УДК : 616.1/8 - 036.12 - 084

СОВРЕМЕННАЯ НЕИНФЕКЦИОННАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ: ФАКТОРЫ РИСКА, БРЕМЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ

Таджиева Нигора Убайдуллаевна - *д. м. н., профессор, заместитель директора по научной работе Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эпидемиологии микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний; зав. кафедрой Эпидемиологии Ташкентского Государственного Медицинского Университета*
n.tadjieva17091973@gmail.com ORCID ID: 0000-0001-8739-6252
Отамуратова Наргиза Хасанджановна - *д. м. н., старший преподаватель кафедры эпидемиологии Ташкентского Государственного Медицинского Университета*
Эл. Почта: nargiza.otamuratova@gmail.com ORCID ID: 0009-0008-7288-3988
Мухаммедова Севара Шахобиддиновна - *магистр кафедры эпидемиологии Ташкентского государственного медицинского университета*
sevaarinda@gmail.com
Ёкубжонова Сетора Баходир кизи- *магистр кафедры эпидемиологии Ташкентского государственного медицинского университета, Ташкент, Республика Узбекистан*
yoqubjonovasetora0@gmail.com

Аннотация: В обзоре рассмотрены современные данные о бремени неинфекционных заболеваний, основных факторах риска и возможностях профилактики. Особое внимание уделено сочетанию популяционных и индивидуальных профилактических мер и применимости международных данных в странах Центральной Азии.

Цель исследования: Обобщить данные о факторах риска и бремени неинфекционных заболеваний, опубликованные в 2021–2026 гг., и оценить доказательства эффективности современных подходов к профилактике.

Материалы и методы: Выполнен аналитический обзор 20 источников, опубликованных с января 2021 г. по сентябрь 2026 г. Поиск проводили в PubMed, включая MEDLINE, с проверкой библиографических сведений в Europe PMC, Crossref и на сайтах издателей. Результаты сопоставляли с учётом дизайна исследований, изученных популяций и ограничений применимости.

Результаты: Рост абсолютного бремени неинфекционных заболеваний может сочетаться со снижением возраст-стандартизованных показателей. Поведенческие и метаболические факторы риска действуют во взаимосвязи с социальными, экологическими и коммерческими условиями. Доказательства поддерживают сочетание популяционных мер, включая регулирование табака и пищевой среды, с выявлением и контролем индивидуального риска. Эффективность вмешательств зависит от исходного риска, доступности помощи и качества внедрения.

Заключение: Профилактика неинфекционных заболеваний требует согласованной политики, укрепления первичной медицинской помощи и регулярного эпидемиологического мониторинга. Перенос международных результатов в практику стран Центральной Азии должен учитывать местные условия и доступные ресурсы.

Ключевые слова: неинфекционные заболевания; эпидемиология; факторы риска; бремя болезней; профилактика; общественное здоровье; Центральная Азия.

Annotatsiya: Sharhda yuqumli bo‘lmagan kasalliklar yuki, asosiy xavf omillari va profilaktika imkoniyatlari haqidagi zamonaviy ma’lumotlar ko‘rib chiqilgan. Aholi miqyosidagi va individual profilaktika choralarini birgalikda qo‘llashga hamda xalqaro ma’lumotlardan Markaziy Osiyo mamlakatlarida foydalanish imkoniyatlariga alohida e’tibor qaratilgan.

Tadqiqot maqsadi: 2021–2026-yillarda e’lon qilingan yuqumli bo‘lmagan kasalliklarning xavf omillari va kasalliklar yuki haqidagi ma’lumotlarni umumlashtirish hamda profilaktikaga zamonaviy yondashuvlar samaradorligiga oid dalillarni baholash.

Materiallar va usullar: 2021-yil yanvaridan 2026-yil sentabrigacha e’lon qilingan 20 ta manba asosida narrativ sharh bajarildi. Qidiruv PubMed bazasida, jumladan MEDLINE yozuvlari bo‘yicha olib borildi; bibliografik ma’lumotlar Europe PMC, Crossref va nashriyotlarning veb-saytlarida tekshirildi. Natijalar tadqiqotlar dizayni, o‘rganilgan aholi guruhlari hamda ularni amaliyotda qo‘llashga doir cheklovlarni hisobga olgan holda taqqoslandi.

Natijalar: Yuqumli bo‘lmagan kasalliklarning mutlaq yuki ortishi yosh bo‘yicha standartlashtirilgan ko‘rsatkichlarning pasayishi bilan bir vaqtda kuzatilishi mumkin. Xulq-atvorga oid va metabolik xavf omillari ijtimoiy, ekologik hamda tijoriy sharoitlar bilan o‘zaro bog‘liq holda ta’sir ko‘rsatadi. Mavjud dalillar aholi miqyosidagi choralarni, jumladan tamaki mahsulotlari va oziq-ovqat muhitini tartibga solishni, individual xavfni aniqlash va nazorat qilish bilan birgalikda qo‘llashni qo‘llab-quvvatlaydi. Profilaktik aralashuvlarning samaradorligi dastlabki xavf darajasi, tibbiy yordamdan foydalanish imkoniyati va choralarni amaliyotga joriy etish sifatiga bog‘liq.

