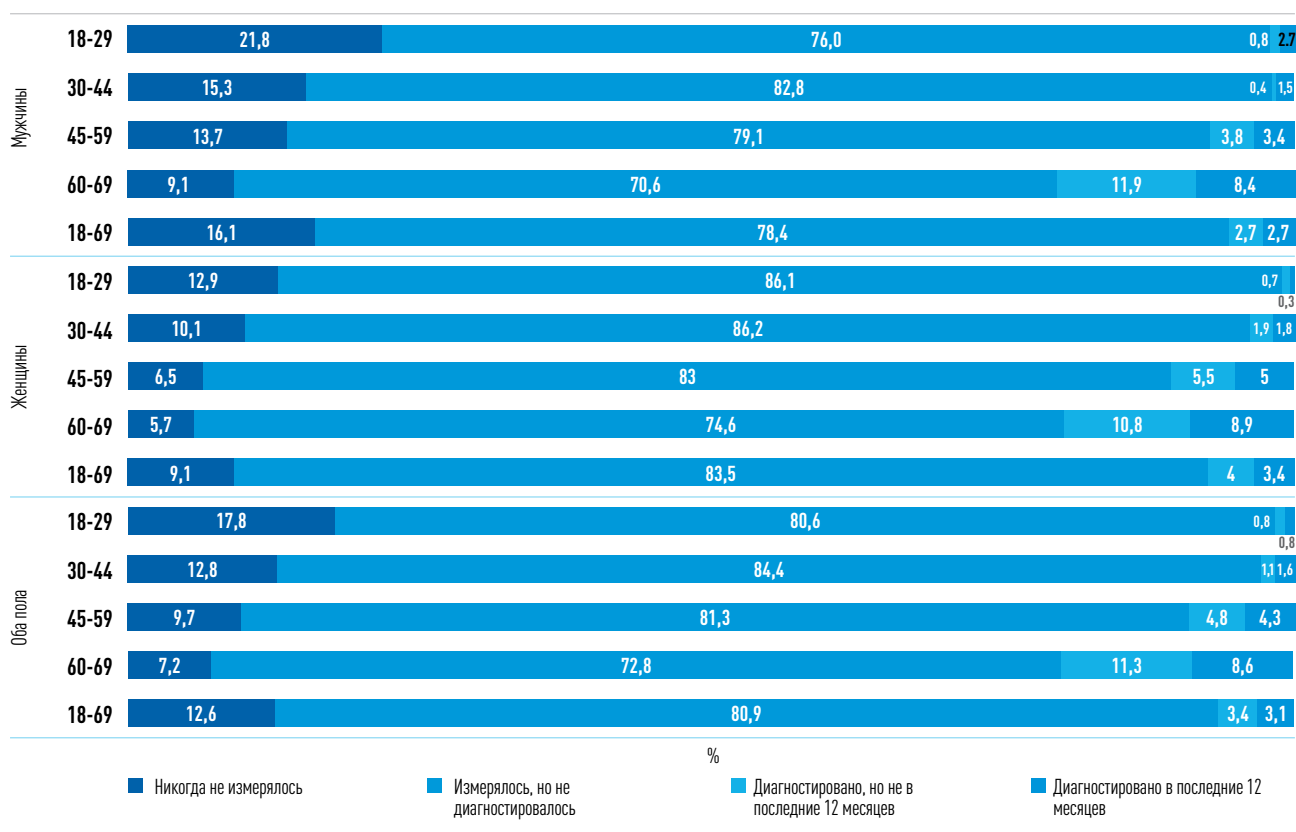


Только 2,6% лиц, имеющих повышенное АД или установленную АГ, указали, что обращались к народным целителям, 8,7% населения принимают в настоящее время травы или иные народные средства с целью нормализации давления.

4.7 Анамнез диабета

12,6% населения указали, что у них никогда не измерялся уровень глюкозы в крови медицинским персоналом (16,1% среди мужчин, 9,1% среди женщин). Доля населения, у кого никогда не измерялся уровень глюкозы в крови, с возрастом закономерно снижается от 17,8% среди лиц в возрасте 18-29 лет до 7,2% среди лиц в возрасте 60-69 лет.

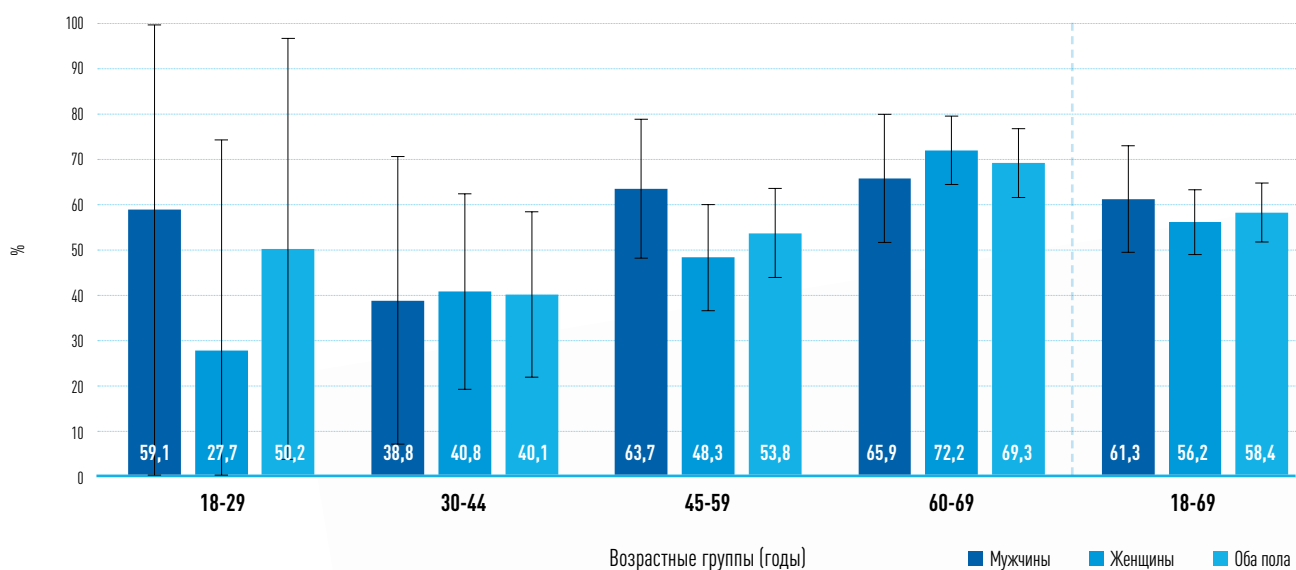
Из тех, кому измерялся уровень глюкозы крови: 80,9% сообщили, что повышенный уровень глюкозы или сахарный диабет ранее не диагностировались; 3,4% сообщили, что были проинформированы о повышенном уровне глюкозы или сахарном диабете ранее, чем за год до STEPS-исследования; 3,1% сообщили, что у них диагностирован повышенный уровень глюкозы крови или сахарный диабет в течение последних 12 месяцев. Таким образом, 6,5% населения были проинформированы медицинским работником о том, что у них повышен уровень глюкозы в крови или диагностирован сахарный диабет (рис. 29), причем эта доля увеличивается с возрастом более чем в 12 раз – от 1,6% среди 18-29-летних до 19,9% среди 60-69-летних (тенденции схожи у обоих полов).



Более половины населения (58,4%), которые знали о повышенном уровне глюкозы крови или сахарном диабете, принимали лекарственные средства, назначенные врачом для лечения сахарного диабета (61,3% мужчин и 56,2% женщин) (рис. 30). С возрастом эта доля увеличивается и в возрастной группе 60-69 лет составляет 69,3%. Кроме того, 19,7% принимали инсулин, при этом доля мужчин в 2 раза больше, чем женщин (28,3% и 13,4%, соответственно). Также среди тех, кто принимал инсулин, в 2 раза больше городских жителей, чем сельских (21,7% и 12,4%, соответственно).

Рис. 29. Распределение населения по статусу информированности медицинским работником о повышении уровня глюкозы в крови или сахарном диабете, по возрасту и полу (%)

Рис. 30. Доля лиц с повышенным уровнем глюкозы крови или диагностированным ранее сахарным диабетом, принимающая гипогликемические препараты или инсулин, по возрасту и полу (%)

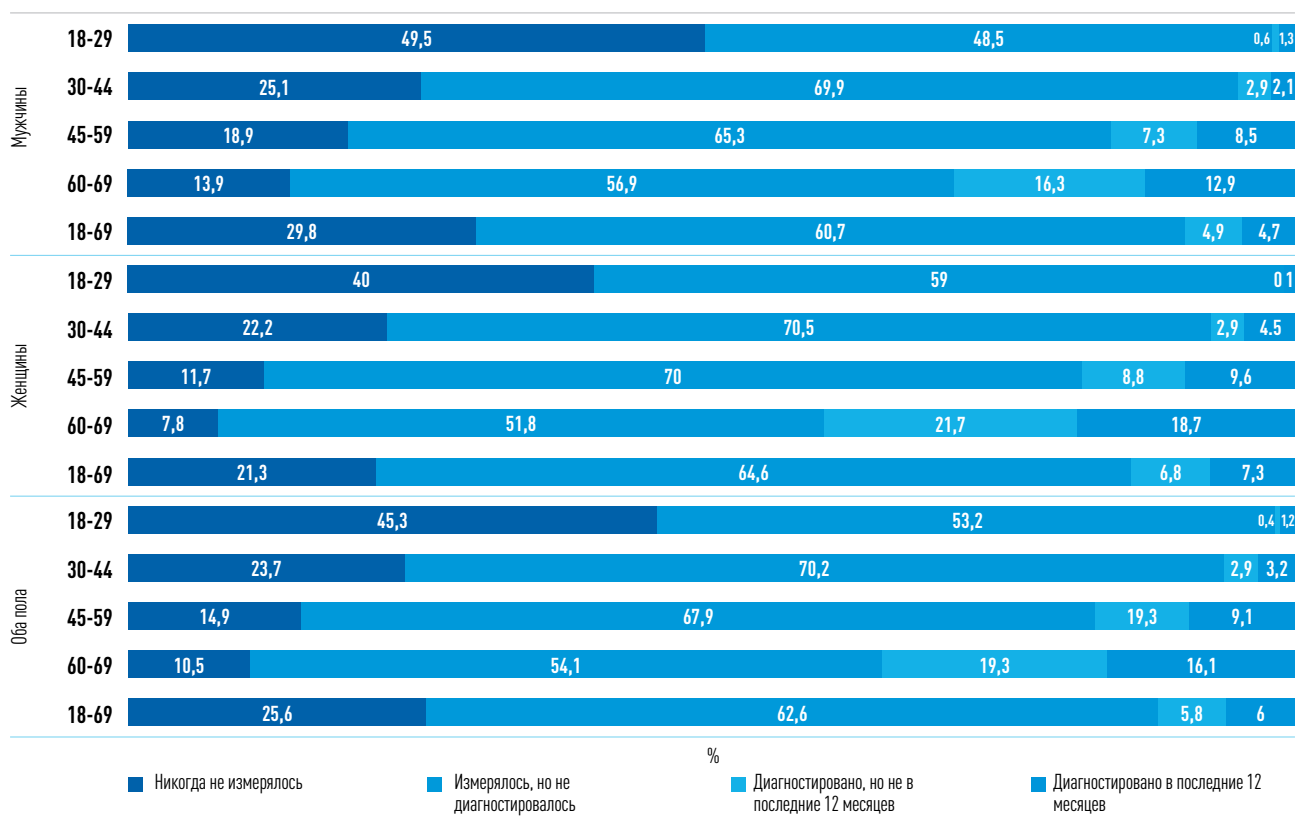


Только 2,2%, из тех, кто знал о своем повышенном уровне глюкозы в крови или диабете, сообщили, что консультировались с традиционным целителем (0,2% мужчин и 3,7% женщин), а 9,6% принимали травы или другие народные средства от диабета (5,1% мужчин и 13,0% женщин).

4.8 Анамнез гиперхолестеринемии

Исследование показало, что у чуть более четверти населения (25,6%) никогда не измерялся уровень общего холестерина в крови (у 29,8% мужчин и 21,3% женщин). У 74,4% населения определение уровня общего холестерина в крови было проведено. При этом у 62,6% не зарегистрировано повышенных значений уровня общего холестерина; 5,8% сообщили, что знали о повышенном уровне холестерина в крови более чем за год до STEPS-исследования; 6,0% сообщили, что у них диагностирован повышенный холестерин в крови в течение последних 12 месяцев. Соответственно, 11,8% были проинформированы медицинским работником о том, что у них повышен уровень общего холестерина (9,6% мужчин и 14,1% женщин), эта доля увеличивается с возрастом от 1,6% среди лиц 18-29-лет до 35,4% среди лиц группы 60-69-лет. Данный показатель в зависимости от возраста увеличивался быстрее среди женщин, достигнув 40,4% в возрастной группе 60-69 лет, в то время для мужчин в этом возрасте значение составило 29,2% (рис.31).

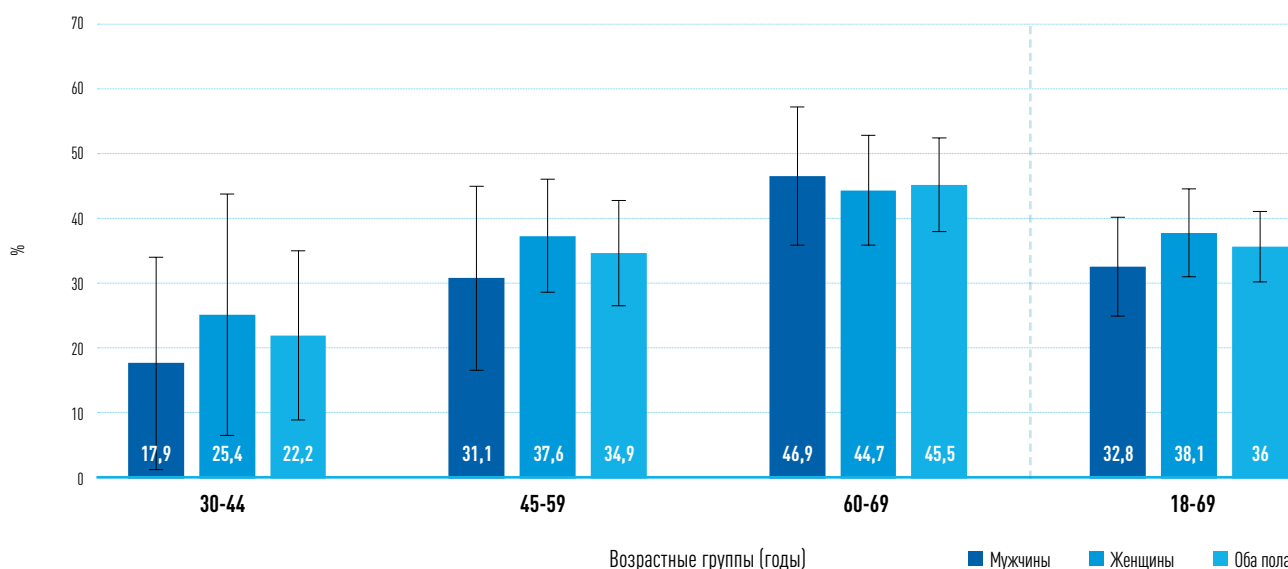
Рис. 31. Распределение населения по информированности медицинским работником о повышенном уровне холестерина в крови, по возрасту и полу (%)



Из тех, у кого ранее был диагностирован повышенный уровень общего холестерина в крови, более трети (36,0%) сообщили, что принимали лекарства, назначенные врачом (рис.32), общая доля, принимающих лекарства увеличилась вдвое при сравнении возрастной группы 30-44 лет (22,2%) и 60-69 лет (45,5%). Аналогичная тенденция наблюдалась как

среди мужчин, так и среди женщин, но для мужчин этот показатель рос несколько быстрее. Кроме того, 2,2% сообщили, что консультировались с народным целителем, а 7,1% сообщили, что принимали травы или другие народные средства для снижения общего холестерина. (Следует обратить внимание, что эти категории не являются взаимоисключающими – один и тот же человек может, например, принимать лекарства и консультироваться с целителем).

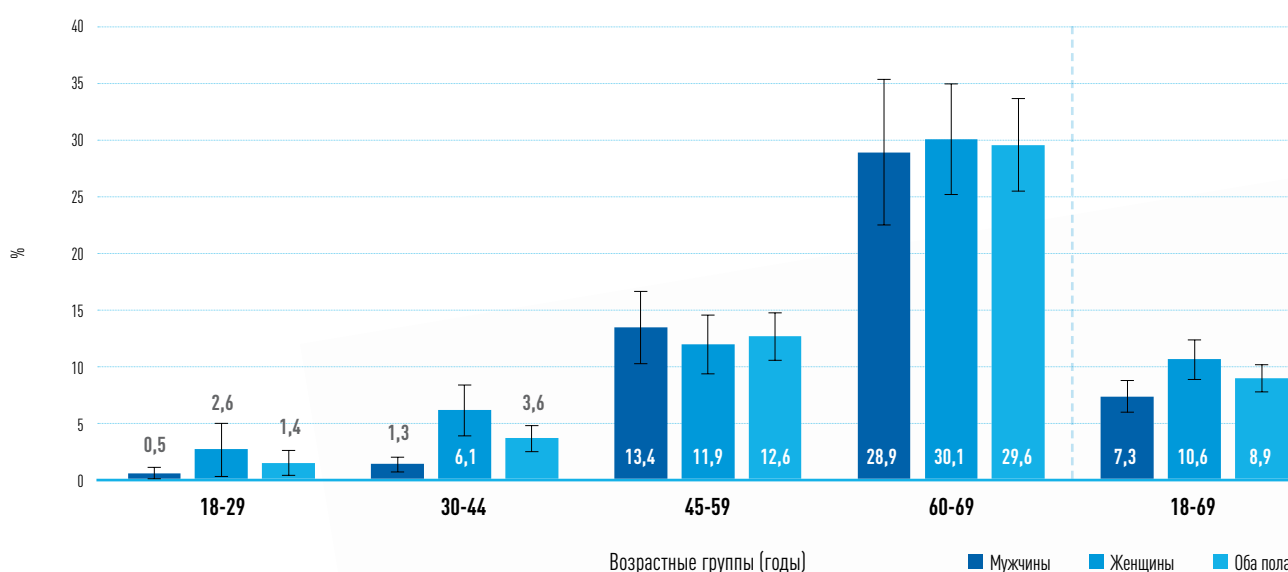
Рис. 32. Доля лиц с повышенным уровнем холестерина в крови, принимающая прописанные медицинским работником лекарства против гиперхолестеринемии, по возрасту и полу (%)



4.9 Анамнез болезней системы кровообращения (БСК)

Наличие признаков болезней системы кровообращения, в частности сердечный приступ, боль в груди в результате стенокардии или перенесенный инсульт, встречается у 8,9% населения (у 7,3% мужчин и 10,6% женщин). Распространенность названных признаков существенно увеличивается с возрастом от 1,4% в возрастной группе 18-29 лет до 29,6% в возрастной группе 60-69 лет (рис. 33).

Рис. 33. Доля населения, сообщившая о сердечном приступе, боли в груди из-за болезни сердца (стенокардии) или инсульта, по возрасту и полу (%)



У сельских женщин такие признаки встречались значительно чаще (15,3%), чем у городских (9,5%).

В целом 10,8% населения регулярно принимают аспирин для профилактики или лечения болезней сердца (9,4% мужчин и 12,2% женщин) (рис. 34), доля лиц, принимающих аспирин, возрастает с возрастом и в группе 60-69 лет составляет 44,4% (41,5% мужчин и 46,7% женщин). Причем доля сельских женщин, которые регулярно принимали аспирин для профилактики и лечения болезней сердца, больше (16,4%), чем городских (11,3%).

Рис. 34. Доля населения, принимающая аспирин для профилактики или лечения БСК, по возрасту и полу (%)

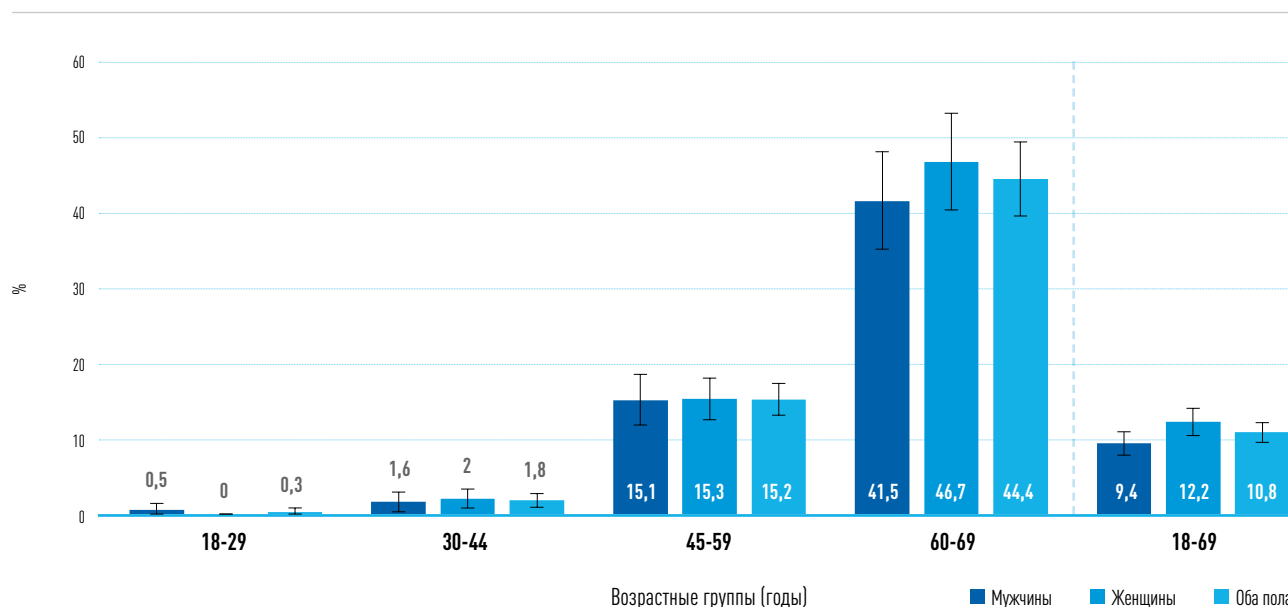
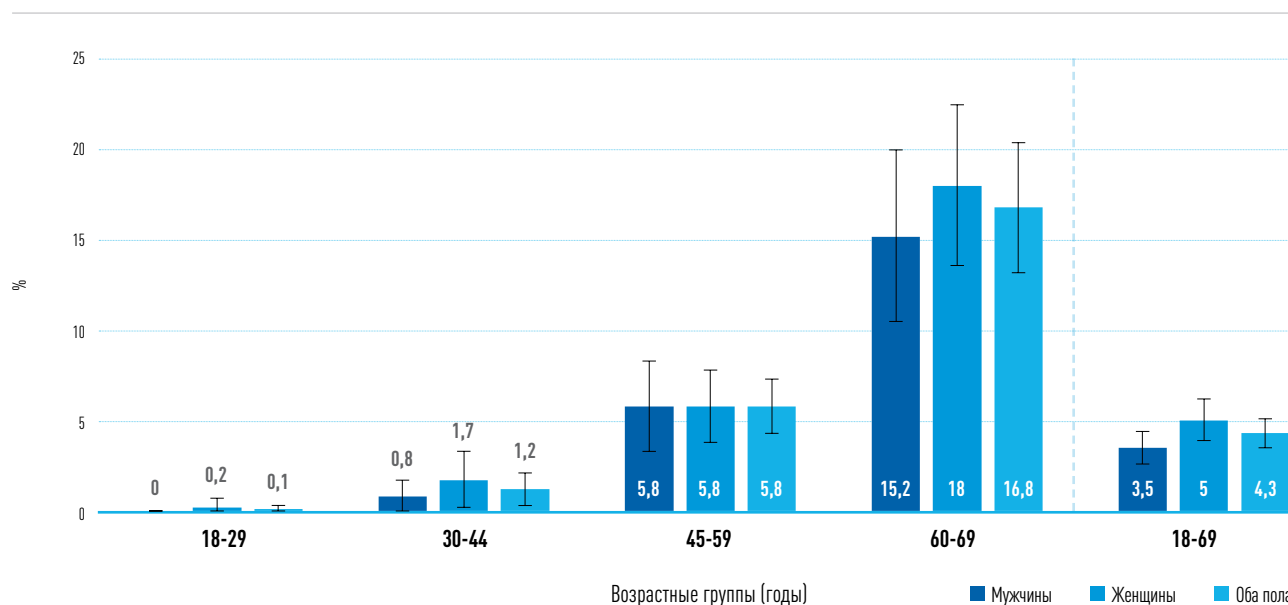


Рис. 35. Доля населения, принимающая статины для профилактики или лечения БСК, по возрасту и полу (%)

Кроме того, 4,3% населения сообщили о регулярном приеме статинов для профилактики или лечения БСК, причем доля таких людей закономерно увеличивается с возрастом: от 0,1% среди лиц в возрасте 18-29 лет до 16,8% среди лиц в возрасте 60-69 лет (рис.35).



Более половины (54,6%) населения с БСК в анамнезе сообщили о регулярном приеме аспирина для профилактики или лечения болезней сердца, причем эта доля увеличивалась с возрастом от 0,0% среди 18-29-летних до 75,4% среди 60-69-летних. Доля мужчин с БСК, принимающих аспирин в 1,3 раза больше, чем женщин (65,7% и 47,0%, соответственно).

