

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК: 339.54.012

DOI 10.25005/3078-5022-2026-3-2-164-178

РЕЗЮМЕ

С.Р. РАДЖАБЗОДА¹, Б.Ю. ДЖОНОВА¹, МУСОЕВ² А.М.,

ДЖ.Х. ДУСТОВ³, М.М. СУФИЕВ¹

РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО СКРИНИНГА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СЦЗ ЧОРТЕППА РАЙОНА РУДАКИ

¹ГГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины»

²Сельский центр здоровья «Чортеппа» ПМСП района Рудаки (РРП)

³ГОУ «Вахдатский медицинский колледж»

Цель. Провести анализ результатов пилотной программы скрининга неинфекционных заболеваний среди населения в возрасте 40 лет и старше, прикрепленного к СЦЗ Чортеппа района Рудаки.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное описательное исследование на основе анализа данных пилотной программы скрининга НИЗ, реализованной в период с января 2024 года по март 2026 года. Скрининг включал оценку жалоб, антропометрические измерения (индекс массы тела и окружность талии), измерение артериального давления, оценку поведенческих факторов риска и лабораторные исследования (уровень глюкозы крови и общего холестерина). Стратификация сердечно-сосудистого риска проводилась с использованием инструмента HEARTS. Для анализа данных применялись методы описательной статистики.

Результаты. Всего было обследовано 1034 человека. Избыточная масса тела и ожирение выявлены у 79,5% участников. Абдоминальное ожирение имело высокую распространенность (73,3%). Артериальная гипертензия различной степени выявлена более чем у половины обследованных, тогда как нормальные показатели артериального давления зарегистрированы у 48,7%. Повышенный уровень общего холестерина выявлен в 82,4% случаев. Нормальный уровень глюкозы крови наблюдался у 78,7% участников. Низкий сердечно-сосудистый риск (<10%) выявлен у 72,1% обследованных, тогда как у 27,9% риск составил $\geq 10\%$. Большинство участников находились на стадии размышления относительно изменения поведения (78,6%).

Выводы. Исследование демонстрирует высокую распространенность модифицируемых факторов риска неинфекционных заболеваний в обследованной популяции. Полученные результаты подчеркивают необходимость усиления профилактических стратегий, раннего выявления и поведенческих вмешательств на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Ключевые слова: неинфекционные заболевания; скрининг; первичная медико-санитарная помощь; факторы риска; профилактика.

Для цитирования: С.Р. Раджабзода, Б.Ю. Джонова, Мусоев А.М., Дж.Х. Дустов, М.М. Суфиев. Результаты пилотного скрининга неинфекционных заболеваний в сцз чортеппа района рудаки. Наука и образование. 2026;3(2):164-178. <https://doi.org/10.25005/3078-5022-2026-3-2-164-178>

ХУЛОСА

С.Р. РАДЖАБЗОДА¹, Б.Ю. ДЖОНОВА¹, А.М. МУСОЕВ²,

ДЖ.Х. ДУСТОВ³, М.М. СУФИЕВ¹

НАТИҶАҶОИ СКРИНИНГИ ТАҶРИБАВИИ БЕМОРИҶОИ ҒАЙРИСИРОЯТӢ ДАР МАРКАЗИ САЛОМАТИИ ДЕҶОТИ ЧОРТЕППАИ НОҶИЯИ РӮДАКӢ

¹Муассисаи давлатии "Маркази ҷумҳуриявии таълимӣ-клиникии тибби оилавӣ", ²Маркази саломатии деҳоти Чортеппаи ноҳияи Рӯдакӣ,

³Муассисаи давлатии таълимии "Коллеҷи тиббии Ваҳдат"

Ҳадаф: Таҳлили натиҷаҳои барномаи озмоишӣ оид ба скрининги бемориҳои ғайрисироятӣ дар байни аҳолии аз 40-сола боло, ки ба МСД Чортеппаи ноҳияи Рӯдакӣ воғузор шудааст.

Маводҳо ва усулҳо. Таҳқиқоти тавсифии ретроспективӣ дар асоси таҳлили маълумот аз барномаи озмоишии скрининги МСД, ки байни январи соли 2024 ва март соли 2026 амалӣ карда шуд, гузаронида шуд. Скрининг арзёбии шиқоятҳо, андозагириҳои антропометрӣ (индекси вазни бадан ва гирди камар), андозагирии фишори хун, арзёбии омили хавфи рафторӣ ва санҷишҳои лабораторӣ (сатҳи глюкозаи хун ва сатҳи умумии холестерин)-ро дар бар мегирифт. Табақабандии хатари дилу рағҳо бо истифода аз асбоби HEARTS гузаронида шуд. Барои таҳлили маълумот омори тавсифӣ истифода шуд.

Натиҷаҳо. Дар маҷмӯъ 1034 нафар аз санҷиши гузаронида шуданд. Вазни зиёдатӣ ва фарбеҳӣ дар 79,5% иштирокчиён ошкор карда шуд. Фарбеҳии шикам хеле паҳншуда буд (73,3%). Гипертонияи артериалӣ дар дараҷаҳои гуногун дар зиёда аз нисфи шахсони пурсидашуда ошкор карда шуд, дар ҳоле ки сатҳи муқаррарии фишори хун дар 48,7% сабт шудааст. Сатҳи баланди умумии холестерин дар 82,4% ҳолатҳо ошкор карда шуд. Сатҳи муқаррарии глюкозаи хун дар 78,7% иштирокчиён мушоҳида карда шуд. Хатари пасти бемориҳои дилу рағ (<10%) дар 72,1% аз муоинашудагон муайян карда шуд, дар ҳоле ки 27,9% хатари $\geq 10\%$ доштанд. Аксари иштирокчиён дар марҳилаи баррасии тағйироти рафторӣ буданд (78,6%).

