



STEPS

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ
ФАКТОРОВ РИСКА
НЕИНФЕКЦИОННЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ
ТАДЖИКИСТАН 2017



Всемирная организация
здравоохранения
Европейское региональное бюро



ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТӢ
ВА ҲИФИ ИҶТИМОИ АҶОЛИ
ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

STEPS

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ
ФАКТОРОВ РИСКА
НЕИНФЕКЦИОННЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ
ТАДЖИКИСТАН 2017



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро



ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТӢ
ВА ҲИФЗИ ИҶТИМОИ АҶОЛИИ
ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Резюме

В Республике Таджикистан, как и в других странах, неинфекционные заболевания (НИЗ) остаются основной причиной заболеваемости, инвалидности и преждевременной смертности. Самым эффективным способом снижения бремени НИЗ является предупреждение их развития путем устранения поведенческих факторов риска, лежащих в основе НИЗ на популяционном и индивидуальном уровне, таких как курение, употребление алкоголя, чрезмерное потребление соли, низкая физическая активность, избыточный вес, ожирение и нездоровое питание, а также биологических факторов риска: повышенное артериальное давление, повышенный уровень глюкозы в крови и холестерина низкой плотности.

В Республике Таджикистан в 2017 г. впервые было проведено национальное обследование распространенности основных факторов риска НИЗ, согласованное с одобренной ВОЗ методологией ПОЭТАПНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ (STEPS). Результаты опроса позволяют составить объективную картину текущей ситуации с распространенностью факторов риска НИЗ среди взрослого населения страны, которая будет сформирована и определит подходы к профилактике и контролю НИЗ в Таджикистане на ближайшие годы.

Ключевые слова

Noncommunicable diseases

Risk factors

Tajikistan

Tobacco

Alcohol drinking

Diet

Physical activity

Obesity

Blood pressure

Cholesterol

Cardiovascular disease

WHO/EURO:2021-1777-41528-56657

© **Всемирная организация здравоохранения 2021**

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: распространённость факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Таджикистан, 2017 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2021».

Урегулирование споров, связанных с условиями лицензии, производится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности.

Образец библиографической ссылки: STEPS: распространённость факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Таджикистан, 2017 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2021. 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

Глоссарий	vii
Вступительное слово	viii
Благодарности	x
Список участников	xi
Исполнительное резюме	xiv
Информационный лист фактических данных	xix
1. Введение	1
2. Цель и задачи исследования	5
3. Методология исследования	7
4. Результаты исследования	22
4.1 Объем выборки и уровень отклика	22
4.2 Социально-демографическая характеристика обследованных	22
4.3 Употребление табака	26
4.4 Употребление алкоголя	33
4.5 Оценка питания	40
4.6 Физическая активность	45
4.7 Повышенное артериальное давление	49
4.8 Повышенный уровень глюкозы крови	51
4.9 Повышенный уровень общего холестерина крови	53
4.10 Болезни системы кровообращения	54
4.11 Рекомендации по здоровому образу жизни	56
4.12 Скрининг на рак шейки матки	57
4.13 Данные физического осмотра	58
4.14 Антропометрические измерения: рост, масса тела, окружность талии	61
4.15 Показатели биохимического анализа крови	63
4.16 Оценка риска развития болезней системы кровообращения (БСК)	66
4.17 Политика по контролю потребления табака	68
5. Выводы и рекомендации	70
Список использованных источников	73
Приложение А	74

Глоссарий

АГ	артериальная гипертензия
АД	артериальное давление
БСК	болезни системы кровообращения
ВЕВ	вторичная единица выборки
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГОУ ИПОСЗРТ	Государственное образовательное учреждение «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»
ДХ	домашнее хозяйство
ЛПВП	липопротеины высокой плотности
МЗСЗН РТ	Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
НИЗ	неинфекционные заболевания
НП	населённый пункт
ПЕВ	первичная единица выборки
ПМСП	первичная медико-социальная помощь
ОБ	окружность бедер
ОТ	окружность талии
РТ	Республика Таджикистан
РЦМСИ	Республиканский центр статистики и медицинской информации
STEPS	STEPwise approach to Surveillance (Позапный подход к эпидемиологическому надзору за НИЗ и их факторами риска)

Вступительное слово

На основе текущих исследований предполагается, что к 2030 г. 69% всех смертей в мире будут связаны с неинфекционными заболеваниями (НИЗ), причем 80% этих смертей будут происходить в странах с низким и средним уровнем доходов. Для решения проблемы растущего бремени НИЗ в 2012 г. Всемирная ассамблея здравоохранения в рамках резолюции WHA 65.8 утвердила важную глобальную цель – сократить к 2025 г. преждевременную смертность от неинфекционных заболеваний на 25%. К ведущим НИЗ относятся сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), сахарный диабет, рак и респираторные заболевания. Борьба с НИЗ требует сочетания вмешательств со стороны систем здравоохранения, включая долгосрочную и межведомственную координацию на протяжении всего периода оказания помощи.

В Республике Таджикистан принята политика ВОЗ Здоровье-2020, Национальная стратегия здравоохранения Республики Таджикистан на период 2010-2020 гг., а также ряд национальных законов, программ, указов и распоряжений в качестве политической и концептуальной основы для развития собственной Национальной стратегии под названием «Перспективы профилактики и контроля НИЗ и травматизма, на 2013-2023 гг.». В то же время Глобальный план действий ВОЗ по профилактике НИЗ и борьбе с ними на 2013-2020 гг. и План действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними в Европейском регионе ВОЗ на 2016–2025 гг. были взяты за основу для практической реализации и методологической поддержки Стратегии здравоохранения Таджикистана.

Этот отчет является результатом проведенного эпидемиологического надзора за распространенностью факторов риска НИЗ на основе разработанной ВОЗ методологии STEPS, одной из целей которого было предоставление информации для реализации комплексных мер по профилактике и борьбе с НИЗ в Республике Таджикистан. Это исследование было запланировано и проведено в 2017 г. после принятия соответствующего решения Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан с участием ключевых заинтересованных сторон (лиц, вырабатывающих политику здравоохранения, рабочей группы по профилактике НИЗ и борьбе с ними, медицинского сообщества) о необходимости создания системы устойчивого эпиднадзора за НИЗ. Надзор за факторами риска НИЗ на национальном уровне имеет большое значение для долгосрочного мониторинга рисков, связанных с развитием НИЗ, что поможет реализовать соответствующие меры по профилактике и контролю НИЗ в Республике Таджикистан.

Пошаговый подход ВОЗ (STEPS) к эпиднадзору за факторами риска хронических неинфекционных заболеваний призван помочь в создании и укреплении потенциала эпиднадзора и обеспечивает отправную точку для разработки национальной системы эпиднадзора за хроническими неинфекционными заболеваниями и их факторами риска. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан обратилось к ВОЗ с просьбой оказать техническую поддержку в проведении исследования STEPS в рамках реализации мер, направленных на достижение цели ВОЗ – добиться сокращения случаев преждевременной смерти от НИЗ на 25% к 2025 г. Данные, полученные в ходе исследования, формируют основу для разработки Национальной стратегии по профилактике неинфекционных заболеваний Республики Таджикистан и плана ее реализации.

Выражаем благодарность нашим партнерам – Минздраву и Правительству Российской Федерации за финансовую поддержку проведения исследования STEPS; Европейское региональное бюро ВОЗ и Европейский офис ВОЗ по профилактике НИЗ и борьбе с ними – за консультации и техническую помощь в подготовке и проведении исследования, а также специалистам Института гастроэнтерологии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан – за лидерство в практической организации и проведении исследования на национальном уровне.

Благодарности

Эта работа стала возможной благодаря усилиям и приверженности Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, а также организационной и финансовой поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации. Авторы выражают искреннюю благодарность медикам, а также жителям страны, принявшим участие в исследовании. Мы также выражаем благодарность нашим коллегам и экспертам, рецензировавшим этот документ. В частности, мы благодарим за помощь: д-ра Насима Олимзоду (министр здравоохранения и социальной защиты населения, Душанбе, Таджикистан), д-ра Дилором Садыкову (советник министра здравоохранения и социальной защиты населения, Душанбе, Таджикистан), д-ра Саодата Азимзоду (директор Института гастроэнтерологии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения, Душанбе, Таджикистан), д-ра Сафара Сайфуддинова (старший специалист по статистике и эпидемиологии Департамента здравоохранения Душанбе, Таджикистан), д-ра Адолата Нарзуллаева (ассистент отделения кардиологии Таджикского института усовершенствования врачей, Душанбе, Таджикистан) и Фармона Хакимова (медицинский статистик и IT-специалист, Душанбе, Таджикистан).

Авторы отчета выражают благодарность сотрудникам штаб-квартиры ВОЗ: Stefan Savin и Lubna Bhatti, коллегам из Европейского офиса ВОЗ по профилактике и борьбе с НИЗ: Ivo Rakovac, Enrique Loyola, Артёму Гилю, Анне Чатурведи, Наталье Коноваловой и сотрудникам странового офиса ВОЗ в Таджикистане: Игорю Поканевичу, Мехри Шоисматуловой, Хадиче Бойматовой, Далафруз Турсуновой, Ниссо Мирсалимовой за их помощь в обучении специалистов, техническую поддержку, лидерство и активное участие на протяжении всего периода проведения исследования STEPS в Республике Таджикистан. Общую поддержку и руководство осуществляли João Breda, руководитель Европейского офиса ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, и Nino Berdzuli, директор Отдела страновых программ здравоохранения Европейского регионального бюро ВОЗ. Также, в отчете были учтены замечания и рекомендации заместителя директора по научной и аналитической работе ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России Анны Концевой.

При написании данного отчета были учтены замечания и рекомендации специалистов Европейского офиса ВОЗ по профилактике и борьбе с НИЗ: Kristina Mauer-Stender, Натальи Федькиной, Angela Ciobanu, Romeu Mendes, Сергея Бычкова, Stephen Whiting, Julianne Williams, Holly Rippin, Марии Нойфилд, Marylis Corbex и Maria Losada. Отдельная благодарность выражается Наталье Федькиной и Сергею Бычкову за техническую помощь в представлении результатов исследования в графическом виде.

> Список участников

Организации-участники

Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)

Республиканский центр медицинской статистики и информации Министерства здравоохранения и социальной защиты

Государственное учреждение «Институт гастроэнтерологии»

Государственное учреждение «Институт питания»

Государственное учреждение «Институт профилактической медицины Таджикистана»

Сотрудники и консультанты ВОЗ

Enrique Loyola, координатор, EC/DNP НИЗ и укрепление здоровья на протяжении всей жизни, Москва

Stefan Savin, штаб-квартира ВОЗ/SPP - Эпиднадзор и профилактика на популяционном уровне, Женева

Lubna Bhatti, штаб-квартира ВОЗ/SPP - Эпиднадзор и профилактика на популяционном уровне, Женева

Ivo Rakovac, руководитель программы, Эпидемиологический надзор за НИЗ, Европейский офис ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними

Игорь Поканевич, представитель странового офиса ВОЗ, Душанбе

Мехри Шойсматуллоева, сотрудник национальной программы по НИЗ, страновой офис ВОЗ, Душанбе

Хадича Бойматова, сотрудник национальной программы по питанию и безопасности пищевых продуктов, страновой офис ВОЗ, Душанбе

Артём Гиль, консультант, Европейский офис ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, Отдел страновой программы здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ, Москва

Координатор исследования

Олимзода Н.Х., министр здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, д.м.н.

Советник по политике

Содикова Д.Н., советник министра здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, д.м.н.

Руководитель группы консультантов

Шарипов Ш.З., начальник Управления организации медицинских услуг и высоких технологий Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (МЗСЗН РТ)

Группа консультантов

Махмудзода И.С., начальник Управления реформ, первичной медико-санитарной помощи и международных отношений министра здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Азимова С.М., директор Государственного учреждения «Институт гастроэнтерологии», д.м.н.

Рахимов З.Я., главный кардиолог Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, профессор, к.м.н.

Хайров Х.С., директор Государственного учреждения «Институт питания»

Миралиев С.Р., начальник Отдела политики здравоохранения Государственного учреждения «Институт профилактической медицины Таджикистана», д.м.н.

Технический директор

Сайфуддинов С.Р., главный специалист в области информации управления здравоохранения министра здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, к.м.н.

Редактор и составитель

Нарзуллаева А.Р., заведующая кафедрой кардиологии с курсом клинической фармакологии Государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Супервайзеры

Курбонов Б., врач-гастроэнтеролог Государственного учреждения «Институт гастроэнтерологии»

Абдурахмонова З., сотрудник Государственного учреждения «Республиканский центр формирования здорового образа жизни»

Ганиев Б., заместитель директора Государственного учреждения «Институт гастроэнтерологии»

Ниёзбадалов М., младший научный сотрудник Государственного учреждения «Институт гастроэнтерологии»

Джонова Б.Ю., начальник отдела Государственного учреждения «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины»

Элтаназаров М.Д., главный кардиолог Управления здравоохранения г. Душанбе

Худойдодова Ф.А., заместитель директора Государственного учреждения «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины»

Назаров А., врач-гастроэнтеролог Государственного учреждения «Институт гастроэнтерологии»

Сафарова Г.С., директор Городского центра статистики и медицинской информации Управления здравоохранения г. Душанбе

Файзуллоева О., сотрудник Государственного учреждения «Институт гастроэнтерологии»

Программист

Хакимов Ф.Р., сотрудник Республиканского центра медицинской статистики и информации Министерства здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан.

> Исполнительное резюме

Введение

Более 80% смертей в результате болезней системы кровообращения (БСК) и диабета, почти 90% смертей от хронической обструктивной болезни легких и более чем две трети смертей от рака зарегистрированы в странах с низким и средним уровнем дохода [1-3]. Если не предпринимать мер по контролю факторов риска неинфекционных заболеваний (НИЗ), то совокупные расходы систем здравоохранения на устранение последствий НИЗ составят триллионы долларов.

Эпидемиологический надзор за факторами риска неинфекционных заболеваний (НИЗ) является одним из основных компонентов разработки и внедрения национальной межсекторальной политики и планов в отношении НИЗ, и проводится в соответствии с Глобальным планом действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (2013 – 2020 гг.) [4], Планом действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями (2012–2016 гг.) [5], и Ашхабадской декларацией по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в контексте положений политики Здоровье-2020 [6]. Качественный эпидемиологический надзор за факторами риска НИЗ является ключевым компонентом достижения любого запланированного успеха при реализации задач Плана действий по профилактике и борьбе с НИЗ.

В 2017 г. в Республике Таджикистан было проведено популяционное выборочное обследование по надзору за основными факторами риска развития неинфекционных заболеваний, направленное на оценку распространенности этих факторов риска среди взрослого населения в возрасте 18–69 лет для информирования национальной политики по профилактике НИЗ и проведения межстрановых сравнений по оценке достигнутого прогресса в профилактике НИЗ.

Задачи исследования:

- Определить распространенность поведенческих факторов риска НИЗ (потребление табака и алкоголя, недостаточная физическая активность, нездоровый рацион питания) среди взрослого населения (18–69 лет) в Республике Таджикистан;
- Оценить распространенность биологических факторов риска НИЗ (повышенное артериальное давление, повышенный уровень холестерина, повышенный уровень глюкозы крови, избыточная масса тела) среди взрослого населения (18–69 лет) Республики Таджикистан;
- Проанализировать различия в распространенности факторов риска с учетом пола и возраста.



2/3

Свыше
смертей от неинфекционных
заболеваний регистрируются
в странах с низким и
средним уровнем доходов

Методы

Национальное STEPS-исследование факторов риска НИЗ в Республике Таджикистан проходило в два этапа. Первый подготовительный этап состоял из следующих мероприятий:

- Создание Координационного совета для подготовки STEPS-исследования и контроля за его проведением;
- Редактирование и адаптация к национальным условиям инструмента STEPS ВОЗ;
- Разработка плана реализации STEPS-исследования и составление предварительного бюджета;
- Формирование репрезентативной выборки;
- Закупка расходных материалов для проведения полевых работ;
- Тренинг для координаторов региональных рабочих групп и интервьюеров с целью обучения методологии STEPS.

Основной этап исследования – интервьюирование респондентов, антропометрические измерения и забор биологического материала для лабораторных исследований – выполнялся с ноября 2016 г. по февраль 2017 г. Обработка и анализ данных, подготовка финального отчета осуществлялись в период до января 2018 г.

Распространенность основных факторов риска НИЗ была оценена на репрезентативной выборке (многоступенчатая кластерная случайная выборка) взрослого населения в возрасте 18-69 лет. STEPS – это последовательно проводимое в домохозяйствах обследование, состоящее из трех этапов. Этап 1 включает оценку уровня распространенности поведенческих факторов риска (курение, употребление алкоголя, физическая активность, потребление фруктов и овощей) с использованием стандартного структурированного вопросника. Этап 2 включает физические измерения: вес, рост, окружность талии и бедер, измерения артериального давления и частоты сердечных сокращений. Этап 3 предусматривает проведение анализа крови на глюкозу и липиды.

Подход к сбору данных в рамках обследования STEPS заключается в том, что небольшой объем качественно собранных данных считается более ценным, чем большое количество плохо собранных данных. Это достигается путем сбора стандартизированных данных в различных ситуациях и условиях, типичных для страны, с использованием новых подходов к эпиднадзору, таких как электронный сбор данных с применением планшетов, быстрый анализ крови на месте и немедленная передача данных в центральную базу данных через мобильный Интернет для обеспечения мониторинга и контроля качества собираемых данных в режиме реального времени.



Репрезентативная
выборка взрослого
населения в возрасте

18-69 лет



13,5%

населения употребляют
табак в любой форме

Результаты

Из 2881 первоначально отобранного респондента приняли участие в исследовании 2718 человек. Отклик на исследование составил 94,3%.

13,5% взрослого населения сообщили, что в настоящее время потребляют табак в любой форме (курительный и бездымный табак). В целом 4,8% в настоящее время курят табак и 10,3% населения употребляют бездымный табак.

Свыше 60% населения потребляют меньше пяти порций фруктов и/или овощей в день. 31% жителей республики всегда или часто досаливают пищу или добавляют к ней соленый соус.

У 28,3% населения физическая активность находится на низком уровне, не соответствующем рекомендациям ВОЗ (менее 150 минут физической активности умеренной интенсивности в неделю или эквивалентный этому уровень физической активности), 76,2% населения проводят досуг пассивно (без физической активности).

Каждому третьему (34,9%) жителю никогда не измеряли артериальное давление. У каждого третьего человека (32,2%) выявлено повышенное артериальное давление. Лишь 4,0% населения с артериальной гипертензией удается медикаментозно контролировать повышенное артериальное давление.

Почти половина взрослого населения Республики Таджикистан (46,7%) имеет избыточную массу тела или ожирение; 13,5% живут с ожирением.

подавляющему большинству населения (96,9%) никогда не проводили измерение уровня общего холестерина крови. 64,2% женщин и 60,9% мужчин имеют сниженный уровень ЛПВП в крови.

Каждый десятый человек (9,5%) в возрасте 40–69 лет имеет 10-летний риск развития БСК выше 30% или уже имеет БСК.

Большинство женщин (87,8%) в возрасте 30–49 лет не были хотя бы раз в жизни обследованы на предмет наличия признаков рака шейки матки.

Ряд основных факторов риска НИЗ имеют значительно более высокую распространенность среди определенных половозрастных групп населения, способствуя более высокому риску заболеваемости ХНИЗ в этих группах населения.

19,7% мужчин употребляют бездымный табак. Больше всего мужчин, употребляющих бездымный табак, находится в возрастной группе 35–69 лет (33,2%). 30,0% мужчин в возрасте 35–69 лет употребляют табачные изделия ежедневно.

Каждый десятый (9,3%) мужчина в возрасте 35-69 лет в настоящее время (в течение предыдущих 30 дней) употребляет алкоголь. Максимальное число стандартных порций алкоголя, принятых за один раз в течение предыдущих 30 дней среди употребляющих алкоголь мужчин в возрасте 35-69 лет составляет 8,8 порций.

Более трети женщин (39,9%) имеют низкий уровень физической активности (менее 150 минут физической активности умеренной интенсивности в неделю или эквивалентный этому уровень физической активности). Подавляющее большинство женщин проводят досуг пассивно (85,5%).

68,4% населения в возрасте 35-69 лет имеют избыточный вес или ожирение, каждая третья женщина в этой возрастной группе живет с ожирением (37,7%).

60% мужчин и женщин в возрасте 35-69 лет имеют повышенное артериальное давление. 44,3% мужчин никогда не измеряли артериальное давление. Доля мужчин с контролируемой артериальной гипертензией среди всех мужчин с повышенным артериальным давлением составляет 2,1%. 91,6% мужчин и 81,1% женщин с артериальной гипертензией не принимают антигипертензивные препараты.

В старшей возрастной группе 35-69 лет 74,2% мужчин и 69,8% женщин никогда не измеряли уровень глюкозы крови. Каждый десятый житель (10,8%) в возрасте 35-69 лет имеет повышенный уровень глюкозы крови или в настоящее время принимает препараты для лечения сахарного диабета.

У четверти населения (22,7%) в возрасте 35-69 лет регистрируется повышенный уровень холестерина. Лишь 14,6% мужчин с повышенным уровнем холестерина крови принимают лекарственные препараты для его снижения.

Каждый седьмой мужчина (14,6%) и каждая восьмая женщина (12,4%) в возрасте 55-69 лет имеют 10-летний риск развития БСК больше 30% или уже живут с БСК.

Только половина населения в возрасте 40-69 лет с 10-летним риском развития БСК больше 30% или с наличием БСК получают лекарственную терапию и консультирование для предотвращения сердечных приступов и инсультов. Лишь 29,9% мужчин в возрасте 40-54 лет с 10-летним риском развития БСК свыше 30% или с наличием БСК получают лекарственную терапию или консультирование для предотвращения сердечных приступов и инсультов.

Лишь 11,6% процентов взрослого населения не имеют ни одного из оцененных факторов риска ХНИЗ. 37% мужчин и 46,3% женщин в возрасте 35-69 лет имеют от 3 до 5 факторов риска ХНИЗ одновременно.



 **91,6%**
 **81,1%**

91,6% мужчин и 81,1% женщин с артериальной гипертензией не принимают антигипертензивные препараты

Выводы

Большинство оцененных факторов риска НИЗ имеют достаточно высокую распространенность среди взрослого населения Республики Таджикистан, обуславливающую повышенные риски развития неинфекционных заболеваний. Наиболее распространенными факторами, которые следует выделить, являются употребление бездымного табака мужчинами; недостаточное употребление в пищу овощей и фруктов; высокая распространенность избыточного потребления соли; низкий уровень физической активности, особенно здоровой физической активности, связанной с проведением досуга; низкий уровень контроля повышенного артериального давления, в том числе медикаментозного контроля артериальной гипертензии; высокая распространенность избыточной массы тела, низкая частота скрининга на рак шейки матки среди женщин.

Полученные результаты следует использовать для определения эффективности существующей и планирования будущей политики снижения бремени неинфекционных заболеваний в Республике Таджикистан. Проведя исследование STEPS, Таджикистан выполнил взятое на сессии Генеральной Ассамблеи ООН важное обязательство проводить последовательную политику, направленную на снижение бремени неинфекционных заболеваний, для достижения целей устойчивого развития. Исследование STEPS должно быть повторено к 2021 году.

> Информационный лист фактических данных

Исследование STEPS в Таджикистане 2017 Информационный лист фактических данных

STEPS-исследование по факторам риска неинфекционных заболеваний (НИЗ) было проведено в Таджикистане в период с ноября 2016 г. по февраль 2017 г. Сбор данных включал три этапа. Социально-демографическая и поведенческая информация была собрана на Этапе 1. Физикальные измерения, такие как рост, вес, артериальное давление, частота пульса были собраны на Этапе 2. Результаты биохимических измерений, в процессе которых оценивались уровень глюкозы и липидов крови натощак, были собраны на Этапе 3. Исследование проводилось среди взрослого населения страны в возрасте 18-69 лет. Для получения репрезентативных данных был использован взвешенный, многоступенчатый, кластерный дизайн выборки. Всего 2718 человек приняли участие в исследовании. Отклик на участие в исследовании составил 94,3%. Повторное исследование STEPS планируется провести в 2021 году.

Результаты по взрослому населению в возрасте 18-69 лет (вкл. 95% ДИ)	Оба пола	Мужчины	Женщины
Этап 1. Потребление табака			
Доля населения, употребляющего табак (курительный и/или бездымный) в настоящее время	13,5% (11,3-15,6)	25,7% (21,7-29,7)	0,2% (0,0-0,3)
Доля населения, употребляющего табак (курительный и/или бездымный) ежедневно	9,7% (7,9-11,5)	18,5% (15,1-21,9)	0,1% (0,0-0,3)
Доля населения, курящего в настоящее время	4,8% (3,4-6,1)	9,0% (6,4-11,6)	0,1% (0,0-0,3)
Доля ежедневно курящего населения среди курящих в настоящее время	63,9% (49,4-78,4)	63,5% (48,8-78,2)	94,4% (76,1-100,0)
Для тех, кто курит ежедневно			
Средний возраст начала курения [лет]	21,2	21,2	19,3
Доля ежедневных курильщиков сигарет промышленного производства среди курящих в настоящее время	97,4% (94,6-100,0)	97,3% (94,5-100,0)	100,0% (100,0)
Среднее количество промышленно произведенных сигарет, выкуриваемых в день (для тех, кто курит промышленно произведенные сигареты)	7,5	7,6	4,8
Доля населения, употребляющего бездымный табак в настоящее время	10,3% (8,4-12,2)	19,7% (16,3-23,2)	0,0% (0,0-0,1)
Доля бывших ежедневных потребителей бездымного табака среди всего населения	2,4% (1,6-3,1)	4,5% (3,1-5,9)	0,0% (0,0-0,1)
Доля бывших ежедневных потребителей бездымного табака среди когда-либо употреблявших бездымный табак	25,0% (17,8-32,3)	-	24,9% (7,6-32,2)

Результаты по взрослому населению в возрасте 18-69 лет (вкл. 95% ДИ)

Оба пола

Мужчины

Женщины

Этап 1. Употребление алкоголя

Доля населения, не употребляющего алкоголь на протяжении всей жизни	91,3% (89,4-93,1)	83,5% (80,2-86,7)	99,7% (99,5-99,9)
Доля населения, не употребляющего алкоголь на протяжении последних 12 месяцев	2,2% (1,2-3,2)	4,2% (2,3-6,1)	0,0% (0,0-0,1)
Доля населения, употребляющего алкоголь в настоящее время (в течение последних 30 дней)	5,0% (3,6-6,4)	9,4% (6,9-11,9)	0,2% (0,0-0,4)
Доля населения с эпизодическим употреблением алкоголя в больших количествах (6 и более стандартных порций алкоголя за 1 раз как минимум однажды за последние 30 дней)	3,2% (2,1-4,2)	6,0% (4,0-7,9)	0,1% (0,0-0,2)

Этап 1. Питание

Среднее количество дней, когда употребляются фрукты (в типичную неделю)	4,9 (4,7-5,1)	4,8 (4,5-5,0)	5,0 (4,7-5,2)
Среднее количество порций фруктов, употребляемых за день	1,9 (1,7-2,1)	1,9 (1,7-2,2)	1,8 (1,6-2,0)
Среднее количество дней, когда употребляются овощи (в типичную неделю)	6,6 (6,4-6,7)	6,5 (6,4-6,7)	6,6 (6,5-6,7)
Среднее количество порций овощей, употребляемых за день	3,2 (2,9-3,5)	3,2 (2,8-3,6)	3,1 (2,8-3,4)
Доля населения, употребляющего менее 5 смешанных порций (400 гр.) фруктов и/или овощей в день	62,7% (56,8-68,5)	62,7% (56,0-69,4)	62,7% (56,0-69,3)
Доля населения, всегда или часто добавляющего соль или соленый соус в пищу перед употреблением или досаливающего пищу в процессе еды	31,2% (24,2-38,3)	29,5% (21,6-37,5)	33,1% (25,8-40,4)
Доля населения, всегда или часто употребляющего обработанные пищевые продукты с высоким содержанием соли	14,4% (11,5-17,4)	12,7% (9,3-16,1)	16,4% (12,7-20,0)

Этап 1. Физическая активность

Доля населения с недостаточной физической активностью (определяется как <150 минут среднеинтенсивной деятельности в неделю или равнозначной нагрузки)	28,3% (24,5-32,1)	17,6% (13,6-21,5)	39,9% (34,4-45,4)
Среднее время, затрачиваемое на физическую активность в день (мин.) (с интерквартильным интервалом)	172,0 (149,2; 194,8)	218,6 (186,1; 251,0)	121,7 (101,0; 142,4)
Доля населения, не занимающегося высокоинтенсивной физической деятельностью	77,6% (73,4-81,8)	67,0% (61,0-73,0)	89,1% (85,4-92,8)

Этап 1. Скрининг на рак шейки матки

Доля женщин в возрасте 30-49 лет, которым когда-либо проводился скрининг рака шейки матки	12,0% (7,7-16,3)
---	----------------------------

Этап 2. Данные физического осмотра

Среднее значение индекса массы тела - ИМТ (кг/м²)	25,2 (24,9-25,5)	25,1 (24,7-25,6)	25,2 (24,9-25,6)
Доля населения с избыточной массой тела, в том числе и с ожирением (ИМТ≥25 кг/м²)	46,7% (43,0-50,4)	49,7% (44,7-54,6)	43,2% (39,2-47,2)
Доля населения, страдающего ожирением (ИМТ≥30 кг/м²)	13,5% (11,4-15,5)	11,9% (9,0-14,8)	15,4% (13,0-17,8)

Результаты по взрослому населению в возрасте 18-69 лет (вкл. 95% ДИ)	Оба пола	Мужчины	Женщины
Среднее значение окружности талии (см)		81,8 (79,0-84,5)	77,4 (74,7-80,2)
Среднее значение систолического артериального давления – САД (мм рт.ст.), включая тех, кто в настоящее время получает антигипертензивную лекарственную терапию	128,3 (127,1-129,6)	131,8 (130,1-133,5)	124,5 (123,2-125,8)
Среднее значение диастолического артериального давления – ДАД (мм рт.ст.), включая тех, кто в настоящее время получает антигипертензивную лекарственную терапию	84,2 (83,4-85,0)	85,0 (83,9-86,1)	83,4 (82,4-84,3)
Доля населения с повышенным артериальным давлением (САД ≥ 140 и/или ДАД ≥ 90 мм.рт.ст.), включая тех, кто в настоящее время получает антигипертензивную лекарственную терапию	32,2% (28,7-35,6)	34,8% (30,0-39,5)	29,3% (25,4-33,2)
Доля населения с повышенным артериальным давлением (САД ≥ 140 и/или ДАД ≥ 90 мм.рт.ст.), не получающего в настоящее время антигипертензивную лекарственную терапию	29,2% (25,8-32,6)	32,8% (28,2-37,4)	25,1% (21,2-29,1)
Этап 3. Биохимические показатели			
Среднее значение уровня глюкозы в крови натощак, включая тех, кто в настоящее время получает лекарственную терапию для снижения уровня глюкозы в крови (ммоль/л)	5,1 (5,0-5,2)	5,1 (4,9-5,2)	5,1 (5,0-5,2)
Доля населения с нарушенной гликемией натощак, которая определяется как уровень глюкозы: - в плазме венозной крови ≥ 6,1 ммоль/л (110 мг/дл) и <7,0 ммоль/л (126 мг/дл) - в цельной капиллярной крови ≥ 5,6 ммоль/л (100 мг/дл) и <6,1 ммоль/л (110 мг/дл)	6,5% (4,9-8,2)	7,6% (5,1-10,1)	5,3% (3,7-6,9)
Доля населения с повышенным уровнем глюкозы в крови натощак, который определяется следующим образом или, включая тех, кто в настоящее время получает лекарственную терапию для снижения уровня глюкозы в крови: - уровень глюкозы в плазме венозной крови ≥ 7,0 ммоль/л (126 мг/дл) - уровень глюкозы в цельной капиллярной крови ≥ 6,1 ммоль/л (110 мг/дл)	4,5% (3,3-5,6)	5,1% (3,4-6,8)	3,8% (2,6-4,9)
Среднее значение уровня общего холестерина в крови, включая тех, кто в настоящее время получает лекарственную терапию для снижения уровня холестерина в крови (ммоль/л)	3,8 (3,7-3,8)	3,7 (3,6-3,8)	3,8 (3,8-3,9)
Доля населения с повышенным уровнем общего холестерина крови (≥5,0 ммоль/л), включая тех, кто в настоящее время получает лекарственную терапию для снижения уровня холестерина в крови	10,4% (8,1-12,7)	9,9% (8,0-11,9)	9,9% (8,0-11,9)
Риск сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ)			
Доля населения в возрасте 40-69 лет с 10-летним риском развития БСК ≥ 30% или с уже имеющимся заболеванием системы кровообращения**	9,5% (6,7-12,2)	9,3% (5,7-12,9)	9,8% (6,3-13,3)
Обзор совокупных факторов риска			
- Ежедневное потребление табака - Потребление менее 5 порций фруктов и/или овощей в день - Недостаточная физическая активность - Избыточная масса тела (ИМТ ≥ 25 кг/м²) - Повышенное артериальное давление (САД ≥ 140 и/или ДАД ≥ 90 мм рт.ст. или прием антигипертензивных препаратов)			
Доля населения с отсутствием обозначенных выше факторов риска	11,6% (8,5-14,7)	8,8% (5,2-12,5)	14,8% (10,7-19,0)
Доля населения в возрасте от 18 до 44 лет с тремя или более обозначенными выше факторами риска	20,5% (17,1-24,0)	17,0% (12,7-21,2)	24,5% (19,8-29,2)
Доля населения в возрасте от 45 до 69 лет с тремя или более обозначенными выше факторами риска	40,7% (34,7-46,7)	37,0% (30,0-43,9)	46,3% (39,1-53,5)
Доля населения в возрасте от 18 до 69 лет с тремя или более обозначенными выше факторами риска	24,0% (20,5-27,5)	20,8% (16,8-24,8)	27,7% (23,2-32,3)

** 10-летний риск развития БСК ≥ 30% определяется на основе возраста, пола, артериального давления, статуса курения (курят в настоящее время ИЛИ бросили курить менее чем за 1 год до оценки риска), уровня общего холестерина, и наличия сахарного диабета (диагностированного ранее или при значении уровня глюкозы крови натощак ≥ 6,1 ммоль/л в цельной капиллярной крови).



> 1. Введение

Более 80% смертей в результате болезней системы кровообращения (БСК) и диабета, почти 90% смертей от хронической обструктивной болезни легких и более чем две трети смертей от рака зарегистрированы в странах с низким и средним уровнем дохода [1-3]. Если не предпринимать мер по контролю факторов риска неинфекционных заболеваний (НИЗ), то совокупные расходы систем здравоохранения на устранение последствий НИЗ составят триллионы долларов.

Эпидемиологический надзор за факторами риска неинфекционных заболеваний (НИЗ) является одним из основных компонентов разработки и внедрения национальной межсекторальной политики и планов в отношении НИЗ, который проводится в соответствии с Глобальным планом действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (2013 – 2020 гг.) [4], Планом действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями (2012–2016 гг.) [5], и Ашхабадской декларацией по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в контексте положений политики Здоровье-2020 [6]. Качественный эпидемиологический надзор за факторами риска НИЗ является ключевым компонентом достижения любого запланированного успеха при реализации задач Плана действий по профилактике и борьбе с НИЗ.

В 2017 г. в Республике Таджикистан было проведено популяционное выборочное обследование по надзору за основными факторами риска развития неинфекционных заболеваний, направленное на оценку распространенности этих факторов риска среди взрослого населения в возрасте 18-69 лет для информирования национальной политики по профилактике НИЗ и проведения межстрановых сравнений по оценке достигнутого прогресса в профилактике НИЗ.



8 МИЛЛИОНОВ

Свыше 8 миллионов человек проживает в Республике Таджикистан

Географическое положение и население

Республика Таджикистан расположена на юго-востоке Центральной Азии и имеет площадь 142,6 млн. квадратных километров. Население составляет 8,77 млн. человек. Плотность населения Таджикистана составляет 61,5 человека на квадратный километр (Департамент по экономическим и социальным вопросам ООН: Отдел народонаселения, 2016). Столицей Республики Таджикистан является город Душанбе с населением около 900 000 человек.

На западе и на севере Таджикистан граничит с Республикой Узбекистан (протяженность границы 1161 км) и Кыргызской Республикой (870 км). С юга граничит с Афганистаном (1206 км), а на востоке с Китаем (414 км).



3800

В общенациональной
системе здравоохранения
работает свыше 3800
медицинских учреждений

Общая протяженность всех границ составляет 3651 км. 93% страны – гористая территория, являющаяся частью самых высоких горных систем Центральной Азии Тянь-Шаня и Памира. Самая высокая вершина – пик Исмоила Сомони, имеющий высоту 7495 м.

Высшим законодательным органом страны является Высшее собрание Таджикистана (Маджлиси Оли). В соответствии с административно-территориальным устройством в состав Республики Таджикистан входят Горно-Бадахшанская автономная область, Согдийская и Хатлонская области, 51 сельский район и 22 города. 72% населения живет в сельской местности, остальные (28%) проживают в городской местности. В настоящее время в Таджикистане проживают представители более 100 этнических групп: таджики, которые составляют основную долю населения (80%), узбеки (15,3%), киргизы (1,1%), русские (1,1%), туркмены (0,3%) и другие этнические группы.

Система здравоохранения

Правительство Таджикистана стремится к повышению качества и доступности основных услуг здравоохранения и обеспечению равноправных условий в их пользовании. В решении проблем здравоохранения приоритетными областями являются: охрана материнства и детства, репродуктивное здоровье, неинфекционные заболевания, малярия, туберкулез, ВИЧ/СПИД и другие инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). Правительство Таджикистана разработало нормативно-правовую базу для сектора здравоохранения, которая включает 9 законов, 18 правительственных постановлений и около 40 приказов Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ (МЗСЗНРТ). В целях координации усилий по улучшению здоровья населения на основе постановления Правительства был создан Национальный совет здравоохранения Таджикистана. МЗСЗНРТ несет ответственность за «разработку, реализацию, мониторинг, оценку и координацию единой государственной политики в сфере здравоохранения, а также за контроль качества, безопасности и эффективности медицинских услуг, фармацевтической продукции и медицинского оборудования». В Таджикистане существует общенациональная сеть системы здравоохранения, которая насчитывает свыше 3858 медицинских учреждений. Почти вся система здравоохранения в Таджикистане находится в собственности и управлении государства; тем не менее, финансирование системы здравоохранения децентрализовано. Выделение денежных средств в бюджет системы здравоохранения Таджикистана осуществляется централизованно Министерством финансов, которое, в свою очередь, распределяет средства по финансовым управлениям областных органов исполнительной власти. Области самостоятельно решают, каким образом расходовать свой бюджет на здравоохранение, а МЗСЗНРТ контролирует только функционирование медицинских учреждений. Республиканские больницы, Государственный медицинский университет и органы здравоохранения осуществляют свою деятельность под контролем МЗСЗНРТ, в то время как областные и районные

медучреждения находятся в ведении местных органов власти. Внешнее финансирование, т.е. привлечение средств, в основном в виде грантов со стороны международных доноров и организаций, предоставляющих помощь на двусторонней основе, является важным источником дохода для сектора здравоохранения. В Таджикистане в настоящее время работают более 18 000 врачей и около 50 000 медицинских работников среднего звена, или 20,6 врачей и 56,5 медработников среднего звена на 10000 населения, соответственно. Первичную медико-санитарную помощь населению республики оказывают 2808 учреждений, в которых функционирует 7902 медицинских работника, из них 2502 семейных врача. Стационарную помощь населению республики оказывают 479 организаций, в которых развернуто 39816 коек.

Стратегии и программы профилактики неинфекционных заболеваний

В 2010 г. Правительство Республики Таджикистан утвердило новую Национальную стратегию здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010 – 2020 гг. (далее – Национальная стратегия), которая направлена на реформирование системы здравоохранения с учетом существующих экономических возможностей и запланированных действий Минздрава и Правительства страны по всем основополагающим функциям системы здравоохранения. В частности, усиление служб первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), улучшение системы финансирования и закупок, а также улучшение качества предоставления медицинской помощи признаны важными направлениями деятельности.

Следующим шагом на пути усовершенствования мер, направленных на снижение бремени неинфекционных заболеваний, было принятие в 2012 г. Национальной стратегии профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Республике Таджикистан на 2013 - 2023 гг. (утверждена Постановлением Правительства РТ №676 от 3 декабря 2012 г.). Цель этого стратегического документа и план его реализации заключается в разработке и внедрении активно взаимодействующей эффективной межсекторальной системы, направленной на повышение роли профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Республике Таджикистан для решения политических и социальных задач, учитывая ее значение в укреплении и сохранении здоровья населения, потенциала рабочей силы, содействие борьбе с бедностью, развитие экономического потенциала страны и повышение качества жизни всего населения. Одной из задач данной стратегии является проведение эпидемиологических исследований и мониторинг распространённости НИЗ и их факторов риска.

Ещё одним из важнейших шагов было утверждение Стратегии питания и физической активности в Республике Таджикистан на 2015-2024 гг. (утверждена постановлением Правительства Республики Таджикистан №808 от 31 декабря 2014 г.).



Национальная стратегия
здоровья населения
Республики Таджикистан
принята на период с 2010
по 2020 годы

8



8 стратегических документов
приняты для реализации
Национальной стратегии
здоровья Республики
Таджикистан

Кроме того, предпосылкой для создания и реализации национальных стратегий явилось принятие и реализация следующих стратегических документов:

- Национальная программа по профилактике, диагностике и лечению ишемической болезни сердца в Республике Таджикистан на 2007-2015 гг.;
- Национальная программа по профилактике, диагностике и лечению онкологических заболеваний в Республике Таджикистан на 2010-2015 гг.;
- Национальная программа по профилактике, диагностике и лечению сахарного диабета в Республике Таджикистан на 2012-2017 гг.;
- Национальная программа формирования здорового образа жизни в Республике Таджикистан на период 2011-2020 гг.;
- Указ Президента Республики Таджикистан «Об упорядочении оборота табачных изделий» (2013 г.);
- Национальный план действий по борьбе против употребления табачных изделий на 2012-2016 гг. (включён в План реализации Стратегии);
- Стратегический план рационализации медицинских учреждений Республики Таджикистан на 2011-2020 гг.;
- Стратегия в области питания и безопасности пищевых продуктов для Республики Таджикистан на 2015-2024 гг.

