

рии проктосигмоидити реши дарч кардаанд. Дар амалиёти чаррохи усули лапароскопия истифода шуда, буридани руда бо таври видеоассистенти

ичро шудааст.

Калимаҳои калиди: дивертикули Меккел, лапароскопия, буридани руда, кудакон.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

УДК: 614.2:616.084(470.341)

С.М. Абдуллоев, З.А. Гулбекова, Н.С. Одинаев, Х.Р. Махмудов

ВАЖНЕЙШИЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

Абдуллоев Саидходжа Муртазоевич – к.м.н., соискатель кафедры эпидемиологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки 139, тел. (+992) 44-600-36-59, E-mail: saidxoja@gmail.com

Резюме. Обзор посвящен важнейшим актуальным вопросам эпидемиологии хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития. Анализ данных литературы показывает о ежегодном росте как ХНИЗ, так и факторов риска их развития вследствие низкой физической активности населения, чрезмерном употреблении табачных изделий и алкоголя, высококалорийного питания - богатых углеводами и жирами. Несмотря на проведения ряда крупных профилактических мероприятий, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, хронические заболевания органов дыхания и болезни почек продолжают занимать лидирующие позиции среди причин временной нетрудоспособности, инвалидизации и летальности населения в большинстве стран, в основном стран со средним и низким уровнем дохода. Высокая частота распространённости ХНИЗ диктует проведения регулярных профилактических мероприятий по их активному выявлению и лечению и модернизация терапевтической службы по оказанию помощи лицам из высокого группы риска. Периодический скрининг основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний позволяет в реальной оценке состояния здоровья населения и проведения широкой пропаганды здорового образа жизни для коррекции выявленных факторов риска.

Ключевые слова: неинфекционные заболевания, гипертония, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, обструктивные болезни легких, факторы риска

S.M. Abdulloev, Z.A. Gulbekova, N.S. Odinaeva, Kh.R. Makhmudov

THE MOST IMPORTANT ASPECTS OF EPIDEMIOLOGY AND RISK FACTORS OF CHRONIC NONINFECTIOUS DISEASES

Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

Abdulloev Saidkhoja Murtazoevich - Candidate of Medical Sciences, aspirant at the Epidemiology Department of State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University"; 734003; Republic of Tajikistan, Dushanbe, 139 Rudaki Ave; tel. (+992) 44-600-36-59, E-mail: saidxoja@gmail.com

Abstract. The observation focuses on topical issues of chronic noncommunicable diseases epidemiology and risk factors. The literature review shows yearly growth of chronic noncommunicable diseases and their risk factors as a result of low physical activity of the population, excessive tobacco and alcohol use, and consumption of food rich in carbohydrates and fats. Despite some prominent preventive measures, cardio-vascular diseases, diabetes, chronic respiratory diseases, and kidney diseases keep taking leading causes of disability and lethality of the populations in low and middle-income countries. High frequency and spread of chronic noncommunicable diseases require regular preventive measures that include screening, treatment, and modernization of therapeutic services helping individuals in high-risk groups. Periodical screening of the main risk factors of chronic noncommunicable diseases allows assessing the actual health condition of the population and propagate a healthy lifestyle to mitigate those risk factors.

Keywords: noncommunicable diseases, hypertension, coronary heart disease, diabetes mellitus, obstructive pulmonary diseases, risk factors.

Хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) продолжают оставаться одним из основных причин временной нетрудоспособности, инвалидизации и летальности населения в большинстве стран, в основном стран со средним и низким уровнем дохода [1, 4, 11, 20, 24]. Традиционно к ХНИЗ относят ряд распространенных патологий имеющие хроническое течение, в частности сердечно-сосудистые заболевания (нарушение мозгового и коронарного кровообращения), сахарный диабет, хронические заболевания органов дыхания и онкопатология [10, 23, 28, 34].

Анализ литературных данных показывают, что ХНИЗ распространены непропорционально, в одних государствах они занимают лидирующую позицию в качестве смертности, в других имеют низкую частоту распространенности [5, 28, 34, 37]. К последней относятся страны Африканского континента, где ХНИЗ имеют малую распространенность и занимают одно из последних мест среди причин фатальных последствий [33, 35]. Однако, согласно данным прогноза экспертов к концу третьей декады XXI века частота летальных исходов от ХНИЗ в странах Африканского континента увеличивается в десятки раз и превышает все остальные причины летальных исходов вместе взятых [36].

Необходимо отметить, что одним из факторов увеличения заболеваемости ХНИЗ являются продолжительность жизни населения, так как с увеличением возраста отмечается прогрессирующий рост таких заболеваний как патология сердечно-сосудистой системы, хроническая болезнь почек, обструктивные лёгочные патологии и сахарный диабет [1, 6, 11, 14, 25].

ХНИЗ распространены во всех возрастных группах, но в основном встречаются у лиц старшей возрастной группы – 50-75 лет. Однако по данным Б.С. Турдалиевой и соавт. (2016) и С.А. Шальной и соавт. (2012) около четверть умерших явились лицами среднего возраста 40-60 лет, при этом большинства из них имели низкий социальный и экономический статус [24, 26].

В генезе ХНИЗ также весомую роль вкладывают такие факторы как низкая физическая активность, чрезмерное употребление табачных изделий и алкоголя, высококалорийное питание богатыми углеводами и жирами и т.д. [3, 7, 8, 15, 27, 32, 33].

Среди ХНИЗ основную долю занимают сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), которые в последние три десятилетия имеют прогрессирующий рост среди всего слоя населения [2, 4, 20,

28, 31]. Среди ССЗ в основном регистрируется артериальная гипертензия, нарушение мозгового и коронарного кровообращения и тромбоэмболия легочной артерии [4, 31, 36]. Согласно некоторым данным патология сердечно-сосудистой системы в 2010 году унесла жизнь более 16 миллионов человек, с увеличением частоты летальных исходов в основном среди населения экономически неразвитых и развивающихся стран, которая в период 1990 по 2010 годы увеличивалась с 26% до 29,5% [37].

По мнению большинства исследователей, уровень инвалидности и смертности от ССЗ определяют экономический статус и состояние здравоохранения любого государства [6, 9]. Доказательством этого считается высокая частота распространенности ССЗ у населения с неразвитой экономикой. Так, по данным исследования Population Health Research Institute (2014), при изучении факторов риска ССЗ и связанных с ними летальных исходов среди у 156424 человек из 17 стран (3 страны с высоким доходом, 10 стран со средним уровнем дохода и 4 страны с низким уровнем дохода) было выявлено, что самые высокие показатели риска имеются у жителей развитых стран, промежуточные – в странах со средним уровнем дохода и самый низкий в странах с низким уровнем дохода ($p < 0,001$) [38]. Однако, частота основных сердечно-сосудистых событий (смерть от сердечно-сосудистых причин, инфаркт миокарда, инсульт или сердечная недостаточность) была ниже в странах с высоким уровнем дохода, чем в странах со средним и низким уровнем дохода (3,99 случаев на 1000 человек против 5,38) и 6,43 случая на 1000 человек соответственно; $p < 0,001$). Показатели летальности также были самыми низкими в странах с высоким уровнем дохода (6,5%, 15,9% и 17,3% в странах с высоким, средним и низким уровнем дохода соответственно; $p = 0,01$). Городские жители имели более высокое бремя факторов риска, чем сельские населения, но более низкие показатели сердечно-сосудистых событий (4,83 против 6,25 случаев на 1000 человеко-лет, $p < 0,001$) и летальности (13,52% против 17,25%, $p < 0,001$). Такое явление исследователями было обосновано тем, что в странах с высоким уровнем дохода частота применения своевременных процедур реваскуляризации было значительно выше, чем у населения стран со средним или низким уровнем дохода ($p < 0,001$) [34].

