

**СПб ГКУЗ
«ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ
И МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ»**

**Результаты
эпидемиологического мониторинга
факторов риска развития
хронических неинфекционных заболеваний
и показателей здорового образа жизни
среди жителей Санкт-Петербурга
(2025–2026 гг.)**

**Отдел мониторинга здоровья СПб ГКУЗ «ГЦОЗиМП»,
зав. отделом С. М. Репешов**

Результаты эпидемиологического мониторинга факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний и показателей здорового образа жизни среди жителей Санкт-Петербурга (2025-2026 г.)

Актуальность: В Российской Федерации в период 2018 — 2024 гг. действовали национальные проекты «Развитие здравоохранения», «Демография», Федеральный проект «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек (Укрепление общественного здоровья)», на смену которым на период 2025-2030 годов пришли национальные проекты «Продолжительная и активная жизнь» с федеральным проектом «Здоровье для каждого» и НП «Семья».

В Санкт-Петербурге осуществлялись и осуществляются одноименные региональные программы, а также региональные программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», «Борьба с сахарным диабетом» и «Борьба с онкологическими заболеваниями», которыми запланирован комплекс мер организационного, законодательного и информационно-коммуникационного характера, нацеленных на снижение заболеваемости и смертности от неинфекционных заболеваний, основных поведенческих факторов риска у населения.

В частности, пунктом 3 плана мероприятий Региональной программы Санкт-Петербурга «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями на 2025-2030 годы», утверждённой распоряжением Правительства Санкт-Петербурга от 9 июля 2025 года № 11-рп, предусмотрена работа с факторами риска развития ССЗ и первичная профилактика ССЗ, а подпунктом 3.1 «Проведение эпидемиологического мониторинга распространенности факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди жителей Санкт-Петербурга».

Мониторинг здорового образа жизни (далее Мониторинг ЗОЖ) — это специально организованное систематическое наблюдение за динамикой основных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний (ФР ХНИЗ), с целью их оценки, контроля развития, изучение степени мотивирования граждан к ведению здорового образа жизни посредством проведения диспансеризации, рекомендаций врачей, информационно-коммуникационных кампаний.

Данные, полученные по итогам диспансеризации или профилактических осмотров, не отражают распространенность ведущих факторов риска ХНИЗ среди населения в целом, так как констатируют сведения по обращаемости населения в медицинское учреждение. Кроме того, статистическая отчетность о распространенности и интенсивности физической активности, потребления табачных изделий, алкоголя, овощей, фруктов, соли также не предусмотрена.

Цель и задачи исследования:

Цель — оценка распространенности факторов риска на региональном уровне в популяционной выборке жителей Санкт-Петербурга в 2025 году;

Задачи исследования:

1. выявить распространенность и интенсивность потребление фруктов, овощей, соли рыбы в обычном рационе питания;
2. оценить уровень физической активности;
3. изучить распространенность и интенсивность употребления табачных изделий и алкоголя;
4. определить долю лиц, имеющих повышенные: артериальное давление, общий холестерин и глюкозу в крови;
5. получить данные об окружности талии и бедер, росте и весе респондентов;
6. определить степень соответствия массы тела человека его росту (рассчитать индекс массы тела);
7. оценить долю респондентов, приверженных здоровому образу жизни;

8. определить социально-демографические характеристики респондентов-пользователей традиционных СМИ и сети Интернет, интернет-порталов по вопросам здорового образа жизни;

9. измерить долю петербуржцев мотивированных к ведению здорового образа жизни посредством проведения информационно-коммуникационной кампании;

10. определить степень доверия различных социально-демографических групп петербуржцев к получаемой информации по вопросам здорового образа жизни из традиционных СМИ и интернет-порталов.

Материалы и методы исследования: В ходе исследования использовались две модели сбора данных:

1. Использовалась репрезентативная, многоступенчатая, стратифицированная по полу и возрасту выборка.

Сбор данных проводился методом стандартизированного опроса на бумажной анкете с использованием демонстрационных карт. За период июнь 2025 года – февраль 2026 года было собрано 1525 анкет.

В качестве основы опросника использовалась типовая модель STEPS ВОЗ, дополненная и адаптированная ФГБУ НМИЦ ТПМ для проведения мониторинга факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в практическом здравоохранении в целях эффективной реализации региональных программ развития профилактики и формирования здорового образа жизни у населения.

Информированное согласие утверждено 27.06.2019 года независимым этическим комитетом ФГБУ НМИЦ ТПМ Минздрава России.

Региональными исполнителями являлись 18 поликлиник Санкт-Петербурга. СПб ГКУЗ «Городской центр общественного здоровья и медицинской профилактики» (ГЦОЗиМП) осуществлял координацию и, в соответствии с информированным согласием гражданина, контроль качества проводимой работы медицинских работников, ввод, обработку и анализ полученных данных.

К сожалению, данный способ сбора данных не нашёл поддержки у исполнителей. В ходе первичного анализа было установлено, что в большей части поликлиник данные были скомпрометированы формальным подходом, их использование оказалось невозможным для получения объективной картины. Из указанной базы в анализе используются только часть данных, например, об объективных показателях (артериальное давление, уровень общего холестерина и глюкозы в крови) и др., они обозначены как «Мониторинг здоровья 2025».

В связи с существенными недостатками основного метода был использован второй способ сбора данных.

2. В работу в июне 2026 года была запущена онлайн-анкета, соответствующая вопросам типовой модели STEP ВОЗ, и адаптированная под нужды Мониторинга. При широкой административной поддержке за две недели были собраны 10 255 анкет, которые и стали основой для анализа в рамках Мониторинга. Они обозначены как «Мониторинг здоровья 2026». В будущем именно этот способ сбора данных станет приоритетным.

В ходе анализа проводится сравнение с данными, полученными в результате аналогичных исследований, проходивших в 2021 и 2023 годах («Мониторинг здоровья 2021» и «Мониторинг здоровья 2023»). Однако, по тексту они будут сопровождаться оговорками.

Статистически значимые изменения в таблицах выделяются зелёным (положительные изменения) и красным (отрицательные изменения) цветом и его оттенками в зависимости от степени динамики (используются две градации). Для оценки значимости был использован z-критерий на уровне значимости $\alpha=0.05$.

Выборка:

1. «Мониторинг здоровья 2025» - опросу и обследованию подлежали граждане, прикрепленные к 18 поликлиникам Санкт-Петербурга в возрасте 18-75+ лет, плановая численность – 1600 человек, фактическая - 1525 человек. Погрешность выборки составила $\pm 2,50\%$ (95% ДИ).

2. «Мониторинг здоровья 2026» - онлайн-опрос «Пульс Петербурга 2026» проходили граждане, проживающие в Санкт-Петербурге, отреагировавшие на призыв пройти анкетирование по ссылке или QR –коду. В работе использованы анкеты граждан в возрасте 18-75+ лет, всего было получено 10 255 анкет.

В связи со смещением исходной выборки по полу и возрасту было проведено статистическое взвешивание по половозрастной структуре населения Санкт-Петербурга. С учетом эффекта дизайна выборки, эффективный объем выборки составил 4690 человек, что обеспечивает предельную погрешность данных не более $\pm 1,43\%$ при доверительном интервале 95%.

Дата проведения опроса:

1. июнь 2025 — февраль 2026 г.;
2. июнь 2026 года.

Основные понятия:

Мониторинг - специально организованное постоянное или систематическое наблюдение за состоянием объектов, явлений, процессов с целью их оценки, контроля и прогноза. Это форма организации исследований, обеспечивающая непрерывное поступление информации о том или ином объекте. Иными словами, систематический сбор и обработка информации, которая может и должна быть использована для улучшения процесса принятия решения, как инструмент обратной связи, в целях осуществления проектов, оценки программ или выработки политики. Осуществляется через определённые промежутки времени (год, три, пять лет).

Мониторинг в здравоохранении - это специально организованное, систематическое наблюдение за состоянием здоровья населения, анализ показателей распространенности и интенсивности основных поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний и информированности населения о них.

ЗОЖ - концепция жизнедеятельности человека, направленная на улучшение и сохранение здоровья с помощью правильного питания, физической активности, отказа от вредных привычек и стрессоустойчивости.

Фактор риска» (ФР) - применяется к любому явлению, влиянию или воздействию на человека, которое повышает вероятность возникновения у него хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) и ассоциируется как с большим распространением, так и с повышенной вероятностью возникновения новых случаев заболевания.

Умеренная физическая активность это: ходьба (на работу и домой), медленная езда на велосипеде, танцы, катание на коньках и роликах, парный теннис, подъем по лестнице пешком

Среднеинтенсивная активность это спорт, активный досуг или физические упражнения с невысокой нагрузкой на организм, при которых пульс и дыхание учащается незначительно. (волейбол, быстрая ходьба и езда на велосипеде, плавание), Данное понятие отсутствует в методических рекомендациях ГНИЦПМ, но имеется в инструменте STEPS.

Высокоинтенсивная физическая активность это спорт, активный досуг, или физические упражнения с высокой нагрузкой на организм, при которых значительно учащается дыхание или пульс (например бег, футбол)

Стандартная порция овощей или фруктов = 80 граммам.

Одна **стандартная порция** алкоголя равна приблизительно 10 г этилового спирта (25 мл. водки)

Индекс массы тела (ИМТ) - специальный показатель, который высчитывается при помощи таблиц или по формуле: $(ИМТ = \text{вес кг} : \text{рост в м. в квадрате})$.

Большой объем полученных данных имеет огромное количество вариантов их интерпретации в разрезе различных характеристик и их сочетаний. В случае, если в данной работе Вы не нашли интересующие Вас сведения, Вы можете обратиться за расчётом по адресу электронной почты: gcmeprof1@zdrav.spb.ru, отдел мониторинга здоровья населения СПб ГКУЗ «ГЦОЗиМП».

Оглавление

Социально-демографические характеристики выборки	6
Факторы риска: коротко о главном	9

ОЦЕНКА ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА

Курение табака и потребление никотина.....	10
Употребление алкоголя.	22
Потребление овощей и фруктов.	30
Потребление соли.....	36
Потребление рыбы.	40
Индексы качества диеты.....	42
Физическая активность.....	46

ОЦЕНКА ОБЪЕКТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Рост, вес, индекс массы тела.	50
Окружность талии и бёдер.	54
История повышенного артериального давления.	62
История сахарного диабета.	66
История повышенного общего холестерина.	71

Рекомендации по здоровому образу жизни.....	77
Наличие факторов риска БСК.....	80
Диспансеризация.	81
Самооценка здоровья.....	83
Приверженность к здоровому образу жизни.....	86

Взаимосвязи факторов риска.	91
----------------------------------	----

Распространённость факторов риска в различных группах населения.....	106
Информационно-коммуникационная кампания.	110

Основные выводы по разделам.....	121
----------------------------------	-----

Рекомендации для системы здравоохранения города, Администраций районов и Правительства Санкт-Петербурга	124
--	-----

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Социально-демографические характеристики выборки.

Проведен анализ социально-демографических характеристик: возраст, пол, семейное положение, образование, и основной род занятости респондентов.