Xulosa: Yuqumli bo‘lmagan kasalliklar profilaktikasi muvofiqlashtirilgan siyosatni, birlamchi tibbiy yordamni mustahkamlashni va muntazam epidemiologik monitoringni talab qiladi. Xalqaro tadqiqotlar natijalarini Markaziy Osiyo mamlakatlari amaliyotiga tatbiq etishda mahalliy sharoitlar va mavjud resurslar hisobga olinishi lozim.

Kalit so‘zlar: yuqumli bo‘lmagan kasalliklar; epidemiologiya; xavf omillari; kasalliklar yuki; profilaktika; jamoat salomatligi; Markaziy Osiyo.

Abstract: This review examines current evidence on the burden of noncommunicable diseases, major risk factors, and opportunities for prevention. Particular attention is given to combining population-level and individual preventive measures and to the applicability of international evidence in Central Asian countries.

Objective: To synthesize evidence on the risk factors and burden of noncommunicable diseases published in 2021–2026 and assess the evidence supporting the effectiveness of contemporary approaches to prevention.

Materials and methods: An analytical narrative review was conducted using 20 sources published between January 2021 and September 2026. Searches were performed in PubMed, including MEDLINE records, with bibliographic information verified through Europe PMC, Crossref, and publishers’ websites. Findings were compared with consideration of study designs, populations studied, and limitations affecting their applicability.

Results: An increase in the absolute burden of noncommunicable diseases may coexist with declining age-standardized rates. Behavioral and metabolic risk factors interact with social, environmental, and commercial conditions. The evidence supports combining population-level measures, including tobacco control and regulation of the food environment, with the identification and management of individual risk. The effectiveness of interventions depends on baseline risk, access to care, and implementation quality.

Conclusion: The prevention of noncommunicable diseases requires coordinated policies, stronger primary health care, and regular epidemiological monitoring. Applying international findings in Central Asian countries should account for local conditions and available resources.

Keywords: noncommunicable diseases; epidemiology; risk factors; disease burden; prevention; public health; Central Asia.

Введение. Неинфекционная эпидемиология изучает распределение заболеваний в популяции, условия их возникновения и возможности предупреждения. Её практическая задача состоит в том, чтобы связать наблюдаемое бремя болезней с изменяемыми причинами и выбрать вмешательства, способные уменьшить потери здоровья. В центре внимания находятся сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, сахарный диабет и хронические болезни органов дыхания. Вместе с тем современное понимание неинфекционного бремени включает психические, неврологические и другие длительно протекающие состояния, ограничивающие повседневную активность. Анализ только смертности поэтому не даёт достаточного основания для определения профилактических приоритетов [11].

Публикации 2021–2026 гг. позволяют рассматривать профилактику на нескольких взаимосвязанных уровнях: от контроля артериального давления у конкретного пациента до изменения пищевой среды, регулирования табачной продукции и снижения загрязнения воздуха. Значение этого подхода определяется тем, что индивидуальный выбор осуществляется в определённых социальных и экономических условиях. Доступность продуктов, медицинской помощи и безопасного пространства для движения может усиливать либо ограничивать результат врачебных рекомендаций [12, 20].

Для интерпретации современных данных принципиально различать год публикации и период наблюдений. Работа, опубликованная в 2025 г., может обобщать показатели за 1990–2023 гг.; это не делает её устаревшей, но ограничивает возможность описывать с её помощью ситуацию именно в 2026 г. Аналогично глобальный прогноз нельзя выдавать за зарегистрированное число случаев. В настоящем обзоре эти различия сохранены при сопоставлении исследований и обсуждении профилактических решений.

Цель исследования. Обобщить опубликованные в 2021–2026 гг. данные о факторах риска и бремени неинфекционных заболеваний, сопоставить доказательства эффективности современных профилактических подходов и определить условия их применения в популяционной практике, включая контекст Центральной Азии.

Материалы и методы. Выполнен аналитический обзор литературы. Временной интервал отбора публикаций — с 1 января 2021 г. по 29 сентября 2026 г., дату завершения поиска. Поиск осуществляли в PubMed, включая индексируемые в MEDLINE записи, с дополнительной проверкой библиографических сведений в Europe PMC, Crossref и на сайтах журналов. Использовали англоязычные сочетания noncommunicable diseases, risk factors, burden of disease, prevention, population policies, hypertension, obesity, physical inactivity и их русскоязычные эквиваленты. Дополнительно проводили целевой поиск крупных исследований глобального бремени болезней и публикаций об отдельных профилактических вмешательствах.