> 2. Цель и задачи исследования

Цель исследования

Оценить распространенность основных факторов риска неинфекционных заболеваний среди взрослого населения (18-69 лет) Республики Таджикистан для информирования национальной политики по профилактике неинфекционных заболеваний.



Цель: Оценить распространенность основных факторов риска неинфекционных заболеваний среди взрослого населения (18-69 лет)

Задачи исследования

- Определить распространенность поведенческих факторов риска НИЗ (потребление табака и алкоголя, недостаточная физическая активность, нездоровый рацион питания) среди взрослого населения (18-69 лет) Республики Таджикистан;
- Оценить распространенность биологических факторов риска НИЗ (повышенное артериальное давление, повышенный уровень холестерина, повышенный уровень глюкозы крови, избыточная масса тела) среди взрослого населения (18-69 лет) Республики Таджикистан;
- Проанализировать различия в распространенности факторов риска с учетом пола и возраста.

Обоснование исследования

Исследование STEPS рассматривается как одно из ключевых мероприятий Министерства здравоохранения Республики Таджикистан, по результатам которого будут разработаны и приняты меры профилактики и контроля факторов риска НИЗ. Данное исследование также является составной частью научно-исследовательской работы по изучению распространенности факторов риска на национальном уровне.

Результаты исследования предназначены для обеспечения информацией и выработки эффективных мер с привлечением всех заинтересованных организаций и сторон, что позволит применить межсекторальный подход к проблеме профилактики неинфекционных заболеваний в Республике Таджикистан.

Кроме того, результаты исследования могут сыграть значительную роль в процессе планирования медицинских услуг, определении приоритетов системы здравоохранения, расширении базы данных показателей здоровья. В дальнейшем полученные данные будут сравниваться с показателями других стран, а также с данными повторных исследований в будущем для обеспечения непрерывного мониторинга.

Исследование с применением инструмента STEPS по эпиднадзору факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Таджикистан является выборочным, репрезентативным на уровне страны, разработанным с целью предоставления информации по распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний. Исследование было проведено МЗСЗНРТ в период с ноября 2016 по февраль 2017 года (Приказ МЗСЗНРТ № 777 от 19 октября 2016 г.).

Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан предоставило помощь в формировании выборки населения, уточнении списков жителей населенных пунктов и списков домашних хозяйств. Главы населенных пунктов и фельдшеры, работающие в населенных пунктах, оказывали помощь в проведении исследования и в осуществлении доступа интервьюеров к отобранным домашним хозяйствам.

Для проведения исследования МЗСЗНРТ, РЦМСИ, Научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Республиканский эндокринологический диспансер, Республиканский клинический центр кардиологии и ИПОСЗРТ предоставили интервьюеров, среди которых были ординаторы, аспиранты, врачи и медицинские работники.



Ведущие клинические и научные центры Республики Таджикистан предоставили ординаторов, аспирантов, врачей и средний медицинский персонал для проведения STEPS-исследования

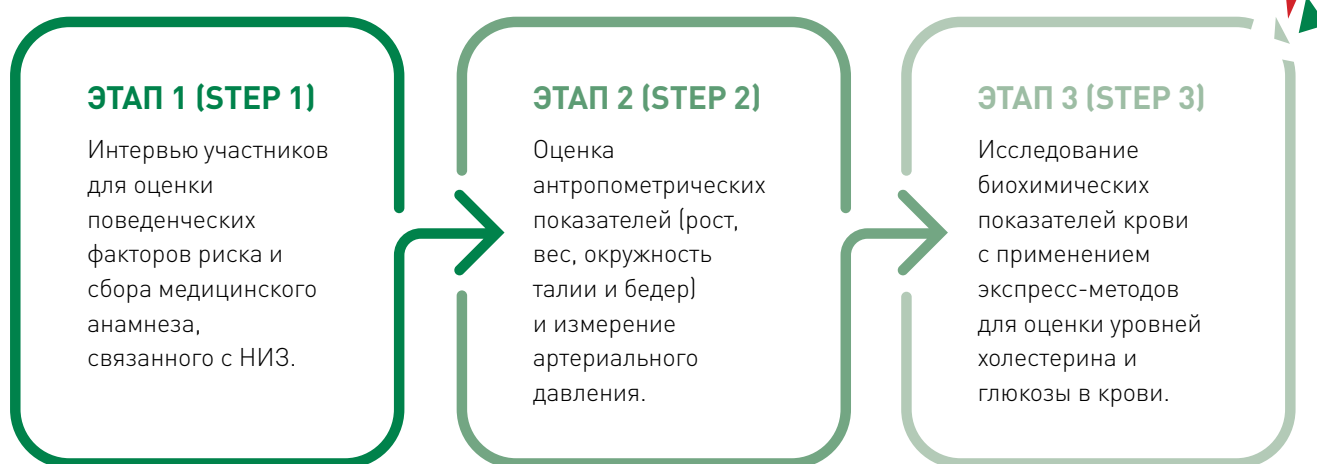
Региональный офис ВОЗ оказал техническую и административную поддержку мероприятий по проведению исследования STEPS, а именно: обеспечил организацию и проведение обучающего семинара, подготовку к проведению исследования, координацию и логистику исследования, коммуникационную связь со всеми исполнителями, контроль проведения полевых работ, обеспечение исследования необходимым оборудованием и расходными материалами, обработку и анализ данных, а также финансовое администрирование и другое управление организационными и техническими задачами в целях выполнения работ в надлежащем объеме. Географически удаленный офис ВОЗ также осуществлял методологический и технический надзор исследования с целью получения качественных данных, оказал финансовую, логистическую, техническую, методологическую поддержку Руководящему комитету и исполнителям исследования, провел обучение, обеспечил исследование оборудованием и расходными материалами.

> 3. Методология исследования

Дизайн исследования

Исследование являлось одномоментным (поперечным) исследованием распространенности основных факторов риска неинфекционных заболеваний среди взрослого населения (18 - 69 лет) Республики Таджикистан.

Исследование включало три этапа или шага:



Метод формирования выборки

К выборке предъявлялись следующие требования:

- Выборка должна иметь общенациональный характер в части масштаба и охвата населения;
- Оцениваемые величины измеряемых показателей должны отражать ситуацию по измеряемым показателям в стране в целом.

Главной задачей дизайна выборки являлось формирование такой выборочной совокупности, которая позволила бы получить валидные репрезентативные данные на национальном уровне, а также для разных половозрастных групп населения.

Генеральной совокупностью или целевой группой исследования являлось взрослое население в возрасте 18-69 лет, считающее Республику Таджикистан основным местом своего проживания, за исключением:

- населения, постоянно проживающего (пребывающего) в интернатных учреждениях, в специализированных учреждениях для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной помощи и реабилитации; в учреждениях социального обслуживания; в больницах и иных



STEPS-исследование
взрослого населения в
Республике Таджикистан
проведено на
репрезентативной выборке

организациях здравоохранения; в казармах; в зданиях, принадлежащих или переданных в пользование религиозным организациям; а также находящихся в исправительных учреждениях и т.п.;

- лиц без определенного места жительства (бездомных).

При формировании выборочной совокупности для исследования STEPS применялся метод двухэтапной вероятностной выборки с использованием процедур стратификации и отбора на каждой из ступеней формирования выборки. В основу отбора положен территориальный принцип формирования выборочной совокупности.

Вероятностная выборка позволяет исключить систематические искажения за счет случайного отбора единиц генеральной совокупности, а также исключить возможность субъективного выбора интервьюером участников исследования.

Достоинством вероятностного метода формирования выборки является то, что он обеспечивает возможность распространения итогов выборочного наблюдения на всю генеральную совокупность.

Стратификация

Для повышения точности итогов выборочного наблюдения и для обеспечения необходимого размера выборки при формировании выборки применялся метод стратификации, суть которого заключается в делении выборки на страты, которые являются совокупностями, однородными по основным характеристикам.

Для обеспечения равномерности распределения выборочной совокупности по территории республики отбор проводился отдельно по регионам республики: Горно-Бадахшанской автономной области, Согдийской и Хатлонской областей. Всего в регионах расположено 18 городов, 62 района (включая 13 районов республиканского подчинения), 57 поселков и 370 сельских джамоатов (сельских общин).

Размер выборки

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

Для расчета объема выборки с помощью математической формулы (см. ниже), рекомендуемой ВОЗ для STEPS-исследования, были определены значения и сделаны допущения в отношении значений следующих учитываемых параметров:

- доверительный уровень для измерений показателей обследования, определяемый вероятностью получения заданной ошибки выборки;
- допустимый предел погрешности (требуемый уровень точности оценок), измеряемый с помощью ошибки выборки, которая позволяет определить предельные значения характеристик генеральной совокупности и их доверительные интервалы;
- прогнозируемое значение или ожидаемая распространенность (частота встречаемости) в генеральной совокупности изучаемого показателя;
- дизайн-эффект выборки (*deff*), который определяется как соотношение между стандартной ошибкой при используемом методе выборки и стандартной ошибкой, которая была бы получена при использовании простой случайной выборки того же объема;
- число целевых групп, по которым планируется получить надежные репрезентативные оценки;
- возможные потери в количестве отобранных респондентов в связи с неответами.

Для расчета размера (объема) выборки в исследовании STEPS в Республике Таджикистан использовалась следующая математическая формула:

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

где:

n – необходимый объем выборки;

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

Q – прогнозируемое значение или ожидаемая распространенность изучаемого показателя;

D – допустимый предел погрешности (предельная ошибка выборки);

f – сокращенный символ для *deff* (дизайн-эффект);

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

При расчете размера выборки для исследования STEPS в Республике Таджикистан были взяты следующие значения для составляющих компонентов формулы:

- при заданном 95% доверительном уровне точности измерений показателей обследования коэффициент *t* равен 1,96;
- ожидаемая распространенность изучаемого фактора риска в генеральной совокупности принимается равной 50% (*Q* = 0,5);
- предел ошибки измерения (половина ширины доверительного интервала) равен 5% (*D* = 0,05);
- величина дизайн-эффекта (*deff*) для выборок со сложным дизайном составляет 1,5 (*f*=1,5);
- при ожидаемом количестве неответов на уровне 20% коэффициент для корректировки размера выборки (*K*) равен 0,8.



Размер выборки рассчитывался по формуле с учетом оценочных данных о распространенности факторов риска НИЗ в Республике Таджикистан

Таким образом, объем выборки, рассчитанный в результате подстановки данных значений в вышеприведенную формулу, равен 384,16:

$$n = \frac{3,8416 \times (0,5 \times (1 - 0,5))}{0,05 \times 0,1} = \mathbf{384,16}$$

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

В соответствии с планом исследования в Республике Таджикистан изучались показатели по четырем половозрастным группам или стратам выборки:

1. мужчины, 18-34 лет;
2. мужчины, 35-69 лет;
3. женщины, 18-34 лет;
4. женщины, 35-69 лет.

С учетом дизайн-эффекта и числа групп, для которых оцениваются показатели, размер выборки, таким образом, составляет:

$$n = 384,16 \times 1,5 \times 4 = \mathbf{2305}$$

С поправкой на отклик на исследование окончательный размер выборки составил:

$$n = 2305 / 0,8 = \mathbf{2881}$$

Основа выборки



2881

Расчетный размер выборки
с учетом неотклика на
исследование составил
2881 человек

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

Лучше всего вышеизложенным критериям соответствуют результаты переписи населения, которые и стали основой построения выборки для STEPS-исследования. Перепись населения представляет репрезентативную территориальную основу для выборок в виде иерархической совокупности участков, сгруппированных определенным образом. Участки переписи в среднем примерно одинаковы по размеру. По каждому участку имеется карта-схема, обеспечивающая четкое, неперекрывающееся разграничение географических районов, а также информация о численности населения и количестве ДХ.

Наиболее крупным по размеру является переписной участок, который включает в себя несколько инструкторских участков. Наиболее мелкая единица в иерархической структуре участков по переписи – счетные участки.

Положительным моментом в использовании счетных участков в качестве первичных единиц выборки (ПЕВ) является то, что они имеют небольшой и приблизительно одинаковый размер (каждый из них включает в среднем

около 100 ДХ). Как следствие этого ПЕВ является территорией, в пределах которой можно эффективно организовать работу на местах. Для проведения переписи населения территория Республики Таджикистан была поделена примерно на 20,5 тысяч счетных участков.

В связи с тем, что последняя перепись населения в Республике Таджикистан перед исследованием STEPS проводилась в 2010 г., для актуализации данных о населении использовались текущие данные глав населенных пунктов, поликлиник, врачебных амбулаторий и фельдшерско-акушерских пунктов.

Определение числа кластеров и их распределение по территории

Для каждого обследования необходимо предварительно определить, сколько ПЕВ будет отобрано в каждой стране. Необходимо найти оптимальное соотношение между географическим разбросом выборки и надежностью оценки показателей: чем большее количество ПЕВ отбирается, тем лучше с точки зрения географической репрезентативности и общей достоверности. Чем меньше размер кластера, тем более надежны оценки. Однако ограничения временных, финансовых, человеческих ресурсов требуют уменьшения количества кластеров и увеличения их размера.

Размер кластера для исследования STEPS в Республике Таджикистан определен в количестве 20 единиц. Такое количество единиц обследования в кластере статистически эффективно и не должно было привести к увеличению дизайн-эффекта (эффекта построения выборки).

Исходя из установленного размера одного кластера и объема выборки расчетное количество ПЕВ (счетных участков), которое необходимо отобрать, составило:

$$a = n / v = 2881 / 20 = \mathbf{144,05}$$

где

a – количество ПЕВ, которое необходимо отобрать;

n – размер выборки;

v – размер кластера.

Таким образом, в целом по республике число кластеров составило 144. Распределение кластеров по регионам произведено на основе пропорциональности с использованием данных демографической статистики о численности населения в возрасте 18–69 лет на 1 января 2016 года.

Алгоритм формирования выборочной совокупности

Алгоритм формирования выборки для исследования STEPS предусматривает использование процедуры построения стратифицированной многоэтапной выборки. В каждой стране отбор организован в два этапа по одному сценарию.



144

В исследование было включено 144 кластера, по 20 домохозяйств в одном кластере



Из каждого отобранного домохозяйства случайным образом с применением метода Киша выбирался один респондент в возрасте 18-69 лет

На первом этапе построения выборки выполнен систематический отбор ПЕВ с вероятностью, пропорциональной размеру. В качестве размера использовался показатель «численность населения». До начала отбора ПЕВ были географически упорядочены с тем, чтобы обеспечить неявную стратификацию и получить выборку, которая будет географически репрезентативна.

На втором этапе для построения выборки применялась стандартная процедура систематического отбора, при которой начало отбора определялось случайно.

На третьем (полевом) этапе конкретные респонденты обследования отбирались случайным образом с применением метода Киша из общего числа членов отобранного ДХ в возрасте 18-69 лет.

Этические аспекты

Проведение STEPS-исследования в Республике Таджикистан было одобрено в комитете по этике Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино. С целью информирования широкой общественности о проведении STEPS-исследования была организована медиа-кампания.

Каждый респондент подписывал форму информированного согласия на проведение анкетирования и физических измерений, и дополнительное согласие на проведение биохимических исследований. До начала сбора данных респондент получал информационный листок, в котором объяснялись цель и задачи исследования.

Для обеспечения конфиденциальности собранных данных каждому человеку, участвующему в анкетировании, были присвоены уникальные идентификационные номера и QR-коды. В сформированных базах данных использовались только QR-коды; таким образом, все данные были обезличены.

Респондент на любом этапе проведения обследования мог прекратить участие в обследовании по собственному желанию.

Процесс сбора данных

Для сбора информации были сформированы региональные рабочие группы, состоящие из координаторов, интервьюеров и лаборантов. Все интервьюеры были обеспечены откалиброванным оборудованием, необходимым для проведения обследования. Оборудование было представлено ВОЗ во временное пользование на срок проведения STEPS-исследования: планшеты, весы, ростомеры, сантиметровые ленты, пипетки и скарификаторы для забора крови, биохимические анализаторы крови и т.д.

Данное стандартное оборудование предоставляется всем странам, которые проводят у себя STEPS-исследование, что позволяет унифицировать процесс сбора данных и в дальнейшем производить межстрановые сравнения полученных результатов.

Интервьюеры и все участники региональных рабочих групп были обучены навыкам проведения интервью, методам сбора данных физикального обследования, забора крови и проведения биохимических измерений в ходе пятидневного тренинга, который проводился в октябре 2016 г. в городе Душанбе под руководством представителей ВОЗ.

Пилотное обследование

Непосредственно перед началом сбора данных интервьюеры отработали навыки проведения обследования, полученные на обучающем тренинге, в ходе пилотного STEPS-исследования в городе Душанбе, которое включало все три этапа (шага) исследования STEPS. Группы интервьюеров в составе 2-3 человек провели анкетирование, физические и биохимические измерения у нескольких десятков жителей города Душанбе. В ходе проведения пилотного обследования отрабатывались такие навыки, как:

- умение корректно задавать вопросы анкеты;
- умение правильно выполнять физические измерения;
- навыки забора крови и проведения биохимических измерений;
- навыки пользования планшетом и другие навыки.

Учитывая опыт проведения исследования STEPS в других странах, перед проведением скринингового исследования в РТ универсальный опросник, разработанный ВОЗ, содержащий основные и расширенные модули, был адаптирован и переведён на государственный язык с сохранением пошаговой структуры (анкетирование, физический осмотр, биохимические показатели).

Инструмент STEPS ВОЗ для изучения распространенности факторов риска НИЗ, адаптированный к местным условиям, использованный в Республике Таджикистан, представлен в Приложении к данному отчету.

Этапы исследования

Этап (шаг) 1. Анкетный опрос

Стандартный структурированный вопросник инструмента ВОЗ STEPS использовался для сбора следующих данных:

- социально-демографическая информация: возраст, пол, образование, вид деятельности, семейное положение, этническая принадлежность;
- поведенческие факторы риска: употреблению табака, алкоголя, рацион питания (включая потребление овощей, фруктов, жиров, питание вне дома, потребление соли с пищей), физическая активность;
- знание респондентом своего уровня артериального давления, уровня холестерина и глюкозы в крови;
- получение респондентом советов по здоровому образу жизни от медицинских работников;
- наличие у респондента болезней системы кровообращения, сахарного диабета;
- женщин спрашивали, проходили ли они обследование для выявления рака шейки матки.



В исследовании применялся стандартный структурированный вопросник

Оценка потребления табака

Употребление табака оценивалось по текущему и предыдущему статусу курения, продолжительности курения, количеству потребляемого табака, употреблению бездымного табака, пассивному курению. Во время опроса использовались демонстрационные карточки с изображением часто используемых табачных изделий.

Оценка потребления алкоголя

Потребление алкоголя было оценено в пересчете на стандартные порции. Стандартная порция – это количество любого напитка, содержащее 10 г чистого этилового спирта (алкоголя). Интервьюеры использовали демонстрационные карточки с изображением часто употребляемых алкогольных напитков в виде стандартных порций (бутылка пива, бокал вина, рюмка водки и др.).

В зависимости от среднего количества алкоголя, которое употреблялось респондентами в день, ответы подразделялись в ходе обработки данных на категории уровня употребления алкоголя (Таблица 1).

Таблица 1. Категории уровня употребления алкоголя [7]

Пол	Категория 1	Категория 2	Категория 3
Мужчины	<40,0 г	40,0-59,9 г	>60,0 г
Женщины	<20,0 г	20,0-39,9 г	>40,0 г

Чрезмерным потреблением алкоголя принято считать потребление шести и более стандартных порций алкоголя за один случай употребления алкогольных напитков.

Оценка рациона питания

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

Потребление овощей и фруктов оценивалось в пересчете на стандартные порции. Одной стандартной порцией овощей или фруктов считается такое количество, которое весит 80 грамм. Во время опроса использовались демонстрационные карточки, облегчающие респондентам возможность дать правильный ответ «о типичном ежедневном потреблении фруктов и овощей».

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

Ежедневно потребляемое количество соли оценивалось с помощью вопросов о частоте потребления соли или солёных соусов во время приготовления и во время приёма пищи.

Кроме того, оценка производилась по частоте употребления полуфабрикатов с высоким содержанием соли. Участники также спрашивали, как они оценивают количество употребляемой ими соли, и связывают ли они это с проблемами своего здоровья.

Оценка физической активности

Оценка производилась по интенсивности, продолжительности и частоте физической активности на работе, в местах отдыха и во время передвижений или поездок с использованием набора из 16 стандартизованных вопросов. Были собраны данные о количестве дней, часов и минут физической активности на работе, в том числе при передвижении и в поездках, и при занятиях физической активностью на работе. Население было разделено на группы по уровню физической активности.

В соответствии с общими рекомендациями ВОЗ оптимальная для здоровья физическая активность на протяжении обычной недели у взрослых должна включать следующий минимальный объем (учитывая активность на работе, при передвижении и во время досуга):

- 150 минут физической активности средней интенсивности; или
- 75 минут физической активности высокой интенсивности; или
- эквивалентная по MET активность, смешанная по интенсивности физическая активность, составляющая как минимум 600 MET-минут.

Оценка НИЗ в анамнезе и их факторов риска

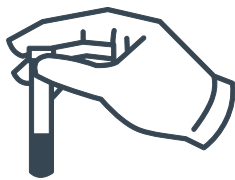
Специальные вопросы анкеты были посвящены выяснению наличия у респондента сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний, повышенного артериального давления и повышенного уровня холестерина в крови. Интервьюер получал информацию от респондента, основанную на его предыдущих обследованиях лечащим врачом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

Советы по образу жизни

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

Скрининг на рак шейки матки

Показатель профилактики рака шейки матки оценивался на основе сбора информации о проведенном ранее осмотре шейки матки в сочетании с пробой 3%-ой уксусной кислотой, ПАП-тестом и/или тестом на вирус папилломы человека. Эти методы важны для дифференциального диагноза злокачественных, доброкачественных, предраковых и воспалительных поражений шейки матки.



В исследовании оценивались уровень глюкозы, общего холестерина и ЛПВП крови

Этап (шаг) 2. Физикальное обследование

Физикальное обследование включало антропометрические измерения, такие как измерение роста, веса, объема талии (ОТ) и бедер (ОБ), и измерение артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС).

Измерение артериального давления проводилось с помощью автоматического электронного аппарата для измерения АД. Показатели АД фиксировались трижды, с интервалом в пять минут; за окончательный результат в ходе проведения анализа данных принималось среднее арифметическое значение второго и третьего измерения.

Измерения окружности талии и окружности бедер выполнялись с использованием сантиметровой ленты: ОТ – посередине между последним осязательным ребром и вершиной подвздошного гребня, ОБ – горизонтально по максимальной окружности ягодиц. Данные фиксировались с точностью до 0,1 см.

Измерение роста и веса осуществлялись на предварительно откалиброванных электронных ростомерах и весах. Участники находились без обуви, были одеты в легкую одежду. Измерения регистрировались с точностью до 0,1 кг и 0,1 см, соответственно. По результатам измерений рассчитывался индекс массы тела (ИМТ). ИМТ – это отношение массы тела в килограммах к квадрату роста в метрах: $ИМТ = \text{Масса тела (кг)} / \text{Рост (м)}^2$. Значение $ИМТ \geq 25 \text{ кг/м}^2$ указывает на избыточную массу тела, а $ИМТ \geq 30 \text{ кг/м}^2$ свидетельствует об ожирении.

Этап (шаг) 3. Оценка биохимических показателей

Биохимические исследования выполнялись для определения уровня глюкозы крови, общего холестерина и липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) натощак. По завершении исследований, предусмотренных на этапах 1 и 2, обследуемым рекомендовали не употреблять еду или напитки (кроме воды) в течение 8 (восьми) часов перед проведением Этапа 3 (т.е. до утра следующего дня).

Концентрация глюкозы, общего холестерина и ЛПВП измерялась в капиллярной крови у всех респондентов, подписавших информированное согласие, с помощью анализатора CardioCheck PA. По результатам лабораторных исследований респонденты были разделены на группы согласно критериям, указанным в Таблице 2.

Таблица 2. Распределение концентраций глюкозы, общего холестерина и ЛПВП в зависимости от нормы и риска, использованное в оценке биохимических показателей, (ммоль/л)

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
Общий холестерин	<5,0 ммоль/л	от 5,0 до 6,2 ммоль/л	>6,2 ммоль/л или использование препаратов, снижающих уровень холестерина
ЛПВП	>1,55 ммоль/л	от 1,03 до 1,55 ммоль/л	<1,03 ммоль/л для мужчин <1,29 ммоль/л для женщин

Сбор данных по кластерам

Сбор данных проводился 10 региональными рабочими группами, которые состояли из координатора, интервьюеров и лаборантов. Местные работники учреждений здравоохранения (врачи и медсестры больниц, фельдшеры, медсестры ФАПов, и другие работники) и главы населенных пунктов привлекались для организации взаимодействия интервьюеров с респондентами на местах.

После получения информированного согласия у респондента бралось интервью и проводилось антропометрическое обследование. В случае согласия респондента на выполнение Этапа 3 проводился забор и анализ крови натошак.



10 региональных рабочих групп (координатор, интервьюеры, лаборанты) проводили сбор данных

Наблюдение за сбором данных

Из сотрудников Минздрава РТ и странового офиса ВОЗ была сформирована рабочая группа по организации, сопровождению и контролю за ходом проведения STEPS-исследования в регионах республики.

Для поддержания постоянной связи и отправки заполненных анкет в централизованную базу данных интервьюеры были обеспечены sim-картами мобильного оператора с тарифным планом, обеспечивающим доступ к Интернету, и функцией геолокации.

Ввод данных и их очистка

Данные исследования, собранные с использованием планшетов, отправлялись непосредственно с планшетов через сеть Интернет в общую централизованную базу данных и преобразовывались в формат Microsoft Excel® и Access®. Каждому респонденту был присвоен уникальный QR-код. Корректность внесения данных каждого респондента в базу проверялась с использованием логических функций соответствия всех показателей допустимым диапазонам значений того или иного показателя. При проверке данных также использовался набор программ для анализа данных, предоставленный штаб-квартирой ВОЗ.

Взвешивание данных

С целью обеспечения возможности экстраполяции ответов выбранных респондентов на население страны производилась процедура взвешивания данных. Взвешивание – это метод статистического выравнивания данных, который означает присвоение каждому респонденту весового коэффициента, отражающего относительную важность учета данных, полученных от него, по сравнению с данными, полученными от других респондентов. Сумма весовых коэффициентов равна общему числу целевого населения (лиц в возрасте от 18 до 69 лет).

Если взвешивание не производится, то весовой коэффициент каждого респондента равен единице. Если производится, то ответы каждого респондента учитываются во всех расчетах с конкретным весовым коэффициентом, то

4 группы



Результаты исследования репрезентативны и представлены для каждой из 4 групп: мужчин и женщин в возрасте 18-34 и 35-69 лет

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

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

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

Анализ данных

Статистический анализ данных был выполнен с использованием программы EpiInfo (версия 3.5.4) и соответствующих методов для комплексного анализа данных исследования.

В процессе анализа производилась количественная оценка следующих показателей:

- распространенность факторов риска, выраженная в процентах, с соответствующим 95% доверительным интервалом (например, процент респондентов с избыточной массой тела);
- доли респондентов, с соответствующими 95% доверительными интервалами, с наличием исследуемого признака (например, доля респондентов, ограничивающих потребление соли в рационе питания);
- средние значения количественных признаков с соответствующими 95% доверительными интервалами (например, среднее число выкуриваемых в день сигарет).

В процессе статистической обработки данных производилось взвешивание данных для экстраполяции результатов на взрослое население страны в возрасте от 18 до 69 лет.

Объем выборки, сформированной для исследования, позволил по каждому показателю сравнить между собой четыре группы респондентов – по полу (мужчины и женщины), по возрасту (18-34 и 35-69 лет), то есть: 1) мужчины, 18-34 лет; 2) мужчины, 35-69 лет; 3) женщины, 18-34 лет; 4) женщины, 35-69 лет.

Использованный размер выборки не позволил провести статистически надежное сравнение показателей между регионами внутри страны и по типу населенного пункта (город/село), что изначально не входило в задачи исследования.

Подбор и обучение персонала

Семинары и тренинги в рамках подготовки к проведению исследования STEPS в Таджикистане были проведены при поддержке ВОЗ для подготовки интервьюеров, супервайзеров и руководителей исследования в два этапа.

ЭТАП I. Семинар по внедрению эпидемиологического надзора за факторами риска неинфекционных заболеваний на страновом уровне

Первый этап предусматривал подготовку ключевых лиц из группы руководителей исследования, чья профессиональная деятельность непосредственно связана с его целью (эпидемиология, статистика, кардиология, эндокринология) в рамках обучающего семинара по внедрению эпидемиологического надзора за факторами риска НИЗ на страновом уровне.

Помимо обоснования актуальности запланированного исследования, продиктованной глобальным бременем НИЗ, их ростом, широкой распространённостью факторов риска, необходимостью ознакомления с методологией проведения исследования STEPS, основной целью тренинга стала выработка стратегии и выборка репрезентативного материала, отвечающего демографическим показателям Республики Таджикистан. В рамках запланированной программы обучения, основой которой явился интерактивный лекционный курс, была проведена отработка практических навыков с использованием оборудования и материалов, необходимых в будущем исследовании. Тренинг проводился в течение четырех дней (общая продолжительность занятий – 24 учебных часа).

Программа семинара по внедрению эпидемиологического надзора STEPS

День 1

- Цели и задачи семинара.
- Актуальность и обоснование проблемы НИЗ и их факторов риска.
- Методология и поэтапный подход STEPS к эпидемиологическому надзору за факторами риска неинфекционных заболеваний:
 - основные этапы исследования;
 - способ отбора домохозяйств из генеральной совокупности;
 - навыки интервьюирования и работы в выбранных домохозяйствах;
 - способ сбора данных с помощью планшета с демонстрацией отбора одного человека; - в выбранном домохозяйстве с помощью метода Киша;
 - важность информирования участников исследования, получение согласия и приверженность участников исследования.

День 2

- Демонстрация основного инструмента обследования STEPS – руководство и опросники.
- Основные и расширенные модули инструмента, возможность выбора различных программ исследования.
- Работа и отработка навыков использования планшета (запись и проверка информации на планшете).
- Отработка навыков интервьюеров.

День 3

- Ознакомление со вторым этапом исследования — физическим осмотром: демонстрация основных стандартизованных инструментов для измерения артериального давления, роста, веса, объема талии и бедер.
- Вопросы точности проведения измерений.
- Отработка навыков сбора информации и занесения точных данных в планшет.

День 4

- Обсуждение параметров и объема выборки исследуемого населения и домохозяйств.
- Предварительное обсуждение дальнейших шагов по внедрению инструмента STEPS на национальном уровне.
- Итоги тренинга, с раздачей наглядного материала и электронных носителей, содержащих обучающую информацию.



30 человек прошли 5-дневное обучение по подготовке и планированию проведения STEPS-исследования

ЭТАП II. Тренинг по подготовке интервьюеров к проведению STEPS-исследования в Республике Таджикистан

МЗСЗН РТ был издан Приказ о проведении семинара «Организация исследования STEPS - инструмента ВОЗ по эпиднадзору факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Таджикистан», предусматривающего обучение 30 человек (10 супервайзеров и 20 интервьюеров) по обсуждённой на первом этапе подготовки специалистов в г. Душанбе и утвержденной программе. Все участники семинара были представлены специалистами, связанными непосредственно со сферой НИЗ (кардиологи, эндокринологи, терапевты, специалисты в области питания, здорового образа жизни, профилактики, эпидемиологии, и статистики). Практически все специалисты имели опыт проведения научных исследований и в последующем приняли непосредственное участие в исследовании.

Как и на предыдущем семинаре по внедрению эпидемиологического надзора за факторами риска НИЗ, обучение состояло из интерактивного лекционного курса и практических занятий, а также работы в малых группах (супервайзер и три-четыре интервьюера), где отрабатывались навыки работы в команде и навыки стандартизованного сбора данных.

Тренинг проводился в течение 5 дней с отработкой навыков сбора информации в пилотном исследовании.

Программа тренинга подготовки интервьюеров в Таджикистане

День 1

- Введение, цели и задачи тренинга, обзор глобальной методологии исследования STEPS, обзор эпидемиологии факторов риска НИЗ в Республике Таджикистан;
- Обзор навыков проведения интервью, работа с планшетами Android, отбор домохозяйств и респондентов в домохозяйствах;
- Навыки проведения интервью, информирование участников об обследовании, получение письменного согласия на участие в обследовании и их приверженность к участию в исследовании;
- Работа с планшетами на базе процессора Android, нумерация членов домохозяйства, отбор одного респондента в выбранном домохозяйстве методом Киша.

День 2

- Обзор первого дня тренинга, роль каждого участника группы сбора данных в проведении исследования;
- Ознакомление с инструментом сбора данных для проведения ЭТАПА 1 обследования, работа с руководством о проведении интервью по методу «вопрос за вопросом», детальный разбор каждого вопроса в вопроснике, использование демонстрационных карточек;
- Отработка навыков интервьюирования и сбора данных по поведенческим факторам риска в малых группах.

День 5

- Отработка навыков сбора данных в поле в пилотном обследовании;
- Разбор опыта отработки навыков в поле, выявление ошибок, пробелов, трудностей и барьеров во время сбора данных в пилотном обследовании.

День 3

- Демонстрация оборудования для проведения физических измерений - ЭТАП 2 обследования;
- Демонстрация и отработка навыков стандартного измерения артериального давления, роста, веса, окружности талии и бедер;
- Отработка навыков физикальных измерений в малых группах.

День 4

- Демонстрация оборудования и расходных материалов для проведения биохимических измерений – ЭТАП 3 обследования;
- Ознакомление с правилами забора образцов крови для определения уровней глюкозы и липидов крови, и правилами сбора образцов мочи для определения содержания натрия и креатинина для оценки потребления соли;
- Отработка полного цикла обследования STEPS, включающего все 3 шага, в малых группах;
- Распределение оборудования и расходных материалов между группами. Инструктаж перед проведением пилотного обследования.

4. Результаты исследования

4.1 Объем выборки и уровень отклика

Всего для участия в исследовании был отобран 2881 взрослый человек в возрасте от 18 до 69 лет, из которых прошли обследование 2718 человек или 94,3%. 163 человека по различным причинам (отказ, отсутствие в ДХ и другие) не приняли участие в исследовании.

4.2 Социально-демографическая характеристика обследованных

Проведен анализ социально-демографических показателей: возраст, пол, семейное положение, образование, вид занятости респондентов за последние 12 месяцев.

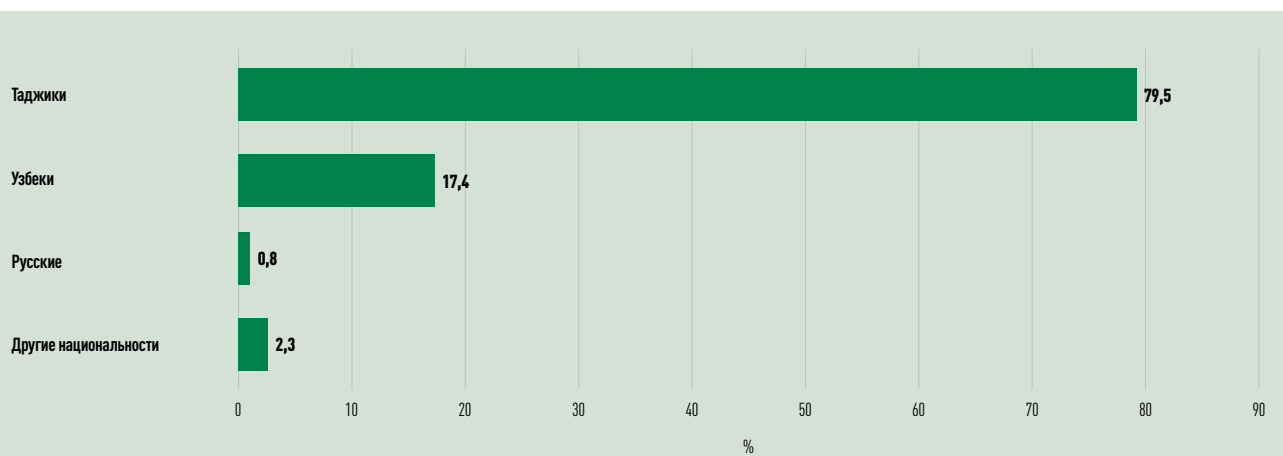
Данные о возрасте и половой принадлежности указали 2718 человек, из них 1100 мужчин (40,5%) и 1618 женщин (59,5%). Распределение респондентов по возрастным группам представлено в Таблице 3.

Таблица 3. Распределение населения, принявшего участие в исследовании, по полу и возрастным группам (%)

Возрастная группа (лет)	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	n	%	n	%	n	%
18-34	421	39,6	642	60,4	1063	100,0
35-69	679	41,0	976	59,0	1655	100,0
18-69	1100	40,5	1618	59,5	2718	100,0

Рисунок 1. Распределение населения, принявшего участие в обследовании, по национальной/этнической принадлежности (%)

Большая часть респондентов была представлена таджиками – 79,5%, остальные национальности были распределены следующим образом: узбеки – 17,4%, русские – 0,8%, другие национальности – 2,3%. Распределение по этническим группам представлено на Рисунке 1.



Образование

Среднее число лет образования в целом по выборке составило 11,1 лет: 11,9 лет у мужчин и 10,5 лет у женщин.

Наибольшая доля населения имела законченное среднее образование: 44,8% мужчин и 49,3% женщин. Каждый четвертый мужчина и каждая десятая женщина имели высшее образование: 24,0% и 10,8%, соответственно. Лица с образованием ниже законченного среднего были в меньшинстве среди мужчин. Однако свыше 25% женщин имели образование ниже законченного среднего (Таблица 4).

Таблица 4. Распределение населения по наивысшему уровню образования, по полу и возрастным группам (%)

Возрастные группы (лет)	n	Ниже начального образования	Начальное образование	Незаконченное среднее образование	Законченное среднее образование	Базовое среднее специальное образование	Среднее специальное/ профессиональное	Высшее образование
Мужчины								
18-34	416	0,7	1,4	13,5	49,0	4,3	6,0	25,0
35-69	678	0,1	1,0	4,4	42,2	12,2	16,5	23,5
18-69	1094	0,4	1,2	7,9	44,8	9,2	12,5	24,0
Женщины								
18-34	639	1,6	7,8	27,5	45,2	1,4	5,8	10,6
35-69	976	0,7	1,6	19,3	51,9	4,0	11,6	10,9
18-69	1615	1,1	4,1	22,5	49,3	3,0	9,3	10,8

Семейное положение

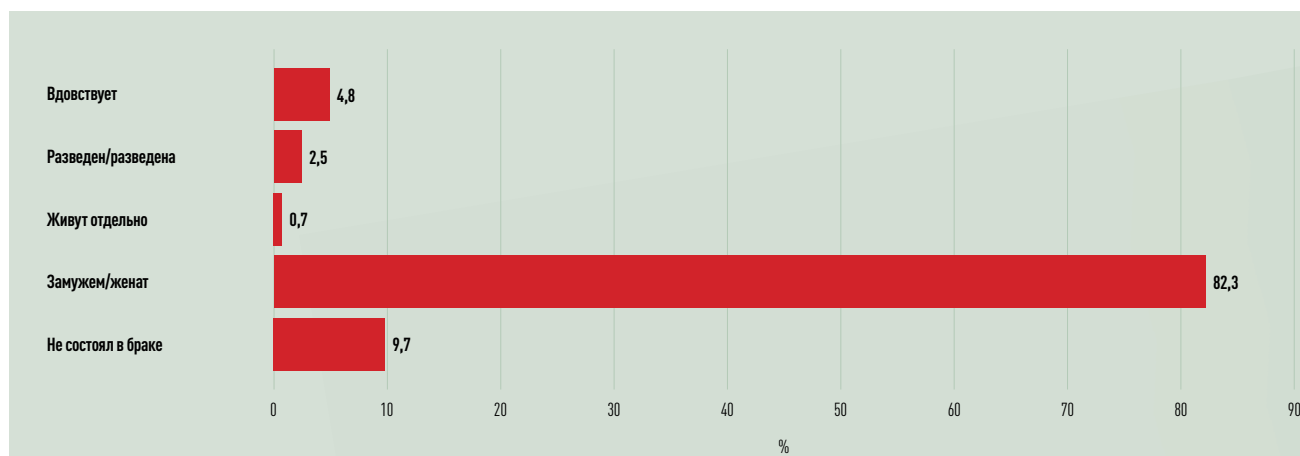
Семейное положение является одной из ведущих социальных детерминант здоровья. Ответ на вопрос о семейном положении дали 2714 респондентов. Наиболее многочисленную группу составили семейные лица (женат/замужем) (82,3%): среди мужчин 85,8%, среди женщин 79,9%.

К группе «холост/не замужем (никогда не был/а)» отнесли себя 9,7% населения: 12,8% мужчин и 7,5% женщин.

К группе «разведен/а» принадлежали 2,5% населения: 0,8% мужчин и 3,6% женщин. К группе «женат/замужем, но живут раздельно» отнесли себя 0,7% населения: 0,2% мужчин и 1,1% женщин. Вдовцами/вдовами были 4,8% населения: 0,4% мужчин и 7,9% женщин.

Никто из респондентов не сообщил о состоянии в гражданском (не зарегистрированном) браке, что можно связать с информационной ошибкой дачи социально приемлемых ответов (Рисунок 2).