В анкетах «Мониторинга здоровья 2026» для устранения половозрастного смещения выборки относительно генеральной совокупности было выполнено статистическое взвешивание с расчетом весовых коэффициентов для каждой половозрастной группы.

Образование.

По уровню образования наибольшую долю составили респонденты, имеющие законченное высшее образование:

Уровень образования респондентов, %

Табл.1

	М%	Ж%	Оба пола, %
законченное высшее	71,6	63,7	67,1
профессиональное среднее	13,2	26,3	20,6
общее среднее	3,7	4,2	4,0
незаконченное высшее	4,5	3,2	3,8
учёная степень	5,2	1,3	3,0
неполное среднее	1,3	1,1	1,2
нет или начальное образование	0,5	0,3	0,4

Семейное положение.

Большую часть респондентов составляют респонденты, состоящие в браке:

Семейное положение респондентов, %

Табл.2.

Семейное положение	М%	Ж%	Оба пола, %
женат/замужем в настоящее время	55,7	46,4	50,5
холост/не замужем (никогда не был(а))	27,3	18,2	22,1
разведён/разведена	7,7	15,6	12,2
вдовец/вдова	1,7	13,3	8,3
состоят в гражданском браке	6,1	5,0	5,5
женат/замужем, но живут раздельно	1,4	1,5	1,5

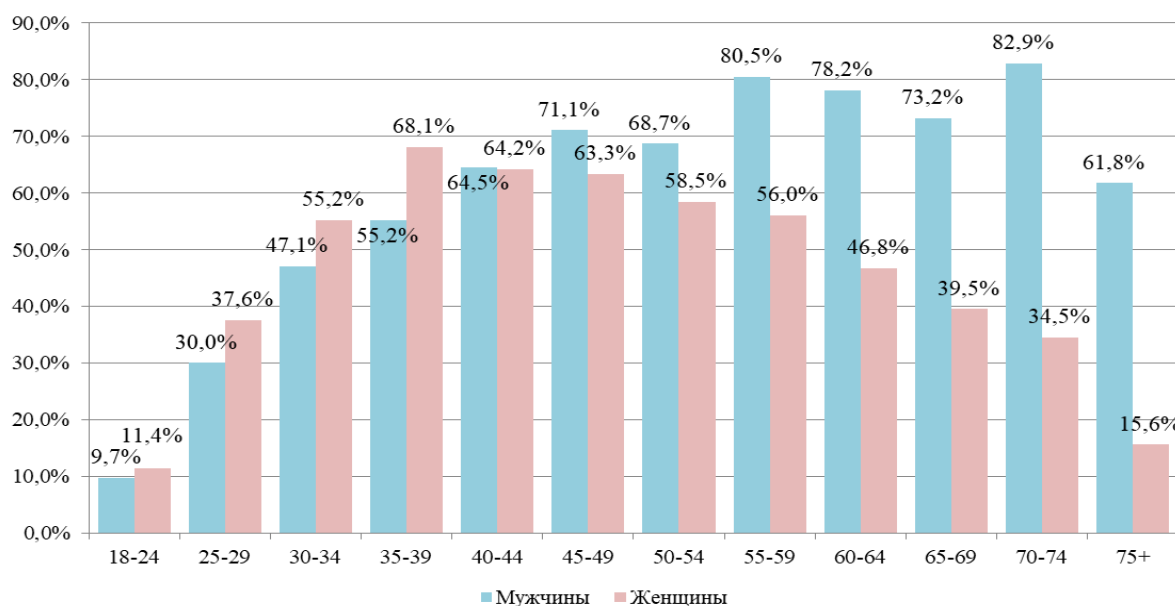
Вторую группу, 1/5 всей выборки, составляют респонденты, никогда не состоявшие в браке. На третьем и четвертом месте, в сумме также 1/5 от выборки, – респонденты, имевшие опыт брака, но на данный момент в нём не состоящие по причине смерти супруга или развода.

В целом, мы видим, что оценка своего семейного положения имеет свои особенности при распределении по полу, возрасту и т.п. (рис.1).

Абсолютное большинство не вступает в брак до 30 лет, однако, начиная с этого возраста большинство респондентов создают семью, по крайней мере, один раз в жизни (рис.2).

Доли респондентов, состоящих в браке в группах по полу и возрасту, %.

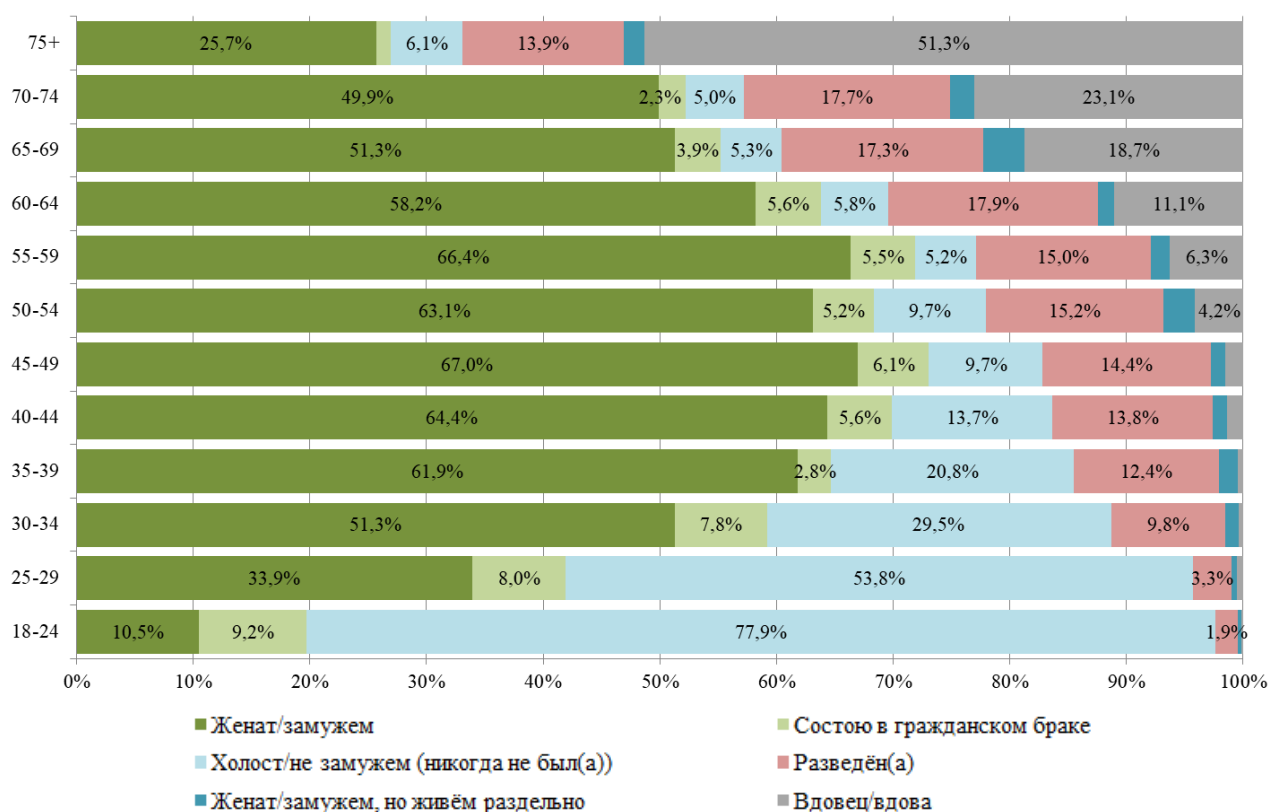
Рис.1



Мужчины вступают в брак в среднем позже женщин, но в большей степени сохраняют этот статус в течение всей жизни.

Возрастные группы и семейное положение, %.

Рис.2



Если принять, что совместным проживанием характеризуется брак и «гражданский» брак, то одиночество, как один из стрессовых факторов риска для здоровья, присутствует во всех возрастах, минимум – 27,0% в возрасте 45-49 лет, и начинает свой рост по естественным причинам в популяции с возраста 60 лет.

Начиная с этого возраста и, особенно, 75+ программы вовлечения в активную социальную жизнь наиболее актуальны для профилактики стресса и связанных с ним ХНИЗ.

Особенностью онлайн-опроса, инициированного и продвигаемого через администрации районов Санкт-Петербурга, стало то, что 80% участников являлись представителями работников бюджетной сферы/государственных учреждений, что, безусловно, не отражает распределение рода занятий в генеральной совокупности и служит лишь характеристикой выборки.

По роду занятости опрошенные граждане являются:

Род занятости респондентов, Мониторинг здоровья 2026, %

Табл.3.

Род занятости	М%	Ж%	Оба пола, %
работники государственного (бюджетного) сектора	78,6	82,7	80,9
пенсионеры	7,1	11,0	9,3
работники частного сектора	8,5	3,5	5,7
учащиеся	1,6	0,6	1,0
безработные, способные к труду	0,5	0,2	0,3
предприниматели	1,5	0,5	0,9
домохозяйка	0,1	0,8	0,5
безработные, не способные к труду	0,1	0,1	0,1
отказ от ответа	2,0	0,6	1,2

Таким образом, трудоспособное работающее население составляют подавляющее большинство респондентов в выборке. Влияние этого положения на основные поставленные вопросы требует дополнительного изучения. В текущем исследовании принято, что благодаря масштабности выборки, влияние этого положения на данные минимально.

В выборке «Мониторинга здоровья 2025», более равномерной с точки зрения случайности выбора респондентов, по роду занятий респонденты являлись:

Род занятости респондентов, Мониторинг здоровья 2025, %

Табл.4.

Род занятости	М%	Ж%	Оба пола, %
пенсионеры	27,9	34,1	31,3
работники государственного (бюджетного) сектора	26,3	31,1	28,9
работники частного сектора	24,0	15,3	19,3
учащиеся	6,5	4,4	5,3
безработные, способные к труду	5,2	3,5	4,3
предприниматели	4,9	1,9	3,3
домохозяйка	0,3	5,4	3,1
безработные, не способные к труду	1,9	1,6	1,8
отказ от ответа	2,6	2,7	2,2

Данное распределение более чётко отражает структуру генеральной совокупности взрослого населения города.

Факторы риска: кратко о главном

Распространённость факторов риска, 2025-2026 год

Показатель	Всего	М	Ж	Примечание
Курят сейчас	26,1%	34,1%	20,0%	2023 год: 26,2% — практически без изменений
Риск пагубного потребления алкоголя	26,6%	35,6%	19,7%	среди всех опрошенных (35,5% среди выпивавших за 12 мес.)
Не съедают 5 порций овощей/фруктов в день	86,1%	88,3%	84,5%	норму ВОЗ выполняют лишь 13,9%
Регулярно досаливают пищу	34,2%	36,6%	32,3%	—
Недостаточная физическая активность	62,3%	57,5%	67,8%	не выполняют рекомендованную ВОЗ норму нагрузки
Избыточный вес и ожирение	58,2%	64,0%	53,9%	ИМТ ≥ 25
Повышенное давление / гипертония	51,5%	52,6%	50,7%	—
Повышенный холестерин	57,2%	53,5%	60,3%	с учётом лабораторных данных
Повышенная глюкоза / диабет	14,8%	12,6%	16,7%	с учётом лабораторных данных

Приверженность здоровому образу жизни:

- высокий уровень — 3,6%;
- умеренный уровень — 29,7%.

