

УДК 618.1; 613.99

**МОНИТОРИНГ ФАКТОРОВ РИСКА ОСНОВНЫХ ХРОНИЧЕСКИХ
НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН 15-49 ЛЕТ В УЗБЕКИСТАНЕ
(ФЕРГАНСКАЯ ДОЛИНА)**

М.М. МИРСАЙДУЛЛАЕВ, М.А. ХУЖАМБЕРДИЕВ, Н.С. МАМАСАЛИЕВ*

Для выявления особенностей динамики распространенности модифицируемых факторов риска (МФР) хронических неинфекционных заболеваний в женской популяции 15-49 лет Ферганской долины Узбекистана за 9-летний период проводилась сравнительная оценка распространенности следующих МФР: низкой физической активности (НФА), избыточной массы тела (ИМТ), дислипотеидемии (ДЛП), артериальной гипертензии (АГ), низкого образовательного статуса (НОС), многодетности, тяжелого физического труда (ТФТ), плохих жилищно-бытовых условий (ПЖУ), нарушение гомеостаза микроэлементов (НГМЭ), питания (НП), курения и алкоголя в популяции по итогам обследования двух случайных выборок женского населения 15-49 лет в 1996 г. (912 чел.) и в 2004 году (обследованы 2360 женщины). При этом были использованы единые и стандартизованные критерии МФР.

Из данных табл.1 очевидно, что за 9-летний период исследования частота изученных ФР характеризовались статистически достоверным увеличением, лишь два фактора – курение и алкоголь в обоих исследованиях оставались на уровне 0,0%. Отмечается значимое увеличение от 1-го к 2-му исследованию изученных ФР следующим образом: НФА – с 12,3 до 18,2%, на 5,9% ($P<0,05$); ИМТ – с 13,7% до 19,5%, на 5,8% ($P<0,05$); АГ – с 19,4 до 36,7%, на 17,3% ($P<0,01$); НОС – с 9,5 до 14,2%, на 4,7% ($P<0,05$); МД – с 50,2 до 68,6%, на 18,4% ($P<0,05$); ТФТ – с 5,2 до 5,8%, на 0,66% ($P>0,05$), ПЖУ – с 2,2 до 2,7%, на 0,5% ($P>0,05$); НГМЭ – с 24,7 до 34,7%, на 10% ($P<0,05$) и нарушение питания – с 9,1 до 12,5%, на 3,4% ($P<0,05$).

Результаты исследования показали, что за период времени, прошедший между исследованиями, сохранился характер связи распространенности МФР в изученной группе женского населения с возрастом (табл.2), откуда следует, что с увеличением возраста в обеих исследованиях нарастают частота модифицируемых факторов риска. В группе женщин 15-19 лет отмечается нарастание НФА с 8,0% (на 1-м исследовании) до 14,1% (на 2-м исследовании), динамика прироста данного фактора составляла – 6,1% ($P<0,05$). В возрасте 20-29 лет данный показатель характеризуется ростом с 9,0 до 18,8%, на 9,8% ($P<0,05$). Еще более выраженное нарастание НФА у обследованных отмечается в возрастной группе 30-39 лет – с 13,1 до 22,1%, на 9,0% ($P<0,01$). В группе женщин 40-49 лет, напротив, отмечается уменьшение распространенности данного фактора с 21,3 до 8,9% (на 12,4%, $P>0,05$). В целом, среди общей популяции динамика прироста НФА равнялась на 5,9% (в возрастной группе 15-49 лет, $P<0,05$). За 9-летний период времени в женской популяции 15-49 лет произошло изменение других МФР в зависимости от возраста: отмечалось статистически достоверное увеличение ДЛП – с 18,7 до 25,3%, на 6,6% ($P<0,05$) в группе женщин 15-19 лет, с 12,5 до 19,1% на 6,6% ($P<0,05$) – в 20-29 лет, с 23,1 до 29,7% в 30-39 лет ($P<0,05$) и с 31,7 до 35,8% - в 40-49 лет ($P>0,05$). Среди общей популяции женщин 15-49 лет произошло возрастание частоты ДЛП за 9-летний промежуток времени от 19,3 до 25,4%, на 6,1% ($P<0,05$).