Такие данные были получены в недавно проведенном крупном эпидемиологическом исследовании с включением более полтора сотни тысячи

человек из 21 стран и 5 континентов [31]. Так, в период наблюдения (в среднем 9,5 лет) за 162534 участвовавшие в исследования в 11307 (7,0%) случаев зарегистрированы летальные исходы, у 9329 (5,7%) участников отмечены развитие сердечно-сосудистых заболеваний, в 5151 (3,2%) наблюдений развился онкопатология, 4386 (2,7%) участники получили травмы. ССЗ чаще встречались у жителей стран с низким (7,1 случая на 1000 человеко-лет) и средним (6,8 случая на 1000 человеко-лет) уровнем дохода, чем у населения экономически развитых стран (4,3 случая на 1000 человек). Вместе с тем, частота заболеваемости раком, травмами, ХОБЛ и пневмонией, были наиболее выше в экономически развитых странах и наименее распространенными в странах с низким доходом. Общие показатели смертности в СНД (13,3 случая смерти на 1000 человеко-лет) была в два раза выше, чем в ЭКС (6,9 случая смерти на 1000 человеко-лет) и в четыре раза выше, чем в ССД (3,4 случая смерти на 1000 человеко-лет). Сердечно-сосудистые заболевания были самыми распространёнными причинами смертности в целом (40%), но на них приходилось только 23% смертей в ЭРС (против 41% в ССД и 43% в СНД), несмотря на большее количество факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в ЭРС и наименьшее количество таких факторов риска в СНД. Отношение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний к смертности от рака составило 0,4 в ЭРС, 1,3 в ССД и 3,0 в СНД. Показатели госпитализации и приема лекарств от сердечно-сосудистых заболеваний были самыми низкими в СНД и самыми высокими в ЭРС.

Результаты этого исследования гласит, что среди взрослых в возрасте 35-70 лет ССЗ явились основной причиной смертности. Однако, в ЭРС и некоторых стран со средним уровнем дохода смертность от рака была больше, чем от ССЗ, в особенности среди населения среднего возраста. Высокая смертность в более бедных странах несколько связана с факторами риска, насколько с более низкой доступности медицинской помощи.

Необходимо отметить, что более четверти населения земли живут в странах с низким и средним уровнем дохода, где не имеются должный уровень оказания высококвалифицированной медицинской помощи пациентам с ХНИЗ, которая и являются основной причиной сохранения или увеличения уровня смертности от этих патологий [31].

Среди всех форм ССЗ наиболее часто встречается ишемическая болезнь сердца и головного мозга на почве окклюзионно-стенотических по-

ражений коронарных и сонных и позвоночных артерий [26]. Так, по данным S.S. Lim et al. (2012) основанное на систематическом анализе Глобальной бремени болезней частота ишемических катастроф в системе коронарных и мозговых артерий приведшие к фатальным последствиям составили 75-91% [36].

Таким образом, анализ литературных данных показывают, что ССЗ продолжают занимать лидирующую позицию среди инвалидности и смертности во всех регионах земного шара, в особенности в странах со средним и/или низким уровня дохода. Часто встречающиеся формами ССЗ являются инфаркт миокарда и инсульт, которые в основном лечатся с применением современных дорогостоящих технологий. В связи с этим разработка путей профилактики, своевременной диагностики и адекватной терапии вышеуказанных заболевания считаются актуальными до настоящего времени.

Другими формами ХНИЗ являются сахарный диабет, артериальная гипертензия и хронические обструктивные болезни легких, которые имеют весомый вклад в развитие первичной заболеваемости, инвалидности и смертности населения. В Таджикистане несмотря на снижения первичной заболеваемости ХОБЛ с 8163,8 в 2014 году до 5604,4 на 100 тыс. населения в 2017 году, показатель смертности имеет достаточно стабильные цифры, колеблясь от 0,1 до 0,4 на 100 больных соответствующего возраста [13].

Такие лечебно-профилактические мероприятия на уровне национального масштаба проводятся уже с конца XIX века в большинстве развитых и развивающихся государств и в настоящее время в ряде стран были достигнуты определённые успехи. Так, применение программы по скринингу, профилактике и лечения ИБС в Финляндии способствовала снижению летальных исходов с 500 до 40 человек на 100000 населения, т.е. на 80%. Эти показатели были достигнуты только в течение 25 лет внедрения профилактики ХНИЗ и доказали высокую эффективность профилактических мероприятий на уровне национального масштаба [4].

Такие данные приводят и группа ученых Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Минздрава России (2014), где смертность от ССЗ по сравнению с 1990 года в 2012 году снизилось до 1043293 человека [6]. Согласно анализам данных авторов ССЗ до 40% случаев явились причиной летальных исходов среди населения трудоспособного возраста – с 25 по 64 лет.

В Таджикистане смертность от ХНИЗ составляет 884 в расчете на 100000 населения и согласно данным З.Я. Рахимова и соавт. (2019) в ежегодной открытой или эндоваскулярной реваскуляризации миокарда нуждаются около 2500 человек, а коронарография для диагностики ИБС необходимо выполнить более 4500 населения [22]. В структуре общей смертности населения нашей республики, лидирующее место занимает ИБС и составляет 194,4 на 100000 населения. Этот показатель 2 раза ниже по сравнению смертности населения Российской Федерации (406,3), в 1,5 раза по Казахстану (305,5) и несколько ниже, чем у наших непосредственных соседей по СНГ - Узбекистану (203) и Кыргызстану (243,1).

В недавно опубликованном ежегодном отчете МЗ и СЗН Республики Таджикистан указывается на значимое снижение частоты летальных исходов от инфаркта миокарда. В структуре первичной заболеваемости в нашей республике в 2017 году лидирующее место занимали патология респираторной системы (5188,8 на 100000 населения) и болезни органов кровообращения (875,1 на 100000 населения). В структуре летальных исходов первое место занимали сердечно-сосудистые заболевания с показателем 206,0 на 100 тыс. населения. Однако число пациентов с патологиями коронарных артерий продолжают лидировать среди всех патологий сердечно-сосудистой системы [13].

Несмотря на достигнутые успехи, и всех усилий руководство страны и МЗ и СЗН РТ до настоящего времени не удалось значимо снизить смертность населения от ССЗ и по показателям летальных исходов Таджикистан уступает Китаю, странам Западной Европы, США и Ирану и находится на 127 месте в рейтинге ВОЗ [22].

Таким образом, можно полагать, что ССЗ занимают основную долю среди всех форм ХНИЗ и занимают особую роль и место среди инвалидности и смертности населения. Однако, в Таджикистане до сегодняшнего дня не проведены крупные научные исследования, посвященные изучению распространенности и факторов риска ХНИЗ, в особенности среди населения проживающих в условиях высокогорья. Влияние высокого атмосферного давления и напряжения кислорода имеющиеся в высокогорных местностях не изучены в генезе ХНИЗ, что является актуальным и явилось мотивом для выполнения настоящего исследования.

Общезвестно, что факторы риска развития и прогрессирования ХНИЗ разделяются на две боль-

шие группы – модифицируемые и немодифицируемые. Согласно данным Европейского общества кардиологов по болезням сердца и сосудов (2011) впервые о теории модифицируемых факторов риска (МФР) было предложено Американской службой здравоохранения, которая в настоящее время общепризнана и повсеместно используются при проведении международных и локальных научных исследований [38]. Роль и значение факторов риска в развитии ХНИЗ доказаны многими исследованиями, в частности значимое влияние повышенного уровня глюкозы, холестерина, насыщенных липопротеидов в генезе атеросклероза, которая считается одним из главных МФР [14,15,17].

