

УДК 616-002.2

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ НЕОРГАНИЗОВАННОГО
ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА**

М.М. МИРСАЙДУЛЛАЕВ, Н.С. МАМАСАЛИЕВ, О.С. САЛАХИДИНОВ*

В настоящее время установлено, что в зависимости от конкретных условий проживания той или иной популяции значимость факторов риска (эпидемиологических, социальных, экологических, географических и др.) при формировании их здоровья/может существенно различаться [1–3]. Международный отчет ВОЗ о развитии профилактики акцентирует внимание на том, что реализация превентивных программ невозможна без международного сотрудничества. Контроль и оценка эпидфакторов, статуса окружающей среды и здоровья в пределах и между странами требует инструмента, общей структуры, обеспечивающей международный доступ и обмен [4]. Для этого рекомендуется осуществление широкомасштабных стандартизованных эпидемиологических исследований внутри каждой страны, популяции и регионов. Вместе с тем установление причинно-следственных связей между эпидемиологическими условиями /факторами риска (ФР) и здоровьем популяции/женщин является наиболее сложной и недостаточно разработанной задачей в системе мониторинга. С другой стороны, возрастание роли ФР вынуждают многие страны и в том числе Узбекистана, разрабатывать целевые региональные превентивные программы по борьбе с ФР. Из этих позиций г. Наманган Узбекистана считается городом, практически не затронутым к эпидисследованиям в данном регионе и решение вышеуказанных проблем является крайне важным для практического здравоохранения этого города.

Цель работы – изучить распространенность основных управляемых (модифицируемых) факторов риска среди женщин на основании данных одномоментных эпидемиологических исследований.

Материал и методы. Проведено стандартизованное эпидемиологическое исследование у 2360 женщин/репрезентативной выборки из г. Намангана на выявление модифицируемых факторов риска неинфекционных заболеваний (курение, употребление алкоголя, избыточная масса тела (ИМТ), артериальная гипертензия (АГ), низкий образовательный статус (НОС), многодетность (МД), тяжелый физический труд (ТФТ), плохие жилищно-бытовые условия (ПЖБУ), нарушение микро-макроэлементного гомеостаза (НМГ) и нарушение питания). Модифицируемые факторы риска (МФР) оценивались по критериям ВОЗ; заболеваний, состояния и отклонения от нормы, выявленные при эпидобследовании, обозначались согласно МКБ 10-го пересмотра. При проведении эпидисследования учитывались следующие общепринятые правила, которые обеспечивали специфику, уровней стандартизованности / унифицированности и доказательности данного исследования: 1) обследование женской популяции 15-49 лет в г. Намангане проводилось унифицированными эпидметодами по стандартизованной программе, 2) обследуемые женщины имели равные возможности получения медицинской помощи, 3) используемая анкета для выявления МФР и другие методы модифицированы на женскую популяцию, 4) к началу эпидисследования предшествовал подготовительный период, 5) фиксирование эпидемиологических условий у женщин фертильного возраста осуществлялись только на определенный момент, 6) до начала исследования исходя из рекомендаций ВОЗ тщательно составлен список женщин 15-49 лет, отобрана представительная популяция и обеспечена качественная и количественная основа обследуемой выборки.

Статистическая обработка данных велась при помощи программ Microsoft Excel и Microsoft Access и включала оценку достоверности сравниваемых величин по критерию t Стьюдента, χ^2 . Статистическая значимость показателей была определена как $P < 0,05$.

* Андижанский и Наманганский филиалы РНЦЭМП, Андижанский Государственный медицинский институт, Узбекистан