В связи с возрастом динамика роста АГ между двумя исследованиями составляла: в возрастной группе 15-19 лет – 9,2% (с 12,0 до 21,2%, $P<0,05$), в 20-29 лет – 9,0% (с 25,4 до 34,4%, $P<0,05$), в 30-39 лет – 9,5% (с 31,8 до 41,3%, $P<0,05$), а в 40-49 лет – 2,4% (с 40,0 до 42,4%, $P>0,05$) и наконец, в 15-49 лет – 9,2% (с 27,5 до 36,7%, $P<0,05$). Из данных табл.2 следует, что наибольшее увеличение фактора НОС среди обследованной популяции сформировалось за счет нарастания этого показателя в большей степени в возрастной группе 40-49 лет

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

– с 23,4 до 34,7% (на 11,3%, $P<0,05$), 20-29 лет – с 4,6 до 8,8% (на 4,2%, $P<0,05$) и 15-19 лет – с 2,7 до 6,7% (на 4,0%, $P<0,01$). В возрастной группе 30-39 лет – такое увеличение было статистически не значимым и составило 4,3% ($P>0,05$). За 9-летний период среди популяции женщин 15-49 лет динамика среди данного фактора составляла 4,7% (с 9,5 до 14,2%, $P<0,05$). Многодетность в возрасте 15-19 лет в обоих исследованиях не наблюдался, в группе женщин 20-29 лет отмечается возрастание данного показателя с 8,5 до 58,4%, на 49,0% ($P<0,001$) в возрасте 30-39 лет – с 15,2 до 73,2%, на 58,0% ($P<0,001$) и в группе 40-49 лет – с 53,8 до 54,6%, на 0,8% ($P>0,05$). Анализ материалов показывает, что распространенность ТФТ среди женщин также увеличился с 1-го к 2-му исследованию в возрасте 15-49 лет – с 5,2 до 5,8%, на 0,6% ($P>0,05$) и в 40-49 лет – с 13,8 до 22,5%, на 8,7% ($P<0,05$). В возрастных группах 20-29 и 15-19 лет, напротив, был отмечен отрицательный прирост этого фактора. В 15-19 лет ТФТ уменьшался с 2,6 до 2,3% на 0,3% ($P>0,05$), а в 20-29 лет – с 2,4 до 2,3% ($P>0,05$).

Таблица 1

Сравнительное изучение 9-летней динамики модифицируемых факторов риска среди женщин 15-49 лет Ферганской долины

Всего	НФА		ДЛП		АГ		МД		ПЖУ		НГМЭ		Наруше- ние питания		Алкоголь	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
1996-912	112	12,3	176	19,3	177	19,4	458	50,2	20	2,2	225	24,7	83	9,1	0	0,0
2004-2360	431	18,2*	599	25,4*	865	36,7**	1620	68,6*	65	2,7 ^{НД}	819	34,7*	297	12,5*	0	0,0
9-летняя динамика прироста МФР (в%)	+5,9		+6,1		+17,3		+18,4		+0,5		+10		+3,4		0	

Таблица 2

Сравнительная характеристика возрастной динамики модифицируемых факторов риска среди женщин Ферганской долины по результатам 9-летнего эпидмониторинга (в 1-ой строке – I-е исследование, во 2-ой – II-е исследование)