Согласно данным крупного эпидемиологического исследования посвященное факторам риска развития ХНИЗ INTERHEART (2004) к МФР были отнесены – метаболический синдром и ее основные компоненты (АГ, сахарный диабет, ожирения), а также курение, злоупотребление алкоголем, дислипидемия, стресс и неправильный образ жизни, которая включает в себя неправильного питания и низкой физической активности [38].

Согласно данным большинства исследований встречаемость вышеуказанных МФР не зависит от пола и расы, и имеют почти приблизительно одинаковую распространенность среди населения всех стран.

Такие данные указаны и в отчете ВОЗ посвященной ИБС, в генезе и утяжеления течения которой играли 9 основные модифицируемые факторы, а у более 85% случаев сочетанное их встречаемость способствовали развитию острых коронарных катастроф [37].

Одномоментная встречаемость два и более МФР и потенцирование их друг другом способствуют к более бурному и прогрессирующему течению атеросклеротического процесса и связанной с ней закупорки сосудов [41]. В связи с этим для определения степени тяжести и прогнозирования исходов заболевания и эффективности лечения проводят суммирование всех МФР и вычисляют суммарный риск. Приводим некоторые важнейшие аспекты МФР в развитие ХНИЗ с позиции литературных данных.

Одним из часто встречающихся МФР ХНИЗ является дислипидемия, характеризующиеся нарушением обмена жиров по типу повышения содержания в крови общего холестерина (ОХС) и липопротеидов низкой плотности (ЛПНП). Именно нарушение обмена липидов является главным фактором атерогенеза и лежит в основу образования

атеросклеротических бляшек в просвете сосудов, в том числе коронарных и церебральных [15, 17, 40]. По данным многочисленных исследований дислипидемией считается, когда концентрация ОХС и ЛПНП в крови превышают значений 5,0 ммоль/л и 3,5 ммоль/л соответственно [15]. Согласно недавно проведенным крупным эпидемиологическим исследованиям такое высокое содержание ОХС и ЛПНП выявляются у 8,1-11,9% населения [40]. При этом указывается на прогрессивное повышение жиров в зависимости от возраста, пола и территории проживания населения [17, 36]. Так, исследование, проведенное под руководством Л.Н. Маслова и соавт. (2014) показали, что у более половины трудоспособного населения различных регионов Заполярья имеются повышенное гиперхолестеринемия, а почти у четверти населения она имеет более тяжелый и прогрессирующий характер [17]. При этом авторы указывают на прямую корреляционную связь гиперхолестеринемии с возрастом и женским полом. Такие данные были получены и Е.В. Корнеевой и М.И. Воеводой, где при исследовании показателей обмена жиров среди 722 коренных жителей (возраст 18-44 лет) деревни Русскинской Сургутского района ХМАО-Югры метаболические изменения были выявлены у 221 (30,6%) женщин и 104 (14,4%) мужчин [15]. При этом погранично-высокий уровень ОХС и ЛПНП отмечено у 76,9% мужчин и 82,3% женщин при нормальном значении индексы массы тела. Авторы утверждают, что выявленная дислипидемия имели прямую корреляционную связь как с характером питания населения и влиянием экологических факторов, так и с высоким отягощенным соматическим статусом населения.

Большинство исследователи доказано, что повышенная холестеринемия имеет место среди лиц средней возрастной группы и играют роль важнейшего риска развития ХНИЗ [15]. Так, по некоторым данным высокие показатели ОХС выявляются у 35-43% исследованных, в зависимости от региона их проживания – в Литве 42,4%, в Северной Карелии и Финляндии – 35,0% [31]. После коррекции характера питания лиц, включенных в исследования, было выявлено значимое снижение ОХС в крови, что способствовала уменьшению числа развития сердечно-сосудистых катастроф.

По данным других исследований доказано значимая роль дислипидемии как независимый фактор риска смерти ССЗ. Так, по данным метаанализа T.J. Bollyky et al. (2015) повышение ОХС крови имела прямую корреляционную связь с летальным

исходов 55000 лиц умерших от ССЗ, при этом она выступила в качестве независимого фактора фатальности при ИБС у лиц среднего и пожилого возраста [29]. Авторы отмечают, что несмотря на наличие других МФР кроме дислипидемии частота выявления ССЗ было гораздо меньше по сравнению лиц с повышенным содержанием ОХС в крови. Вместе с тем, по некоторым данным ССЗ, в частности ИБС имела прямую корреляционную связь с низкой концентрации ОХС [2].

В связи с этим изучение дислипидемии как независимый МФР развития ХНИЗ является актуальным и требует поиска научных исследований, в особенности среди населения высокогорной местности у которых выявляется нарушения липопероксидации липидов и снижения антиоксидантной системы на фоне снижения атмосферного давления кислорода.

Другим МФР развития ХНИЗ является употребление никотина – курение. У лиц употребляющий никотин часто обнаруживается ХНИЗ, в частности ИБС, АГ, ХОБЛ, ХБП, сахарный диабет и онкопатологии. Согласно эпидемиологическом исследовании ВОЗ в 2019 году около 12% мужчины и 7,2% женщины планеты ежедневно употребляли никотин, в том числе 99,8% из них явились злостными курильщиками [35]. Вместе с тем, последствия курение – пассивное курение также играет огромное влияние в развития ХНИЗ среди лиц не употребляющий никотин и в 2018 году этот фактор явилось непосредственной причиной более 600 тысячи летальных исходов, в том числе более 170 тысяч детских смертей [35].

Сигареты употребляют во всех странах мира, всеми возрастными категориями населения и лиц обоих полов. Наиболее часто курение отмечено среди населения Европы и по последним опубликованным данным 42% лиц мужского и 28% женского пола ежедневно употребляют табачные изделия [27, 35].

В Российской Федерации согласно проводимом в 2009 году глобальном опросе взрослого населения о потреблении табака – GATS 59,8% мужчин ежедневно употребляли табачные изделия, и отмечено заметное увеличение доли молодых лиц среди курильщиков [19].

Согласно данным большинства исследований частота развития ХНИЗ имеет прямую связь с давности курения, и риск их развития особенно высок при выкуривании сигарет продолжительностью более 3 лет и когда курение начинается в подростковом возрасте, особенно среди девушек

[8, 27] Такие данные приводят и Я.И. Будник и соавт. (2014), где на почве выкуривания более 15 сигарет в день смертность от ИБС среди мужчин увеличивался в 5 раз, а среди женщин в 2 раза [7]. Авторы подчёркивают, что именно количество выкуренных сигарет играет значимую роль в развитии преждевременной смерти и по данным авторов средняя продолжительность жизни курящих мужчин уменьшилось на 10,5 лет. Это же гипотеза подтверждается Н.А. Грацианским (2007), который доказал, что ОШ развития ИБС при выкуривании до 15 сигарет в день 1,9 раз выше по сравнению лиц не употребляющих никотин, до 20 сигарет – 2,1 раза, более 21 сигарет – 2,4 раза. По данным автора почти аналогичные данные отмечаются и среди лиц женского пола, но при употреблении половины употребляемой дозы сигарет мужчинами [9].

Таким образом, анализ литературных данных показывают, что курение играют значимую роль в развитии ХНИЗ, их прогрессирования и осложнения, а также преждевременной инвалидности и смертности населения.

С разработкой ряд национальных программ и профилактических мероприятий на государственном уровне в последние годы отмечается значимое снижение курения среди населения большинства стран, особенно среди мужчин. Так, если 60-ые годы XX века более 60% мужчин планеты употребляли никотин, то в 2014 году их число уменьшилось до 27%. Однако, как утверждают эксперты, в этот промежуток времени отмечалось значимое увеличение доля курящих женщин с 10,2 до 21,3% [35]. Такое явление, по некоторым мнениям, обусловлено частым развитием стрессовых ситуаций среди лиц женского пола и особенностью проводимых табачных реклам направленных на привлечения женщин к курению [19, 35].