Рисунок 2. Распределение населения по семейному статусу, оба пола (%)



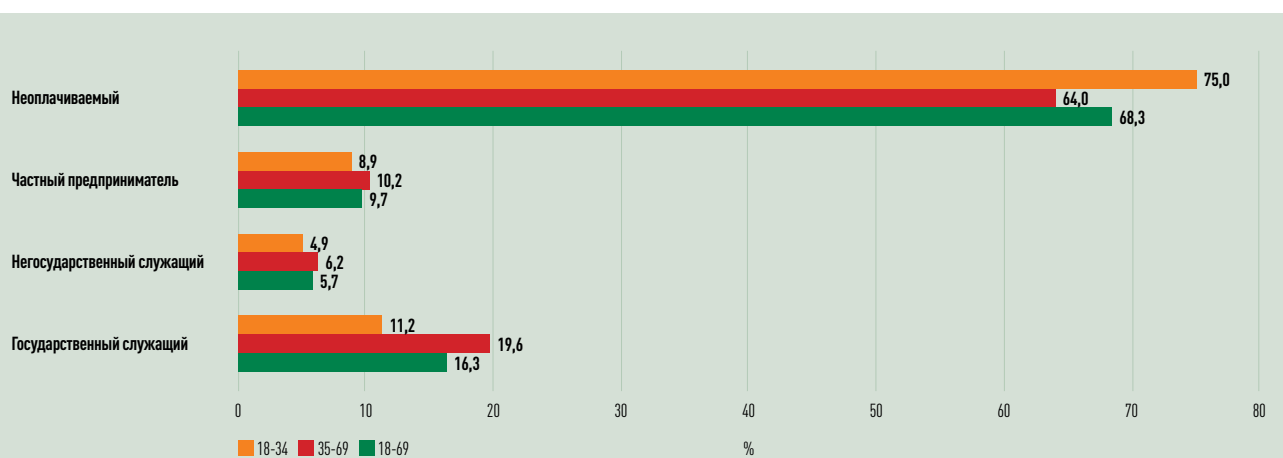
Статус занятости

Занятость населения является одной из важных социально-экономических детерминант, которая имеет прямое влияние на показатели здоровья населения, при этом именно эта характеристика задаёт направление социальной политике, расширению прав и возможностей человека, повышению его благосостояния и удовлетворению его потребностей. На Рисунке 3 показано распределение обследованного населения по сферам занятости.

Среди 2718 респондентов, принявших участие в исследовании, на этот вопрос ответ дали 2714 человек. Наибольшая доля населения в течение последнего года занималась неоплачиваемым трудом (68,3%): среди мужчин 52,2%, среди женщин 79,3%. Очень высокая доля женщин, занимающихся неоплачиваемым трудом, связана с тем, что в сельской местности подавляющее число женщин вынуждены вести домашнее хозяйство. Лишь 16,3% населения являлись работниками государственных организаций: среди мужчин 19,1%, среди женщин 14,4%. Среди работников государственных организаций преобладало население старшего возраста (18-34 лет 19,6% и 35-69 лет – 11,2%) и лица мужского пола (мужчины 19,1% и женщины – 14,4%).

Еще меньше работников были самозанятыми (9,7%): среди мужчин таковых было 18,8%, среди женщин – 3,5%. Самую малочисленную группу составили работники негосударственных организаций (5,7%): среди мужчин 9,8%, среди женщин – 2,8% (Рисунок 3).

Рисунок 3. Распределение населения по статусу занятости, по возрастным группам (%)



Данные о социальном статусе неоплачиваемого населения мужского пола представлены в таблице 6. Наибольшую долю неоплачиваемых лиц мужского пола составили пенсионеры (13,6%), за ними следуют студенты (10,1%). Незначительная доля неоплачиваемого населения мужского пола была представлена лицами, работающими дома (2,8%), и работающими, но не получающими заработную плату (2,1%). Подавляющее большинство мужчин, не получающих заработную плату, были способны работать (68,2%), и лишь (3,1%) не были способны работать.

Возрастные группы (лет)	n	Не получающие заработную плату	Студенты	Работающие дома	Пенсионеры	Безработные	
						Способные работать	Неспособные работать
18-34	239	2,1	24,3	3,3	0,4	68,6	1,3
35-69	334	2,1	0,0	2,4	23,1	68,0	4,5
18-69	573	2,1	10,1	2,8	13,6	68,2	3,1

При анализе характеристик женщин, не получающих зарплату, было выявлено, что 81,5% из них были домохозяйками, 11,2% - пенсионерками, 3,0% - студентками, 0,2% занимались неоплачиваемым трудом. 3,7% сохранили способность работать и лишь 0,5% не были способны работать (Таблица 6).

Таблица 5. Социальный статус неработающих или занимающихся неоплачиваемым трудом мужчин, с распределением по возрасту (%)

Возрастные группы (лет)	n	Не получающие заработную плату	Студенты	Работающие дома	Пенсионеры	Безработные	
						Способные работать	Неспособные работать
18-34	558	0,2	6,6	89,6	0,0	3,4	0,2
35-69	724	0,1	0,1	75,3	19,8	3,9	0,8
18-69	1282	0,2	3,0	81,5	11,2	3,7	0,5

Из общего числа неоплачиваемых лиц обоего пола 23,6% являлись безработными, способными работать, и только 1,3% лиц обоего пола не могли работать по состоянию здоровья, 0,8% занимались неоплачиваемым трудом, 57,2% работали дома, 11,9% являлись пенсионерами (Таблица 7).

Таблица 6. Социальный статус неработающих или занимающихся неоплачиваемым трудом женщин, с распределением по возрасту (%)

Возрастные группы (лет)	n	Не получающие заработную плату	Студенты	Работающие дома	Пенсионеры	Безработные	
						Способные работать	Неспособные работать
18-34	797	0,8	11,9	63,7	0,1	23,0	0,5
35-69	1058	0,8	0,1	52,3	20,8	24,1	2,0
18-69	1855	0,8	5,2	57,2	11,9	23,6	1,3

Для полноценной картины социально-экономической ситуации в стране согласно методологии STEPS следующим шагом была оценка среднедушевого дохода. Согласно материалам Статистического ежегодника Республики Таджикистан 2014 г. прожиточный минимум в РТ в 2013 г. для трудоспособного возраста составил 261,1 сомони в месяц при среднемесячной заработной плате в народном хозяйстве – 694,9 сомони в месяц.

Таблица 7. Социальный статус неработающих или занимающихся неоплачиваемым трудом лиц, с распределением по возрасту, оба пола (%)

В исследовании STEPS распределение общего объема денежных доходов по 20-процентным квинтильным группам населения складывается в пользу пятой группы (свыше 449 сомони), составляющей 61,5% всех денежных доходов населения, тогда как на долю первой и второй групп населения (наиболее уязвимых групп населения) приходится по 4,4 % всех доходов (Таблица 8).

Таблица 8. Распределение населения по квинтилям предполагаемого дохода домохозяйств (%)

Квинтиль 1 (<165 сомони): ниже 21,2 долл.США	Квинтиль 2 (165-210 сомони): 21,2-27,0 долл.США	Квинтиль 3 (211-279 сомони): 27,0-35,9 долл.США	Квинтиль 4 (280-449 сомони): 36,0-57,7 долл.США	Квинтиль 5 (>449 сомони): свыше 57,8 долл.США
4,4	4,4	7,7	22,0	61,5

41,7%
 мужчин в возрасте 35-69
 лет употребляют табак

Выводы по разделу «Социально-демографическая характеристика»

Представленные в данном разделе социодемографические характеристики обследованных свидетельствуют о некоторых особенностях населения РТ: основное население является таджиками по национальности, около половины имеют базовое среднее образование, более трёх четвертей состоят в браке, при этом среди женщин преобладают домохозяйки. Доходы населения являются невысокими, большая доля населения занята на неоплачиваемой работе. Эти особенности могут влиять на образ жизни, характер питания, пищевые привычки, отношение к физической активности, употребление табака и алкоголя, на своевременное обращение за медицинской помощью, отношение к здоровью и на другие аспекты, связанные с факторами риска неинфекционных заболеваний.

4.3 Употребление табака

Употребление табака является одним из основных факторов риска НИЗ и одновременно предотвратимой причиной заболеваний и преждевременной смертности во всем мире. По данным ВОЗ, от последствий, связанных с употреблением табака, ежегодно умирает более 8 миллионов человек.

В этом разделе представлены результаты анализа потребления табака в РТ по таким показателям: наличие у респондента привычки употреблять табачные изделия в настоящее время и в прошлом; возраст начала курения; стаж курения; количество табака, выкуриваемого ежедневно; тип употребляемой табачной продукции. Некурящим респондентам задавался вопрос, подвержены ли они воздействию табачного дыма на работе или в домашних условиях.

Употребление курительного и бездымного табака

В целом среди жителей РТ любой вид табачных изделий (курительный и/или бездымный) употребляет 13,5% населения: 25,7% мужчин и 0,2% женщин. Самая большая доля потребителей табака выявлена среди мужчин в возрастной группе 35-69 лет (41,7%), что статистически значимо выше, чем среди мужчин в возрасте 18-34 лет (19,7%) (Таблица 9).

Таблица 9. Доля населения, употребляющего в настоящее время любой вид табака (курительный и/или бездымный), среди всего населения, по полу и возрастным группам (%; 95% ДИ)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	ДИ 95%	n	%	ДИ 95%	n	%	ДИ 95%
18-34	421	19,7	15,1-24,4	642	0,1	0,0-0,2	1063	10,0	7,5-12,5
35-69	679	41,7	36,2-47,3	976	0,5	0,1-0,9	1655	24,1	20,6-27,6
18-69	1100	25,7	21,7-29,7	1618	0,2	0,0-0,3	2718	13,5	11,3-15,6

Ежедневно употребляют табак (курительный и/или бездымный) 9,7% населения: мужчин 18,5%, женщин 0,1%. Почти каждый третий мужчина (30,0%) в возрастной группе 35-69 лет употреблял табак в том или ином виде ежедневно, что статистически значимо выше, чем среди мужчин в возрасте 18-34 лет (14,2%) (Таблица 10).

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	ДИ 95%	n	%	ДИ 95%	n	%	ДИ 95%
18-34	421	14,2	10,3-18,2	642	0,1	0,0-0,2	1063	7,2	5,1-9,3
35-69	679	30,0	24,8-35,2	976	0,3	0,0-0,6	1655	17,3	14,0-20,6
18-69	1100	18,5	15,1-21,9	1618	0,1	0,0-0,3	2718	9,7	7,9-11,5

Употребление курительного табака (включая сигареты)

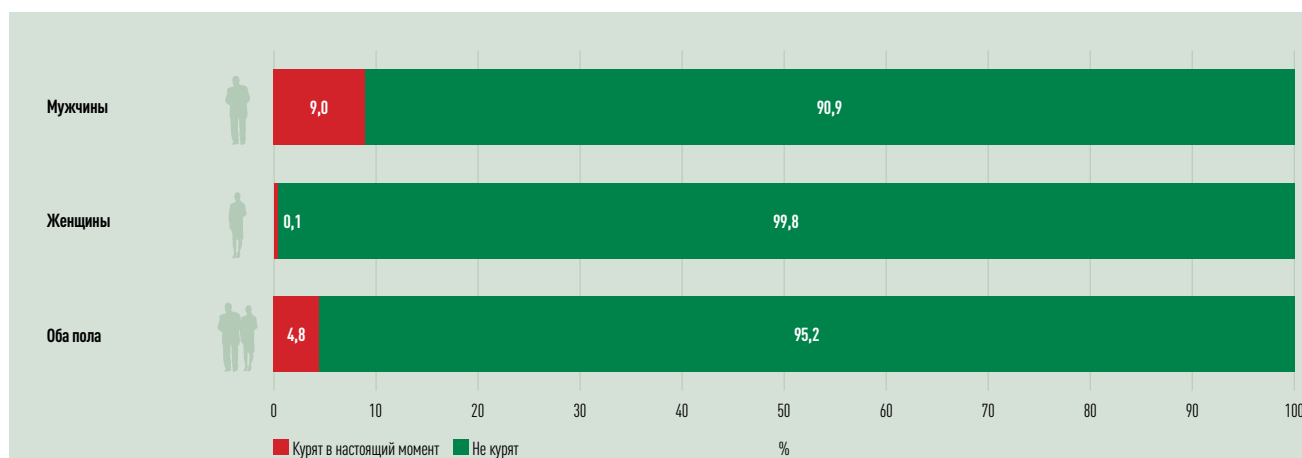
Доля потребителей всех видов курительной табачной продукции (курящих в настоящее время) среди населения обоего пола составила 4,8% (среди мужчин 9,0%, среди женщин 0,1%) (Рисунок 4), при этом:

- в возрастной группе 18-34 лет курят 4,2% (среди мужчин 8,4%, среди женщин 0,1%);
- в возрастной группе 35-69 лет курят 6,3% (среди мужчин 10,8%, среди женщин 0,3%).

Таким образом, несмотря на относительно низкую распространенность курения в РТ в целом, подтверждается гендерный детерминизм в курении табака, когда большая частота данного фактора риска встречается у мужчин, чем у женщин (9,0% и 0,1%) (Рисунок 4). При этом как среди мужчин, так и среди женщин распространённость курения выше в старшей возрастной группе (35-69 лет): 10,8% и 0,3%, соответственно.

Таблица 10. Доля населения, ежедневно употребляющего любой вид табака (курительный и/или бездымный), среди всего населения, по полу и возрастным группам (%; 95% ДИ)

Рисунок 4. Доля населения, курящего табак в настоящее время, по полу (%)



В Таблице А. 1 и Таблице А. 2 в Приложении А представлено распределение населения по статусу курения табака и возрастным группам:

- наиболее многочисленную группу составили никогда не курившие лица (91,0%): среди мужчин таковых было 82,9%, среди женщин 99,7%;
- второй по численности группой являются курящие мужчины (9,0%), в которую входят курящие ежедневно (5,7%) и курящие не каждый день (3,3%);
- к числу бывших курильщиков отнесли себя 8,0% населения мужского пола.

Таблица 11. Доля населения, курящего табак ежедневно (от числа курящих табак в настоящее время), по полу и возрастным группам (%; 95% ДИ)

Возрастная группа (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	ДИ 95%	n	%	ДИ 95%	n	%	ДИ 95%
18-34	41	58,9	38,3-79,6	2	100,0	100,0-100,0	43	59,4	38,9-79,8
35-69	89	73,0	61,3-84,7	5	87,8	54,3-100,0	94	73,3	61,8-84,8
18-69	130	63,5	48,8-78,2	7	94,4	76,1-100,0	137	63,9	49,4-78,4

Среди лиц, указавших, что они в настоящее время курят табачную продукцию, ежедневно курящими признали себя 63,9% (63,5% мужчин и 94,4% женщин). Следует отметить, что из-за малого размера выборки у женщин результаты оценки курения среди них следует интерпретировать с осторожностью.

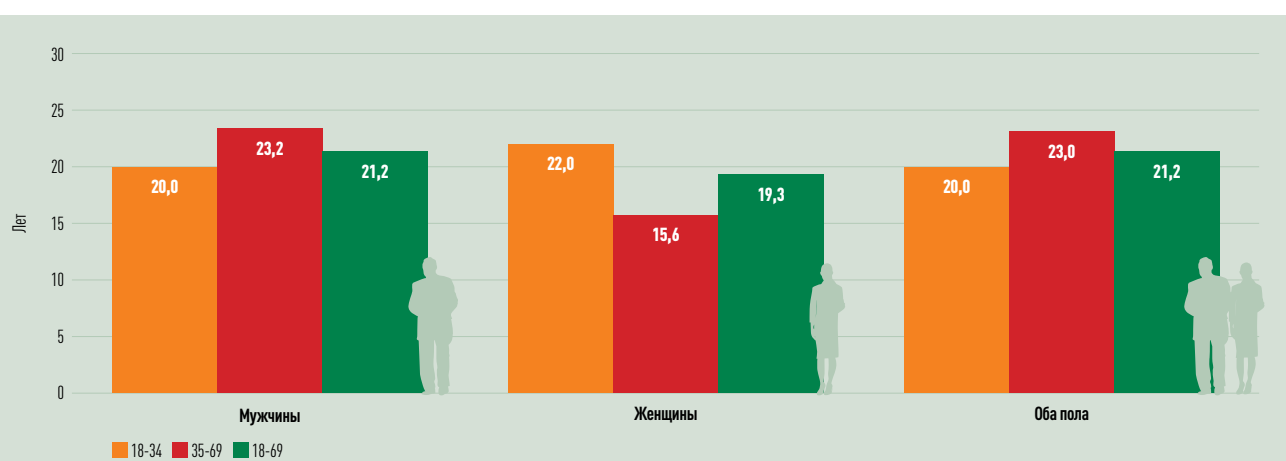
Наибольшая доля ежедневно курящих мужчин (от числа курящих в настоящее время) отмечается в возрастной группе 35-69 лет (73,0%). (Таблица 11).

Средний возраст начала курения табака в целом по выборке составил 21,2 года (среди мужчин 21,2 года, среди женщин 19,3 лет). Отмечается более раннее начало курения в более молодой возрастной группе у мужчин: 20 лет и 23,2 года среди жителей в возрасте 18-34 и 35-69 лет, соответственно (Рисунок 5).

Стаж курения табака в целом по выборке составил в среднем 27,3 лет, среди мужчин – 27,2 лет, среди женщин – 29,4 лет.

Доля курящих промышленно произведенные сигареты среди курящих табак в настоящее время составила 89,9% (среди мужчин 89,8%), а среди курящих ежедневно – 97,4% (среди мужчин 97,3%). В возрастной группе 18-34 лет 98,4% ежедневно курящих табак употребляли промышленно произведенные сигареты.

Рисунок 5. Средний возраст начала курения табака, по полу и возрастным группам (М)



Ежедневно курящие мужчины и женщины выкуривали в среднем 7,5 фабричных сигарет в день: мужчины 7,6, женщины 4,8.

Для населения страны менее характерно употребление других видов курительных табачных изделий. Данные в разрезе возрастных групп представлены в Приложении А.

Среди лиц, которые употребляют табак в любой форме в настоящее время (включая ежедневно употребляющих табак и употребляющих табак в настоящее время) используются следующие виды табачных изделий:

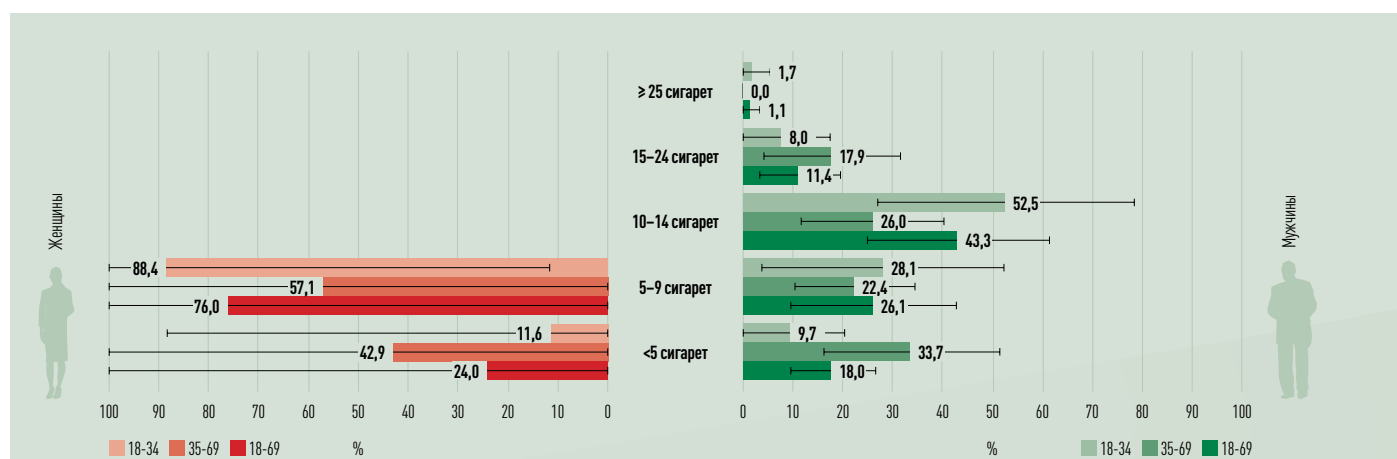
- фабричные сигареты 78,6% (мужчины – 78,4%, женщины – 94,4%);
- сигареты, папиросы, скрученные вручную 23,0% (мужчины – 23,3%, женщины – 0%);
- трубки, набитые табаком 10,4% (мужчины – 10,5%, женщины – 3,9%);
- сигары, манильские сигары и сигариллы 30,7% (мужчины – 30,9%, женщины – 20,7%);
- данные по кальянным сессиям (один раз заряженный кальян) вероятно, были ненадежными, так как среди мужчин никто не отметил курение кальяна (0%), тогда как среди очень малого числа женщин, сообщивших о курении, 5,6% отметили курение кальяна;
- другой табак употребляли 6,6% населения (6,6% мужчин и 10,2% женщин) (у женщин из-за сверхмалого размера выборки данные следует считать ненадежными).

Доли ежедневно курящих сигареты лиц в зависимости от числа выкуриваемых в день сигарет среди мужчин и женщин составили:

- <5 сигарет 18,1% (мужчины – 18,0%, женщины – 24,0%);
- 5-9 сигарет в день 27,0% (мужчины – 26,1%, женщины – 76,0%);
- 10-14 сигарет 42,5% (мужчины – 43,3%, женщины – 0%);
- 15-24 сигарет 11,2% (мужчины – 11,2%, женщины – 0%);
- ≥25 сигарет - 1,1% (мужчины – 1,1%, женщины – 0%).

Больше всего курящих ежедневно (42,5%) выкуривали примерно половину пачки сигарет в день (10-14 штук) и это были мужчины. Каждый десятый житель мужского пола выкуривал пачку сигарет в день. Информация в разрезе возрастных групп приведена в Приложении А и на Рисунке 6.

Рисунок 6. Доля курящих в зависимости от числа сигарет, выкуриваемых ежедневно, по полу и возрастным группам (%; 95% ДИ)



Доля лиц, куривших ежедневно в прошлом, среди всего населения составила 3,1% (среди мужчин 5,9%, среди женщин 0,2%). Среди всех принявших участие в исследовании мужчин и женщин наибольшая доля бывших ежедневных курильщиков пришлась на возраст 35-69 лет: 11,1% и 0,2%, соответственно. Доля бывших ежедневных курильщиков среди когда-либо ежедневно куривших составила 50,3%: среди мужчин 50,6%, среди женщин 23,8%).

Бездымный табак

Для РТ крайне важным является выявление лиц, употребляющих бездымный табак, поскольку именно такая распространенная в Таджикистане форма табачной продукции является сложной для определения, так как часто упускается из внимания врачами и пациентами при опросе в ходе проведения обследования.

Таблица 12. Распространенность употребления бездымного табака в настоящее время среди всего населения, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Среди всех обследованных выявлено 10,3% лиц, употребляющих бездымный табак. Среди мужчин таковых 19,7%, причем намного больше в возрастной группе 35-69 лет (33,2%) (Таблица 12).

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	п	%	ДИ 95%	п	%	ДИ 95%	п	%	ДИ 95%
18-34	421	14,7	10,5-18,9	642	0,0	0,0-0,0	1063	7,4	5,1-9,6
35-69	679	33,2	28,0-38,3	976	0,2	0,0-0,5	1655	19,1	15,9-22,3
18-69	1100	19,7	16,3-23,2	1618	0,0	0,0-0,1	2718	10,3	8,4-12,2

Доля бывших ежедневных потребителей бездымного табака среди всего населения составила 2,5% (мужчин 4,5%), а среди когда-либо ежедневно употреблявшего бездымный табак населения 25,0% (мужчин 24,9%). Информация о долях бывших ежедневных потребителей бездымного табака с распределением по полу и возрастным группам представлена в таблицах в Приложении А.

Отказ от табака

Среднее число лет с момента отказа от курения, указанное респондентами, составило:

- в возрасте 18-34 лет 5,0 лет; у мужчин 5,0 лет, у женщин 8,0 лет;
- в возрасте 35-69 лет 20,8 лет; у мужчин 21,0 год, у женщин 9,9 лет.

Доля курящих в настоящее время, которые пытались бросить курить в течение последних 12 месяцев, составила 67,5% (среди мужчин 68,0%, среди женщин 26,8%). Распределение пытавшихся бросить курить по возрастным группам представлено в Таблице 13. Наибольшая доля курильщиков, пытавшихся бросить курить, пришлось на возраст 18-34 лет (69,2%); среди мужчин 69,7%, среди женщин 44,8%.

Таблица 13. Доля курящих табак в настоящее время, которые пытались бросить курить в течение последних 12 месяцев, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Возрастная группа (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	п	%	ДИ 95%	п	%	ДИ 95%	п	%	ДИ 95%
18-34	41	67,3	48,3-86,2	2	11,6	0,0-56,8	43	66,7	48,0-85,4
35-69	89	69,7	57,6-81,8	5	44,8	15,9-73,6	94	69,2	57,3-81,1
18-69	130	68,0	55,0-81,1	7	26,8	0,0-66,1	137	67,5	54,6-80,4

Из числа курящих в настоящее время совет бросить курить от врача или другого медицинского работника получили 38,5% населения; получивших

такой совет среди мужчин было 38,8%, среди женщин – 23,4%. Совет бросить курить чаще получали жители в возрасте 35–69 лет (59,3%), как мужчины (59,7%), так и женщины (39,3%). В возрастной группе 18–34 лет каждый четвертый курящий мужчина и каждая десятая курящая женщина получили такой совет (25,6% и 11,6%, соответственно). (Таблица А. 3 в Приложении А, Рисунок 7)

Рисунок 7. Доля курящих в настоящее время, которые получили совет от врача бросить курить, по полу и возрастным группам (%; 95% ДИ)

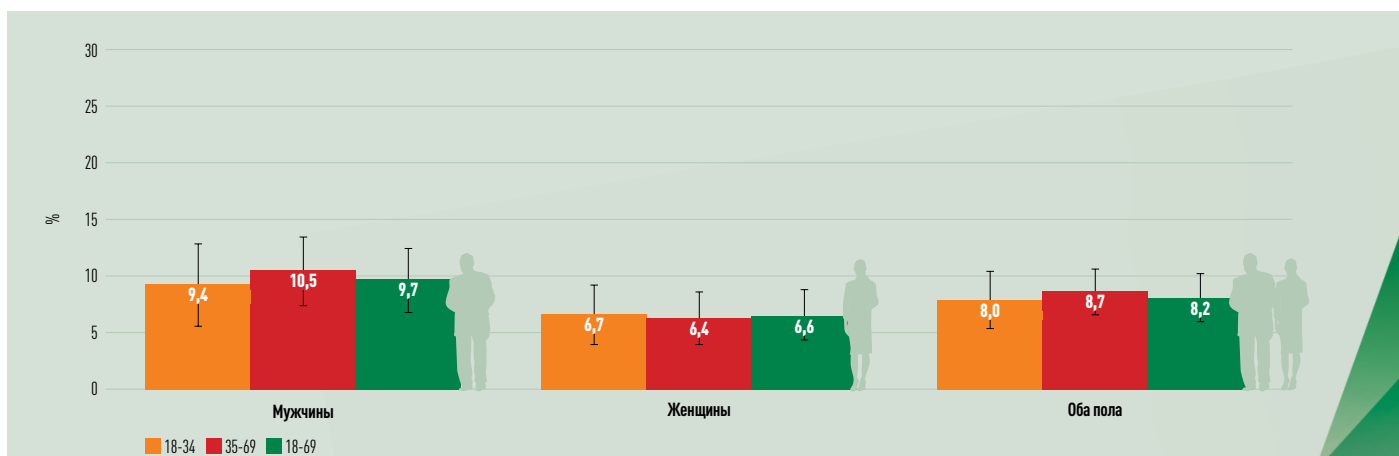


Пассивное курение

Вредному воздействию табачного дыма подвергаются как курильщики, так и находящиеся рядом некурящие люди. За последние 30 дней 9,7% мужчин и 6,6% женщин подвергались воздействию вторичного табачного дыма в домашних условиях. Существенных различий по возрасту пассивных курильщиков в домашних условиях не выявлено. (Таблица А. 4 в Приложении А, Рисунок 8)

В целом по выборке каждый десятый житель, который работал в закрытых помещениях, за последние 30 дней подвергался воздействию вторичного табачного дыма на рабочем месте – 14,9% среди мужчин и 4,3% среди женщин. Больше всего пассивных курильщиков на работе выявлено среди молодых мужчин в возрасте 18–34 лет, – каждый седьмой из них (15,1%) подвергался воздействию вторичного табачного дыма за последние 30 дней (Таблица А. 5 в Приложении А, Рисунок 9).

Рисунок 8. Распространенность подверженности табачному дыму (пассивному курению) дома, по полу и возрастным группам (%; 95% ДИ)



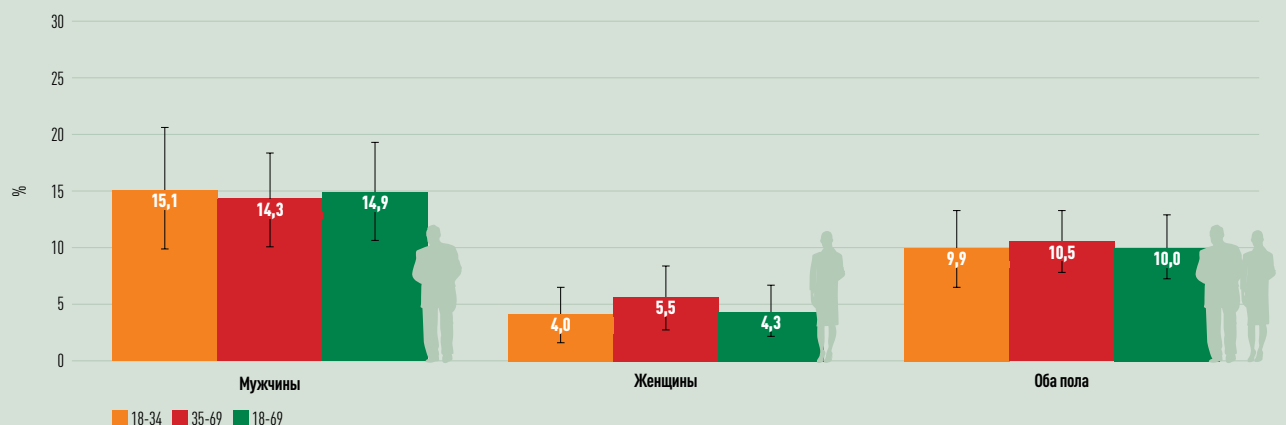


Рисунок 9. Распространенность подверженности табачному дыму (пассивному курению) на работе, по полу и возрастным группам (%; 95% ДИ)

Выводы по разделу «Употребление табака»

1. Результаты исследования показали, что 13,5% взрослого населения РТ употребляют табак (курительные и/или некурительные табачные изделия) – 18,5% мужчин и 0,1% женщин. Наиболее высокая распространенность потребления табачных изделий наблюдается среди мужчин в возрасте 35-69 лет (41,7%), причем 30,0% из них употребляют табачные изделия ежедневно.
2. Курительный табак употребляет относительно небольшая доля взрослого населения (4,8%). Выявлена значительная разница распространенности табакокурения в зависимости от пола: почти каждый десятый мужчина (9,0%) сообщил о курении. Одновременно с этим среди женщин распространенность курения приближается к нулю (0,1%), что может отражать некоторую недооценку реальной распространенности курения среди женщин в связи с вероятной информационной ошибкой, связанной с культурными факторами;
3. Распространенность ежедневного курения в целом по выборке и среди мужчин составляет 3,0% и 5,7%, соответственно. Среди курящего в настоящее время населения ежедневно курят 63,9% человек (среди мужчин 63,5%, среди женщин 94,4%);
4. Фабричные сигареты являются преобладающими курительными табачными изделиями среди ежедневно курящего населения (97,4%) и среди курящих в настоящее время (89,9%);
5. Среднее количество промышленно произведенных сигарет, выкуриваемых в день (для тех, кто курит промышленно произведенные сигареты) составляет 7,5 (7,6 среди мужчин и 4,8 среди женщин);
6. Среди мужчин, ответивших, что курят ежедневно, 52,5% в возрасте 18-34 лет выкуривают более 10 сигарет в день, в то время как 17,9% в возрасте 35-69 лет выкуривают более 15 сигарет в день;
7. Средний возраст начала курения составляет 21,2 года (у мужчин 21,2, у женщин 19,3 года);
8. Пассивному курению дома подвергается 8,2% населения (9,7% мужчин и 6,6% женщин), в то время как пассивному курению на рабочем месте подвергается 10,0% (14,9% мужчин и 4,3% женщин), что значительно увеличивает риск развития НИЗ от воздействия вторичного табачного дыма среди данных групп населения;
9. 10,3% всего населения и 19,7% мужчин РТ употребляют бездымный табак.

4.4 Употребление алкоголя

В исследовании был изучен статус потребления алкоголя, частота и средний объем употребления алкоголя, а также риски, связанные с употреблением алкоголя, которые использовались для расчета суммарного риска развития БСК. Анализ был проведен с учетом пола и возраста населения.

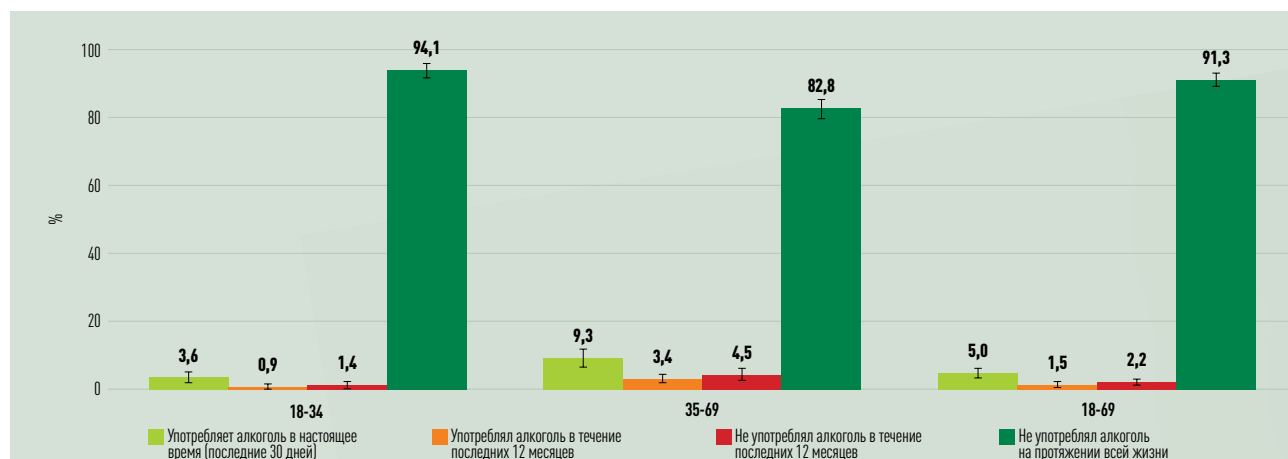
По результатам исследования 91,3% жителей обоего пола никогда не употребляли алкоголь. При этом лишь 5,0% населения сообщили, что употребляли алкоголь в течение последних 30 дней перед анкетированием (Таблица А. 6 в Приложении А, Рисунок 10). Известно, что потребление алкоголя сильно занижается в исследованиях и, в особенности, при проведении опросов в домашних хозяйствах из-за ряда факторов, таких как ошибка выборки, различные предубеждения, информационная ошибка памяти, ошибка неразглашения информации и т. д. В глобальном масштабе около 3/4 потребляемого алкоголя занижается в ходе проведения опросов, а в Республике Таджикистан занижение может быть еще большим из-за социальных и культурных норм. В Таджикистане при интерпретации результатов исследований по оценке потребления алкоголя следует принимать во внимание значительное влияние Ислама, осуждающего употребление алкоголя, причем это осуждение может быть еще более сильным в отношении женщин из-за традиционных гендерных ролей и норм.

Наибольшая доля лиц, употреблявших алкогольные напитки в течение последних 30 дней (употребление алкоголя в настоящее время), приходится на мужчин возрастной группы 35-69 лет – среди них каждый шестой житель употреблял алкоголь в течение последних 30 дней (15,6%), что было статистически значимо больше, чем среди мужчин в возрасте 18-34 лет (7,1%). 88,3% мужчин в возрастной группе 18-34 лет никогда не употребляли алкоголь, в возрасте 35-69 лет у мужчин эта доля была статистически значимо меньше (70,6%) (Таблица 14). Среди женщин алкоголь на протяжении всей жизни не употребляли 99,7%, поэтому распределение женщин по статусу употребления алкоголя в данном отчете не представлено в силу пренебрежимо малых цифр в отдельных категориях статуса потребления алкоголя у женщин.



88% мужчин в возрастной группе 18-34 года и 70% мужчин в возрастной группе 35-69 лет никогда не употребляли алкоголь

Рисунок 10. Распределение населения в зависимости от статуса потребления алкоголя, по возрастным группам, оба пола (% , 95% ДИ)



Возрастные группы (лет)	n	% пьет в настоящее время (последние 30 дней)	95% ДИ	Пил в прошлом 12 месяцев назад	95% ДИ	Трезвенник в течение последних 12 месяцев	95% ДИ	Трезвенник на протяжении всей жизни	95% ДИ
18-34	421	7,1	4,1-10,1	1,8	0,2-3,4	2,9	0,6-5,1	88,3	84,4-92,1
35-69	679	15,6	11,3-20,0	5,9	3,7-8,1	7,8	4,7-11,0	70,6	65,9-75,4
18-69	1100	9,4	6,9-11,9	2,9	1,5-4,3	4,2	2,3-6,1	83,5	80,2-86,7

Таблица 14. Распределение населения мужского пола в зависимости от статуса потребления алкоголя, по возрастным группам (% , 95% ДИ)

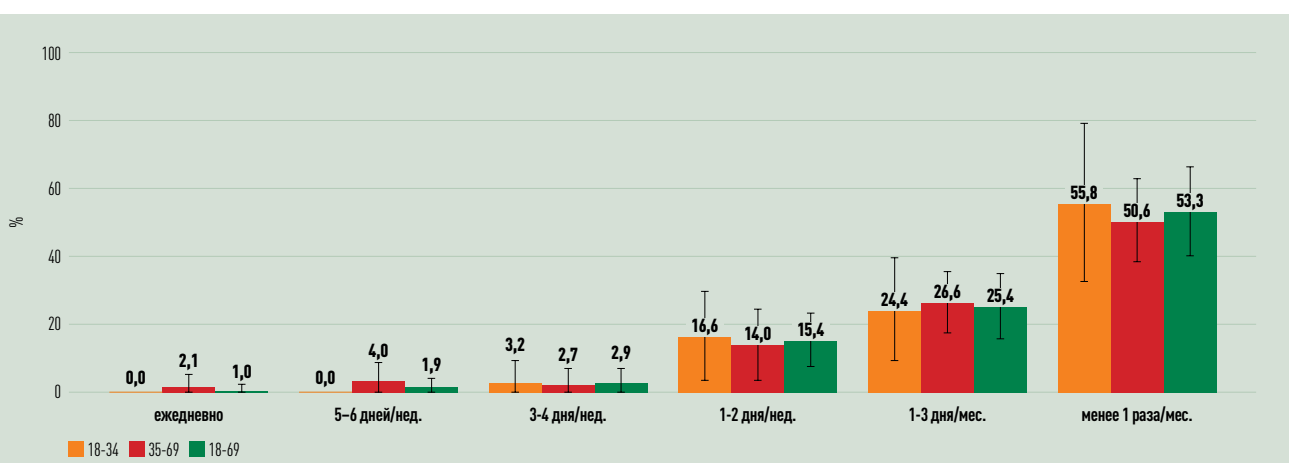
Доля лиц, ранее употреблявших алкоголь (тех, кто не пил в течение последних 12 месяцев), которые отказались от его употребления по состоянию здоровья, например, из-за негативного влияния алкоголя на здоровье или по рекомендации врача (или другого медицинского работника), среди лиц, которые употребляли алкоголь раньше, представлена в Таблице А. 7 в Приложении А.

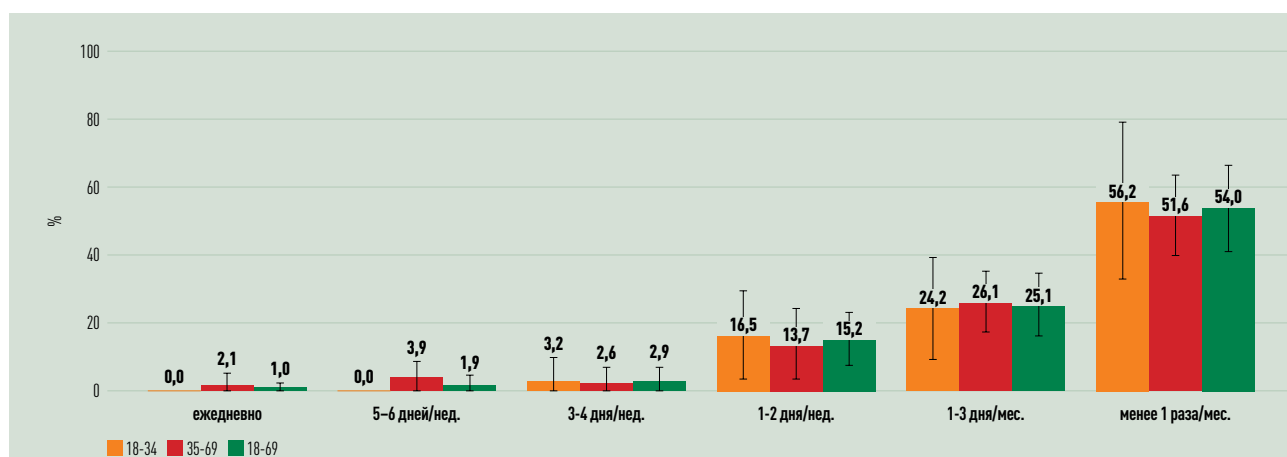
Почти каждый третий опрошенный прекратил употребление алкоголя по состоянию здоровья (29,9% по всей выборке, 30,1% среди мужчин). Наибольшая доля мужчин, прекративших употребление алкоголя, отмечена в возрастной группе 35-69 лет (39,9%).