Возраст	Всего	НФА		ДЛП		АГ		МД		ТФТ		ПЖУ		НГМЭ		ИМТ		НП	
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
15-19	75 198	6 28	8,0 14,1*	14 50	18,7 25,3*	9 12	12,0 21,2*	0 0,0	0,0	2 4	2,6 2,3 ^{НД}	2 4	2,6 8,0 ^{НД}	32 29	4,3 14,6***	1 8	1,3 4,0***	10 30	13,3 15,1 ^{НД}
20-29	409 1054	32 19,8	9,0 18,8**	51 201	12,5 19,1*	104 363	25,4 34,4*	34 616	8,5 58,4***	10 24	2,4 2,3 ^{НД}	4 1	1,0 1,0 ^{НД}	110 389	26,9 36,9*	27 103	6,6 9,8*	38 124	9,3 11,7 ^{НД}
30-39	283 806	43 178	13,1 22**	65 240	23,1 29,7*	90 333	31,8 41,3*	43 590	15,2 73,2***	15 41	5,3 5,1 ^{НД}	5 12	1,8 1,5 ^{НД}	44 308	15,5 38,2**	28 110	9,9 13,8*	21 90	7,4 11,2*
40-49	145 302	31 27	21,3 8,9 ^{НД}	46 108	31,7 35,8	48 127	40,0 42,4 ^{НД}	78 165	53,8 54,6 ^{НД}	20 68	13,8 22,5*	9 48	6,2 15,9*	39 93	27,0 30,8 ^{НД}	68 240	46,9 79,4**	15 53	10,3 17,5*
15-49	912 2360	112 431	12,3 18,2*	176 599	19,3 25,4*	251 865	27,5* 36,7*	155 1620	17,0 68,6**	47 138	5,2 5,8 ^{НД}	20 65	2,2 2,7 ^{НД}	225 819	24,7 34,7*	124 461	13,6 10,5 ^{НД}	83 297	9,1 12,5 ^{НД}
Прирост ФР, %		+5,9		+6,1		+9,2		+51,6		+0,6		+0,5		+10		-3,1		+3,4	
P		$P<0,05$		$P<0,05$		$P<0,05$		$P<0,001$		$P>0,05$		$P>0,05$		$P<0,05$		$P>0,05$		$P>0,05$	

ПЖУ в разных возрастных группах за исследуемый промежуток времени характеризовалось со следующей динамикой: в возрасте 15-19 лет – со снижением на 0,6% ($P>0,05$), в 20-

29 – по 1,0%, без существенных различий, в 30-39 – уменьшением с 1,8 до 1,5%, на 0,3% ($P>0,05$), в 40-49 лет – с увеличением 6,2 до 15,5%, на 9,3% ($P<0,05$) и в 15-49 лет – с увеличением на 0,5% (с 2,2 до 2,7%, $P>0,05$). Из данных табл.2 также следует, что выраженная динамика роста от 1-го к 2-му исследованию отмечалась в уровнях НГМЭ. Так, в возрасте 15-19 лет динамика роста этого фактора за 9-летний период у женщин составляла – 10,1% (с 4,3 до 14,6%, $P<0,001$), в 20-29 лет – 10,0% (с 26,9 до 36,9%, $P<0,05$), в 30-39 лет – 22,7% (с 15,5 до 38,2%, $P<0,01$), в 40-49 лет – 3,8% ($P>0,05$) и в целом, в возрастной группе 15-49 лет – 10,0% (с 24,7 до 34,7%, $P<0,05$). В популяции женщин 15-49 лет за исследуемый промежуток времени динамика роста ИМТ составила: в 15-19 лет – с 1,3 до 4,0% (на 2,7%, $P<0,001$), в 20-29 лет – с 6,6 до 9,8% (на 3,2%, $P<0,05$), в 30-39 лет – с 9,9 до 13,8% (на 3,9%, $P<0,05$) и в 40-49 лет – с 46,9 до 79,4% (на 32%, $P<0,01$).

Результаты нашего анализа также показывают, что случаи нарушения питания за период 9-летнего наблюдения возрастало: в группе женщин 15-19 лет – на 1,8% (с 13,3 до 15,1%, $P>0,05$), в 20-29 лет – на 2,4% (с 9,3 до 11,7%, $P>0,05$), в 30-39 лет – с 7,4 до 11,2% (на 3,8%, $P<0,05$) в 40-49 лет – на 3,4% (с 9,1 до 12,5%, $P>0,05$). Таким образом, за 9-летний период наблюдения у женщин 15-49 лет Ферганской долины произошло заметное увеличение частоты и интенсивности модифицируемых факторов риска по сравнению с исходными уровнями/показателями. Наличие МФ и их сочетание достоверно увеличивается с возрастом.