Согласно прогнозу Carter B.D. et al. (2015) при отсутствии значимых профилактических мероприятий по употреблению различных вариантов табака, как на глобальном, так и на национальных уровнях, число ежегодных летальных исходов от негативного последствия никотина составит приблизительно 8 млн. или 10% среди всех причин фатальных последствий [30]. В связи с этим, согласно глобальной программой ВОЗ, была поставлена цель значимому снижению курения к 2030 году среди лиц обоих полов, особенно молодого и среднего возраста.

По данным абсолютного большинства исследований отказ от курения является самым

эффективным профилактическим мероприятием, в особенности среди лиц, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями и хронической почечной болезнью [7, 19, 35]. Согласно недавно проведенном исследованию A. AlMulla et al. (2020) именно при отказе от употребления различных вариантов табачных изделий суммарный риск летальных исходов от ХНИЗ уменьшится на более пять раз, а нефатального ОИМ до 4 раз (OR-0,64, 95% ДИ-0,58-0,71) [27].

Таким образом, анализ литературных данных показывает, что курение играет значимую роль в развитии большинства ХНИЗ, а скорость их прогрессирования и развития осложнений зависят как от формы употребляемого табака, так и от частоты и дозы его употребления.

К другим наиболее значимым фактором риска развития ХНИЗ относится высокие цифры артериального давления – артериальная гипертензия и по данным большинства исследователей нет хотя бы одного человека, что в течение жизни не имел бы повышенное артериального давление.

Согласно данным Yusuf S. (2014) в 2012 году частота распространенности АГ на глобальном уровне составило 24% и отмечается диспропорциональная ее встречаемость в зависимости от региона проживания и возраста населения [38]. В Европейских странах АГ страдают 39,2% населения [38], в России - 40% [20] и согласно данным G. Mancía (2013) артериальная гипертензия в 2010 году в 9,4 млн. случаев служила как основная причина смертей [38]. По данным Европейским гайдлайнам 2013 года вероятность развития некоторых ХНИЗ (патологий сердца и почек) пропорционально увеличиваются по мере увеличения показателей АД. Так, при увеличении систолического АД на 20-30 и диастолического АД на 10-15 мм рт. ст. частота вероятности развития ИБС увеличивается на 25%, а ХБП – на 17% [10]. Вместе с тем, большинством исследованиями доказано, что более половина пациентов с высокими цифрами АД не соблюдают приверженность гипотензивной терапии, что способствует быстрому прогрессирующему увеличению у них ХНИЗ и ряд его осложнений [7, 20].

В связи с высоким распространением АГ она также была включена в программу ВОЗ, целью которой является широкомасштабная ее профилактика, ранняя диагностика, адекватное лечение и значимому снижению ее бремени среди причин смертности населения. В этой связи в абсолютное большинство стран было создано ряд комиссий

и организаций, которые широко пропагандируют профилактику развития АГ, особенно среди населения высокого риска страдающими сахарным диабетом и ожирением. Также ряд исследований подтверждают, что около 60% лиц с высокими цифрами АД могли бы улучшить свое состояние без применения гипотензивных препаратов при соблюдении рекомендуемого уровня употребления поваренной соли, безшлаковой диеты, и выполнения регулярных физических нагрузок [2, 14].

Наряду с коррекцией образа жизни и характера питания немаловажную роль в стабилизации АГ имеет ежедневное применение гипотензивных препаратов. Так, по некоторым данным приверженность пациентов к антигипертензивной терапии составляет до 45,2%, а более половины пациентов страдающими АГ не соблюдают приписанный врачами режим терапии, что приводит к развитию ряда осложнений, в частности геморрагического инсульта [23, 26]. При соблюдении приема гипотензивных препаратов отмечается значимое снижение риска развития ИБС до 20%, а летальных исходов на почве геморрагий головного мозга до 50% [6].

Вместе с тем, при отсутствии приверженности пациентов гипотензивной терапии и повышение САД на 20 и ДАД на 15 мм рт. ст. выше нормальных значений отмечается уменьшение продолжительности жизни населения, причем молодого и среднего возраста приблизительно на 3,0-4,0 года, который имеет важное социально-экономическое значение [14].

Таким образом, анализ литературных данных показывает, что АГ является самым распространенным ССЗ и патология включена как фактор риска развития, так и один из нозологий ХНИЗ, в связи с чем активное ее выявление и адекватное лечение способствует значимому снижению инвалидности и смерти среди лиц наиболее активного трудоспособного возраста.

В последние три десятилетия в мире произошло скачок число населения страдающими нарушением обмена глюкозы – сахарным диабетом и нарушениями толерантности к глюкозе. Из-за губительного действия гипергликемии на эндотелий сосудов, а также других негативных влияния на ткани головного мозга, миокарда, почек и сетчатки глаза сахарный диабет был включен в перечень девяти модифицируемых факторов риска ХНИЗ. Согласно последним эпидемиологическим данным СД страдают около 10% населения мира старше 25 лет с вариации ее встречаемости от 8%

среди жителей стран Азиатского и Европейского региона до 12% среди населения Американского континента [14, 33].

По прогнозу экспертов Рабочей группы по диабету, предиабету и сердечно-сосудистым заболеваниям Европейского общества кардиологов (ESC) и Европейской ассоциацией по изучению диабета (EASD) к 2030 году число населения страдающими СД увеличивается до 552 млн., более половина из которых, останутся не диагностированными в течение ряда лет [33, 38].

Высокий уровень глюкозы в крови приводит к значимому увеличению числа таких патологий как ишемическая болезнь сердца и головного мозга, а также ХБП, которые являются лидирующими в причине инвалидности и смертности населения по всему миру. Также необходимо помнить, что нарушение толерантности к глюкозе и предиабет также играют значимую роль в развитии ХНИЗ, а при сочетании с другими МФР (курение, ожирение) приводят к более прогрессирующему течению вышеуказанных патологий и ранней смерти [1, 5, 11].

Вместе с тем, по прогнозам некоторых исследователей негативное влияние нарушения толерантности к глюкозе на развитие и осложнения ХНИЗ гораздо меньше по сравнению с курением [34]. Однако при последующем переходом предиабета в диабет отмечается увеличение значения гипергликемии как МФР по сравнению с никотином [33].

Согласно данным различных исследований в последние годы СД чаще регистрируется у лиц молодого и среднего возраста, у более половины из которых в последующей декады жизни развивается атеросклероз периферических сосудов, в частности коронарных, мозговых и почечных артерий [16, 24]. Вместе с тем, как показано рядом исследований применения самого инсулина также приводит к усилению атерогенеза по сравнению с другими гипогликемическими препаратами, что в определенной мере создает порочный круг [5].

Эпидемиологические исследования показали, что чаще сахарным диабетом страдают населения экономически развитых и развивающихся стран, что обусловлено особенностями характера питания граждан, в частности пищи с высокими содержаниями углеводов, холестерина и генетически модифицированных веществ [32].

В Таджикистане согласно данным статистических отчетов в 2017 году было зарегистрировано более 35000 лиц страдающими сахарным диабетом,

которая по нашему мнению не отражают истинную эпидемиологическую картину, а точные показатели заболеваемости населения остается неизвестным по причине того, что в большинстве случаев населения обращается за медицинской помощи уже при развитии рядов осложнений гипергликемии [13]. Вместе с тем, в нашей республике отмечается увеличение заболеваемости населения по годам, и она обусловлена коморбидностью.