Хулосаҳо. Тадқиқот паҳншавии баланди омилҳои хавфи тағйирёбандаи бемориҳои ғайрисироятиро дар аҳолии пурсидашуда нишон медиҳад. Натиҷаҳо зарурати тақвияти стратегияҳои пешгирикунанда, ошкоркунии барвақт ва муҳофизатҳои рафториро дар нигоҳубини аввалия таъкид мекунад.

Калимаҳои калидӣ: бемориҳои ғайрисироятӣ; скрининг; нигоҳубини аввалия; омилҳои хавф; пешгирӣ.

ABSTRACT

S. R. RAJABZODA¹, B.YU. DZHONOVA¹, A.M. MUSOYEV²,

J.KH. DUSTOV³, M.M. SUFIEV¹

RESULTS OF PILOT SCREENING FOR NON-COMMUNICABLE DISEASES AT THE CHORTEPPA RCH, RUDAKI DISTRICT

¹ State Institution "Republican Training and Clinical Center of Family Medicine"

² Rural Health Center «Chorteppa», Primary Health Care, Rudaki District

³ State Educational Institution "Vahdat Medical College"

The aim of the study was to analyze the results of a pilot screening program for non-communicable diseases among the population aged 40 years and older registered at the Chorteppa Primary Health Care Center, Rudaki District.

Materials and Methods. A retrospective descriptive study was conducted based on the analysis of data from a pilot NCD screening program implemented from January 2024 to March 2026. The screening included assessment of complaints, anthropometric measurements (body mass index and waist circumference), blood pressure measurement, evaluation of behavioral risk factors, and laboratory testing (blood glucose and total cholesterol). Cardiovascular risk was assessed using the HEARTS risk stratification tool. Descriptive statistics were used for data analysis.

Results. A total of 1034 individuals were screened. Overweight and obesity were detected in 79.5% of participants. Abdominal obesity was highly prevalent (73.3%). Hypertension of varying degrees was identified in more than half of the participants, while normal blood pressure was observed in 48.7%. Elevated total cholesterol levels were found in 82.4% of cases. Normal glucose levels were observed in 78.7% of participants. Low cardiovascular risk (<10%) was identified in 72.1% of individuals, while 27.9% had a risk $\geq 10\%$. The majority of participants were in the contemplation stage of behavioral change (78.6%).

Conclusion. The study demonstrates a high prevalence of modifiable risk factors for NCDs in the screened population. The findings highlight the need to strengthen preventive strategies, early detection, and behavioral interventions at the primary health care level.

Keywords: Noncommunicable Diseases, Mass Screening, Primary Health Care, Risk Factors, Primary Prevention

Актуальность. Неинфекционные заболевания остаются одной из ключевых проблем общественного здравоохранения, а повышение эффективности программ скрининга и раннего выявления факторов риска рассматривается как одно из приоритетных направлений их профилактики [1]. Вместе с тем эффективность реализации программ скрининга во многом определяется особенностями их внедрения на уровне первичной медико-санитарной помощи, охватом целевой популяции и своевременностью выявления факторов риска. Анализ результатов рутинного скрининга позволяет оценить структуру выявляемых факторов риска, определить проблемные аспекты организации профилактической помощи и сформировать научно обоснованные рекомендации по совершенствованию профилактических мероприятий на уровне ПМСП. В этой связи проведение настоящего исследования представляется актуальным.

Цель исследования: провести анализ результатов пилотного скрининга на неинфекционные заболевания среди населения в возрасте 40 лет и старше, прикрепленного к Сельскому центру здоровья (СЦЗ) Чортеппа района Рудаки

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективное описательное исследование, основанное на анализе результатов пилотного внедрения программы скрининга неинфекционных заболеваний на уровне первичной медико-санитарной помощи среди населения в возрасте 40 лет и старше, прикрепленного к СЦЗ Чортеппа района

Рудаки. Скрининг проводился медицинскими работниками СЦЗ в период с января 2024 года по март 2026 года. Обучение медицинского персонала, мониторинг реализации программы и анализ полученных данных осуществлялись совместно с авторами исследования.

Программа скрининга включала сбор жалоб, антропометрические измерения (рост, масса тела, окружность талии), расчет индекса массы тела (ИМТ), оценку поведенческих факторов риска (характер питания, уровень физической активности, наличие вредных привычек), измерение артериального давления и лабораторное обследование. Экспресс-методом определяли уровень глюкозы в крови, общего холестерина и гликированного гемоглобина.

На основании полученных данных проводилась стратификация риска сердечно-сосудистых осложнений с использованием таблиц оценки риска. Всем участникам предоставлялось индивидуальное консультирование по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний. При выявлении отклонений пациенты были консультированы со стороны семейных врачей, направлялись на дополнительное обследование или консультацию профильных специалистов в соответствии с действующими клиническими протоколами.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием методов описательной статистики. Результаты представлены в виде абсолютных значений (n) и относительных величин (%).

Результаты исследования.
Количество прикрепленного населения СЦЗ Чортеппа района Рудаки в возрасте 40 лет и старше составляет 3231 человек.

Распределение населения по возрастным группам представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение прикрепленного населения в возрасте 40 лет и старше по возрастным группам СЦЗ Чортеппа, абс.

Возрастная группа	Количество человек
40-49	1237
50-59	955
60-69	696
70-79	302
80 лет и старше	41
Всего	3231

Наибольшую долю прикрепленного населения составили лица в возрасте 40–49 лет (38,3%), тогда как численность лиц старше 80 лет была минимальной (1,3%).

За период с января 2024 года по март 2026 года скринингом на неинфекционные заболевания было охвачено 1034 человека, что составляет 32,0% от общей численности прикрепленного населения целевой возрастной группы. Возрастно-половая

структура обследованных представлена в таблице 2. Выявлено, что среди участников скрининга преобладали женщины, доля которых составила 76,2% (788 человек), тогда как мужчины составили 23,8% (246 человек). Подобное распределение может свидетельствовать о более высокой приверженности женщин профилактическим обследованиям и обращаемости за медицинской помощью (Таблица 2).