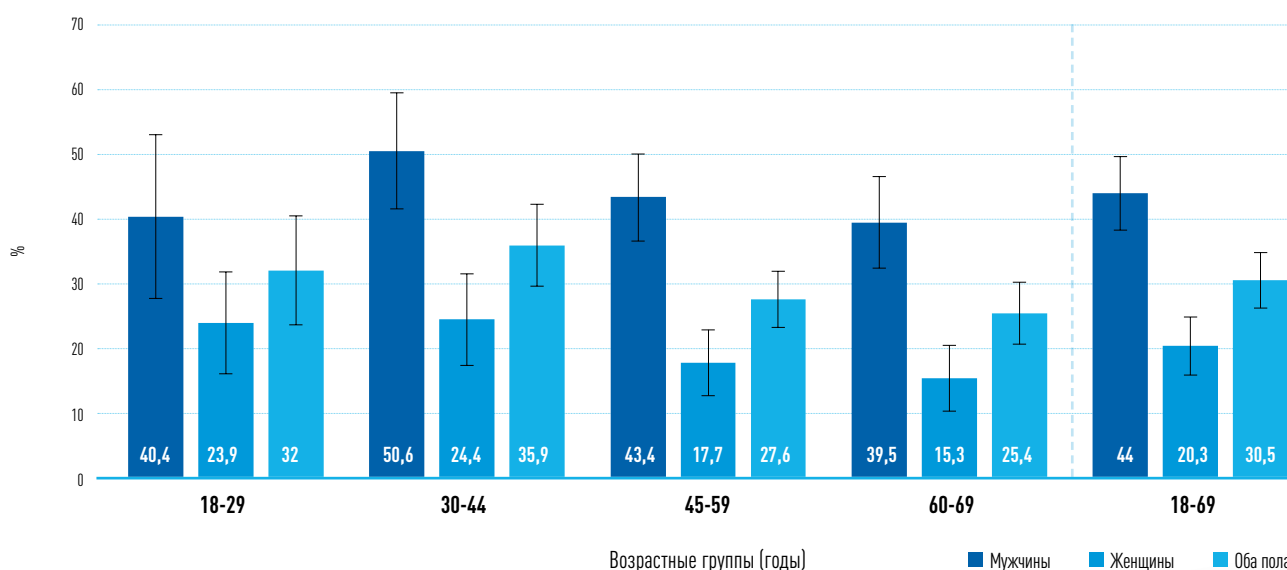
Из тех, кто сообщил о БСК в анамнезе, 28,4% принимали статины для профилактики или лечения болезней сердца, доля данных лиц возрастает с возрастом от 0,0% среди 18-29-летних до 37,6% среди 60-69-летних. Доля среди мужчин (34,9%) несколько больше, чем среди женщин (24,0%). Доля мужчин с БСК, кто принимает статины, в городских районах в 2 раза выше, чем в сельских (41,0% и 20,0%, соответственно).

4.10 Рекомендации по здоровому образу жизни

Этот раздел относится только к лицам, которые посещали медицинского работника в течение последних 12 месяцев.

Почти треть (30,5%) населения во всех возрастных группах в течение предыдущего года были проинформированы медицинским работником об опасности курения и получили рекомендации бросить курить или не начинать употреблять табачные изделия. Доля лиц, получивших такие рекомендации, была в два раза больше среди мужчин (44,0%), чем среди женщин (20,3%) (рис. 36).

Рис. 36. Доля населения, получившая от медицинского работника консультации об опасности курения, за последний год, по возрасту и полу (%)



Половина населения за предыдущий год получала от медицинского работника рекомендации по снижению потребления соли (49,6%) (рис.37), употреблению не менее пяти порций фруктов и овощей (47,8%), снижению жира в рационе (49,6%), началу или увеличению физической активности (44,2%), поддержанию здорового веса тела или похудению (53,1%).

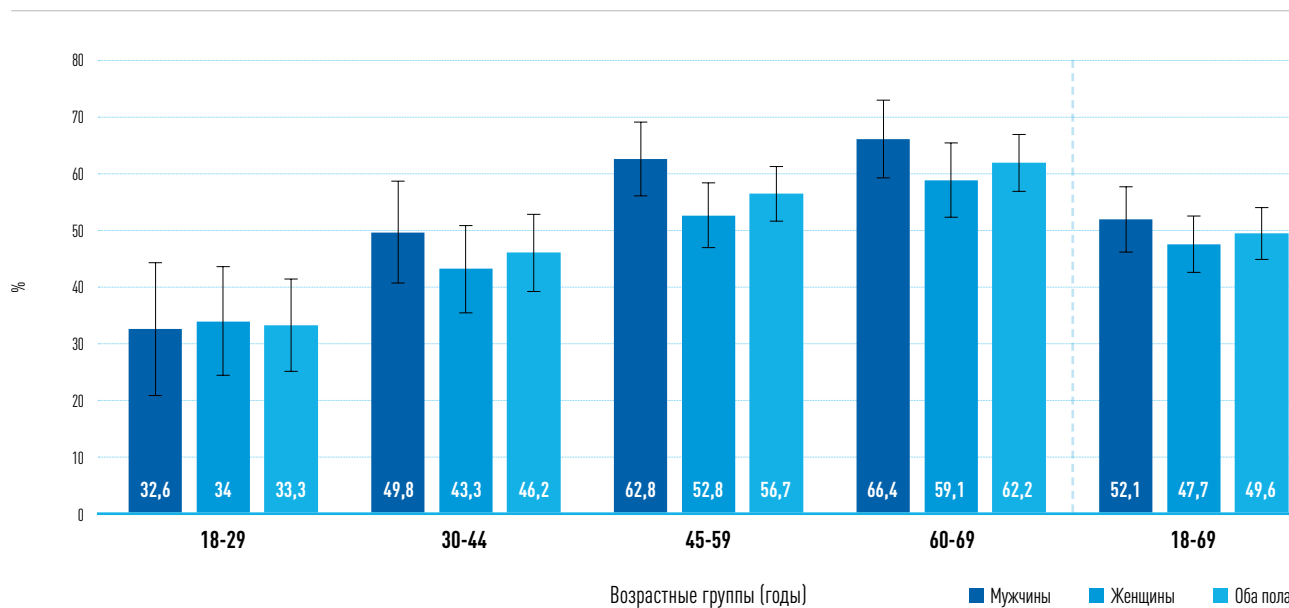


Рис. 37. Доля населения, получившая от медицинского работника рекомендации по снижению потребления соли, за последний год, по возрасту и полу (%)

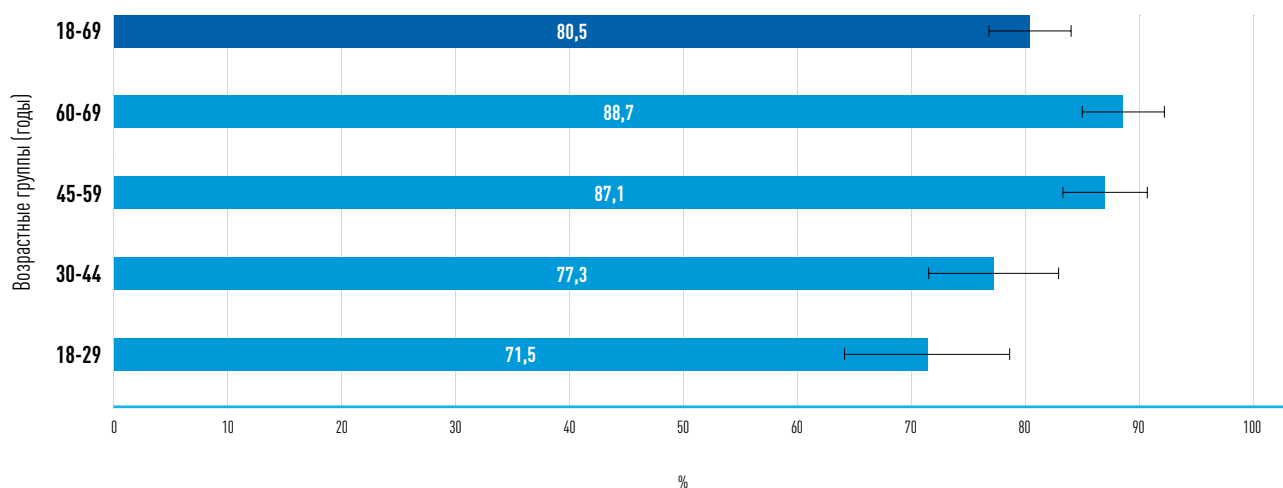
Все перечисленные советы получали одинаково часто мужчины и женщины, городское и сельское население.

Что касается возрастных групп, то во всех случаях рассматриваемые показатели возрастали с возрастом, и доля населения в возрасте 60-69 лет, которая получала вышеназванные рекомендации, почти в два раза выше, чем в возрастной группе 18-29 лет.

4.11 Скрининг на рак шейки матки и молочной железы

Рис. 38. Доля женщин, прошедших скрининг на рак шейки матки, по возрасту (%)

80,5% женщин в возрасте 18-69 лет хотя бы один раз проходили скрининг на рак шейки матки (рис. 38). Для женщин в возрасте 30-49 лет этот показатель составил 78,8%, что соответствует Инициативе ВОЗ по ликвидации рака шейки матки, которая предполагает, что 70% женщин прошли скрининг с использованием высокоэффективного теста в возрасте до 35 лет, а затем повторно к 45 годам [18].

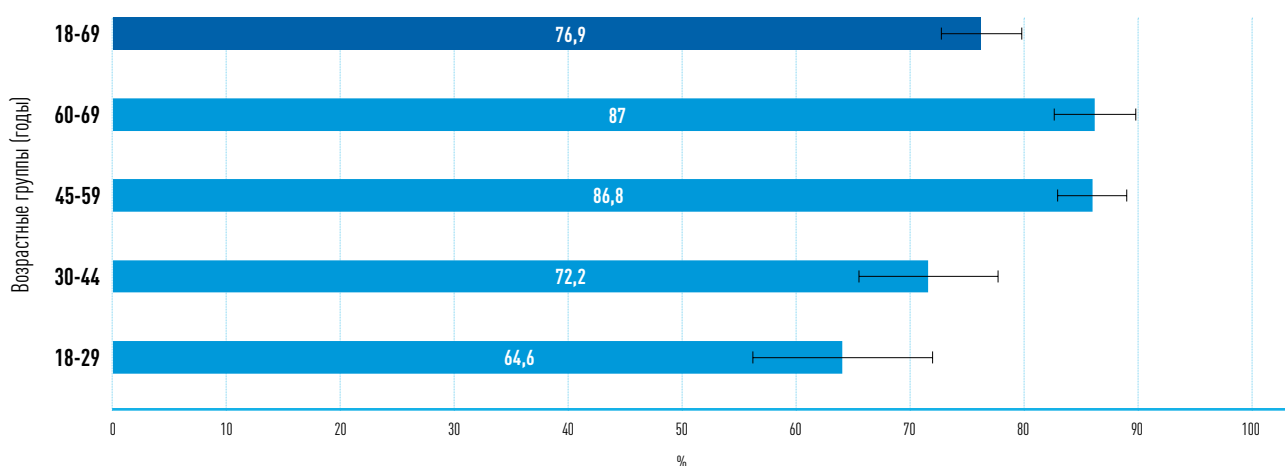


Самый высокий охват скрининговым исследованием выявлен среди женщин старшей возрастной группы (60-69 лет) – 88,7%, а самый низкий – среди женщин молодых возрастных групп (18-29 лет – 71,5%, 30-44 года – 77,3%).

Женщины, проживающие в городской местности и сельской, обследуются на наличие рака шейки матки примерно одинаково часто (81,3% и 76,9%, соответственно).

76,9% женщин когда-либо проходили обследование на рак молочной железы (рис. 39). Эта доля ниже среди женщин в возрасте 18-29 лет (64,6%), чем среди пожилых женщин (87,0% в возрастной группе 60-69 лет).

Рис. 39. Доля женщин, прошедших скрининг на рак молочной железы, по возрасту (%)

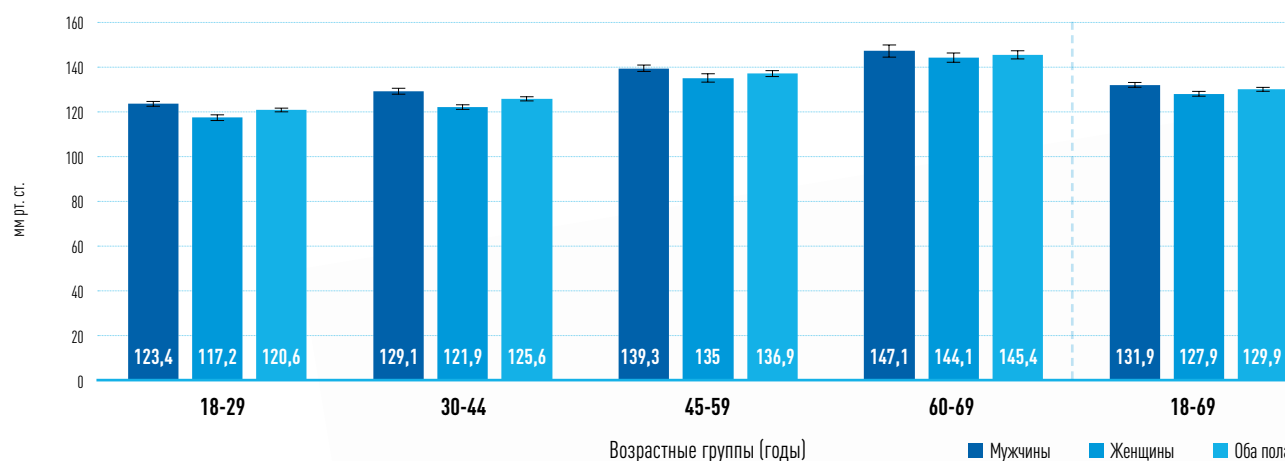


4.12 Физические измерения

4.12.1 Артериальное давление и частота сердечных сокращений

Среднее систолическое артериальное давление (САД) в популяции, включая тех, кто в настоящее время принимает лекарства от повышенного АД, составило 129,9 мм рт. ст. Данный показатель выше у мужчин (131,9 мм рт. ст.), чем у женщин (127,9 мм рт. ст.) (рис. 40).

Рис. 40. Средние значения САД в популяции, по возрасту и полу (мм рт.ст.)



Значение САД увеличивается с возрастом у обоих полов, будучи немного выше у мужчин, чем у женщин, и достигая 140 мм рт.ст. или выше (что является порогом для повышенного САД) в возрастной группе 60-69 лет.

Среднее диастолическое артериальное давление (ДАД) в популяции составило 82,2 мм рт.ст. (83,2 мм рт.ст. у мужчин и 81,2 мм рт.ст. у женщин) (рис.41).

Средние значения ДАД увеличивается с возрастом как у мужчин, так и у женщин, будучи немного выше у мужчин, чем у женщин, и достигая 90 мм рт.ст. (что является порогом для повышенного ДАД) в возрастной группе 60-69 лет только среди мужчин.

Рис. 41. Средние значения ДАД в популяции, по возрасту и полу (мм рт.ст.)

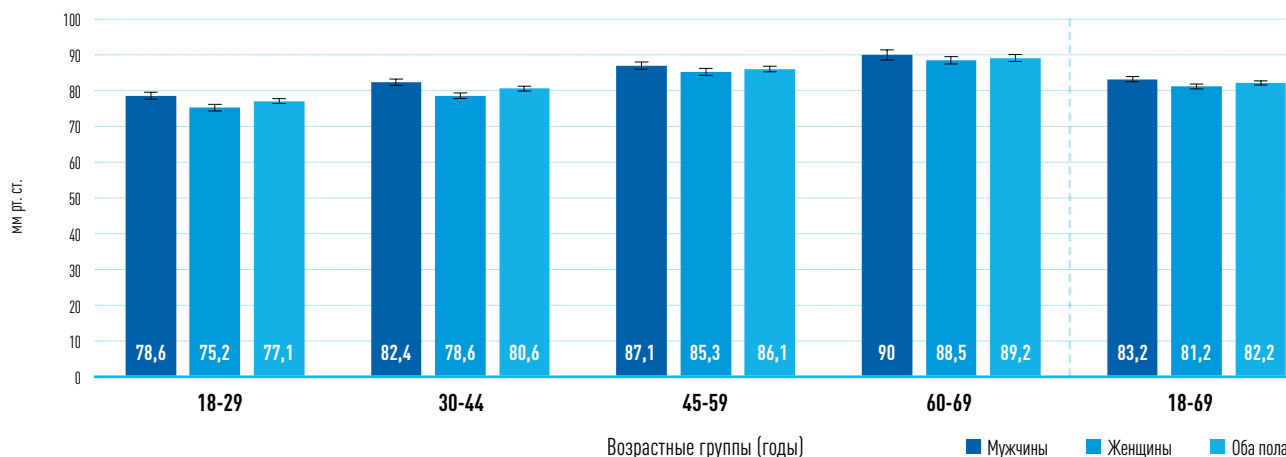
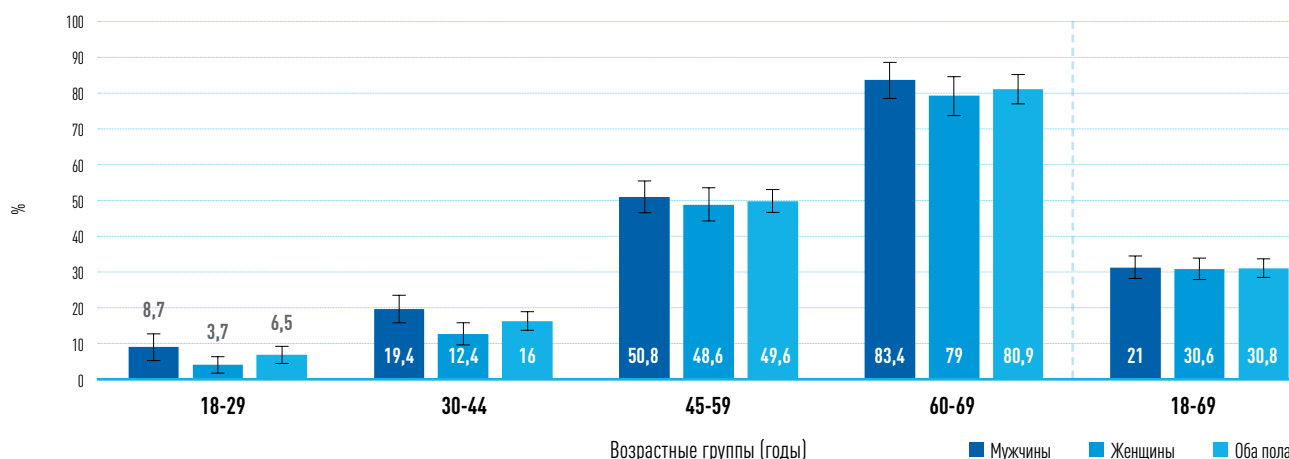


Рис. 42. Доля населения с повышенным АД (САД $\geq$ 140 мм рт. ст. и/или ДАД $\geq$ 90 мм рт. ст.) или принимающая в настоящее время лекарства от АГ, по возрасту и полу (%)

Как систолическое, так и диастолическое артериальное давление выше у сельского населения, чем у городского (133,8/83,7 мм рт.ст. и 128,9/81,9 мм рт.ст., соответственно).

Почти треть населения (30,8%), включая тех, кто в настоящее время принимает антигипертензивное лечение, на момент обследования имела повышенный уровень АД $\geq$ 140/90 мм рт. ст. (рис. 42).



Доля населения с уровнем АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. резко увеличивается с возрастом от 6,5% среди 18-29-летних до 80,9% среди 60-69-летних.

Среди сельского населения доля лиц с уровнем АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. больше (40,1%), чем среди городского (28,4%).

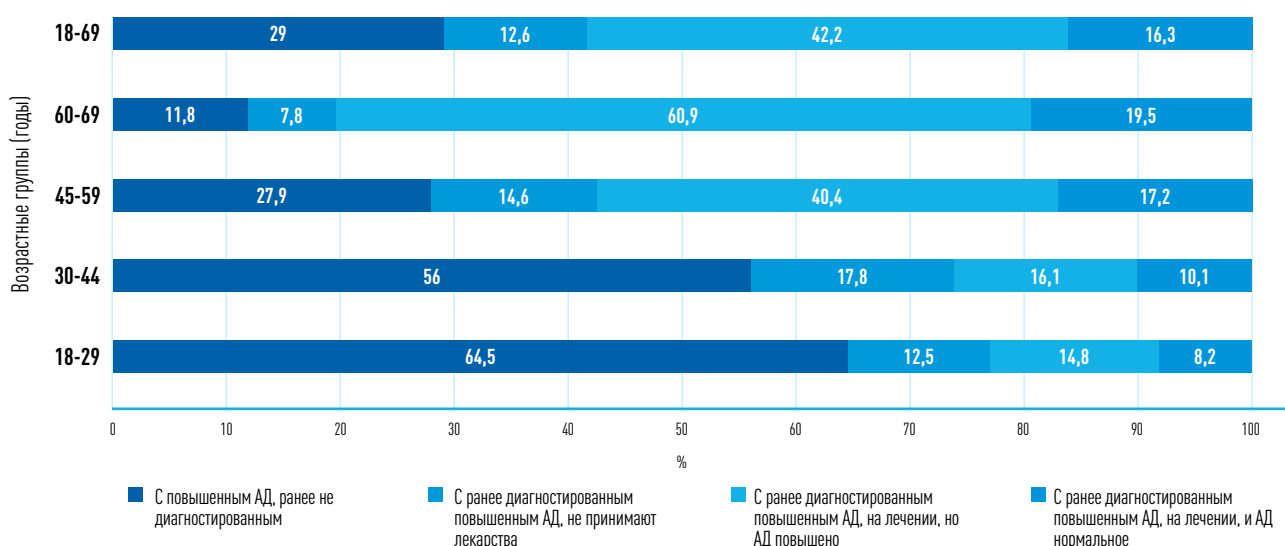
8,2% взрослого населения имеют уровень АД $\geq 160/100$ мм рт.ст.

Доля лиц с уровнем АД $\geq 160/100$ мм рт. ст. резко увеличивается с возрастом от 1,3% среди 18-29-летних до 22,7% среди 60-69-летних.

Среди сельского населения доля лиц с уровнем АД $\geq 160/100$ мм рт. ст. достоверно выше (12,8%), чем среди городского (7,0%), как среди мужчин (12,7% и 7,7%, соответственно), так и среди женщин (12,9% и 6,4%, соответственно).

Среди людей с АД $\geq 140/90$ мм. рт. ст., включая тех, кто в настоящее время принимает антигипертензивные лечение, почти у одной трети (29,0%) АГ не была ранее диагностирована, у 12,6% была диагностирована АГ, но они не принимают лекарства. 42,2% принимают антигипертензивное лечение, но уровень АД не нормализован и составляет более 140/90 мм. рт. ст., и только у 16,3% принимающих соответствующие лекарства уровень АД был под контролем (САД < 140 и ДАД < 90 мм рт. ст.) (среди мужчин таких 11,8%, среди женщин – 20,9%) (рис. 43).

Рис. 43. Распределение населения по статусу диагностики, лечения и контроля АД у лиц с повышенным АД (САД ≥ 140 и/или ДАД ≥ 90 мм рт.ст.), по возрасту [%]



Доля лиц с недиагностированным ранее повышенным АД уменьшается с возрастом от 64,5% среди 18-29-летних до 11,8% среди 60-69-летних, в то время как доля лиц с диагностированным ранее повышенным АД и принимающих соответствующее лечение, но всё равно имеющих повышенное АД, увеличилась с 14,8% среди 18-29-летних до 60,9% среди 60-69-летних.

Среди лиц, имеющих повышенное давление (САД ≥ 140 мм рт. ст. и/или ДАД ≥ 90 мм рт. ст.), 41,5% не принимают соответствующие лекарства, причем среди мужчин значительно больше лиц, не подверженных лечению (52,9%), чем среди женщин (29,9%).

Средняя частота сердечных сокращений в популяции составила 73,5 удара в минуту, без существенных различий по возрасту, полу или типу поселения.

4.12.2 Рост, масса тела и окружность талии

Средний рост мужчин составил 177,5 см, а женщин – 166,3 см. Рост как мужчин, так и женщин снижается с возрастом, между крайними возрастными группами разница составила примерно 4 см (от 178,8 см (18-29 лет) до 174,1 см (60-69 лет) у мужчин; и от 167,8 см до 164,0 см, соответственно, у женщин).

Средняя масса тела мужчин составила 82,4 кг, а женщин – 72,0 кг. Вес увеличивается с возрастом как у мужчин, так и у женщин. У мужчин прирост массы тела от младшей возрастной группы до старшей составил 10,9 кг (с 76,4 кг до 87,3 кг); у женщин прирост веса почти в два раза больше – 18,2 кг (с 62,9 кг до 81,1 кг).

В сельской местности женщины на 2,0 см ниже, чем в городах (164,7 см и 166,7 см, соответственно) и на 3,2 кг тяжелее (74,6 кг и 71,4 кг, соответственно).

Городские мужчины выше сельских тоже на 2,0 см (177,9 см и 175,9 см, соответственно), но без существенной разницы по массе тела (82,3 кг и 82,8 кг).

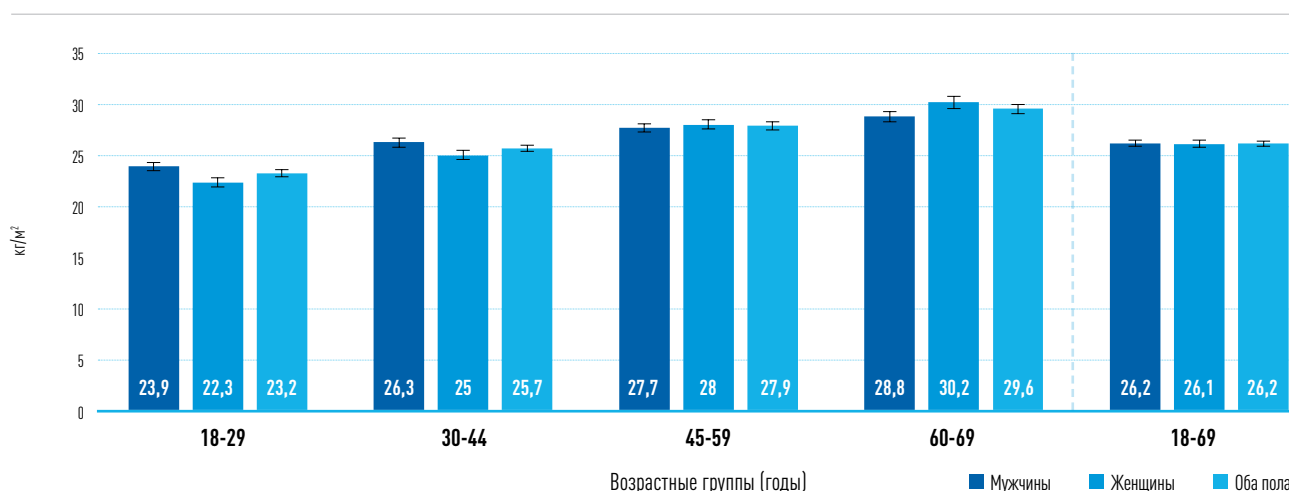
Среднее значение окружности талии у мужчин составило 91,1 см, у женщин – 86,9 см. Причем, в более молодых возрастных группах (18-29 лет) среднее значение окружности талии у мужчин (84,2 см) на 10,3 см больше, чем у женщин (73,9 см). В последующих возрастных группах эта разница сокращается и в возрасте 60-69 лет у мужчин составляет 100,5 см, у женщин – 96,3 см. У городского населения среднее значение окружности талии меньше, чем у сельского (у мужчин – 90,6 см и 93,2 см, у женщин 83,8 см и 88,4 см, соответственно).