Сочетание факторов риска БСК (из 5: питание, активность, вес, давление, курение)

- 2 и более факторов одновременно — 47,7%
- 3 и более факторов одновременно — 29,7%
- Все 5 факторов сразу — 3,4%

Выводы, требующие внимания:

1. Масштаб проблемы с алкоголем — больше миллиона человек

≈ 1,2 млн взрослых петербуржцев имеют риск пагубного потребления алкоголя (26,6% от всех опрошенных, 35,5% среди тех, кто пил за последний год). Хуже всего ситуация у мужчин 45–49 лет — 45,8% в этой группе.

2. Вес растёт быстрее всего у молодёжи, а не у старших

За 3 года доля мужчин 18–34 лет с нормальным ИМТ упала на 18,5 п.п. (у женщин того же возраста — на 13,1 п.п.). Самый резкий обвал «нормы» — не в старших группах, а в самой молодой.

3. Опрошенные сами завышают свою активность

46,5% респондентов сначала отчитались, что выполняют норму физической активности ВОЗ. После того как из ответов убрали статистически невероятные значения (например, «более 4 часов активности в день»), реальный показатель составил 36,7%. Разница — почти 10 п.п. чистого эффекта социальной желательности в самоотчёте.

ОЦЕНКА ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА.

Курение табака и потребление никотина

Данный раздел включает в себя результаты по следующим показателям: наличие у респондента привычки употреблять табачные изделия в настоящее время и в прошлом; возраст начала курения; стаж курения; количество изделий, выкуриваемых ежедневно; тип употребляемой табачной продукции и т.д.

Некурящим респондентам задавался вопрос, подвержены ли они воздействию табачного дыма на работе или в домашних условиях.

Для наглядности во время опроса использовались демонстрационные карточки с изображением табачных изделий.

Доля респондентов, **курящих** в настоящее время, среди всех опрошенных составила **26,1%** (ответ на вопрос «Курите ли Вы любое из изделий с табаком или никотином: сигареты, вейпы/электронные сигареты, стики (система нагревания табака), кальян и др.?» - «Да»).

Доля респондентов, курящих в настоящее время

Табл.5.

	Мониторинг здоровья 2023			Прирост	Мониторинг здоровья 2026		
Возраст/Пол	М	Ж	Оба пола	Оба пола, п.п.	М	Ж	Оба пола
18-34	45,0%	37,1%	41,0%	-5,7	41,2%	29,5%	35,3%
35-54	40,5%	17,2%	28,2%	1,2	35,8%	23,6%	29,4%
55-74	35,6%	5,2%	17,3%	-0,2	25,0%	12,5%	17,1%
75+	13,6%	4,3%	6,6%	0,4	11,4%	5,7%	7,0%
Всего	39,0%	16,4%	26,2%	-0,07	34,1%	20,0%	26,1%

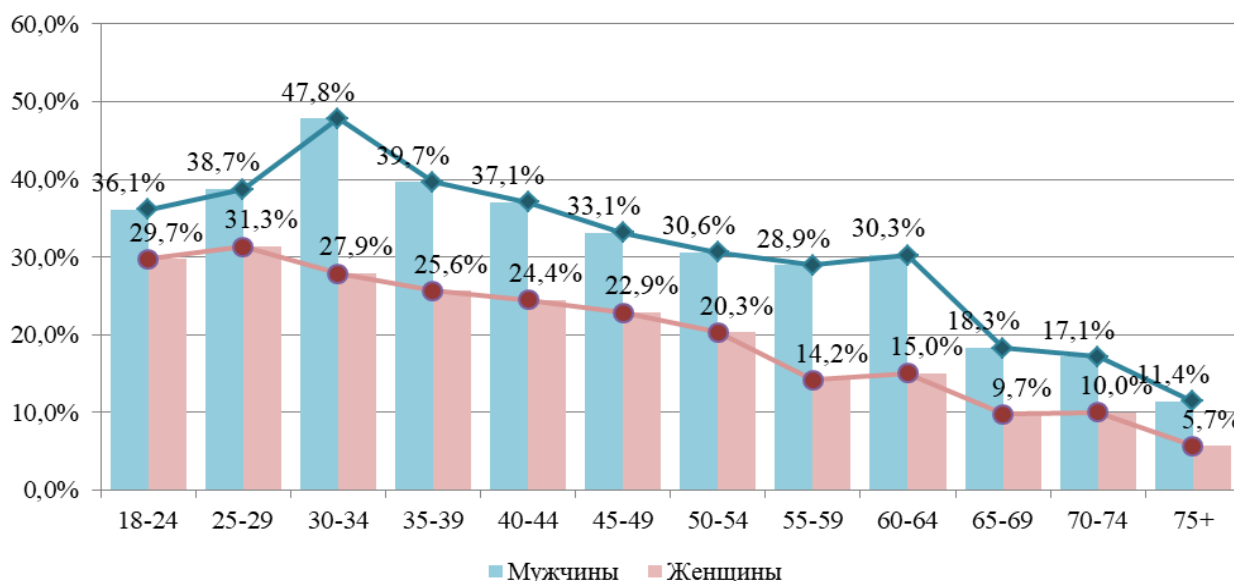
В исследовании 2023 года доля курящих составила **26,2%**. Ключевым драйвером позитивных изменений выступает молодая возрастная когорта 18–34 года, где зафиксировано наиболее интенсивное и значимое снижение распространенности фактора риска — на 5,7 п.п. за трехлетний период. Незначительные колебания в остальных возрастных группах находятся в пределах статистической погрешности.

Потребление никотина сохранилось наиболее выраженным в возрастной группе 18-34 года – в этом возрасте курят 35,3% респондентов. Как и в исследовании 2023 года, большинство курящих граждан также приходится на возраст 18-74 (97,9%).

Более подробная половозрастная структура курения в 2026 году выглядит следующим образом:

Доли респондентов, курящих в настоящее время, 2026 год

Рис.3.



Курящие состоят из респондентов, курящих регулярно – 20,6% и курящих эпизодически – 5,5%.

Доля респондентов в зависимости от общей интенсивности курения

Табл.6.

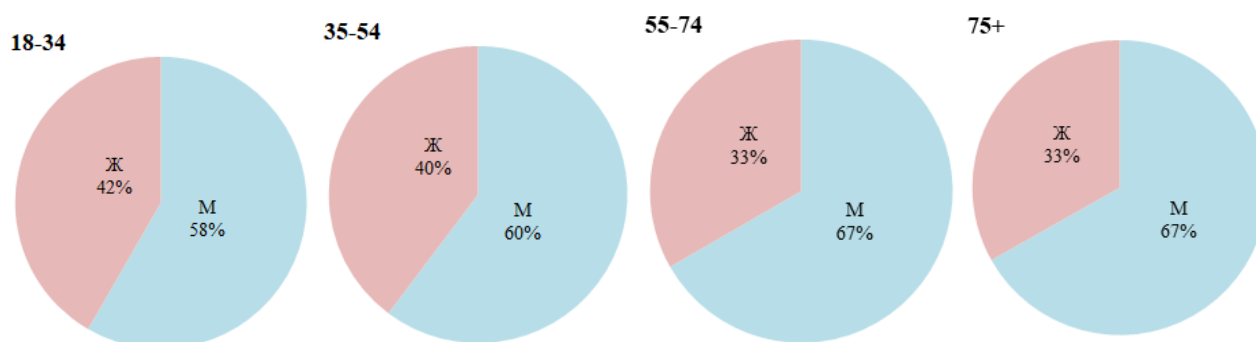
Возраст/Пол	Курят ежедневно			Курят не каждый день		
	М%	Ж%	Оба пола, %	М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	32,0%	21,3%	26,6%	9,3%	8,1%	8,7%
35-54	28,9%	18,7%	23,5%	6,9%	4,9%	5,9%
55-74	22,0%	9,6%	14,1%	3,0%	2,9%	3,0%
75+	8,6%	5,7%	6,3%	2,9%	0,0%	0,6%
Всего	27,6%	15,3%	20,6%	6,7%	4,6%	5,5%

Особенностью прошлого исследования стали практически равная распространённость курения среди мужчин и женщин молодого (18-34) возраста (52,1%/47,9%), точнее, **впервые** было зафиксировано отсутствие отличий в распространённости этой привычки между ними (p-value = **0.528**).

В текущем исследовании доли курящих среди мужчин и среди женщин распределились почти равномерно между всеми возрастными (~63%/37%), однако, заметен и возрастной градиент:

Доли М/Ж среди респондентов, курящих в настоящее время, в разных возрастных группах

Рис.4.



На этот раз отличия в распространённости курения между молодыми мужчинами и женщинами статистически было подтверждено, то есть мужчины, всё же, снова курят в большей степени, однако, стоит отметить, что эта разница не очень большая.

Как и ранее курильщики употребляют чаще обычные сигареты (60,4% потребителей). Второе место разделили системы нагревания табака (СНТ) и электронные сигареты (вейпы) – 21,8% и 21,2% соответственно. Однако, половозрастное распределение предпочтений в курении имеет существенные различия.

Доля респондентов-курильщиков в зависимости от способа курения

Табл.7.