Таблица 2. Половозрастное распределение прикрепленного населения СЦЗ Чортеппа, подверженного скринингу, абс.

Возрастная группа	Мужчины	Женщины	Всего
40-49	58	315	373
50-59	83	238	321
60-69	66	172	238
70-79	33	54	87
80 лет и старше	6	9	15
Всего	246	788	1034

Наибольшее количество обследованных приходилось на возрастную группу 40–49 лет — 373 человека (36,1%), далее следовали группы 50–59 лет — 321 человек (31,0%)

и 60–69 лет — 238 человек (23,0%). На долю лиц в возрасте 70–79 лет пришлось 87 человек (8,4%), а обследованные в возрасте 80 лет и

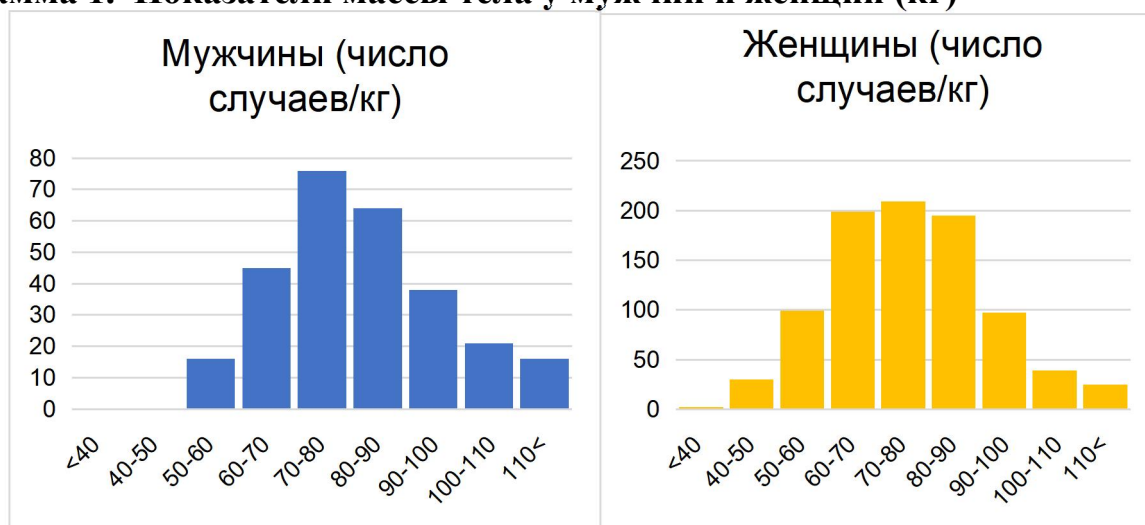
старше составили лишь 15 человек (1,5%).

Таким образом, около 90% всех обследованных были представлены лицами в возрасте 40–69 лет, тогда как охват скринингом населения старших возрастных групп оказался значительно ниже. Учитывая, что риск развития

большинства хронических неинфекционных заболеваний возрастает с увеличением возраста, данный факт указывает на необходимость усиления мероприятий по привлечению лиц старше 70 лет к прохождению профилактического скрининга.

Результаты оценки массы тела у мужчин и женщин приведены в диаграмме 1.

Диаграмма 1. Показатели массы тела у мужчин и женщин (кг)



Сравнительные данные по массе тела у мужчин и женщин приведены в таблице 3.

Таблица 3. Сравнительные характеристики массы тела мужчин и женщин (кг)

Вес (кг)	Мужчины	Женщины
Максимальное значение	162,0	135,0
Минимальное значение	50,0	38,0
Среднее значение	81,4	75,7
Медиана	80,0	74,0

У мужчин отмечены более высокие максимальные значения массы тела (162,0 кг) по сравнению с женщинами (135,0 кг). Среднее значение массы тела составило 81,4 кг у мужчин и 75,7 кг у женщин, медианные

значения — 80,0 кг и 74,0 кг соответственно.

Результаты измерения роста в рамках скрининга представлены на диаграмме 2 и таблице 4.

Диаграмма 2. Показатели роста у мужчин и женщин (см)