Анализ частоты употребления алкоголя в последние 12 месяцев, предшествующих интервью, среди населения, которое употребляло алкоголь в течение предыдущих 12 месяцев, показал, что больше половины мужчин (53,3%) и подавляющее большинство женщин (89,7%) употребляют алкоголь реже, чем 1 раз в месяц. 1-3 раза в месяц выпивает каждый четвертый употребляющий алкоголь мужчина (25,4%) и каждая шестнадцатая женщина (6,3%). 1-2 раза в неделю употребляют алкоголь 15,4% мужчин и 2,2% женщин; 3-4 раза в неделю 2,9% мужчин и 0,3% женщин; 5-6 раз в неделю 1,9% мужчин и 1,8% женщин; ежедневно 1,0% мужчин и никто из женщин.

Рисунок 11. Распределение населения по частоте потребления алкоголя в течение последних 12 месяцев предшествовавших интервью, мужчины, по возрастным группам (% , 95% ДИ)

Распределение населения по частоте потребления алкоголя в течение 12 месяцев, предшествовавших интервью, среди мужчин по возрасту представлено на Рисунке 11, в целом по выборке – в Таблице А. 8 в Приложении А и на Рисунке 12.





Среди употребляющих алкоголь в настоящее время (употребляли в течение предыдущих 30 дней) средняя частота его употребления за последние 30 дней составила 4,9 раз (у мужчин 5,0 раз, у женщин 1,4 раза). Наибольшее среднее число случаев употребления алкоголя за последние 30 дней отмечено у мужчин в возрастной группе 35-69 лет (6,1 случаев/месяц) (Таблица А. 9 в Приложении А).

Среди употребляющих алкоголь в настоящее время среднее число стандартных порций, выпитых за один раз, составляет 3,9 (у мужчин 3,9, у женщин 1,3). Наибольшее среднее число стандартных порций, выпиваемых за один раз, отмечено у мужчин в возрастной группе 35-69 лет (4,2 стандартные порции); наименьшее у женщин в возрастной группе 18-34 года (1 стандартная порция) (Таблица А. 10 в Приложении А).

Доля населения с эпизодическим потреблением алкоголя в больших количествах была низкой во всех половозрастных группах. Самая большая доля в 2,4% отмечена в старшей возрастной группе 35-69 лет у мужчин (Таблица 15).

Рисунок 12. Распределение населения по частоте приема алкоголя в течение последних 12 месяцев предшествовавших интервью, по возрасту, оба пола, по возрастным группам (%; 95% ДИ)

Таблица 15. Доля населения, употребляющего алкоголь эпизодически в больших количествах, среди всего населения (≥ 60 грамм чистого алкоголя в среднем за один раз для мужчин и ≥ 40 грамм чистого алкоголя за один раз для женщин), по полу и возрастным группам (%; 95% ДИ)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18-34	417	1,2	0,0-2,4	642	0,0	0,0-0,0	1059	0,6	0,0-1,2
35-69	667	2,4	0,9-3,9	976	0,1	0,0-0,2	1643	1,4	0,5-2,3
18-69	1084	1,5	0,5-2,5	1618	0,0	0,0-0,1	2702	0,8	0,2-1,3

Доля населения с употреблением алкоголя в умеренных количествах среди всего населения составила 0,4% (Таблица 16).

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18-34	417	0,5	0,0-1,2	642	0,0	0,0-0,0	1059	0,2	0,0-0,6
35-69	667	1,7	0,5-2,8	976	0,1	0,0-0,2	1643	1,0	0,3-1,6
18-69	1084	0,8	0,2-1,4	1618	0,0	0,0-0,0	2702	0,4	0,1-0,7

Больше всего жителей отметили употребление алкоголя в малых количествах: 3,3% по всей выборке, 6,2% среди мужчин. Каждый десятый мужчина в возрасте 35-69 лет употреблял алкоголь в малых количествах (Таблица А. 11 в Приложении А).

Таблица 16. Доля населения, употребляющего алкоголь в умеренных количествах, среди всего населения (40-59,9 г чистого спирта в среднем за один раз для мужчин и 20-39,9 г чистого спирта в среднем за один раз для женщин), по полу и возрастным группам (%; 95% ДИ)

Оценка различных уровней потребления алкоголя среди употребляющих его в настоящее время (т.е. как минимум один раз за последние 30 дней), показала, что 17,8% мужчин употребляют алкоголь в больших количествах, 9,4% в умеренных количествах. Большинство населения (72,9%) употребляет спиртное в малых количествах (Таблица А. 12 в Приложении А). В связи с малым числом женщин, употребляющих алкоголь в настоящее время (12 человек), оценка употребления алкоголя по уровням потребления среди них не производилась.

Таблица 17. Среднее значение максимального числа стандартных порций алкоголя, принятых за 1 раз в течение последних 30 дней, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	п	среднее, %	95% ДИ	п	среднее, %	95% ДИ	п	среднее, %	95% ДИ
18-34	26	4,2	3,0-5,4	1	1,0	0,3-1,2	27	4,1	3,0-5,3
35-69	94	8,8	5,3-12,4	11	1,7	0,5-2,2	105	8,6	5,1-12,0
18-69	120	6,2	4,3-8,2	12	1,5	0,4-1,9	132	6,1	4,2-8,1

Употребляющие алкоголь в настоящее время мужчины максимально за один раз употребляют 6,2 стандартных порций алкоголя, женщины статистически значимо меньше (1,5 порции), оба пола 6,1 порций (Таблица 17).

Таблица 18. Доля населения, употребившего 6 и более стандартных порций алкоголя за 1 раз как минимум однажды за последние 30 дней (эпизодическое употребление алкоголя в большом количестве), по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Возрастная группа (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	п	%	95% ДИ	п	%	95% ДИ	п	%	95% ДИ
18-34	421	3,9	1,8-6,0	642	0,0	0,0-0,0	1063	2,0	0,9-3,1
35-69	679	11,5	7,6-15,4	976	0,5	0,0-0,9	1655	6,8	4,4-9,1
18-69	1100	6,0	4,0-7,9	1618	0,1	0,0-0,2	2718	3,2	2,1-4,2

Более 6 порций алкоголя за один раз принимают 6,0% мужчин: в группе 18-34 лет статистически значимо меньше (3,9%) в сравнении с группой 35-69 лет (11,5%). У женщин данный показатель равен 0,1%. Среди лиц обоего пола 3,2%, в старшей возрастной группе статистически значимо больше, чем в группе 18-34 лет (2,0% и 6,8%, соответственно). Данные представлены в Таблице 18.

Таблица 19. Среднее число случаев потребления алкоголя в количестве 6 и более порций за один раз за последние 30 дней, среди употребляющего алкоголь в настоящее время населения, по полу и возрастным группам (М)

Возрастные группы (лет)	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	п	М	п	М	п	М
18-34	26	1,4	1	0,0	27	1,4
35-69	96	2,3	11	1,1	107	2,2
18-69	122	1,8	12	0,8	134	1,8

При оценке среднего числа приема шести и более порций алкоголя населением за последние 30 дней было определено, что мужчины употребляют алкоголь в таком количестве в среднем 1,8 раз, женщины в 2 раза реже, лица обоего пола 1,8 раз (Таблица 19).

В течение последних 7 дней большинство лиц, употребляющих алкоголь в настоящее время (53,4%), выпивали 1-2 дня в неделю, каждый третий выпивающий человек вообще не употреблял алкоголь за последние 7

дней (35,8%). Больше всего ежедневно употреблявших алкоголь лиц зарегистрировано среди мужчин в возрасте 35-69 лет (8,1%). Среди женщин никто не употреблял алкоголь чаще, чем 1-2 раза за последние 7 дней. Однако эти результаты следует интерпретировать с осторожностью в силу малого числа в выборке употребляющих в настоящее время алкоголь женщин (12 человек) (Таблица А. 13 в Приложении А).

За последние 7 дней выпивающие в настоящее время жители в среднем употребляли 0,8 стандартных порций алкоголя в день. Мужчины и женщины в возрасте 35-69 лет употребляли в среднем 1,3 и 1,2 стандартных порций в день (Таблица 20).

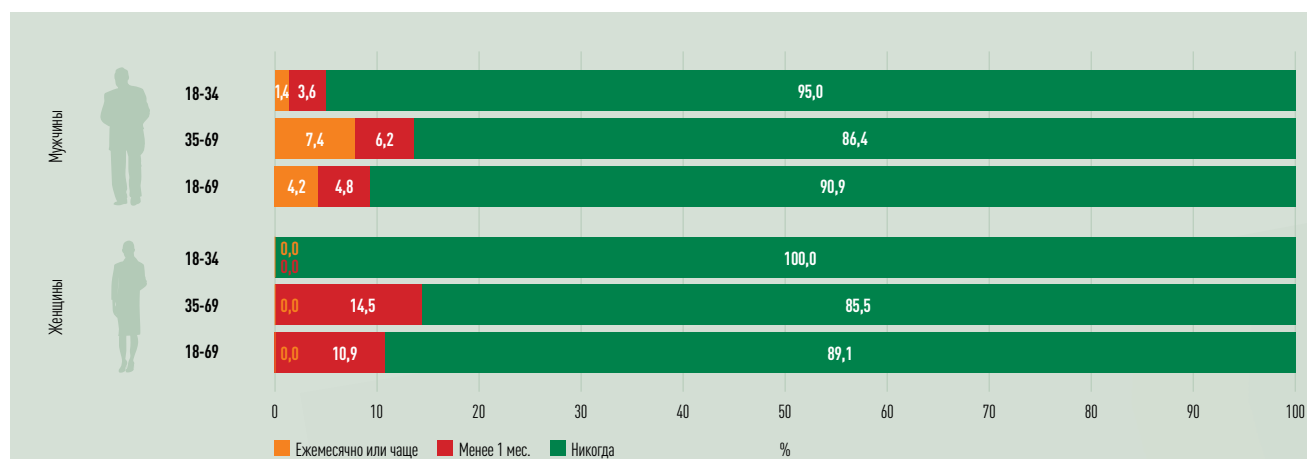
Таблица 20. Среднее число стандартных порций алкоголя, потребляемых в среднем в день, за последние 7 дней среди употребляющего в настоящее время алкоголь населения, по полу и возрастным группам (%; 95% ДИ)

Возрастная группа (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	среднее	95% ДИ	n	среднее	95% ДИ	n	среднее	95% ДИ
18-34	29	0,4	0,2-0,7	1	0,0	0,0-0,2	30	0,4	0,2-0,7
35-69	103	1,3	0,6-1,9	11	1,2	0,1-1,4	114	1,3	0,6-1,9
18-69	132	0,8	0,4-1,2	12	0,8	0,1-1,2	144	0,8	0,5-1,2

Среди лиц, употреблявших алкоголь в настоящее время (как минимум 1 раз за последние 30 дней), незарегистрированный алкоголь (алкоголь домашнего производства, привезенный из-за границы, неподакционный или не предназначенный для питья алкоголь) за последние 7 дней перед опросом употребляли 0,4% населения. Распределение данного показателя по полу и возрастным группам представлено в Таблице А. 14 в Приложении А.

Среди употреблявших алкоголь в течение последних 12 месяцев перед проведением интервью, подавляющее большинство (90,9%) никогда не сталкивалось с проблемой невозможности остановиться выпивать. Однако 13,6% мужчин в возрасте 35-69 лет столкнулись с этой проблемой: 7,4% отметили, что не могли остановиться выпивать ежемесячно или чаще и 6,2% - реже, чем раз в месяц. У женщин результаты следует интерпретировать с осторожностью из-за малого размера выборки выпивавших в последние 12 месяцев лиц (Таблица А. 15 в Приложении А, Рисунок 13).

Рисунок 13. Доля лиц, которые на протяжении последних 12 месяцев не могли самостоятельно прекратить употребление алкоголя, начав его выпивать, среди употреблявших алкоголь в течение 12 месяцев перед проведением опроса, по частоте невозможности прекратить употребление алкоголя, по полу и возрастным группам (%)



Доля употреблявших алкоголь в течение последних 12 месяцев лиц, которые ежемесячно или чаще не могли заниматься привычными делами из-за алкогольного опьянения, составила 3,6%, а тех, кто не мог выполнить

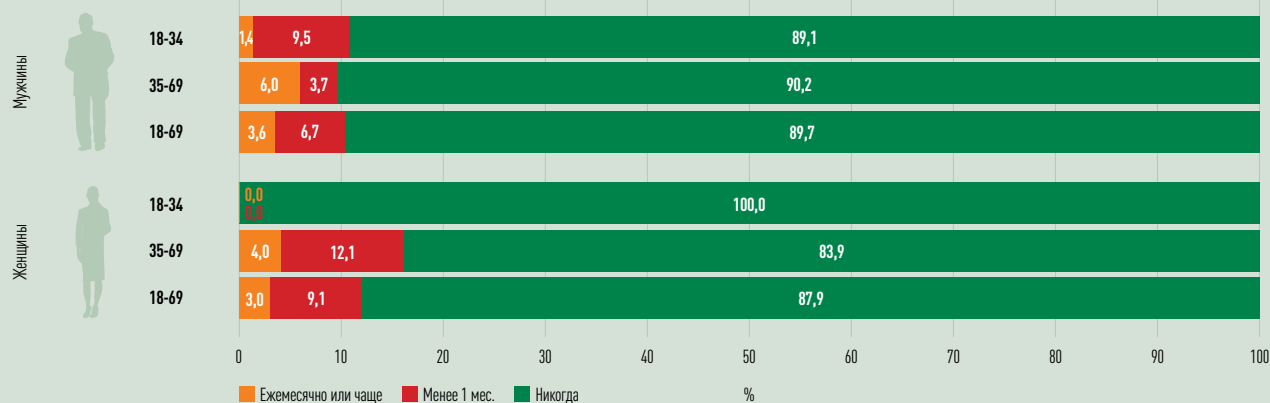


Рисунок 14. Доля лиц, которые в течение последних 12 месяцев не могли выполнить то, что от них ожидалось, среди употреблявших алкоголь в течение 12 месяцев перед проведением опроса, по частоте невозможности выполнить привычные дела, по полу и возрастным группам (%)

привычные дела реже, чем раз в месяц – 6,8%. Значения этих долей в целом по выборке были обусловлены в основном мужчинами, так как среди женщин лишь 15 человек употребляли алкоголь в течение последних 12 месяцев (Таблица А. 16 в Приложении А, Рисунок 14).

Возникновение за последние 12 месяцев потребности выпить утром (опохмелиться) как минимум раз в месяц или чаще отметили 0,7% мужчин; реже, чем раз в месяц – 8,5% мужчин. Значения данного показателя по половозрастным группам и в целом по выборке представлены в Таблице А. 17 в Приложении А.

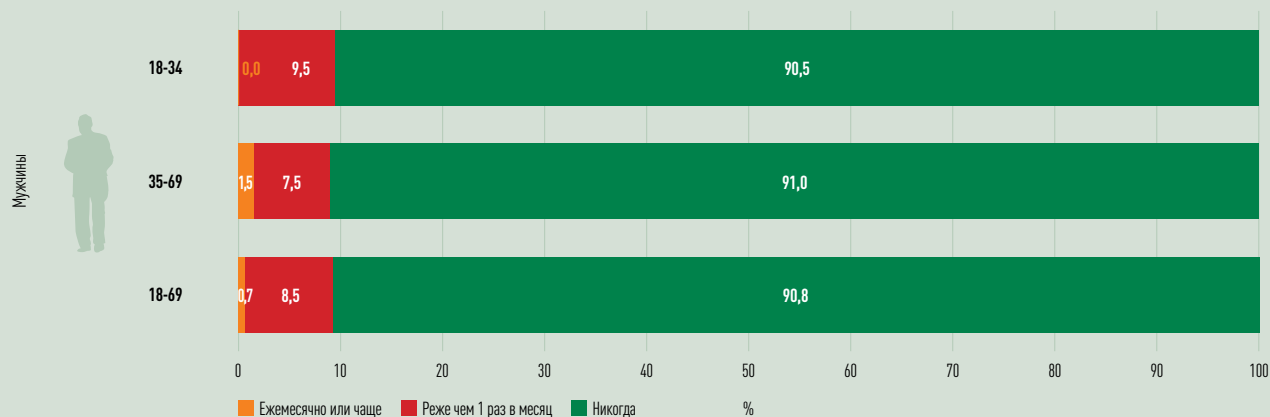
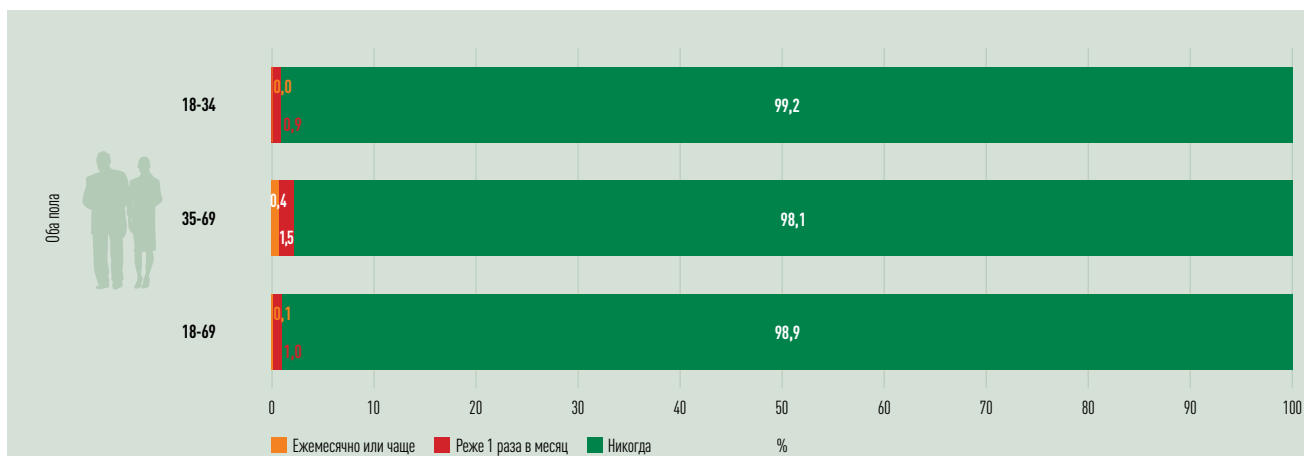


Рисунок 15. Доля мужчин, отметивших за последние 12 месяцев потребность выпить утром (опохмелиться), среди употреблявших алкоголь в течение последних 12 месяцев, по частоте возникновения потребности и возрастным группам (%)

Информация о частоте встречаемости проблем в семье или с партнером из-за употребления алкоголя представлена в Таблице А. 18 в Приложении А.

Только 0,4% населения сообщили о потреблении неучтенного алкоголя в течение последних 7 дней. Доля неучтенного алкоголя в общем потреблении алкоголя составила 0,7%.



Выводы по разделу «Употребление алкоголя»

1. Исследование показало, что 91,3% взрослого мужского и женского населения никогда не употребляют алкоголь. Такой высокий процент людей, никогда не употреблявших алкоголь, может быть связан с недооценкой употребления алкоголя из-за информационной ошибки предоставления социально приемлемых ответов. Также, в Республике Таджикистан на потребление алкоголя, а также на достоверность обследований потребления алкоголя могут существенно влиять культурные нормы и Ислам.
2. Каждый шестой мужчина в возрасте 35-69 лет (15,0%) потребляет алкоголь в настоящее время (употреблял алкоголь в течение последних 30 дней). Мужчины данной возрастной группы составляют наибольшую долю лиц, употребляющих алкогольные напитки в настоящее время.
3. Почти каждый третий житель (29,9%), который ранее употреблял алкоголь (не употреблял алкоголь в последние 12 месяцев) прекратил употребление алкоголя по состоянию здоровья (30,1% мужчин). Наибольшая доля мужчин, прекративших употребление алкоголя, отмечена в возрастной группе 35-69 лет (39,9%).
4. Больше половины мужчин (53,3%) и подавляющее большинство женщин (89,7%) употребляют алкоголь реже, чем 1 раз в месяц.
5. Среднее число стандартных порций алкоголя среди употребляющих алкоголь в настоящее время, выпитых за один раз, составляет 3,9 порций (у мужчин 3,9, у женщин 1,3). Наибольшее среднее число стандартных порций, выпиваемых за один раз, отмечено у мужчин в возрастной группе 35-69 лет, что составляет 4,2. Наименьшее число стандартных порций выявлено у женщин в возрастной группе 18-34 лет (1 стандартная порция).
6. Оценка различных уровней потребления алкоголя показывает, что большинство мужчин, то есть почти 73%, употребляют спиртное в малых количествах.
7. Подавляющее большинство населения (90,9%) никогда не сталкивалось с проблемой невозможности остановиться выпивать (среди употреблявших алкоголь в течение последних 12 месяцев). Небольшую долю составляют

Рисунок 16. Доля лиц, испытывавших проблемы в семье/с партнером из-за употребления алкоголя в течение последних 12 месяцев среди всего населения, по частоте испытания проблем и возрастным группам, оба пола [%]

лица, которые не могли выполнять привычные дела из-за алкогольного опьянения, а также те, у кого возникала потребность выпить утром (опохмелиться) ежемесячно или чаще: 3,6% и 0,7% мужчин, соответственно. 98,9% населения отметили, что никогда не сталкивались с проблемами в семье или с партнером в связи с употреблением алкоголя.

8. Употребление алкоголя в Республике Таджикистан находится на достаточно низком уровне. Согласно данным опроса, проблема хронического алкоголизма, видимо, не является острой, также не стоит вопрос социально-бытовых проблем в семье в связи с употреблением алкоголя. Однако это следует интерпретировать с осторожностью из-за возможной значительной недооценки потребления алкоголя.

4.5 Оценка питания

Употребление овощей и фруктов

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

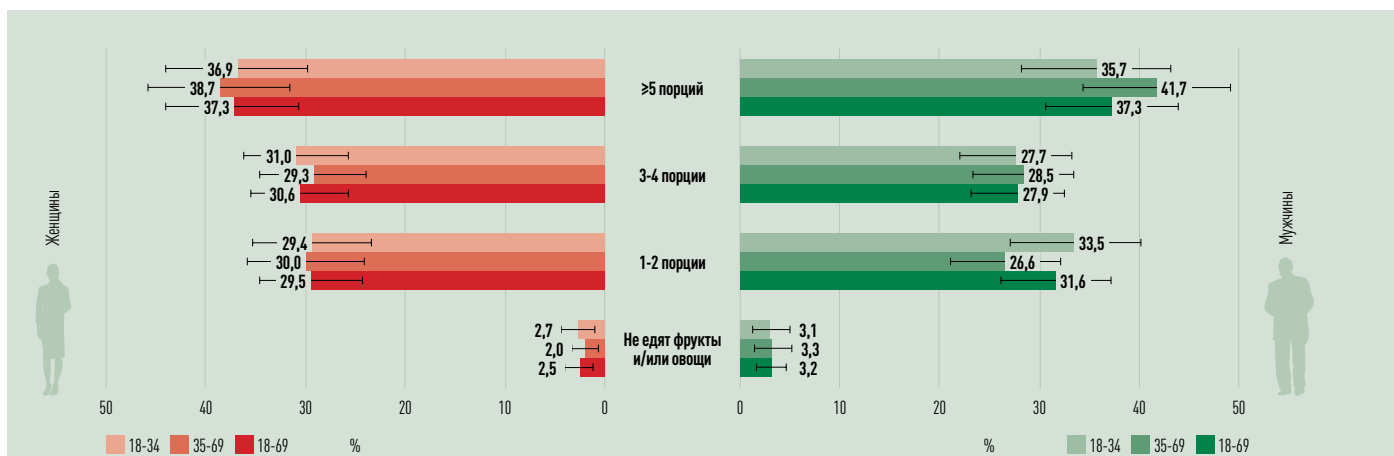
В среднем жители РТ употребляют фрукты 5 дней в неделю, овощи 6,6 дней в неделю, при этом значимых различий между мужчинами и женщинами и по возрастным группам не выявлено (Таблица А. 19 в Приложении А).

Анализ употребления населением числа порций фруктов и овощей в обычный день показал, что среднее число порций фруктов составляет 1,9 порций, овощей – 3,2, овощей и фруктов – 5 порций. Существенных различий по полу и возрастным группам не выявлено (Таблица 21).

Таблица 21. Среднее число порций овощей и фруктов, употребляемых в день, по полу и возрастным группам (М, 95% ДИ)

Возрастная группа	Мужчины			Женщины			Оба пола		
Фрукты									
18-34	409	2,0	1,7-2,3	636	1,7	1,5-2,0	1045	1,9	1,6-2,1
35-69	668	1,8	1,6-2,0	965	2,0	1,6-2,3	1633	1,9	1,6-2,1
18-69	1077	1,9	1,7-2,2	1601	1,8	1,6-2,0	2678	1,9	1,7-2,1
Овощи									
18-34	415	3,1	2,7-3,6	639	3,1	2,8-3,4	1054	3,1	2,8-3,4
35-69	672	3,4	3,0-3,8	963	3,2	2,9-3,6	1635	3,3	3,0-3,6
18-69	1087	3,2	2,8-3,6	1602	3,1	2,8-3,4	2689	3,2	2,9-3,5
Фрукты и/или овощи									
18-34	418	5,1	4,4-5,8	642	4,8	4,3-5,3	1060	4,9	4,5-5,4
35-69	677	5,1	4,6-5,6	967	5,2	4,6-5,8	1644	5,1	4,7-5,6
18-69	1095	5,1	4,5-5,7	1609	4,9	4,4-5,3	2704	5,0	4,5-5,4

37,3% населения сообщили, что употребляют 5 и более порций фруктов и/или овощей в день, 29,2% – 3-4 порции, 30,6% – 1-2 порции. Не употребляют фрукты и/или овощи в обычный день 2,9% жителей (3,2% мужчин и 2,5% женщин) (Таблица А. 20 в Приложении А, Рисунок 17).



Более двух третей жителей РТ, как мужчин, так и женщин, употребляют менее 5 порций овощей и/или фруктов в день. В младшей возрастной группе 18-34 лет эта доля незначительно выше (Таблица А. 21 в Приложении А, Рисунок 18).

Рисунок 17. Распределение населения в зависимости от числа потребляемых в среднем в день порций фруктов и/или овощей, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)



Рисунок 18. Доля населения, употреблявшего менее 5 порций фруктов и/или овощей в день, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Употребление соли

Более трети населения (31,2%) всегда или часто досаливают пищу или добавляют соленый соус к своей пище перед ее употреблением или непосредственно во время еды. (Таблица А. 22 в Приложении А, Рисунок 19).

Рисунок 19. Доля населения всегда или часто досаливающего пищу или добавляющего в пищу соленый соус перед ее употреблением или непосредственно во время еды, по полу и возрастным группам (%)

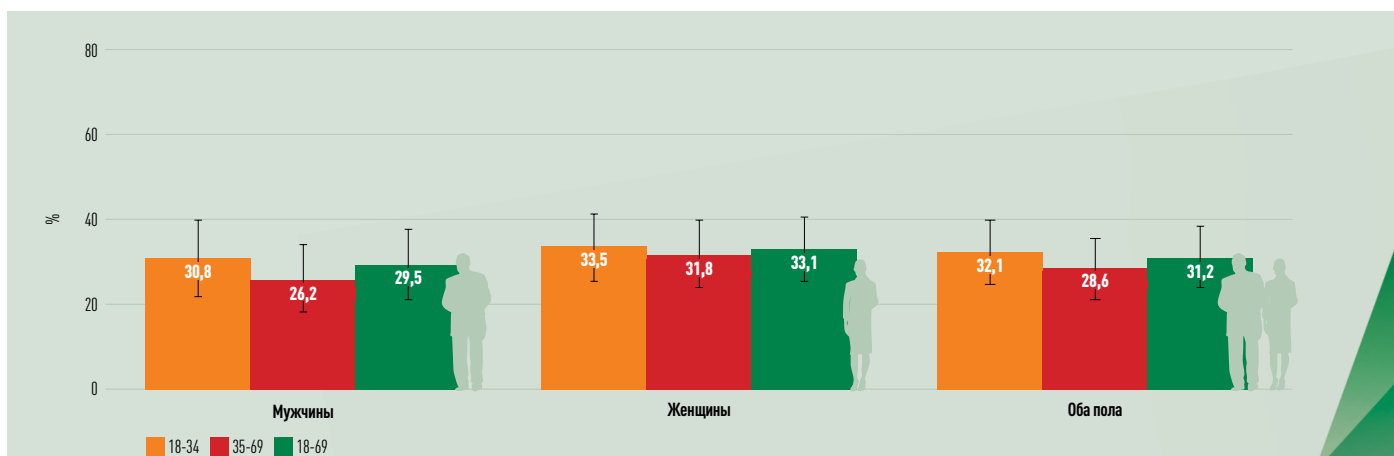


Таблица 22. Доля населения всегда или часто добавляющего соль при приготовлении пищи в домашних условиях, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Доля жителей, которые всегда или часто добавляют соль в пищу во время ее приготовления в домашних условиях, составляет 29,9% (среди мужчин 27,5%, среди женщин 32,6%). (Таблица 22).

Возрастная группа (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	ДИ 95%	n	%	ДИ 95%	n	%	ДИ 95%
18-34	418	26,7	19,3-34,1	639	33,6	25,5-41,6	1057	30,1	23,3-37,0
35-69	674	29,6	21,4-37,7	969	29,1	21,9-36,4	1643	29,4	22,3-36,4
18-69	1092	27,5	20,7-34,3	1608	32,6	25,2-40,0	2700	29,9	23,5-36,4

Таблица 23. Доля населения всегда или часто употребляющего обработанные пищевые продукты с высоким содержанием соли, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

14,4% жителей РТ всегда или часто употребляют обработанные пищевые продукты с высоким содержанием соли (мясные и рыбные копчености, колбаса, сало, соленья, консервы, соленые чипсы и орехи и др.). При этом среди женщин данный процент выше, чем среди мужчин: 16,4% и 12,7%, соответственно. Наибольшая доля лиц, употреблявших обработанные пищевые продукты с высоким содержанием соли, определена в возрастной группе 18-34 года среди женщин (Таблица 23).

Возрастная группа (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	ДИ 95%	n	%	ДИ 95%	n	%	ДИ 95%
18-34	416	14,3	10,0-18,6	641	18,1	13,7-22,4	1057	16,2	12,6-19,7
35-69	677	8,4	5,7-11,1	974	10,2	7,4-13,0	1651	9,2	7,1-11,3
18-69	1093	12,7	9,3-16,1	1615	16,4	12,7-20,0	2708	14,4	11,5-17,4

Таблица 24. Доля населения, которое полагает, что употребляет очень много или много соли, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

16,2% населения полагают, что употребляют много соли. Женщин, считающих, что они употребляют много соли значительно больше, чем мужчин (20,1% и 12,6%, соответственно), особенно в возрастной группе 18-34 лет (21,8%) (Таблица 24).

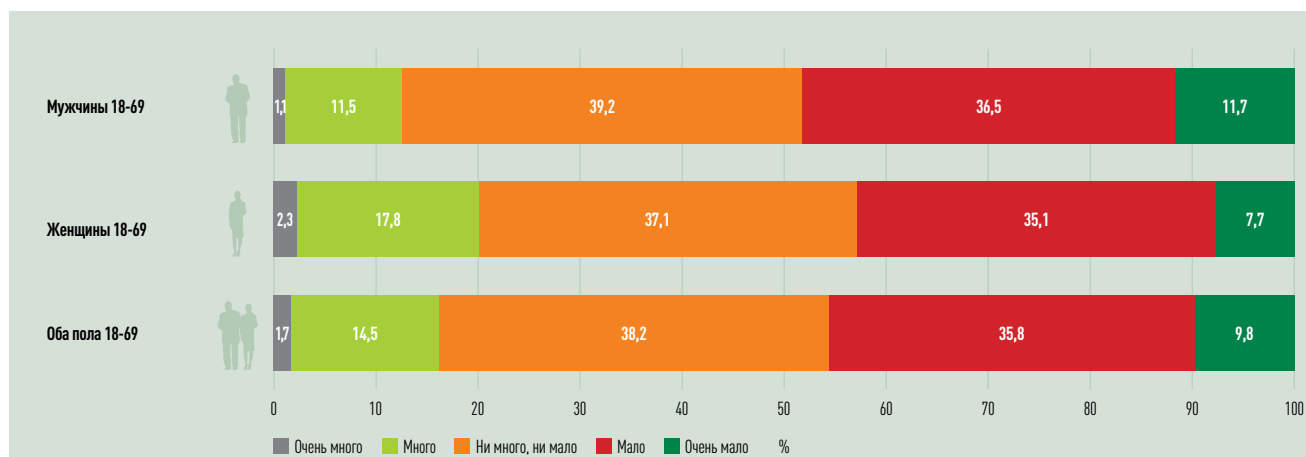
Возрастная группа (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	ДИ 95%	n	%	ДИ 95%	n	%	ДИ 95%
18-34	411	13,6	9,5-17,8	624	21,8	16,9-26,7	1035	17,7	14,2-21,2
35-69	660	9,8	5,6-13,9	944	14,2	11,3-17,0	1604	11,6	8,8-14,5
18-69	1071	12,6	9,4-15,8	1568	20,1	16,1-24,1	2639	16,2	13,3-19,1

По своему отношению к употреблению соли или соленых соусов ответы населения распределились следующим образом (Таблица А. 23 в Приложении А, Рисунок 20):

- свыше одной трети населения считают, что употребляют среднее или малое количество соли или соленых соусов (38,2% и 35,8%, соответственно); данный процент среди мужчин выше, чем среди женщин;
- 14,5% жителей считают, что употребляют много соли, причем среди женщин этот процент выше, чем среди мужчин: 17,8% и 11,5%, соответственно; больше всего жителей, считающих, что употребляют много соли, отмечено среди женщин в возрастной группе 18-34 лет (19,6%);

- лишь 1,7% жителей полагают, что употребляют очень много соли; больше всего таких лиц отмечено среди женщин в возрастной группе 35-69 лет (2,7%);
- каждый десятый житель отмечает, что потребляет очень мало соли (9,8%), но среди мужчин, особенно в возрастной группе 18-34 лет, таких несколько больше (12,1%).

Рисунок 20. Распределение населения в зависимости от количества потребляемой соли согласно самооценке ее потребления, по полу и возрастным группам (%)



Подавляющее большинство жителей сообщили о том, что снижение потребления соли очень важно для здоровья (78,3%). Больше всего таких находилось в возрастной группе 35-69 лет (среди мужчин – 80,3%, женщин – 83,0%). Меньше всего лиц не считали снижение потребления соли важным (5,4%) [Таблица 25].

Таблица 25. Распределение населения в зависимости от самооценки важности снижения количества потребляемой соли, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Возрастная группа (лет)	n	Очень важно	95% ДИ	Важно	95% ДИ	Не важно	95% ДИ
Мужчины							
18-34	387	76,5	70,7-82,3	18,7	13,0-24,3	4,8	1,9-7,8
35-69	637	80,3	75,9-84,6	15,1	11,3-18,8	4,7	2,6-6,7
18-69	1024	77,5	72,9-82,2	17,7	13,3-22,0	4,8	2,4-7,2
Женщины							
18-34	604	78,0	72,1-83,9	15,6	10,7-20,4	6,4	3,7-9,2
35-69	917	83,0	79,1-86,8	12,1	9,1-15,0	5,0	3,0-6,9
18-69	1521	79,1	74,1-84,1	14,8	10,8-18,8	6,1	3,8-8,5
Оба пола							
18-34	991	77,3	72,6-81,9	17,1	12,9-21,3	5,6	3,4-7,9
35-69	1554	81,4	77,9-84,9	13,8	11,0-16,6	4,8	3,1-6,4
18-69	2545	78,3	74,3-82,3	16,3	12,8-19,7	5,4	3,5-7,4

Подавляющее большинство мужчин и женщин во всех возрастных группах считают, что употребление соли в больших количествах может привести к серьезным проблемам со здоровьем: 86,1% и больше [Таблица А. 24 в Приложении А, Рисунок 21].

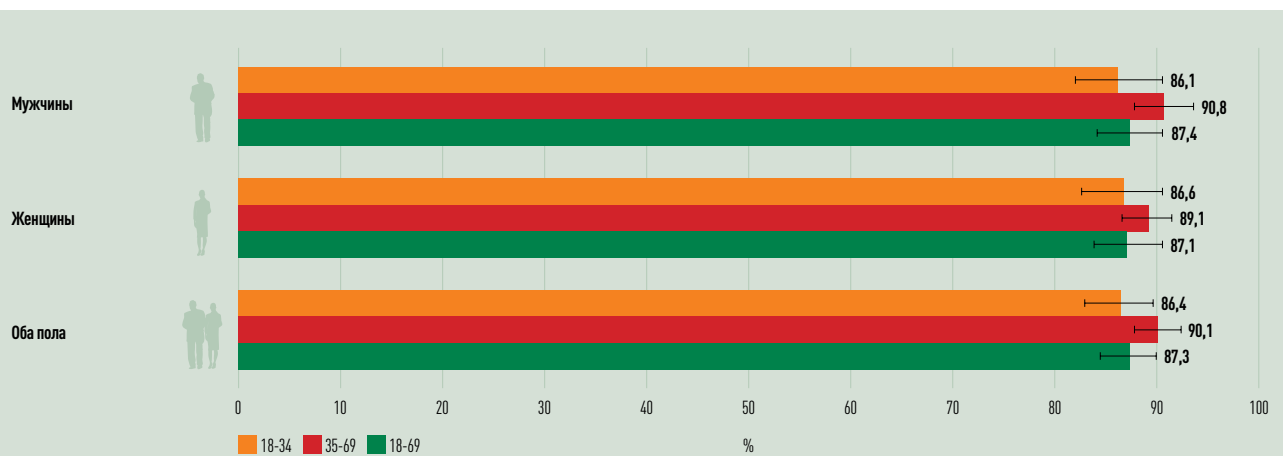


Рисунок 21. Доля населения, которое полагает, что употребление соли в больших количествах может привести к серьезным проблемам со здоровьем, по полу и возрастным группам (%; 95% ДИ)

Оценка предпринимаемых на регулярной основе населением целенаправленных действий по ограничению потребления соли в своем рационе питания показала следующее (Таблица А. 25 в Приложении А):

- Самым распространенным способом ограничения потребления соли в рационе питания среди населения является использование специй без соли при приготовлении пищи – половина жителей указали на использование этого способа контроля потребления соли (49,5%). Меньше всего лиц, отметивших этот способ, было среди женщин в возрастной группе 35-69 лет (47,3%);
- Вторым по популярности способом сокращения потребления соли было избегание потребления пищи вне дома – 46,7% жителей (среди мужчин 43,4%, среди женщин 50,2%);
- Третьим по популярности способом было ограничение потребления обработанных пищевых продуктов с высоким содержанием соли: 43,1% населения указали на этот способ (45,2% мужчин и 40,8% женщин);
- Примерно треть жителей обращают внимание на информацию о содержании соли на этикетках пищевых продуктов и/или покупают альтернативные продукты с низким содержанием соли: 31,4% и 34,8%, соответственно.
- Четверть жителей (25,6%) предпринимают другие целенаправленные действия для снижения потребления соли: 27,4% мужчин и 23,7% женщин.

Таблица 26. Среднее число приемов пищи в неделю вне дома, по полу и возрастным группам (М, 95% ДИ)

Чаще всего население Таджикистана принимает пищу дома. Лишь 1,7 приемов пищи в неделю по всей выборке происходит вне дома: у мужчин 2,6, у женщин 0,7 приемов пищи вне дома (Таблица 26).

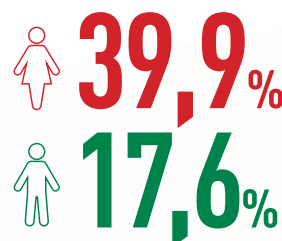
Возрастная группа (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ
18-34	409	2,7	2,3-3,1	589	0,6	0,5-0,8	998	1,7	1,5-2,0
35-69	652	2,3	2,1-2,6	917	0,9	0,7-1,0	1569	1,7	1,5-1,9
18-69	1061	2,6	2,3-2,9	1506	0,7	0,5-0,8	2567	1,7	1,5-1,9

Выводы по разделу «Питание»

1. Согласно опросу STEPS население употребляет овощи 6,6 дней в неделю, а фрукты 4,9 дней в неделю. Среднее число порций фруктов, употребляемых населением, составляет 1,9 порций, овощей – 3,2 порции, овощей и фруктов – 5 порций. Существенных различий по полу и возрастным группам не выявлено;
2. 37,3% населения употребляют 5 и более порций фруктов и/или овощей в день; 3-4 порции и 1-2 порции фруктов и овощей употребляют около 30% населения для каждой категории. Таким образом, более двух третей жителей, как мужчин, так и женщин, употребляют менее 5 порций овощей и/или фруктов в день, что не соответствует рекомендованному ВОЗ уровню употребления фруктов и овощей (400 г фруктов/овощей в день, эквивалентно 5 x 80 г порциям);
3. Согласно опросу в Республике Таджикистан достаточно высокое употребление соли. 31% населения всегда или часто досаливает пищу или добавляет соленый соус к своей пище. Чаще всего добавляют соль в пищу при ее приготовлении женщины в возрастной группе 18-34 лет (33%). Наибольший процент употребления соли, соленых продуктов (колбасы, копчености, чипсы), досаливания пищи выявлен среди женщин в возрастной группе 18-34 лет. При этом большинство жителей считают, что употребляют среднее (38%) или малое (35%) количество соли или соленых соусов.
4. При оценке влияния употребления соли на здоровье большинство жителей (86%) отмечают негативное влияние на здоровье большого количества употребления соли, тем самым отмечая важность снижения потребления соли для здоровья (78%). Жители РТ упоминали следующие меры по ограничению потребления соли в своем рационе питания: использование специй вместо соли (49%), избегание потребления пищи вне дома (46%), ограничение потребления обработанных пищевых продуктов с высоким содержанием соли (43%), изучение информации о содержании соли на этикетках пищевых продуктов (31%), покупка альтернативных продуктов с низким содержанием соли (34%).