Для MEDLINE использовали поиск через PubMed с ограничением medline[sb] и диапазоном публикационных дат 2021–2026 гг.

Включали крупные популяционные исследования, анализы Global Burden of Disease (GBD), объединённые анализы репрезентативных обследований, рандомизированные исследования, метаанализы и документы, непосредственно относящиеся к профилактике неинфекционных заболеваний. Критериями отбора служили соответствие теме, проверяемость публикационных данных, доступность подтверждения используемых результатов и значение для поставленного вопроса. Из итоговой библиографии исключали дублирующиеся версии, публикации за пределами заданного периода и материалы, содержание которых не позволяло подтвердить обсуждаемый вывод. В обзор включено 20 источников.

Собственные клинические данные не собирали, повторную статистическую обработку опубликованных агрегированных показателей не выполняли. Обзор не является систематическим, не претендует на исчерпывающий охват литературы и не предполагает независимый двойной отбор. Аналитический синтез строили по направлениям «измерение бремени», «факторы риска» и «профилактические вмешательства».

Результаты

Изменение бремени заболеваний и его измерение. Для сравнения болезней с различной летальностью используют годы жизни, потерянные вследствие преждевременной смерти, и годы жизни с нарушением здоровья. Их сумма образует показатель DALY — disability-adjusted life years, годы жизни с поправкой на нетрудоспособность. Этот показатель позволяет учитывать как раннюю смерть, так и длительные ограничения здоровья. Однако одинаковое число DALY может складываться из существенно различающихся сочетаний смертности и инвалидизации, поэтому интегральную оценку необходимо дополнять анализом её компонентов [11].

В исследовании GBD 2023, опубликованном в 2025 г., абсолютное бремя неинфекционных заболеваний увеличилось с 1,45 млрд DALY в 2010 г. до 1,80 млрд в 2023 г. При этом соответствующий возраст-стандартизованный показатель снизился на 4,1% (95% интервал неопределённости 1,9–6,3). Такое сочетание отражает различие между популяционными потерями и риском при сопоставимой возрастной структуре. Старение и рост населения могут увеличивать потребность в помощи даже при улучшении стандартизованных показателей. Следовательно, оценка эффективности профилактики только по абсолютному числу больных способна привести к ошибочному выводу о её бесполезности [11].

Для управления здравоохранением из этого следует необходимость параллельно отвечать на два вопроса. Первый — уменьшается ли вероятность неблагоприятного исхода у людей сопоставимого возраста? Второй — сколько пациентов фактически нуждаются в наблюдении, лечении и реабилитации? Первый вопрос требует стандартизованных коэффициентов, второй — абсолютных чисел. Программа может показывать положительную динамику по первому критерию и одновременно нуждаться в расширении по второму. Такое расхождение следует рассматривать как основание для корректировки ресурсов, а не как противоречие данных.

Отдельные нозологии демонстрируют масштаб предстоящей нагрузки. Согласно GLOBOCAN 2022, в мире оценивалось около 20 млн новых случаев злокачественных новообразований и 9,7 млн смертей от рака; обе величины включают немеланомные опухоли кожи. Опубликованный в 2024 г. анализ показывает выраженные различия между регионами и локализациями. Поэтому единый показатель «онкологическая заболеваемость» недостаточен для выбора скрининга, исходя из этого необходимы данные о структуре опухолей, стадии выявления и доступности последующего лечения [4].

В анализе GBD, опубликованном в 2023 г., число людей с сахарным диабетом в 2021 г. оценивалось в 529 млн (95% интервал неопределённости 500–564 млн). На диабет 2-го типа приходилось 96,0% случаев. Прогноз на 2050 г. составлял около 1,31 млрд пациентов, однако это условная модельная оценка, а не неизбежный исход. Её профилактический смысл заключается в демонстрации масштаба проблемы при сохранении предполагаемой динамики определяющих факторов [9].

Большие базы данных не устраняют ограничений исходной регистрации. Если заболевание редко диагностируется или причина смерти кодируется неточно, математическая модель лишь частично компенсирует пробел. Поэтому сопоставление

стран должно сопровождаться оценкой полноты наблюдений. Для национальной практики глобальные результаты целесообразно использовать как ориентир, дополняемый собственными регистрами и обследованиями населения, а не как замену локальной эпидемиологической информации [10].

Метаболические факторы и разрыв между выявлением и контролем. Повышенное артериальное давление, гипергликемия, нарушения липидного обмена и избыток жировой ткани образуют взаимосвязанный комплекс риска. В GBD 2021 показано увеличение абсолютного бремени, связанного с метаболическими факторами, при неодинаковой динамике отдельных экспозиций. При этом один и тот же исход может быть связан с несколькими факторами, действующими по общему причинному пути. Простое сложение атрибутивных долей ожирения, гипергликемии и артериальной гипертензии приводит к повторному учёту части потерь; в сравнительной оценке риска необходима поправка на опосредованные связи [10].