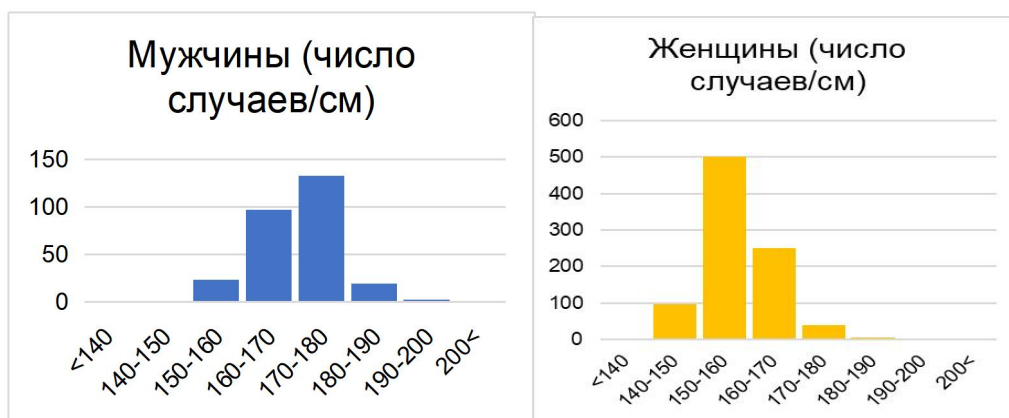


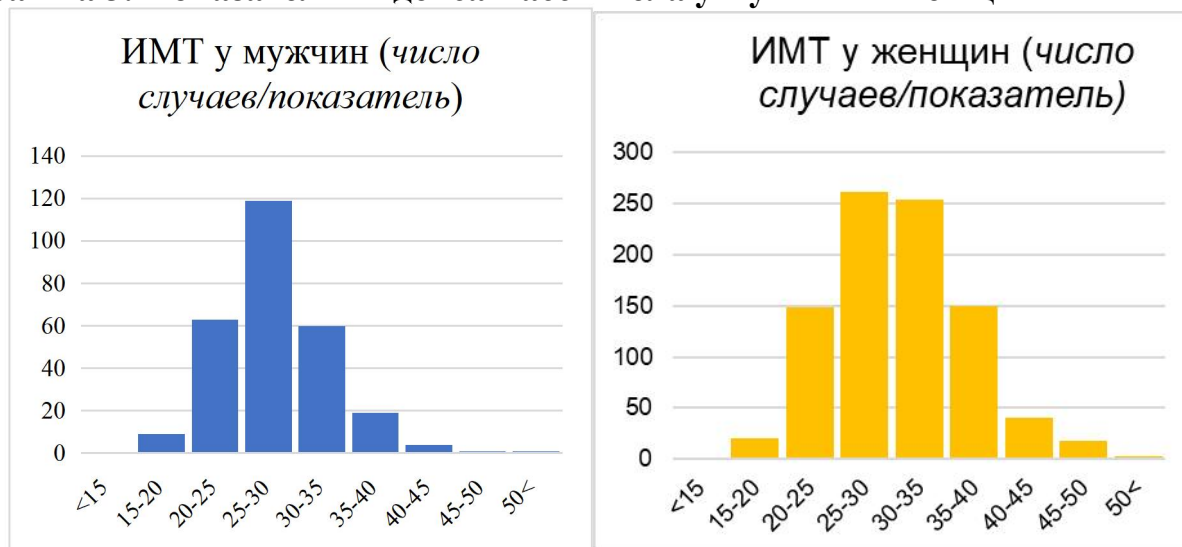
Таблица 4. Сравнительные характеристики роста мужчин и женщин (см)

Рост (см)	Мужчины	Женщины
Максимальное значение	193,0	187,0
Минимальное значение	148,0	133,0
Среднее значение	159,8	157,1
Медиана	170,0	157,0

Сравнительный анализ показал, что средний рост у мужчин составил 159,8 см, у женщин — 157,1 см, медианные значения — 170,0 см и 157,0 см соответственно.

Анализ индекса массы тела (ИМТ) среди обследованных представлен на диаграмме 3.

Диаграмма 3. Показатели индекса массы тела у мужчин и женщин



Анализ распределения обследованных по категориям индекса массы тела показал, что наиболее распространенной является избыточная масса тела (32,6%). Доля лиц с ожирением составила в общей сложности 46,9%, включая ожирение легкой степени (26,9%), умеренной

степени (14,3%) и тяжелой степени (5,7%). Нормальную массу тела имели лишь 19,2% обследованных, тогда как недостаточная масса тела встречалась редко (1,3%). Таким образом, у 79,5% обследованных выявлены нарушения массы тела, преимущественно в виде избыточной массы тела и ожирения, что

свидетельствует о высокой распространенности факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний, прежде всего сердечно-

сосудистых заболеваний, сахарного диабета 2-го типа и других метаболических нарушений (Таблица 5).

Таблица 5. Сравнительные показатели ИМТ мужчин и женщин

ИМТ	Мужчины	Женщины
Максимальное значение	57	54,7
Минимальное значение	17,4	15,6
Среднее значение	28,9	30,7
Медиана	28,1	30,1
Количество случаев	276	895

Результаты сравнительного анализа индекса массы тела (ИМТ) представлены для мужчин (n=276) и женщин (n=895).

Установлено, что среднее значение ИМТ у женщин составило 30,7 кг/м², что превышает аналогичный показатель у мужчин (28,9 кг/м²). Аналогичная тенденция наблюдается и по медианным значениям: у женщин медиана ИМТ составила 30,1 кг/м², тогда как у мужчин — 28,1 кг/м², что указывает на более выраженную тенденцию к избыточной массе тела и ожирению среди женщин.

При этом максимальные значения ИМТ у мужчин были значительно выше (57

кг/м²) по сравнению с женщинами (54,7 кг/м²), что может быть связано с наличием единичных экстремальных значений. Минимальные значения ИМТ составили 17,4 кг/м² у мужчин и 15,6 кг/м² у женщин, что отражает наличие лиц с дефицитом массы тела в обеих группах.

Таким образом, несмотря на более высокие экстремальные значения ИМТ у мужчин, в среднем и по медиане наблюдается более неблагоприятное распределение ИМТ среди женщин.

Распределение показателей окружности талии у мужчин и женщин представлено на диаграмме 4.

Диаграмма 4. Показатели окружности талии у мужчин и женщин (см)



Анализ окружности талии показал, что среди обследованных нормальные показатели выявлены у 12,3%, повышенные — у 14,4%, а очень высокие значения — у 73,3%, что свидетельствует о высокой

распространенности абдоминального ожирения.

Результаты измерения систолического и диастолического артериального давления у мужчин и женщин представлены на диаграммах 5 и 6.

Диаграмма 5. Показатели систолического артериального давления у мужчин и женщин (мм рт. ст.)