Установлено, что в женской популяции 15-49 лет как в 1996г., так и в 2004г. распространенность основных хронических неинфекционных заболеваний (ОХНЗ) увеличивается при наличии: избыточной массы тела (18,4 и 7,7%, $P<0,01$ в 1996г.; 26,5 и 5,0%, $P<0,01$ в 2004г.), низкой физической активности (18,8 и 7,3%, $P<0,01$ в 1996г.; 27,3 и 4,2%, $P<0,001$ в 2004г.), нарушение питания (34,9 и 3,4%, $P<0,001$ в 1996г.; 43,8 и 12,3% в 2004г., $P<0,001$), при артериальной гипертензии (15,8 и 10,3%, $P<0,05$ в 1996г.; 27,9 и 3,6%, $P<0,001$ в 2004г.), при дислипотеидемии (32,4 и 6,3%, $P<0,001$ в 1996г.; 41,1 и 9,6%, $P<0,001$ в 2004г.), при нарушении гомеостаза микроэлементов (13,8 и 12,3%, $P>0,05$ в 1996г.; 20,7 и 10,8%, $P<0,01$ в 2004г.), при многодетности (20,6 и 5,5%, $P<0,001$ в 1996г.; 30,4 и 1,1%, $P<0,001$ в 2004г.), при наличии плохих жилищно-бытовых условий (15,0 и 11,1%, $P>0,05$ в 1996г.; 29,2 и 2,3%, $P<0,001$ в 2004г.), при тяжелом физическом труде (17,0 и 9,1%, $P<0,05$ в 1996г.; 24,6 и 6,9%, $P<0,001$ в 2004г.) и при низком образовательном статусе (12,6 и 13,5%, $P>0,05$ в 1996г.; 18,7 и 12,8%, $P>0,05$ в 2004г.). За 9-летний период произошли значительные изменения в сравнительной оценке эпидемиологических условий в отношении заболеваемости ОХНЗ в двух самостоятельных выборках/группах женского населения 15-49 лет Ферганской долины. Если в 1996 году эпидемиологические условия в отношении ОХНЗ в целом были сравнительно благоприятными, то в 2004 году они стали несколько хуже, вследствие чего наблюдается значительное увеличение распространенности ОХНЗ среди обследованного населения. Следовательно, проводимые мероприятия в регионе по профилактике/диспансеризации ОХНЗ нуждаются в модификации, совершенствовании в направлении их «прицельности» к различным модифицируемым факторам риска. Общепопуляционные мероприятия по первичной профилактике неэффективны по борьбе с такими модифицируемыми факторами риска, как низкая физическая активность, избыточная масса тела, дислипотеидемия, артериальная гипертензия, низкий образовательный статус, многодетность, тяжелый физический труд, плохие жилищно-бытовые условия, нарушение гомеостаза микроэлементов и нарушение питания. Следовательно, среди женщин Ферганской долины необходима модификация методов первичной профилактики (по пропаганде здорового образа жизни прежде всего), вторичной и третичной профилактики именно в указанном направлении. В противном случае, на наш взгляд, ни современное лечение, ни высокий уровень лечебно-профилактических учреждений не предохраняет жителей-женщин Ферганской долины от терапевтического континуума, связанную с основными хроническими неинфекционными заболеваниями. Полученные нами

результаты, безусловно, будут исследованы в качестве фундамента для проведения активной многофакторной профилактики ОХНЗ.

M.M. Mirsa'dullaev, N.S. Mamassaliev, M.A. Khugamberdiev. The Monitoring of Risk Factors of Principal Chronic Non-Infections Diseases in Women of 15–49 years in Uzbekistan (Ferganskaya Valley)