4.6 Физическая активность

Физическая активность оценивалась по интенсивности, продолжительности и частоте физической активности на работе, во время передвижений и на досуге. Анализ собранных данных показал, что 28,3% населения занимаются физической активностью с умеренной интенсивностью (или эквивалентно) менее 150 минут в неделю, что не соответствует рекомендациям ВОЗ по здоровой физической активности, которая должна составлять более 150 минут в неделю. Причем доля жителей с недостаточной физической активностью статистически значимо больше среди женщин, чем среди мужчин: 39,9% и 17,6%, соответственно (Рисунок 22, Таблица А. 26 в Приложении А). Во всех сравниваемых возрастных группах доля женщин с недостаточной физической активностью статистически значимо больше, чем среди мужчин. Наибольшая доля населения с недостаточной физической активностью отмечается среди молодых женщин в возрастной группе 18-34 лет (40,3%), а наименьшая – среди мужчин этой же возрастной группы (15,4%).



39,9% женщин и
17,6% мужчин имеют
недостаточный уровень
физической активности

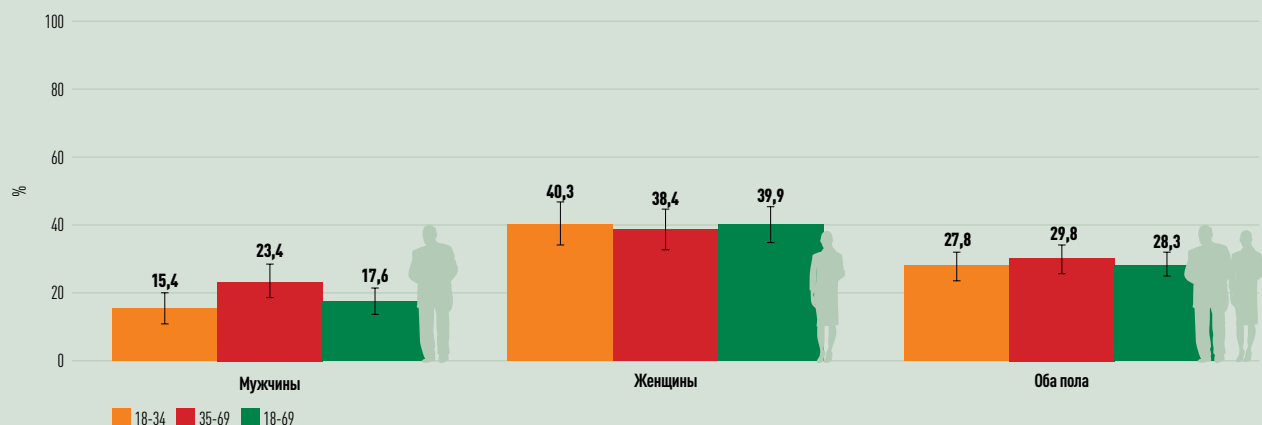


Рисунок 22. Доля населения, у которого зарегистрирована низкая физическая активность, не соответствующая рекомендациям ВОЗ (менее 150 минут физической активности средней интенсивности в неделю или эквивалентный этому уровень физической активности), по полу и возрасту (%; 95% ДИ)

В среднем в день жители РТ затрачивают на физическую активность почти 3 часа времени (172 минуты). Однако мужчины в среднем в день затрачивают статистически значимо больше времени на физическую активность, чем женщины: 218,6 минуты и 121,7 минуты, соответственно. Больше всего времени на физическую активность затрачивают молодые мужчины в возрасте 18-34 года (242,9 минуты), и меньше всего времени на физическую активность в среднем в день затрачивают женщины старшей возрастной группы 35-69 лет (113,5 минуты) (Рисунок 23, Таблица А. 28 в Приложении А).

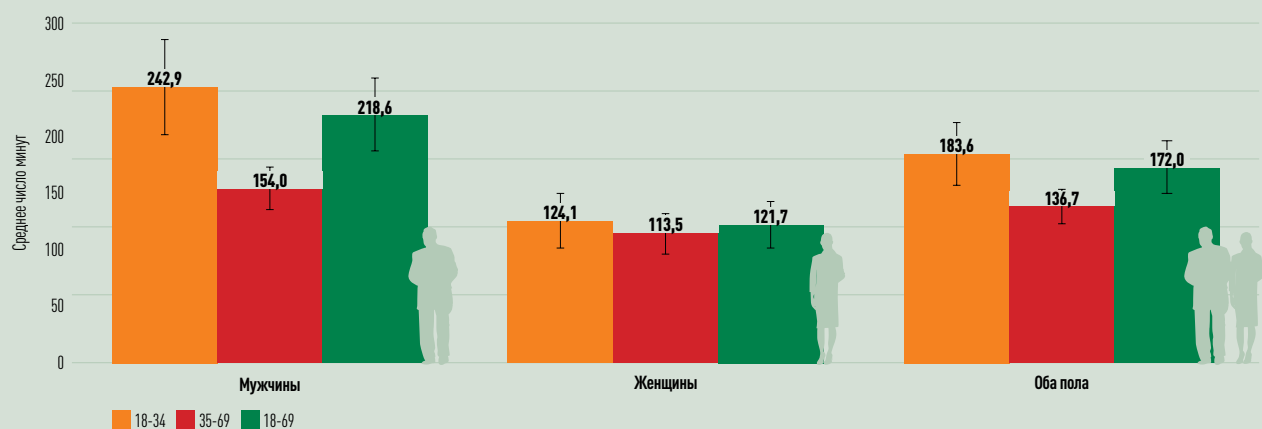


Рисунок 23. Среднее число минут суммарной физической активности в день, по полу и возрастным группам (М)

При оценке медианы числа минут суммарной физической активности в день выявлены те же закономерности, что и при оценке среднего числа минут физической активности: у молодых мужчин в возрасте 18-34 лет наблюдается наивысший уровень физической активности, в то время как у женщин в возрасте 35-69 лет отмечается самый низкий уровень физической активности (Таблица А. 29 в Приложении А).

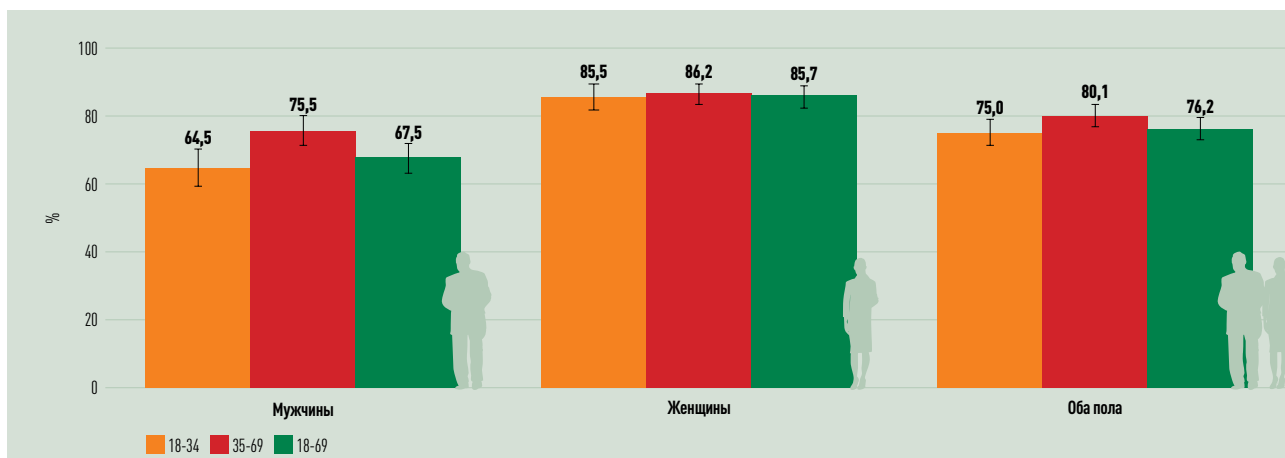
Наибольшее количество времени на физическую активность в среднем в день жители Республики Таджикистан затрачивают в транспорте или при передвижении, а также на работе: 78,5 и 76,1 минуты, соответственно. Больше всего времени на физическую активность затрачивают мужчины в возрасте 18-34 лет на работе (121,2 минуты) и в транспорте или при передвижении

(91,1 минуты). Меньше всего времени на физическую активность на работе и в транспорте или при передвижении затрачивают женщины в возрасте 35-69 лет: 43,7 и 61,7 минуты, соответственно. Досуг наиболее активно проводят мужчины в возрасте 18-34 лет (30,6 минут в день), наименее активно – женщины вне зависимости от возраста (8,0 минут в день) (Таблица А. 30 в Приложении А).

Наибольшая доля лиц, у которых отсутствует физическая активность, выявлена при проведении досуга: 76% в целом по выборке, 67,5% среди мужчин и 85,7% среди женщин. Наибольшая доля населения, пассивно проводящего досуг, зарегистрирована среди женщин в возрасте 35-69 лет (86,2%), наименьшая – среди мужчин в возрасте 18-34 лет (64,5%) (Рисунок 24, Таблица А. 31 в Приложении А).

Значительные доли лиц с отсутствием физической активности были также выявлены и во время трудовой активности на работе: в целом по выборке отсутствует физическая активность у 68,8% жителей Республики Таджикистан (среди мужчин – у 62,7%, среди женщин – у 75,4%). Наибольшая доля населения с отсутствием физической активности на работе отмечается среди женщин в возрасте 18-34 лет (75,7%), наименьшая доля – среди мужчин в возрасте 18-34 лет (61,8%) (Таблица А. 31 в Приложении А).

Рисунок 24. Доля населения, у которого отсутствует физическая активность во время проведения досуга, по полу и возрастным группам (%)



При анализе структуры суммарной физической активности в целом по выборке наибольшая доля физической активности жителей Республики Таджикистан приходится на передвижения или перемещение в транспорте (60,8%). На работе происходит 26,7% всей физической активности. Наименьшую долю в совокупной физической активности составляет физическая активность, связанная с проведением досуга (12,5%). Статистически значимые различия между мужчинами и женщинами наблюдаются только в доле физической активности во время проведения досуга. Уровень физической активности у мужчин во время проведения досуга почти в 2 раза выше, чем у женщин (15,4% и 8,8%).

Наибольшая доля физической активности, связанной с передвижением/

поездкой в транспорте приходится на женщин в возрасте 35-69 лет (67,8%), наименьшая – на мужчин в возрасте 18-34 лет (54,4%), и эти различия являются статистически значимыми.

Доля физической активности, связанная с работой, статистически значимо не отличается по полу (среди мужчин – 28,3%; среди женщин – 24,6%) и внутри каждого пола по возрастным группам (среди мужчин – 28,3% (18-34 года) и 28,5% (35-69 лет); среди женщин – 24,7% и 24,2%, соответственно).

Наибольшая доля физической активности, связанная с проведением досуга, наблюдается у молодых мужчин в возрасте 18-34 лет (17,3%), наименьшая – у женщин в возрасте 35-69 лет (8,1%). У мужчин в возрасте 18-34 лет уровень физической активности при проведении досуга статистически значимо выше, чем у мужчин в возрасте 35-69 лет (9,9%), и чем у женщин обеих возрастных групп (9,0% и 8,1% в группах 18-34 и 35-69 лет, соответственно) (Таблица А. 32 в Приложении А).

Большая часть населения не занимается физической активностью высокой интенсивности согласно оценке физической активности на работе и при проведении досуга (77,6%). Среди женщин 9 из 10 человек, среди мужчин 7 из 10 человек не занимаются физической активностью высокой интенсивности (89,1% и 67,0%, соответственно), и эти различия являются статистически значимыми. Меньше всего мужчин, которые не занимаются физической активностью высокой интенсивности, отмечается в возрастной группе 18-34 лет (64,9%). Больше всего таких лиц находится среди женщин этой же возрастной группы (89,5%). Статистически значимых различий в долях населения, не занимающегося физической активностью высокой интенсивности, между возрастными группами как среди мужчин, так и среди женщин выявлено не было. Однако зарегистрированы статистически значимые различия по этому показателю между мужчинами и женщинами каждой возрастной группы (Таблица А. 33 в Приложении А).

В среднем в типичный день население РТ ведет сидячий образ жизни в течение 2,5-3 часов (среднее значение 177,8 минуты, медиана 150,0 минут). Мужчины проводят время в сидячем положении на 17 минут больше, чем женщины. Больше всего времени в сидячем положении в день проводят мужчины в возрасте 35-69 лет (199,4 минуты), меньше всего – женщины в возрасте 18-34 года (162,3 минуты) и это различие является статистически значимым (Таблица А. 34 в Приложении А).



2,5-3 часа

В типичный день население
ведет сидячий образ жизни
в течение 2,5-3 часов

Выводы по разделу «Физическая активность»

1. Примерно у каждого четвертого жителя недельный уровень физической активности не соответствует рекомендациям ВОЗ по здоровой физической активности, которая должна составлять более 150 минут активности умеренной степени интенсивности в неделю. Наибольшая доля населения с недостаточной физической активностью отмечается среди молодых женщин в возрастной группе 18-34 лет (40,3%), наименьшая – среди мужчин этой же возрастной группы (15,4%).
2. В среднем в день жители РТ затрачивают на физическую активность почти 3 часа времени (172 минуты). Меньше всего времени на физическую

активность в среднем в день затрачивают женщины старшей возрастной группы 35-69 лет (113,5 минуты);

3. Наибольшее количество времени на физическую активность в среднем в день население затрачивает в транспорте или при передвижении, а также на работе: 78,5 и 76,1 минуты, соответственно;
4. Меньше всего времени на физическую активность затрачивается во время проведения досуга (17,4 минуты). Досуг наиболее активно проводят мужчины в возрасте 18-34 лет (30,6 минуты в день), наименее активно – женщины вне зависимости от возраста (8,0 минут в день). Большинство населения проводит досуг пассивно (76,2%). Наибольшая доля населения, пассивно проводящего досуг, зарегистрирована среди женщин в возрасте 35-69 лет (86,2%), наименьшая – среди мужчин 18-34 лет (64,5%);
5. При анализе структуры суммарной физической активности наибольшая доля физической активности приходится на передвижение или перемещение в транспорте (60,8%). Наименьшую долю в совокупной физической активности составляет физическая активность, связанная с проведением досуга (12,5%);
6. В среднем в типичный день население ведет сидячий образ жизни в течение 2,5-3 часов (медиана 150,0 минут в день). Мужчины проводят время в сидячем положении на 17 минут больше, чем женщины. Больше всего времени в сидячем положении в день проводят мужчины в возрасте 35-69 лет (199,4 минуты в день).



44,3%

мужчин никогда не
измеряли артериальное
давление

4.7 Повышенное артериальное давление

Жители РТ были опрошены на предмет того, проводились ли им когда-либо измерения артериального давления и был ли им выставлен диагноз артериальная гипертензия; также им были заданы вопросы о приверженности к её лечению.

В целом по выборке у одной третьей части населения (34,9%) артериальное давление никогда не измерялось. Среди мужчин таких лиц статистически значимо больше, чем среди женщин: 44,3% и 24,7%, соответственно. Каждый четвертый мужчина и каждая шестая женщина старшей возрастной группы 35-69 лет никогда не измеряли артериальное давление, и эти различия являются статистически значимыми: 26,8% и 16,6%, соответственно.

У половины населения (51,2%) уровень артериального давления в течение жизни измерялся, но повышенного артериального давления у них выявлено не было.

У каждого десятого жителя (10,2%) в течение последних 12 месяцев было выявлено повышенное АД. В старшей возрастной группе 35-69 лет у каждого пятого мужчины (18,4%) и у каждой четвертой женщины было выявлено повышенное АД в течение последних 12 месяцев и эти различия являются статистически значимыми: 18,4% и 28,6%, соответственно (Рисунок 25, Таблица А. 35 в Приложении А).

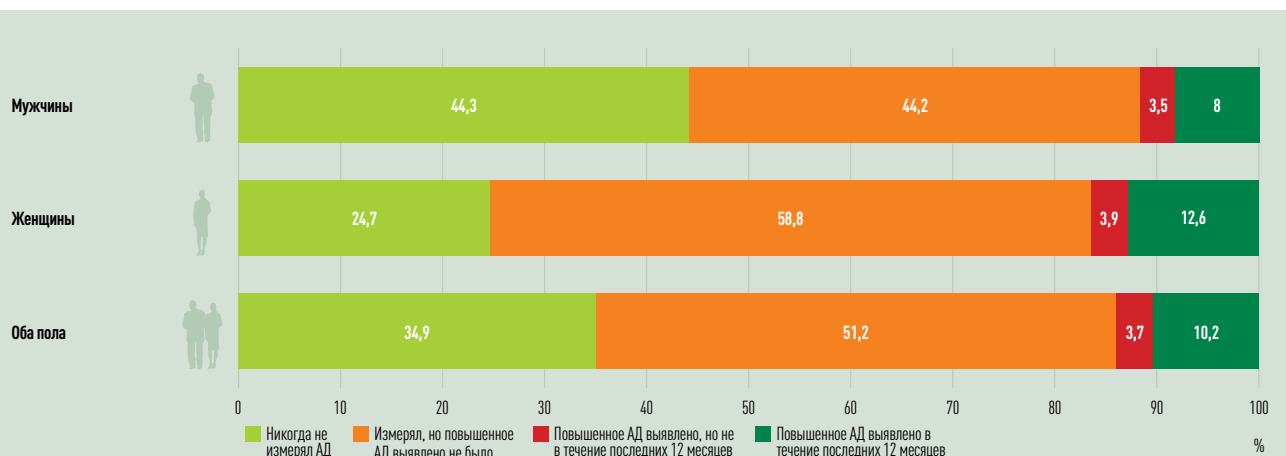


Рисунок 25. Распределение населения в зависимости от истории измерения артериального давления и результатов его измерения, по полу (%)

Лишь одна третья часть населения (31,5%) с повышенным артериальным давлением принимает препараты для его контроля. Статистически значимых различий по полу по этому показателю не выявлено. Однако и у мужчин, и у женщин доля лиц с повышенным артериальным давлением, принимающих лекарственные препараты для его снижения, статистически значимо меньше в более молодой возрастной группе 18-34 лет в сравнении со старшей возрастной группой 35-59 лет: среди мужчин 10,9% и 44,6%, среди женщин 15,7% и 55,2%, соответственно. Лишь каждый десятый молодой мужчина и каждая шестая молодая женщина с артериальной гипертензией принимают лекарственные препараты для контроля артериального давления (Рисунок 26, Таблица А. 36 в Приложении А).

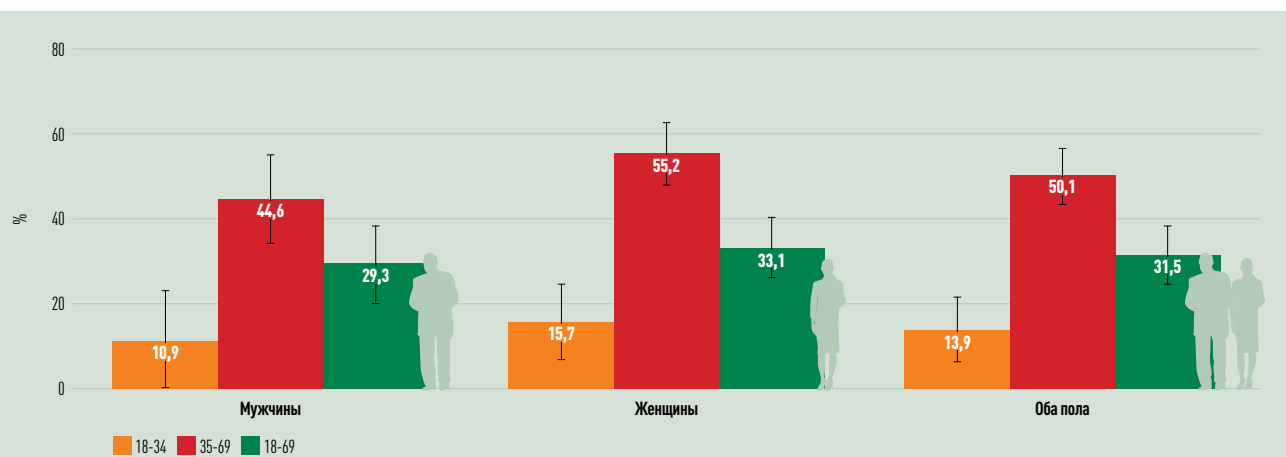


Рисунок 26. Доля населения с повышенным артериальным давлением, принимающего антигипертензивные лекарственные препараты, которые назначил врач или другой медицинский работник, по полу и возрастным группам (%)

4,6% населения с диагностированным повышенным артериальным давлением когда-либо обращались к народным целителям для лечения повышенного артериального давления. Статистически значимых различий по полу не выявлено. Женщины более старшего возраста (35-69 лет) статистически значимо чаще обращались к народным целителям, чем более молодые женщины из группы 18-34 лет: 8,3% и 1,3%, соответственно (Таблица А. 37 в Приложении А).

6,5% населения с диагностированным повышенным артериальным давлением используют лекарственные травы или другие средства народной медицины для лечения повышенного артериального давления. Больше всего таковых было в старшей возрастной группе 35-69 лет: 13,1% среди мужчин и 11,8% среди женщин (Таблица А. 38 в Приложении А).

Выводы по разделу «Повышенное артериальное давление»

1. Одна третья часть населения (34,9%) никогда не измеряла артериальное давление. Среди мужчин таковых статистически значимо больше, чем среди женщин: 44,3% и 24,7%, соответственно. Каждый четвертый мужчина и каждая шестая женщина старшей возрастной группы (35-69 лет) никогда не измеряли артериальное давление, и эти различия являются статистически значимыми: 26,8% и 16,6%, соответственно.
2. В старшей возрастной группе 35-69 лет у каждого пятого мужчины (18,4%) и у каждой четвертой женщины выявлено повышенное АД в течение последних 12 месяцев перед проведением исследования.
3. Лишь одна треть населения (31,5%) с повышенным артериальным давлением принимает препараты для его контроля. Только каждый десятый молодой мужчина и каждая шестая молодая женщина (в возрасте 18-34 лет) с артериальной гипертензией принимают лекарственные препараты для контроля артериального давления. Каждый второй житель как среди мужчин, так и среди женщин в возрасте 35-69 лет не принимает лекарственные препараты для контроля повышенного артериального давления.

4.8 Повышенный уровень глюкозы крови

Население РТ было опрошено на предмет наличия в анамнезе сахарного диабета или повышенного уровня гликемии, а также приема сахароснижающих лекарственных средств.

Подавляющее большинство населения (87,2%) не измеряет уровень глюкозы крови; статистически значимые различия по этому показателю между мужчинами и женщинами выявлены не были: 88,4% и 86,0%, соответственно. Больше всего жителей, никогда не измерявших уровень глюкозы крови, находится в возрастной группе 18-34 лет: 93,7% среди мужчин и 90,6% среди женщин. В старшей возрастной группе (35-69 лет) 74,2% мужчин и 69,8% женщин никогда не измеряли уровень глюкозы крови.

Повышенный уровень глюкозы крови в течение последних 12 месяцев выявлен у 1,4.% жителей. Больше всего таких лиц было в возрастной группе 35-69 лет: 4,1% среди мужчин и 4,0% среди женщин (Рисунок 27, Таблица А. 39 в Приложении А).



87,2%

населения никогда
не измеряли уровень
глюкозы крови

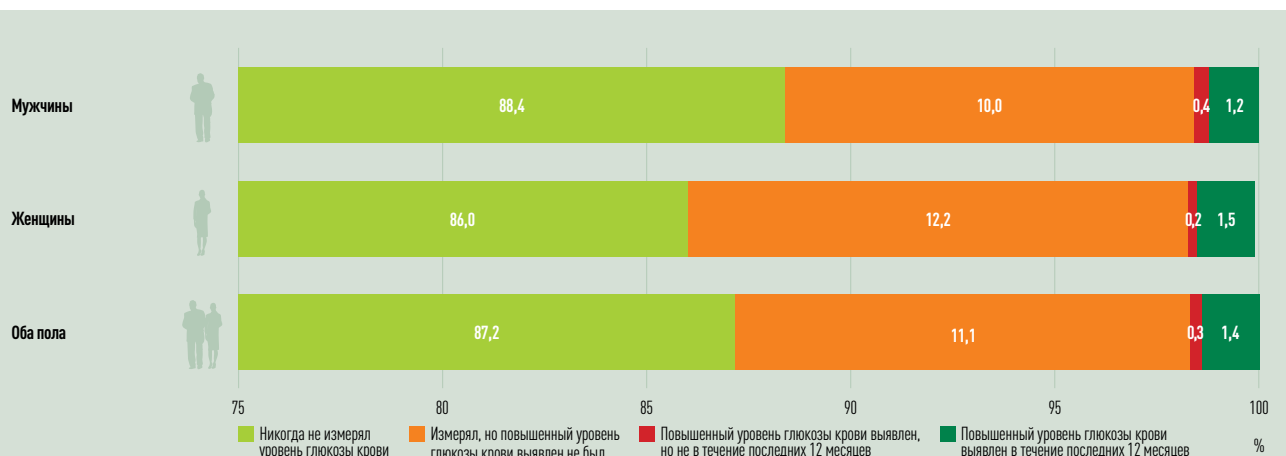


Рисунок 27. Распределение населения в зависимости от истории измерения уровня глюкозы крови и результатов этого измерения, по полу (%)

Половина населения с диагностированным сахарным диабетом (47,9%) принимает лекарственные препараты для его лечения: 55,8% мужчин и 40,1% женщин, при отсутствии статистически значимых различий.

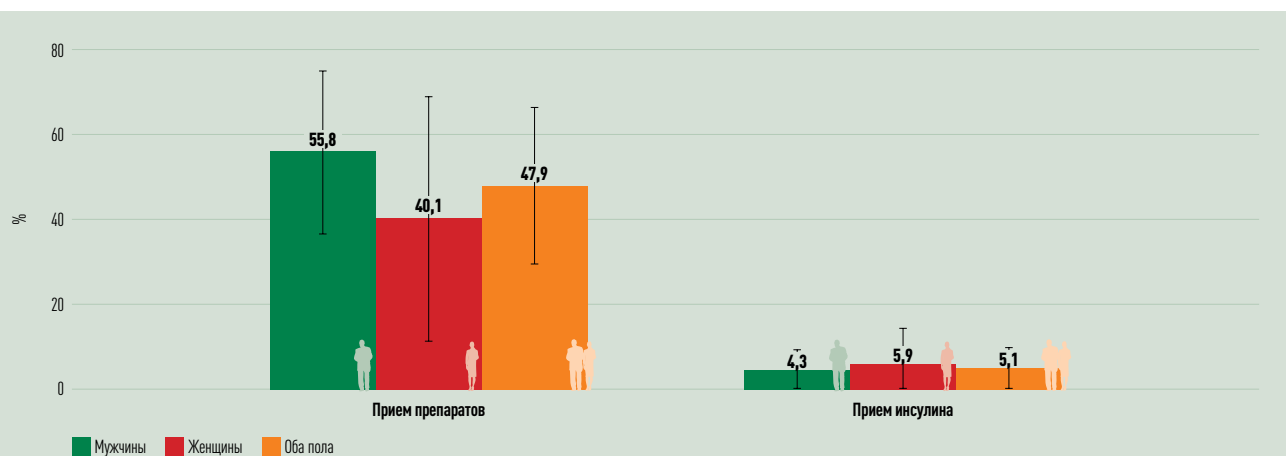
Среди мужчин наибольшая доля принимавших лекарственные препараты для контроля уровня гликемии в крови выявлена в возрастной группе 18-34 лет (77,3%), среди женщин – в возрастной группе 35-69 лет (53,3%). В возрастной группе 35-69 лет лишь каждый второй мужчина (53,8%) принимает лекарственные препараты для контроля уровня глюкозы крови. Среди женщин лишь каждая шестая женщина (16,0%) в возрасте 18-34 лет принимает эти лекарственные препараты (Таблица А. 40 в Приложении А).

5% населения принимают инсулин для лечения сахарного диабета. Наибольшая доля населения с сахарным диабетом, принимавших инсулин, зарегистрирована среди мужчин в возрасте 18-34 лет (13,2%). Статистически значимых различий по этому показателю по полу и возрастным группам не выявлено (Таблица А. 41 в Приложение А).

Доли лиц с сахарным диабетом, принимающих сахароснижающие лекарственные препараты или инсулин в зависимости от пола, представлены на Рисунке 28.

Рисунок 28. Доля населения с сахарным диабетом, принимающего лекарственные препараты или инсулин для его лечения, которые назначил врач или другой медицинский работник, по полу (%; 95% ДИ)

8,0% населения с диагностированным сахарным диабетом обращались к народным целителям за помощью в лечении сахарного диабета. Больше всего таких лиц среди мужчин в возрасте 18-34 лет (22,8%) (Таблица А. 42 в Приложении А).



Доля населения с диагностированным сахарным диабетом, которое использует лекарственные травы или другие средства народной медицины для лечения сахарного диабета составляет в целом по выборке 3,8%. Больше всего таких лиц находится среди женщин в возрасте 35-69 лет (7,9%) (Таблица А. 43 в Приложении А).

Выводы по разделу «Повышенный уровень глюкозы крови»

Подавляющее большинство жителей РТ (87,2%) никогда не измеряли уровень глюкозы крови. В старшей возрастной группе 35-69 лет 74,2% мужчин и 69,8% женщин никогда не измеряли уровень глюкозы крови.

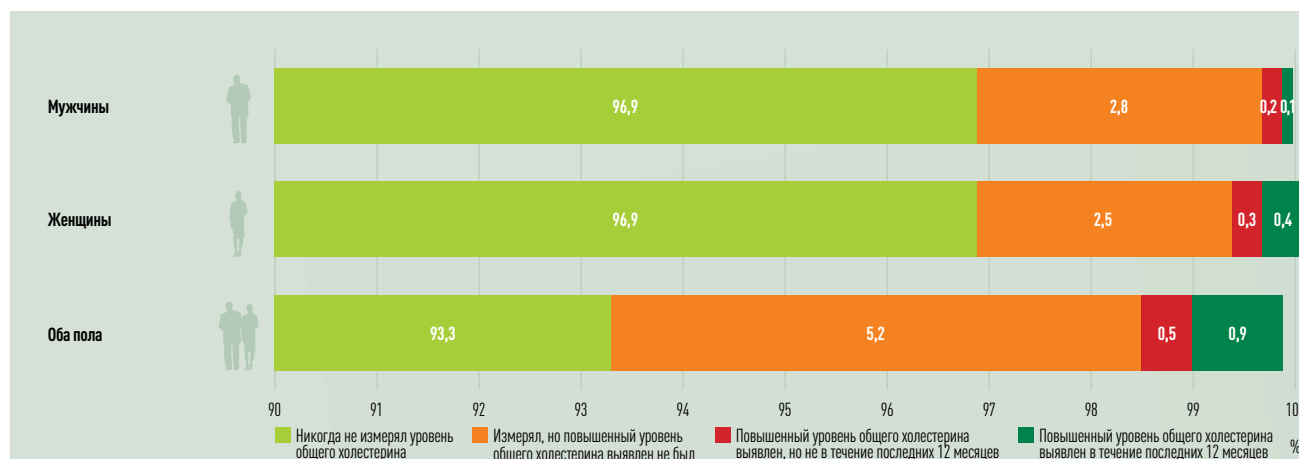
Только половина жителей с диагностированным сахарным диабетом (47,9%) принимает лекарственные препараты для его лечения. В возрастной группе 35-69 лет лишь каждый второй мужчина (53,8%) и каждая вторая женщина (53,3%) принимают лекарственные препараты для контроля уровня глюкозы крови.

4.9 Повышенный уровень общего холестерина крови

Респонденты были опрошены на предмет того, измерялся ли когда-либо врачом или другим медицинским работником уровень общего холестерина в крови; говорил ли им врач или другой медицинский работник, что имеется повышенный уровень холестерина крови; принимал ли респондент (при наличии у него повышенного уровня холестерина) в течение последних двух недель лекарственные средства от повышенного холестерина, выписанные врачом.

Подавляющее большинство жителей сообщили, что им никогда не проводили измерение уровня общего холестерина в крови (96,9%). Статистически значимых различий среди мужчин и женщин и между возрастными группами по этому показателю выявлено не было. Лишь 0,2% населения сообщили, что у них был определен повышенный уровень холестерина в течение последних 12 месяцев (Рисунок 29, Таблица А. 44 в Приложении А).

Рисунок 29. Распределение населения в зависимости от истории измерения уровня общего холестерина крови и результатов его измерения, по полу (%)



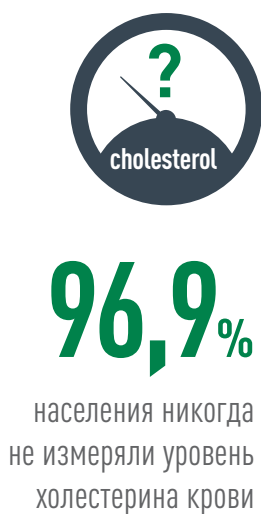
35,9% жителей с повышенным уровнем общего холестерина принимали лекарственные препараты для его снижения. Все принимающие препараты лица принадлежали к возрастной группе 35-69 лет. Среди женщин лиц, принимающих лекарственные препараты для контроля уровня холестерина, было в 3 раза больше, чем среди мужчин: 46,1% и 14,6%, соответственно (Таблица А. 45 в Приложении А).

3,9% населения с повышенным уровнем холестерина обращались за помощью к народным целителям. Больше всего таковых (5,8%) было среди женщин в возрасте 35-69 лет (Таблица А. 46 в Приложении А).

Доля населения с повышенным уровнем общего холестерина крови, которое использует лекарственные травы или другие средства народной медицины для его снижения в целом по выборке составила 8,8%. Все эти лица находились в возрастной группе 35-69 лет. В этой возрастной группе женщины прибегали к средствам народной медицины в 3 раза чаще, чем мужчины (12,0% и 4,1%, соответственно) и эти различия были статистически значимыми (Таблица А. 47 в Приложении А).

Выводы по разделу «Повышенный уровень общего холестерина крови»

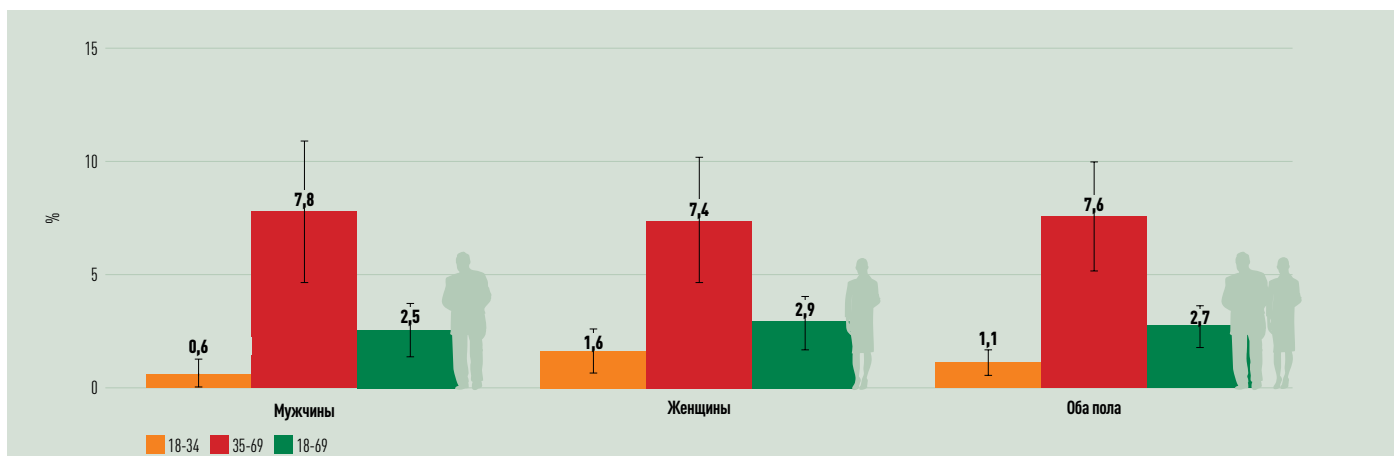
1. Подавляющее большинство жителей сообщили, что им никогда не проводили измерение уровня общего холестерина в крови (96,9%).
2. Лишь каждый третий житель с повышенным уровнем общего холестерина принимает лекарственные препараты для его снижения. Все принимающие препараты лица принадлежат к возрастной группе 35-69 лет. Среди женщин лиц, принимающих лекарственные препараты для контроля уровня холестерина, в 3 раза больше, чем среди мужчин: 46,1% и 14,6%, соответственно.



4.10 Болезни системы кровообращения

Респонденты были опрошены на предмет наличия в анамнезе сердечного приступа или инфаркта миокарда, а также о регулярном применении аспирина или статинов.

Среди всего населения 2,7% сообщили, что когда-либо пережили сердечный приступ, ощущали боль в груди в результате стенокардии или перенесли инсульт. Доля жителей, давших положительный ответ на данный вопрос, закономерно увеличивается с возрастом: с 1,1% в возрастной группе 18-34 лет до 7,6% в возрастной группе 35-69 лет. Статистически значимые различия в долях мужчин и женщин, перенесших когда-либо сердечный приступ, боль в груди в результате стенокардии или инсульт, между возрастными группами не выявлены (Рисунок 30, Таблица А. 48 в Приложении А).

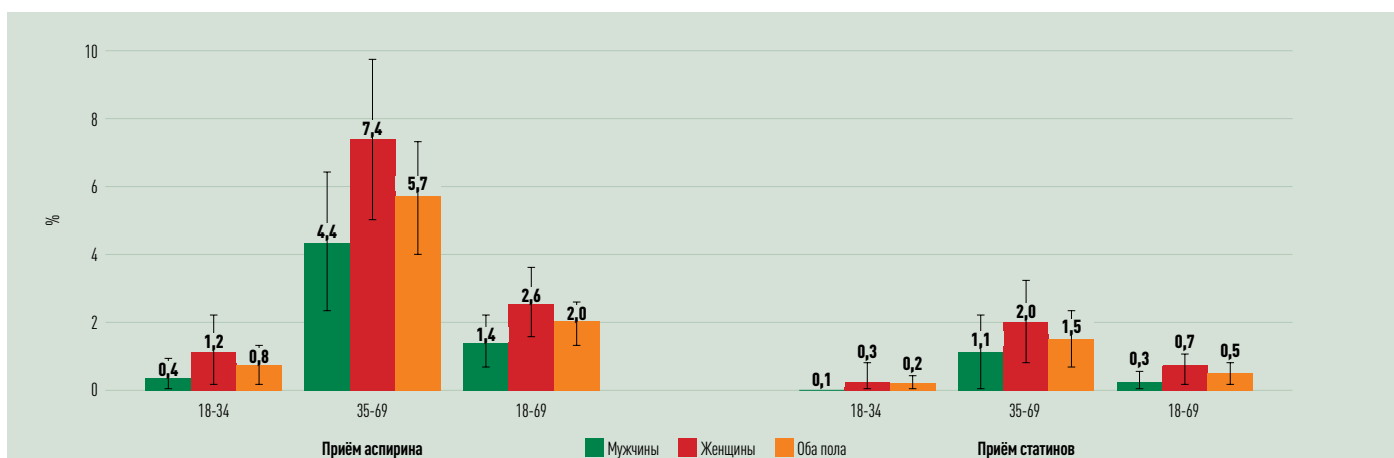


Доля тех, кто регулярно принимает аспирин для профилактики или лечения заболеваний сердца низкая и составляет в целом по выборке 2,0%. Больше всего принимающих аспирин находятся в возрастной группе 35-69 лет: 4,4% среди мужчин и 7,4% среди женщин при отсутствии статистически значимых различий (Таблица А. 49 в Приложении А).

Рисунок 30. Доля населения, у которого когда-либо был сердечный приступ, боль за грудиной (стенокардия) или инсульт, по полу и возрастным группам (%; 95% ДИ)

Доля тех, кто регулярно принимает статины для профилактики или лечения болезней сердца, очень низкая и составляет 0,5%. В возрасте 35-69 лет статины принимают 1,1% мужчин и 2,2% женщин (Рисунок 31, Таблица А. 49 в Приложении А).

Рисунок 31. Доля населения, которое на момент проведения исследования регулярно принимает аспирин или статины для профилактики или лечения заболеваний сердца, по полу и возрастным группам (%; 95% ДИ)



Выводы по разделу «Болезни системы кровообращения»

1. Регулярный прием аспирина и статинов с целью профилактики или лечения заболеваний сердца находится на низком уровне. Больше всего принимающих аспирин зарегистрировано среди мужчин (4,4%) и женщин (7,4%) в возрастной группе 35-69 лет.
2. В возрасте 35-69 лет статины принимают 1,1% мужчин и 2,2% женщин.



60,7%

населения когда-либо был дан совет поддерживать вес в пределах нормы или снизить вес

4.11 Рекомендации по здоровому образу жизни

Половина населения (49,9%) (68,3% мужчин и 39,8% женщин) в течение последних трех лет была проинформирована врачом или медицинским работником о вреде табакокурения и получила рекомендации либо прекратить употребление, либо не начинать употреблять табачную продукцию. Доля мужчин во всех возрастных группах, получивших такой совет, статистически значимо больше, чем среди женщин. Внутри гендерных групп статистически значимых различий между возрастными подгруппами в этом показателе выявлено не было (Таблица А. 50 в Приложении А).