Сахарный диабет приводит к различной степени гипоксии клеток и асептического воспаления жизненно важных органов, вследствие чего в них развивается дистрофические изменения с накоплением продуктов неокислородного распада белков и жиров [28]. При СД способность миокарда поглощать и утилизировать глюкозу снижается до 30% и при этом происходит активация биохимических процессов цикла Кребса и накапливаются недоокисленные продукты обмена веществ [37]. Все это в начальной стадии диабета протекает скрыто, а при наступлении декомпенсации диабета происходит их прогрессирование с быстрым развитием сердечной, мозговой и почечной недостаточности. Также губительное воздействие гипергликемии на эндотелий сосудов приводит к эндотелиальной дисфункции с уменьшением антиоксидантной активности с увеличением выброса маркеров воспаления.

Таким образом, литературный анализ показывает, что СД приобрела характер неинфекционной пандемии и развивается в более молодом возрасте и приводит к развитию некоторых ХНИЗ уже в наиболее трудоспособном возрасте. Возникающее на почве СД усугубление течения атеросклероза периферических сосудов приводит к быстрому нарушению кровообращения в бассейне коронарных, почечных и мозговых сосудов с развитием инвалидизации и смертности населения. Также СД приводит к усугублению течения АГ, ИБС, ХБП и при наличии сочетанного ее встречаемости с другими МФР способствует ухудшению прогноза дальнейшей жизнедеятельности населения. В связи с этим ранний его скрининг, проведения профилактических мероприятий по предупреждению его развития, адекватное лечение с предупреждением развития тяжелой декомпенсированной стадии диабета является прерогативой всех отраслей здравоохранения. На этой основе правительством Республики Таджикистан были приняты две Национальные программы по профилактике, диагностике и лечению сахарного диабета на 2006-2010 и на 2012-2017 годы (постановление Правительства РТ

№130 от 03.04.2012 г), которые показали свою высокую эффективность. В частности все пациенты с инсулинозависимой формой СД были обеспечены необходимым количеством инсулина на бесплатной основе, были созданы и реконструированы ряд эндокринологических отделений, во всех лечебных учреждениях организованы консультативные «Школа диабета», увеличено количество подготовки высокоспециализированных эндокринологов в ТГМУ им. Абуали ибни Сино, наложены широкое выполнения оперативного лечения метаболического синдрома и т.д. [13].

Таким образом, анализ литературных данных показывает, что проведения крупных эпидемиологических исследований, посвященных раннему скринингу СД и факторов его риска у населения Республики Таджикистан в особенности у жителей высокогорных её районов считается актуальным и своевременным.

Немаловажное значение в развитие ХНИЗ имеет избыточная масса тела, которая по данным большинства исследователей считается одним из независимых МФР [3, 12, 16, 25]. Согласно эпидемиологическим данным от избыточной массы тела в 2013 году страдали около 39% населения земного шара, и она имела различную распространённость в зависимости от пола, возраста, характера труда и региона проживания населения [41]. Согласно прогнозам экспертов несмотря на усиления профилактических мероприятий и широкой пропаганды здорового образа жизни отмечается повсеместный темп роста ожирения и в его генезе значимая роль играет низкая физическая активность, и употребление высококалорийной пищи [21, 23, 32, 34]. Необходимо отметить, что ИМТ и окружность талии являются основными критериями определения избыточной массы тела [21].

По данным Dagenais G.R. et al. (2019) в 2018 году избыточная масса тела как основная причина летальных исходов стала у 3,4 миллионов населения мира, а более 100 тысяч человек стали глубокими инвалидами по причине ожирения [31]. Также отмечено, что ожирение часто регистрируется среди женщин (около 15%) по сравнению мужчин (около 10%), что обусловлено дополнительным влиянием частых гормональных нарушений именно у лиц женского пола. Такие данные были зарегистрированы и в Российской Федерации, где избыточную массу тела имели всего 8,6% мужчин, тогда как среди лиц женского пола этот показатель составил 24,2% [3].

В Таджикистане, согласно исследованию

Республиканского центра питания, частота распространённости ожирения у жителей столицы и районов республиканского подчинения составила 12,8%, у населения ГБАО - 9,7% [13]. Было выявлено, что 29,6% респондентов страдали АГ, а 3,4% имели СД. Злоупотребление алкоголем занимались 18,3% опрошенных, а 24,4% ежедневно курили более 15 штук сигарет.

В связи с высокой распространенности ожирения в Таджикистане и значимую ее роль в генезе ХНИЗ, а также широкой пропаганды здорового питания и снижения бремени ожирения Правительством республики была принята «Программа профилактики и развитие здорового питания в Республике Таджикистан на 2019-2024 годы» (Постановление Правительства РТ от 02.10.2019 г., №463), которая началось реализоваться поэтапно. Часть данного диссертационного исследования также будет посвящена этой проблеме, о результатах которых остановимся на третьей главе.

Таким образом, избыточная масса тела и ожирение являются повсеместно распространённым МФР, с тенденцией их увеличения и по прогнозам экспертов к 2030 году число лиц страдающими этими факторами риска ХНИЗ будут достигать 2,16 и 1,12 миллиардов соответственно [34]. В связи с этим профилактические мероприятия, направленные на уменьшение частоты ожирения считаются актуальным, и позволит значимому снижению инвалидности и количество смертей от ХНИЗ.

Вместе с тем, развитие избыточной массы тела и ожирение имеет прямую корреляционную связь от состава употребляемой пищи. Так, некоторыми исследованиями доказано, что частое употребление продуктов с высоким содержанием углеводов и жиров играют значимую роль в развитии и прогрессирование атеросклероза и обусловленную им некоторых ХНИЗ [33]. Так, по данным А.В. Орлова и соавт. (2014) строгое соблюдение диеты, исключительно за счет высокого употребления овощей и фруктов способствует не только значимому снижению веса, а также стабилизацией показателей глюкозы крови и артериального давления, риску развития ишемических нарушений в бассейне коронарных и мозговых артерий [21].

К другим факторам риска развития ХНИЗ относится низкая физическая активность (НФА), которая в последние годы приобретает значимый характер в структуре инвалидности и смертности населения. Под эгидой ВОЗ НФА было включена в перечень ведущих МФР смерти [22], и она ежегодно уносит жизнь 3,2 миллиона населения

мира, что составляет 2,1% среди всех причин летальных исходов.

Именно на почве НФА отмечается значимое увеличение риска развития танатогенеза на 20-30%, по сравнению с лицами, занимающимися ежедневной физической активностью более 30 минут [36]. По данным Lim S.S. в 2010 году около 60% жители земного шара не имели ежедневную физическую активность, а приблизительно 25% вообще не занимались ходьбой и физической активности умеренной интенсивности в течение минимум одной недели [36]. Исследованиями В.Г. Кривошапкина и Т.М. Климовой (2006) было показано, что в Российской Федерации около 70% населения активного трудоспособного возраста имели НФА, что способствовала приобретению избыточной массы тела [16]. Согласно анализу литературных данных подобные исследования в других регионах СНГ, в том числе в Таджикистане не были проведены, и остается не выясненным частота летальных исходов обусловленных именно НФА.

Данные зарубежной литературы показывают, что при НФА риск развития ССЗ увеличивается в два раза, а у каждого десятого человека развивается нарушения толерантности к глюкозе и кальций-фосфорного обмена по типу остеопороза. Эксперты прогнозируют, что сохранение такой тенденции НФА в особенности среди лиц молодого возраста, в ближайшем будущем приводит к бурному росту ХНИЗ, в частности ИБС [12]. При этом НФА, избыточная масса тела, курение и прием алкоголя, которые часто встречаются именно среди молодого слоя населения приводят к более быстрому развитию и прогрессирующему течению ХНИЗ, а в последние годы такой тренд отмечается повсеместно, тогда как один человек и курить, и злоупотребляет алкоголем, и ведет неправильный образ жизни. В связи с этим оценка уровня физической активности считается основным элементом выявления МФР ХНИЗ.