4.12.3 Индекс массы тела (ИМТ)

Средний ИМТ взрослого человека составил 26,2 кг/м². С возрастом данный показатель увеличивается от 23,2 кг/м² у 18-29-летних до 29,6 кг/м² у 60-69-летних, причём данная тенденция более выражена у женщин (рис. 44).

В старшей возрастной группе (60-69 лет) ИМТ достоверно выше у женщин (30,2 кг/м²), чем у мужчин (28,8 кг/м²), а в младшей (18-29 лет) – наоборот, у мужчин – 23,9 кг/м², а у женщин – 22,3 кг/м².

Рис. 44. Средний ИМТ в популяции, по возрасту и полу (кг/м²)



Сравнение данного показателя по типу поселения показывает, что он выше у сельских женщин (27,6 кг/м²), чем у городских (25,8 кг/м²).

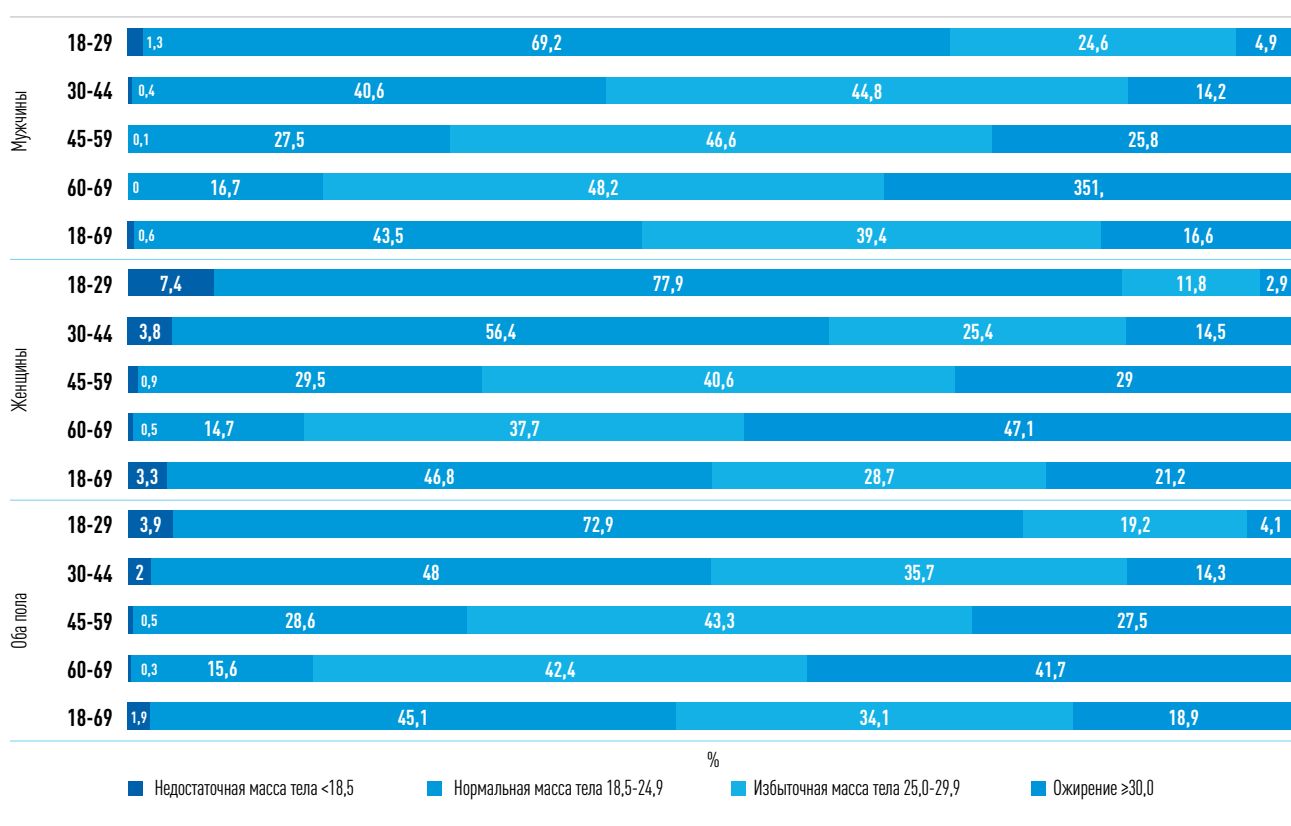
Нормальный вес (ИМТ от 18,5 до 24,9 кг/м²) имеет 45,1% населения (рис.45).

Более трети населения (34,1%) имеет избыточную массу тела (ИМТ от 25 до 29,9 кг/м²) и ещё 18,9% – страдают ожирением (ИМТ ≥ 30 кг/м²), при этом с избыточной массой тела больше мужчин (39,4%), чем женщин (28,7%), а с ожирением наоборот – больше женщин (21,2%), чем мужчин (16,6%) (рис.45).

Суммарно 53,0% населения имеет избыточную массу тела (ИМТ ≥ 25 кг/м²) или ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²), причем таких мужчин 56,0%, а женщин – 49,9%.

Собственно ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²) имеет 18,9% населения (16,6% мужчин и 21,2% женщин).

Рис. 45. Распределение населения по категориям ИМТ, по возрасту и полу (%)



Доля лиц с избыточной массой тела и ожирением резко увеличивается с возрастом: распространенность избыточной массы тела составляет от 19,2% среди 18-29-летних до 42,4% среди 60-69-летних; распространенность ожирения – от 4,1% среди 18-29-летних до 41,7% среди 60-69-летних.

Что касается изменения распространенности избыточного веса и ожирения между младшей и старшей возрастными группами, то уровни увеличились в 2 и 7 раз среди мужчин, соответственно, и, что значительно выше, в 3 и 16 раз среди женщин, соответственно.

Распространенность ожирения выше среди женщин, проживающих в сельских населенных пунктах (28,8%), чем в городских (19,5%).

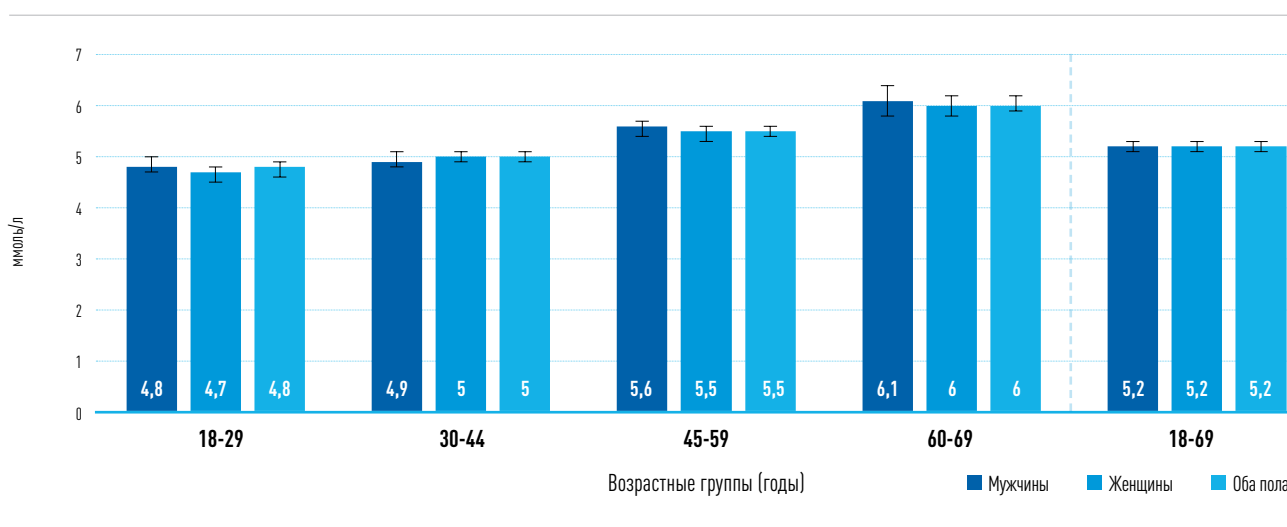
4.13 Биохимические анализы

4.13.1 Уровень глюкозы в крови

Общее среднее значение уровня глюкозы в крови натощак среди населения (включая тех, кто в настоящее время принимает лекарственные средства для лечения диабета) составило 5,2 ммоль/л (93,7 мг/дл) (рис.46). Эти значения были одинаковы как для мужчин, так и для женщин.

Средние значения уровня глюкозы в крови натощак имеют тенденцию к росту с увеличением возраста: от 4,8 ммоль/л - в возрастной группе 18-29 лет до 6,0 ммоль/л - в возрастной группе 60-69 лет, причем подобная тенденция наблюдалась как у мужчин, так и у женщин.

Рис. 46. Средний уровень глюкозы в крови натощак, по возрасту и полу (ммоль/л)

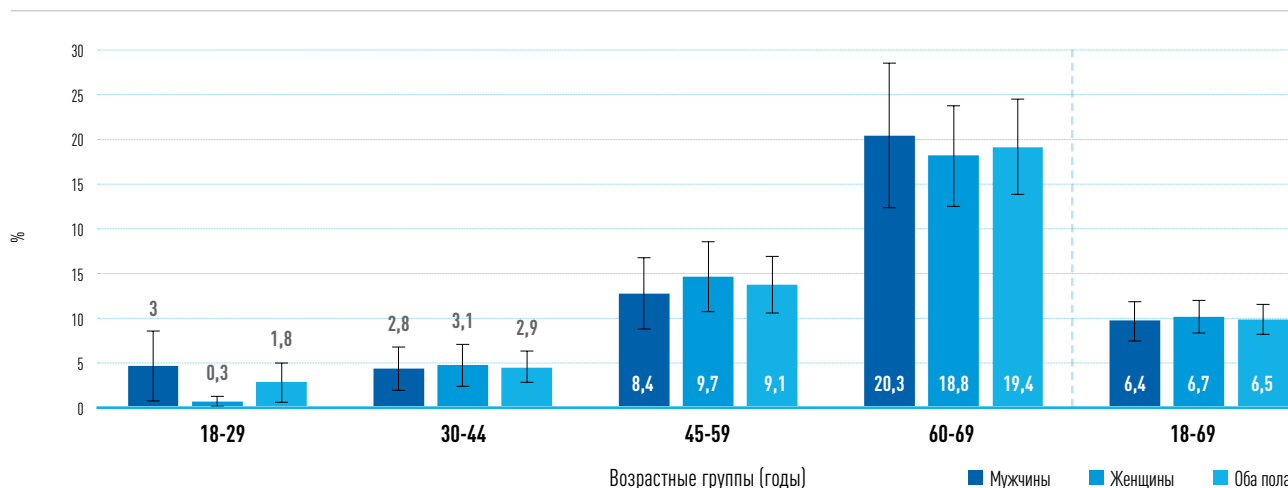


Установлено статистически достоверное превышение среднего значения уровня глюкозы в крови натощак у лиц, проживающих в сельской местности (5,5 ммоль/л), над значением данного показателя у городских жителей (5,1 ммоль/л).

Нарушение гликемии натощак (уровень глюкозы в крови натощак $\geq 6,1$ ммоль/л и $< 7,0$ ммоль/л) было выявлено у 9,1% населения (8,0% среди мужчин и 10,2% среди женщин, без достоверной разницы).

Доля лиц с нарушением гликемии натощак была закономерно ниже в возрастной группе 18-29 лет (4,1%) и увеличивалась с возрастом до 16,9% в группе лиц 60-69 лет, что соответствует общей тенденции развития нарушения толерантности к глюкозе у лиц пожилого возраста.

По результатам биохимического анализа 6,5% населения имеют уровень глюкозы в крови натощак $\geq 7,0$ ммоль/л или имеют нормальный уровень глюкозы за счет приёма на момент проведения исследования сахароснижающих препаратов (рис.47).



Распространенность повышенного уровня глюкозы в крови увеличивается в каждой следующей возрастной группе с разным темпом от 1,8% в возрастной группе 18-29 лет до 19,4% в возрастной группе 60-69 лет. Наибольший коэффициент роста – 3,1 – выявлен при сравнении возрастных групп 30-44 лет и 45-59 лет ($9,1/2,9=3,1$, см. рис.48). Обращает на себя внимание, что данный показатель у мужчин в возрасте 18-29 лет (3,0%) номинально превышает значение у женщин того же возраста (0,3%), вместе с тем достоверной разницы между мужчинами и женщинами по распространенности повышенного уровня глюкозы в крови ни в одной из возрастных групп установлено не было.

Распространенность нарушения гликемии натощак (уровень глюкозы в крови $>6,1$ ммоль/л и $<7,0$ ммоль/л) выше у населения, проживающего в сельской местности (12,8%), чем у городского (8,2%).

На момент обследования примерно 4,0% населения находилось на лечении от диабета. Данная доля увеличивается с возрастом от 1,0% в возрастной группе 18-29 лет до 15,0% в возрастной группе 60-69 лет. Различия по типу поселения среди обоих полов не имели существенного значения.

Доля населения, которая в момент обследования показала повышенный уровень глюкозы в крови ($>7,0$ ммоль/л), но не имела диагностированного диабета, составила 3,0%, причем как среди мужчин, так и среди женщин. Еще 2,6% имели ранее диагностированный повышенный уровень глюкозы в крови, но на момент обследования не принимали лекарства (пероральные гипогликемические препараты или инсулин) от диабета (2,0% среди мужчин и 3,3% среди женщин); 3,9% имели ранее диагностированный повышенный уровень глюкозы в крови и принимали соответствующее лечение (3,6% мужчин и 4,3% женщин) (рис. 48).

Эти показатели имеют четкую тенденцию к росту с возрастом, как среди женщин, так и мужчин.

Рис. 47. Доля населения с повышенным уровнем глюкозы в крови или в настоящее время на лечении от диабета, по возрасту и полу (%)

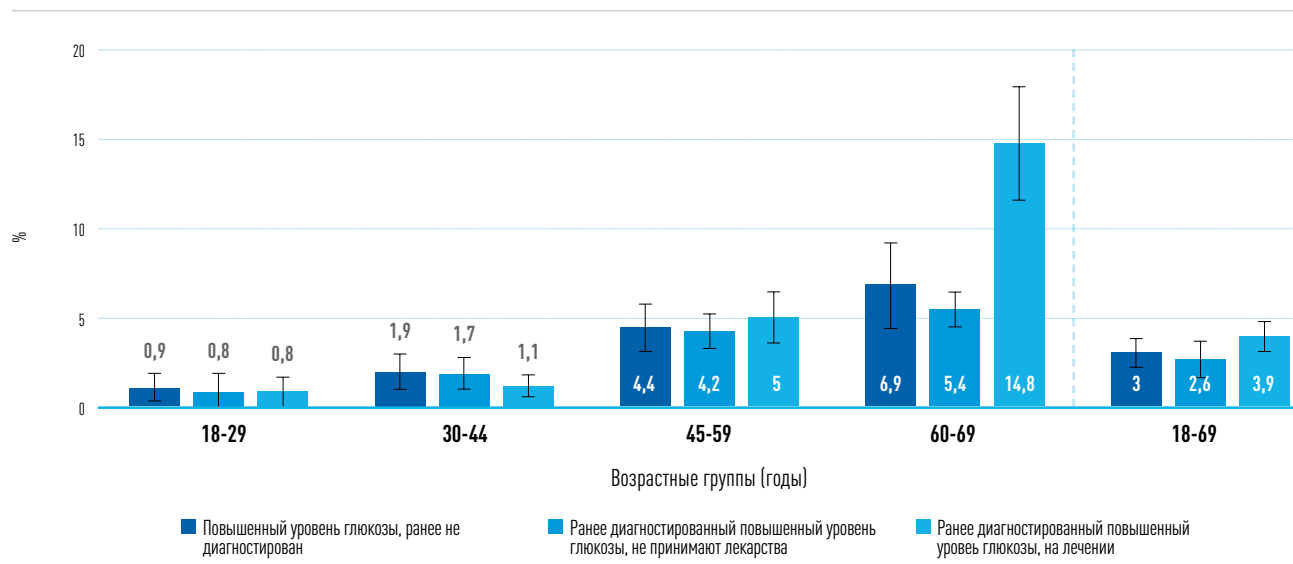


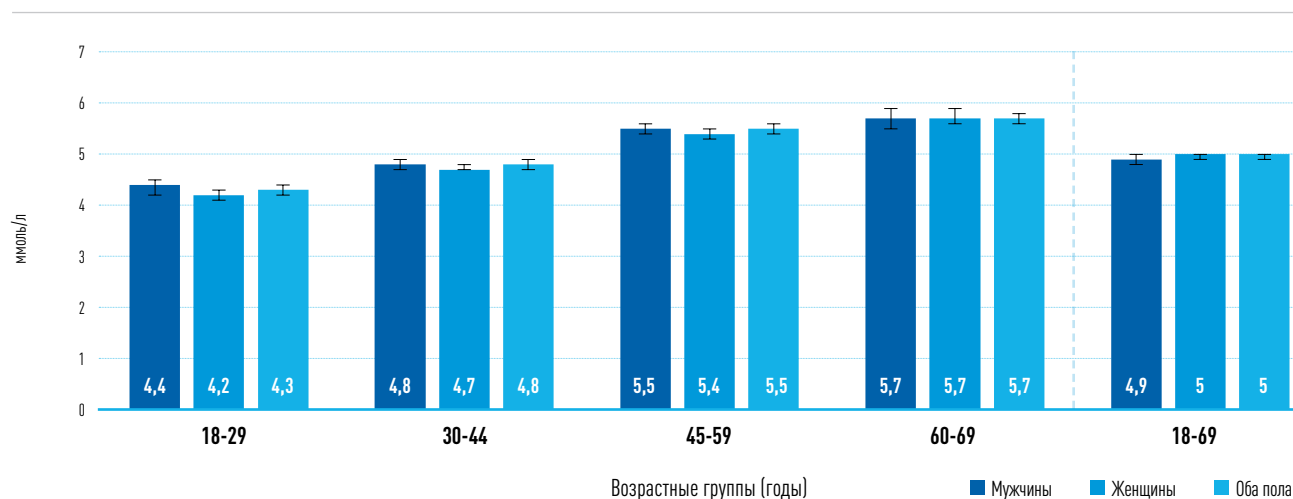
Рис. 48. Распределение населения по диагностике и лечению повышенного уровня глюкозы в крови, по возрасту (%)

4.13.2 Уровень общего холестерина в крови

Средний уровень общего холестерина в крови среди населения, включая тех, кто в настоящее время находится на лечении от повышенного уровня холестерина, составил 5,0 ммоль/л (рис. 49). Статистически значимых различий в данном показателе у мужчин (4,9 ммоль/л) и у женщин (5,0 ммоль/л) установлено не было.

Рис. 49. Средний уровень общего холестерина в крови, по возрасту и полу (ммоль/л)

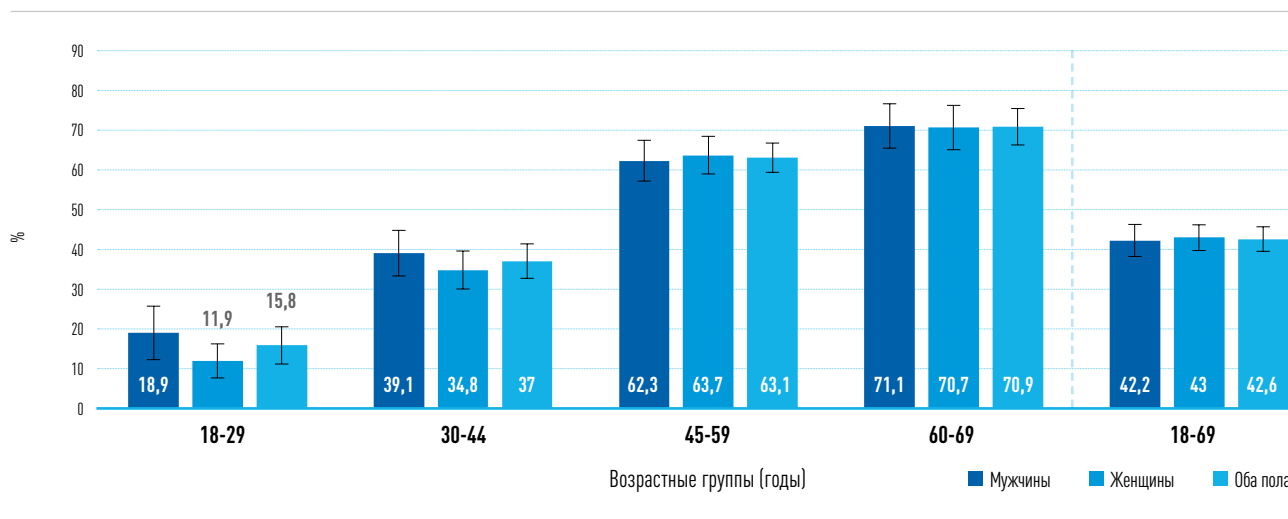
Средние значения среди популяции имели закономерную тенденцию к росту с возрастом с 4,3 ммоль/л в возрасте 18-29 лет до 5,7 ммоль/л в возрасте 60-69 лет.



При анализе различий по типу поселения было выявлено незначительное превышение среднего уровня общего холестерина в крови у лиц, проживающих в сельской местности (5,1 ммоль/л), над аналогичным показателем у лиц, которые проживают в городах (4,9 ммоль/л).

Доля населения с уровнем общего холестерина $\geq 5,0$ ммоль/л составила 42,6% [42,2% мужчин и 43,0% женщин] (рис. 50). Статистически значимых различий по полу среди всего населения установлено не было. Уровень распространенности увеличивается с возрастом: от 15,8% в возрастной группе 18-29 лет до 70,9% в возрастной группе 60-69 лет, причем подобная тенденция наблюдается как у мужчин, так и у женщин.

Рис. 50. Доля населения с повышенным уровнем общего холестерина ($\geq 5,0$ ммоль/л), по возрасту и полу (%)



Популяционная распространенность повышенного уровня общего холестерина в крови ($\geq 6,2$ ммоль/л) составила 14,5%. Самый низкий уровень распространенности выявлен в возрастной группе 18-29 лет (3,4%). Распространенность повышенного уровня холестерина в крови увеличивается более чем в девять раз в возрастной группе 60-69 лет (31,6%). Для данного показателя так же, как и для доли населения с уровнем общего холестерина $\geq 5,0$ ммоль/л, статистически значимых различий ни по полу, ни по типу проживания установлено не было.

Доля лиц с уровнем общего холестерина в крови $\geq 5,0$ ммоль/л или в настоящее время находящихся на лечении от повышенного уровня холестерина в среднем составила 43,9% [43,5% мужчин и 44,3% женщин], а доля лиц с уровнем общего холестерина в крови $\geq 6,2$ ммоль/л или в настоящее время находящихся на лечении от повышенного уровня холестерина – 16,9 %.

4.14 Риск развития болезней системы кровообращения (БСК)

Показатель «10-летний риск БСК $\geq 30\%$ » определяется на основе возраста, пола, артериального давления, статуса курения (курит в текущее время ИЛИ бросил курить менее чем за 1 год до проведения исследования), общего холестерина и диабета (диагностированный ранее (потребление сахароснижающих препаратов) ИЛИ уровень глюкозы $>6,1$ ммоль/л в цельной капиллярной крови (или $>7,0$ ммоль/л в плазме крови)).

Рис. 51. Доля населения с 10-летним риском БСК $\geq 30\%$ или с наличием БСК, по возрасту и полу (%)

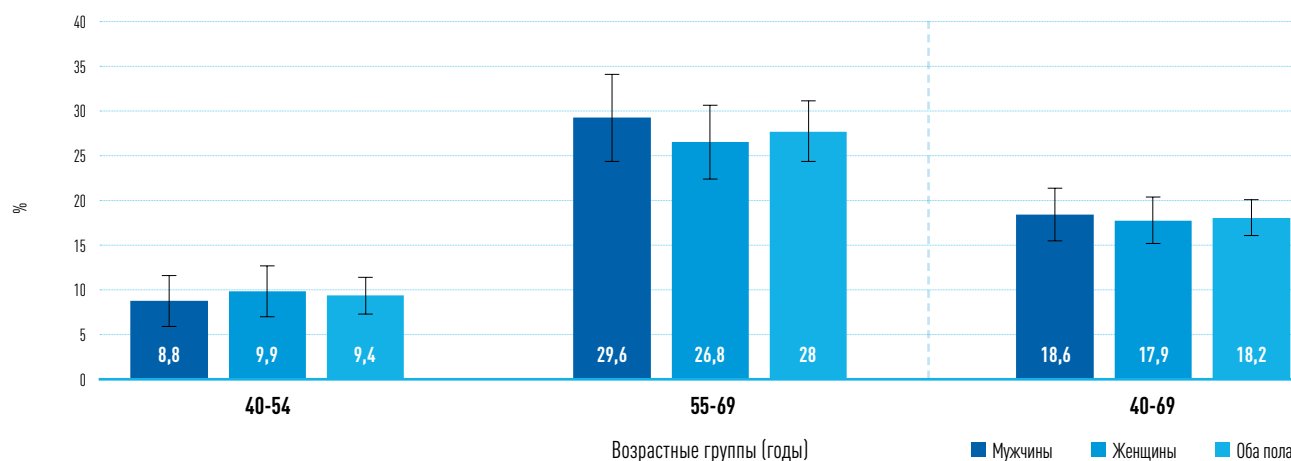
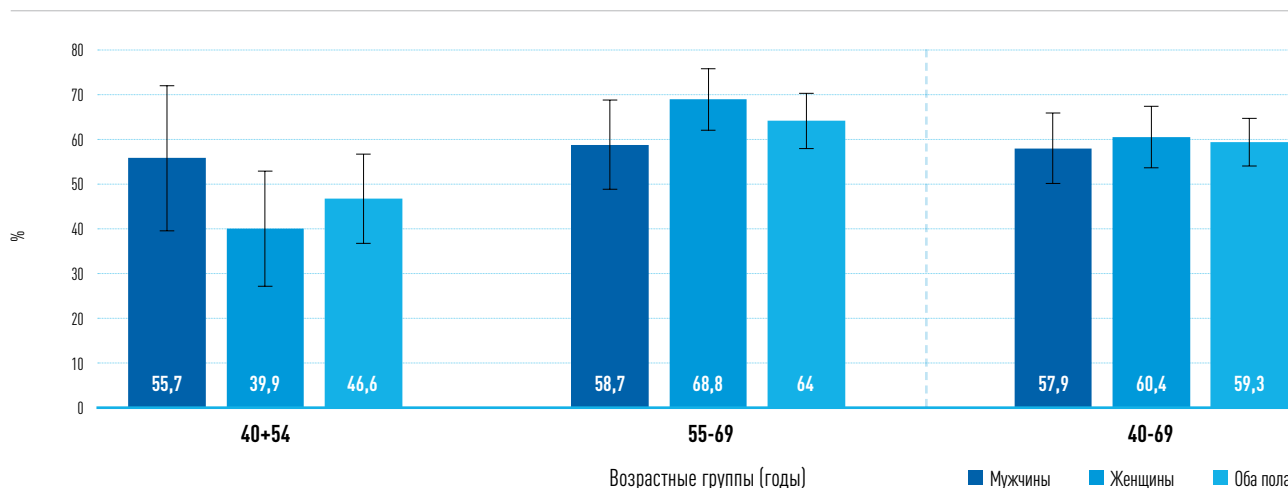


Таблица 4 – Доля населения с 10-летним риском БСК $\geq 30\%$ или с наличием БСК, по возрасту, полу и месту проживания (%)

Доля женщин с 10-летним риском БСК $\geq 30\%$ или с наличием БСК, проживающих в сельской местности, составила 24,8%, а в городской местности – 16,0% (табл. 4). При сравнении городских и сельских мужчин по данному показателю достоверной разницы не выявлено.