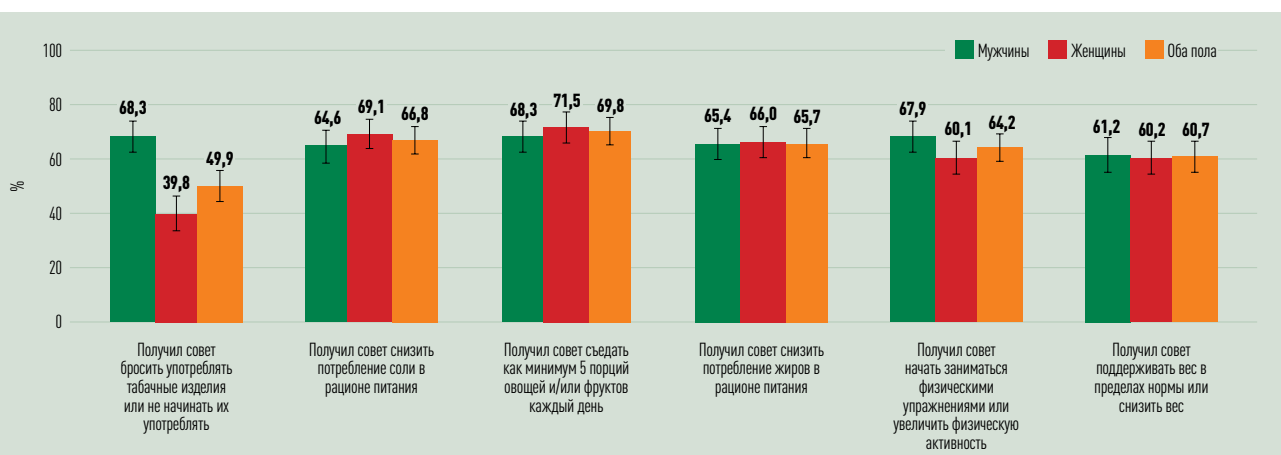
Что касается употребления в пищу соли, то 66,8% населения получали совет уменьшить употребление соли в пищу от врача или медицинского работника в течение последних трех лет (64,6% мужчин и 69,1% женщин). Статистически значимых различий по полу и возрастным группам выявлено не было.

69,8% населения получили совет потреблять как минимум 5 порций овощей и/или фруктов каждый день. Несколько чаще такой совет давался женщинам в возрастной группе 35-69 лет (73,8%). Значимых различий по полу и возрастным группам по этому показателю выявлено не было (Таблица А. 50 в Приложении А).

Примерно одинаковые доли населения в целом по выборке получили совет снизить потребление жиров в рационе питания и начать заниматься физическими упражнениями или увеличить физическую активность: 65,7% и 64,2%, соответственно. Доли населения, получившего данный совет, в разрезе половозрастных групп статистически значимо не отличались друг от друга (Таблица А. 50 в Приложении А).

60,7% населения получили совет поддерживать вес в пределах нормы или снизить вес. Статистически значимых различий по полу и возрастным группам выявлено не было (Рисунок 32, Таблица А. 50 в Приложении А).

Рисунок 32. Доля населения, которое за последние 3 года получило хотя бы один раз совет по ведению здорового образа жизни от врача или другого медицинского работника, среди всего населения, в зависимости от разновидности совета, по полу (%)



Выводы по разделу «Рекомендации по здоровому образу жизни»

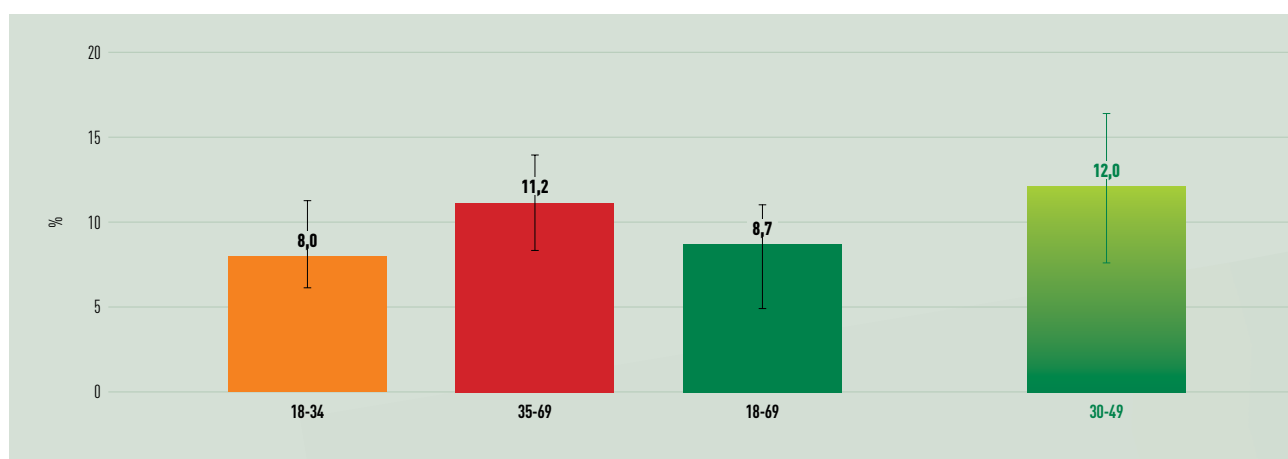
1. Половина населения (49,9%) (68,3% мужчин и 39,8% женщин) в течение последних трех лет была проинформирована врачом или медицинским работником о вреде табакокурения и получила рекомендации либо прекратить употребление, либо не начинать употреблять табачную продукцию. Доля мужчин во всех возрастных группах, получивших такой совет, статистически значимо больше, чем среди женщин.
2. Свыше 60% населения в течение последних трех лет получили совет от врача или медицинского работника уменьшить употребление соли в пище, снизить потребление жиров в рационе питания и начать заниматься физическими упражнениями или увеличить физическую активность, поддерживать вес в пределах нормы или снизить вес, при отсутствии значимых различий по полу и возрастным группам.
3. Две трети населения получили совет потреблять как минимум 5 порций овощей и/или фруктов каждый день.

4.12 Скрининг на рак шейки матки

В ходе исследования женщин опрашивали о проведении у них когда-либо обследования на выявление рака шейки матки.

Из всех женщин, принявших участие в опросе, лишь 12,0% сообщили, что хотя бы раз в жизни проходили обследование на предмет наличия признаков рака шейки матки. Вне зависимости от возраста, женщины одинаково мало обследовались на предмет выявления рака шейки матки: 8,0% в возрасте 18-34 лет и 11,2% в возрасте 35-69 лет. Охват обследованием в возрасте 30-49 лет составил 12,0% (Рисунок 33, Таблица А. 51 в Приложении А).

Рисунок 33. Доля женщин всех возрастов среди всех женщин и доля женщин в возрасте 30-49 лет среди всех женщин в возрасте 30-49 лет, которые когда-либо обследовались на рак шейки матки, по возрастным группам (%; 95% ДИ)



Выводы по разделу «Скрининг на рак шейки матки»

Лишь каждая десятая женщина вне зависимости от возраста хотя бы раз в жизни была обследована на предмет наличия признаков рака шейки матки.

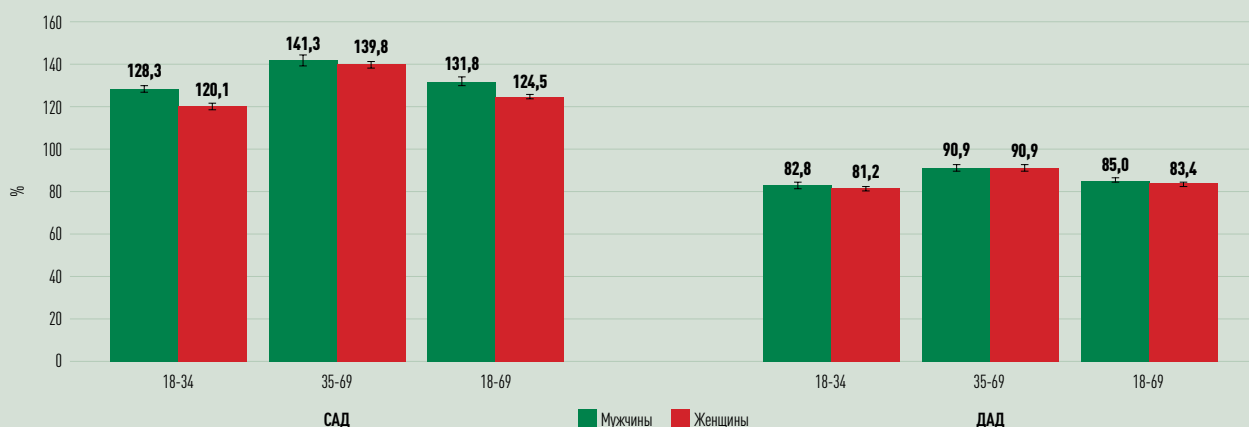
4.13 Данные физического осмотра

Артериальное давление

Гипертензия как фактор риска НИЗ была оценена с помощью измерения артериального давления (АД).

Среди всех лиц, включая тех, кто в настоящее время получает медикаментозное антигипертензивное лечение, среднее САД составило 128,3 мм рт.ст. (у мужчин 131,8 мм рт.ст., у женщин 124,5 мм рт.ст.). При этом в возрастной группе 35-69 лет среднее САД статистически значимо выше и у мужчин (141,3 мм рт.ст.), и у женщин (139,8 мм рт.ст.) в сравнении с таковым в возрастной группе 18-34 лет (128,3 и 120,1 мм рт.ст., соответственно). В разрезе гендерных групп статистически значимые различия средних значений САД между мужчинами и женщинами выявлены в возрастной группе 18-34 лет: 128,3 и 120,1 мм рт.ст., соответственно (Рисунок 34, Таблица А. 52 Приложение А).

Рисунок 34. Среднее значение систолического и диастолического артериального давления среди всего населения, включая лиц, которые получают антигипертензивную терапию, по полу и возрастным группам (мм рт.ст.), (М, 95% ДИ)



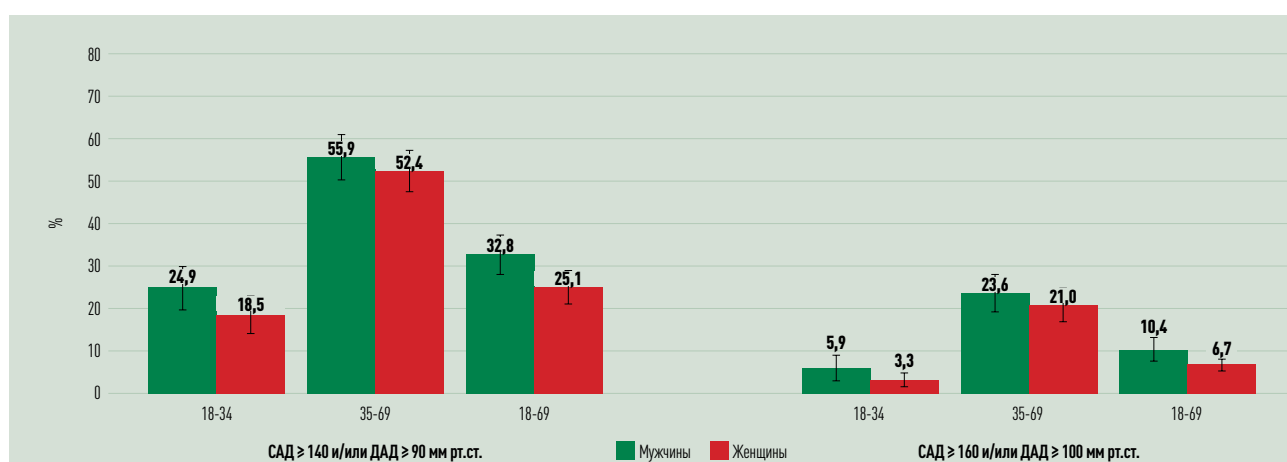
Среди всех жителей (получающих и не получающих антигипертензивную терапию) каждый третий (32,2%) имеет повышенное артериальное давление на уровне САД ≥ 140 и/или ДАД ≥ 90 мм рт.ст.: среди мужчин – 34,8%, среди женщин – 29,3%. Почти две трети мужчин (59,7%) и женщин (60,6%) в возрасте 35-69 лет имеют повышенное артериальное давление, и эта доля является статистически значимо большей в сравнении с таковой в группе 18-34 лет (25,5% среди мужчин и 59,7% среди женщин). Каждый четвертый молодой мужчина и каждая пятая молодая женщина в возрасте 18-34 лет имеют повышенное артериальное давление.

Доля лиц с повышенным артериальным давлением на уровне САД ≥ 160 и/или ДАД ≥ 100 мм рт.ст. среди всего населения составляет 12,5%: среди мужчин – 13,1%, среди женщин – 11,9%. Практически каждый третий мужчина (30,3%) и каждая третья женщина (34,5%) в возрасте 35-69 лет имеют повышенное АД на уровне САД ≥ 160 и/или ДАД ≥ 100 мм рт.ст., что статистически значимо больше, чем в группе 18-34 лет. 6,6% мужчин и 5,4% женщин молодого возраста имеют высокое артериальное давление (Таблица А. 53 в Приложении А).

Среди населения доля лиц с повышенным артериальным давлением на уровне САД ≥ 140 и/или ДАД ≥ 90 мм рт.ст., за исключением тех, кто получает антигипертензивную терапию, среди всех лиц с повышенным артериальным давлением, составила 29,2%: 32,8% среди мужчин и 25,1% среди женщин. В возрастной группе 18-34 лет каждый четвертый мужчина (24,9%) и каждая пятая женщина (18,5%) имеют повышенное артериальное давление и не получают антигипертензивную терапию. В возрастной группе 35-69 лет больше половины мужчин (55,9%) и женщин (52,4%) имеют повышенное артериальное давление и не получают антигипертензивную терапию.

Доля лиц с повышенным АД на уровне САД ≥ 160 и/или ДАД ≥ 100 мм рт.ст. за исключением тех, кто получает антигипертензивную терапию, среди всех лиц с повышенным артериальным давлением, составляет 8,7%: среди мужчин 10,4%, среди женщин 6,7%. 5,9% мужчин и 3,3% женщин молодого возраста (18-34 лет) имеют высокое АД и не получают антигипертензивные лекарственные препараты. В возрастной группе 35-69 лет таковых в 4 раза

Рисунок 35. Доля населения с повышенным артериальным давлением, за исключением тех, кто получает антигипертензивную терапию, среди лиц с повышенным артериальным давлением, по полу и возрастным группам (%; 95% ДИ)



статистически значимо больше среди мужчин (23,6%) и в 6 раз статистически значимо больше среди женщин (21,0%) (Таблица А. 54 в Приложении А). Каждый четвертый мужчина и каждая пятая женщина в возрасте 35-69 лет имеют высокое артериальное давление и не получают антигипертензивные лекарственные препараты (Рисунок 35).

Среди всего населения с артериальной гипертензией доля лиц, принимающих лекарственные препараты для контроля артериального давления и имеющих САД < 140 и ДАД < 90 , составляет 4,0%: среди мужчин 2,1%, среди женщин 6,4%.

Доля населения с артериальной гипертензией, принимающих лекарственные препараты для контроля артериального давления и имеющих САД > 140 и ДАД > 90 , составляет 9,0%: среди мужчин 6,4%, среди женщин 12,4%.

Доля населения с артериальной гипертензией, не принимающего лекарственные препараты для контроля артериального давления и имеющего на момент обследования повышенное артериальное давление (САД > 140 и/или ДАД > 90), составляет 87,0%: среди мужчин 91,6%, среди женщин 81,1% (Таблица 27).

Возрастная группа (лет)	n	Принимают лекарственные препараты				Не принимают лекарственные препараты	
		САД<140 и ДАД<90		САД≥140 и/или ДАД≥90		САД≥140 и/или ДАД≥90	
		%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
Мужчины							
18-34	102	2,7	0,0-5,9	0,5	0,0-1,4	96,8	93,5-100,0
35-69	383	1,3	0,2-2,4	13,2	8,8-17,6	85,5	80,9-90,1
18-69	485	2,1	0,3-3,9	6,4	4,1-8,6	91,6	88,9-94,2
Женщины							
18-34	135	7,8	3,0-12,7	3,0	0,0-6,1	89,1	83,5-94,8
35-69	564	4,8	2,6-7,0	23,5	18,4-28,6	71,7	66,0-77,4
18-69	699	6,4	3,4-9,4	12,4	8,9-16,0	81,1	76,6-85,6
Оба пола							
18-34	237	5,0	2,2-7,7	1,6	0,1-3,0	93,5	90,5-96,5
35-69	947	2,8	1,7-3,9	17,6	14,1-21,2	79,6	75,8-83,3
18-69	1184	4,0	2,3-5,6	9,0	6,9-11,1	87,0	84,6-89,5

Таблица 27. Распределение населения с артериальной гипертензией в зависимости от статуса контроля повышенного артериального давления, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Среднее значение частоты сердечных сокращений у обследованного населения составляет 82,0 удара в минуту при отсутствии значимых различий по полу и возрастным группам (Таблица А. 55 в Приложении А).

Выводы по разделу «Повышенное артериальное давление»

1. Каждый третий житель РТ (32,2%) имеет повышенное артериальное давление на уровне САД≥140 и/или ДАД≥90 мм рт.ст. Почти 2/3 мужчин (59,7%) и женщин (60,6%) в возрасте 35-69 лет живут с повышенным артериальным давлением.
2. Доля лиц с повышенным артериальным давлением на уровне САД ≥ 160 и/или ДАД ≥ 100 мм рт.ст. среди всех опрошенных составляет 12,5% без существенных различий по полу.
3. Практически каждый третий мужчина (30,3%) и каждая третья женщина (34,5%) в возрасте 35-69 лет имеют повышенное АД на уровне САД ≥ 160 и/или ДАД ≥ 100 мм рт.ст.
4. Доля населения с медикаментозно контролируемой артериальной гипертензией (САД<140 и ДАД<90), составляет лишь 4,0%: среди мужчин – 2,1%, среди женщин – 6,4%.
5. 87,0% населения с артериальной гипертензией не принимают антигипертензивные препараты: 91,6% мужчин и 81,1% женщин.

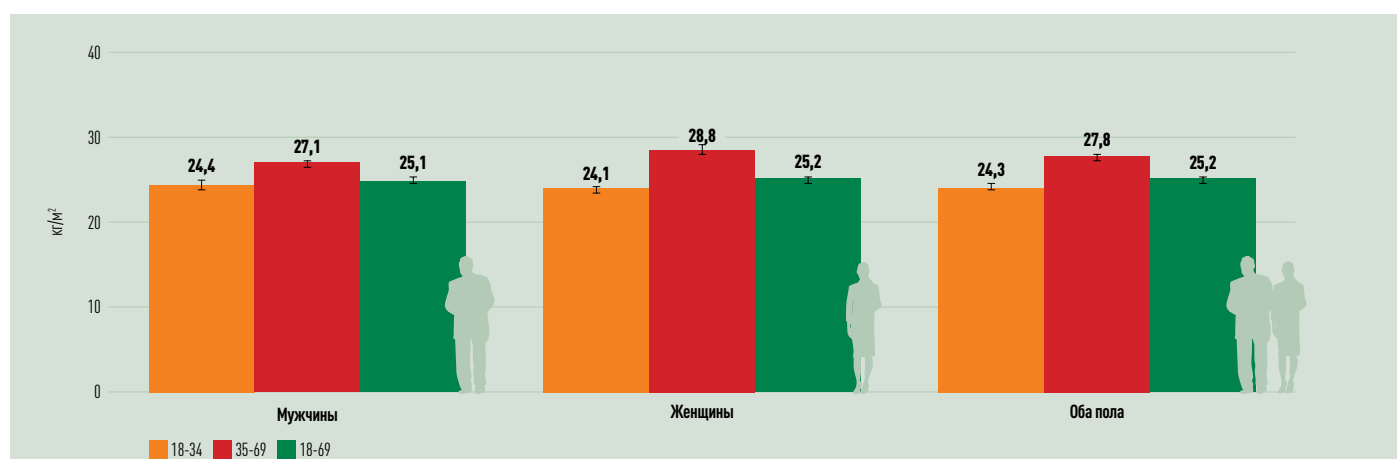
4.14 Антропометрические измерения: рост, масса тела, окружность талии

Антропометрические измерения: рост, масса тела и окружность талии проводились для расчета индекса массы тела (ИМТ), с целью оценки распространенности среди населения избыточной массы тела и ожирения (измерения не проводились беременным женщинам).

Мужчины в среднем были статистически значимо выше (167,7 см) и имели больший вес (70,7 кг), чем женщины (156,7 см и 61,9 кг) (Таблица А. 56 в Приложении А).

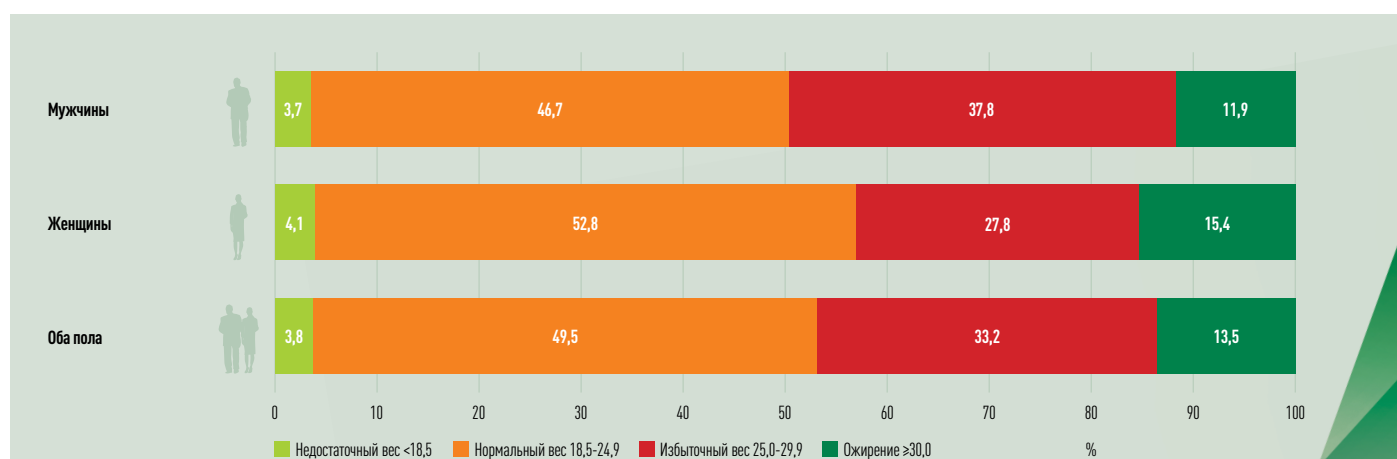
Среднее значение ИМТ составило 25,2. ИМТ в старшей возрастной группе 35-69 лет статистически значимо выше и у мужчин, и у женщин в сравнении с таковым в группе 18-34 лет. У женщин в возрастной группе 35-69 лет ИМТ был статистически значимо больше, чем у мужчин того же возраста (Рисунок 36, Таблица А. 57 в Приложении А).

Рисунок 36. Среднее значение индекса массы тела населения, по полу и возрастным группам (кг/м²), (М, 95% ДИ)



Половина населения имеет нормальный вес (49,5%), несколько меньше лиц с нормальным весом среди мужчин (46,7%), чем среди женщин (52,8%). Меньше всего лиц с нормальным весом было в возрастной группе 35-69 лет: примерно лишь каждый третий мужчина (30,8%) и чуть меньше, чем каждая третья женщина (28,6%) в этой возрастной группе имеют нормальный вес (Рисунок 37, Таблица А. 58 в Приложении А).

Рисунок 37. Распределение населения по категориям индекса массы тела, по полу и возрастным группам (%)



Почти каждый второй житель имеет избыточную массу тела, либо ожирение (46,7%). Среди мужчин лиц с избыточной массой тела или ожирением статистически значимо больше, чем среди женщин: 49,7% и 43,2%, соответственно. Больше всего таких лиц регистрируется среди женщин в возрасте 35-69 лет – свыше двух третей (69,5%).

Таблица 28. Доля населения с избыточной массой тела (ИМТ $\geq$ 25), по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Среди всех обследованных каждый седьмой человек страдает ожирением (13,5%). Наибольшая доля лиц с ожирением выявлена среди женщин в возрасте 35-69 лет (37,7%) – каждая третья женщина. (Таблица 28).

Возрастная группа	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18-34	419	43.1	36.5-49.6	591	35.1	30.3-39.8	1010	39.3	34.8-43.7
35-69	674	67.5	62.7-72.3	962	69.6	65.5-73.6	1636	68.4	65.0-71.8
18-69	1093	49.7	44.7-54.6	1553	43.2	39.2-47.2	2646	46.7	43.0-50.4

Лиц с недостаточной массой тела было незначительное количество (3,8%); больше всего среди женщин и мужчин в возрасте 18-34 лет (4,8% и 4,4%, соответственно).

Средние значения окружности талии и бедер у мужчин и женщин составляют 81,8 см и 77,4 см, и 93,2 см и 94,3 см, соответственно. Статистически значимых различий по полу внутри возрастных групп не выявлено (Таблица А. 59 в Приложении А).

Средние значения соотношения окружности талии к окружности бедер составили 0,9 и 0,8 среди мужчин и женщин, соответственно. Различия по полу и возрастным группам отсутствовали (Таблица А. 60 в Приложении А).

Выводы по разделу «Антропометрические измерения: рост, масса тела, окружность талии»

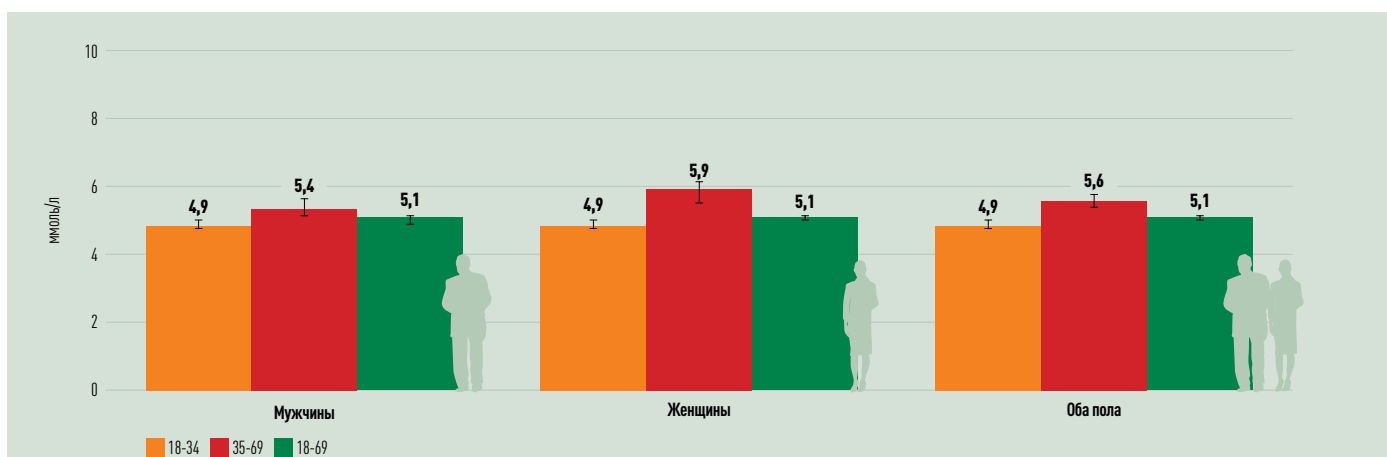
1. Половина населения РТ (49,5%) имеет нормальный вес: среди мужчин (46,7%), среди женщин (52,8%). В возрастной группе 35-69 лет лишь примерно каждый третий мужчина (30,8%) и чуть меньше, чем каждая третья женщина (28,6%) имеют нормальный вес.
2. Каждый второй житель имеет избыточную массу тела или ожирение (46,7%); таковых больше среди мужчин (49,7%), чем среди женщин (43,2%).
3. Свыше двух третей женщин в возрасте 35-69 лет имеют избыточную массу тела (69,5%). Каждая третья женщина в возрасте 35-69 лет имеет ожирение (37,7%).

4.15 Показатели биохимического анализа крови

Глюкоза крови

Среднее значение уровня глюкозы крови натощак у мужчин и женщин составляет 5,1 ммоль/л. В разрезе возрастных групп и у мужчин, и у женщин среднее значение уровня глюкозы крови статистически значимо выше среди лиц в возрастной группе 35-69 лет в сравнении с группой 18-34 лет: 5,4 и 4,9 ммоль/л, и 5,9 и 4,9 ммоль/л, соответственно (Рисунок 38, Таблица А. 61 в Приложении А).

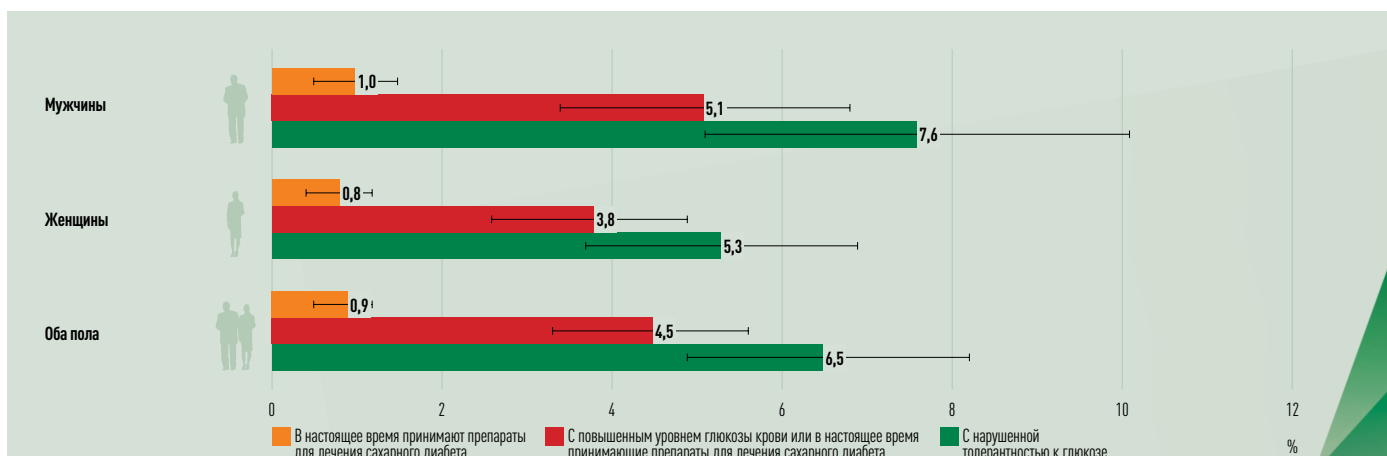
Рисунок 38. Среднее значение уровня глюкозы крови натощак, по полу и возрастным группам (ммоль/л), (М, 95% ДИ)



Доля населения с нарушенной толерантностью к глюкозе составляет 7,6% среди мужчин и 6,5% среди женщин. Больше всего населения с нарушенной толерантностью к глюкозе зарегистрировано среди женщин в возрастной группе 36-69 лет – каждая десятая женщина (9,9%), что статистически значимо больше, чем среди женщин в возрастной группе 18-34 лет. Статистически значимые различия по этому показателю среди мужчин и женщин не выявлены (Рисунок 39, Таблица А. 62 в Приложении А).

Доля обследованных с повышенным уровнем глюкозы крови или в настоящее время принимающих препараты для лечения сахарного диабета составляет 4,5% в целом по выборке и 5,1% и 3,8% среди мужчин и женщин,

Рисунок 39. Распределение населения по категориям уровня глюкозы крови и доля населения, получающего медикаментозную терапию для контроля уровня глюкозы в крови, среди всего населения, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)



соответственно. Каждый десятый житель в возрасте 35-69 лет среди мужчин (10,6%) и женщин (11,0%) имеет повышенный уровень глюкозы крови или в настоящее время принимает препараты для лечения сахарного диабета.

Лекарственные препараты от сахарного диабета принимают 0,9% жителей. Больше всего таковых среди мужчин и женщин в возрастной группе 35-69 лет (3,2%).

Выводы: Доля населения с нарушенной толерантностью к глюкозе составляет 7,6% среди мужчин и 6,5% среди женщин. Каждый десятый житель в возрасте 35-69 лет среди мужчин (10,6%) и женщин (11,0%) имеет повышенный уровень глюкозы крови или в настоящее время принимает препараты для лечения сахарного диабета.

Общий холестерин крови

Среднее значение уровня общего холестерина крови в целом по выборке составляет 3,8 ммоль/л. В разрезе возрастных групп и у мужчин, и у женщин среднее значение общего холестерина крови статистически значимо выше среди лиц в возрастной группе 35-69 лет в сравнении с группой 18-34 лет: 3,5 и 4,1 ммоль/л, и 3,7 и 4,4 ммоль/л, соответственно (Таблица 29).

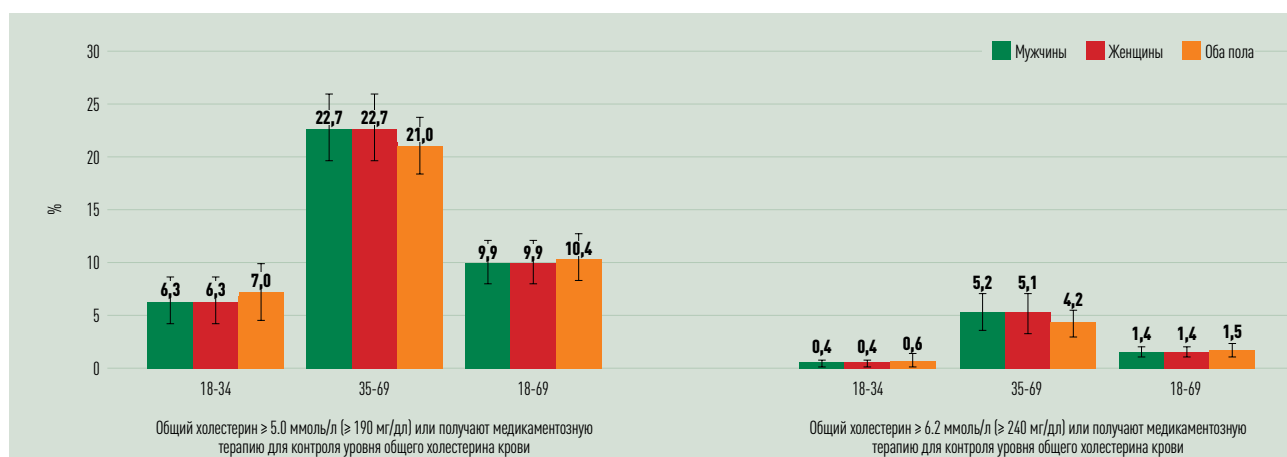
Таблица 29. Среднее значение уровня общего холестерина крови, по полу и возрастным группам (ммоль/л, мг/дл), (М, 95% ДИ)

Возрастная группа (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ
Уровень общего холестерина крови натощак (ммоль/л)									
18-34	410	3,5	3,4-3,6	626	3,7	3,6-3,8	1036	3,6	3,5-3,7
35-69	667	4,1	4,0-4,2	948	4,4	4,3-4,5	1615	4,2	4,1-4,3
18-69	1077	3,7	3,6-3,8	1574	3,8	3,8-3,9	2651	3,8	3,7-3,8
Уровень общего холестерина крови натощак (мг/дл)									
18-34	410	136,0	131,1-140,9	626	142,5	139,3-145,8	1036	139,2	135,8-142,6
35-69	667	158,2	153,5-163,0	948	169,4	166,0-172,9	1615	163,0	159,9-166,1
18-69	1077	142,0	137,8-146,2	1574	148,4	145,6-151,3	2651	145,1	142,2-148,0

Каждый десятый житель (10,4%) РТ имеет повышенный уровень холестерина крови ($\geq 5,0$ ммоль/л). Больше всего таковых лиц в возрастной группе 35-69 лет: 22,7% среди и мужчин, и женщин.

Высокий уровень холестерина ($\geq 6,2$ ммоль/л) зарегистрирован у 1,5% населения, в возрастной группе 35-69 лет у 5,2% мужчин и у 5,1% женщин (Рисунок 40, Таблица А. 63 в Приложении А).

Средние значения уровня липопротеинов высокой плотности составляют 1,0 ммоль/л у мужчин и 1,2 ммоль/л у женщин и не отличаются внутри гендерных групп (Таблица А. 64 в Приложении А).



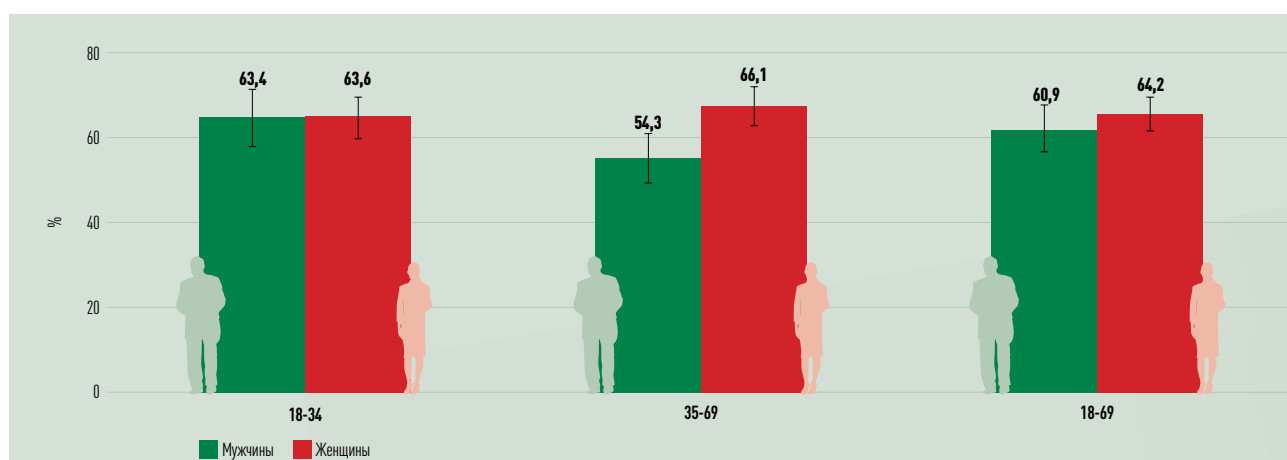
У 60,9% мужчин и у 64,2% женщин зарегистрирован сниженный уровень ЛПВП ($<1,03$ ммоль/л (<40 мг/дл) и $<1,29$ ммоль/л (<50 мг/дл), соответственно). Больше всего лиц со сниженным уровнем ЛПВП выявлено среди женщин в возрасте 35-69 лет. У двух третей из них уровень ЛПВП снижен и этот показатель является статистически значимым в сравнении с мужчинами того же возраста, у половины из которых (54,3%) уровень ЛПВП был снижен.

Необходимо отметить, что у большинства лиц в возрастной группе 18-34 лет также отмечен сниженный уровень ЛПВП: у 63,4% мужчин и у 63,6% у женщин (Рисунок 41, Таблица А. 65 в Приложении А).

Выводы: Каждый десятый житель имеет повышенный уровень холестерина крови ($\geq 5,0$ ммоль/л). В возрастной группе 35-69 лет таких лиц больше всего (22,7% среди мужчин и женщин). Высокий уровень холестерина ($\geq 6,2$ ммоль/л) зарегистрирован у 1,5% населения, в возрастной группе 35-69 лет у 5% населения. У 2/3 женщин и у половины мужчин в возрасте 35-69 лет уровень ЛПВП снижен.

Рисунок 40. Доля населения с повышенным уровнем общего холестерина крови или получающих медикаментозную терапию для контроля уровня общего холестерина в крови, по полу и возрастным группам (%; 95% ДИ)

Рисунок 41. Доля населения со сниженным уровнем ЛПВП крови, по полу и возрастным группам (%)



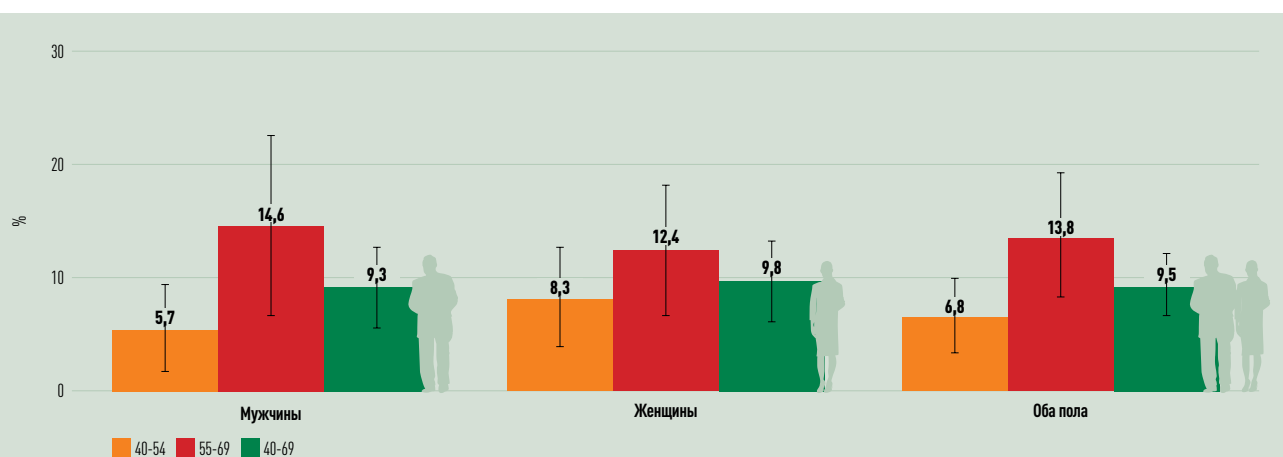
4.16 Оценка риска развития болезней системы кровообращения (БСК)

Оценка риска развития болезней системы кровообращения (БСК)

Среди участников исследования в возрасте 40-69 лет выявлялись те, у кого присутствует 10-летний риск БСК $\geq$ 30%, и те, у кого уже имеется БСК. 10-летний риск БСК $\geq$ 30% определялся по совокупности следующих показателей: возраст, пол, артериальное давление, статус курения (курящие в настоящее время или те, кто бросил курить менее чем за год до оценки), уровень общего холестерина и глюкозы в крови (ранее диагностированный диабет или концентрация глюкозы в крови натощак $> 6,1$ ммоль/л).