Возраст/Пол	Сигареты		Системы нагревания табака		Электронные сигареты (вейпы)		Кальян		Самокрутки, сигары, трубка и т.п. с табаком	
	М%	Ж%	М%	Ж%	М%	Ж%	М%	Ж%	М%	Ж%
18-34	50,4%	34,5%	20,5%	31,5%	34,8%	41,6%	13,5%	11,3%	4,4%	1,1%
35-54	65,9%	59,9%	23,9%	27,2%	11,9%	14,5%	8,5%	3,1%	4,0%	0,6%
55-74	92,1%	85,3%	2,9%	11,8%	8,1%	3,2%	1,1%	0,8%	2,3%	0,0%
75+	75,0%	75,0%	25,0%	0,0%	0,0%	12,5%	0,0%	12,5%	0,0%	37,5%
Всего	64,1%	55,5%	19,2%	25,2%	20,1%	22,5%	9,2%	6,0%	3,8%	1,8%

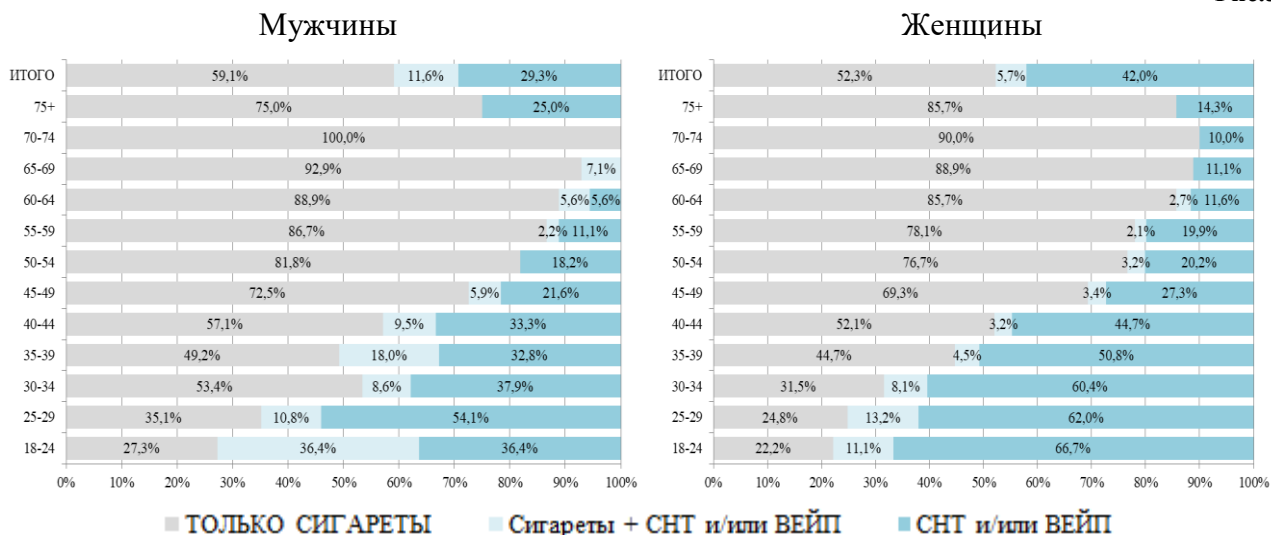
Так, молодые женщины в большей степени предпочитают вейпы, в остальных группах наибольшее предпочтение отдаётся сигаретам.

Очень часто курильщики комбинируют разные способы курения. В текущем исследовании в ответе на вопрос «В настоящее время что именно Вы курите регулярно?» кроме 6 видов конкретного предпочтения было выявлено **27 различных сочетаний** способов курения, например, сигареты и СНТ, сигареты и вейпы, сигареты и кальян, вейпы и кальян и т.д.

Вынося за скобки более редкие кальян, чистый табак и другие способы, более подробные половозрастные предпочтения в курении в 2026 году выглядит следующим образом:

Распределение долей среди курящих в зависимости от способа курения

Рис.5.



Таким образом, женщины 18-39 лет и мужчины 25-29 лет предпочитают в большей степени только электронные средства доставки никотина. Сочетанное курение сигарет и электронных средств максимально выражено у мужчин наиболее молодого возраста 18-24 года. Только сигареты начинают превалировать у обоих полов, начиная с 40 лет.

Доли курения различных видов продукции табачной промышленности среди курильщиков, %

Таб.8.

	Мужчины			Женщины			Оба пола		
	ТИ	ТИ+АСДН	АСДН	ТИ	ТИ+АСДН	АСДН	ТИ	ТИ+АСДН	АСДН
18-34	40,5%	17,6%	41,9%	26,5%	10,6%	62,9%	34,3%	14,5%	51,2%
35-54	62,0%	10,0%	28,1%	57,9%	3,6%	38,4%	60,2%	7,2%	32,6%
55-74	89,9%	4,0%	6,1%	84,8%	1,6%	13,6%	87,5%	2,9%	9,6%
75+	66,7%	0,0%	33,3%	85,7%	0,0%	14,3%	79,4%	0,0%	20,6%
Всего	58,8%	11,7%	29,5%	52,3%	5,7%	42,0%	55,9%	9,0%	35,1%

*ТИ – табачные изделия, АСДН – альтернативные средства доставки никотина.

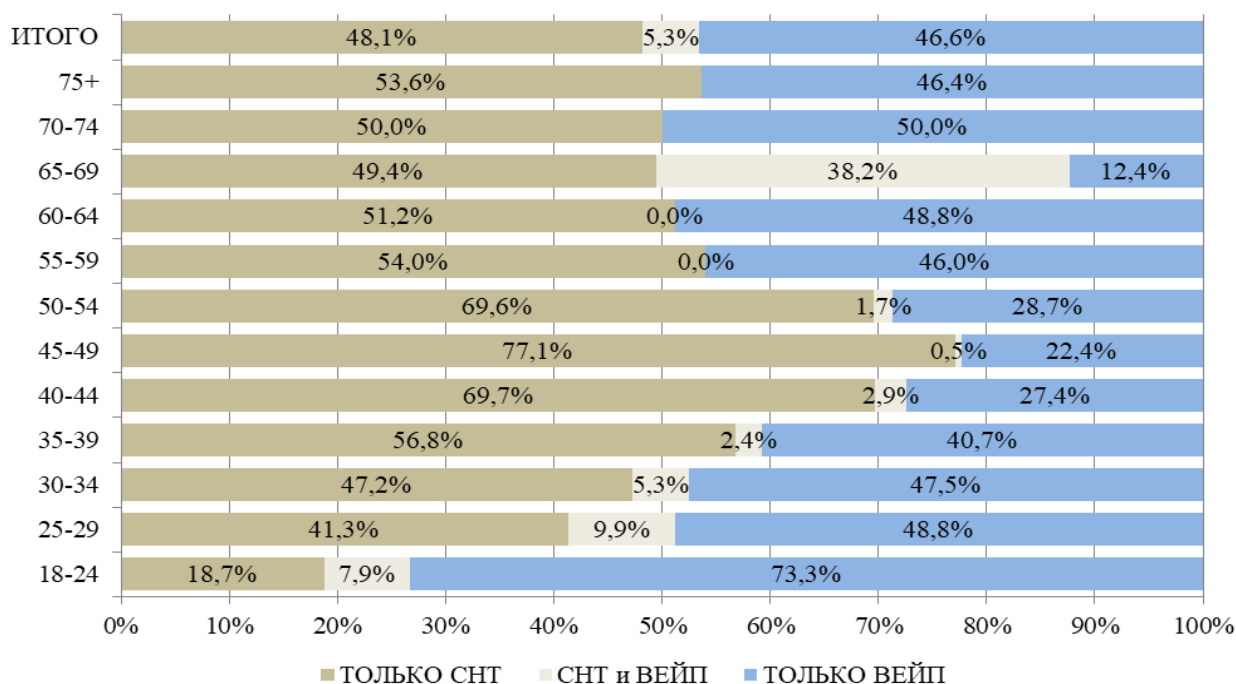
Как и ранее, треть курильщиков используют АСДН, а среди молодёжи – обратное распределение – только треть использует традиционные ТИ.

Альтернативные средства доставки никотина за три года наблюдений не изменили своего места в привычке курения, и, при сохранении текущего статуса, претендуют вытеснить традиционные виды табачных изделий.

Предпочтения в электронных средствах доставки никотина (СНТ и вейпы) распределились следующим образом: предпочтения разделены поровну, однако, молодёжь больше предпочитает вейпы, а, начиная с 35 лет, предпочтение отдаётся СНТ.

**Распределение долей среди курящих в зависимости
от способа курения электронных средств доставки никотина, оба пола**

Рис.6.



Средний возраст начала курения, когда впервые был употреблён никотин – 18,6 лет, респонденты указывали возраст от 4 (очевидно, первые пробы без регулярного курения) до 64 лет. Отдельные случаи возраста начала курения с каждым исследованием всё чаще имеют значение более 40 лет.

Среднее количество **сигарет**, используемых соответствующими курильщиками, уменьшилось с 11,7 до 10,6 шт. в день (мужчины – 15 шт., женщины – 10 шт.).

Среднее количество выкуриваемых сигарет среди ежедневных курильщиков

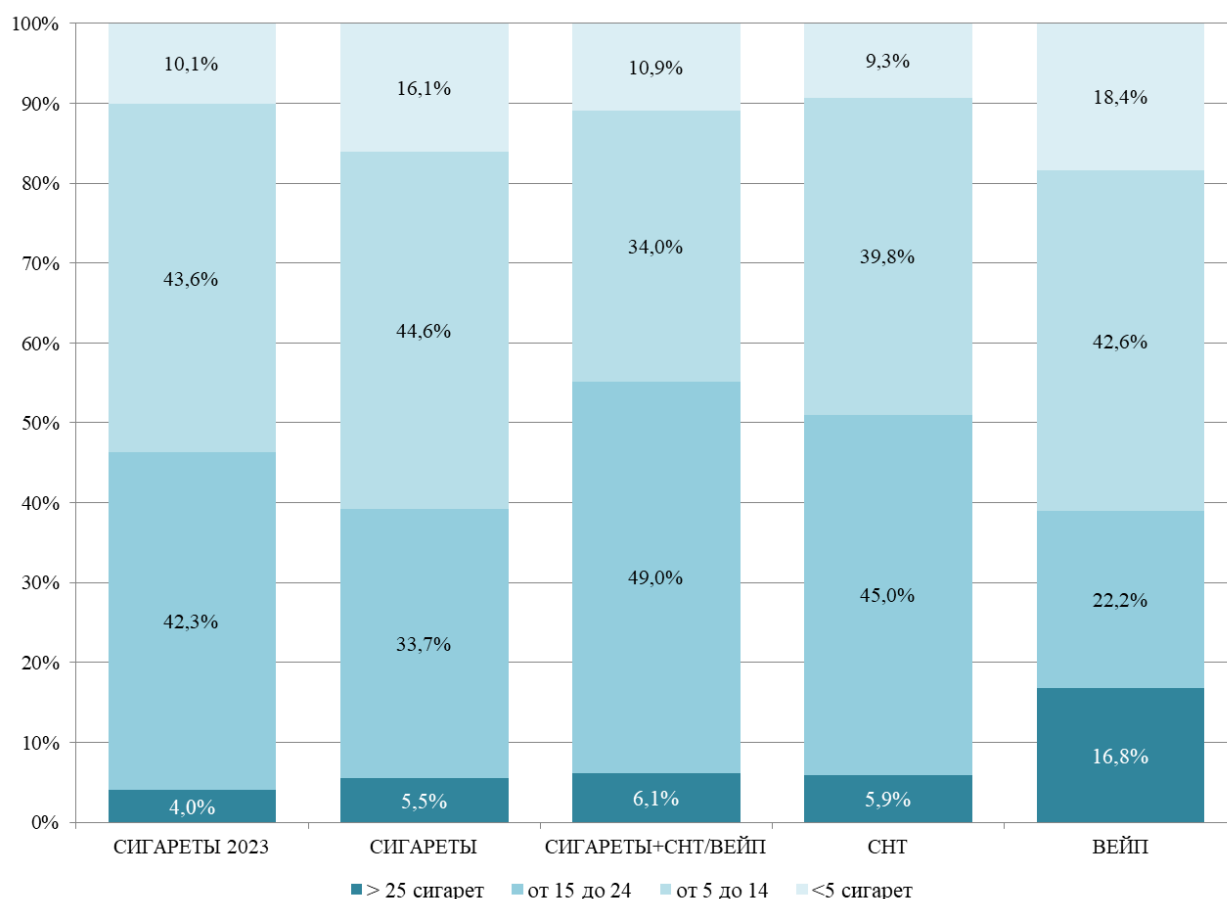
Табл.9.