Возрастные группы	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
Город						
18-44	7,9	4,2-11,6	8,6	5,1-12,1	8,3	5,7-10,9
45-69	30,4	23,9-36,9	24,2	19,1-29,3	26,9	22,6-31,2
18-69	18,5	14,6-22,4	16,0	12,8-19,2	17,1	14,5-19,6
Село						
18-44	11,4	7,3-15,5	14,7	10,4-18,9	13,0	9,9-16,1
45-69	27,4	21,9-32,8	35,9	30,6-41,1	31,6	27,3-35,9
18-69	18,9	15,4-22,5	24,8	21,2-28,5	21,8	18,9-24,7

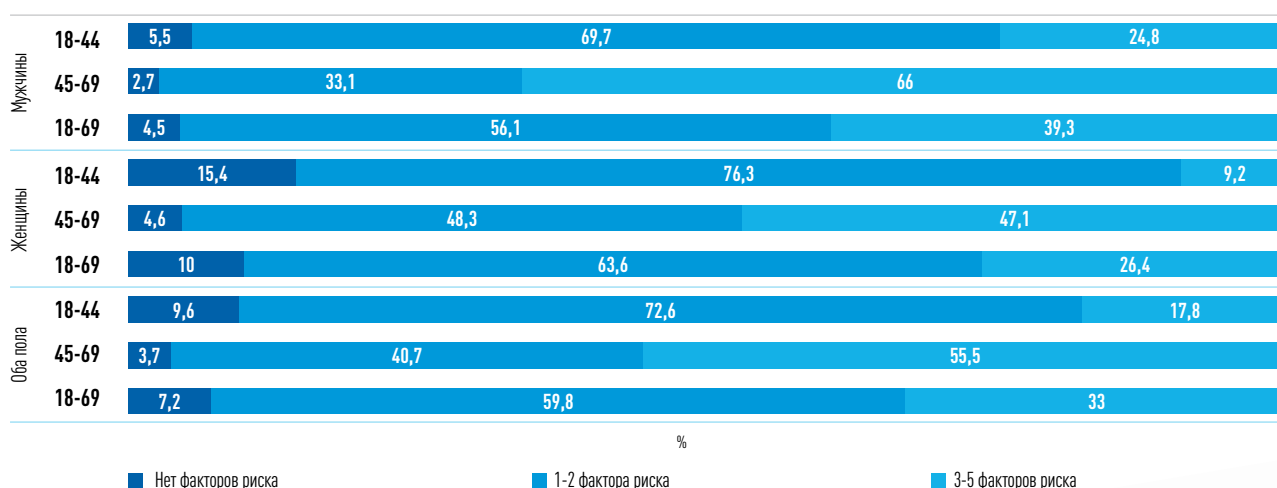
Среди населения с 10-летним риском БСК $\geq 30\%$ или с наличием БСК 59,3% получали терапию и консультации (57,9% мужчин и 60,4% женщин) (рис.52). Различия по типу поселения и полу не имели существенного значения.



4.15 Сочетания факторов риска

Основными факторами риска НИЗ, выявленными в ходе обследования – в результате анкетирования, физических и биохимических измерений – были следующие: текущее ежедневное курение; недостаточное ежедневное потребление фруктов и/или овощей; недостаточная физическая активность для выполнения рекомендаций ВОЗ; избыточная масса тела (при ИМТ ≥ 25 кг/м²) и повышенное АД (САД > 140 мм рт.ст. и/или ДАД > 90 мм рт.ст. или прием в настоящее время лекарств от высокого АД). В целом 59,8% населения имели 1-2 фактора риска, 33,0% – 3-5 факторов риска и 7,2% – ни одного (рис.53).

Рис. 52. Доля лиц с 10-летним риском БСК $\geq 30\%$ или с наличием БСК, получающая лекарственную терапию и консультирование для предотвращения сердечных приступов и инсультов, по возрасту и полу (%)



При анализе распространенности факторов риска в разных возрастных группах было установлено, что 17,8% населения в возрасте 18-44 лет имеют 3-5 факторов риска, а к 45-69 годам это значение утраивается и составляет 55,5% (рис.53).

Что касается гендерных различий, то 3-5 факторов риска имеют 39,3% мужчин и 26,4% женщин. Однако, с возрастом доля женщин с 3-5 факторами риска увеличивается значительно быстрее – с 9,2% в возрасте 18-44 лет до 47,1% в возрасте 45-69 лет (в 5,1 раза), чем

Рис. 53. Резюме по сочетаниям факторов риска, по возрасту и полу (%)

доля таких мужчин – с 24,8% в возрасте 18-44 лет до 66,0% в возрасте 45-69 лет (в 2,7 раза).

Сравнение сельского и городского населения показывает, что 3-5 факторов риска имеют больше сельчан (42,7%), чем горожан (30,5%) (табл. 5). Темпы роста распространенности факторов риска с возрастом у жителей городской и сельской местности разные. Так, коэффициент роста у жителей сельской местности (оба пола) при сравнении возрастных групп 18-44 года и 45-69 лет составил 2,3 (60,1/26,2, см. табл. 5), а у жителей городов – 3,4 (54,0/16,1, см. табл. 5).

Таблица 5 – Резюме по сочетаниям факторов риска по возрасту, полу и месту проживания (%)

Возрастные группы	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	% 3-5 факторов риска	95% ДИ	% 3-5 факторов риска	95% ДИ	% 3-5 факторов риска	95% ДИ
Город						
18-44	22,8	17,8-27,8	7,9	5,5-10,3	16,1	13,1-19,1
45-69	65,4	60,6-70,3	45,6	40,8-50,3	54,0	50,4-57,7
18-69	36,6	32,2-41,0	24,4	21,8-27,1	30,5	27,7-33,3
Село						
18-44	33,8	27,7-40,0	15,9	12,2-19,6	26,2	22,1-30,2
45-69	67,5	63,5-71,6	52,5	47,9-57,1	60,1	56,7-63,6
18-69	49,3	45,0-53,6	35,1	31,8-38,3	42,7	39,7-45,8

4.16 Доступ к медицинскому обслуживанию и личный опыт пациента

66,8% населения сообщили, что нуждались в амбулаторно-поликлинической консультации за последние 12 месяцев (на момент проведения исследования) (рис.54). При этом количество нуждающихся женщин (73,3%) значительно превышало количество нуждающихся мужчин (60,4%). Средние значения показателей потребности в амбулаторно-поликлинической консультации среди всего населения имеют тенденцию к росту с возрастом от 57,2% в возрастной группе 18-29 лет до 88,7% в группе 60-69 лет. Данная тенденция была характерна как для мужчин, так и для женщин.

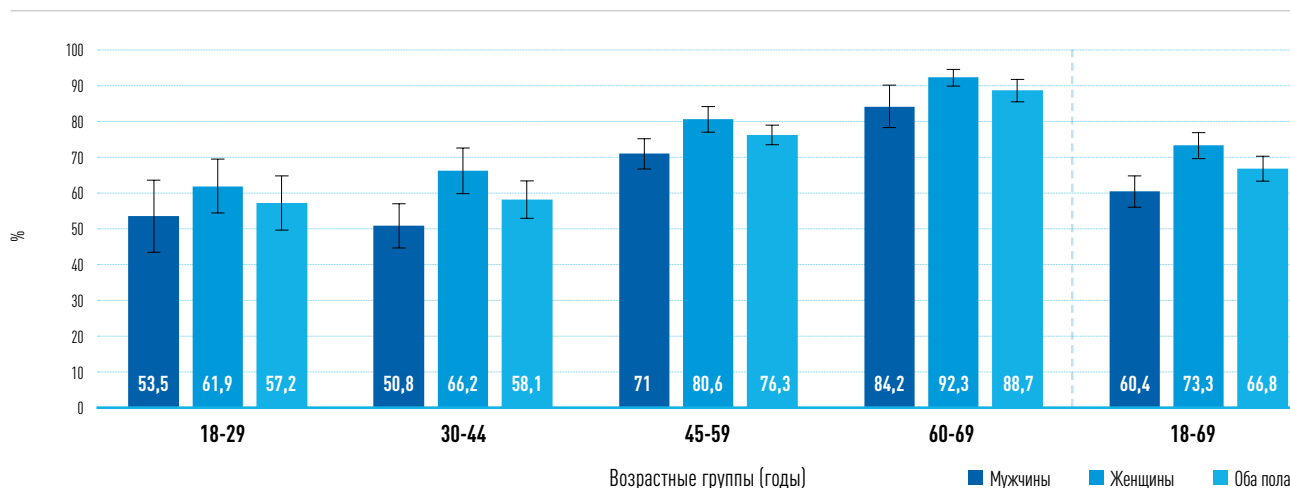
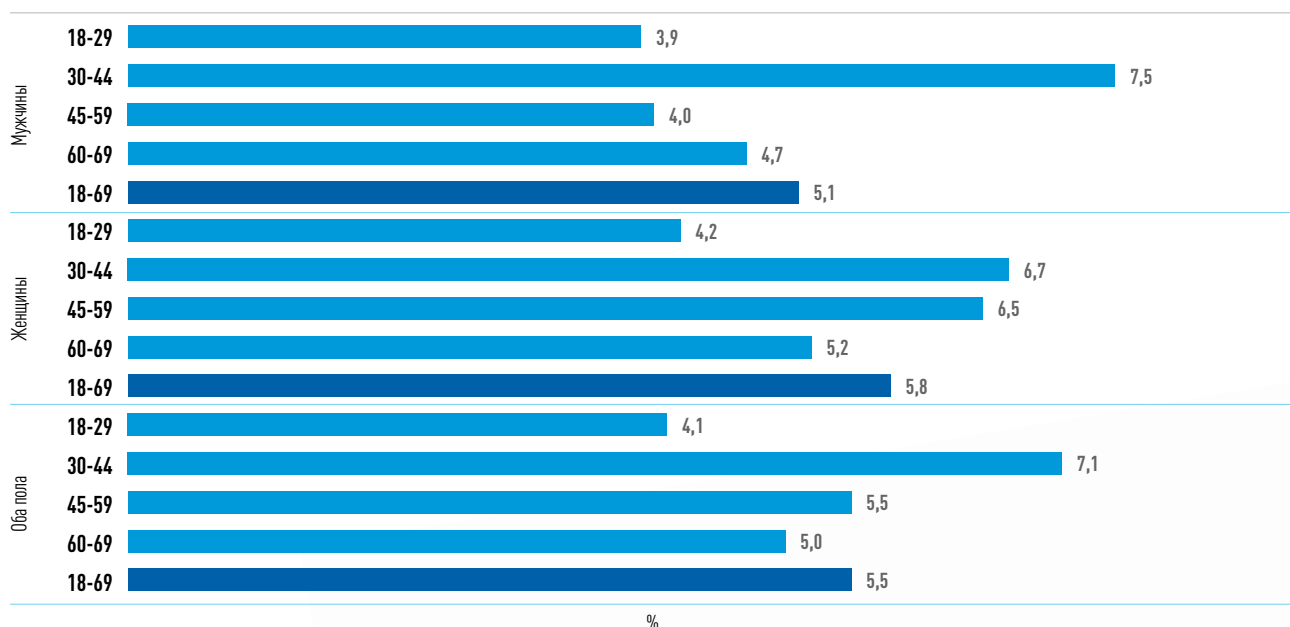


Рис. 54. Доля лиц, нуждающаяся в амбулаторно-поликлинической консультации за последние 12 месяцев, по возрасту и полу [%]

Значимых различий между сельскими и городскими жителями по данному вопросу не наблюдалось, однако было установлено, что согласно общей тенденции как среди городских жителей, так и среди лиц, проживающих в сельской местности, количество нуждающихся в поликлинической консультации женщин превышало количество мужчин: так доля городских женщин, нуждающихся в консультации, составила 73,9%, а доля городских мужчин – 61,3%, в сельской местности данные значения составили 70,7% женщин и 57,1% мужчин.

5,5% населения пропустили консультацию из-за необходимости оплаты за посещение (рис.55). Чаще всего консультацию пропускали лица в возрасте 30-44 года (7,1%), а реже – в возрасте 18-29 лет (4,1%). Различия между мужчинами и женщинами, а также между городским и сельским населением не имели существенного значения.

Рис.55. Доля лиц, пропустившая медицинскую консультацию, по возрасту и полу [%]



97,9% населения выразили потребность в постконсультационном наблюдении в течение последних 12 месяцев на момент проведения исследования.

Рис.56. Доля лиц, пропустившая медицинские тесты, лечение или последующее наблюдение, по возрасту и полу (%)

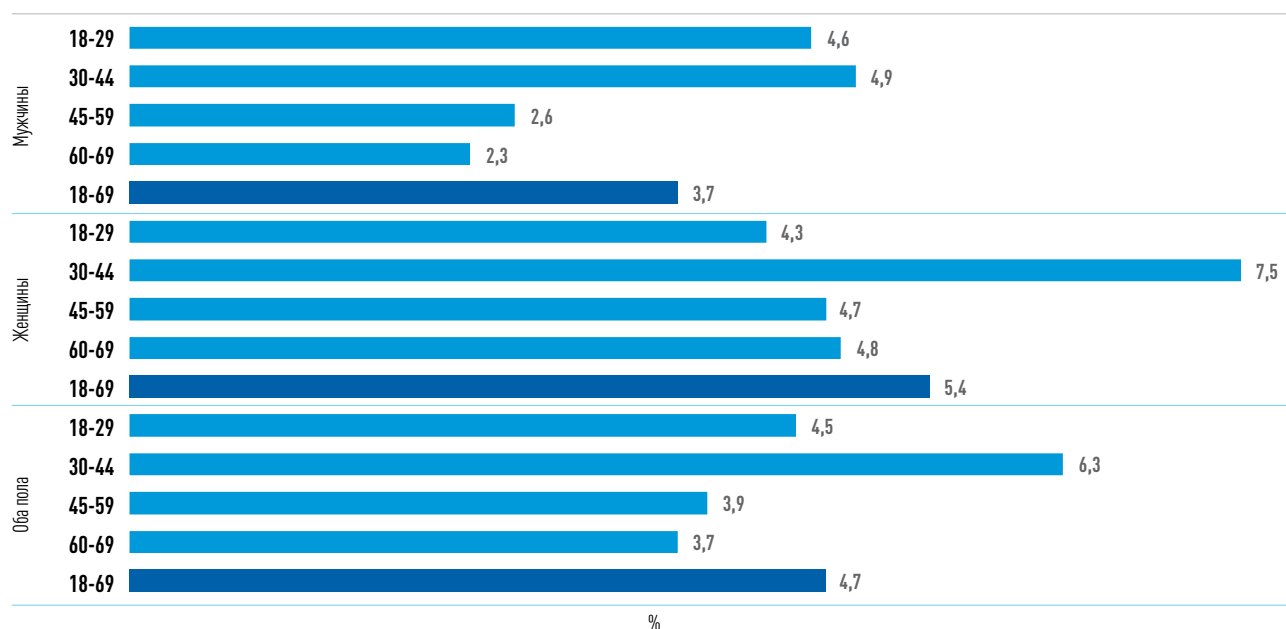
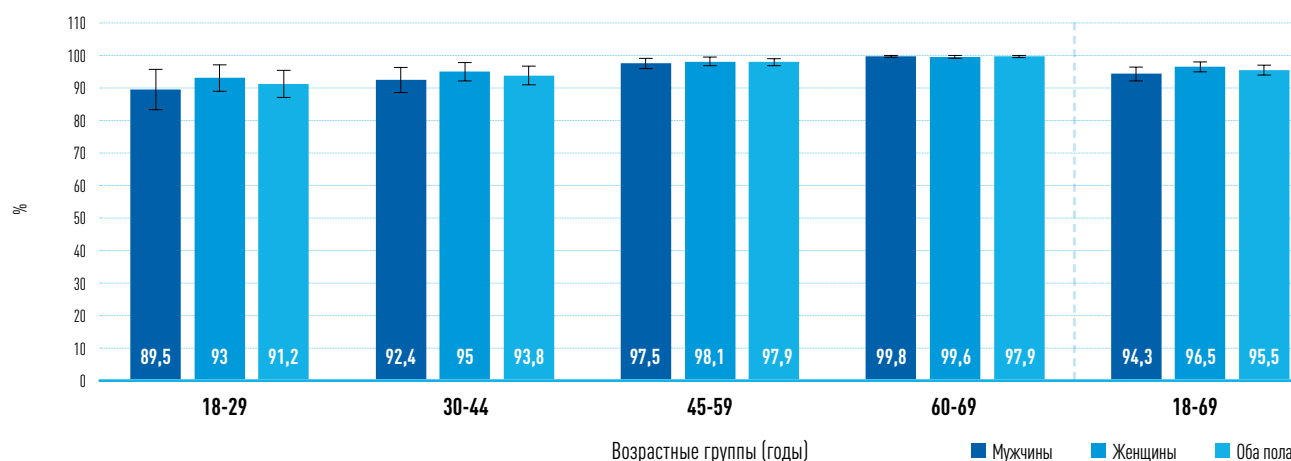


Рис. 57. Доля лиц, нуждающаяся в лекарствах за последние 12 месяцев, по возрасту и полу (%)

Потребность в лекарственных средствах за последние 12 месяцев была установлена у 95,5% лиц, обратившихся в организации здравоохранения (рис.57). Среди женщин данный показатель был незначительно выше (96,5%), нежели среди мужчин (94,3%). Потребность в лекарственных средствах возрастает с 91,2% в группе лиц 18-29 лет до 99,7% в группе лиц 60-69 лет.



8,0% лиц, бывших на приёме у медицинского работника, не использовали выписанный рецепт или пропустили дозу лекарственного средства

из-за его стоимости (рис.58). Данный показатель имеет тенденцию к росту с 4,9% в группе лиц 18-29 лет до 11,1% в группе лиц 60-69 лет. Тенденция роста с возрастом сохранялась как у мужчин, так и у женщин.

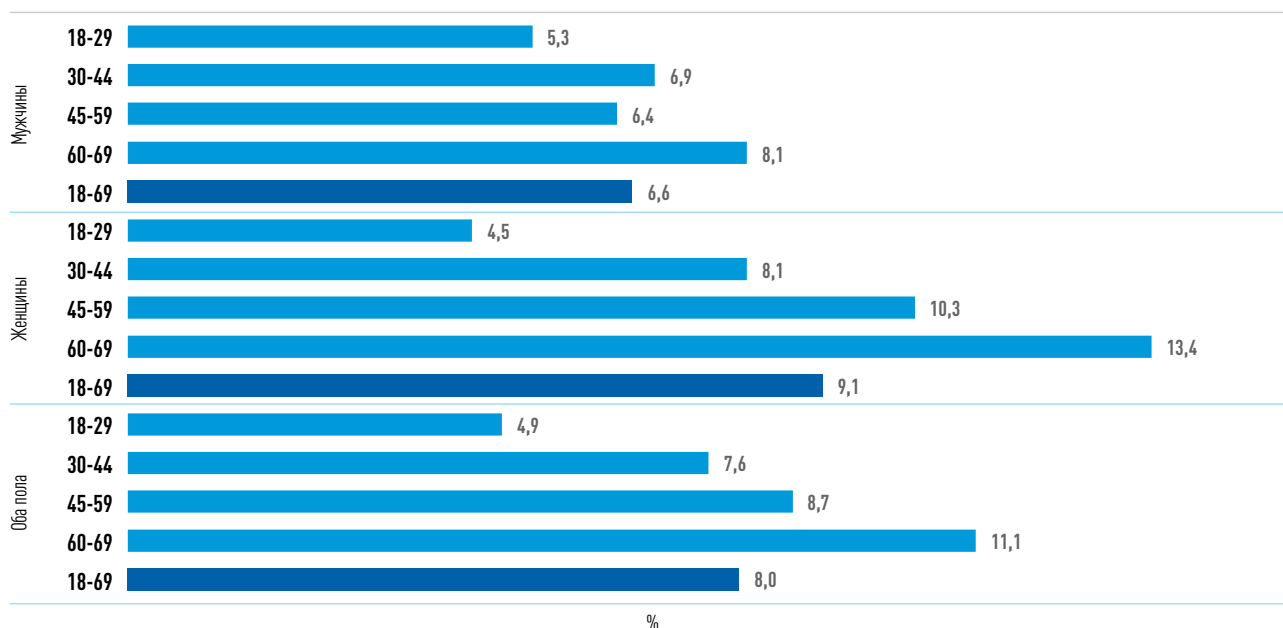


Рис.58. Доля лиц, кто не использовал выписанный медицинским работником рецепт или пропустил дозу лекарственного средства, по возрасту и полу (%)

Консультацию медицинского работника в амбулаторно-поликлинических условиях (с врачом первичной медицинской помощи в амбулаторном центре) в течение последних 30 дней на момент проведения исследования получили 22,7% населения, 26,6% – между 1 и 3 месяцами назад, 21,7% – больше 3, но меньше 6 месяцев назад и еще 29,0% – между 6 и 12 месяцами до проведения исследования.

Значительная доля женщин (28,5%) обращалась последний раз за консультационной помощью между 1 и 3 месяцами до проведения исследования, в свою очередь основная доля мужчин (36,3%) – между 6 и 12 месяцами, что объяснимо с учетом более тщательного внимания женщин к своему здоровью. Различия по месту проживания как среди всего населения, так и с учетом половой принадлежности не имели существенного значения.

При последнем посещении основная доля населения (71,6%) консультировалась со своим обычным врачом-специалистом (под «обычным» врачом имеется в виду медицинский работник, к которому пациент обращается на постоянной основе, это может быть участковый терапевт, фельдшер или знакомый стоматолог и т.п.). Достоверных различий по полу установлено не было (70,1% мужчин и 72,8% женщин).

Жители сельской местности вне зависимости от половой принадлежности достоверно чаще обращались за медицинской помощью к своим «обычным» врачам (79,3%), нежели жители городов (69,8%) (рис.59).

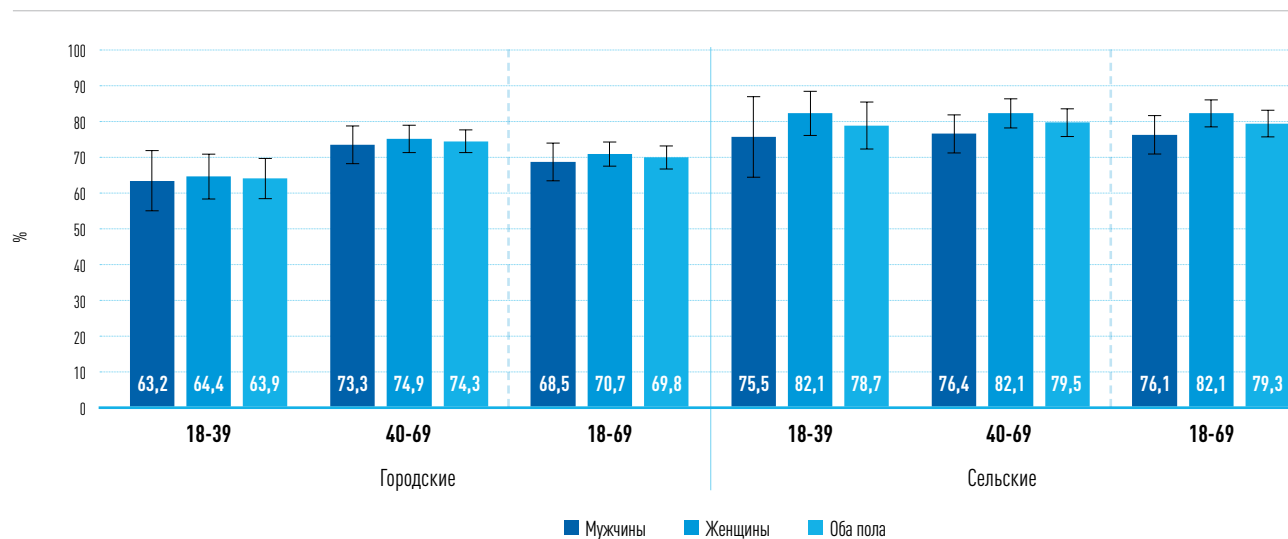


Рис.59. Доля пациентов, обращавшаяся к своему «обычному» медицинскому работнику, по возрасту, полу и месту проживания (%)

При анализе структуры консультационной помощи по специальностям медицинских работников в рамках последнего посещения пациента установлено, что наиболее распространенными были посещения следующих специалистов:

- врач общей практики или участковый терапевт в государственной организации здравоохранения – 61,6% населения (63,1% мужчин, 60,5% женщин);
- узкий специалист в государственной организации здравоохранения – 26,5% (25,4% мужчин и 27,4% женщин);
- фельдшер/медицинская сестра/помощник врача – 4,6% (4,4% мужчин и 4,8% женщин).

При этом в рамках последнего посещения врача 3,6% обратились за медицинской помощью в организации здравоохранения негосударственной формы собственности. Данная тенденция структуры обращений наблюдалась как у мужчин (4,5%), так и у женщин (2,9%).