Объединённый анализ NCD Risk Factor Collaboration, опубликованный в 2021 г., охватил 1201 исследование с измерением артериального давления. В 2019 г. среди людей 30–79 лет с гипертензией контроль давления достигался примерно у 23% женщин и 18% мужчин. Это доли от всех людей с гипертензией, а не только от получающих лечение. Такое уточнение знаменателя существенно: высокий процент контроля среди регулярно посещающих врача ещё не означает достаточный охват всей популяции [15].

Профилактическая программа должна прослеживать последовательность от обследования до устойчивого результата. Выявление повышенного давления, подтверждение диагноза, назначение терапии и достижение контроля — разные этапы, на каждом из которых часть пациентов может прекращать участие. Если учитывать только число измерений, остаётся неясным, сколько людей действительно получили пользу. Если учитывать только выданные назначения, не оцениваются доступность препаратов и продолжение лечения. Предлагаемый для практики подход состоит в отдельном анализе каждого перехода, чтобы вмешательство устраняло конкретную причину потерь охвата, а не увеличивало объём формальной отчётности.

Рост ожирения также нельзя свести к проблеме отдельных обеспеченных популяций. Анализ 3663 популяционных исследований, опубликованный в 2024 г., показал увеличение сочетанного бремени недостаточной массы тела и ожирения во многих странах преимущественно за счёт ожирения. Одновременно недостаточная масса тела сохранялась в ряде регионов. Авторы подчёркивают необходимость повышения доступности полноценного питания: меры против избыточного потребления энергии не должны ухудшать положение людей с недостаточным питанием [16].

Эти результаты требуют осторожности при разработке единых информационных кампаний. Рекомендация уменьшать калорийность без оценки пищевой обеспеченности может быть неуместна для части населения. Для эпидемиологического наблюдения более полезно распределение показателей по возрасту, полу и социальным группам, чем одна средняя величина. В клинической практике индивидуальная стратегия должна учитывать исходное состояние и сопутствующие болезни. На уровне популяции задача заключается в улучшении качества и доступности питания, а не в стигматизации людей с определённой массой тела.

Поведенческие факторы риска. Табак остаётся примером фактора, для которого популяционная распространённость и абсолютное число подвергающихся воздействию людей могут изменяться в разных направлениях. В опубликованном в 2021 г. анализе GBD оценено около 1,14 млрд курящих в 2019 г. и 7,69 млн связанных с курением смертей. Несмотря на снижение распространённости курения с 1990 г., рост населения увеличивал

абсолютное число курящих. Эти оценки относятся к курению табака и не могут автоматически переноситься на все никотинсодержащие продукты [7].

Для профилактики это означает необходимость соединять предупреждение начала курения с доступной помощью уже курящим. Оценивать программу только по знаниям о вреде табака недостаточно. Более содержательны изменения распространённости употребления, попыток прекращения и устойчивого отказа. При появлении новых продуктов следует уточнять вид экспозиции: объединение неодинаковых способов употребления в одну категорию скрывает различия и затрудняет сравнение исследований.

Алкоголь демонстрирует другую методологическую сложность: суммарный риск зависит от состава оцениваемых исходов и характеристик населения. Анализ GBD 2020, опубликованный в 2022 г., выявил различия модельных кривых риска по возрасту и региону. При этом исследование не учитывало в полной мере паттерн употребления, включая эпизодическое потребление больших доз. Наблюдаемая в некоторых группах J-образная зависимость не является доказательством пользы назначения алкоголя в профилактических целях. Для практических решений следует различать популяционную модель совокупного риска и результат испытания конкретного вмешательства [8].

Недостаточная физическая активность распространена широко и имеет неблагоприятную динамику. В анализе 507 обследований её глобальная возраст-стандартизованная распространённость среди взрослых в 2022 г. составила 31,3% (95% интервал неопределённости 28,6–34,0). Критерием служило недостижение 150 минут умеренной либо 75 минут интенсивной активности в неделю или их эквивалентного сочетания. Исходные данные основывались на самоотчёте, что важно учитывать при сравнении с показателями носимых устройств [18].

Развитие профилактики в этой области требует перевода общей рекомендации в выполнимое действие. Для одной группы препятствием является отсутствие безопасных маршрутов, для другой — ограничения здоровья или режим труда. Поэтому целесообразно сочетать клиническое консультирование с изменениями городской и рабочей среды. Показателем внедрения может быть доступность соответствующих условий, а показателем результата — устойчивое изменение активности в сопоставимых группах населения. Само по себе проведение массового мероприятия не подтверждает длительного эффекта.