Среди всех обследованных лиц в возрасте 40-69 лет каждый десятый житель имеет 10-летний риск развития БСК $\geq$ 30% или уже живет с БСК: среди мужчин 9,3%, среди женщин 9,8%. В возрасте 55-69 лет таковых было больше всего: каждый седьмой мужчина (14,6%) и каждая восьмая женщина (12,4%) (Рисунок 42, Таблица 30).

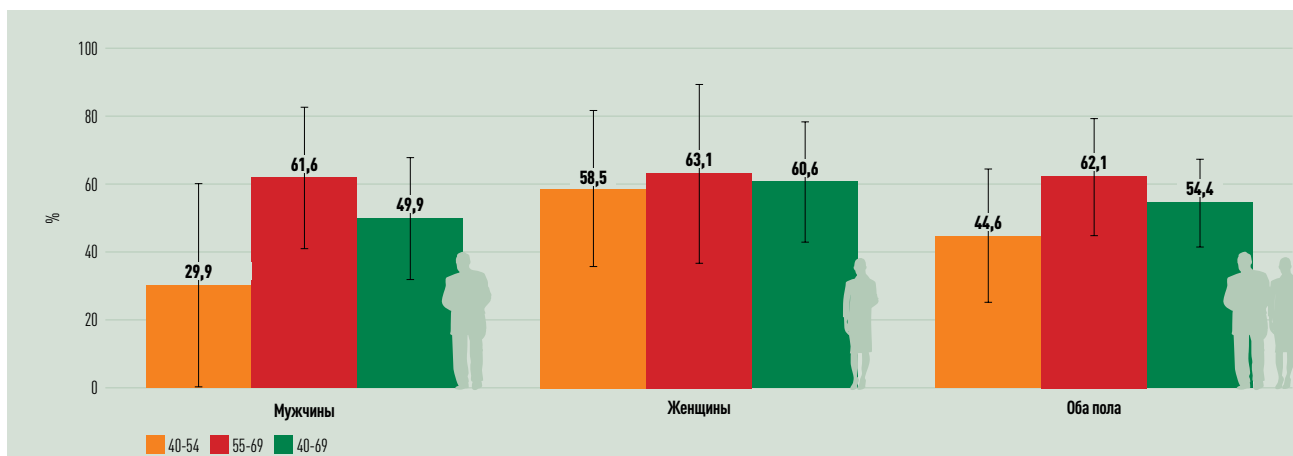
Рисунок 42. Доля населения в возрасте 40-69 лет с 10-летним риском развития БСК $\geq$ 30% или с наличием БСК, по полу и возрастным группам (%; 95% ДИ)



Возрастная группа (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
40-54	365	5,7	1,9-9,5	483	8,3	4,1-12,6	848	6,8	3,7-9,9
55-69	187	14,6	7,1-22,2	234	12,4	6,8-17,9	421	13,8	8,5-19,0
40-69	552	9,3	5,7-12,9	717	9,8	6,3-13,3	1269	9,5	6,7-12,2

Таблица 30. Доля населения в возрасте 40-69 лет с 10-летним риском развития БСК $\geq$ 30% или с наличием БСК, по полу и возрастным группам (%; 95% ДИ)

Лишь чуть больше половины населения (54,4%) с 10-летним риском развития БСК $\geq$ 30% или с наличием БСК получают лекарственную терапию или консультирование для предотвращения сердечных приступов и инсультов. Среди мужчин таковых 49,9%, среди женщин – 60,6%. Меньше всего лиц с повышенным риском развития БСК или с наличием БСК получают лекарственную терапию или консультирование для предотвращения сердечных приступов и инсультов среди мужчин в возрасте 40-54 года (29,9%), больше всего – среди женщин в возрасте 55-69 лет (63,1%) (Рисунок 43, Таблица 31).



Возрастная группа (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
40-54	21	29,9	0,0-60,2	41	58,5	35,5-81,5	62	44,6	25,0-64,2
55-69	30	61,6	40,7-82,5	30	63,1	36,7-89,4	60	62,1	44,8-79,5
40-69	51	49,9	31,9-67,8	71	60,6	43,0-78,2	122	54,4	41,6-67,2

Согласно оценке сочетаний факторов риска, большинство населения и среди мужчин, и среди женщин имеют 1-2 фактора риска ХНИЗ: более двух третей мужчин (70,4%) и больше половины женщин (57,4%), и это различие является статистически значимым. Причем и у мужчин, и у женщин наибольшая доля населения с 1-2 факторами риска выявлена в молодой возрастной группе 18-44 лет: 72,8% и 58,6%, соответственно, и это различие является статистически значимым (рисунок 45).

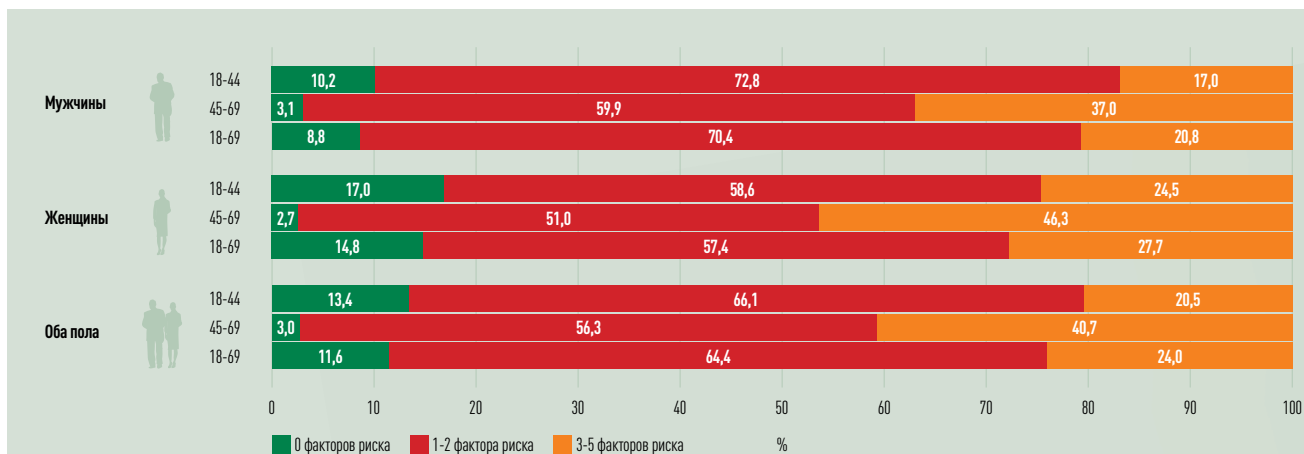
Каждый четвертый житель РТ (24,0%) имеет 3-5 факторов риска развития ХНИЗ: среди мужчин – 20,8%, среди женщин – 27,7%. Каждый третий мужчина (37,0%) и каждая вторая женщина (46,3%) в возрасте 45-69 лет имеют 3-5 факторов риска развития ХНИЗ.

Лишь 11,6% жителей не имели ни одного из оцененных факторов риска ХНИЗ: 8,8% среди мужчин и 14,8% среди женщин. Меньше всего таковых было в возрастной группе 45-69 лет: 3,1% среди мужчин и 2,7% среди женщин (Рисунок 44, Таблица А. 66 в Приложении А).

Рисунок 43. Доля населения с 10-летним риском развития БСК $\geq$ 30% или с наличием БСК, которое получает лекарственную терапию или консультирование для предотвращения сердечных приступов и инсультов, по полу и возрастным группам (%)

Таблица 31. Доля населения с 10-летним риском развития БСК $\geq$ 30% или с наличием БСК, которое получает лекарственную терапию или консультирование для предотвращения сердечных приступов и инсультов, по полу и возрастным группам (% ,95% ДИ)

Рисунок 44. Распределение населения по категориям числа факторов риска ХНИЗ, по полу и возрастным группам (%)



4.17 Политика по контролю потребления табака

В этом исследовании в качестве дополнительного модуля по анализу факторов, связанных с развитием НИЗ, также была проанализирована политика в отношении контроля потребления табака. Респондентам задавали вопросы о том, видели ли они информацию об опасности курения в СМИ, давались ли советы бросить курить медицинским работником, видели ли респонденты рекламу или маркетинговые кампании по продвижению табачных изделий, предупреждения об опасности курения на пачках сигарет и т.п.

Таблица 32. Доля жителей, которые заметили любую разновидность наиболее часто используемых рекламных методов сигарет в течение последних 30 дней, по полу и возрастным группам (%)

Доля жителей, которые заметили любую разновидность наиболее часто используемых рекламных методов сигарет в течение последних 30 дней, предшествующих интервью, была очень мала и не превышала 0,9% (Таблица 32).

Возрастная группа (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
Заметили бесплатные образцы сигарет									
18-34	373	0,8	0,0-2,0	515	0,1	0,0-0,4	888	0,5	0,0-1,1
35-69	594	0,5	0,0-1,0	773	0,4	0,0-1,0	1367	0,5	0,1-0,8
18-69	967	0,7	0,0-1,6	1288	0,2	0,0-0,5	2255	0,5	0,0-1,0
Заметили цены на сигареты, характерные для распродаж									
18-34	376	0,2	0,0-0,5	506	0,2	0,0-0,5	882	0,2	0,0-0,4
35-69	588	0,9	0,2-1,5	762	0,4	0,0-1,0	1350	0,7	0,2-1,2
18-69	964	0,4	0,1-0,7	1268	0,3	0,0-0,5	2232	0,3	0,1-0,5
Заметили купоны на приобретение сигарет									
18-34	373	0,2	0,0-0,5	505	0,2	0,0-0,4	878	0,2	0,0-0,4
35-69	584	0,3	0,0-0,8	757	0,3	0,0-0,8	1341	0,3	0,0-0,6
18-69	957	0,2	0,0-0,5	1262	0,2	0,0-0,4	2219	0,2	0,0-0,4
Заметили бесплатные подарки или специальные скидки на другие товары при покупке сигарет									
18-34	372	0,8	0,0-2,1	514	0,0	-	886	0,4	0,0-1,1
35-69	589	0,3	0,0-0,8	772	0,3	0,0-0,9	1361	0,3	0,0-0,7
18-69	961	0,7	0,0-1,6	1286	0,1	0,0-0,2	2247	0,4	0,0-0,9
Заметили одежду или другие предметы с названием или логотипом бренда сигарет									
18-34	372	0,5	0,0-1,3	514	0,0	-	886	0,3	0,0-0,7
35-69	586	0,5	0,0-1,1	770	0,3	0,0-0,8	1356	0,4	0,1-0,8
18-69	958	0,5	0,0-1,1	1284	0,1	0,0-0,2	2242	0,3	0,0-0,6
Заметили рекламу сигарет в почте									
18-34	368	0,9	0,0-2,0	504	0,1	0,0-0,2	872	0,5	0,0-1,1
35-69	583	0,5	0,0-1,0	760	0,3	0,0-0,9	1343	0,4	0,0-0,8
18-69	951	0,8	0,0-1,6	1264	0,1	0,0-0,3	2215	0,5	0,0-0,9

Более трех четвертей курящих в настоящее время сообщили, что за последние 30 дней они замечали предупреждения о вреде для здоровья на пачках сигарет (76,5%): 76,2% мужчин и 93,7% женщин (Таблица 33).

Таблица 33. Доля курящих в настоящее время, которые заметили предупреждения о вреде для здоровья на пачках сигарет в течение последних 30 дней, по полу и возрастным группам (%)

Возрастная группа (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18-34	38	75,8	58,4-93,1	2	88,4	43,2-100,0	40	75,9	58,8-93,1
35-69	82	77,0	64,8-89,2	5	100,0	100,0-100,0	87	77,5	65,6-89,4
18-69	120	76,2	62,3-90,1	7	93,7	72,9-100,0	127	76,5	62,8-90,1

Две трети курящих в настоящее время заметили предупреждения о вреде курения для здоровья на пачках сигарет в течение последних 30 дней и подумали о том, чтобы бросить курить из-за этих предупреждений (67,2%). Таковых было статистически значимо больше среди мужчин (68,1%), чем среди женщин (22,3%) (Таблица 34). Однако эту разницу по полу следует интерпретировать с осторожностью, поскольку очень маленький размер выборки курящих в настоящее время женщин не позволяет провести надежную количественную оценку данного показателя.

Таблица 34. Доля курящих в настоящее время, которые заметили предупреждения о вреде для здоровья на пачках сигарет в течение последних 30 дней и подумали о том, чтобы бросить курить из-за этих предупреждений, по полу и возрастным группам (%)

Возрастная группа (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18-34	27	68,1	43,3-93,0	1	-	-	28	67,2	42,8-91,5
35-69	61	67,9	53,3-82,5	5	45,8	0,0-95,6	66	67,3	53,1-81,6
18-69	88	68,1	52,0-84,1	6	22,3	0,0-79,6	94	67,2	51,4-83,0

Выводы по политике контроля табака:

- маркетинг табачных изделий в Республике Таджикистан незадолго до исследования был на очень низком уровне: доля населения, заметившего любой тип наиболее часто используемых рекламных методов сигарет в течение последних 30 дней, предшествующих интервью, была очень мала (0,9%);
- более двух третей курящих в настоящее время (67,2%) сообщили, что за последние 30 дней заметили предупреждения о вреде курения для здоровья на пачках сигарет и подумали о том, чтобы бросить курить из-за этих предупреждений.

> 5. Выводы и рекомендации



10,3%

населения употребляют
бездымный табак

Настоящее исследование распространенности факторов риска НИЗ было проведено с использованием методологии ВОЗ, поэтому результаты сопоставимы с результатами STEPS-исследований в других странах. Ниже представлено общее резюме результатов STEPS-исследования в Республике Таджикистан.

Факторы риска НИЗ имеют достаточно высокую распространенность среди населения республики:

- 13,5% взрослого населения в возрасте 18-69 лет употребляют табак, однако курительный табак употребляет относительно небольшая доля населения (4,8%); 10,3% лиц употребляют бездымный табак;
- каждый шестой мужчина в возрасте 35-69 лет употреблял в течение последних 30 дней алкоголь;
- свыше 60% населения потребляют меньше пяти порций фруктов и/или овощей в день;
- 31% жителей всегда или часто досаливают пищу или добавляют к ней соленый соус;
- у 28,3% населения физическая активность находится на недостаточном уровне, не соответствующем рекомендациям ВОЗ (менее 150 минут физической активности умеренной интенсивности в неделю или эквивалентный этому уровень физической активности), 76,2% населения проводят досуг пассивно (без физической активности);
- каждому третьему (34,9%) жителю РТ никогда не измеряли артериальное давление и каждый третий житель (32,2%) имеет повышенное артериальное давление; лишь 4,0% населения с артериальной гипертензией удается медикаментозно контролировать повышенное артериальное давление;
- почти половина взрослого населения Республики Таджикистан имеет избыточную массу тела или ожирение (46,7%); ожирение выявлено у 13,5% жителей;
- подавляющему большинству населения (96,9%) никогда не проводили измерение уровня общего холестерина в крови; 64,2% женщин и 60,9% мужчин имеют сниженный уровень ЛПВП в крови;
- каждый десятый житель (9,5%) в возрасте 40-69 лет имеет 10-летний риск БСК выше 30% или уже живет с БСК;
- большинство женщин (87,8%) в возрасте 30-49 лет не были хотя бы раз в жизни обследованы на предмет наличия рака шейки матки.

Ряд основных факторов риска НИЗ имеют значительно более высокую распространенность среди определенных половозрастных групп населения, способствуя более высокому риску заболеваемости ХНИЗ в этих группах населения:

- 19,7% мужчин употребляют бездымный табак; больше всего мужчин, употребляющих бездымный табак, находится в возрастной группе 35-69 лет (33,2%); 30,0% мужчин в возрасте 35-69 лет употребляют табачные изделия ежедневно;
- каждый десятый (9,3%) мужчина в возрасте 35-69 лет употребляет алкоголь в настоящее время; максимальное число стандартных порций алкоголя, принятых за один раз в течение последних 30 дней среди употребляющих алкоголь мужчин в возрасте 35-69 лет составляет 8,8 порций;
- более трети женщин (39,9%) имеют низкий уровень физической активности (менее 150 минут физической активности умеренной интенсивности в неделю или эквивалентный этому уровень физической активности). Подавляющее большинство женщин (85,5%) проводят досуг пассивно (без физической активности);
- 68,4% населения в возрасте 35-69 лет имеют избыточный вес или ожирение, каждая третья женщина в этой возрастной группе живет с ожирением (37,7%);
- 44,3% мужчин никогда не измеряли артериальное давление; 60% мужчин и женщин в возрасте 35-69 лет имеют повышенное артериальное давление; доля мужчин с контролируемой артериальной гипертензией среди всех мужчин с повышенным артериальным давлением составляет 2,1%. 91,6% мужчин и 81,1% женщин с артериальной гипертензией не принимают антигипертензивные препараты;
- в старшей возрастной группе 35-69 лет 74,2% мужчин и 69,8% женщин никогда не измеряли уровень глюкозы крови; каждый десятый житель (10,8%) в возрасте 35-69 лет имеет повышенный уровень глюкозы крови, или в настоящее время принимает препараты для лечения сахарного диабета;
- у четверти населения (22,7%) в возрасте 35-69 лет регистрируется повышенный уровень холестерина; лишь 14,6% мужчин с повышенным уровнем холестерина крови принимают лекарственные препараты для его снижения.

Суммарная оценка риска и комбинаций факторов риска показала следующее:

- каждый седьмой житель (13,8%) в возрасте 55-69 лет имеет 10-летний риск развития БСК больше 30% или уже живет с БСК;
- только половина населения в возрасте 40-69 лет с 10-летним риском развития БСК больше 30% или с наличием БСК получают лекарственную терапию или консультирование для предотвращения сердечных приступов и инсультов;
- лишь 29,9% мужчин в возрасте 40-54 лет с 10-летним риском развития БСК свыше 30% или с наличием БСК получают лекарственную терапию или консультирование для предотвращения сердечных приступов и инсультов;
- лишь каждый десятый житель РТ (11,6%) не имеет ни одного из оцененных факторов риска НИЗ;
- 37% мужчин и 46,3% женщин в возрасте 45-69 лет имеют от 3 до 5 факторов риска НИЗ одновременно.



13,8%

населения в возрасте 55-69 лет имеет 10-летний риск развития БСК больше 30% или уже живет с БСК



Результаты данного исследования представляют интерес для широкого спектра лиц и организаций. Выводы по результатам STEPS-исследования могут служить отправной точкой для оценки эффективности реализуемых действий, направленных на уменьшение распространенности факторов риска развития НИЗ в Республике Таджикистан. Анализ и интерпретация комплекса данных STEPS-исследования позволит совершенствовать эпидемиологический надзор за НИЗ и их факторами риска, усилить комплекс мер по борьбе с наиболее распространенными НИЗ и в итоге снизить заболеваемость и смертность населения от болезней системы кровообращения, онкологических заболеваний, сахарного диабета и других наиболее распространенных НИЗ, а также положительно повлиять на ожидаемую продолжительность и качество жизни населения Республики Таджикистан.

Проведя исследование STEPS, Таджикистан выполнил взятое на сессии Генеральной Ассамблеи ООН важное обязательство проводить последовательную политику, направленную на снижение бремени неинфекционных заболеваний для достижения целей устойчивого развития. Исследование STEPS должно быть повторено к 2021 году.

> **Список ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ**

1. World Health Organization. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/#:~:text=This%20global%20status%20report%20on,actions%20for%20attaining%20the%20targets>)
2. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2019. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326043/9789241516204-eng.pdf?ua=1>)
3. World Health Organization. Global Status Report on Alcohol and Health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/)
4. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (https://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/)
5. Всемирная организация здравоохранения. План действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген, Всемирная организация здравоохранения, 2016 (https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/346330/NCD-ActionPlan-RU.pdf)
6. Ашхабадская декларация по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в контексте положений политики Здоровье-2020. Европейская министерская конференция ВОЗ по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в контексте положений политики Здоровье-2020. Ашхабад, Туркменистан, 3-4 декабря 2013 г. (https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/236191/Ashgabat-Declaration-4-December-2013-Rus.pdf)
7. World Health Organization. WHO STEPS Surveillance Manual: The WHO STEPwise approach to chronic disease risk factor surveillance. Geneva, World Health Organization; 2005 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43376/9241593830_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Приложение А

Курение

Таблица А. 1. Распределение населения мужского пола по статусу употребления курительного и бездымного табака, среди всего населения мужского пола, по возрастным группам, мужчины (% , 95% ДИ)

Возрастная группа (лет)	n	Употребляют табак в настоящий момент				Не употребляют табак			
		Ежедневно	ДИ 95%	Не каждый день	ДИ 95%	Бывший курильщик	ДИ 95%	Никогда не курил	ДИ 95%
Курительный табак									
18-34	421	4,9	2,5-7,4	3,4	1,2-5,7	6,0	2,9-9,0	85,7	81,7-89,6
35-69	679	7,9	5,8-10,0	2,9	1,2-4,6	13,6	9,6-17,5	75,6	71,4-79,8
18-69	1100	5,7	3,8-7,6	3,3	1,5-5,0	8,0	5,5-10,5	82,9	79,8-86,1
Бездымный табак									
18-34	421	10,0	6,4-13,5	4,7	2,4-7,1	0,7	0,0-1,4	84,6	80,4-88,8
35-69	679	23,3	18,5-28,1	9,9	7,0-12,8	1,5	0,1-2,9	65,3	60,1-70,5
18-69	1100	13,6	10,6-16,6	6,1	4,2-8,1	0,9	0,3-1,5	79,4	75,9-82,8

Таблица А. 2. Распределение населения по статусу употребления курительного и бездымного табака, среди всего населения, по возрастным группам, оба пола (% , 95% ДИ)

Возрастные группы (лет)	n	Употребляют табак в настоящий момент				Не употребляют табак			
		Ежедневно	ДИ 95%	Не каждый день	ДИ 95%	Бывший курильщик%	ДИ 95%	Никогда не курил	ДИ 95%
Курительный табак									
18-34	1063	2,5	1,3-3,7	1,7	0,6-2,8	3,0	1,5-4,6	92,7	90,7-94,7
35-69	1655	4,6	3,4-5,9	1,7	0,7-2,7	7,9	5,6-10,2	85,8	83,3-88,2
18-69	2718	3,0	2,1-4,0	1,7	0,8-2,6	4,2	2,9-5,6	91,0	89,4-92,7
Бездымный табак									
18-34	1063	5,0	3,1-6,9	2,4	1,2-3,6	0,3	0,0-0,7	92,3	90,0-94,5
35-69	1655	13,3	10,3-16,4	5,7	4,1-7,3	0,9	0,1-1,6	80,1	76,8-83,3
18-69	2718	7,1	5,4-8,7	3,2	2,2-4,2	0,5	0,1-0,8	89,2	87,4-91,1

Таблица А. 2а. Доля бывших ежедневных потребителей бездымного табака, среди всего населения, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	ДИ 95%	n	%	ДИ 95%	n	%	ДИ 95%
18-34	421	2,8	1,2-4,5	642	0,0	0,0-0,0	1063	1,4	0,6-2,3
35-69	679	9,0	6,4-11,7	976	0,1	0,0-0,4	1655	5,2	3,8-6,7
18-69	1100	4,5	3,1-5,9	1618	0,0	0,0-0,1	2718	2,4	1,6-3,1

Таблица А. 2b. Доля бывших ежедневных потребителей бездымного табака, среди когда-либо ежедневно употреблявшего бездымный табак населения, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	ДИ 95%	n	%	ДИ 95%	n	%	ДИ 95%
18-34	51	22,0	10,6-33,5	-	-	-	51	22,0	10,6-33,5
35-69	211	28,0	20,3-35,6	-	-	-	213	28,2	20,5-35,8
18-69	262	24,9	17,6-32,2	-	-	-	264	25,0	17,8-32,3

Таблица А. 3. Доля курящих в настоящее время, которые получили совет от врача бросить курить, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	ДИ 95%	n	%	ДИ 95%	n	%	ДИ 95%
18-34	28	25,6	9,8-41,4	2	11,6	0,0-65,1	30	25,3	9,9-40,8
35-69	64	59,7	41,6-77,8	4	39,3	0,0-91,4	68	59,3	41,4-77,1
18-69	92	38,8	25,9-51,7	6	23,4	0,0-82,3	98	38,5	25,8-51,2

Таблица А. 4. Распространенность пассивного курения дома в течение 30 дней, предшествовавших интервью, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	ДИ 95%	n	%	ДИ 95%	n	%	ДИ 95%
18-34	421	9,4	5,7-13,0	642	6,7	4,1-9,2	1063	8,0	5,5-10,5
35-69	679	10,5	7,4-13,5	976	6,4	4,0-8,7	1655	8,7	6,6-10,8
18-69	1100	9,7	6,8-12,5	1618	6,6	4,4-8,8	2718	8,2	6,1-10,2

Таблица А. 5. Распространенность пассивного курения на работе в течение 30 дней, предшествовавших интервью, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Возрастная группа (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	ДИ 95%	n	%	ДИ 95%	n	%	ДИ 95%
18-34	310	15,1	9,8-20,5	449	4,0	1,5-6,5	759	9,9	6,5-13,2
35-69	475	14,3	10,1-18,4	718	5,5	2,7-8,3	1193	10,5	7,8-13,2
18-69	785	14,9	10,6-19,2	1167	4,3	2,0-6,7	1952	10,0	7,1-12,9

Употребление алкоголя

Таблица А. 6. Распределение населения в зависимости от статуса потребления алкоголя, по возрастным группам, оба пола (% , 95% ДИ)

Возрастная группа (лет)	n	% употребляет алкоголь в настоящее время (последние 30 дней)	95% ДИ	Употреблял алкоголь в течение последних 12 месяцев назад	95% ДИ	Не употреблял алкоголь в течение последних 12 месяцев	95% ДИ	Не употреблял алкоголь на протяжении всей жизни	95% ДИ
18-34	1063	3,6	2,0-5,2	0,9	0,1-1,7	1,4	0,3-2,6	94,1	92,0-96,1
35-69	1655	9,3	6,7-11,8	3,4	2,2-4,7	4,5	2,8-6,3	82,8	79,9-85,6
18-69	2718	5,0	3,6-6,4	1,5	0,8-2,3	2,2	1,2-3,2	91,3	89,4-93,1

Таблица А. 7. Доля населения, отказавшегося от употребления алкоголя по состоянию здоровья или по рекомендации медицинского работника, среди всего населения, которое ранее употребляло алкоголь, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Возрастная группа (лет)	Мужчины			Женщины*			Оба пола		
	n	%	ДИ 95%	n	%	ДИ 95%	n	%	ДИ 95%
18-34	7	20,0	0,0-50,6	-	-	-	7	20,0	0,0-50,5
35-69	55	39,9	23,0-56,9	-	-	-	57	39,5	22,8-56,1
18-69	62	30,1	12,6-47,6	-	-	-	64	29,9	12,7-47,2

* в связи с малым числом употреблявших алкоголь женщин, и значениями, равными нулю, данные по женщинам в таблице не представлены

Таблица А. 8. Распределение населения по частоте потребления алкоголя в течение последних 12 месяцев предшествовавших интервью, по возрасту, оба пола (% , 95% ДИ)

Возрастная группа (лет)	n	ежедневно	95% ДИ	5-6 дней/нед.	95% ДИ	3-4 дня/нед.	95% ДИ	1-2 дня/нед.	95% ДИ	1-3 дня/мес.	95% ДИ	менее 1 раза/мес.	95% ДИ
18-34	39	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0	3,2	0,0-9,4	16,5	3,5-29,5	24,2	9,0-39,4	56,2	33,0-79,3
35-69	158	2,1	0,0-5,0	3,9	0,0-8,6	2,6	0,0-6,6	13,7	3,5-23,9	26,1	17,2-35,0	51,6	39,7-63,5
18-69	197	1,0	0,0-2,4	1,9	0,0-4,2	2,9	0,0-6,6	15,2	7,5-22,8	25,1	15,8-34,4	54,0	41,2-66,7

Таблица А. 9. Среднее число случаев употребления алкоголя за последние 30 дней перед интервью среди населения, употребляющего алкоголь в настоящее время (в течение последних 30 дней), по полу и возрастным группам, (М, 95% ДИ)

Возрастная группа (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ
18-34	28	4,1	2,2-6,0	1	1,0	0,4-1,4	29	4,1	2,1-6,0
35-69	99	6,1	3,1-9,2	11	1,6	1,2-2,0	110	6,0	3,0-8,9
18-69	127	5,0	3,3-6,7	12	1,4	0,6-1,8	139	4,9	3,3-6,6

Таблица А. 10. Среднее число порций алкоголя, употребляемых за один раз среди населения, которое употребляет алкоголь в настоящее время (в течение последних 30 дней), по полу и возрастным группам, (М, 95% ДИ)

Возрастные группы (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ
18-34	25	3,8	1,9-5,7	1	1,0	0,1-1,2	26	3,7	1,9-5,6
35-69	92	4,2	2,8-5,5	11	1,4	0,1-1,7	103	4,1	2,7-5,4
18-69	117	3,9	2,7-5,2	12	1,3	0,2-1,6	129	3,9	2,6-5,1

Таблица А. 11. Доля населения, употребляющего алкоголь в малых количествах, среди всеого населения (≤40 г чистого алкоголя в среднем за один раз для мужчин и ≤20 г чистого алкоголя в среднем за один раз для женщин), по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Возрастная группа (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18-34	417	4,9	2,7-7,1	642	0,1	0,0-0,2	1059	2,5	1,3-3,6
35-69	667	9,7	6,5-13,0	976	0,5	0,1-1,0	1643	5,8	3,9-7,6
18-69	1084	6,2	4,4-8,0	1618	0,2	0,0-0,3	2702	3,3	2,3-4,3

Таблица А. 12. Доля населения, употребляющего алкоголь в больших, умеренных и малых количествах, среди населения, употребляющего алкоголь в настоящее время (хотя бы один раз за последние 30 дней), по возрастным группам, среди мужчин и в целом по выборке (% , 95% ДИ)

Возрастная группа (лет)	n	В больших количествах (≥60г)	95% ДИ	В умеренных количествах (40-59.9г)	95% ДИ	В малых количествах (<40г)	95% ДИ
Мужчины							
18-34	25	18,0	1,8-34,3	7,3	0,0-18,0	74,6	57,1-92,1
35-69	92	17,4	7,2-27,5	12,0	4,5-19,5	70,6	57,0-84,2
18-69	117	17,8	7,3-28,2	9,4	2,5-16,2	72,9	61,7-84,0
Оба пола							
Возрастные группы (лет)	n	В больших количествах	ДИ 95%	В умеренных количествах	ДИ 95%	В малых количествах	ДИ 95%
18-34	26	17,8	1,8-33,9	7,3	0,0-17,8	74,9	57,4-92,4
35-69	103	17,1	7,4-26,9	12,0	4,7-19,2	70,9	53,7-88,1
18-69	129	17,5	7,3-27,8	9,3	2,7-16,0	73,1	62,3-85,1

Таблица А. 13. Распределение населения по частоте потребления алкоголя за последние 7 дней среди употребляющего алкоголь в настоящее время населения (как минимум 1 раз за последние 30 дней), по полу и возрастным группам (%; 95% ДИ)

Возрастная группа (лет)	n	ежедневно	95% ДИ	5-6 дней	95% ДИ	3-4 дня	95% ДИ	1-2 дня	95% ДИ	0 дней	95% ДИ
Мужчины											
18-34	29	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0	6,2	0,0-15,0	52,2	28,4-75,9	41,6	17,9-65,4
35-69	103	8,1	0,4-15,7	2,1	0,0-4,9	6,7	0,0-13,9	55,3	42,9-67,6	27,8	14,6-41,0
18-69	132	3,6	0,0-7,2	0,9	0,0-2,3	6,4	0,7-12,2	53,6	39,3-67,8	35,4	20,1-50,8
Женщины											
18-34	1	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0-0,0	100,0	100,0-100,0
35-69	11	-	-	-	-	-	-	62,2	12,7-100,0	37,8	0,0-87,3
18-69	12	-	-	-	-	-	-	45,1	8,6-81,6	54,9	18,4-91,4
Оба пола											
18-34	30	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0	6,1	0,0-14,9	51,6	28,2-75,1	42,3	18,9-65,6
35-69	114	7,8	0,4-15,2	2,0	0,0-4,8	6,5	0,0-13,5	55,5	43,4-67,6	28,1	15,3-41,0
18-69	144	3,5	0,0-7,1	0,9	0,0-2,2	6,3	0,6-12,0	53,4	39,3-67,4	35,8	20,7-51,0

Таблица А. 14. Доля употребляющего алкоголь в настоящее время населения, которое употребляло незарегистрированный алкоголь в течение 7 дней перед опросом, по полу и возрастным группам (%; 95% ДИ)

Возрастная группа (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18-34	29	0,0	0,0-0,0	1	0,0	0,0-0,0	30	0,0	0,0-0,0
35-69	104	0,9	0,0-2,7	11	2,7	0,0-9,5	115	1,0	0,0-2,7
18-69	133	0,4	0,0-1,2	12	2,0	0,0-6,8	145	0,4	0,0-1,2

Таблица А. 15. Доля жителей, которые на протяжении последних 12 месяцев как минимум однажды не могли самостоятельно прекратить употреблять алкоголь, начав его выпивать, среди употребляющих алкоголь в течение 12 месяцев перед проведением опроса населения, по полу и возрастным группам (%; 95% ДИ)

Возрастная группа (лет)	n	Ежемесячно или чаще	95% ДИ	Менее 1мес.	95% ДИ	Никогда	95% ДИ
Мужчины							
18-34	38	1,4	0,0-4,1	3,6	0,0-10,6	95,0	87,6-100,0
35-69	144	7,4	1,9-12,8	6,2	1,1-11,4	86,4	79,5-93,2
18-69	182	4,2	1,2-7,2	4,8	0,5-9,2	90,9	86,0-95,9
Женщины							
18-34	1	-	-	0,0	0,0-0,0	100,0	100,0-100,0
35-69	14	-	-	14,5	0,0-40,7	85,5	59,3-100,0
18-69	15	-	-	10,9	0,0-30,7	89,1	69,3-100,0
Оба пола							
18-34	39	1,4	0,0-4,1	3,5	0,0-10,5	95,1	87,7-100,0
35-69	158	7,2	1,9-12,5	6,5	1,4-11,5	86,3	79,7-93,0
18-69	197	4,2	1,2-7,1	4,9	0,7-9,2	90,9	86,0-95,8

Таблица А. 16. Доля жителей, которые на протяжении последних 12 месяцев как минимум однажды не могли выполнить то, что от них ожидалось, среди употреблявшего алкоголь в течение 12 месяцев перед проведением опроса населения, по частоте невозможности выполнить привычные дела, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Возрастная группа (лет)	n	Ежемесячно или чаще	95% ДИ	Менее 1мес.	95% ДИ	Никогда	95% ДИ
Мужчины							
18-34	38	1,4	0,0-4,1	9,5	0,0-21,7	89,1	76,9-100,0
35-69	144	6,0	1,3-10,8	3,7	0,2-7,3	90,2	84,7-95,8
18-69	182	3,6	0,8-6,4	6,7	0,0-13,6	89,7	82,8-96,6
Женщины							
18-34	1	-	-	-	-	-	100,0-100,0
35-69	14	4,0	0,0-13,7	12,1	0,0-38,7	83,9	57,4-100,0
18-69	15	3,0	0,0-10,2	9,1	0,0-29,3	87,9	67,9-100,0
Оба пола							
18-34	39	1,4	0,0-4,1	9,4	0,0-21,5	89,2	77,1-100,0
35-69	158	6,0	1,3-10,6	4,0	0,5-7,5	90,1	84,7-95,5
18-69	197	3,6	0,8-6,3	6,8	0,1-13,5	89,6	82,9-96,4

Таблица А. 17. Доля жителей, отметивших за последние 12 месяцев потребность выпить утром (опохмелиться), среди употреблявшего алкоголь в течение последних 12 месяцев населения, по частоте возникновения потребности выпить утром, полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Возрастная группа (лет)	n	Ежемесячно или чаще	95% ДИ	Реже чем 1 раз в месяц	95% ДИ	Никогда	95% ДИ
Мужчины							
18-34	38	-	-	9,5	0,0-21,7	90,5	78,3-100,0
35-69	144	1,5	0,0-3,6	7,5	1,2-13,7	91	84,6-97,5
18-69	182	0,7	0,0-1,7	8,5	1,5-15,5	90,8	83,7-97,8
Женщины							
18-34	1	-	-	-	-	100	100,0-100,0
35-69	14	-	-	16,1	0,0-42,6	83,9	57,4-100,0
18-69	15	-	-	12,1	0,0-32,1	87,9	67,9-100,0
Оба пола							
18-34	39	-	-	9,4	0,0-21,5	90,6	78,5-100,0
35-69	158	1,5	0,0-3,5	7,7	1,6-13,8	90,8	84,5-97,1
18-69	197	0,7	0,0-1,7	8,6	1,7-15,5	90,7	83,8-97,6

Таблица А. 18. Доля жителей, испытывавших проблемы в семье/с партнером из-за употребления алкоголя в течение последних 12 месяцев среди всего населения, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Возрастная группа (лет)	n	Ежемесячно или чаще, %	95% ДИ	Реже 1 раза в месяц, %	95% ДИ	Никогда, %	95% ДИ
Мужчины							
18-34	421	-	-	1.4	0.0-3.0	98.6	97.0-100.0
35-69	679	0.6	0.0-1.3	2.7	0.9-4.5	96.7	94.9-98.5
18-69	1100	0.2	0.0-0.3	1.7	0.4-3.1	98.1	96.8-99.4
Женщины							
18-34	642	-	-	0.3	0.0-0.9	99.7	99.1-100.0
35-69	976	-	-	-	-	100.0	100.0-100.0
18-69	1618	-	-	0.2	0.0-0.7	99.8	99.3-100.0
Оба пола							
18-34	1063	0.0	0.0-0.0	0.9	0.0-1.7	99.2	98.3-100.0
35-69	1655	0.4	0.0-0.7	1.5	0.5-2.6	98.1	97.0-99.2
18-69	2718	0.1	0.0-0.2	1.0	0.3-1.8	98.9	98.2-99.6

Рацион питания

Таблица А. 19. Среднее число дней потребления овощей и фруктов в неделю, по полу и возрастным группам (М, 95% ДИ)

Возрастная группа (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	М	ДИ 95%	n	М	ДИ 95%	n	М	ДИ 95%
Фрукты									
18-34	416	4,8	4,5-5,1	639	5,0	4,7-5,3	1055	4,9	4,7-5,1
35-69	670	4,8	4,5-5,0	968	4,9	4,6-5,1	1638	4,8	4,6-5,0
18-69	1086	4,8	4,5-5,0	1607	5,0	4,7-5,2	2693	4,9	4,7-5,1
Овощи									
18-34	416	6,5	6,3-6,7	640	6,6	6,5-6,7	1056	6,6	6,4-6,7
35-69	675	6,6	6,5-6,8	964	6,6	6,5-6,8	1639	6,6	6,5-6,8
18-69	1091	6,5	6,4-6,7	1604	6,6	6,5-6,7	2695	6,6	6,4-6,7

Таблица А. 20. Распределение населения в зависимости от числа потребляемых в среднем в день порций фруктов и/или овощей, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Возрастные группы (лет)	n	Нет фруктов и/или овощей	ДИ 95%	1-2 порции	ДИ 95%	3-4 порции	ДИ 95%	≥5 порций	ДИ 95%
Мужчины									
18-34	418	3.1	1.3-5.0	33.5	27.0-40.1	27.7	22.1-33.2	35.7	28.2-43.2
35-69	677	3.3	1.4-5.2	26.6	21.0-32.1	28.5	23.4-33.5	41.7	34.3-49.1
18-69	1095	3.2	1.7-4.7	31.6	26.1-37.2	27.9	23.2-32.5	37.3	30.6-44.0
Женщины									
18-34	642	2.7	1.0-4.4	29.4	23.5-35.3	31.0	25.7-36.3	36.9	29.8-44.1
35-69	967	2.0	0.7-3.3	30.0	24.1-35.9	29.3	23.9-34.6	38.7	31.6-45.9
18-69	1609	2.5	1.1-4.0	29.5	24.3-34.7	30.6	25.7-35.5	37.3	30.7-44.0
Оба пола									
18-34	1060	2.9	1.5-4.3	31.5	26.5-36.4	29.3	25.1-33.6	36.3	30.1-42.5
35-69	1644	2.7	1.4-4.1	28.0	23.1-33.0	28.8	24.4-33.2	40.4	33.9-47.0
18-69	2704	2.9	1.7-4.1	30.6	26.1-35.1	29.2	25.3-33.1	37.3	31.5-43.2

Таблица А. 21. Доля населения, употребляющего менее 5 порций фруктов и/или овощей в день, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Возрастная группа (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	ДИ 95%	n	%	ДИ 95%	n	%	ДИ 95%
18-34	418	64,3	56,8-71,8	642	63,1	55,9-70,2	1060	63,7	57,5-69,9
35-69	677	58,3	50,9-65,7	967	61,3	54,1-68,4	1644	59,6	53,1-66,1
18-69	1095	62,7	56,0-69,4	1609	62,7	56,0-69,3	2704	62,7	56,8-68,5

Употребление соли

Таблица А. 22. Доля населения всегда или часто досаливающего пищу или добавляющего в пищу соленый соус, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Возрастная группа (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	ДИ 95%	n	%	ДИ 95%	n	%	ДИ 95%
18-34	419	30,8	21,8-39,7	641	33,5	25,7-41,2	1060	32,1	24,7-39,5
35-69	676	26,2	18,5-33,8	974	31,8	24,1-39,6	1650	28,6	21,6-35,5
18-69	1095	29,5	21,6-37,5	1615	33,1	25,8-40,4	2710	31,2	24,2-38,3