Алкоголь и алкогольсодержащие токсические вещества экспертами ВОЗ были занесены в перечень основных фактор риска ХНИЗ, и по некоторым данным она ежегодно является причиной смерти у более 3 млн. населения [26].

Согласно историй и современности алкоголь явился и до сих пор является одним из частью культур многих народов земли и в настоящее время около трети населения по традиции широко используют его во время различных церемоний и торжеств [38]. Необходимо отметить, что уровень

потребления алкоголя зависит от культуры, религии и традиции населения и, согласно некоторым данным, объем ежегодного её употребления составляет в среднем 6,0 литров на душу населения в возрасте 18-75 лет [37].

В малых дозах алкоголь имеет некоторый лечебный эффект и оказывает положительные влияние на течение некоторых сердечно-сосудистых и психологических заболеваний. Некоторыми исследованиями было показано, что небольшие дозы этанола способствует снижению показателей фибриногена и агрегационную способность тромбоцитов, положительно влияет на обмен жиров с повышением уровня ненасыщенных липопротеидов [31]. Однако, механизм такого позитивного воздействия этанола до настоящего времени остаётся до конца неизученным.

Вместе с тем, как считают эксперты, негативное влияние алкоголя начинается, когда уровень его потребления зашкаливает рекомендуемых доз – более 8 литров в год [26]. При этом увеличение приема алкоголя на 1 литр от пороговых значений приводит к уменьшению продолжительности жизни в среднем на 10 месяцев среди мужчин и 5 месяцев среди женщин [38]. В большинстве стран СНГ, где прием алкоголя стало предметом традиций и обычаи населения изучение бремени алкоголя в смертности малоизучены и требуют проведения крупных эпидемиологических исследований, в том числе и в условиях Республики Таджикистан [18].

Согласно данным Дж.Х. Нозирова и соавт. (2019) среди 16500 населения нашей республики в возрасте от 15 до 59 лет $5,4 \pm 0,4\%$ злоупотребляли алкоголем [18]. Основную массу составляли мужчины - $12,2 \pm 0,8\%$, числа женщин было в 122 раза меньше мужчин ($p < 0,001$). Высокие показатели алкоголизма констатирована среди мужчин в возрасте 45–54 лет – $19,8 \pm 2,3\%$. Авторами выявлено, что наиболее часто алкоголь принимали населения города Турсунзаде (9,9%), Ванджского района (15,1%), а низкая её употребление зарегистрирована среди жителей Деваштичского района (2,9%).

Таким образом, итог литературного обзора посвященной важнейшим аспектам эпидемиологии и факторов риска ХНИЗ показывает, что в развитие заболеваемости, инвалидности и смертности на сегодняшний день некоторые неинфекционные заболевания занимают лидирующую позицию. Частота их встречаемости зависят от пола, возраста, региона проживания и наличия факторов риска у населения конкретного региона мира. Крупные

эпидемиологические показатели по изучению ХНИЗ в Республике Таджикистан проведены незначительно, имеются только ряд исследований посвященные эпидемиологией ХБП, АГ и ИБС. Другие нозологические формы ХНИЗ занимающие весомую долю в бремени смертности населения не изучены, остаются множество нерешенных вопросов по скринингу и профилактики их развития.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 24-37 см. в REFERENCES)

1. Акимов Е.В. Риск сердечно-сосудистой смерти в зависимости от уровней артериального давления у мужчин и женщин Тюмени: результаты 12-летнего проспективного исследования / Е.В. Акимов [и др.] // Терапевтический архив. – 2013. – Т.85, №3. – С. 70-74.
2. Анищенко А.П. Ассоциация гиподинамии и других поведенческих факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний у студентов / А.П. Анищенко [и др.] // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2017. – №1. – С. 15-20.
3. Блужас Ю. Распространённость основных сердечно-сосудистых заболеваний жителей Каунаса за 1983-2000 гг. / Ю. Блужас [и др.] // Кардиология. – 2005. – Т.45, №7. – С.54-55.
4. Бойцов С.А. Внезапная сердечная смерть у больных ИБС: распространенность, выявляемость и проблемы статистического учета / С.А. Бойцов [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2011. – № 2. – С. 59–64.
5. Бойцов С.А. Смертность и потерянные годы жизни в результате преждевременной смертности от болезней системы кровообращения / С.А. Бойцов, И.В. Самородская // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2014. – Т. 13, № 2. – С. 4-11.
6. Будник Я.И. Поведенческие факторы риска неинфекционных заболеваний в городской среде / Я.И. Будник, Т.М. Шаршакова, И.А. Чешик // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2014. – №3. – С. 50-58
7. Гафаров В.В. Курение, стресс в семье и на рабочем месте: эпидемиологическое исследование / В.В. Гафаров [и др.] // Мир науки, культуры, образования. – 2013. – № 1 (38). – С. 250 - 252.
8. Грацианский Н.А. Еще одно подтверждение важности устранения пассивного курения. Уменьшение частоты возникновения инфаркта миокарда, связанное с общегородским постановлением о курении, содержащим запрет на курение в общественных местах / Н.А. Грацианский // Кардиология. – 2007. – Т. 47, №1. – С.72
9. Драпкина О.М. Ожирение как фактор риска

хронических неинфекционных заболеваний / О.М. Драпкина, С.О. Елиашевич, Р.Н. Шепель // Российский кардиологический журнал. – 2016. – Т.21, №6. – С. 73-79.

10. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения в 2017 году. Душанбе, 2018. – 356 с.

11. Кондусова Ю.В. Особенности отношения населения к факторам риска развития сахарного диабета и хронических неинфекционных заболеваний / Ю.В. Кондусова [и др.] // Научный альманах. – 2016. – №6-2. – С. 362-365.

12. Корнеева Е.В. Дислипидемия как ранний предиктор соматических заболеваний среди молодых коренных жителей севера Сибири / Е.В. Корнеева, М.И. Воевода // Уральский медицинский журнал. – 2019. – №1(169). – С. 123-128.

13. Кривошапкин В.Г. Оценка состояния здоровья населения г. Якутска по программе CINDI / В.Г. Кривошапкин, Т.М. Климова // Наука и образование. – 2006. – №2. – С. 107-111

14. Маслов Л.Н. Роль дислипидемии в патогенезе сосудистых катастроф среди населения Заполярья / Л.Н. Маслов [и др.] // Вестник Российской АМН. – 2014. – №7-8. – С. 133-136.

15. Нозиров Дж.Х. Употребление алкоголя, как фактор риска кардиоваскулярной патологии, и его распространенность в Таджикистане / Дж.Х. Нозиров, А.Дж. Нозиров, С.Х. Ходжиев // Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии и СИНГ «Актуальные проблемы сердечно-сосудистых и соматических заболеваний». – Душанбе, 2019 г. – С. 291-292.

16. Оганов Р.Г. Медицинский и социально-экономический ущерб, обусловленный курением табака в Российской Федерации: болезни системы кровообращения / Р.Г. Оганов, Г.Я. Масленникова // Профилактическая медицина. – 2011. – № 3. – С.19-27.

17. Оганов Р.Г. Эпидемиология артериальной гипертензии в России. Результаты федерального мониторинга 2003–2010 гг. / Р.Г. Оганов [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2011. – №1. – С.9–13.

18. Орлов А.В. Особенности питания как фактор риска неинфекционных заболеваний в Российской и Эстонской популяциях / А.В. Орлов [и др.] // Трансляционная медицина. – 2014. – №1. – С. 82-91.