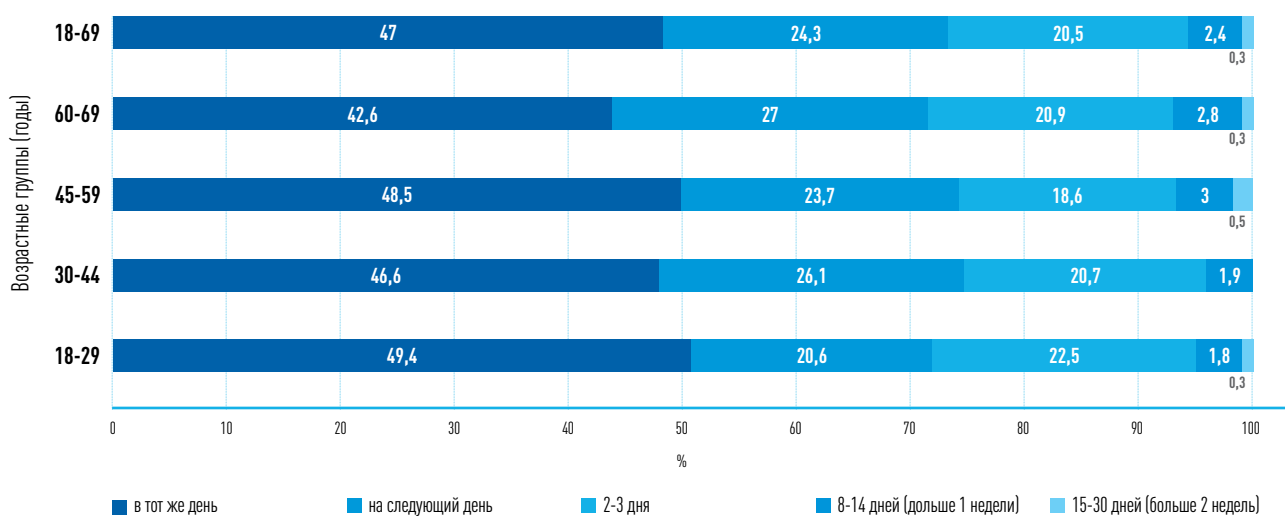
Достоверные различия между сельским и городским населением были установлены для следующих показателей:

- относительное количество визитов к узким специалистам государственных организаций здравоохранения (27,9% горожан и 20,4% сельчан обращались к таким специалистам);
- относительное количество визитов к фельдшерам / медицинским сестрам / помощникам врача (3,2% горожан и 10,5% сельчан обращались к среднему медицинскому персоналу);
- относительное количество визитов к специалистам организаций здравоохранения негосударственной формы собственности (4,2% городских и только 0,9% сельских жителей обращались в негосударственные учреждения);
- основная доля сельских жителей (51,3%) в рамках последнего визита обращалась в амбулатории общей врачебной практики или ФАП, а основная доля жителей городов обращалась в городские поликлиники (86,8%).

Практически половина населения (47,0%) получила консультацию в день обращения в организацию здравоохранения (49,4% мужчин и 45,2% женщин), еще 24,3% получили консультацию на следующий

день обращения (24,7% мужчин и 24,0% женщин), лишь 0,9% указали на ожидание консультации от 2 недель до 30 дней и 0,3% свыше 1-го месяца (рис. 60).

Рис.60. Распределение пациентов по времени ожидания дня приёма, по возрасту [%]



Жители сельской местности, как правило, указывали на лучшую доступность медицинской помощи, нежели жители городов и в большем проценте случаев получали медицинскую помощь в день обращения за ней (64,9% жителей сельской местности и 43,3% жителей городов). Ожидание даты приема было проблемой для 14,1% населения без достоверных различий по полу и месту проживания.

В день посещения более половины населения (52,7%) ожидали приема у кабинета медицинского работника менее 15 минут, еще 36,1% ждали до получаса, 2,8% ожидали прием от 1-го до 2-х часов и 0,5% – более 2 часов. Существенной разницы между временем ожидания приема у кабинета среди жителей городов и сельской местности, а также по полу установлено не было.

Время ожидания приема у кабинета оказалось проблемой для 24,4% населения (для 25,6% мужчин и 23,4% женщин). Без существенных различий при сравнении городского и сельского населения по данным показателям.

О назначении лекарственного средства в последний амбулаторный прием указало 63,1% населения (60,2% мужчин и 65,5% женщин), при этом жителям сельской местности лекарственное средство по итогам последней консультации назначали чуть чаще (67,4%), нежели жителям городов (62,2%), но статистически не значимо.

Следующие вопросы и, соответственно, ответы были направлены на изучение степени удовлетворенности пациента и его субъективной оценки качества медицинского обслуживания.

65,6% населения (63,8% мужчин и 67,0% женщин) были определенно удовлетворены временем, которое медицинский работник потратил на приеме; 3,8% были совсем не удовлетворены и 0,5% – крайне не удовлетворены (рис.61). Статистически достоверной разницы значений данного показателя при сравнении мужчин с женщинами и городского населения с сельским установлено не было.

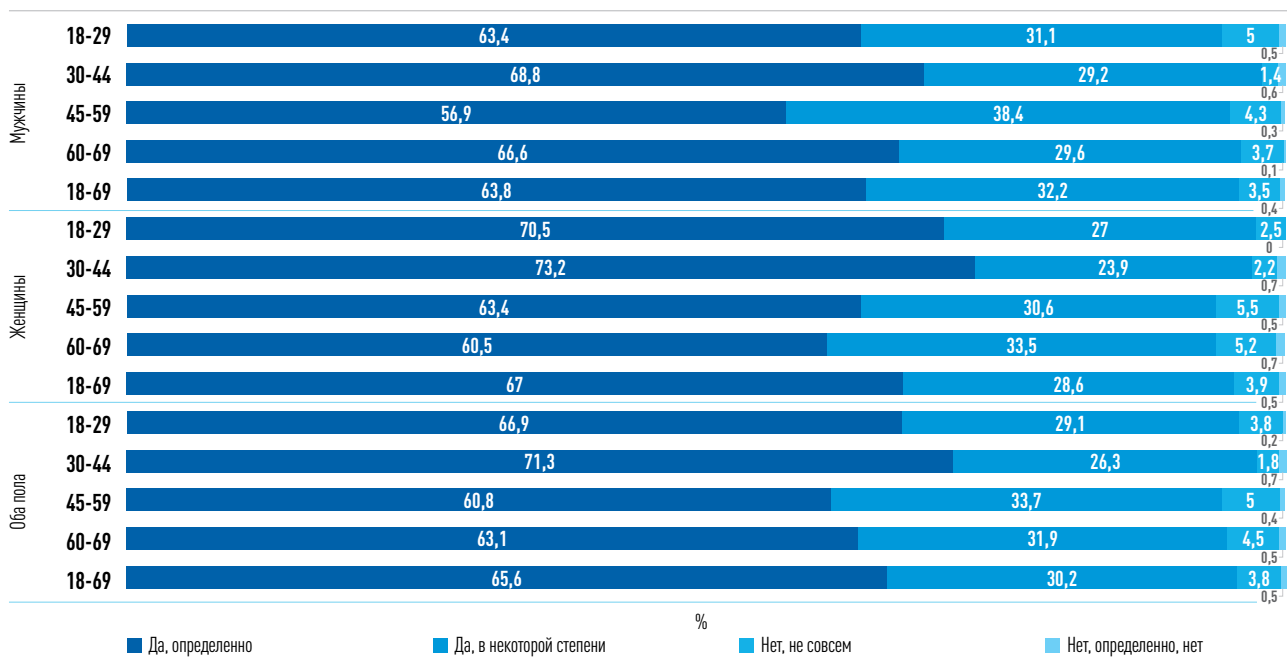


Рис.61. Распределение пациентов по степени удовлетворенности временем, которое медицинский работник потратил на приеме, по возрасту и полу (%)

Рекомендации, которые предоставил медицинский работник, были определенно понятны для 63,5% пациентов (61,5% мужчин и 65,1% женщин); не совсем удовлетворены полученными рекомендациями – 3,8%, а 0,6% были совершенно не удовлетворены (рис.62).

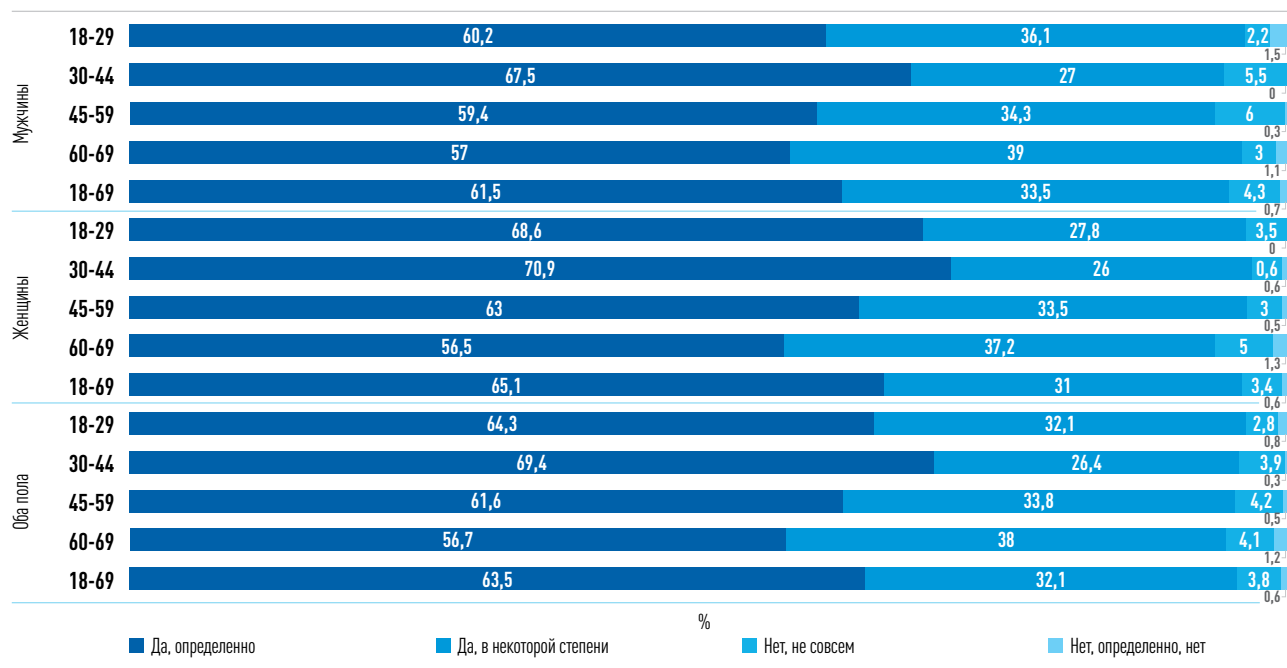
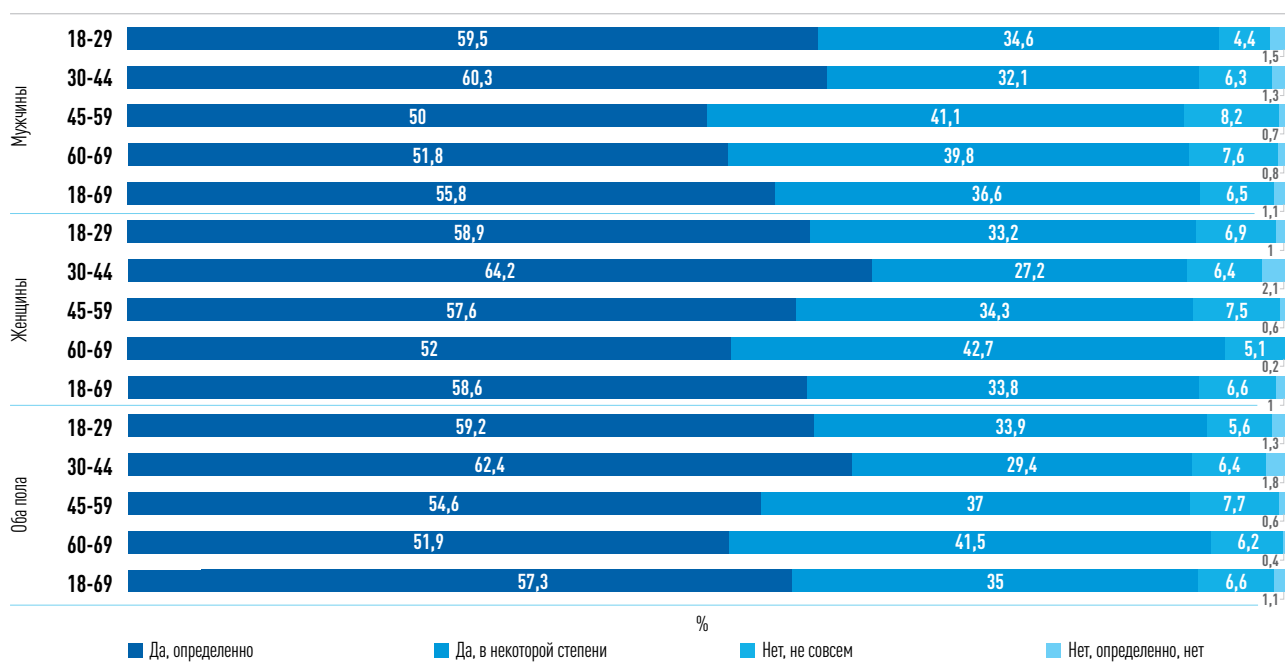


Рис.62. Распределение пациентов по степени ясности понимания рекомендаций, полученных от медицинского работника, по возрасту и полу (%)

Вместе с тем, 57,3% лиц оценили возможность задать вопросы или выразить свою озабоченность как «определенно, да» (55,8% мужчин и 58,6% женщин); 6,6% населения как «не совсем» и 1,1% – «совсем нет» без существенной статистически достоверной разницы по полу и месту проживания (рис.63).



44,9% населения (44,2% мужчин и 45,4% женщин) высоко оценили свою вовлеченность в процесс принятия решения о лечении; 38,9% считают, что были вовлечены в некоторой степени; не совсем вовлечены – 14,2% населения; и 2,0% указали на то, что совсем не были вовлечены в процесс принятия решения о лечении (без статистически достоверной разницы по полу и месту проживания).

В целом, качество приёма/консультации оценили на отлично 18,6% населения (15,8% мужчин и 20,9% женщин); очень хорошо – 26,5% (28,8% и 24,7%); хорошо – 41,2% (42,2% и 40,5%); удовлетворительно – 12,6% (12,3% и 12,8%), а плохо – лишь 1,1% (1,0% и 1,2%) (в скобках – мужчин и женщин, соответственно) (рис.64).

Рис.63. Распределение пациентов по оценке возможности задать вопросы или выразить свою озабоченность, по возрасту и полу (%)

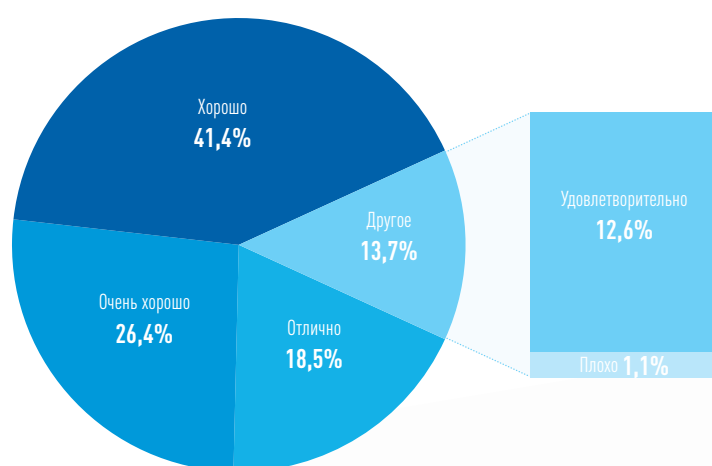


Рис. 64. Доля населения по уровню оценки качества медицинского обслуживания (%)

4.17 Здоровье полости рта

Рис.65. Доля населения с плохим или очень плохим состоянием зубов, по возрасту и полу (%)

При самооценке здоровья полости рта 13,4% населения указали на плохое или очень плохое состояние своих зубов (13,1% мужчин и 13,7% женщин) (рис.65).

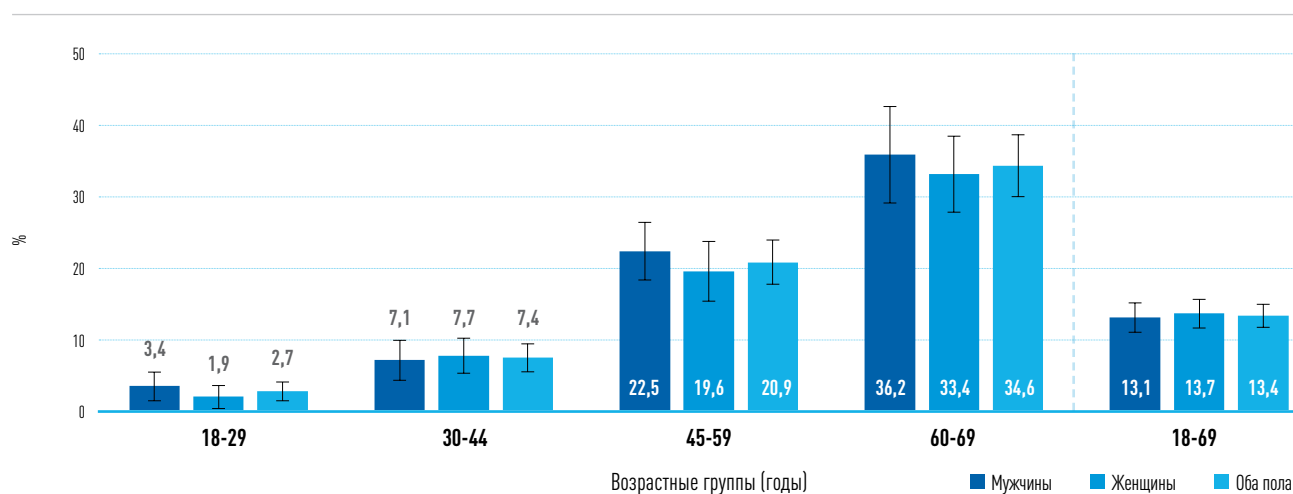
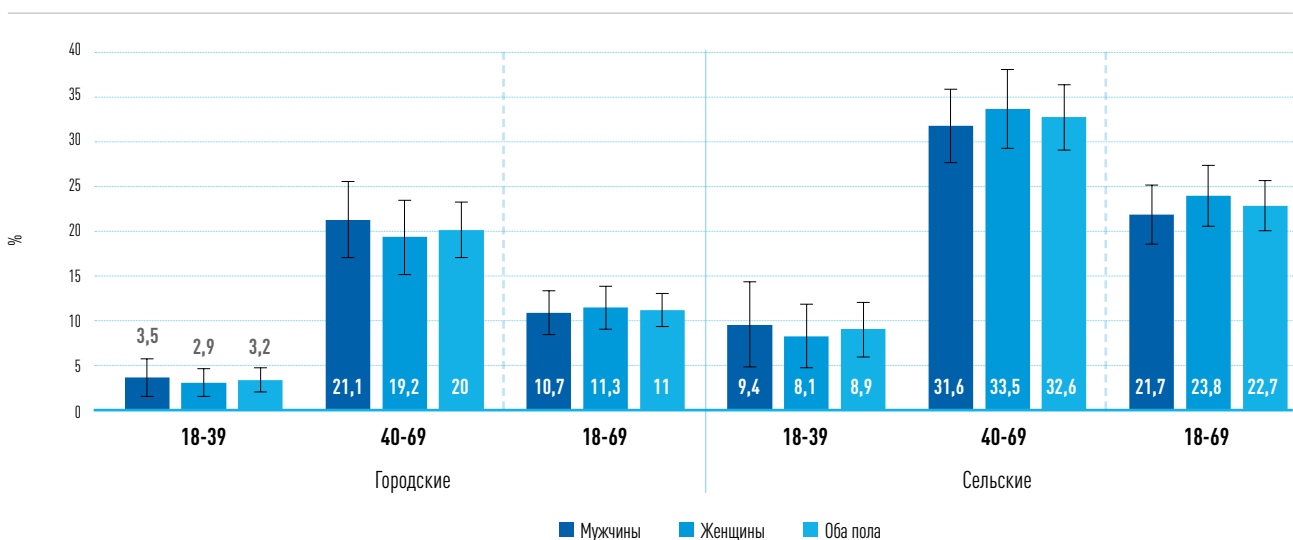
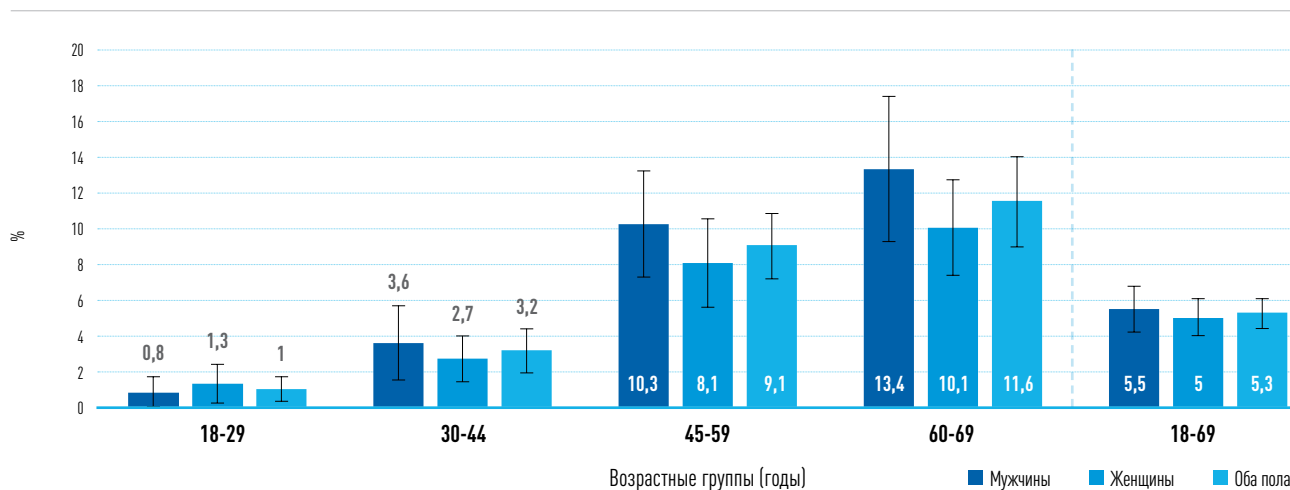


Рис.66. Доля населения с плохим или очень плохим состоянием зубов, по возрасту, полу и месту проживания (%)

С возрастом доля лиц, считающих состояние своих зубов плохим или очень плохим, увеличивается с 2,7% в возрастной группе 18-29 лет до 34,6% в группе 60-69 лет (рис.65), при этом доля таких лиц среди сельских жителей в 2 раза больше (22,7%), чем среди городских – 11,0% (рис.66). Существенных различий между полами по данному показателю не наблюдалось.

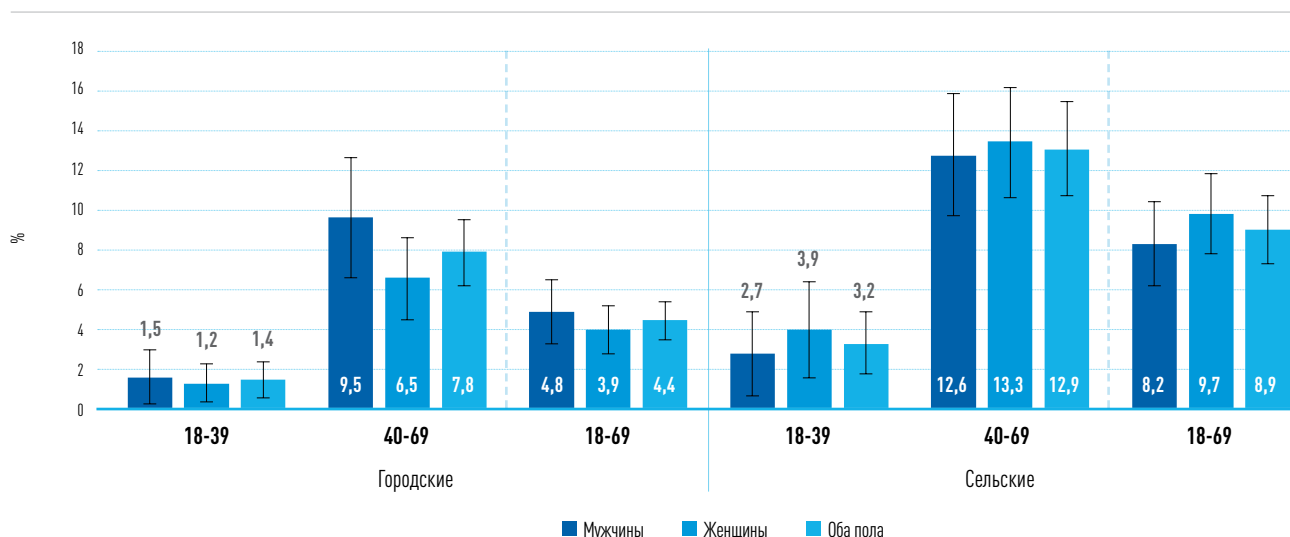


По самооценке здоровья полости рта 5,3% считают плохим или очень плохим состояние своих дёсен (5,5% мужчин и 5,0% женщин). Эта доля увеличивается от 1,0% в возрастной группе 18-29 лет до 11,6% в группе 60-69 лет (рис.67).



При этом доля лиц, считающих состояние своих дёсен плохим или очень плохим, среди сельских жителей в 2 раза больше (8,9%), чем среди городских – 4,4% (рис.68). Существенных различий между полами по данному показателю не наблюдалось.

Рис.67. Доля населения с плохим или очень плохим состоянием дёсен, по возрасту и полу (%)



Чуть более семи процентов населения (7,2%) используют съемные зубные протезы (5,4% мужчин и 9,0% женщины), в возрастной группе 60-69 лет эта доля наибольшая – 31,8%. Среди сельских жителей лиц, использующих съёмные зубные протезы, больше (9,9%), чем среди городских (6,5%) (рис.69).

Рис.68. Доля населения с плохим или очень плохим состоянием дёсен, по возрасту, полу и месту проживания (%)

Почти у четверти населения (24,5%) за последние 12 месяцев были боли или дискомфорт в полости рта из-за состояния зубов, дёсен, языка и др. (у 22,5% мужчин и у 26,5% женщин). С возрастом доля населения, отметивших боли или дискомфорт в полости рта за последние 12 месяцев, увеличивается с 15,5% в возрастной группе 18-29 лет до 41,4% в группе 60-69 лет. Различия по данному показателю у городских (23,7%) и сельских (27,9%) жителей не являются статистически достоверными.