Таблица А. 23. Распределение населения в зависимости от количества потребляемой соли согласно самооценке ее потребления, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Возрастная группа (лет)	n	Очень много	95% ДИ	Много	95% ДИ	Ни много, ни мало	95% ДИ	Мало	95% ДИ	Очень мало	95% ДИ
Мужчины											
18-34	411	1,2	0,0-2,6	12,4	8,4-16,5	38,3	31,4-45,1	36,0	29,5-42,6	12,1	7,7-16,5
35-69	660	0,7	0,1-1,3	9,0	4,9-13,1	41,6	36,3-46,9	37,9	32,2-43,5	10,8	7,4-14,2
18-69	1071	1,1	0,0-2,1	11,5	8,4-14,6	39,2	33,7-44,7	36,5	31,2-41,8	11,7	8,0-15,4
Женщины											
18-34	624	2,2	0,7-3,8	19,6	14,8-24,4	36,4	30,9-41,8	34,6	28,3-40,9	7,3	4,2-10,3
35-69	944	2,7	1,5-3,9	11,5	8,9-14,1	39,5	34,1-44,8	36,9	31,7-42,1	9,5	6,3-12,7
18-69	1568	2,3	1,0-3,6	17,8	13,9-21,7	37,1	32,3-41,8	35,1	29,6-40,6	7,7	5,1-10,4
Оба пола											
18-34	1035	1,7	0,7-2,7	16,0	12,5-19,5	37,3	32,5-42,1	35,3	30,2-40,4	9,7	6,4-12,9
35-69	1604	1,6	0,9-2,2	10,1	7,3-12,9	40,7	36,2-45,2	37,5	32,9-42,0	10,2	7,6-12,9
18-69	2639	1,7	0,8-2,5	14,5	11,7-17,4	38,2	33,9-42,4	35,8	31,3-40,3	9,8	7,0-12,6

Таблица А. 24. Доля населения, которое полагает, что употребление соли в больших количествах может привести к серьезным проблемам со здоровьем, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Возрастная группа (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18-34	421	86,1	81,9-90,4	642	86,6	82,5-90,6	1063	86,4	83,0-89,7
35-69	679	90,8	87,8-93,7	976	89,1	86,6-91,6	1655	90,1	87,7-92,4
18-69	1100	87,4	84,1-90,7	1618	87,1	83,7-90,5	2718	87,3	84,5-90,0

Таблица А. 25. Доля населения, которое на регулярной основе предпринимает конкретные действия по ограничению потребления соли в своем рационе питания, по полу и возрастным группам (%; 95% ДИ)

Возрастная группа (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
Ограничивают потребление обработанных пищевых продуктов с высоким содержанием соли									
18-34	421	45,2	36,9-53,5	642	40,5	32,8-48,2	1063	42,9	35,8-50,0
35-69	679	45,1	37,3-53,0	976	41,9	34,8-49,0	1655	43,8	37,1-50,4
18-69	1100	45,2	37,7-52,6	1618	40,8	33,8-47,9	2718	43,1	36,5-49,7
Смотрят информацию о содержании соли на этикетках пищевых продуктов									
18-34	421	35,5	26,8-44,3	642	28,6	21,2-36,0	1063	32,1	24,8-39,4
35-69	679	30,9	23,4-38,4	976	27,2	20,9-33,5	1655	29,3	23,1-35,5
18-69	1100	34,3	26,4-42,1	1618	28,3	21,6-35,0	2718	31,4	24,7-38,1
Покупают альтернативные продукты с низким содержанием соли									
18-34	421	37,3	28,9-45,7	642	33,3	25,6-41,0	1063	35,3	28,3-42,2
35-69	679	35,4	28,1-42,8	976	30,8	24,1-37,4	1655	33,4	27,1-39,8
18-69	1100	36,8	29,4-44,2	1618	32,7	25,8-39,7	2718	34,8	28,4-41,3
Используют специи без соли при приготовлении пищи									
18-34	421	48,0	40,2-55,9	642	52,1	44,5-59,6	1063	50,0	43,3-56,8
35-69	679	48,4	40,2-56,5	976	47,3	39,9-54,7	1655	47,9	40,8-55,0
18-69	1100	48,1	40,8-55,5	1618	51,0	44,0-58,1	2718	49,5	42,9-56,1
Избегают потребления пищи вне дома									
18-34	421	44,7	36,3-53,1	642	50,5	42,0-59,0	1063	47,6	40,1-55,0
35-69	679	39,9	32,5-47,3	976	49,5	42,3-56,7	1655	44,0	37,5-50,5
18-69	1100	43,4	35,8-51,0	1618	50,2	42,4-58,0	2718	46,7	39,7-53,6
Предпринимают другие целенаправленные действия для снижения потребления соли									
18-34	421	28,4	20,2-36,7	642	24,9	17,9-31,9	1063	26,7	19,8-33,6
35-69	679	24,5	17,8-31,1	976	19,5	13,6-25,3	1655	22,3	16,7-28,0
18-69	1100	27,4	20,1-34,7	1618	23,7	17,4-30,1	2718	25,6	19,3-32,0

Физическая активность

Таблица А. 26. Доля населения у которого зарегистрирована низкая физическая активность, не соответствующая рекомендациям ВОЗ (менее 150 минут физической активности средней интенсивности в неделю или эквивалентный этому уровень физической активности), по полу и возрастным группам (%; 95% ДИ)

Возрастная группа	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18-34	390	15,4	10,8-20,1	601	40,3	34,0-46,7	991	27,8	23,6-32,1
35-69	649	23,4	18,6-28,1	912	38,4	32,3-44,6	1561	29,8	25,4-34,2
18-69	1039	17,6	13,6-21,5	1513	39,9	34,4-45,4	2552	28,3	24,5-32,1

Таблица А. 27. Распределение населения в зависимости от суммарного уровня физической активности, по полу и возрастным группам (%, 95% ДИ)

Возрастная группа	n	Низкая ФА		Средняя ФА		Высокая ФА	
		%	ДИ 95%	%	ДИ 95%	%	ДИ 95%
Мужчины							
18-34	390	20,8	16,2-25,4	17,7	12,9-22,5	61,5	55,1-67,8
35-69	649	31,0	26,2-35,8	23,4	19,6-27,1	45,7	40,3-51,0
18-69	1039	23,6	19,6-27,6	19,3	15,5-23,0	57,1	51,9-62,4
Женщины							
18-34	601	46,2	39,5-52,9	14,9	11,0-18,8	38,9	31,8-46,1
35-69	912	43,2	37,0-49,5	18,0	14,6-21,4	38,7	32,2-45,2
18-69	1513	45,5	39,7-51,4	15,6	12,4-18,8	38,9	32,5-45,2
Оба пола							
18-34	991	33,5	29,0-38,0	16,3	13,3-19,3	50,2	45,1-55,4
35-69	1561	36,2	31,9-40,6	21,1	18,3-23,9	42,7	37,9-47,5
18-69	2552	34,1	30,1-38,2	17,5	15,0-20,0	48,4	43,7-53,0

Таблица А. 28. Среднее число минут суммарной физической активности в день, по полу и возрастным группам (М, 95% ДИ)

Возрастная группа (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ
18-34	390	242,9	201,5-284,4	601	124,1	100,1-148,1	991	183,6	156,2-211,0
35-69	649	154,0	134,9-173,0	912	113,5	95,1-131,9	1561	136,7	121,3-152,2
18-69	1039	218,6	186,1-251,0	1513	121,7	101,0-142,4	2552	172,0	149,2-194,8

Таблица А. 29. Медиана числа минут суммарной физической активности в день, по полу и возрастным группам (Med, межквартильный интервал (P25-P75))

Возрастная группа (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	Med	Межквартильный размах (P25-P75)	n	Med	Межквартильный размах (P25-P75)	n	Med	Межквартильный размах (P25-P75)
18-34	390	154,3	47,1- 320,0	601	51,4	3,6- 191,4	991	102,9	17,1- 257,1
35-69	649	85,7	21,4- 230,0	912	60,0	4,3- 180,0	1561	78,6	12,9- 195,0
18-69	1039	132,9	34,2- 300,0	1513	51,4	4,3- 184,3	2552	90,0	15,0-240,0

Таблица А. 30. Среднее число минут физической активности в день на работе, в транспорте или при передвижении и во время досуга, по полу и возрастным группам (М, 95% ДИ)

Возрастная группа (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ
На работе									
18-34	390	121,2	87,0-155,4	601	39,9	26,5-53,2	991	80,6	61,3-99,9
35-69	649	76,2	58,8-93,5	912	43,7	30,1-57,3	1561	62,4	49,0-75,7
18-69	1039	108,8	82,4-135,3	1513	40,7	28,6-52,8	2552	76,1	60,1-92,1
В транспорте или при передвижении									
18-34	390	91,1	69,6-112,6	601	76,1	55,0-97,3	991	83,7	65,5-101,8
35-69	649	63,6	52,3-74,9	912	61,7	47,5-75,8	1561	62,8	52,2-73,4
18-69	1039	83,6	66,7-100,5	1513	73,0	54,8-91,1	2552	78,5	63,2-93,8
Во время досуга									
18-34	390	30,6	23,5-37,8	601	8,0	3,7-12,4	991	19,4	15,1-23,6
35-69	649	14,2	10,6-17,8	912	8,1	5,2-11,0	1561	11,6	9,0-14,2
18-69	1039	26,1	20,7-31,5	1513	8,0	4,5-11,6	2552	17,4	14,1-20,8

Таблица А. 31. Доля населения, у которого отсутствует физическая активность на работе, в транспорте/при передвижении и во время проведения досуга, по полу и возрастным группам (% ,95% ДИ)

Возрастная группа (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
Нет физической активности, связанной с работой									
18-34	390	61,8	55,9-67,7	601	75,7	69,2-82,3	991	68,8	63,9-73,6
35-69	649	64,9	58,1-71,7	912	74,4	68,8-80,0	1561	68,9	63,4-74,5
18-69	1039	62,7	57,2-68,1	1513	75,4	69,6-81,2	2552	68,8	64,2-73,4
Нет физической активности в транспорте или при передвижении									
18-34	390	18,7	14,0-23,3	601	34,9	29,2-40,6	991	26,8	23,0-30,5
35-69	649	19,3	15,5-23,2	912	30,2	25,6-34,7	1561	24,0	20,8-27,1
18-69	1039	18,9	15,1-22,6	1513	33,9	29,2-38,6	2552	26,1	22,9-29,2
Нет физической активности, связанной с досугом									
18-34	390	64,5	59,0-69,9	601	85,5	81,6-89,4	991	75,0	71,1-78,8
35-69	649	75,5	71,1-80,0	912	86,2	83,2-89,3	1561	80,1	76,9-83,3
18-69	1039	67,5	63,1-71,9	1513	85,7	82,5-88,9	2552	76,2	73,1-79,4

Таблица А. 32. Структура суммарной физической активности в зависимости от источника физической активности, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Возрастная группа	n	% ФА на работе	95% ДИ	% ФА на транспорте/при передвижении	95% ДИ	% ФА на досуге	95% ДИ
Мужчины							
18-34	351	28,3	23,1-33,4	54,4	48,0-60,8	17,3	13,3-21,4
35-69	552	28,5	22,0-35,0	61,6	55,1-68,1	9,9	7,7-12,2
18-69	903	28,3	23,5-33,1	56,3	50,6-61,9	15,4	12,2-18,6
Женщины							
18-34	446	24,7	17,5-32,0	66,3	58,9-73,7	9,0	6,0-11,9
35-69	694	24,2	18,0-30,3	67,8	61,4-74,1	8,1	5,6-10,6
18-69	1140	24,6	18,1-31,1	66,6	59,9-73,3	8,8	6,3-11,2
Оба пола							
18-34	797	26,7	22,0-31,4	59,7	54,3-65,1	13,6	10,7-16,4
35-69	1246	26,8	21,3-32,3	64,0	58,6-69,5	9,2	7,3-11,1
18-69	2043	26,7	22,2-31,2	60,8	55,8-65,8	12,5	10,2-14,8

Таблица А. 33. Доля населения, которое не занимается физической активностью высокой интенсивности, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Возрастная группа (лет)	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18-34	390	64,9	57,5-72,2	601	89,5	85,1-94,0	991	77,2	72,2-82,1
35-69	649	72,8	67,4-78,2	912	87,4	84,0-90,8	1561	79,0	75,2-82,8
18-69	1039	67,0	61,0-73,0	1513	89,1	85,4-92,8	2552	77,6	73,4-81,8

Таблица А. 34. Среднее значение и медиана числа минут, проведенных в типичный день в сидячем положении, по полу и возрастным группам, (М, 95% ДИ; Med, межквартильный размах (P25-P75))

Возрастная группа	n	М	95% ДИ	Med	Межквартильный размах (P25-P75)
Мужчины					
18-34	421	181,1	165,7-196,5	150,0	106,0- 240,0
35-69	679	199,4	182,0-216,9	180,0	120,0-240,0
18-69	1100	186,1	171,7-200,5	150,0	120,0-240,0
Женщины					
18-34	642	162,3	147,2-177,4	140,0	90,0-210,0
35-69	976	192,4	176,5-208,3	180,0	120,0-240,0
18-69	1618	168,9	155,0-182,8	150,0	90,0-215,0
Оба пола					
18-34	1063	171,8	158,9-184,7	150,0	90,0-210,0
35-69	1655	196,4	181,9-211,0	180,0	120,0-240,0
18-69	2718	177,8	165,2-190,5	150,0	100,0-240,0

Повышенное артериальное давление

Таблица А. 35. Распределение населения в зависимости от истории измерения артериального давления и результатов его измерения, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Возрастная группа	n	Никогда не измерял АД		Измерял, но повышенное АД выявлено не было		Повышенное АД выявлено, но не в течение последних 12 месяцев		Повышенное АД выявлено в течение последних 12 месяцев	
		%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
Мужчины									
18-34	421	50,8	44,3-57,4	42,0	35,6-48,5	3,0	0,9-5,1	4,1	1,6-6,7
35-69	679	26,8	22,2-31,4	50,1	44,7-55,6	4,7	2,4-7,1	18,4	14,5-22,2
18-69	1100	44,3	39,4-49,2	44,2	39,3-49,2	3,5	1,9-5,1	8,0	5,7-10,3
Женщины									
18-34	642	26,9	21,1-32,8	61,2	55,1-67,4	3,7	1,6-5,8	8,2	5,6-10,7
35-69	976	16,6	13,4-19,8	50,3	45,4-55,2	4,6	2,9-6,3	28,6	24,6-32,5
18-69	1618	24,7	19,9-29,4	58,8	53,9-63,8	3,9	2,1-5,6	12,6	10,3-15,0
Оба пола									
18-34	1063	38,9	34,2-43,7	51,6	46,8-56,3	3,3	1,7-5,0	6,1	4,2-8,1
35-69	1655	22,4	19,1-25,7	50,2	45,8-54,6	4,7	3,0-6,3	22,7	19,7-25,8
18-69	2718	34,9	31,0-38,7	51,2	47,4-55,1	3,7	2,4-5,0	10,2	8,4-12,0

Таблица А. 36. Доля населения с повышенным артериальным давлением, принимающего антигипертензивные лекарственные препараты, которые назначил врач или другой медицинский работник, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Возрастная группа	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18-34	30	10,9	0,0-23,0	88	15,7	6,8-24,6	118	13,9	6,3-21,4
35-69	146	44,6	34,1-55,0	324	55,2	47,8-62,6	470	50,1	43,4-56,8
18-69	176	29,3	20,0-38,5	412	33,1	26,0-40,3	588	31,5	24,8-38,1

Таблица А. 37. Доля населения с диагностированным повышенным артериальным давлением, обращавшегося к народным целителям за получением лечения повышенного артериального давления, по полу и возрастным группам (%; 95% ДИ)

Возрастная группа	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18-34	30	5,1	0,0-14,1	88	1,3	0,0-3,0	118	2,7	0,0-6,2
35-69	146	4,7	0,9-8,5	324	8,3	4,6-12,0	470	6,6	3,9-9,2
18-69	176	4,9	0,3-9,5	412	4,4	2,4-6,4	588	4,6	2,2-7,0

Таблица А. 38. Доля населения с диагностированным повышенным артериальным давлением, которое использует лекарственные травы или другие средства народной медицины для лечения повышенного артериального давления, по полу и возрастным группам (%; 95% ДИ)

Возрастная группа	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18-34	30	0,0	0,0-0,0	88	1,4	0,0-2,8	118	0,9	0,0-1,7
35-69	146	13,1	4,0-22,1	324	11,8	6,8-16,9	470	12,4	7,0-17,8
18-69	176	7,1	1,8-12,5	412	6,0	3,3-8,7	588	6,5	3,4-9,5

Повышенный уровень глюкозы крови

Таблица А. 39. Распределение населения в зависимости от истории измерения уровня глюкозы крови и результатов этого измерения, по полу и возрастным группам (%; 95% ДИ)

Возрастная группа	n	Никогда не измерял уровень глюкозы крови		Измерял, но повышенный уровень глюкозы крови выявлен не было		Повышенный уровень глюкозы крови выявлен, но не в течение последних 12 месяцев		Повышенный уровень глюкозы крови выявлен в течение последних 12 месяцев	
		%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
Мужчины									
18-34	421	93,7	90,9-96,4	6,2	3,5-8,8	0,0	0,0-0,1	0,1	0,0-0,4
35-69	679	74,2	69,0-79,4	20,4	15,8-25,1	1,3	0,2-2,4	4,1	2,1-6,0
18-69	1100	88,4	85,8-90,9	10,0	7,6-12,5	0,4	0,1-0,7	1,2	0,7-1,8
Женщины									
18-34	642	90,6	87,4-93,8	8,6	5,7-11,5	0,0	0,0-0,0	0,8	0,0-2,1
35-69	976	69,8	65,9-73,7	25,1	21,3-28,9	1,1	0,3-1,9	4,0	2,2-5,9
18-69	1618	86,0	83,4-88,7	12,2	9,8-14,7	0,2	0,1-0,4	1,5	0,4-2,6
Оба пола									
18-34	1063	92,1	90,1-94,2	7,4	5,4-9,4	0,0	0,0-0,1	0,5	0,0-1,2
35-69	1655	72,3	68,7-75,9	22,4	19,1-25,8	1,2	0,5-2,0	4,1	2,8-5,3
18-69	2718	87,2	85,4-89,1	11,1	9,3-12,9	0,3	0,1-0,5	1,4	0,8-1,9

Таблица А. 40. Доля населения с сахарным диабетом, принимающего лекарственные препараты для его лечения, которые назначил врач или другой медицинский работник, по полу и возрастным группам (%; 95% ДИ)

Возрастная группа	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18-34	3	77,3	27,6-100,0	2	16,0	0,0-54,8	5	27,6	0,0-80,3
35-69	28	53,8	33,8-73,8	46	53,3	33,7-73,0	74	53,6	40,0-67,2
18-69	31	55,8	36,7-74,8	48	40,1	11,2-68,9	79	47,9	29,5-66,3

Таблица А. 41. Доля населения с сахарным диабетом, принимающего назначенный медицинским работником инсулин, по полу и возрастным группам (%; 95% ДИ)

Возрастная группа	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18-34	3	13,2	0,0-45,1	2	0,0	0,0-0,0	5	2,5	0,0-8,6
35-69	28	3,5	0,0-8,1	46	9,1	0,0-20,2	74	5,8	0,3-11,3
18-69	31	4,3	0,0-9,1	48	5,9	0,0-14,3	79	5,1	0,3-9,9

Таблица А. 42. Доля населения с сахарным диабетом, обращавшегося к народным целителям за лечением сахарного диабета, по полу и возрастным группам (%; 95% ДИ)

Возрастная группа	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18-34	3	22,8	0,0-72,4	2	0,0	0,0-0,0	5	4,3	0,0-14,7
35-69	28	7,6	0,0-18,1	46	11,2	0,0-23,0	74	9,1	1,8-16,3
18-69	31	8,8	0,0-19,1	48	7,2	0,0-14,6	79	8,0	2,1-13,9

Таблица А. 43. Доля населения с сахарным диабетом, которое использует лекарственные травы или другие средства народной медицины для лечения сахарного диабета, по полу и возрастным группам (%; 95% ДИ)

Возрастная группа	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18-34	3	0,0	0,0-0,0	2	0,0	0,0-0,0	5	0,0	0,0-0,0
35-69	28	2,6	0,0-8,0	46	7,9	0,0-18,4	74	4,8	0,0-10,3
18-69	31	2,4	0,0-7,4	48	5,1	0,0-12,8	79	3,8	0,0-8,2

Повышенный уровень общего холестерина крови

Таблица А. 44. Распределение населения в зависимости от истории измерения уровня общего холестерина крови и результатов этого измерения, по полу и возрастным группам (%; 95% ДИ)

Возрастная группа	n	Никогда не измерял уровень общего холестерина		Измерял, но повышенный уровень общего холестерина выявлен не было		Повышенный уровень общего холестерина выявлен, но не в течение последних 12 месяцев		Повышенный уровень общего холестерина выявлен в течение последних 12 месяцев	
		%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
Мужчины									
18-34	421	97,8	96,1-99,6	2,0	0,3-3,7	0,2	0,0-0,4	0,0	0,0-0,0
35-69	679	94,4	91,7-97,1	5,1	2,7-7,5	0,1	0,0-0,2	0,4	0,0-1,0
18-69	1100	96,9	95,5-98,3	2,8	1,5-4,2	0,2	0,0-0,3	0,1	0,0-0,3
Женщины									
18-34	642	98,3	97,3-99,3	1,7	0,7-2,7	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0
35-69	976	91,8	89,4-94,3	5,4	3,5-7,3	1,2	0,2-2,1	1,6	0,6-2,6
18-69	1618	96,9	95,9-97,8	2,5	1,6-3,4	0,3	0,1-0,5	0,4	0,1-0,6
Оба пола									
18-34	1063	98,1	96,9-99,2	1,8	0,7-3,0	0,1	0,0-0,2	0,0	0,0-0,0
35-69	1655	93,3	91,4-95,3	5,2	3,5-6,9	0,5	0,1-0,9	0,9	0,4-1,5
18-69	2718	96,9	95,9-97,9	2,7	1,7-3,6	0,2	0,1-0,3	0,2	0,1-0,4

Таблица А. 45. Доля населения с повышенным уровнем общего холестерина крови, принимающего лекарственные препараты для его снижения, которые назначил врач или другой медицинский работник, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Возрастная группа	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18-34	2	0,0	0,0-0,0	0	0,0	0,0-0,0	2	0,0	0,0-0,0
35-69	6	28,2	6,5-49,9	27	46,1	15,8-76,4	33	42,5	17,3-67,8
18-69	8	14,6	0,0-48,0	27	46,1	15,8-76,4	35	35,9	12,9-58,9

Таблица А. 46. Доля населения с повышенным уровнем общего холестерина крови, обращавшегося к народным целителям для лечения гиперхолестеринемии, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Возрастная группа	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18-34	2	-		-			2	0,0	0,0-0,0
35-69	6	-		27	5,8	0,0-18,0	33	4,6	0,0-14,1
18-69	8	-		27	5,8	0,0-18,0	35	3,9	0,0-11,9

Таблица А. 47. Доля населения с повышенным уровнем общего холестерина крови, которое использует лекарственные травы или другие средства народной медицины для его снижения, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Возрастная группа	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18-34	2	0,0	0,0-0,0	0	0,0	0,0-0,0	2	0,0	0,0-0,0
35-69	6	4,1	0,0-21,7	27	12,0	0,0-30,5	33	10,4	0,0-25,1
18-69	8	2,1	0,0-11,6	27	12,0	0,0-30,5	35	8,8	0,0-21,2

Болезни системы кровообращения

Таблица А. 48. Доля населения у которого когда-либо был сердечный приступ, боль за грудиной (стенокардия) или инсульт, по полу и возрастным группам, (% , 95% ДИ)

Возрастная группа	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18-34	421	0,6	0,0-1,2	642	1,6	0,6-2,6	1063	1,1	0,5-1,7
35-69	679	7,8	4,6-10,9	976	7,4	4,6-10,2	1655	7,6	5,2-10,0
18-69	1100	2,5	1,4-3,7	1618	2,9	1,7-4,0	2718	2,7	1,8-3,6

Таблица А. 49. Доля населения, которое на момент проведения исследования регулярно принимало аспирин или статины для профилактики или лечения заболеваний сердца, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Возрастная группа	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
Принимали аспирин									
18-34	421	0,4	0,0-1,0	642	1,2	0,2-2,2	1063	0,8	0,2-1,3
35-69	679	4,4	2,3-6,5	976	7,4	5,0-9,8	1655	5,7	4,0-7,3
18-69	1100	1,4	0,7-2,2	1618	2,6	1,6-3,6	2718	2,0	1,3-2,6
Принимали статины									
18-34	421	0,0	0,0-0,1	642	0,3	0,0-0,8	1063	0,2	0,0-0,4
35-69	679	1,1	0,1-2,2	976	2,0	0,8-3,2	1655	1,5	0,7-2,4
18-69	1100	0,3	0,1-0,6	1618	0,7	0,2-1,1	2718	0,5	0,2-0,8

Рекомендации по здоровому образу жизни

Таблица А. 50. Доля населения, которое за последние 3 года получило хотя бы один раз совет по ведению здорового образа жизни от врача или другого медицинского работника, в зависимости от разновидности совета, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Возрастная группа	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
Получил совет бросить употреблять табачные изделия или не начинать их употреблять									
18-34	421	67,8	61,5-74,1	642	38,9	31,8-46,1	1063	48,8	42,7-54,8
35-69	679	69,8	63,4-76,1	976	42,9	36,1-49,7	1655	53,3	47,7-58,8
18-69	1100	68,3	62,7-74,0	1618	39,8	33,3-46,3	2718	49,9	44,3-55,4
Получил совет снизить потребление соли в рационе питания									
18-34	421	63,5	56,2-70,7	642	67,7	61,4-74,1	1063	65,6	59,8-71,4
35-69	679	67,6	61,1-74,0	976	74,1	69,3-78,9	1655	70,4	65,5-75,2
18-69	1100	64,6	58,5-70,7	1618	69,1	63,7-74,6	2718	66,8	61,6-71,9
Получил совет съедать как минимум 5 порций овощей и/или фруктов каждый день									
18-34	421	67,8	61,5-74,1	642	70,8	64,3-77,3	1063	69,3	63,8-74,8
35-69	679	69,8	63,4-76,1	976	73,8	68,5-79,1	1655	71,5	66,4-76,5
18-69	1100	68,3	62,7-74,0	1618	71,5	65,9-77,1	2718	69,8	64,8-74,9
Получил совет снизить потребление жиров в рационе питания									
18-34	421	64,1	57,0-71,1	642	64,1	57,1-71,2	1063	64,1	58,1-70,1
35-69	679	69,1	63,2-75,1	976	72,8	67,7-78,0	1655	70,7	66,1-75,3
18-69	1100	65,4	59,4-71,4	1618	66,0	60,1-72,0	2718	65,7	60,4-71,0
Получил совет начать заниматься физическими упражнениями или увеличить физическую активность									
18-34	421	67,6	60,7-74,4	642	58,4	51,4-65,4	1063	63,0	57,2-68,9
35-69	679	68,7	62,7-74,8	976	66,3	60,8-71,8	1655	67,7	62,9-72,5
18-69	1100	67,9	62,2-73,6	1618	60,1	54,0-66,3	2718	64,2	58,9-69,4
Получил совет поддерживать вес в пределах нормы или снизить вес									
18-34	421	59,7	52,0-67,4	642	58,4	51,2-65,5	1063	59,0	52,7-65,4
35-69	679	65,2	59,4-70,9	976	66,7	61,4-72,1	1655	65,8	61,1-70,6
18-69	1100	61,2	54,7-67,6	1618	60,2	54,0-66,4	2718	60,7	55,1-66,3

Скрининг на рак шейки матки

Таблица А. 51. Доля женщин всех возрастов среди всего населения женского пола и доля женщин в возрасте 30-49 лет среди всех женщин в возрасте 30-49 лет, которые когда-либо обследовались на рак шейки матки, по возрастным группам (% , 95% ДИ)

Возрастная группа	n	%	95% ДИ
18-34	609	8,0	4,9-11,1
35-69	930	11,2	8,4-13,9
18-69	1539	8,7	6,1-11,3
30-49	773	12,0	7,7-16,3

Данные физического осмотра

Таблица А. 52. Среднее значение систолического и диастолического артериального давления среди всего населения, включая тех, кто получает антигипертензивную терапию, по полу и возрастным группам (мм рт.ст.), (М, 95% ДИ)

Возрастная группа	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ
САД									
18-34	419	128,3	126,5-130,1	636	120,1	118,8-121,4	1055	124,2	122,9-125,5
35-69	675	141,3	138,8-143,9	970	139,8	137,9-141,7	1645	140,7	138,8-142,5
18-69	1094	131,8	130,1-133,5	1606	124,5	123,2-125,8	2700	128,3	127,1-129,6
ДАД									
18-34	419	82,8	81,5-84,1	636	81,2	80,2-82,3	1055	82,0	81,1-82,9
35-69	675	90,9	89,6-92,2	970	90,9	89,7-92,1	1645	90,9	89,9-91,9
18-69	1094	85,0	83,9-86,1	1606	83,4	82,4-84,3	2700	84,2	83,4-85,0

Таблица А. 53. Доля населения с повышенным артериальным давлением среди всего населения (получающие и не получающие антигипертензивную терапию), по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Возрастная группа	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
САД ≥ 140 и/или ДАД ≥ 90 mmHg									
18-34	419	25,5	20,1-30,9	636	20,3	15,9-24,8	1055	23,0	19,2-26,7
35-69	675	59,7	54,6-64,8	970	60,6	56,3-64,9	1645	60,1	56,1-64,0
18-69	1094	34,8	30,0-39,5	1606	29,3	25,4-33,2	2700	32,2	28,7-35,6
САД ≥ 160 и/или ДАД ≥ 100 mmHg									
18-34	419	6,6	3,7-9,6	636	5,4	3,6-7,3	1055	6,0	4,3-7,8
35-69	675	30,3	25,3-35,2	970	34,5	29,9-39,1	1645	32,1	28,4-35,7
18-69	1094	13,1	10,2-15,9	1606	11,9	9,9-13,9	2700	12,5	10,7-14,3

Таблица А. 54. Доля населения с повышенным артериальным давлением, которые не получают антигипертензивную терапию, среди всего населения, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Возрастная группа	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
САД ≥ 140 и/или ДАД ≥ 90 мм рт.ст.									
18-34	414	24,9	19,7-30,1	619	18,5	14,1-23,0	1033	21,8	18,1-25,4
35-69	611	55,9	50,6-61,1	803	52,4	47,6-57,3	1414	54,5	50,2-58,8
18-69	1025	32,8	28,2-37,4	1422	25,1	21,2-29,1	2447	29,2	25,8-32,6
САД ≥ 160 и/или ДАД ≥ 100 мм рт.ст.									
18-34	414	5,9	3,0-8,8	619	3,3	1,8-4,8	1033	4,6	3,0-6,2
35-69	611	23,6	19,1-28,2	803	21,0	17,0-24,9	1414	22,6	19,3-25,8
18-69	1025	10,4	7,7-13,1	1422	6,7	5,2-8,2	2447	8,7	7,1-10,3

Таблица А. 55. Среднее значение частоты сердечных сокращений, по полу и возрастным группам, (уд./мин.), (М, 95% ДИ)

Возрастная группа	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ
18-34	419	80,2	79,0-81,5	636	83,8	82,5-85,0	1055	82,0	80,9-83,0
35-69	675	81,4	80,3-82,6	970	82,9	82,0-83,8	1645	82,1	81,3-82,9
18-69	1094	80,6	79,7-81,5	1606	83,6	82,5-84,6	2700	82,0	81,2-82,8

Антропометрические измерения: рост, масса тела, окружность талии

Таблица А. 56. Средние значения роста и веса жителей РТ, по полу и возрастным группам (см, кг), (М, 95% ДИ)

Возрастная группа	Мужчины			Женщины		
	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ
Рост (см)						
18-34	419	167,9	167,0-168,7	592	157,0	156,1-157,8
35-69	675	167,2	166,4-168,1	965	156,0	155,2-156,7
18-69	1094	167,7	167,1-168,4	1557	156,7	156,0-157,4
Вес (кг)						
18-34	419	68,8	67,4-70,2	592	59,5	58,4-60,6
35-69	675	76,0	74,4-77,6	965	69,8	68,5-71,1
18-69	1094	70,7	69,7-71,8	1557	61,9	60,9-62,9

Таблица А. 57. Среднее значение индекса массы тела жителей РТ, по полу и возрастным группам (кг/м²), (М, 95% ДИ)

Возрастная группа	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ
18-34	419	24,4	23,9-25,0	591	24,1	23,8-24,5	1010	24,3	23,9-24,7
35-69	674	27,1	26,6-27,5	962	28,8	28,2-29,3	1636	27,8	27,4-28,2
18-69	1093	25,1	24,7-25,6	1553	25,2	24,9-25,6	2646	25,2	24,9-25,5

Таблица А. 58. Распределение населения по категориям индекса массы тела, полу и возрастным группам (%), (М, 95% ДИ)

Возрастная группа	n	Недостаточный вес <18.5		Нормальный вес 18.5-24.9		Избыточный вес 25.0-29.9		Ожирение ≥30.0	
		%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
Мужчины									
18-34	419	4,4	1,9-6,8	52,6	46,4-58,8	34,3	28,2-40,3	8,8	5,4-12,2
35-69	674	1,8	0,4-3,1	30,8	26,1-35,4	47,3	42,1-52,4	20,2	15,9-24,5
18-69	1093	3,7	1,9-5,4	46,7	42,0-51,4	37,8	33,1-42,5	11,9	9,0-14,8
Женщины									
18-34	591	4,8	2,5-7,0	60,2	55,2-65,2	26,6	22,4-30,7	8,5	5,8-11,2
35-69	962	1,8	0,8-2,8	28,6	24,6-32,6	31,8	28,0-35,6	37,7	33,3-42,2
18-69	1553	4,1	2,4-5,8	52,8	48,7-56,9	27,8	24,5-31,1	15,4	13,0-17,8
Оба пола									
18-34	1010	4,5	2,8-6,3	56,2	52,0-60,4	30,6	26,7-34,5	8,6	6,4-10,9
35-69	1636	1,8	0,9-2,6	29,9	26,6-33,1	40,7	37,3-44,0	27,7	24,4-30,9
18-69	2646	3,8	2,5-5,2	49,5	46,1-52,9	33,2	30,0-36,4	13,5	11,4-15,5

Таблица А. 59. Средние значения окружности талии и бедер, по полу и возрастным группам, (см), (М, 95% ДИ)

Возрастная группа	Мужчины			Женщины		
	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ
Окружность талии						
18-34	419	79,3	76,5-82,1	592	74,5	71,6-77,4
35-69	675	88,3	84,8-91,9	965	87,1	84,2-89,9
18-69	1094	81,8	79,0-84,5	1557	77,4	74,7-80,2
Окружность бедер						
18-34	419	91,9	89,4-94,4	592	92,3	89,2-95,3
35-69	675	96,5	93,7-99,3	965	100,7	98,6-102,9
18-69	1094	93,2	90,8-95,6	1557	94,3	91,5-97,0

Таблица А. 60. Среднее значение соотношения окружности талии к окружности бедер, по полу и возрастным группам (М, 95% ДИ)

Возрастная группа	Мужчины			Женщины		
	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ
18-34	419	0,9	0,8-0,9	592	0,8	0,8-0,8
35-69	675	0,9	0,9-0,9	965	0,9	0,8-0,9
18-69	1094	0,9	0,9-0,9	1557	0,8	0,8-0,8

Показатели биохимического анализа крови

Таблица А. 61. Среднее значение уровня глюкозы крови натощак, по полу и возрастным группам, (ммоль/л, мг/дл) (М, 95% ДИ)

Возрастная группа	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ
Уровень глюкозы крови натощак (ммоль/л)									
18-34	394	4,9	4,8-5,1	608	4,9	4,8-5,0	1002	4,9	4,8-5,0
35-69	653	5,4	5,2-5,6	924	5,9	5,5-6,2	1577	5,6	5,4-5,8
18-69	1047	5,1	4,9-5,2	1532	5,1	5,0-5,2	2579	5,1	5,0-5,2
Уровень глюкозы крови натощак (мг/дл)									
18-34	394	88,7	85,8-91,6	608	87,5	85,6-89,4	1002	88,1	86,1-90,1
35-69	653	97,4	93,7-101,1	924	105,5	99,2-111,7	1577	100,8	97,7-104,0
18-69	1047	91,1	88,5-93,6	1532	91,4	89,3-93,5	2579	91,2	89,5-93,0

Таблица А. 62. Распределение населения по категориям уровня глюкозы крови и доля населения, получающего медикаментозную терапию для контроля уровня глюкозы в крови, среди всего населения, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Возрастная группа	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
С нарушенной толерантностью к глюкозе*									
18-34	394	7,3	4,0-10,6	608	4,0	2,4-5,7	1002	5,7	3,7-7,6
35-69	654	8,5	5,8-11,2	924	9,9	6,9-12,9	1578	9,1	7,1-11,1
18-69	1048	7,6	5,1-10,1	1532	5,3	3,7-6,9	2580	6,5	4,9-8,2
С повышенным уровнем глюкозы крови или в настоящее время принимающие препараты для лечения сахарного диабета**									
18-34	394	3,0	1,0-5,0	608	1,7	0,6-2,9	1002	2,4	1,1-3,7
35-69	654	10,6	7,4-13,8	924	11,0	8,5-13,5	1578	10,8	8,5-13,0
18-69	1048	5,1	3,4-6,8	1532	3,8	2,6-4,9	2580	4,5	3,3-5,6
В настоящее время принимают препараты для лечения сахарного диабета									
18-34	421	0,1	0,0-0,4	642	0,1	0,0-0,4	1063	0,1	0,0-0,4
35-69	679	3,2	1,4-5,0	976	3,2	1,6-4,8	1655	3,2	2,0-4,3
18-69	1100	1,0	0,5-1,5	1618	0,8	0,4-1,2	2718	0,9	0,5-1,2

* нарушенная толерантность к глюкозе: содержание глюкозы в плазме венозной крови $\geq 6,1$ ммоль/л (110 мг/дл) и $< 7,0$ ммоль/л (126 мг/дл)

** повышенный уровень глюкозы: содержание глюкозы в плазме венозной крови $\geq 7,0$ ммоль/л (126 мг/дл)

Таблица А. 63. Доля населения с повышенным уровнем общего холестерина крови или получающего медикаментозную терапию для контроля уровня общего холестерина в крови, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Возрастная группа	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
Общий холестерин ≥ 5.0 ммоль/л (≥ 190 мг/дл) или получают медикаментозную терапию для контроля уровня общего холестерина крови									
18-34	626	6,3	4,2-8,5	626	6,3	4,2-8,5	1036	7,0	4,3-9,7
35-69	948	22,7	19,5-25,9	948	22,7	19,5-25,9	1615	21,0	18,3-23,6
18-69	1574	9,9	8,0-11,9	1574	9,9	8,0-11,9	2651	10,4	8,1-12,7
Общий холестерин ≥ 6.2 ммоль/л (≥ 240 мг/дл) или получают медикаментозную терапию для контроля уровня общего холестерина крови									
18-34	626	0,4	0,0-0,8	626	0,4	0,0-0,8	1036	0,6	0,0-1,2
35-69	948	5,2	3,4-7,1	948	5,1	3,3-6,9	1615	4,2	2,9-5,4
18-69	1574	1,4	0,9-2,0	1574	1,4	0,9-1,9	2651	1,5	0,9-2,1

Таблица А. 64. Среднее значение уровня ЛПВП крови, по полу и возрастным группам (ммоль/л, мг/дл), (М, 95% ДИ)

Возрастная группа	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ	n	М	95% ДИ
ЛПВП (ммоль/л)									
18-34	410	1,0	0,9-1,0	626	1,2	1,2-1,2	1036	1,1	1,1-1,1
35-69	667	1,0	1,0-1,1	948	1,2	1,2-1,2	1615	1,1	1,1-1,1
18-69	1077	1,0	1,0-1,0	1574	1,2	1,2-1,2	2651	1,1	1,1-1,1
ЛПВП (мг/дл)									
18-34	410	38,1	36,5-39,8	626	46,6	45,0-48,2	1036	42,3	41,0-43,7
35-69	667	40,4	38,7-42,2	948	46,6	45,2-48,0	1615	43,1	41,9-44,2
18-69	1077	38,8	37,3-40,3	1574	46,6	45,4-47,8	2651	42,5	41,3-43,6

Таблица А. 65. Доля населения со сниженным уровнем ЛПВП крови, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Возрастная группа	Мужчины <1.03 ммоль/л (<40 мг/дл)			Женщины <1.29 ммоль/л (<50 мг/дл)		
	n	%	95% ДИ	n	%	95% ДИ
18-34	410	63,4	57,0-69,9	626	63,6	58,8-68,4
35-69	667	54,3	48,6-60,0	948	66,1	61,6-70,6
18-69	1077	60,9	55,6-66,3	1574	64,2	60,3-68,0

Таблица А. 66. Распределение населения по категориям числа факторов риска ХНИЗ, по полу и возрастным группам (% , 95% ДИ)

Возрастные группы	n	0 факторов риска		1-2 фактора риска		3-5 факторов риска	
		%	95% ДИ	%	95% ДИ	%	95% ДИ
Мужчины							
18-44	612	10,2	5,8-14,6	72,8	67,5-78,1	17,0	12,7-21,2
45-69	414	3,1	1,1-5,2	59,9	53,0-66,8	37,0	30,0-43,9
18-69	1026	8,8	5,2-12,5	70,4	65,7-75,0	20,8	16,8-24,8
Женщины							
18-44	923	17,0	12,3-21,7	58,6	54,0-63,1	24,5	19,8-29,2
45-69	518	2,7	0,9-4,4	51,0	44,1-57,9	46,3	39,1-53,5
18-69	1441	14,8	10,7-19,0	57,4	53,3-61,6	27,7	23,2-32,3
Оба пола							
18-44	1535	13,4	9,8-17,0	66,1	62,2-69,9	20,5	17,1-24,0
45-69	932	3,0	1,5-4,4	56,3	50,5-62,1	40,7	34,7-46,7
18-69	2467	11,6	8,5-14,7	64,4	60,9-67,9	24,0	20,5-27,5



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

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.euro.who.int

WHO/EURO:2021-1777-41528-56657