19. Рахимов З.Я. Состояние и перспективы развития кардиологической службы в Республике Таджикистан / З.Я. Рахимов, Ш. Олимова, Ш. Шарипов // Материалы конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии и СИНГ «Актуальные проблемы сердечно-сосудистых и соматических заболеваний». – Душанбе, 2019 г. – С. 34-37.

20. Русанова М.Ю. Выявляемость хронических неинфекционных заболеваний и распространенность

факторов риска их развития среди городского и сельского населения / М.Ю. Русанова, В.А. Подгаева // Справочник врача общей практики. – 2017. – №7. – С. 20-26.

21. Турдалиева Б.С. Анализ заболеваемости и смертности от основных хронических неинфекционных заболеваний населения Республики Казахстан / Б.С. Турдалиева [и др.] // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2016. – №4. – С. 485-488.

22. Чукаева И.И. Возможности скрининга хронических неинфекционных заболеваний на амбулаторном этапе / И.И. Чукаева [и др.] // Медицинский алфавит. – 2016. – Т.2, №16. – С. 40-45.

23. Шальнова С.А. Анализ смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в 12 регионах Российской Федерации, участвующих в исследовании «Эпидемиология сердечно - сосудистых заболеваний в различных регионах России» / С.А. Шальнова [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2012. – Т.97, №5. – С.6-11.

REFERENCES

1. Akimova E. V. Risk serdechno-sosudistoy smerti v zavisimosti ot urovney arterialnogo davleniya u muzhchin i zhenshchin Tyumeni: rezultaty 12-letnego prospektivnogo issledovaniya [The risk of cardiovascular death depending on blood pressure levels in men and women of Tyumen: results of a 12-year prospective study]. *Terapevticheskiy arkhiv - Therapeutic archive*, 2013, Vol. 85, No. 3, pp. 70-74.

2. Anishchenko A.P. Assotsiatsiya gipodinamii i drugikh povedencheskikh faktorov riska razvitiya khronicheskikh neinfektsionnykh zabolevaniy u studentov [Association of physical inactivity and other behavioral risk factors for developing chronic noncommunicable diseases in students]. *Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoy fizicheskoy kultury - Questions of balneology, physiotherapy and therapeutic physical culture*, 2017, No. 1, pp. 15-20.

3. Bluzhas Yu. Rasprostranyonnost osnovnykh serdechno-sosudistyykh zabolevaniy zhitel'ey Kaunasa za 1983-2000 gg. [The prevalence of major cardiovascular diseases in Kaunas residents for 1983-2000.]. *Kardiologiya - Cardiology*, 2005, Vol. 45, No. 7, pp. 54-55.

4. Boytsov S. A. Vnezapnaya serdechnaya smert u bolnykh IBS: rasprostranennost, vyyavlyaemost i problemy statisticheskogo ucheta [Sudden cardiac death in patients with CHD: prevalence, detectability, and statistical problems]. *Rossiyskiy kardiologicheskiy zhurnal - Russian journal of cardiology*, 2011, No. 2, pp. 59–64.

5. Boytsov S. A. Smertnost i poteryannye gody zhizni v rezultate prezhddevremennoy smertnosti ot bolezney sistemy krovoobrashcheniya [Mortality and

lost years of life as a result of premature mortality from diseases of the circulatory system]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika - Cardiovascular therapy and prevention*, 2014, Vol. 13, No. 2, pp. 4-11.

6. Budnik Ya. I. Povedencheskie faktory riska neinfektsionnykh zabolevaniy v gorodskoy srede [Behavioral risk factors for noncommunicable diseases in an urban environment]. *Voprosy organizatsii i informatizatsii zdavookhraneniya - Issues of organization and Informatization of healthcare*, 2014, No. 3, pp. 50-58

7. Gafarov V.V. Kurenje, stress v seme i na rabochem meste: epidemiologicheskoe issledovanie [Smoking, stress at home and in the workplace: an epidemiological study]. *Mir nauki, kultury, obrazovaniya - World of science, culture, education*, 2013, No. 1 (38), pp. 250 - 252.

8. Gratsianskiy N. A. Eshche odno podtverzhdenie vazhnosti ustraneniya passivnogo kurenija. Umenshenie chastoty vozniknoveniya infarkta miokarda, svyazannoe s obshchegorodskim postanovleniem o kurenii, sodержashchim zapret na kurenje v obshchestvennykh mestakh [Another confirmation of the importance of eliminating passive smoking. Reducing the incidence of myocardial infarction due to a citywide smoking decree banning smoking in public places]. *Kardiologiya – Cardiology*, 2007, Vol. 47, No.1, pp.72.

9. Drapkina O. M. Ozhirenie kak faktor riska khronicheskikh neinfektsionnykh zabolevaniy [Obesity as a risk factor for chronic noncommunicable diseases]. *Rossiyskiy kardiologicheskii zhurnal - Russian journal of cardiology*, 2016, Vol. 21, No. 6, pp. 73-79.

10. Zdorove naseleniya i deyatelnost uchrezhdeniy zdavookhraneniya v 2017 godu [Public health and the activities of health facilities in 2017]. Dushanbe, 2018. 356 p.

11. Kondusova Yu. V. Osobennosti otnosheniya naseleniya k faktoram riska razvitiya sakharnogo diabeta i khronicheskikh neinfektsionnykh zabolevaniy [Features of the attitude of the population to risk factors for the development of diabetes mellitus and chronic noncommunicable diseases]. *Nauchnyy almanakh - Scientific almanac*, 2016, No. 6-2, pp. 362-365.

12. Korneeva E. V. Dislipidemiya kak ranniy prediktor somaticheskikh zabolevaniy sredi molodykh korennykh zhitel'ev severa Sibiri [Dyslipidemia as an early predictor of somatic diseases among young indigenous people of the north of Siberia]. *Uralskiy meditsinskiy zhurnal - Ural medical journal*, 2019, no. 1(169), pp. 123-128.

13. Krivoshepin V. G. Otsenka sostoyaniya zdorovya naseleniya g. Yakutska po programme CINDI [Assessment of the health status of the population of the city of Yakutsk under the CINDI program]. *Nauka i obrazovanie - Science and education*, 2006, No. 2, pp. 107-111

14. Maslov L. N. Rol dislipidemii v patogeneze sosudistyykh katastrof sredi naseleniya Zapolyarya [The role of dyslipidemia in the pathogenesis of vascular accidents

among the population of the Arctic]. *Vestnik Rossiyskoy AMN - Annals of the Russian academy of medical sciences*, 2014, No. 7-8, pp. 133-136.

15. Nozirov Dzh. Kh. [Alcohol use as a risk factor for cardiovascular disease and its prevalence in Tajikistan]. *Materialy kongressa kardiologov i terapevtov straz Azii i SING "Aktualnye problemy serdechno-sosudistyykh i somaticheskikh zabolevaniy"* [Materials of the Congress of Cardiologists and Therapists of Asia and the CIS "Actual Problems of Cardiovascular and Somatic Diseases"]. Dushanbe, 2019, pp. 291-292. (In Russ.)

16. Oganov R. G. Meditsinskiy i sotsialno-ekonomiceskii ushcherb, obuslovlennyy kurenim tabaka v Rossiyskoy Federatsii: bolezni sistemy krovoobrashcheniya [Medical and socio-economic damage caused by tobacco smoking in the Russian Federation: circulatory system diseases]. *Profilakticheskaya meditsina - Preventive medicine*, 2011, No. 3, pp. 19-27.