	2023				2026		
	М	Ж	Оба пола		М	Ж	Оба пола
18-34	12	8	10	18-34	13,5	8,9	10,4
35-54	13	10	12	35-54	14,7	9,8	10,6
55-74	14	12	14	55-74	14,9	9,4	10,8
75+	10	8	9	75+	10	10,5	10,5
Всего	12	9	11,7	Всего	14,8	9,6	10,6

В сравнении с 2023 годом картина по курению сигарет стала более ровной. Резкий откат в интенсивности курения среди мужчин начинается в возрасте 75+ (оговорка о малой выборке).

В исследовании впервые была предпринята попытка оценить интенсивность курения не только традиционных промышленных сигарет, но и других средств доставки никотина – СНТ и вейпов. Вопрос был поставлен следующим образом: «Сколько сигарет или стиков Вы выкуриваете в день? В случае с вейпом/электронной сигаретой, любым изделием с никотином сколько у Вас подходов в день? (целое число)». Представляется, что «подход» к вейпу, заканчивающийся удовлетворением потребности в никотине, условно равен одной сигарете. Забегая вперёд, вопрос у респондентов вызвал определённые сложности.

Поскольку, как было сказано ранее, очень часто способы курения сочетаются, курильщики давали общее, суммарное количество сигарет/стиков/подходов в день.



В сравнении с исследованием 2023 года интенсивность курения сигарет несколько снизилась и перераспределилась с 15-24 сигарет в сторону курения менее 5 сигарет в день.

Когда же мы сравниваем интенсивность курения только сигарет с другими наиболее распространёнными сочетаниями и способами курения, то оказывается, что во всех случаях курение происходит **чаще**.

Уровень более 25 «подходов» в день выделяется в вейпах, и, по всей вероятности, ответ вызвал затруднение, подсчитать точное количество парения респондентам не удалось, в 6% случаев ответом был ответ «100», «1000» и т.п., что означает «много» или «не могу сосчитать». Можно предположить, что вейпинг формирует паттерн непрерывного, неконтролируемого потребления никотина. В отличие от сигареты, у которой есть физический конец, электронные устройства курятся фоном в течение всего дня, что, вероятно, приводит к стиранию границ сессии курения и усугубляет зависимость у молодежи.

Уровень 15-24 сигареты/стика/подхода, то есть примерно пачка в день, значимо более характерен для курения СНТ и сочетанного курения сигарет и электронных средств доставки никотина.

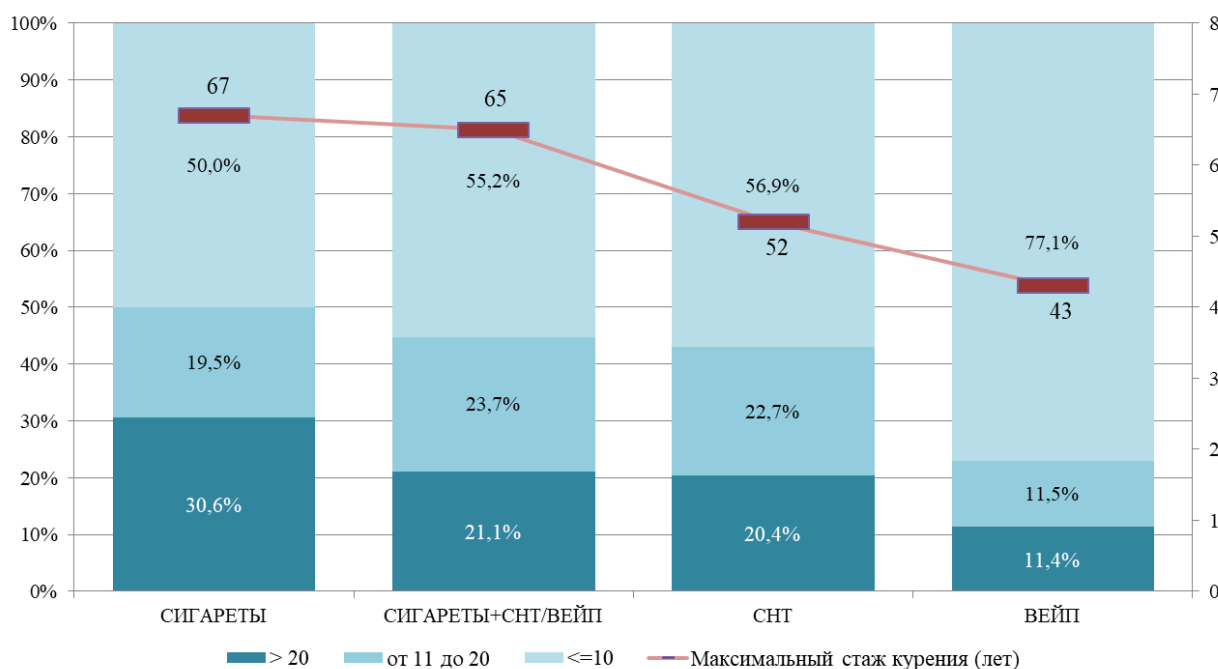
Стаж курения респондентов варьируется от двух месяцев до 67 лет.

На основании полученных данных в исследовании произведён подсчёт и сравнение **индекса курения** (индекс «пачка-лет», ИК) - показателя, отражающего совокупный объём потребления табака. Значение выше 10 пачка-лет указывает на высокий риск развития хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), а более 20 — на критически высокий риск онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний.

Очевидно, что по доли высоких значений ИК выше у курильщиков сигарет, однако, вероятно это связано с относительно недавним распространением альтернативных средств доставки никотина и меньшим значением стажа курения данных средств при расчёте ИК, что видно по максимальному стажу курения в этих группах.

Доли курильщиков с учётом индекса курения, оба пола

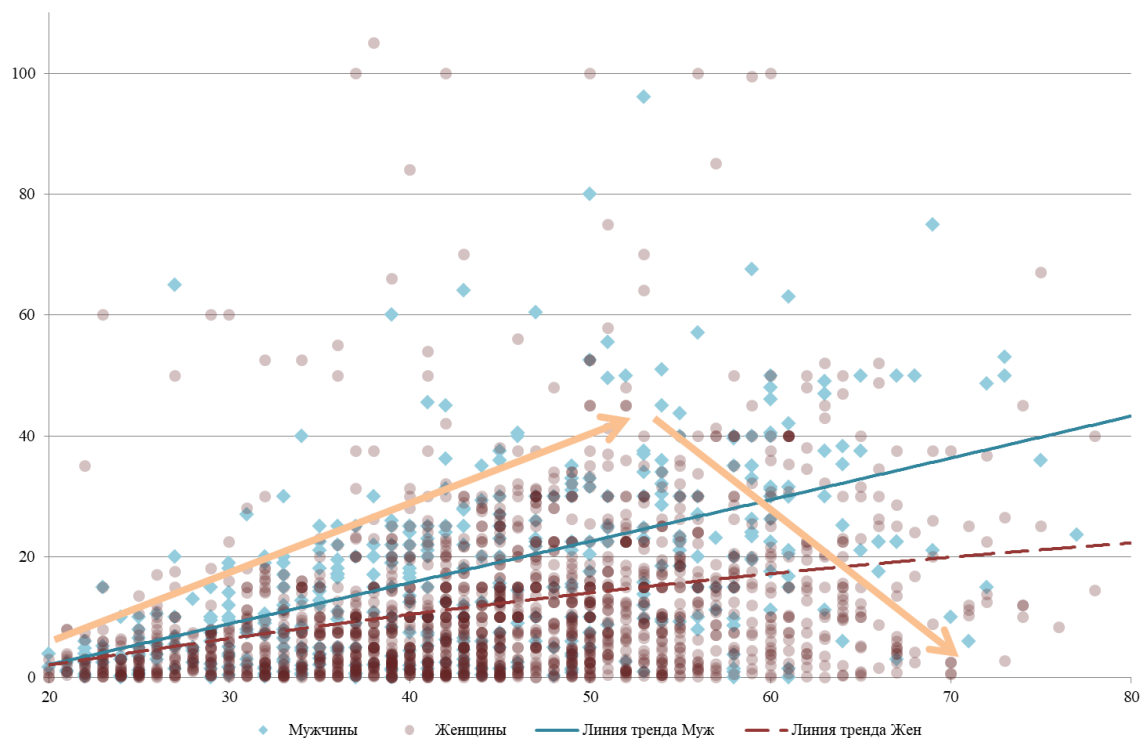
Рис.8



При построении общего графика распределения индекса курения в зависимости от возраста мы получаем следующую картину:

Распределение индекса курения по возрасту

Рис.9



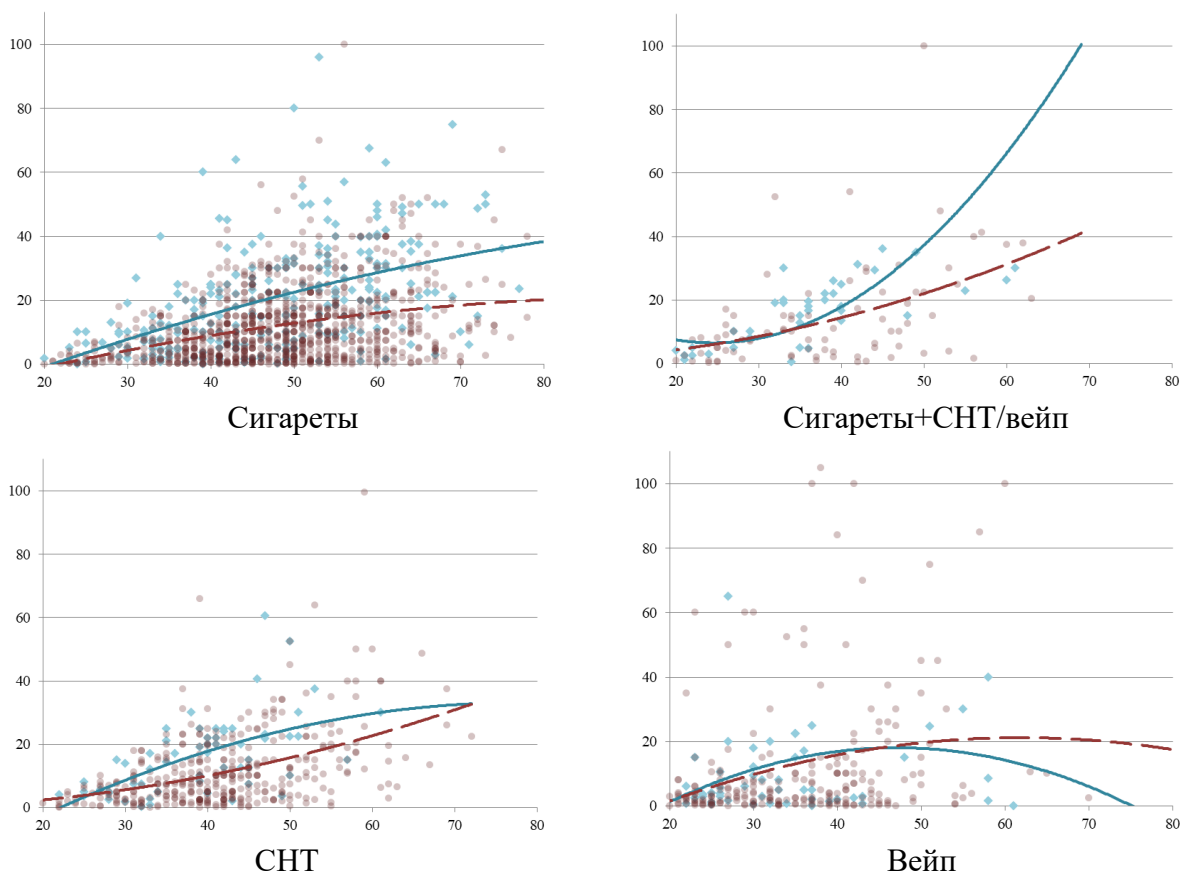
Основная масса значений ИК имеет пик роста в районе 52 лет до уровня 40 и далее резко снижается до минимальных значений к 70 годам. Вероятно, это означает предельный возраст, с которого курильщики в общей массе по тем или иным причинам снижают частоту курения. Остальные значения выбиваются из общей массы. Единичные максимальные значения ИК регистрируются только до возраста 60 лет.