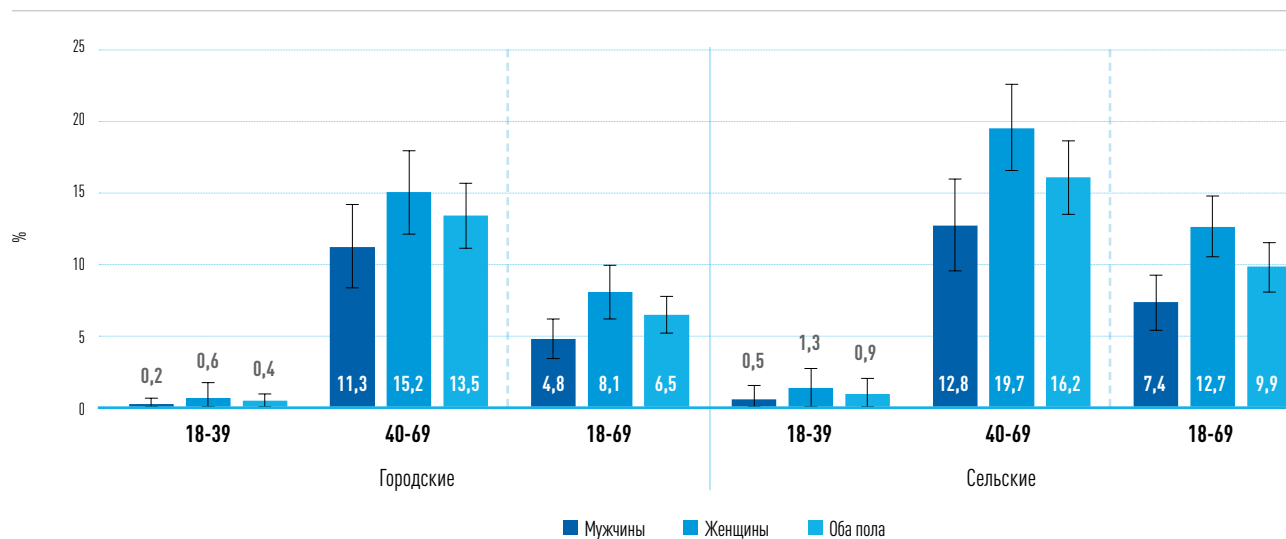


Рис.69. Доля населения, использующая съёмные зубные протезы, по возрасту, полу и месту проживания (%)

Чуть более трети населения (34,0%) посещали стоматолога в течение последних 12 месяцев (женщин 39,9%, мужчин 28,2%). Доля тех, кто посещал стоматолога в течение последних 12 месяцев больше среди городского населения (35,9%), чем среди сельского (26,3%) (рис.70). Существенных различий между разными возрастными группами по данному показателю не наблюдалось.

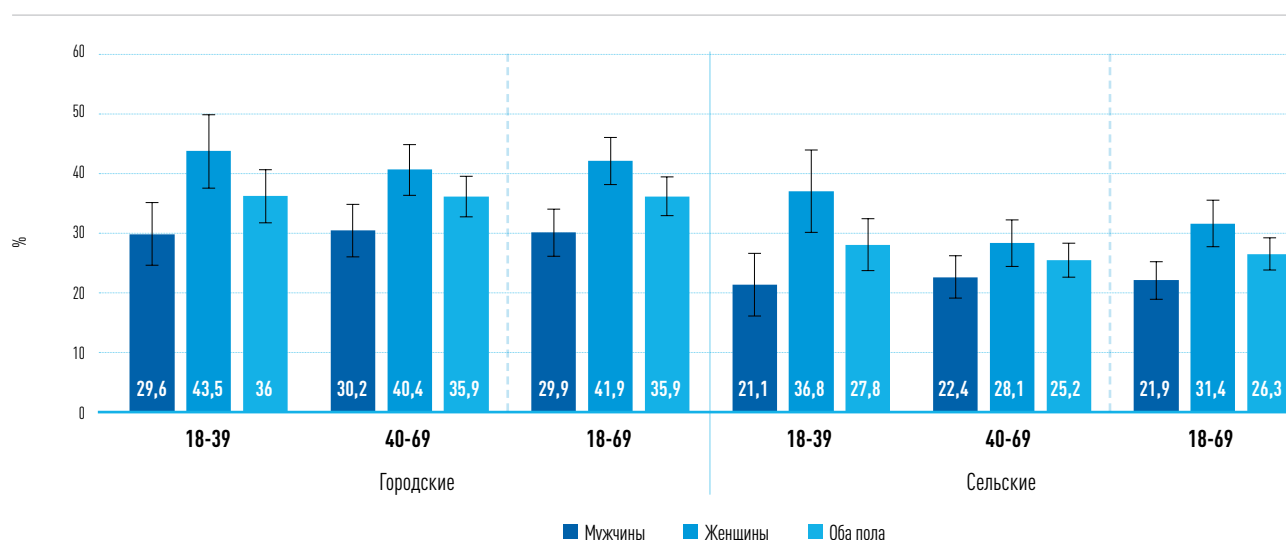


Рис.70. Доля населения, посещавшая зубного врача в течение последних 12 месяцев, по возрасту, полу и месту проживания (%)

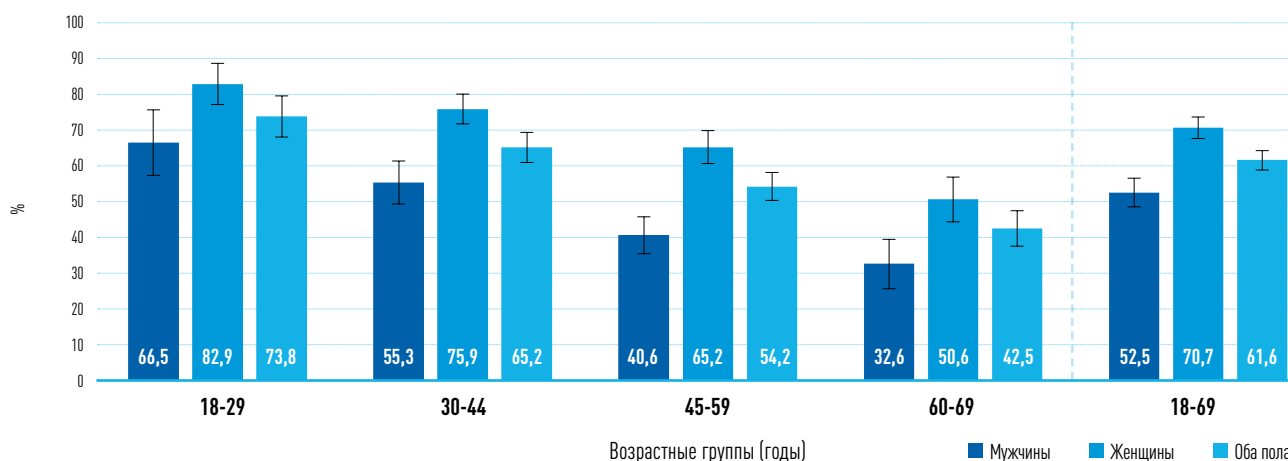
Доля населения, кто никогда не получал стоматологической помощи составила 0,2% (0,4% мужчин и 0,1% женщин), среди городского населения – 0,1%, среди сельского – 1,0%.

Примерно половина населения (47,5%) последний раз посещала стоматолога с целью лечения или последующего лечения; около четверти (23,3%) – для планового обследования; 16,8% – из-за боли или проблемы с зубами, деснами или ртом; 11,3% – с целью консультации и 1,2% – по другим причинам. При этом лица из возрастной группы 60-69 лет практически в 6 раз меньше обращались на плановые обследования, чем молодые люди в возрасте 18-29 лет (6,5% и 38,8%, соответственно) и почти в 2 раза меньше – с целью консультации или совета (7,7% и 13,9% соответственно), а по поводу боли или проблемы

с зубами, деснами или ртом в 4 раза чаще (27,8%), чем молодые – 7,4%. Мужчины обращаются меньше с целью консультации (8,7%), чем женщины (14,0%), по остальным причинам посещения к стоматологу существенных различий между полами и местом проживания не наблюдалось.

Подавляющее большинство населения (94,5%) чистит зубы каждый день (91,9% мужчин, 97,2% женщин). При этом доля тех, кто чистит зубы 2 и более раз в день в 1,5 раза меньше – 61,6%. Значительно большая доля женщин (70,7%) чистит зубы 2 и более раз в день, чем мужчин (52,5%). С увеличением возраста эта доля среди всего населения (оба пола) уменьшается в 1,7 раза с 73,8% среди возрастной группы 18-29 лет до 42,5% среди группы 60-69 лет (рис.71).

Рис.71. Доля населения, кто чистит зубы 2 и более раз в день, по возрасту и полу (%)



Доля сельского населения, которая чистит зубы 1 или 2 и более раз в день значительно меньше городского: хотя бы раз в день чистят зубы 96,1% городского населения и только 88,2% сельского; 2 и более раз в день чистят зубы 63,8% городских жителей и чуть более половины (52,9%) сельских (рис.72).

Рис.72. Доля населения, кто чистит зубы 2 и более раз в день, по возрасту, полу и месту проживания (%)

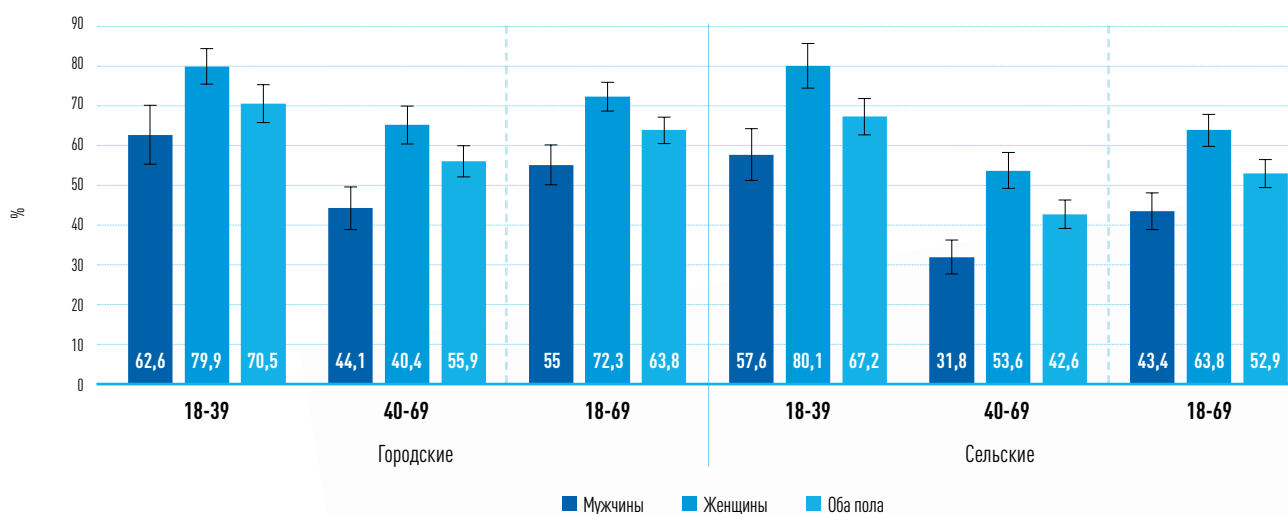
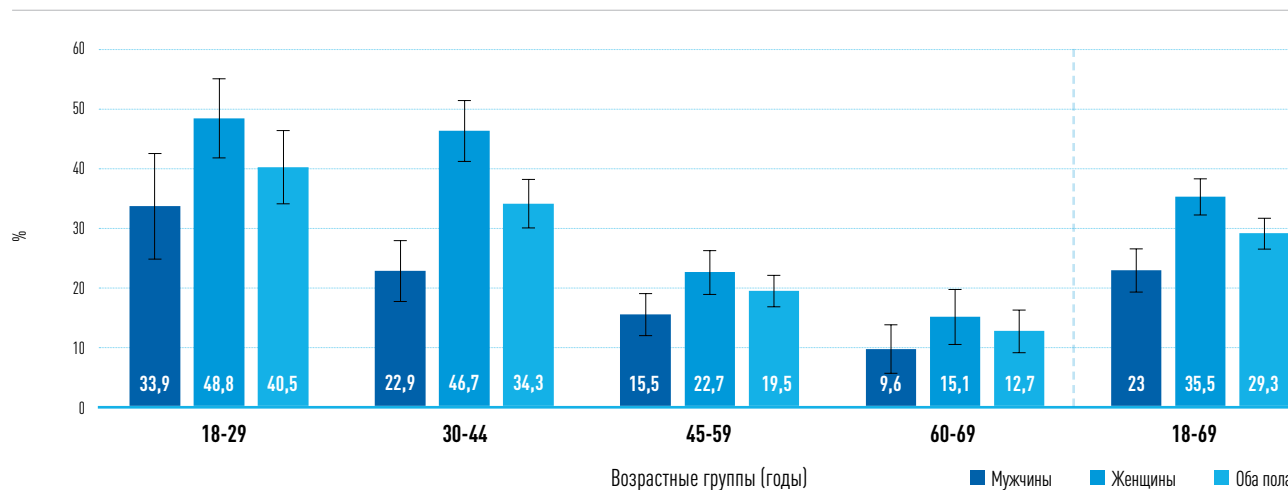


Рис.73. Доля населения, кто пользуется зубной нитью, по возрасту и полу [%]

Среди тех, кто чистит свои зубы, 99,4% используют зубную щетку и зубную пасту, 29,3% населения пользуется зубной нитью. При этом женщины используют зубную нить в 1,5 раза чаще, чем мужчины (35,5% и 23,0%, соответственно) (рис.73). Также зубную нить в 3 раза чаще используют в возрастной группе 18-29 лет (40,5%), чем в группе 60-89 лет (12,7%).

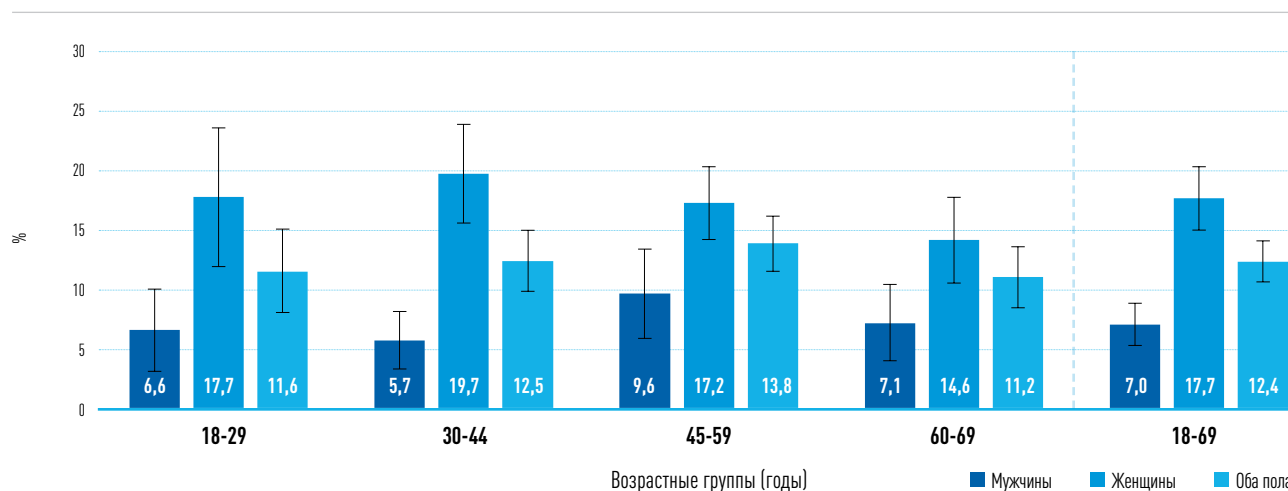


Доля сельского населения (18,1%), которая использует зубную нить, практически в 1,8 раза меньше городской (32,0%), как среди женщин (23,5% и 38,3 соответственно), так и среди мужчин (13,4% и 25,5% соответственно).

4.18 Депрессивная симптоматика

Рис. 74. Распространенность депрессивных симптомов за последние 12 месяцев, рассчитанная с помощью валидированного алгоритма анализа, по возрасту и полу [%]

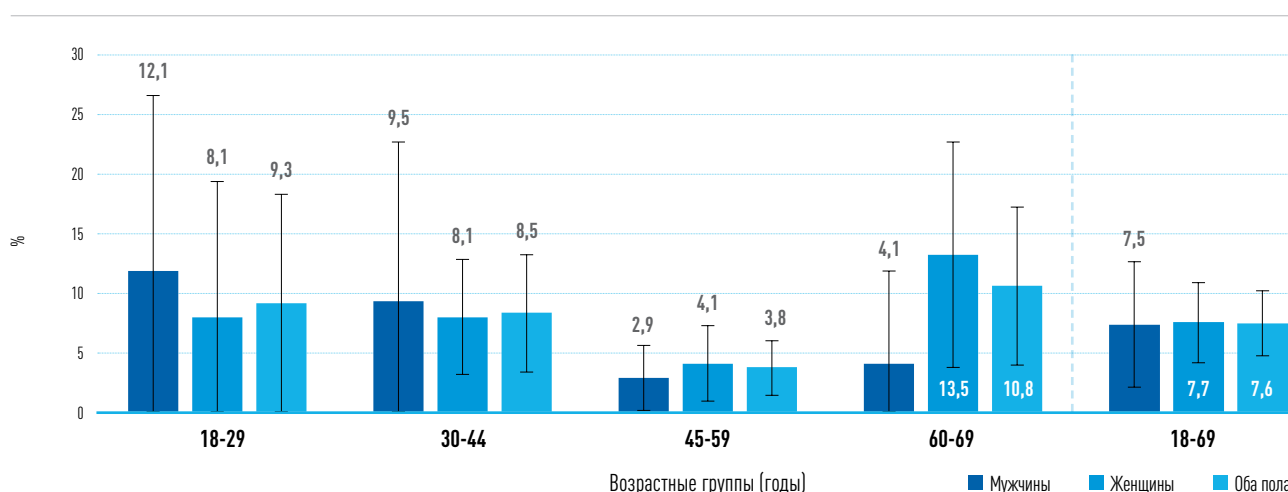
По результатам ответов на вопросы данного раздела анкеты с помощью алгоритма WHS (the World Health Survey - Всемирное обследование здоровья) выявлено, что каждый восьмой взрослый (12,4%) в Республике Беларусь имеет симптомы депрессии, причем их распространенность примерно в два с половиной раза выше среди женщин (17,7%), чем среди мужчин (7,0%). Наибольшая распространенность депрессивной симптоматики наблюдалась у возрастной группы 45-59 лет (13,8%), а наименьшая у лиц 60-69 лет (11,2%) (рис. 74).



В каждой возрастной группе распространенность симптомов депрессии достоверно выше у женщин, чем у мужчин. Но если сравнивать динамику данного показателя по возрастным группам, то тенденции у мужчин и женщин различны. Так, среди мужчин наименьшая распространенность депрессивных симптомов оказалась в возрастной группе 30-44 года – 5,7%, в этой же возрастной группе среди женщин показатель имеет наибольшее значение – 19,7%. Наибольшее же значение среди мужчин отмечается в возрастной группе 45-59 лет – 9,6%. Наименьшая распространенность симптомов депрессии среди женщин наблюдается в самой старшей возрастной группе и составляет 14,6%. Различия по типу поселения в распространенности депрессивных симптомов не имеют существенного значения.

Доля населения, у кого врач или другой медицинский работник диагностировал депрессию (среди тех, у кого депрессия выявлена по алгоритму WHS) составила 7,6% (рис.75) без существенных различий по возрасту, полу и типу поселения.

Рис.75. Доля лиц (среди тех, у кого депрессия выявлена по алгоритму WHS), у кого врач или другой медицинский работник диагностировал депрессию, по возрасту и полу (%)



Среди всего населения данный диагноз был установлен в прошлом у 1,9% лиц (рис.76). Обращает на себя внимание, что депрессия у женщин была диагностирована практически в 2 раза чаще, нежели у мужчин (2,4% и 1,3% соответственно), что коррелирует с данными распространенности депрессивной симптоматики. Существенных различий в данном показателе между разными возрастными группами, а также по типу поселения не наблюдалось.

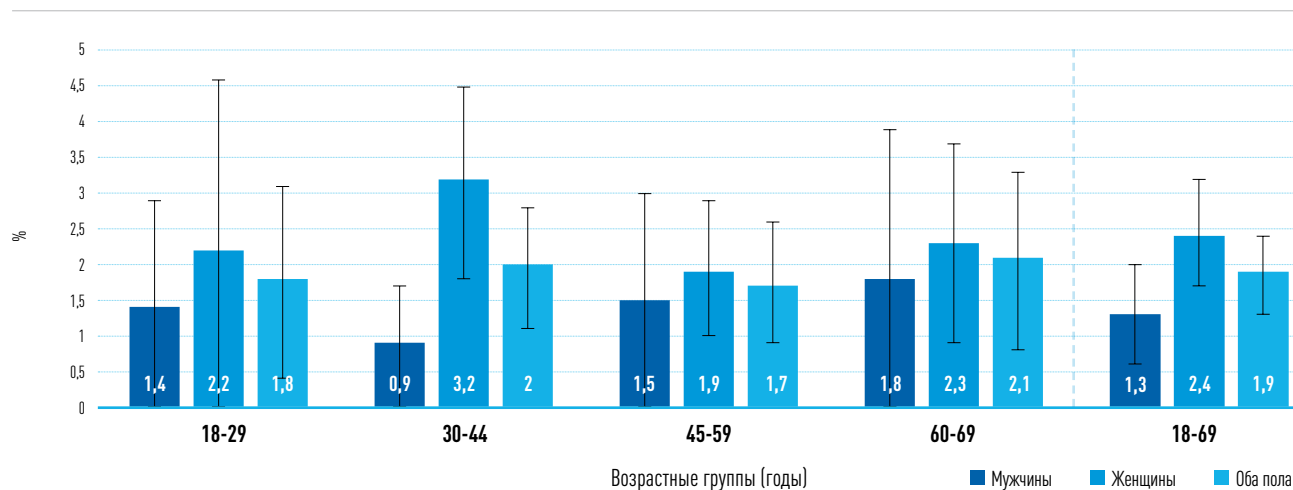


Рис.76. Доля населения, у кого врач или другой медицинский работник диагностировал депрессию, по возрасту и полу (%)

26,6% респондентов с установленным диагнозом депрессия в течение последних 12 месяцев до проведения обследования получали лекарственные средства или другое целевое лечение (рис.77).

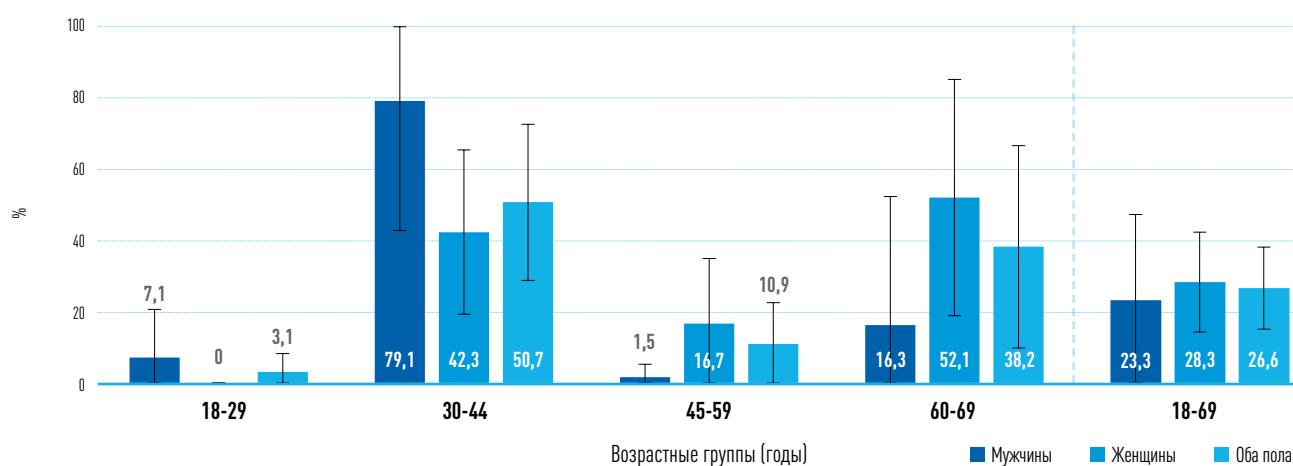
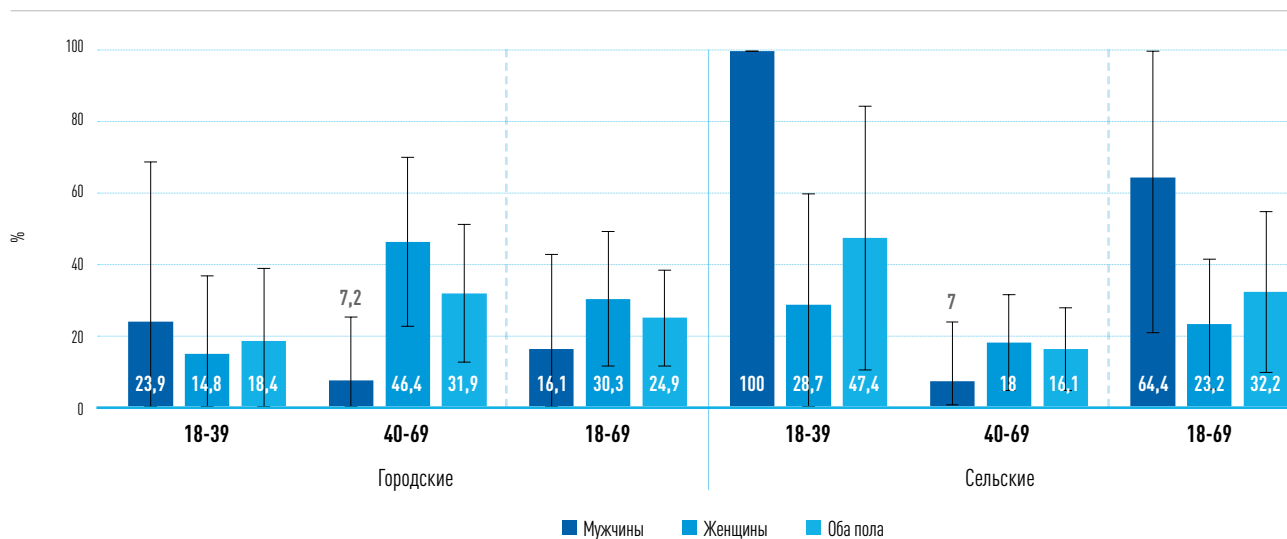


Рис.77. Доля пациентов с диагнозом депрессия, принимающая лекарства или другое лечение от депрессии в течение последних 12 месяцев, по возрасту и полу (%)

Лечению от депрессии в течение последних 12 месяцев более подвержены лица в возрасте 30-44 года (50,7% респондентов с установленным диагнозом «депрессия» в возрасте 30-44 года). В данной возрастной группе лекарственные средства или другое целевое лечение в течение последних 12 месяцев получало 79,1% мужчин. Среди женщин лечение от депрессии в течение последних 12 месяцев было более распространено среди лиц в возрасте 60-69 лет (52,1%) (рис.77).