Данные о питании особенно чувствительны к способу измерения. Опрос частоты употребления, сведения о покупках и фактическое потребление характеризуют разные процессы. Например, снижение продаж облагаемого налогом напитка не тождественно уменьшению энергетической ценности всего рациона. При интерпретации результатов важно выяснять, измерено ли поведение напрямую и учитывались ли замены другими продуктами. Такие различия становятся существенными при переходе от описания фактора риска к оценке политики его ограничения [2].

Средовые и социальные условия формирования риска. Воздействие загрязнённого воздуха и производственных факторов невозможно полностью устранить рекомендациями отдельному пациенту. Обзор S.N. Clark и соавт., опубликованный в 2025 г., показывает значительный вклад средовых и профессиональных экспозиций в глобальные потери здоровья. Авторы также указывают на недостаточное включение некоторых химических воздействий, шума и качества воздуха внутри помещений в глобальные оценки. Следовательно, отсутствие фактора в конкретной модели не доказывает отсутствие его вреда [5].

В рамках профилактики следует различать уменьшение индивидуальной уязвимости и снижение самой экспозиции. Медицинское наблюдение работников может

способствовать выявлению нарушений, но не заменяет контроль источника загрязнения. Аналогично лечение хронической респираторной болезни не устраняет воздействие неблагоприятной воздушной среды. Из этого вытекает необходимость совместной оценки медицинских результатов и показателей окружающей среды. Для проверки эффекта межсекторальных мер желательно заранее устанавливать, какая экспозиция должна измениться, у кого она измеряется и за какой период ожидаются клинические последствия.

Концепция коммерческих детерминант здоровья объясняет, почему информирование населения не всегда приводит к снижению риска. В анализе A.B. Gilmore и соавт. обсуждаются способы, которыми производство, продвижение и политическое влияние коммерческих субъектов могут поддерживать воздействие вредных продуктов. Эта рамка переносит часть внимания с поведения потребителя на условия, формирующие выбор, и на препятствия внедрению профилактических решений. Вместе с тем она не заменяет количественной оценки отдельных мер: конкретные ограничения должны сопровождаться проверкой результатов и прозрачностью принятия решений [12].

Практическое следствие состоит в необходимости оценивать распределение пользы. Одинаковая рекомендация может быть легко выполнима для человека с устойчивым доходом и практически недоступна для человека с ограниченными ресурсами. Поэтому усреднённое улучшение не исключает увеличения различий между группами. В настоящем обзоре справедливость доступа рассматривается как критерий выбора и оценки профилактической программы: её охват следует анализировать одновременно с результативностью, а не после завершения внедрения.

Эффективность профилактических вмешательств. Современная профилактика включает меры до возникновения факторов риска, предупреждение заболевания у лиц с повышенным риском и предотвращение повторных событий у пациентов с установленной патологией. Популяционный и индивидуальный подходы решают разные задачи. Первый изменяет распределение экспозиций в обществе, второй позволяет направить более интенсивную помощь людям с высокой вероятностью осложнений. Рекомендации Европейского общества кардиологов 2021 г. рассматривают оценку суммарного риска, ожидаемую пользу и совместное принятие решений как основу персонализированной профилактики [19].

Доказательства эффективности снижения артериального давления получены не только из наблюдательных связей. Метаанализ индивидуальных данных 344 716 участников 48 рандомизированных исследований показал, что снижение систолического давления на 5 мм рт. ст. сопровождалось уменьшением относительного риска крупных сердечно-сосудистых событий примерно на 10%. Отношение рисков составляло 0,91 (95% доверительный интервал 0,89–0,94) у участников без предшествующих сердечно-сосудистых заболеваний и 0,89 (0,86–0,92) у участников с такой патологией. Результат подтверждает профилактическое значение лечения, но не означает необходимости одинаковой терапии для всех людей независимо от исходного риска и переносимости [3].

Популяционное изменение состава пищевого продукта также может влиять на клинические исходы. В кластерном исследовании SSaSS участвовали 20 995 жителей сельских районов Китая с инсультом в анамнезе либо в возрасте не менее 60 лет с повышенным давлением. Замена обычной соли смесью 75% хлорида натрия и 25% хлорида калия сопровождалась меньшей частотой инсульта: 29,14 против 33,65 на 1000 человеко-лет; отношение частот 0,86 (95% доверительный интервал 0,77–0,96). Доказательство относится к изученной популяции высокого риска. При переносе

вмешательства требуется отдельная оценка безопасности калия и особенностей питания [17].

Фискальные меры имеют иной тип доказательств. В метаанализе T. Andreyeva и соавт. налогообложение сахаросодержащих напитков ассоциировалось в среднем со снижением продаж на 15% (95% доверительный интервал от −20 до −9%). Между исследованиями отмечалась выраженная неоднородность. Это аргумент в пользу влияния цены на покупки, однако он не равнозначен доказанному снижению заболеваемости диабетом на такую же величину. Для оценки отдалённого эффекта необходимы данные о совокупном рационе, устойчивости изменения поведения и клинических исходах [2].