По линиям тренда очевидна большая частота курения у мужчин, чем у женщин при одинаковом стаже курения.

Если сравнивать графики распределения индекса курения по основным способам потребления никотина, то мы увидим следующее:

Распределение индекса курения по возрасту в разных способах курения

Рис.10



Общий график повторяется в сигаретах, для остальных способов он имеет отличный вид, смещённый массивом данных к более молодому возрасту. Экспоненциальный взлет линии тренда для сочетанного курения в старших возрастах носит математический характер и обусловлен единичными экстремальными значениями стажа у немногих оставшихся курильщиков этой группы.

Бывшие курильщики в 2026 году составили 17,1% (10,3% в 2023) от общего числа опрошенных. Большинство среди бросивших курить - мужчины в возрасте старше 55 лет (41,0%). Средний возраст отказа от курения – 35 лет, от наиболее частого у женщин – 30 лет до наиболее частого у мужчин – 40 лет.

Доли респондентов, куривших ранее и отказавшихся от курения.

Табл.10.

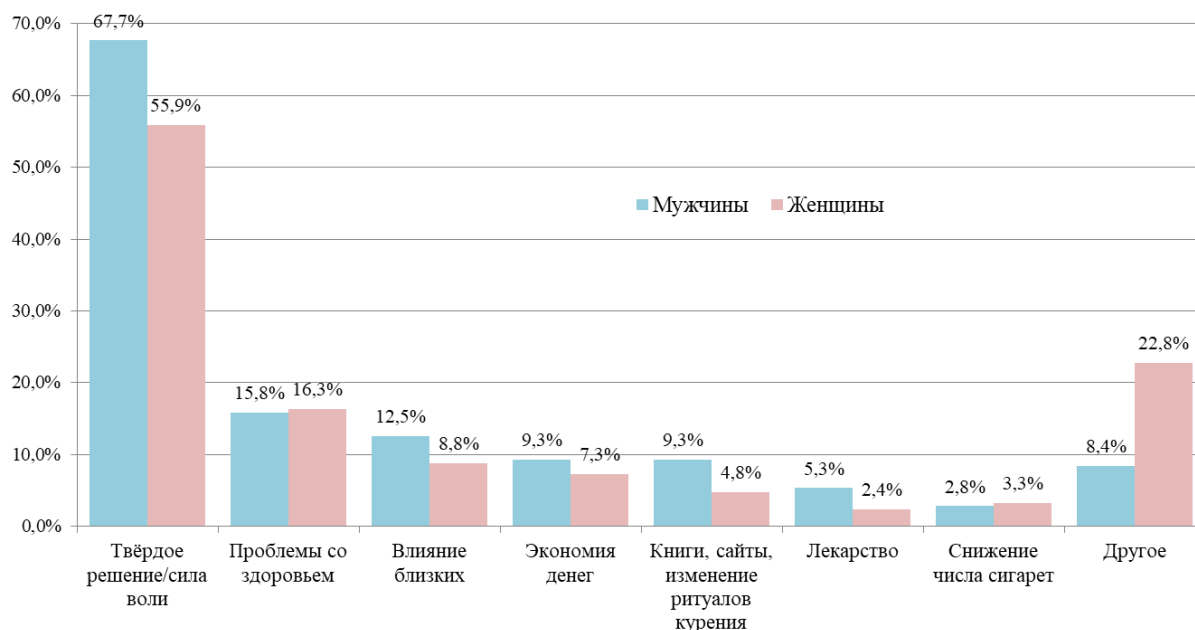
Возраст/Пол	Мониторинг здоровья 2023			Прирост Оба пола, п.п.	Мониторинг здоровья 2026		
	М%	Ж%	Оба пола, %		М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	6,1%	1,7%	3,9%	8,3	12,7%	11,8%	12,2%
35-54	12,4%	7,1%	9,6%	9,3	20,9%	17,0%	18,9%
55-74	17,9%	11,4%	14,0%	6,7	33,9%	13,0%	20,7%
75+	33,7%	14,0%	18,7%	-4,3	38,2%	7,8%	14,4%
Всего	13,2%	8,1%	10,3%	6,8	21,7%	13,6%	17,1%

Бросивших курить респондентов по отдельным половозрастным группам стало значимо больше. Причиной этому может служить как и проводимая с населением работа по мотивации к отказу от курения, так и накопленный опыт эффективности предлагаемых для этого методик.

В исследовании был задан вопрос о том, что, по мнению опрошенных, помогло им отказаться от курения. Наиболее популярной причиной отказа стало «Твёрдое решение и сила воли» - 62,4% этой группы. С большим отрывом на втором месте причиной отказа от курения стали «проблемы со здоровьем» - 16,1%.

Причины, оказавшие помощь в отказе от курения, по полу

Рис.11.



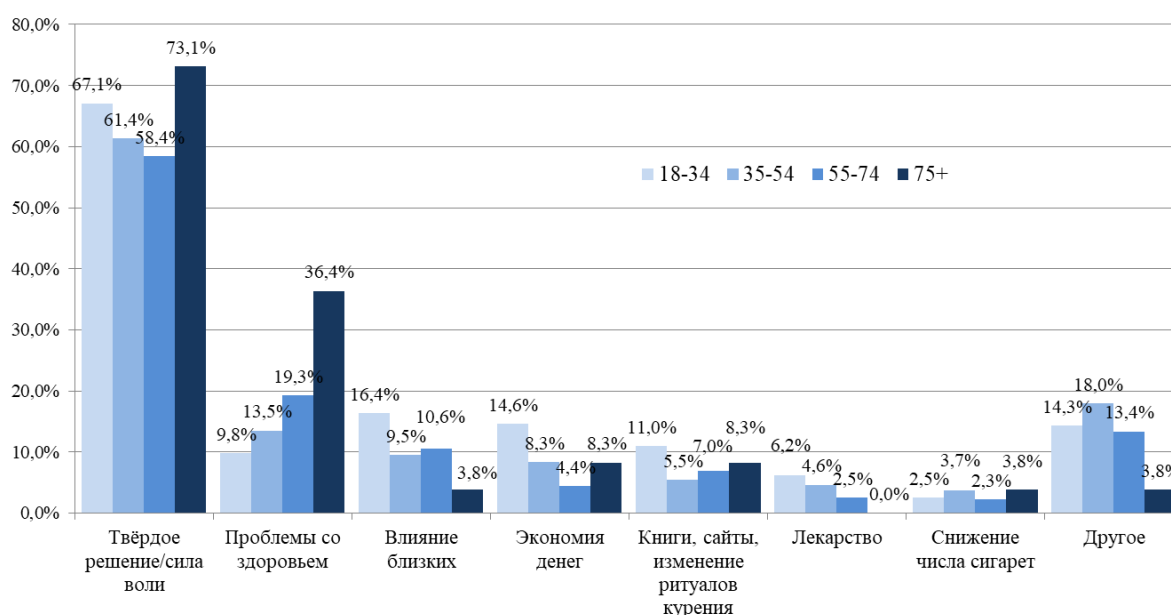
Среди женщин на втором месте оказался ответ «Другое». Опрос, к сожалению, не учёл какую-то важную для женщин причину. Вероятно, ею стала подготовка к беременности.

Эта гипотеза верифицируется данными о попытках отказа от курения: пик превентивной активности среди женщин приходится именно на возраст 25–29 лет (44,7%). Высокая доля ответа «Другое» (22,8%) в сочетании с выраженной активностью в этой возрастной когорте, вероятно, указывает на сильный скрытый фактор планирования семьи и рождения детей, характерный для молодых жительниц мегаполиса

Несколько отличаются причины отказа от курения и у разных возрастных групп.

Причины, оказавшие помощь в отказе от курения, по возрастам

Рис.12



Вынося за скобки ответ «твёрдое решение/сила воли», для возраста 35-74 и, особенно, для 75+ - ожидаемо с большим отрывом - причиной отказа от курения послужили проблемы

со здоровьем. Для молодёжи помощью стало влияние близких, необходимость экономии денег, а также книги, сайты по отказу от курения. В дальнейшем необходимо проанализировать дополнительные причины и предложить в будущем опросе варианты из категории «другое».

Никогда не курили от общего числа опрошенных 56,8%, среди них мужчины – 37,0%, женщины – 63,0%. Всё меньше людей не имеют опыта потребления никотина.

Распределение никогда не куривших респондентов по полу и возрасту.

Табл.11.