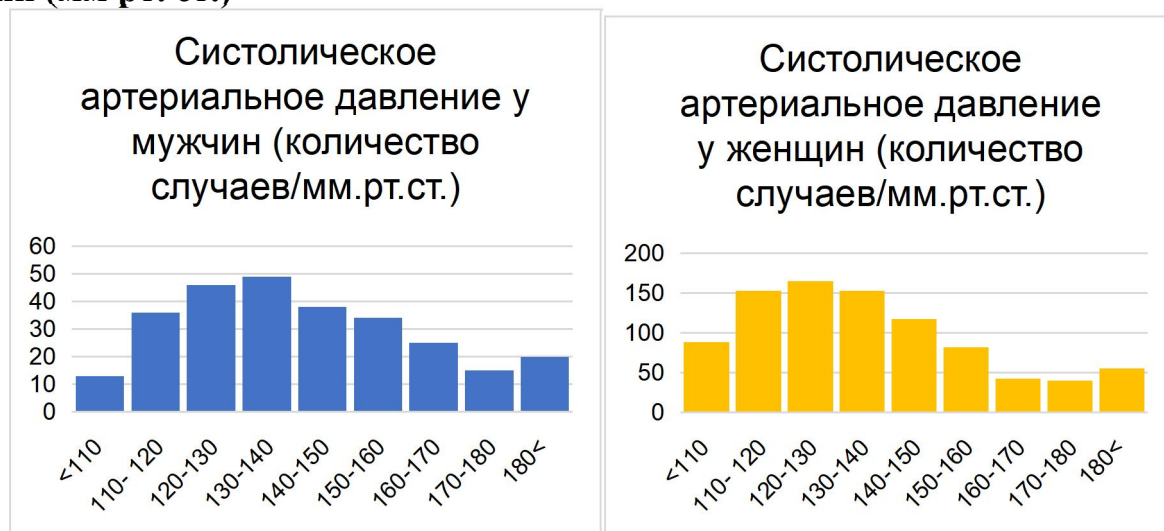
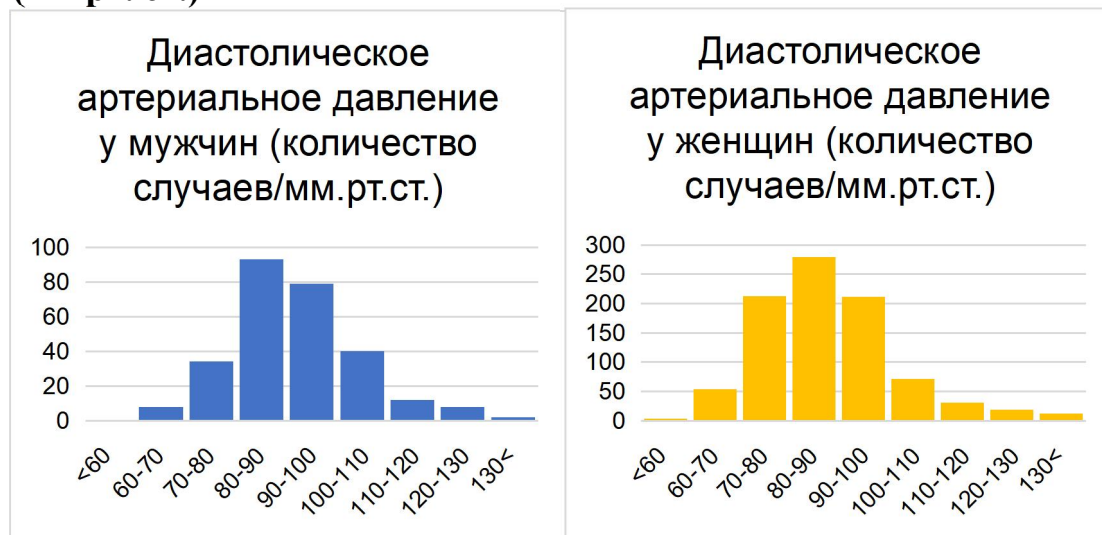


Диаграмма 6. Показатели диастолического артериального давления у мужчин и женщин (мм рт. ст.)



Сравнительные показатели артериального давления у мужчин и женщин приведены в таблице 6.

Таблица 6. Сравнительные характеристика показателей артериального давления мужчин и женщин (мм.рт.ст.)

	Систолическое давление		Диастлическое давление	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины

Максимальное значение	230	237	110	117
Минимальное значение	82	80	62	51
Среднее значение	141,2	135,9	91,0	87,2
Медиана	137,0	132,0	90,0	85,0

У мужчин среднее значение систолического артериального давления составило 141,2 мм рт. ст., у женщин — 135,9 мм рт. ст. Средние значения диастолического давления составили 91,0 мм рт. ст. у мужчин и 87,2 мм рт. ст. у женщин. Медианные значения демонстрировали аналогичную тенденцию.

Максимальные значения систолического давления достигали 230 мм рт. ст. у мужчин и 237 мм рт. ст. у

женщин, диастолического — 110 мм рт. ст. и 117 мм рт. ст. соответственно.

По результатам скрининга нормальное артериальное давление выявлено у 48,7% обследованных, легкая гипертензия — у 27,3%, умеренная — у 13,4%, тяжелая — у 10,7%.

Результаты определения уровня глюкозы в крови представлены в таблице 7 и диаграмме 7.

Диаграмма 7. Уровень глюкозы в крови у мужчин и женщин (ммоль/л)