Новые лекарственные средства расширяют возможности профилактики у отдельных групп. В исследовании SELECT среди 17 604 пациентов с избыточной массой тела или ожирением, установленным сердечно-сосудистым заболеванием и без диабета семаглутид уменьшал риск комбинированного исхода, включавшего сердечно-сосудистую смерть, нефатальный инфаркт и нефатальный инсульт. События зарегистрированы у 6,5% получавших препарат и 8,0% получавших плацебо; отношение рисков 0,80 (95% доверительный интервал 0,72–0,90). При этом прекращение лечения из-за нежелательных явлений было чаще в группе семаглутида. Результаты относятся к вторичной сердечно-сосудистой профилактике в определённой клинической популяции и не доказывают эффективность массового назначения препарата всем людям с ожирением [13].

Сопоставление этих исследований показывает, почему профилактические решения нельзя ранжировать только по величине относительного эффекта. Для лекарственного вмешательства важны исходный риск, противопоказания, продолжительность лечения и доступность наблюдения. Для изменения пищевой среды — охват, реальные источники потребления и возможность замещения. Для налогообложения — устройство меры, поведение производителей и потребителей. Высокая эффективность в контролируемом испытании и значительный популяционный эффект являются связанными, но разными характеристиками.

Документ Всемирной организации здравоохранения «Tackling NCDs» 2024 г. систематизирует экономически эффективные и другие рекомендуемые вмешательства. Его значение для планирования состоит в возможности рассматривать профилактику как согласованный набор мер, а не как перечень разрозненных кампаний. При выборе из этого набора требуется учитывать национальную структуру риска, ресурсы первичной помощи и осуществимость межсекторальных решений. Международная рекомендация служит основанием для адаптации, но сама по себе не подтверждает результативность локальной реализации [20].

Профилактика на протяжении жизни. Профилактический потенциал не ограничивается трудоспособным возрастом. Доклад комиссии Lancet по деменции 2024 г. рассматривает 14 потенциально модифицируемых факторов, включая образование, нарушения слуха и зрения, сосудистые и метаболические факторы, депрессию, социальную изоляцию и загрязнение воздуха. Авторы оценивают значительную потенциально предотвратимую долю случаев, но подчёркивают, что часть ассоциаций может быть лишь частично причинной. Поэтому модельный потенциал нельзя считать гарантированным эффектом уже действующей программы [14].

Подход на протяжении жизни меняет временной горизонт профилактики. Оценка результата только через один год удобна для отчётности, но не отражает последствия раннего накопления риска. В то же время ориентация исключительно на отдалённый результат затрудняет управление текущей работой. Обоснованным решением

представляется сочетание ближайших показателей доступности и охвата с долгосрочным наблюдением за клиническими исходами. Для пожилых людей при этом существенны сохранение самостоятельности и переносимость вмешательств, а не только достижение числовой цели.

Обсуждение

От измерения риска к выбору профилактической стратегии. Совокупность рассмотренных работ позволяет выделить три разных уровня доказательств. Популяционные исследования показывают масштаб и распределение проблемы; причинно ориентированные анализы уточняют вклад экспозиций; испытания и оценки политики определяют, что меняется после вмешательства. Перенос результата с одного уровня на другой требует самостоятельного обоснования. Высокая распространённость фактора не доказывает, что любое направленное на него мероприятие будет результативным. Напротив, умеренный индивидуальный эффект при широком устойчивом охвате может иметь заметное общественное значение.

Важным понятием является популяционная атрибутивная доля — часть бремени, которая теоретически изменилась бы при переходе от наблюдаемого воздействия к выбранному минимальному уровню риска. Она зависит не только от силы связи, но и от распространённости экспозиции и принятых модельных предположений. Поэтому атрибутивное бремя следует отличать от бремени, которое реально удастся предотвратить доступными средствами. Между ними находятся неполный охват, ограниченная приверженность, взаимодействие факторов и временная задержка эффекта [10].

Приоритет вмешательства целесообразно определять последовательностью вопросов: значителен ли предотвращаемый ущерб; подтверждён ли эффект; можно ли обеспечить достаточный охват; не ухудшится ли доступ для уязвимых групп; возможно ли измерить итог? Эта логика представляет аналитический вывод настоящего обзора. Она помогает избегать ситуации, когда новое средство получает преимущество только благодаря технологической сложности, тогда как базовые меры остаются недостаточно доступными.