Достоверного различия между сельским и городским населением по показателю лечения от депрессии в течение последних 12 месяцев установлено не было. Вместе с тем, следует отметить, что доля мужчин проживающих в сельской местности и получающих лечение в течение последних 12 месяцев (64,4%) в 4 раза превышает значение для мужчин, проживающих в городах (16,1%) (рис.78).



61,1% пациентов с диагнозом депрессия принимали лекарства или другое лечение от депрессии в течение последних 2 недель от момента проведения интервью (рис.79). Существенных различий по полу и типу поселения не выявлено.

Ввиду малого количества наблюдений данные по лечению от депрессии характеризуют только общие тенденции и не могут использоваться для характеристики фактической распространенности показателей лечения депрессивных состояний в Республике Беларусь.

Рис.78. Доля пациентов с диагнозом депрессия, принимающая лекарства или другое лечение от депрессии в течение последних 12 месяцев, по возрасту, полу и месту проживания [%]

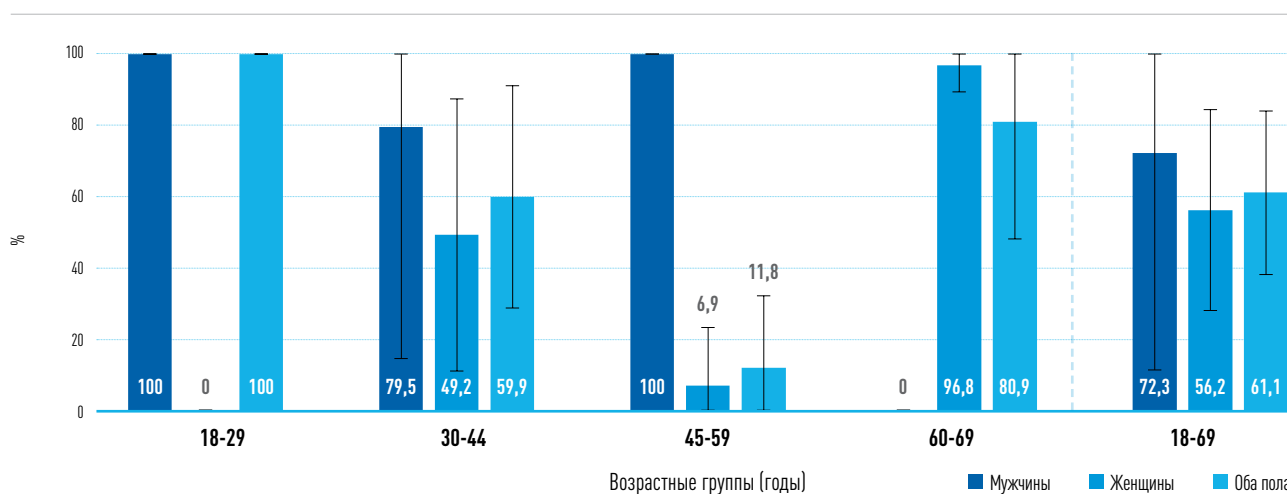


Рис.79. Доля пациентов с диагнозом депрессия, принимающая лекарства или другое лечение от депрессии в течение последних 2 недель, по возрасту и полу [%]

➤ 5. Сравнение основных результатов STEPS 2016 и 2020

В таблицах 6 – 15, представленных в данном разделе, указаны средние значения каждого показателя, полученные по результатам исследований 2016-го и 2020-го гг., а в скобках – 95%-ный доверительный интервал (ДИ), на основании которого определяется статистическая значимость различия значений. В том случае, если доверительные интервалы не перекрываются, зеленым цветом выделено улучшение показателя в 2020 г. по сравнению с 2016-ым, красным – ухудшение. Не выделены показатели, доверительные интервалы которых смыкаются или перекрываются, то есть их средние значения статистически не различаются, а значит эти показатели в целом по всей популяции за анализируемый период остались без изменений.

Сравнительный анализ показателей потребления табака показал, что доля курящих на момент проведения исследования в 2020 г. (26,7%) стала ниже, чем в 2016 г. (29,6%) (табл.6). Различия определили показатели табакокурения среди лиц мужского пола (41,9% в 2020 г. и 48,4% в 2016 г.)

Таблица 6 – Сравнение результатов STEPS 2016 и 2020 по разделу «Потребление табака»

Показатель	Год	Оба пола	Мужчины	Женщины
Доля курящих в настоящее время	2016	29,6% (27,9 – 31,3)	48,4% (45,5 – 51,3)	12,6% (11,1 – 14,0)
	2020	26,7% (24,6–28,7)	41,9% (38,7–45,1)	11,3% (9,6–13,0)
Доля ежедневно курящих в настоящее время	2016	27,1% (25,4 – 28,8)	45,7% (42,8 – 48,6)	10,2% (8,9 – 11,6)
	2020	23,0% (21,2–24,9)	36,7% (33,6–39,7)	9,3% (7,7–10,9)
Для тех, кто курит ежедневно				
Средний возраст начала курения (лет)	2016	17,4 (17,1 – 17,8)	16,9 (16,5 – 17,2)	19,8 (19,0 – 20,5)
	2020	18,2 (17,8–18,5)	17,5 (17,2–17,9)	20,7 (19,8–21,6)
Доля тех, кто курит промышленно произведенные сигареты	2016	99,4% (98,9 – 99,9)	99,5% (99,1 – 100,0)	98,7% (97,0 – 100,0)
	2020	98,9% (97,8–99,9)	98,8% (97,6–100,0)	98,9% (96,9–100,0)
Среднее количество промышленно произведенных сигарет, выкуриваемых в день (Для тех, кто курит промышленно произведенные сигареты)	2016	14,9 (14,4 – 15,5)	16,0 (15,5 – 16,6)	10,3 (9,3 – 11,3)
	2020	12,9 (12,1–13,6)	14,1 (13,3–14,8)	8,1 (7,4–8,9)

Позитивным изменением является и то, что снизилась доля ежедневных курильщиков: если в 2016 г. среди лиц обоих полов 27,1% указали на

ежедневное курение, то в 2020 г. данный показатель составил 23,0%. При этом причиной тенденции снижения явились в основном мужчины (36,7% в 2020 г. и 45,7% в 2016 г.) (табл.6).

Средний возраст начала курения увеличился практически на 1 год (17,4 года в 2016 г. и 18,2 года в 2020 г.) (табл.6).

Среднее количество промышленно произведенных сигарет, выкуриваемых в день, пропорционально снизилось как среди лиц обоих полов с 14,9 шт. в 2016 г. до 12,9 шт. в 2020 г., так и в разрезе половой принадлежности: с 16,0 шт. в 2016 г. до 14,1 шт. в 2020 г. выкуриваемых мужчинами и с 10,3 шт. в 2016 г. до 8,1 шт. в 2020 г. – женщинами (табл.6).

При анализе показателей потребления алкоголя в 2016 и 2020 г. статистически достоверная разница была установлена только для доли тех, у кого был случай употребления большого количества алкоголя (6 и более стандартных порций за 1 случай за последние 30 дней) (табл.7). Динамика этого показателя направлена на снижение как среди всего населения с 20,3% в 2016 г. до 17,4% в 2020 г., так и в разрезе половой принадлежности с 35,0% в 2016 г. до 30,6% в 2020 г. среди мужчин и с 6,9% в 2016 г. до 4,2% в 2020 г. среди женщин.

Таблица 7 – Сравнение результатов STEPS 2016 и 2020 по разделу «Употребление алкоголя»

Показатель	Год	Оба пола	Мужчины	Женщины
Доля населения, непьющая на протяжении всей жизни	2016	5,7% (4,1 – 7,3)	4,0% (2,4 – 5,6)	7,3% (5,3 – 9,2)
	2020	6,3% (5,0–7,7)	5,7% (4,0–7,4)	6,9% (5,1–8,7)
Доля непьющих на протяжении последних 12 месяцев людей	2016	12,3% (10,8 – 13,7)	9,6% (7,7 – 11,4)	14,7% (12,9 – 16,6)
	2020	10,1% (8,7–11,5)	8,8% (7,0–10,5)	11,4% (9,5–13,4)
Доля населения, употребляющая алкоголь в настоящее время (употребляли алкоголь в течение последних 30 дней)	2016	52,8% (50,2 – 55,4)	64,9% (61,6 – 68,3)	41,8% (38,6 – 44,9)
	2020	54,4% (51,5–57,3)	63,1% (59,7–66,4)	45,7% (41,7–49,6)
Доля тех, у кого был случай употребления большого количества алкоголя (6 и более стандартных порций за 1 случай за последние 30 дней)	2016	20,3% (18,4 – 22,1)	35,0% (31,8 – 38,1)	6,9% (5,6 – 8,2)
	2020	17,4% (15,5–19,4)	30,6% (27,2–33,9)	4,2% (3,1–5,3)

Доля лиц, непьющих на протяжении последних 12 месяцев, среди всего населения незначительно снизилась с 12,3% в 2016 г. до 10,1% в 2020 г., с другой стороны, доля лиц, непьющих на протяжении всей жизни, так же незначительно, но возросла (с 5,7% в 2016 г. до 6,3% в 2020 г.) (табл.7).

Данные STEPS-исследования 2020 г. в части употребления психоактивных веществ (алкоголь и табак) свидетельствуют о положительных тенденциях в обществе, связанных с этими факторами риска НИЗ. Комплекс государственных мер по контролю и снижению употребления алкоголя и табакокурения показал себя как действенный и эффективный. Так, с 2014 г. введен запрет на открытую выкладку сигарет в месте продажи в соответствии с Постановлением Совета Министров Республики Беларусь

от 22.07.2014 №703; в конце 2016 г. в соответствии с техрегламентом ЕврАзЭС введены предупреждающие картинки на упаковках табачных изделий; а с 27 июля 2019 г. согласно Декрету Президента Республики Беларусь от 24.01.2019 № 2 вступил в силу запрет на курение в кафе, ресторанах, гостиницах и поездах дальнего следования; кроме того, постоянно повышаются акцизы на табачную и алкогольную продукцию). Как следствие, уменьшилось количество курящих мужчин и количество выкуриваемых сигарет, число женщин, употребляющих алкоголь в больших дозах. Другие рассматриваемые показатели статистически достоверно не изменились. Несмотря на дополнительный социально-стрессовый фактор в виде эпидемии коронавирусной инфекции, ожидаемого роста потребления табака и алкоголя не произошло.

Динамика показателей рациона питания в исследованиях 2016 г. и 2020 г. обнаружила как улучшение отдельных показателей, так и ухудшение некоторых из них (табл.8). В частности, сохраняется проблема недостаточного потребления овощей и фруктов в рационе питания белорусов – среднее количество ежедневных стандартных порций овощей и фруктов составляет 1,9-1,5 (в 2016 г. – 2,1-1,8) при рекомендуемой норме ВОЗ не менее 5 порций овощей или фруктов.

Таблица 8 – Сравнение результатов STEPS 2016 и 2020 по разделу «Рацион питания»

Показатель	Год	Оба пола	Мужчины	Женщины
Среднее количество дней , когда употребляются фрукты (в типичную неделю)	2016	5,1 (5,0 – 5,2)	4,7 (4,5 – 4,8)	5,5 (5,4 – 5,6)
	2020	4,8 (4,7–5,0)	4,3 (4,1–4,5)	5,4 (5,2–5,5)
Среднее количество порций фруктов , употребляемых за день	2016	1,8 (1,6 – 1,9)	1,5 (1,4 – 1,6)	2,0 (1,8 – 2,2)
	2020	1,5 (1,4–1,6)	1,2 (1,1–1,3)	1,7 (1,6–1,8)
Среднее количество дней , когда употребляются овощи (в типичную неделю)	2016	5,6 (5,5 – 5,7)	5,5 (5,3 – 5,6)	5,8 (5,6 – 5,9)
	2020	5,7 (5,6–5,9)	5,5 (5,4–5,7)	5,9 (5,8–6,1)
Среднее количество порций овощей , употребляемых за день	2016	2,1 (1,8 – 2,3)	1,9 (1,7 – 2,1)	2,2 (1,9 – 2,5)
	2020	1,9 (1,8–2,0)	1,9 (1,7–2,0)	2,0 (1,9–2,1)
Доля тех, кто употреблял менее 5 смешанных порций фруктов и / или овощей в день	2016	72,9% (69,5 – 76,3)	77,9% (74,3 – 81,5)	68,4% (64,7 – 72,0)
	2020	78,2% (75,5–81,0)	83,7% (80,9–86,6)	72,7% (69,3–76,0)
Доля тех, кто всегда или часто добавляет соль или солёный соус в пищу перед употреблением или досаливает в процессе еды	2016	31,7% (28,5 – 34,9)	35,8% (31,9 – 39,7)	28,0% (24,5 – 31,4)
	2020	22,8% (19,7–26,0)	26,5% (22,6–30,5)	19,1% (15,9–22,4)
Доля тех, кто всегда или часто употребляет обработанные продукты с высоким содержанием соли	2016	35,6% (33,3 – 38,0)	43,6% (40,4 – 46,8)	28,5% (25,9 – 31,1)
	2020	44,3% (41,2–47,4)	52,5% (48,6–56,5)	36,0% (32,5–39,5)

Среднее количество дней, когда употребляются фрукты (в типичную неделю), снизилось у всего населения с 5,1 дня в 2016 г. до 4,8 дня в 2020 г., что может быть связано с сезоном проведения исследований. Данная тенденция в большой степени определялась лицами мужского пола (с 4,7 дней в 2016 г. до 4,3 дней в 2020 г.) (табл.8).

Среднее количество стандартных порций фруктов, употребляемых за день, также уменьшилось с 1,8 ст.п. в 2016 г. до 1,5 ст.п. в 2020 г. Тенденция снижения среднего количества порций фруктов, употребляемых за день, сохранялась как среди лиц мужского, так и среди лиц женского пола.

При этом в качестве положительных изменений можно отметить то, что доля тех, кто всегда или часто добавляет соль или соленый соус в пищу перед употреблением или досаливает в процессе еды, уменьшилась и составила 22,8% населения в 2020 г. против 31,7% в 2016 г. (табл.8). Данная тенденция наблюдалась как среди мужчин, так и среди женщин. В противовес этому выявлено увеличение доли тех, кто всегда или часто употребляет обработанные продукты с высоким содержанием соли – 35,6% в 2016 г., но 44,3% в 2020 г. (мужчины: 43,6% в 2016 г., 52,5% в 2020 г.; женщины: 28,5% в 2016 г., 36,0% в 2020 г.) (табл.8).

По показателям физической активности статистически достоверных изменений в рассматриваемый период не произошло (табл.9). Однако следует заметить, что довольно неплохие результаты в целом по стране указывают на формирование положительного отношения населения к физически активному образу жизни и пониманию его важности в текущих условиях жизнедеятельности.

Таблица 9 – Сравнение результатов STEPS 2016 и 2020 по разделу «Физическая активность»

Показатель	Год	Оба пола	Мужчины	Женщины
Доля населения с недостаточной физической активностью (определяется как <150 минут среднеинтенсивной деятельности в неделю, или равносильной нагрузки) *	2016	13,2% (11,5 – 14,8)	12,8% (10,7 – 14,9)	13,5% (11,5 – 15,5)
	2020	11,6% (9,7–13,5)	11,2% (8,8–13,6)	11,9% (9,9–13,9)
Срединное время (медиана), потраченное на физическую активность в день (мин) (представлено с интерквартильной широтой)	2016	137,1 (42,9–320)	214,3 (60–360)	107,1 (40–257,1)
	2020	120,0 (51,4–265,7)	145,7 (60,0–304,3)	100,0 (42,9–225,0)
Доля тех, кто не занимается высокоинтенсивной физической деятельностью	2016	80,5% (78,6 – 82,4)	68,9% (66,0 – 71,8)	91,1% (89,5 – 92,6)
	2020	78,0% (75,9–80,1)	65,4% (61,8–68,9)	90,7% (88,8–92,5)

Выявленная доля женщин в возрасте 30–49 лет, которым когда-либо проводился скрининг на рак шейки матки, в 2020 г. (78,8%) снизилась по отношению к уровню 2016 г. (90,6%) (табл.10).

Показатель	Год	Женщины
Доля женщин в возрасте 30–49 лет, которым когда-либо проводился скрининг на рак шейки матки	2016	90,6% (87,7 – 93,5)
	2020	78,8% (73,8–83,8)

Таблица 10 – Сравнение результатов STEPS 2016 и 2020 по разделу «Обследование на рак шейки матки»

Таблица 11 – Сравнение результатов STEPS 2016 и 2020 по индексу массы тела и окружности талии

Положительные изменения наблюдались в отношении данных физических измерений по всем показателям, связанным с индексом массы тела и окружностью талии (табл. 11). Так, средний индекс массы тела (ИМТ) снизился с 27,0 кг/м² в 2016 г. до 26,2 в 2020 г. По таким показателям, как доля тех, кто имеет избыточную массу тела (ИМТ ≥ 25 кг/м²), доля страдающих ожирением (ИМТ ≥ 30 кг/м²) и окружность талии установлено достоверное снижение у женщин (табл. 11).

Показатель	Год	Оба пола	Мужчины	Женщины
Средний индекс массы тела - ИМТ (кг/м²)	2016	27,0 (26,8 – 27,2)	26,6 (26,4 – 26,9)	27,3 (27,0 – 27,6)
	2020	26,2 (25,9–26,4)	26,2 (25,9–26,5)	26,1 (25,8–26,5)
Доля тех, кто имеет избыточную массу тела (ИМТ ≥ 25 кг/м²)	2016	60,6% (58,7 – 62,6)	61,5% (58,7 – 64,2)	60,0% (57,3 – 62,4)
	2020	53,0% (50,3–55,7)	56,0% (52,0–60,0)	49,9% (47,1–52,7)
Доля страдающих ожирением (ИМТ ≥ 30 кг/м²)	2016	25,4% (23,7 – 27,1)	20,2% (17,9 – 22,4)	30,2% (27,9 – 32,5)
	2020	18,9% (17,0–20,8)	16,6% (14,1–19,1)	21,2% (18,9–23,6)
Средняя окружность талии (см)	2016	-	92,1 см (91,2 – 92,9)	86,9 см (86,0 – 87,8)
	2020	-	91,1 (90,0–92,3)	84,7 (83,7–85,7)

Таблица 12 – Сравнение результатов STEPS 2016 и 2020 по артериальному давлению

По результатам измерений артериального давления установлено, что средние значения как систолического артериального давления (САД, мм рт.ст.), так и диастолического артериального давления (ДАД, мм рт.ст.), включая тех, кто в текущее время принимает антигипертензивное лечение, снизились: средний уровень САД в 2016 г. составил 134,6 мм рт.ст., в 2020 г. – 129,9 мм рт.ст.; средний уровень ДАД – 84,9 мм рт.ст. и 82,2 мм рт.ст., соответственно (табл. 12). Тенденция снижения среднего уровня САД и ДАД сохранялась как у мужчин, так и у женщин.

Показатель	Год	Оба пола	Мужчины	Женщины
Среднее значение систолического давления - САД (мм рт.ст.), включая тех, кто в текущее время принимает антигипертензивное лечение	2016	134,6 (133,7 - 135,4)	136,6 (135,5–137,8)	132,7 (131,6–133,7)
	2020	129,9 (129,0–130,8)	131,9 (130,8–133,0)	127,9 (126,8–129,0)
Среднее значение диастолического давления - ДАД (мм рт.ст.), включая тех, кто в текущее время принимает антигипертензивное лечение	2016	84,9 (84,3 – 85,4)	85,8 (85,1 – 86,4)	84,1 (83,4 – 84,7)
	2020	82,2 (81,6–82,8)	83,2 (82,5–84,0)	81,2 (80,5–81,9)
Доля населения с повышенным АД (САД ≥ 140 и / или ДАД ≥ 90 мм рт.ст. или принимают антигипертензивное лечение)	2016	44,9% (42,8 – 47,0)	45,6% (42,7 – 48,6)	44,2% (41,9 – 46,5)
	2020	30,8% (28,2–33,4)	31,0% (27,9–34,2)	30,6% (27,6–33,6)
Доля населения с повышенным АД (САД ≥ 140 и / или ДАД ≥ 90 мм рт.ст. не принимающих антигипертензивное лечение)	2016	53,4% (50,7 – 56,2)	65,0% (61,3 – 68,7)	42,6% (39,1 – 46,1)
	2020	41,5% (37,8–45,3)	52,9% (48,5–57,3)	29,9% (25,2–36,6)

Также снизилась доля лиц с повышенным АД (САД ≥ 140 и / или ДАД ≥ 90 мм рт.ст.) или принимающих антигипертензивное лечение (с 44,9% в 2016 г. до 30,8% в 2020 г.), и доля лиц с повышенным АД (САД ≥ 140 и / или ДАД ≥ 90 мм рт.ст.), не принимающих антигипертензивное лечение (с 53,4% в 2016 г. до 41,5% в 2020 г.), как среди мужчин, так и среди женщин (табл.12).

Улучшение показателей, связанных с артериальным давлением, говорит об эффективности проведенных мероприятий по контролю артериального давления у населения Республики Беларусь.

Резюмируя сравнение по показателям АД, можно сказать следующее: за анализируемый период снизился средний уровень систолического артериального давления на 4,7 мм рт.ст., что, несомненно, является благоприятным прогностическим фактором снижения количества БСК в целом. Получена положительная динамика уменьшения лиц с повышенным артериальным давлением ($\geq 140/90$ мм рт.ст.) на 14,1 процентного пункта (с 44,9 до 30,8%) в сравнении с 2016 годом.

Биохимические показатели населения в 2020 г., напротив, имели тенденцию к ухудшению по отношению к значениям 2016 г. Среднее значение уровня глюкозы в крови натощак, включая тех, кто в текущее время принимает медикаменты от повышенного уровня глюкозы в крови (ммоль/л), возросло с 4,7 ммоль/л в 2016 г. до 5,2 ммоль/л в 2020 г. как у мужчин, так и у женщин (табл.13).

Таблица 13 – Сравнение результатов STEPS 2016 и 2020 по биохимическим показателям

Показатель	Год	Оба пола	Мужчины	Женщины
Среднее значение уровня глюкозы в крови натощак, включая тех, кто в текущее время принимает медикаменты от повышенного уровня глюкозы в крови (ммоль/л)	2016	4,7 ммоль/л [4,7 – 4,8]	4,7 ммоль/л [4,7 – 4,8]	4,8 ммоль/л [4,6 – 4,8]
	2020	5,2 ммоль/л [5,1–5,3]	5,2 ммоль/л [5,1–5,3]	5,2 ммоль/л [5,1–5,3]
Доля населения с нарушенной гликемией натощак, которая определяется следующим образом: плазма венозной крови $\geq 6,1$ ммоль/л (110 мг/дл) и $<7,0$ ммоль/л (126 мг/дл) (или цельная капиллярная кровь $\geq 5,6$ ммоль/л (100мг/дл) и $<6,1$ ммоль/л (110мг/дл))	2016	4,0% (3,0 – 5,0)	4,1% (3,0 – 5,2)	4,0% (2,8 – 5,2)
	2020	9,1% (7,7–10,5)	8,0% (6,5–9,6)	10,2% (8,4–11,9)
Доля населения с повышенным уровнем глюкозы в крови натощак, который определяется следующим образом: плазма венозной крови $\geq 7,0$ ммоль/л (126 мг/дл) (или цельная капиллярная кровь $\geq 6,1$ ммоль/л (110мг/дл)) или включая тех, кто в текущее время принимает медикаменты от повышенного уровня глюкозы в крови	2016	3,6% (2,9 – 4,3)	3,2% (2,3 – 4,1)	3,9% (2,9 – 5,0)
	2020	6,5% (5,4–7,6)	6,4% (4,9–7,8)	6,7% (5,5–7,9)
Среднее значение уровня общего холестерина в крови, включая тех, кто в текущее время принимает медикаменты от повышенного холестерина в крови (ммоль/л)	2016	4,7 ммоль/л [4,7 – 4,8]	4,6 ммоль/л [4,5 – 4,7]	4,9 ммоль/л [4,8 – 4,9]
	2020	5,0 ммоль/л [4,9–5,0]	4,9 ммоль/л [4,8–5,0]	5,0 ммоль/л [4,9–5,0]
Доля населения с повышенным уровнем общего холестерина ($\geq 5,0$ ммоль/л или тех, кто в текущее время принимает медикаменты от повышенного холестерина в крови)	2016	38,2% (36,1 – 40,4)	33,4% (30,6 – 36,2)	42,6% (40,0 – 45,2)
	2020	43,9% (40,8–47,0)	43,5% (39,4–47,7)	44,3% (41,0–47,6)

Более чем в 2 раза возросла доля лиц с нарушенной гликемией натощак (в плазме венозной крови $\geq 6,1$ ммоль/л и $<7,0$ ммоль/л или в цельной капиллярной крови $\geq 5,6$ ммоль/л и $<6,1$ ммоль/л) с 4,0% в 2016 г. до

9,1% в 2020 г. При этом рост распространенности нарушения гликемии натощак среди женщин был более существенным (с 4,0% в 2016 г. до 10,2% в 2020 г.), нежели у мужчин (с 4,1% в 2016 г. до 8,0% в 2020 г.).

Доля лиц с повышенным уровнем глюкозы в крови натощак (в цельной капиллярной крови $\geq 6,1$ ммоль/л или в плазме венозной крови $\geq 7,0$ ммоль/л) или тех, кто в текущее время принимает медикаменты от повышенного уровня глюкозы в крови, также существенно возросла с 3,6% в 2016 г. до 6,5% в 2020 г. Рост данного показателя среди мужчин (с 3,2% в 2016 г. до 6,4% в 2020 г.) и среди женщин (с 3,9% в 2016 г. до 6,7% в 2020 г.) был относительно пропорциональным (табл.13).

Помимо показателей гликемического обмена тенденция к росту наблюдалась также по показателям общего холестерина. Среднее значение уровня общего холестерина в крови, включая тех, кто в текущее время принимает медикаменты от повышенного холестерина в крови, возросло среди населения с 4,7 ммоль/л в 2016 г. до 5,0 ммоль/л в 2020 г. Рост среднего значения уровня общего холестерина в крови среди мужчин был более значительным (с 4,6 ммоль/л в 2016 г. до 4,9 ммоль/л в 2020 г.), нежели у женщин (с 4,9 ммоль/л в 2016 г. до 5,0 ммоль/л в 2020 г.). Данные значения коррелируют с ростом распространенности доли лиц с повышенным уровнем общего холестерина ($\geq 5,0$ ммоль/л) или тех, кто в текущее время принимает медикаменты от повышенного холестерина в крови, с 38,2% в 2016 г. до 43,9% в 2020 г. Согласно полученным данным, этот рост был обусловлен за счет лиц мужского пола (от 33,4% в 2016 г. до 43,5% в 2020 г.) и не имел статистически достоверной разницы у женщин (табл.13).