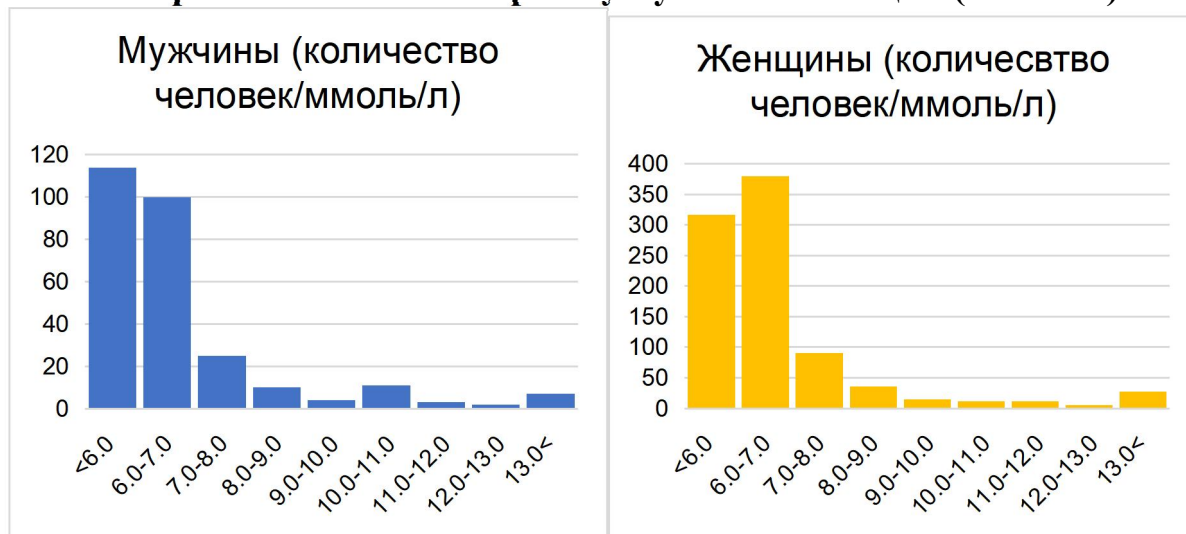


Таблица 7. Сравнительный уровень глюкозы в крови (ммоль/л)

	Мужчины	Женщины
Максимальное значение	22,0	29,0
Минимальное значение	2,2	2,3
Среднее значение	6,4	6,6
Медиана	6,1	6,2

Средние значения уровня глюкозы составили 6,4 ммоль/л у мужчин и 6,6 ммоль/л у женщин. Медианные значения — 6,1 и 6,2 ммоль/л соответственно.

Максимальные значения достигали 22,0 ммоль/л у мужчин и 29,0 ммоль/л у женщин, минимальные — 2,2 и 2,3 ммоль/л.

Анализ распределения показал, что нормогликемия выявлена у 78,7%

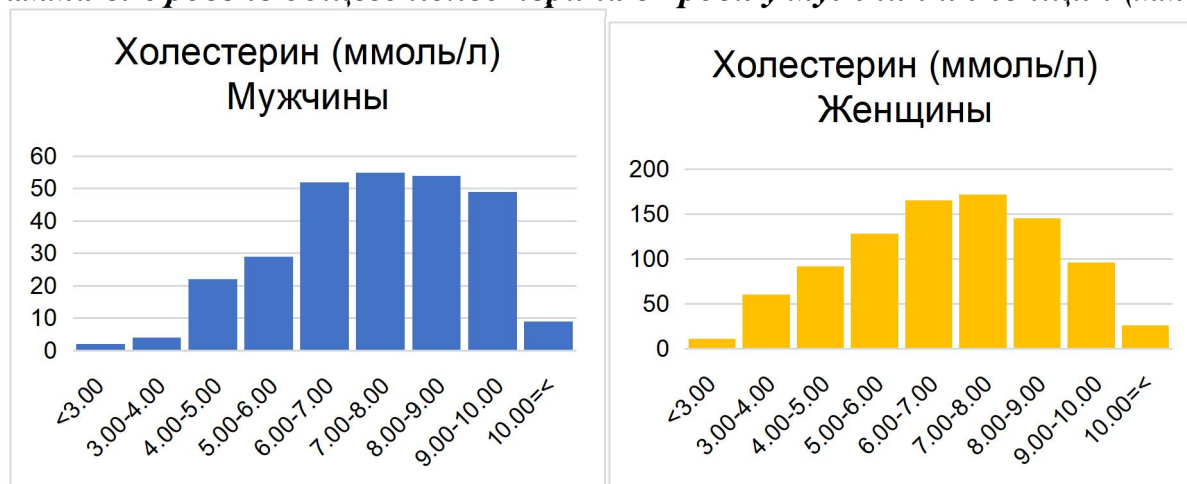
обследованных, пограничные значения — у 16,6%, гипергликемия — у 4,7%.

Результаты исследования общего холестерина представлены в таблице 8 и диаграмме 8.

Таблица 8. Сравнительные результаты исследования холестерина в крови (ммоль/л)

	Мужчины	Женщины
Максимальное значение	11,20	19,70
Минимальное значение	2,27	2,18
Среднее значение	7,40	6,85
Медиана	7,40	6,92

Диаграмма 8. Уровень общего холестерина в крови у мужчин и женщин (ммоль/л)



Средний уровень общего холестерина составил 7,40 ммоль/л у мужчин и 6,85 ммоль/л у женщин, медианные значения — 7,40 и 6,92 ммоль/л соответственно. Максимальные значения достигали 11,20 ммоль/л у мужчин и 11,70 ммоль/л у женщин, минимальные — 2,27 и 2,18 ммоль/л соответственно. Повышенный уровень общего холестерина выявлен у 82,4% обследованных, тогда как уровень общего холестерина в пределах нормы зарегистрирован у 17,6%.

В рамках скрининга оценивались поведенческие факторы риска. Анализ поведенческих факторов риска показал, что 93,8% обследованных не курят, тогда как 6,2% сообщили о курении (включая сигареты и насвай).

Употребление алкоголя отметили лишь 1,2%, тогда как 98,8% респондентов отрицали его потребление. Избыточное потребление соли отмечено у 46,3% обследованных, тогда как 53,7% сообщили об умеренном потреблении. Недостаточный уровень физической активности выявлен у 15,6%, тогда как 84,4% респондентов сообщили о достаточной физической активности.

Готовность к изменению поведения. Распределение по стадиям готовности к изменению поведения среди обследованных было следующим: Предразмышление — 8,7%; размышление — 78,6%; подготовка — 9,4%; действие — 2,2%; поддержание — 1,1%.