Результаты исследования. Впервые установлено, как это видно из данных табл.1, что всего 12 факторов риска являются модифицируемыми и следовательно, контроль за ними в условиях г. Намангана на популяционном уровне может способствовать предупреждению основных хронических неинфекционных заболеваний (ОХНЗ) у женщин и континиума, связанных с гестозами у беременных. Отмечено, что у обследованных женщин не были ни одного случая курения (0,0%) и злоупотребления алкоголем (0,0%). Другие МФР имелись: ИМТ у 461 (19,5%), НФА – у 131 (18,2%), дислиппротеидемия (ДЛП) – у 599 (25,4%), АГ – у 865 (36,7%), НОС – у 337 (14,2%), МД – у 1620 (68,6%), ТФТ – у 138 (5,8%), ПЖБУ – у 65 (2,7%), НМГ – у 819 (34,7%) и нарушение питания – у 297 (12,5%) женщин. Обращает на себя внимание, что в подавляющем большинстве случаев была выявлена многодетность, АГ, НМГ и ДЛП, лишь в 2,7%, 5,8% и 12,5% случаев – ПЖБУ, ТФТ и нарушение питания- соответственно. С учетом этих данных женщинам давались рекомендации по борьбе с МФР. У обследованных женщин НФА зарегистрирована в возрастной группе 15-19 лет в 14,1% случаев; данный фактор в возрасте 20-29 лет встречалась в 1,3 раза чаще (18,8%), в 30-39 лет – в 1,8 раза (22,1%, $P < 0,05$), в 40-49 лет – наоборот, на 5,2% меньше (8,9%, $P > 0,05$), чем в возрасте 15-19 лет. ДЛП в различных возрастных группах встречалась следующим образом: в 15-19 лет – у 25,3% женщин, в 20-29 лет – у 19,1%, в 30-39 лет – у 29,7% и в 40-49 лет – у 35,8%, то есть в 1,4 раза больше чем у женщин в возрасте 15-19 лет ($P < 0,05$). Более выраженная тенденция роста в зависимости от возраста отмечена и в отношении артериальной гипертензии. Полученные данные подтверждают две закономерности, состоящие в том, что АГ, во первых, имеет большую распространенность и во вторых, риск ее возникновения возрастает соответственно в 1,6 (в 20-29 лет), в 1,2 (в 30-39 лет) и в 1,0 (40-49 лет) раза на каждые 10 лет жизни ($P < 0,01$).

Выявленные результаты наглядно иллюстрируют, что НОС в 1-ой возрастной группе отмечалась в 6,7% случаев, во 2-ой – в 8,8%, в третьей – 15,6% (в 2,3 раза больше чем в 1-ой возрастной группе, $P < 0,01$) и в возрастной группе 40-49 лет – 34,7% (в 5,2 раза больше чем в 1-й возрастной группе, $P < 0,001$) случаев. Среди других факторов, значимых в плане выявления, следует отметить, среди обследованной популяции женщин г. Намангана, многодетности в семье (больше 3-х детей в семье). Частота выявления многодетности прямо коррелирует с возрастом. Так, если МД не отмечался у женщин 15-19 лет, то выявлялся с различной высокой частотой в 20-29 лет (50,4%), 30-39 лет (79,2%) и в 40-49 лет (54,6%), $P < 0,001$. Распространенность ТФТ среди обследованных достоверно различались в зависимости от возраста и составила – 2,5% (в 15-19 лет), 2,3% (в возрасте 20-29 лет), 5,1% (в возрасте 30-39 лет, $P < 0,01$) и 22,5% (в возрасте 40-49 лет, $P < 0,001$). Плохие жилищные условия как ФР у женщин выявлялась с частотой – 2,0%, 1,0%, 1,5% и 15,9% - соответственно в возрастных группах 15-19, 20-29, 30-39 и 40-49 лет, то есть число женщин, занятым тяжелым физическим трудом с возрастом увеличивается в 9 раз ($P < 0,001$).

Возрастало также с возрастом и нарушение микро-макроэлементного гомеостаза у женщин от 14,6% (в группе женщин 15-19 лет) до 36,9% или в 2,5 раза ($P < 0,01$) в возрасте 20-29 лет, до 38,2% или в 2,6 раза в 30-39 лет ($P < 0,01$) и до 30,8% или в 2,1 раза – в 40-49 лет ($P < 0,01$). ИМТ зарегистрирована у 4,0% (в возрасте 15-19 лет), у 9,8% (в возрасте 20-29 лет, $P < 0,01$), у 13,8% (в возрасте 30-39 лет, $P < 0,001$) и у 79,4% (в возрасте 40-49 лет, $P < 0,001$) обследованных женщин. В нашей работе среди обследованных женщин нарушение/ неправильное питание выявлялось с частотой – 15,8%, 11,7%, 11,2% и 17,5% – соответственно к возрастным группам 15-19 лет, 20-29 лет, 30-39 лет и 40-49 лет, то есть с увеличением в зависимости от возраста на 6,3%, или в 1,6 раза ($P < 0,05$). Эпидемиологическая характеристика клинических особенностей ожирения среди обследованного женского населения г. Намангана показывает, что нормальная масса тела зарегистрирована в 68,3% случаев, ИМТ ≥ 25 -29,9 кг/м² выявлена в 19,5% случаев, ожирение (30-39,9 кг/м²) наблюдалось в 9,8% случаев и значительное ожирение (ИМТ ≥ 40 кг/м²) – в 2,4% случаев. Среди женщин в 43,1% случаев выявлена абдоминальный тип ожирения (ИТБ $\geq 0,9$) и в 56,9% случаев зарегистрирована глутеофemorальный тип ожирения (ИТБ $< 0,9$), а семей-