Отдельного рассмотрения требует раннее выявление. Рост числа диагностированных случаев после расширения обследований может отражать улучшение обнаружения, а не ухудшение здоровья населения. С другой стороны, увеличение обследований ещё не подтверждает снижение тяжёлых исходов. Для профилактической программы необходимо заранее определить путь от положительного результата к подтверждению диагноза и лечению. Без этого высокая диагностическая активность создаёт нагрузку, но её клиническая ценность остаётся неопределённой.

Применимость для Центральной Азии и Узбекистана. Региональная актуальность выводов подтверждается исследованием A. Dumcheva и соавт. 2026 г., охватившим 12 стран Восточной Европы и Центральной Азии, включая Узбекистан. Наиболее заметный прогресс обнаружен в антитабачной политике, тогда как меры по питанию и физической активности реализовывались неравномерно. Работа характеризует принятие и внедрение политики по доступным данным, а не причинный эффект отдельных законов на смертность. Отсутствие информации по определённой мере в такой системе оценки также не всегда означает её фактическое отсутствие [6].

Для национального планирования полезно разделять наличие нормативного решения, его исполнение и результат для населения. Эти уровни не взаимозаменяемы. Принятый документ может не обеспечить доступности помощи; проведённая кампания может не изменить экспозицию; изменение экспозиции может предшествовать клиническому эффекту на несколько лет. Поэтому предлагается сопровождать каждое

профилактическое направление небольшим набором заранее определённых индикаторов, позволяющих проследить всю последовательность.

Российская работа И.В. Богдана и соавт. иллюстрирует возможности и ограничения локального мониторинга. В телефонном обследовании 805 жителей Москвы использовался опросник STEPS. Такой формат позволил оценить сообщаемые поведенческие характеристики и сведения об уже выявленных нарушениях, но не обеспечивал непосредственного измерения биохимических показателей. Эти данные полезны как пример организации наблюдения; переносить найденные уровни распространённости на Узбекистан нельзя [1].

Для условий Узбекистана из сопоставленных материалов можно предложить несколько направлений адаптации без приписывания стране непроверенных показателей. Первое — регулярные обследования с сопоставимыми определениями факторов риска. Второе — оценка доступности длительного наблюдения и лечения в первичном звене. Третье — согласование медицинских мероприятий с решениями в области питания, окружающей среды и организации повседневной активности. Четвёртое — анализ различий между территориями и социальными группами, чтобы рост среднего охвата не скрывал сохраняющиеся пробелы.

Эти предложения требуют локальной проверки. В частности, зарубежный эффект пищевого вмешательства зависит от того, какие продукты вносят основной вклад в потребление, а результат цифрового сопровождения — от доступности связи и готовности службы реагировать на полученную информацию. Нельзя считать перенос успешным только потому, что воспроизведён технический компонент программы. Необходимо оценить, достигает ли она своей целевой группы и меняет ли клинически значимые результаты.

Выводы. Публикации 2021–2026 гг. показывают, что увеличение абсолютного бремени неинфекционных заболеваний может сочетаться со снижением возраст-стандартизованных показателей. Поэтому оценка профилактики должна одновременно учитывать риск при сопоставимой возрастной структуре и фактическую потребность населения в помощи.

Модифицируемые факторы риска связаны между собой и формируются под влиянием поведенческих, метаболических, средовых и социальных условий. Их атрибутивные доли нельзя механически складывать, а модельный потенциал предотвращения необходимо отличать от достижимого эффекта конкретной программы.

Наиболее обоснованная стратегия объединяет популяционные меры с доступным индивидуальным контролем риска. Доказательства снижения сердечно-сосудистых событий при отдельных вмешательствах не отменяют необходимости учитывать безопасность, исходный риск, охват и применимость результатов.

Для Центральной Азии и Узбекистана приоритетное значение имеет переход от учёта проведённых мероприятий к оценке устойчивого изменения экспозиций и исходов. Такой переход требует сопоставимого мониторинга, непрерывности помощи и проверки того, насколько профилактика доступна различным группам населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Богдан И. В., Горносталев М. Д., Хлынин А. П., Чистякова Д. П., Аксенова Е. И. Распространённость поведенческих и биологических факторов риска неинфекционных заболеваний среди населения Москвы // Здравоохранение Российской Федерации. – 2023. – Т. 67. – № 5. – С. 423–429. – DOI: 10.47470/0044-197X-2023-67-5-423-429.

2. Andreyeva T., Marple K., Marinello S., Moore T. E., Powell L. M. Outcomes Following Taxation of Sugar-Sweetened Beverages: A Systematic Review and Meta-analysis // JAMA

Network Open. – 2022. – Vol. 5. – № 6. – e2215276. – DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.15276.

3. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Pharmacological blood pressure lowering for primary and secondary prevention of cardiovascular disease across different levels of blood pressure: an individual participant-level data meta-analysis // The Lancet. – 2021. – Vol. 397. – № 10285. – P. 1625–1636. – DOI: 10.1016/s0140-6736(21)00590-0.