Стадии описаны в рамках транстеоретической модели изменения поведения и отражают уровень готовности пациента к модификации поведенческих факторов риска согласно которой:

Предразмышление — человек не рассматривает необходимость изменения поведения и не планирует предпринимать действия в ближайшее время.

Действие — человек активно изменяет свое поведение и реализует намеченные меры.

Поддержание — человек сохраняет достигнутые изменения поведения и предпринимает усилия для

Размышление — человек осознает наличие проблемы и рассматривает возможность изменения поведения, однако еще не готов к активным действиям.

Подготовка — человек принял решение изменить поведение и начинает планировать или предпринимать первые шаги к изменениям.

предотвращения возврата к прежним привычкам.

В рамках скрининга на НИЗ оценивался сердечно-сосудистый риск (HEARTS, ВОЗ) (таблица 9).

Таблица 9. Результаты скрининга HEARTS среди обследованных

Критерии HEARTS	Число	Процент
<10%	745	72,1%
10 - 20%	167	16,2%
20 - 30%	44	4,3%
30 - 40%	23	2,2%
40%<	55	5,3%
	1034	100,0%

Большинство обследованных — 72,1% — имели риск менее 10%. Риск 10–20% выявлен у 16,2%, 20–30% — у 4,3%, 30–40% — у 2,2%, а высокий риск ($\geq 40\%$) — у 5,3% обследованных.

Обсуждение. Проведенное исследование позволило комплексно оценить распространенность основных факторов риска неинфекционных заболеваний среди населения старше 40 лет, прикрепленного к СЦЗ Чортеппа района Рудаки. Полученные результаты свидетельствуют о высокой распространенности модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых и метаболических заболеваний.

В исследуемой популяции выявлена выраженная частота избыточной массы тела и ожирения, которые суммарно составили 79,5% обследованных. Данный показатель значительно превышает ожидаемые уровни для общей популяции первичного звена здравоохранения и отражает неблагоприятный метаболический профиль исследуемой группы. Дополнительно установлена высокая распространенность абдоминального ожирения, подтвержденная увеличением окружности талии у 73,3% обследованных, что указывает на

высокий кардиометаболический риск [1, 2].

Артериальная гипертензия различной степени выраженности была выявлена более чем у половины обследованных, при этом нормальные показатели артериального давления зарегистрированы только у 48,7% участников. Полученные данные согласуются с результатами других исследований, демонстрирующих высокую распространенность и недостаточный контроль артериальной гипертензии в условиях первичной медико-санитарной помощи [1–3].

Анализ биохимических показателей выявил крайне высокую распространенность дислипидемии: повышенный уровень общего холестерина зарегистрирован у 82,4% обследованных. Данный факт свидетельствует о значимой роли липидных нарушений в структуре факторов сердечно-сосудистого риска и требует усиления профилактических и лечебных мероприятий на уровне первичного звена здравоохранения [2].

Несмотря на относительно низкую распространенность курения (6,2%) и крайне редкое употребление алкоголя (1,2%), в исследуемой популяции выявлены значимые поведенческие факторы риска, включая недостаточную физическую активность (15,6%) и избыточное потребление соли (46,3%). Эти факторы могут способствовать формированию и прогрессированию метаболических нарушений, выявленных в настоящем исследовании [3, 4].

Особое внимание заслуживает распределение стадий готовности к изменению поведения, где преобладала стадия размышления (78,6%), тогда как

доля лиц на стадии активного изменения поведения и поддержания достигнутых изменений была крайне низкой (3,3%). Это указывает на выраженный разрыв между осознанием наличия проблемы и реальной модификацией поведенческих факторов риска, что ограничивает эффективность профилактических вмешательств.

Оценка суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале HEARTS показала, что у большинства обследованных риск остается низким (<10%), однако у 27,8% пациентов он превышает 10%, а у 7,5% достигает высокого уровня ($\geq 30\%$). Данные категории пациентов требуют активного динамического наблюдения и интенсификации профилактических мероприятий [5].

В целом, полученные результаты демонстрируют высокую распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в обследованной популяции, что подчеркивает необходимость усиления профилактических программ на уровне первичной медико-санитарной помощи, включая раннее выявление факторов риска, повышение приверженности к модификации образа жизни и усиление индивидуального консультирования пациентов [6, 7, 8].

Сопоставление с данными международных и региональных исследований показывает, что выявленные тенденции соответствуют общей картине в странах с низким и средним уровнем дохода, включая государства Центральной Азии [2, 6, 7]. Согласно опубликованным данным, сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей причиной смертности в регионе, при этом

основными модифицируемыми факторами риска выступают артериальная гипертензия, ожирение, дислипидемия, курение и нерациональное питание [2, 6].

Аналогичные закономерности отмечаются в национальных данных по Таджикистану, где регистрируется высокая распространенность избыточной массы тела и артериальной гипертензии, а также значительное бремя других кардиометаболических факторов риска [1, 2, 3, 4]. Данные ВОЗ также указывают на распространенность низкой физической активности и избыточного потребления соли среди населения, что согласуется с результатами настоящего исследования [3, 4]. При этом доля лиц с избыточной массой тела и ожирением в регионе достигает около 40% и выше, тогда как в настоящем исследовании данный показатель оказался значительно выше (79,5%), что может быть связано с особенностями выборки и возрастной структуры обследованных.

Кроме того, результаты пилотных исследований в Таджикистане подтверждают высокую +-выявляемость факторов риска неинфекционных заболеваний на уровне первичной медико-санитарной помощи, что подчеркивает актуальность и необходимость дальнейшего развития программ скрининга и профилактики [5, 9].

Таким образом, полученные данные подтверждают наличие устойчивой высокой нагрузки модифицируемых факторов риска неинфекционных заболеваний в исследуемой популяции и соответствуют глобальным и региональным тенденциям. Это

подчеркивает необходимость дальнейшего усиления профилактических стратегий, ориентированных на раннее выявление факторов риска и формирование устойчивых поведенческих изменений среди населения [6, 7, 8].