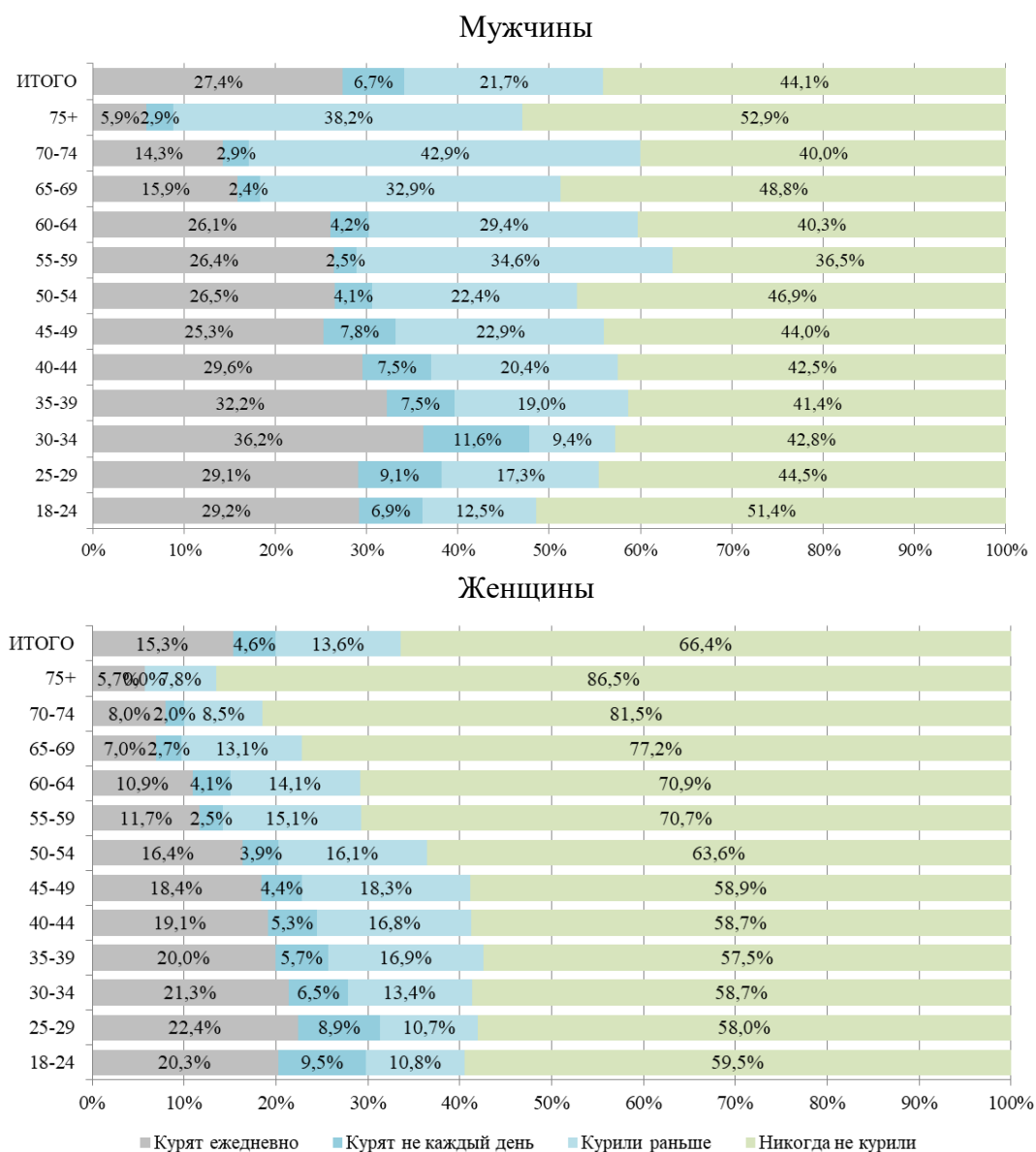
Возраст/Пол	Мониторинг здоровья 2023			Прирост Оба пола, п.п.	Мониторинг здоровья 2026		
	М%	Ж%	Оба пола, %		М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	44,9%	60,4%	52,7%	-0,2	46,3%	58,7%	52,5%
35-54	45,6%	74,3%	60,7%	-8,9	43,3%	59,4%	51,8%
55-74	46,4%	83,0%	68,4%	-6,3	41,0%	74,5%	62,1%
75+	52,8%	81,6%	74,7%	4,5	52,9%	86,5%	79,2%
Всего	46,1%	74,7%	62,3%	-5,5	44,1%	66,4%	56,8%

Также появляется значимая разница в этих долях, начиная с возраста 75+, что может означать *вероятное* влияние курения на продолжительность жизни.

В итоге, оценивая статус курения, сегодня разделить потребление никотина на разные способы не представляется целесообразным, произошло слишком глубокое смещение всех способов.

Статус курения

Рис.13.

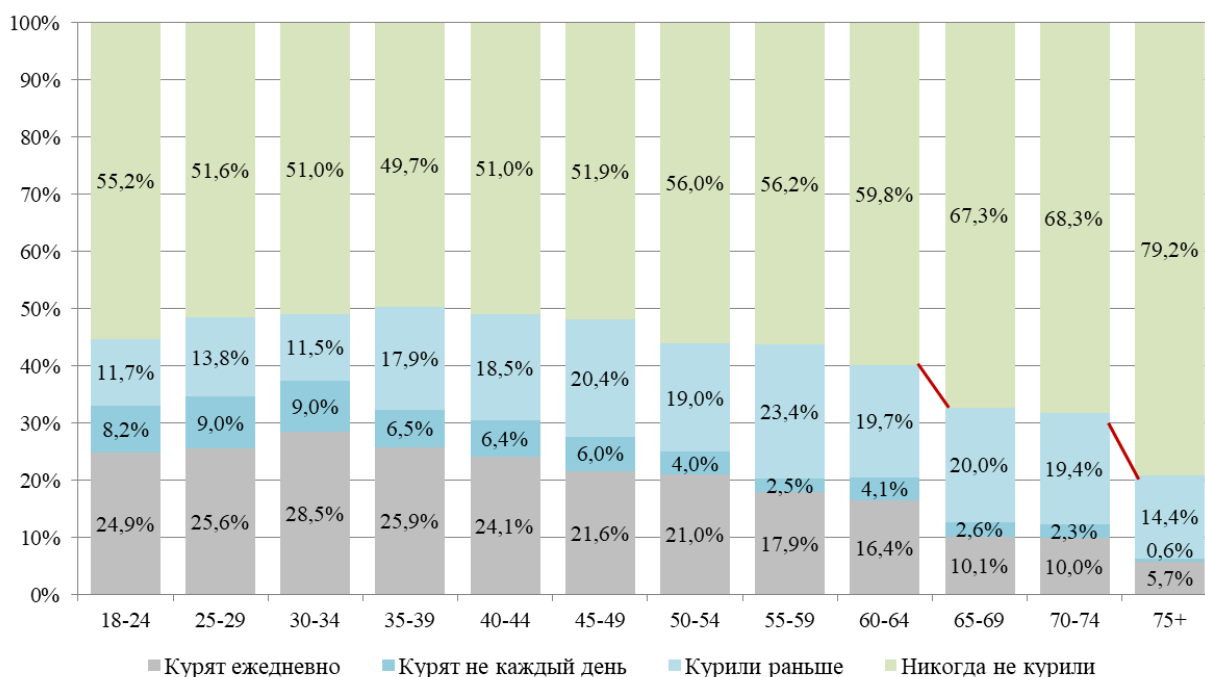


Статус курения мужчин и женщин значительно отличается, опыт курения для женщин менее характерен.

Как и в прошлых исследованиях, сочетание никогда не куривших совместно с некурящими в настоящее время в обоих полах в возрастной группе 75+ самое высокое – 93,7%. Значимый скачок доли по этому показателю происходит на рубеже 64-65 лет и 74-75 лет, что в сочетании с низкой распространённостью курения, малым количеством выкуриваемых сигарет среди курящих в этих возрастных группах снова делает курение **вероятным основным фактором риска**, влияющим на продолжительность жизни (курящие, как правило, не преодолевают порог 65-75 лет).

Статус курения, оба пола

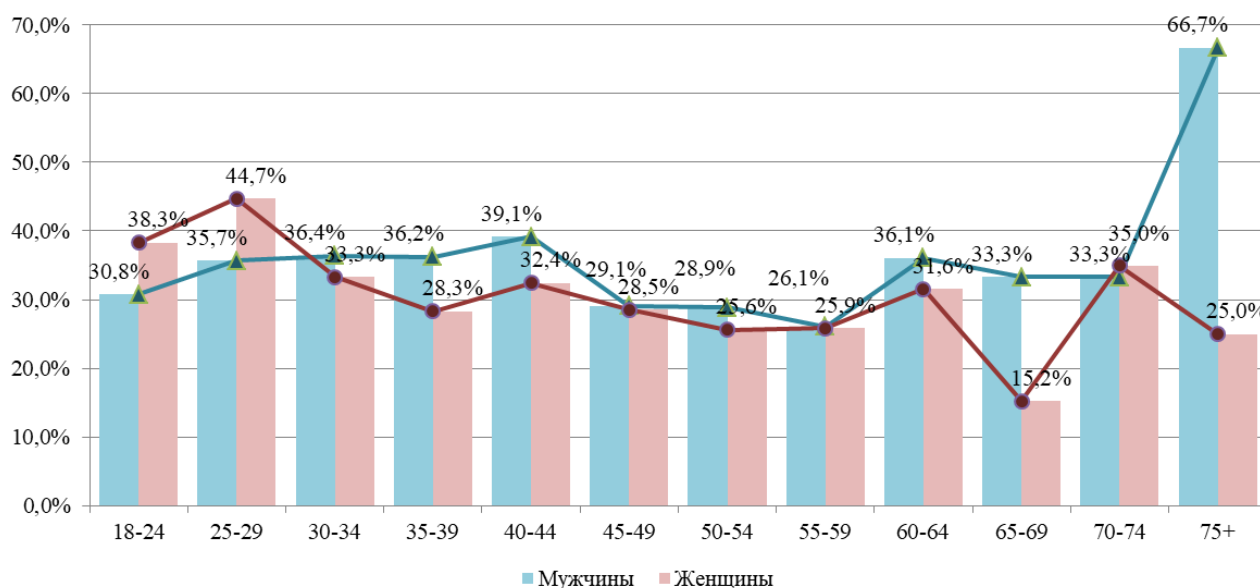
Рис.14.



Пытались сами бросить курить за последние 12 месяцев перед опросом треть, 33,4% курящих респондентов, в равной степени среди мужчин и женщин, значимо больше, чем в прошлом исследовании. В гендерном отношении больше проявляли активность мужчины старческого возраста 75+ – 66,7% курильщиков, и высокую активность – женщины возрастной группы 25-29 лет – 44,7% среди курящих.

Курильщики, которые пытались бросить курить

Рис.15.



Попытки бросить курить, очевидно, у мужчин связаны с проблемами со здоровьем, женщины проявляют такую активность, вероятно, с целью последующего зачатия и рождения ребёнка.

Если учесть курящих табак сейчас и в прошлом, то получится, что 39,6% когда-либо куривших табак смогли отказаться от этой привычки, 20,1% предпринимали безуспешные попытки и 40,3% курят и в данный момент не пытаются отказаться. Значимых отличий от прошлого исследования не обнаружено.

Доли респондентов по отношению к отказу от курения в возрастных группах, оба пола, %.