4. Bray F., Laversanne M., Sung H., Ferlay J., Siegel R. L., Soerjomataram I., Jemal A. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries // CA: A Cancer Journal for Clinicians. – 2024. – Vol. 74. – № 3. – P. 229–263. – DOI: 10.3322/caac.21834.

5. Clark S. N., Anenberg S. C., Brauer M. Global Burden of Disease from Environmental Factors // Annual Review of Public Health. – 2025. – Vol. 46. – № 1. – P. 233–251. – DOI: 10.1146/annurev-publhealth-071823-105338.

6. Dumcheva A., Laatikainen T., Rakovac I., Nevalainen J., Nuorti P. Assessing the progress in implementing population-based policies to reduce the burden of noncommunicable diseases in Eastern Europe and Central Asia, 2010-2024 // Health Policy and Planning. – 2026. – Vol. 41. – № 6. – P. 942–954. – DOI: 10.1093/heapol/czag055.

7. GBD 2019 Tobacco Collaborators. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019 // The Lancet. – 2021. – Vol. 397. – № 10292. – P. 2337–2360. – DOI: 10.1016/s0140-6736(21)01169-7.

8. GBD 2020 Alcohol Collaborators. Population-level risks of alcohol consumption by amount, geography, age, sex, and year: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2020 // The Lancet. – 2022. – Vol. 400. – № 10347. – P. 185–235. – DOI: 10.1016/s0140-6736(22)00847-9.

9. GBD 2021 Diabetes Collaborators. Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with projections of prevalence to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021 // The Lancet. – 2023. – Vol. 402. – № 10397. – P. 203–234. – DOI: 10.1016/s0140-6736(23)01301-6.

10. GBD 2021 Risk Factors Collaborators. Global burden and strength of evidence for 88 risk factors in 204 countries and 811 subnational locations, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021 // The Lancet. – 2024. – Vol. 403. – № 10440. – P. 2162–2203. – DOI: 10.1016/s0140-6736(24)00933-4.

11. GBD 2023 Disease and Injury and Risk Factor Collaborators. Burden of 375 diseases and injuries, risk-attributable burden of 88 risk factors, and healthy life expectancy in 204 countries and territories, including 660 subnational locations, 1990-2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023 // The Lancet. – 2025. – Vol. 406. – № 10513. – P. 1873–1922. – DOI: 10.1016/s0140-6736(25)01637-x.

12. Gilmore A. B., Fabbri A., Baum F., Bertscher A., Bondy K., Chang H. J. et al. Defining and conceptualising the commercial determinants of health // The Lancet. – 2023. – Vol. 401. – № 10383. – P. 1194–1213. – DOI: 10.1016/s0140-6736(23)00013-2.

13. Lincoff A. M., Brown-Frandsen K., Colhoun H. M., Deanfield J., Emerson S. S., Esbjerg S. et al. Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Obesity without Diabetes // The New England Journal of Medicine. – 2023. – Vol. 389. – № 24. – P. 2221–2232. – DOI: 10.1056/nejmoa2307563.

14. Livingston G., Huntley J., Liu K. Y., Costafreda S. G., Selbæk G., Alladi S. et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission //

The Lancet. – 2024. – Vol. 404. – № 10452. – P. 572–628. – DOI: 10.1016/s0140-6736(24)01296-0.

15. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants // The Lancet. – 2021. – Vol. 398. – № 10304. – P. 957–980. – DOI: 10.1016/s0140-6736(21)01330-1.

16. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults // The Lancet. – 2024. – Vol. 403. – № 10431. – P. 1027–1050. – DOI: 10.1016/s0140-6736(23)02750-2.

17. Neal B., Wu Y., Feng X., Zhang R., Zhang Y., Shi J. et al. Effect of Salt Substitution on Cardiovascular Events and Death // The New England Journal of Medicine. – 2021. – Vol. 385. – № 12. – P. 1067–1077. – DOI: 10.1056/nejmoa2105675.

18. Strain T., Flaxman S., Guthold R., Semenova E., Cowan M., Riley L. M. et al. National, regional, and global trends in insufficient physical activity among adults from 2000 to 2022: a pooled analysis of 507 population-based surveys with 5·7 million participants // The Lancet Global Health. – 2024. – Vol. 12. – № 8. – P. e1232–e1243. – DOI: 10.1016/s2214-109x(24)00150-5.

19. Visseren F. L. J., Mach F., Smulders Y. M., Carballo D., Koskinas K. C., Bäck M. et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice // European Heart Journal. – 2021. – Vol. 42. – № 34. – P. 3227–3337. – DOI: 10.1093/eurheartj/ehab484.

20. World Health Organization. Tackling NCDs: best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. – 2nd ed. – Geneva: World Health Organization, 2024. – 31 p. – ISBN 978-92-4-009107-8. – URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789240091078.