К ограничениям исследования следует отнести проведение анализа в одном сельском центре здоровья района Рудаки, что ограничивает возможность распространения полученных результатов на другие регионы страны. Кроме того, исследование основано на данных рутинного скрининга, что не позволяет установить причинно-следственные связи между выявленными факторами риска. Следует также учитывать, что скрининг охватил лишь 32,0% прикрепленного населения целевой возрастной группы. В связи с этим нельзя исключить влияние селективного участия обследованных на полученные результаты. Возможно, в скрининге чаще принимали участие лица, уже имеющие хронические заболевания, факторы риска или более высокую приверженность профилактическим обследованиям, что могло способствовать завышению распространенности отдельных факторов риска, включая ожирение и гиперхолестеринемию. Вместе с тем анализ данных, полученных в условиях реальной практики первичной медико-санитарной помощи в рамках пилотного внедрения программы скрининга НИЗ, обеспечивает высокую практическую значимость исследования и позволяет использовать полученные результаты для совершенствования организации профилактической помощи на уровне ПМСП.

Выводы. Проведенный анализ результатов пилотного скрининга неинфекционных заболеваний среди населения в возрасте 40 лет и старше, прикрепленного к СЦЗ Чортеппа района Рудаки, показал высокую распространенность основных модифицируемых факторов риска, включая избыточную массу тела, абдоминальное ожирение,

артериальную гипертензию и дислипидемию. Полученные данные свидетельствуют о значительной нагрузке факторов риска НИЗ в обследованной популяции и необходимости усиления профилактических мероприятий на уровне первичной медико-санитарной помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. World Health Organization. *WHO global status report on noncommunicable diseases 2022*. Geneva: WHO; 2022.
2. World Health Organization Regional Office for Europe. *Better noncommunicable disease outcomes: Tajikistan country assessment*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.
3. World Health Organization. *STEPwise approach to NCD risk factor surveillance (STEPS): Tajikistan report 2016–2017*. Geneva: WHO; 2017.
4. Abdullozoda SM, Usmanova GM. Screening of obesity among adult population of Tajikistan (pilot districts). *Paediatrica Sinica*. 2022; 24(1):19–28. doi:10.25005/2074-0581-2022-24-1-19-28.
5. Collins DRJ, Inglin L, Laatikainen T, et al. Evaluation and pilot implementation of essential interventions for the management of hypertension and prevention of cardiovascular diseases in primary health care in the Republic of Tajikistan. *BMC Health Services Research*. 2021;21:472. doi:10.1186/s12913-021-06490-5.
6. Balabanova D, Rechel B, et al. Primary care reforms in Central Asia: On the path to universal health coverage? *Health Policy OPEN*. 2023;5:100110. doi:10.1016/j.hpopen.2023.100110.
7. Primary prevention of cardiovascular disease in Asia: opportunities and solutions. *JACC: Advances*. 2025. doi:10.1016/j.jacadv.2025.101676.
8. Sharma M, John R, Afrin S, et al. Cost-effectiveness of population screening programs for cardiovascular diseases and diabetes in low- and middle-income countries: a systematic review. *Frontiers in Public Health*. 2022;10:820750. doi:10.3389/fpubh.2022.820750.
9. Gulov MK, Abdulloev SM, Gulbekova ZA, Makhmudov KZ. Screening of risk factors for chronic noncommunicable diseases among the population of mountainous regions of Tajikistan. *Avicenna Bulletin*. 2020

Финансовой поддержки не было.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Сведения об авторах

Раджабзода Салохидин Раджаб - доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины «Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, директор ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины»,

E-mail: srajabzoda.r@mail.ru

<https://orcid.org/0009-0002-8602-1410>

Rajabzoda Salokhidin Rajab – Doctor of Medical Sciences, Professor, Department of Public Health and Medical Statistics with a Course in History of Medicine, Tajik State Medical University named after Abu Ali ibn Sino; Director, State Institution “Republican Training and Clinical Center of Family Medicine”

E-mail: srajabzoda.r@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0002-2449-1241>

***Джонова Бунафша Юсуфзаде** - кандидат медицинских наук, начальник отдела ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины»

E-mail: bunafshajon@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-3334-3520>

***Dzhonova Bunafsha Yusufzade** – Candidate of Medical Sciences, Head of Department, State Institution “Republican Training and Clinical Center of Family Medicine”

E-mail: bunafshajon@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-3334-3520>

Мусоев Аслидин Меликович- руководитель Сельского центра здоровья «Чортеппа» ПМСП района Рудаки РРП, +992907815585

E-mail: Asliddin Musoev <a.musoev13@gmail.com>

<https://orcid.org/0009-0002-8602-1410>

Musoev Asliddin Melikovich – Head of Rural Health Center “Chorteppa”, Primary Health Care, Rudaki District, Republican Subordination Regions (RSR), Tajikistan

E-mail: a.musoev13@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-8602-1410>

Дустов Джамшед Холдорович - кандидат медицинских наук, заместитель директора ГОУ «Вахдатский медицинский колледж»

E-mail: dzamseddustov@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-3166-5658>

Dustov Jamshed Kholdorovich – Candidate of Medical Sciences, Deputy Director, State Educational Institution “Vahdat Medical College”

E-mail: dzamseddustov@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-3166-5658>

Суфиев Манучехр Мирзоевич - начальник отдела ГУ «Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины»

E-mail: manuchehr_sufiev@mail.ru

<https://orcid.org/0009-0004-3284-4571>

Sufiev Manuchehr Mirzoevich – Head of Department, State Institution “Republican Training and Clinical Center of Family Medicine”

E-mail: manuchehr_sufiev@mail.ru

<https://orcid.org/0009-0004-3284-4571>