В целом обзор по объединенным факторам риска НИЗ говорит о снижении их распространенности среди населения Республики Беларусь в 2020 г. по отношению к результатам 2016 г. (табл.14).

Таблица 14 – Сравнение результатов STEPS 2016 и 2020 по объединенным факторам риска

Показатель	Год	Оба пола	Мужчины	Женщины
Доля населения с тремя и более факторами риска в возрасте от 18 до 69 лет (ежедневное табакокурение, потребление менее 5 порций овощей и/или фруктов в день, гиподинамия, избыточная масса тела, повышенное артериальное давление)	2016	40,5% (38,3 – 42,7)	47,9% (44,8 – 50,9)	33,7% (31,2 – 36,2)
	2020	33,0% (30,6–35,4)	39,3% (35,6–43,0)	26,4% (24,2–28,7)
Доля населения с отсутствием вышеуказанных факторов риска	2016	5,6% (4,6 – 6,6)	2,5% (1,6 – 3,4)	8,4% (6,7 – 10,2)
	2020	7,2% (5,8–8,6)	4,5% (2,9–6,2)	10,0% (8,0–12,0)
Доля населения с тремя и более обозначенными выше факторами риска в возрасте от 18 до 44 лет	2016	27,4% (24,9 – 29,8)	37,2% (33,4 – 41,0)	17,4% (14,7 – 20,0)
	2020	17,8% (15,2–20,4)	24,8% (20,4–29,1)	9,2% (7,1–11,3)
Доля населения с тремя и более обозначенными выше факторами риска в возрасте от 45 до 69 лет	2016	55,5% (52,8 – 58,2)	61,9% (58,3 – 65,5)	50,4% (47,1 – 53,7)
	2020	55,5% (52,6–58,4)	66,0% (62,3–69,7)	47,1% (43,3–50,9)

Так, в 2020 г. доля лиц с 3 и более факторами риска в возрасте от 18 до 69 лет (ежедневное табакокурение, потребление менее 5 стандартных порций овощей и/или фруктов в день, гиподинамия, избыточная масса тела, повышенное артериальное давление) уменьшилась до 33,0%,

которая в 2016 г. составляла 40,5%. Снижение доли лиц с тремя и более факторами риска в возрасте от 18 до 69 лет наблюдалось как среди мужчин (с 47,9% в 2016 г. до 39,3% в 2020 г.), так и среди женщин (с 33,7% в 2016 г. до 26,4% в 2020 г.). Динамика данного показателя у населения в возрасте от 18 до 44 лет имела аналогичную тенденцию снижения у обоих полов с 27,4% в 2016 г. до 17,8% в 2020 г. (с 37,2% до 24,8% среди мужчин и с 17,4% до 9,2% среди женщин). Однако, негативным явлением представляется некоторое увеличение доли мужчин в возрасте 45-69 лет, которые имеют 3 и более факторов риска, с 61,9% в 2016 г. до 66,0% в 2020 г.

Вместе с тем, установлен незначительный рост количества лиц с отсутствием вышеуказанных факторов риска с 5,6% в 2016 г. до 7,2% в 2020 г., основной вклад в динамику которого внесли мужчины (с 2,5% в 2016 г. до 4,5% в 2020 г.) (табл.14).

Несмотря на общие положительные тенденции динамики показателей по объединенным факторам риска, результаты оценки риска развития болезней системы кровообращения (БСК) у лиц в возрасте 40-69 лет говорят об увеличении доли лиц с 10-летним риском БСК $\geq 30\%$ или с наличием БСК как среди всего населения (с 13,3% в 2016 г. до 18,2% в 2020 г.), так и в разрезе половой принадлежности. Причем основной вклад в динамику показателя по результатам сравнительного анализа внесли женщины – от 11,6% в 2016 г. до 17,9% в 2020 г. (табл.15).

Таблица 15 – Сравнение результатов STEPS 2016 и 2020 по риску БСК

Показатель	Год	Оба пола	Мужчины	Женщины
Доля населения в возрасте 40-69 лет с 10-летним риском БСК $\geq 30\%$ или с наличием БСК*	2016	13,3% (11,4 – 15,5)	15,5% (12,6 – 18,4)	11,6% (9,5 – 13,9)
	2020	18,2% (16,2–20,3)	18,6% (15,6–21,6)	17,9% (15,3–20,6)

* 10-летний риск БСК $\geq 30\%$ определяется на основе возраста, пола, артериального давления, статуса курения (курят в текущее время или бросили курить менее чем за 1 год до проведения исследования), общего холестерина, и диабета (диагностированный ранее или значение уровня глюкозы в цельной капиллярной крови $\geq 6,1$ ммоль/л или в плазме венозной крови $\geq 7,0$ ммоль/л)

6. Заключение

Исследование STEPS 2020, как и первое STEPS 2016 в Республике Беларусь, предоставило всеобъемлющие, сопоставимые на международном и репрезентативные на национальном уровне данные о НИЗ и их факторах риска. В дополнение к основным модулям STEPS, которые были использованы в 2016 г., в программу STEPS 2020 были включены дополнительные модули по скринингу на рак молочной железы, «Доступ к медицинскому обслуживанию и личный опыт пациента», «Здоровье полости рта» и «Депрессивная симптоматика».

6.1 Основные результаты

Исследование выявило очень высокую распространенность НИЗ и их поведенческих и биологических факторов риска в Республике Беларусь.

Курит в настоящее время почти треть населения. Распространенность курения среди мужчин в три раза выше, чем среди женщин, и при его сокращении на 15% среди мужчин цель Глобальной системы мониторинга (для табака это сокращение на 30% к 2025 г.) кажется достижимой в случае активизации всех усилий. Обнадеживает тот факт, что распространенность курения табака несколько снизилась по сравнению с результатами STEPS 2016, и что люди начинают курить позже, тем самым снижая общее негативное воздействие на здоровье. С другой стороны, растущая распространенность потребления альтернативных систем доставки никотина вызывает озабоченность, поскольку все чаще используются новые продукты, такие как нагреваемые табачные изделия и электронные сигареты, особенно среди молодого населения.

Почти треть курильщиков пытались бросить курить в течение предыдущих 12 месяцев. Учитывая большое количество желающих бросить курить, необходимо больше внимания уделять мероприятиям в поддержку этих устремлений, а также профилактике начала потребления любых табачных изделий.

Почти каждый пятый некурящий подвергается воздействию табачного дыма дома или на работе, причем пассивных курильщиков среди мужчин больше, чем среди женщин. Дальнейшие усилия по снижению воздействия путем запрета курения на работе или в других общественных местах следует рассматривать как часть стратегии по созданию здоровой окружающей среды.

Употребление алкоголя распространено гораздо шире, чем употребление табака, при этом результаты исследования говорят о больших объемах потребления как зарегистрированного, так и незарегистрированного алкоголя, а также о вредных привычках употреблять алкоголь не только среди мужчин, но также и среди женщин. Несмотря на внедрение некоторых стратегий, высокая распространенность потребления алкоголя в настоящее время среди населения в целом, составляющая более 50%, и вредные формы употребления алкоголя, превышающие 30% среди мужчин, в сочетании с высокой и неизменной распространенностью за последние 5 лет, требуют активизации действий по снижению доступности алкоголя, включая налоговую и правовую политику.



26,7%

жителей в возрасте 18-69 лет употребляют в настоящее время табачные изделия

Нездоровое питание – также распространённое явление. Потребление фруктов и овощей в целом по стране низкое: почти 80% населения употребляет недостаточное количество – менее пяти порций фруктов и/или овощей в день. При этом, среднее количество порций фруктов, употребляемых за день, составило 1,5, а среднее количество порций овощей – 1,9. Хотя ещё следует определить, каковы причины низкого потребления фруктов и овощей, результаты свидетельствуют о необходимости усиления пропаганды среди населения в целях увеличения их потребления.

Доля тех, кто всегда или часто добавляет соль или солёный соус в пищу перед употреблением или досаливает в процессе еды, составила почти 23%, а доля тех, кто всегда или часто употребляет обработанные продукты с высоким содержанием соли составила более 44%. При этом, 68% населения полагают, что потребляют умеренное («правильное») количество пищевой соли и солёных соусов и только 14% считают, что потребляют много или слишком много соли. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости улучшения знаний и практики в отношении потребления соли. Те, кто потребляет больше, менее осведомлены и считают, что потребляют «правильные» количества. Такие мероприятия, как повышение осведомленности и просвещение населения, предупреждающая маркировка и снижение содержания соли в промышленно произведенных продуктах питания, являются одними из эффективных средств сокращения потребления соли.

В процессе STEPS-исследования выявлено, что около 4% населения употребляют сладкие безалкогольные напитки чаще одного раза в день. С другой стороны, почти треть населения заявила, что не употребляла сладкие напитки никогда.

Следует отметить, что уровень физической активности в Республике Беларусь достаточно высокий: менее 12% населения не выполнили рекомендацию ВОЗ по крайней мере 150 минут умеренной (или эквивалентной) физической активности в неделю.

В общей сложности от 30% до 53% населения в течение предыдущего года получали от врача или среднего медицинского работника рекомендации по различным аспектам здорового образа жизни (бросить курить, уменьшить потребление соли и др.).

Что касается мониторинга онкологических заболеваний, то более 80% женщин в возрасте 18-69 лет сообщили, что когда-либо проходили обследование, направленное на выявление рака шейки матки, и более 76% женщин когда-либо проходили тест на рак молочной железы.

В амбулаторно-поликлинической консультации за последние 12 месяцев (на момент проведения обследования) нуждалось более 66% населения, но почти 6% пропустили консультацию из-за необходимости её оплаты.

Потребность в лекарственных средствах за последние 12 месяцев была установлена у более чем 95% населения, но 8% не использовали выписанный врачом-специалистом рецепт или пропустили дозу лекарственного средства из-за его стоимости.

Большинство лиц (почти 62%) во время последнего визита обращались к врачу общей практики или участковому терапевту в государственном



23%

населения
досаливает
пищу



53%

населения имеет
избыточную массу
тела и ожирение

учреждении здравоохранения. Чуть более половины населения ожидали приёма у кабинета менее 15 минут; 36% ждали до получаса, 8% до часа, 3% до двух часов и полпроцента – более двух часов. Почти для четверти населения данное ожидание явилось проблемой.

В целом, качество приёма/консультации оценили на отлично 19% населения, очень хорошо – 27%, хорошо – 41%, удовлетворительно – 13%, а плохо – лишь 1%, то есть подавляющее большинство населения Республики Беларусь высоко оценивает качество первичной медицинской помощи (86% суммарно «отлично», «очень хорошо» и «хорошо»).

По самооценке здоровья полости рта 13% населения указали на плохое или очень плохое состояние своих зубов и 5% – дёсен. 34% населения посещали зубного врача в течение последних 12 месяцев (28% мужчин и 40% женщин).

7% населения пользуются съёмными зубными протезами (5% мужчин, 9% женщин). Подавляющее большинство населения (95%) чистит зубы каждый день. Среди тех, кто чистит свои зубы, 99% используют зубную щетку и зубную пасту, а 29% населения пользуется зубной нитью.

Что касается психического здоровья, то результаты исследования показали достаточно высокую распространенность депрессивных симптомов в течение последних 12 месяцев, которая отмечена у 12% населения (7% среди мужчин и 18% среди женщин).

Физические измерения населения Республики Беларусь показали, то средний ИМТ взрослого человека составил 26,2 кг/м². Средняя окружность талии – у женщин 84,7 см, у мужчин – 91,1 см. Также было выявлено, что суммарно 53% населения имеет избыточную массу тела (ИМТ $\geq$ 25 кг/м²) и ожирение (ИМТ $\geq$ 30 кг/м²), причем таких мужчин 56%, а женщин – 50%.

Собственно ожирение (ИМТ $\geq$ 30 кг/м²) имеет почти 19% населения. Распространенность ожирения выше среди женщин, проживающих в сельских населенных пунктах, чем в городских.

Почти треть населения имеет повышенное АД (САД $\geq$ 140 и/или ДАД $\geq$ 90 мм рт. ст.) или принимает антигипертензивные препараты. Доля населения с повышенным АД (САД $\geq$ 140 и/или ДАД $\geq$ 90 мм.рт.ст.), не получающего в настоящее время антигипертензивную лекарственную терапию, составила почти 42% (53% мужчин и 30% женщин, имея повышенное АД, не принимают соответствующие медикаменты). Данные результаты требуют поиска новых подходов для повышения приверженности к лечению пациентов с артериальной гипертензией, пересмотра стратегии и процессов диагностики, лечения и ведения пациентов с высоким уровнем АД.

Среднее значение уровня глюкозы в крови натощак, включая тех, кто в текущее время принимает медикаменты от повышенного уровня глюкозы в крови, составило 5,2 ммоль/л (одинаковое у мужчин и женщин).

Доля лиц с нарушенной гликемией натощак ($\geq$ 6,1 ммоль/л, но $<$ 7,0 ммоль/л) составила 9%.

Распространенность повышенного уровня глюкозы в плазме крови натощак ($\geq$ 7,0 ммоль/л), включая тех, кто в текущее время принимает медикаменты от повышенного уровня глюкозы в крови, составила 6,5%.

Установленное статистически достоверное превышение среднего значения уровня глюкозы в крови натощак у лиц, проживающих в сельской местности (5,5 ммоль/л), по сравнению с горожанами (5,1 ммоль/л) коррелирует с полученными данными по таким факторам риска, как избыточная масса

тела (среди горожан – 34%, среди сельчан – 37%); ожирение (18% и 24%, соответственно); среднее количество дней, когда употребляются фрукты, в типичную неделю (в качестве характеристики рациона питания) (городские – 4,9 дня, сельские – 4,6 дня); и не соответствие рекомендациям ВОЗ по уровню физической активности (лица, проживающие в городской местности – 11%, в сельской местности – 14%). Данная закономерность говорит о повышенном риске развития нарушения толерантности к глюкозе и сахарного диабета 2 типа у населения, проживающего в сельской местности. С учетом того, что все приведенные факторы риска являются управляемыми, их можно определить в качестве отправных точек для разработки мероприятий по выявлению и снижению бремени сахарного диабета в Республике Беларусь.

Таким образом, мероприятия по выявлению и снижению бремени нарушения толерантности к глюкозе и сахарного диабета в Республике Беларусь наиболее целесообразно сфокусировать на населении, проживающем в сельской местности.

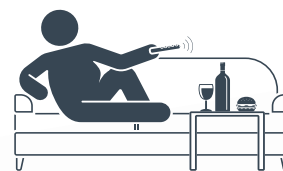
Установлено, что почти 44% населения имеют повышенный уровень общего холестерина в крови (≥ 5 ммоль/л), включая принимающих лекарственные средства от гиперхолестеринемии. Повышенный уровень холестерина, как один из факторов риска развития БСК и их осложнений, также, как и потребление соли, в значительной степени зависят от традиционного рациона питания населения. Рекомендации и работа по повышению осведомленности и просвещению населения по вопросам модификации рациона питания могут быть отправной точкой для разработки мероприятий по борьбе с факторами риска БСК. Вместе с тем, усилия могут быть сконцентрированы на изменении подходов к промышленному производству продуктов питания в рамках программ межведомственного взаимодействия органов государственного управления по снижению содержания соли и насыщенных жирных кислот в готовых пищевых продуктах.

Собранная в процессе STEPS-исследования информация позволила выявить лиц, имеющих три или более факторов риска НИЗ (ежедневное табакокурение, потребление менее 5 порций овощей и/или фруктов в день, гиподинамия, избыточная масса тела, повышенное АД). Таковых оказалось 33% в возрасте 18-69 лет (39% мужчин и 26% женщин).

Доля населения с тремя или более факторами риска НИЗ пропорционально увеличивается с возрастом: в возрастной группе 18-44 года – 18% (25% мужчин и 9% женщин), а в возрастной группе 45-69 лет – 56% (66% мужчин и 47% женщин). При этом, как в популяции в целом, так и в каждой возрастной группе, доля женщин с тремя и более факторами риска существенно ниже доли мужчин.

И только у 7% населения не выявлено ни одного фактора риска НИЗ (4,5% мужчин и 10% женщин).

В Республике Беларусь доля населения в возрасте 40-69 лет с 10-летним риском развития БСК $\geq 30\%$ или с уже имеющимся заболеванием системы кровообращения составила 18%. Обращает на себя внимание, что при анализе отдельных возрастных групп рост показателя нуждающихся и получающих лекарственную терапию и консультирование для предотвращения сердечных приступов и инсультов в возрасте 40-54 года и 55-69 лет происходит с меньшим коэффициентом роста ($64,0/46,6=1,4$) нежели у показателя распространенности 10-летнего риска развития БСК $\geq 30\%$ или наличия БСК ($28,0/9,4=3,0$). Данный непропорциональный рост указанных показателей говорит о необходимости улучшения мероприятий по своевременному выявлению и приемственности в ведении пациентов с 10-летним риском развития БСК $\geq 30\%$ или наличием БСК.



56%

населения в возрасте 45-69 лет имеет три и больше фактора риска НИЗ

6.2 Сильные и слабые стороны исследования

Преимущества.

Настоящее исследование имеет несколько сильных сторон.

1. В процессе STEPS-исследования используются стандартные методы, одобренные ВОЗ, что позволяет, насколько это практически возможно, собирать надежные и сопоставимые на международном уровне данные.
2. Все процедуры обучения интервьюеров и сбора данных с использованием планшетов и загрузки на интернет-платформу в режиме реального времени являются высоко стандартизированными и гарантированными по качеству, что сводит к минимуму различия как внутри страны, так и между странами. Кроме того, учебный процесс также укрепляет национальный потенциал в области эпидемиологического надзора.
3. STEPS-исследование – это изучение состояния здоровья с применением объективных измерений, поэтому оно позволяет выявить лиц и группы населения, на которые негативно влияют определенные факторы риска, но они не осознают их наличие и эффективность лечения. А это крайне необходимо для мониторинга всеобщего охвата услугами здравоохранения.
4. Различные факторы риска рассматриваются одновременно с мероприятиями в области здравоохранения, что позволяет рассчитать общий риск и динамику, оценить взаимосвязи и сочетание различных НИЗ и их факторов риска (например: высокий показатель потребления алкоголя может рассматриваться одновременно с депрессией и табакокурением; ожирение – одновременно с диабетом и артериальной гипертензией или ишемической болезнью сердца), таким образом, позволяя определить комплексные меры и интегрированные стратегии по защите здоровья населения от НИЗ.
5. Для того, чтобы результаты исследования можно было распространить с определенной точностью на всё взрослое население страны, была создана национальная репрезентативная выборка лиц в возрасте 18-69 лет и использована соответствующая статистическая процедура взвешивания.
6. Включение дополнительных модулей по депрессии, здоровью полости рта и оценке качества медицинского обслуживания на основе личного опыта пациента позволяет получить дополнительные данные о важных сферах работы системы здравоохранения Республики Беларусь.



Получены репрезентативные данные о распространенности факторов риска НИЗ

Недостатки.

Исследование также имеет несколько ограничений.

1. Анкетный опрос (Шаг 1) предполагает получение информации непосредственно от респондента, который может быть подвержен влиянию предвзятого отношения, стеснительности, забывчивости или намеренного искажения озвучиваемых данных. Несмотря на применение множества мер предосторожности, субъективный фактор, всегда присутствующий при подобных исследованиях, не стоит отвергать.
2. Длительность полевых работ – с марта по ноябрь – определила их проведение в разных погодных условиях, что могло повлиять на работоспособность оборудования и на результаты физических измерений (Шаг 2) и биохимических анализов (Шаг 3).

3. Проведение исследования STEPS 2020 в Республике Беларусь в условиях развивающейся эпидемии коронавирусной инфекции (COVID-19) также могло каким-то образом повлиять на полученные результаты.

6.3 Рекомендации по использованию данных и перспективы работы

Хотя в ходе обследования STEPS было собрано множество данных о НИЗ и их факторах риска, только отдельные результаты могут быть обобщены и представлены в основном тексте настоящего отчета. Полный Сборник Данных содержит огромное количество дополнительной информации, обработанной стандартизированным и сопоставимым способом.

В настоящее время эти данные доступны для оценки прогресса, определения приоритетов и планирования необходимой политики, мероприятий и действий по защите здоровья людей и формированию здорового образа жизни в ближайшие годы.

Результаты STEPS-исследования могут и должны получить широкое распространение среди всех партнеров и заинтересованных организаций и ведомств с целью развития конструктивного диалога для создания и поддержания здоровьесберегающей среды. При обсуждении вариантов политики в области профилактики НИЗ и борьбы с ними можно было бы рассмотреть лучшие предложения ВОЗ и другие рекомендуемые мероприятия [19]. Имеется большое количество технических пакетов для профилактики НИЗ и других заболеваний и борьбы с ними, которые могут быть рассмотрены для внедрения в Республике Беларусь [20-24].

Учитывая широту и глубину имеющихся для анализа данных, представляется целесообразным проведение более углубленных оценок и анализ результатов по конкретным разделам или отдельным показателям (например, по диабету или повышенному давлению, потреблению табака и алкоголя и др.), а также по комплексам показателей на межсекторальных уровнях (например, по гендерным вопросам, различиям на субрегиональном уровне или по социальному статусу).

Таким образом, повторные и регулярные STEPS-исследования заложили основу для разработки национальной всеобъемлющей и гибкой системы мониторинга НИЗ и их факторов риска, а также предоставили уникальную возможность использования собранных данных для усиления потенциала научного анализа и эпидемиологического надзора за неинфекционными заболеваниями в Республике Беларусь.

Первоочередными задачами по развитию отрасли здравоохранения в Республике Беларусь являются меры, направленные на увеличение продолжительности жизни, снижение заболеваемости и смертности от социально значимых заболеваний. Данные задачи и комплекс мероприятий по их выполнению заложены в основу Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021 – 2025 гг., целью которой и является создание условий для улучшения здоровья населения с охватом всех этапов жизни, повышения качества и доступности услуг системы здравоохранения. Государственная программа включает несколько подпрограмм, центральное место среди которых занимают «Профилактика и контроль неинфекционных заболеваний» и «Предупреждение и преодоление пьянства и алкоголизма, охрана психического здоровья».

Следующий раунд исследования STEPS должен быть проведен в 2025-2026 гг., что позволит оценить эффективность выполнения программных мероприятий и отследить тенденции и прогресс в области профилактики НИЗ и борьбе с их факторами риска в Республике Беларусь.



Следующий раунд исследования STEPS в Республике Беларусь будет проведен в 2025-2026 гг.

Список ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Noncommunicable diseases [online fact sheet]. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>).
2. Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними в Беларуси: Аргументы в пользу инвестирования. Всемирная организация здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/343255>).
3. Национальный статистический комитет Республики Беларусь https://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/solialnaya-sfera/zdravooohranenie_2/
4. Здравоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2019 г. — Минск: ГУ РНПЦ МТ, 2019. — 257 с. http://rnpmt.belcmt.by/files/Stat/Healthcare_in_RB_2019.pdf.
5. Доклад о человеческом развитии 2011. Устойчивое развитие и равенство возможностей: лучшее будущее для всех. / Пер. с англ.; ПРООН. — М., Издательство «Весь Мир», 2011. — 188 с.
6. Линденбратен, А.Л. Возвращаясь к банальным истинам. О профилактике с экономическим лицом. // Медицинский вестник. 20.01.2007 г. — № 2. — с. 387.
7. Prevalence of noncommunicable disease risk factors in Belarus. STEPS 2016. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (<http://www.euro.who.int/ru/countries/belarus/publications/prevalence-of-noncommunicable-disease-risk-factors-in-republic-of-belarus.-steps-2016-2017>).
8. Ашхабадская декларация по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в контексте положений политики Здоровье-2020 [Электронный ресурс]: материалы Европейской министерской конференции ВОЗ по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в контексте положений политики Здоровье-2020. — Ашхабад, Туркменистан, 3-4 декабря 2013 г. — Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/publications/policy-documents/ashgabat-declaration-on-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-in-the-context-of-health-2020>. — Дата доступа: 14.12.2016.
9. Стародубов, В.И. Сохранение здоровья работающего населения — одна из важнейших задач здравоохранения. // Медицина труда и промышленная экология. 2005. № 1. — с. 1-8.
10. Козлов, И.Д., Гракович А.А., Щербина О.Ф. Взаимосвязь статистических показателей здоровья населения и организации медицинской помощи со смертностью от ишемической болезни сердца / И.Д. Козлов, А.А. Гракович, О.Ф. Щербина // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2013. — №3. — с.59-65.
11. Тяжлов, Н. А. Медико-социальные аспекты смертности населения трудоспособного возраста: автореферат канд. дисс.: 14.00.33 / Тяжлов, Николай Андреевич. — Рязань, 2005. — 52 с.
12. WHO STEPS surveillance manual: the WHO STEPwise approach to chronic disease risk factor surveillance. Geneva: World Health Organization; 2005 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593830_eng.pdf, accessed 24 May 2021).
13. Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ). Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/GPAQ/en>).

14. Arokiasamy P, Uttamacharya, Kowal P, Capistrant BD, Gildner TE, Thiele E et al. Chronic noncommunicable diseases in 6 low- and middle-income countries: findings from Wave 1 of the World Health Organization's Study on Global Ageing and Adult Health (SAGE). *Am J Epidemiol*. 2017;185(6):414–28. doi:10.1093/aje/kww125.
15. WHO STEPS surveillance manual. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/manual/en>).
16. eSTEPS user manual. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/eSTEPS_User_Manual.pdf).
17. Standards and operational guidance for ethics review of health-related research with human participants. Geneva: World Health Organization; 2011 (<https://www.who.int/ethics/research/en>).
18. Cervical Cancer Elimination Initiative: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/initiatives/cervical-cancer-elimination-initiative>).
19. Tackling NCDs: “Best buys” and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable disease. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259232/1/WHO-NMH-NVI-17.9-eng.pdf>).
20. SHAKE the salt habit: the SHAKE technical package for salt reduction. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/shakesalt-habit/en>).
21. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in nonspecialized health settings. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/mhgap-intervention-guide---version-2.0>).
22. WHO Package of Essential NCD Interventions (PEN): training manual. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/ncds/management/PEN-training-manual.pdf?ua=1>).
23. Save lives: a road safety technical package. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/save-lives-a-road-safety-technical-package>).
24. SAFER: preventing and reducing alcohol-related harms. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://www.who.int/substance_abuse/safer/msb_safer_framework.pdf).

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 Ø, 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:2022-4674-44437-62813