17. Oganov R. G. Epidemiologiya arterialnoy gipertonii v Rossii. Rezultaty federalnogo monitoringa 2003–2010 gg. [Epidemiology of arterial hypertension in Russia. The results of federal monitoring 2003–2010]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika - Cardiovascular therapy and profilactics*, 2011. No. 1, pp. 9–13.

18. Orlov A. V. Osobennosti pitaniya kak faktor riska neinfektsionnykh zabolevaniy v Rossiyskoy i Estonskoy populyatsiyakh [Features of nutrition as a risk factor for noncommunicable diseases in the Russian and Estonian populations]. *Translyatsionnaya meditsina - Translational Medicine*, 2014, No. 1, pp. 82-91.

19. Rakhimov Z. Ya. [Status and prospects of the development of cardiology services in the Republic of Tajikistan]. *Materialy kongressa kardiologov i terapevtov straz Azii i SING "Aktualnye problemy serdechno-sosudistyykh i somaticheskikh zabolevaniy"* [Materials of the Congress of Cardiologists and Therapists of Asia and the CIS "Actual Problems of Cardiovascular and Somatic Diseases"]. Dushanbe, 2019, pp. 34-37. (In Russ.)

20. Rusanova M. Yu. Vyyavlyaemost khronicheskikh neinfektsionnykh zabolevaniy i rasprostranennost faktorov riska ikh razvitiya sredi gorodskogo i selskogo nasele-niya [Detection of chronic noncommunicable diseases and the prevalence of risk factors among the urban and rural population]. *Spravochnik vracha obshchey praktiki - General practitioner's guide*, 2017, No. 7, pp. 20-26.

21. Turdalieva B. S. Analiz zabolevaemosti i smertnosti ot osnovnykh khronicheskikh neinfektsionnykh zabolevaniy naseleniya Respubliki Kazakhstan [Analysis of morbidity and mortality from major chronic non-communicable diseases of the population of the Republic of Kazakhstan]. *Vestnik Kazakhskogo Natsionalnogo meditsinskogo universiteta - Herald of Kazakh National medical University*, 2016, No. 4, pp. 485-488.

22. Chukaeva I. I. Vozmozhnosti skringinga khronicheskikh neinfektsionnykh zabolevaniy na ambulatornom etape [Opportunities for screening outpatient chronic non-

communicable diseases]. *Meditinskiy alfavit - Medical alphabet*, 2016, Vol. 2, No. 16, pp. 40-45.

23. Shalnova S. A. Analiz smertnosti ot serdechno-sosudistikh zabolevaniy v 12 regionakh Rossiyskoy Federatsii, uchastvuyushchikh v issledovanii «Epidemiologiya serdechno - sosudistikh zabolevaniy v razlichnykh regionakh Rossii» [Analysis of mortality from cardiovascular diseases in 12 regions of the Russian Federation participating in the study “Epidemiology of cardiovascular diseases in various regions of Russia”]. *Rossiyskiy kardiologicheskiy zhurnal - Russian journal of cardiology*, 2012, Vol. 97, No. 5, pp. 6-11.

24. AlMulla A. Smoking cessation services in the Eastern Mediterranean Region: highlights and findings from the WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2019. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2020, Vol. 26, No. 1, pp. 110-115.

25. Ameh O. I. Preventing CKD in Low- and Middle-Income Countries: A Call for Urgent Action. *Kidney International Reports*, 2019, Vol. 5, No. 3, pp. 255-262.

26. Bollyky T. J. Understanding the relationships between noncommunicable diseases, unhealthy lifestyles, and country wealth. *Health Aff (Millwood)*, 2015, Vol. 34, No. 9, pp. 1464-1471.

27. Carter B. D. Smoking and Mortality - Beyond Established Causes. *New England Journal of Medicine: Research and Review*, 2015, Vol. 372, pp. 631-640.

28. Dagenais G. R. Variations in common diseases, hospital admissions, and deaths in middle-aged adults in 21 countries from five continents (PURE): a prospective cohort study. *Lancet*, 2019.

29. Dauchet L. Fruit and vegetable consumption and risk of coronary heart disease: a meta-analysis of cohort studies. *Journal of Nutrition*, 2007, Vol. 136, pp. 2588-2593.

30. Harris R. M. Nutritional adequacy and dietary disparities in an adult Caribbean population of African descent with a high burden of diabetes and cardiovascular disease. *Food Science and Nutrition*, 2020, Vol. 8, No. 3, pp. 1335-1344.

31. Kim H. C. Noncommunicable diseases: current status of major modifiable risk factors in Korea. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 2013, Vol. 46, No. 4, pp. 165-172.

32. Land T. A Longitudinal Study of Medicaid Coverage for Tobacco Dependence Treatments in Massachusetts and Associated Decreases in Hospitalizations for Cardiovascular Disease. *PLOS Medicine*, 2010, Vol. 7, No. 12, pp. e1000375.

33. Lim S. S. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 2012, Vol. 380, No. 9859, pp. 2224–2260.

34. Lozano R. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010:

A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 2012, Vol. 380, pp. 2095.

35. Mancia G. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension*, 2013, Vol. 31, No. 7, pp. 1281-1357.

36. Rehm J. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*, 2010, Vol. 105, pp. 817-843.

37. Sharma U. Dyslipidemia and associated risk factors in a resettlement colony of Delhi. *Journal of Clinical Lipidology*, 2013, Vol. 7, No. 6, pp. 653-660.

ХУЛОСА

С.М. Абдуллоев, З.А. Гулбекова,
Н.С. Одинаев, Х.Р. Махмудов

ЧАНБАЪҲОИ МУҲИМТАРИНИ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВА ОМИЛҲОИ ХАТАРИ БЕМОРИҲОИ МУЗМИНИ ҒАЙРИСИРОЯТӢ

Маълумотҳо ба масоили мубрами эпидемиологияи бемориҳои музмини ғайрисироятӣ ва омилҳои хатари онҳо бахшида шудааст. Таҳлили адабиёти мазкур аз афзоиши ҳамасолаи ҳам БМФС ва ҳам омилҳои хатари онҳо дар натиҷаи ғайриомилҳои пасти ҷисмонии аҳоли, истеъмоли аз ҳад зиёди маҳсулоти тамоқу ва машрубот, ҳуруқҳои серғизо, ки аз карбогидрату чарбҳо саршоранд, дарак медиҳад. Ба гузаронидани як қатор чорабиниҳои калони пешгирикунанда нигоҳ накарда, бемории дилу рағҳо, диабетӣ қанд, бемориҳои музмини узвҳои нафас ва бемории гурдаҳо дар байни сабабҳои қорношоямии муваққатӣ, маъҷубшавӣ ва марғумӣ дар аҳолии аксари мамлакатҳо, хусусан дар кишварҳои, ки даромади миёна ва паст доранд, ҳанӯз ҳам мақоми аввалро ишғол мекунанд. Басомади баланди паҳншавии БМФС мунтазам ба амал овардани чорабиниҳои пешгирикунандаро доир ба ғайриомилҳои ошкор қардану муолиҷаи онҳо, модернизатсияи хизматрасонии терапевтӣ оид ба расонидани ёрӣ ба ашхоси ба гурӯҳи калони хатар шомил, тақозо менамояд. Скрининги мунтазами омилҳои асосии хатари инкишофи бемориҳои музмини ғайрисироятӣ барои ба таври воқеӣ арзёбӣ намудани ҳолати саломатии аҳоли ва ба амал овардани таъҷироти тарғиботи мунташаи тарзи ҳаёти солим барои ислоҳи омилҳои хатари ошқоргардида шарон фароҳам меорад.

Калимаҳои калидӣ: бемориҳои ғайрисироятӣ, фишорбаландӣ, бемории ишемии дил, диабетӣ қанд, бемориҳои инсидодии шуш, омилҳои хатар.