ный анамнез ожирения у лиц с ИМТ отмечен в 57,2% случаев. Одной из основных целей нашего исследования было изучение распространенности различных форм АГ в неорганизованной женской популяции г. Намангана. При этом САГ в среднем зарегистрирована у 12,4% женщин 15-49 лет. В 17,6% случаев она выявлена у женщин 15-19 лет, в 37,5% случаев – в возрасте 20-29 лет ($P<0,01$), в 43,8% случаев – в 30-39 лет ($P<0,01$) и в 13,1% случаев в возрасте 40-49 лет.

Другая клиническая форма АГ - ДАГ характеризовалась в различных группах со следующей частотой: в 15-19 лет – 18,2%, в 20-29 лет – 24,4% ($P<0,05$), в 30-39 лет – 32,3% ($P<0,01$), в 40-49 лет – 36,8% ($P<0,01$) и в 15-49 лет – в среднем – 29,4%. Мягкая АГ была обнаружена со следующей частотой: 12,4% – в 15-19 лет, 71,2% (в 20-29 лет, $P<0,001$), 83,7% (в 30-39 лет, $P<0,001$), 92,9% (в 40-49 лет, $P<0,001$) и в 15-49 лет – 78,3%. Умеренная АГ наблюдалась в 16,6%, в 27,9%, в 34,9%, в 44,8% и в 34,0% случаев – у обследованных соответственно к возрастным группам 15-19, 20-29, 30-39, 40-49 и 15-49 лет. Сравнительно меньшей частотой встречалась выраженная АГ и ее распространенность составила: 9,1% (в группе обследованных женщин 15-49 лет), 11,3% (в 20-29 лет), 12,7% (в 30-39 лет), 14,4% (в 40-49 лет) и 12,7% (в 15-49 лет), то есть в зависимости от возраста данная форма АГ регистрировалась с разницей на 5,6% ($P<0,05$). Частота стабильной АГ составила: в возрасте 15-19 лет – 17,0%, 20-29 лет – 20,8%, 30-39 лет – 29,0% ($P<0,05$), в 40-49 лет – 42,6% и в 15-49 лет – 28,2%. В обследованной популяции женщин стрессиндуцированная АГ в зависимости от возраста возрастала от 0,0% (в 15-19 лет) до 2,0% (в 20-29 лет), 3,5% (в 30-39 лет, $P<0,001$) и 7,8% (в 40-49 лет, $P<0,001$). Среди общей популяции 15-49 лет она зарегистрирована с частотой 4,9%. У женщин 15-49 лет г. Намангана Узбекистана отмечена большая распространенность МФР, что по всей вероятностью связано все более продолжающимися ростом факторов риска среди женского населения данного региона.

В связи с неблагоприятной обстановкой в отношении эпидемиологических условий, обусловленных модифицируемыми ФР, требуется внедрение скрининга (постоянного мониторинга) в работу учреждений общемедицинской сети здравоохранения Узбекистана (СВП/ГВП, Центры здоровья, Центры профилактики и репродуктивного здоровья). В первую очередь скрининг необходимо проводить среди здоровых женщин, а затем у больных ОХНЗ, с высоким риском развития терапевтического континуума.

Литература

1. *Гамбарян М.Г.* Изучение взаимосвязей факторов риска хронической обструктивной болезни легких и оптимизация ее профилактики: управление риском, связанным с курением табака: Автореф.дисс... - М., 2002. – С.23–25.
2. *Жаркова Л.П. и др.* / В кн. Человек и лекарство: Тез.докл. – М., 2005. – С.113–114
3. *Камардина Т.В.* Здоровье женщин северных городов России – Архангельска и Мурманска: питание и другие факторы риска неинфекционных заболеваний.–Копенгаген – ВОЗ – EUR (01) /5035238. – 2002. – С.56–58
4. *Катюхин В.Н. и др.* / В сб.: Медико-биологические и экологические проблемы здоровья человека на Севере. – Материалы науч.-практ.конф. – Сургут. -2000. – С.91–96

M.M. Mirsa'dullaev, N.S. Mamassaliev, O.S. Salikhidinov. Extension and Epidemiologic Characteristics of Principal Chronic Non-Infections Diseases with Variable Risk Factors in the Middle of Feminine Population in Uzbekistan