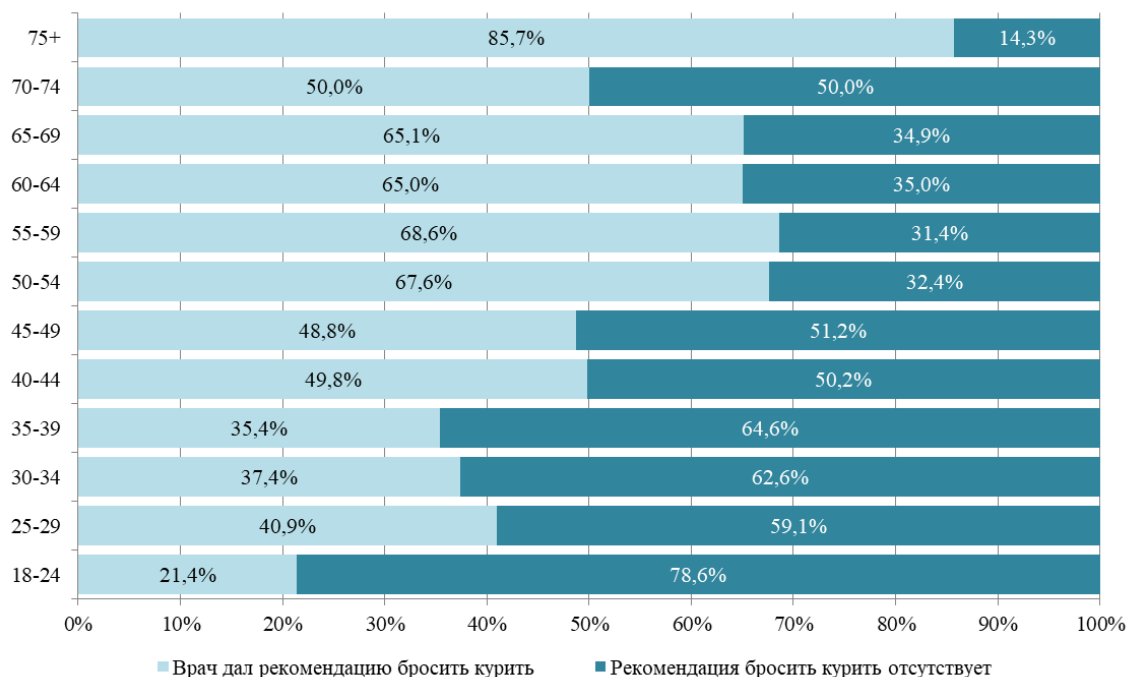
Табл.12.

Возраст	2023			Возраст	2026		
	Бросили курить	Пытались бросить	Отказа от курения не было		Бросили курить	Пытались бросить	Отказа от курения не было
18-34	18,1%	21,7%	60,2%	18-34	25,7%	26,8%	47,4%
35-54	31,3%	17,2%	51,5%	35-54	39,1%	19,6%	41,3%
55-74	45,3%	12,8%	41,9%	55-74	54,8%	13,4%	31,8%
75+	74,4%	7,0%	18,6%	75+	69,4%	11,5%	19,1%
Всего	44,5%	14,0%	41,5%	Всего	39,6%	20,1%	40,3%

Совет врача бросить курить получили 45,2% обратившихся к врачу курильщиков табака (мужчины – 49,1%, женщины – 40,8% случаев).

Курильщики и рекомендация врача бросить курить по возрастным группам

Рис. 16.



Превентивная онко- и кардионастороженность врачей в отношении табака в Санкт-Петербурге развита недостаточно, рубеж 50% не пройден в среднем, но пройден и заметно превышен почти во всех группах старше 50 лет. При этом критическая ситуация наблюдается среди молодежи: врачи реже всего рекомендуют бросить курить именно пациентам 18–24 лет (всего 21,4% советов), хотя именно они — основные потребители вейпов.

Пассивное курение.

Проблема пассивного курения остаётся весьма актуальной.

В результате опроса было выявлено, что подвергались пассивному курению дома 21.1% респондентов, среди мужчин – 21,7%, среди женщин – 20,6%.

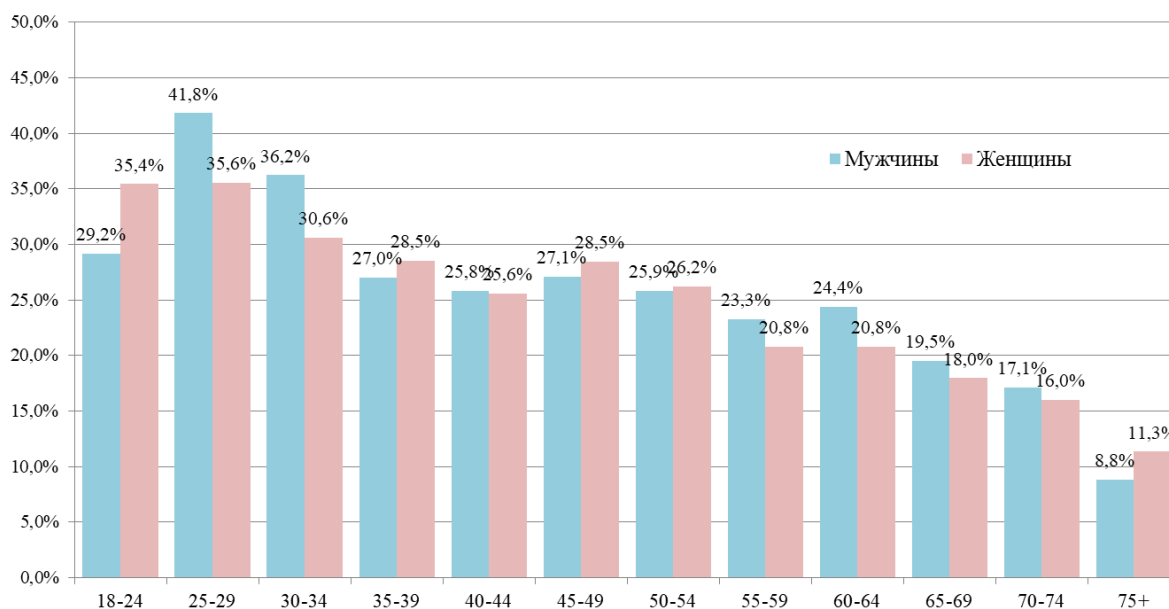
Доля пассивных курильщиков на рабочем месте составила 10,5%, среди мужчин – 13,7%, среди женщин – 8,2%.

Однако, часть из указанных респондентов подвергается сочетанному пассивному курению и дома, и на работе.

В результате объединения данных о случаях пассивного курения в разных местах было установлено, что так или иначе (дома и/или на работе) пассивному курению подвержены 26,0% опрошенных граждан, из которых половина, 49,8%, НЕ курят сами.

Доли респондентов, подвергавшихся пассивному курению, %

Рис.17.



Следует отметить, что для Санкт-Петербурга актуальной является проблема пассивного курения на уличных пространствах – в плотном пешеходном потоке по дороге на работу/к метро, на остановках и т.п. Низкая культура курения части граждан допускает потребление никотина в таких условиях в непосредственной близости от других людей вне специально выделенных мест.

Потребление части АСДН не сопровождается выделением большого количества дыма, или дыма с неприятным табачным запахом, поэтому, к сожалению, создаётся иллюзия возможности курения в общественном месте, на рабочем месте, внутри помещений, среди людей. Культура курения на сегодня в меньшей степени, чем ранее, предполагает использование специально отведённого для этого места.

Таким образом, тотальное исчезновение активных курильщиков из выборки после 75 лет (доля курящих падает до 7,0%, а сочетанное курение почти полностью отсутствует) в сочетании с тем, что 93,7% долгожителей Санкт-Петербурга либо никогда не курили, либо давно бросили, служит вероятным демографическим доказательством сверхсмертности никотинозависимого населения. Курение, предположительно, выступает жестким естественным фильтром, непреодолимым для большинства аддиктивных граждан на рубеже 65–74 лет.

Употребление алкоголя.

Данный раздел включает в себя результаты по следующим показателям: статус потребления алкоголя, частота и количество потребляемого алкоголя, а также риски, связанные с употреблением алкоголя. Потребление алкоголя было оценено в пересчете на стандартные дозы. Стандартная доза (порция) – это количество любого напитка, содержащее 10 г. чистого этилового спирта (этанол).

Использовались демонстрационные карточки с изображением часто употребляемых алкогольных напитков в виде стандартных порций (бутылка пива, бокал вина, рюмка водки и др.).

Сравнение текущих данных с данными прошлого исследования в большей части оказалось невозможным из-за грубого искажения полученных в 2023 году сведений.

Статус и частота потребления алкоголя

Среди опрошенных ни разу **не выпивали** алкоголь на протяжении **всей жизни** 12,4%, среди них мужчины составили треть - 34%, женщины – 66%:

Доли респондентов, не употреблявших алкоголь никогда в жизни.

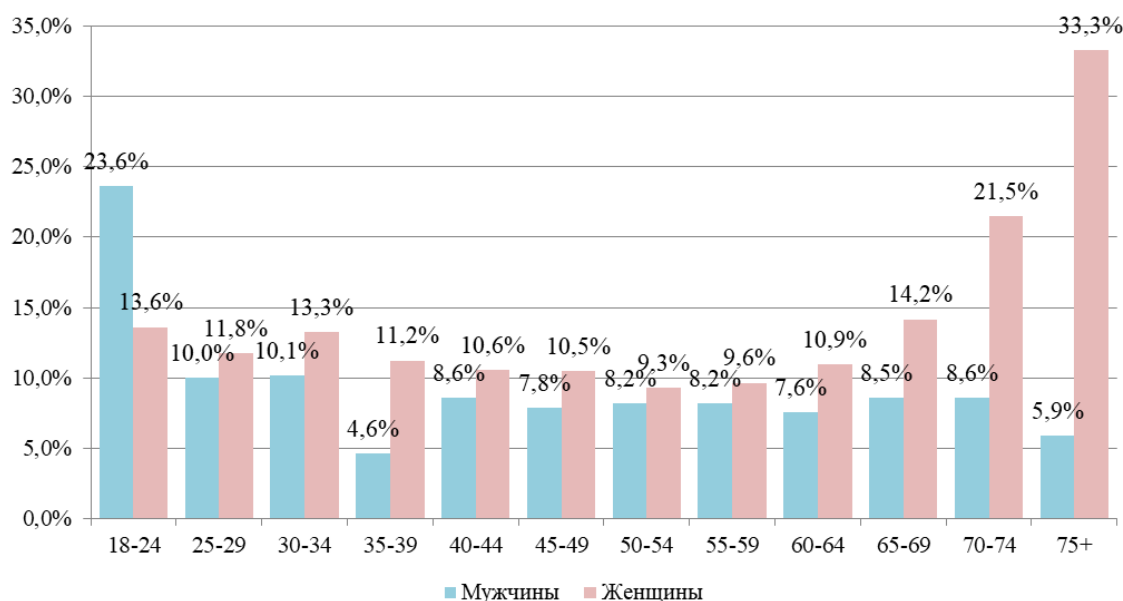
Табл.13.

Мониторинг здоровья 2026			
Возраст/Пол	М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	14,8%	12,9%	13,9%
35-54	7,1%	10,5%	8,9%
55-74	8,1%	13,4%	11,5%
75+	5,9%	33,3%	27,3%
Всего	9,8%	14,4%	12,4%

Лидерство в этом показателе продемонстрировали молодые мужчины и женщины 75+. При более подробном возрастном разделении полученные данные усиливаются:

Доли респондентов, не употреблявших алкоголь никогда в жизни.

Рис. 18.



Следующими по статусу потребления алкоголя учитываются респонденты, не выпивавшие алкоголь ни разу последние 12 месяцев и более, но потреблявших алкоголь когда-либо. Таких среди опрошенных оказалось 12,8%, среди них мужчины составили 39,8%, женщины – 60,2%.

Доли респондентов, не употреблявших алкоголь более 12 месяцев.

Табл.14.

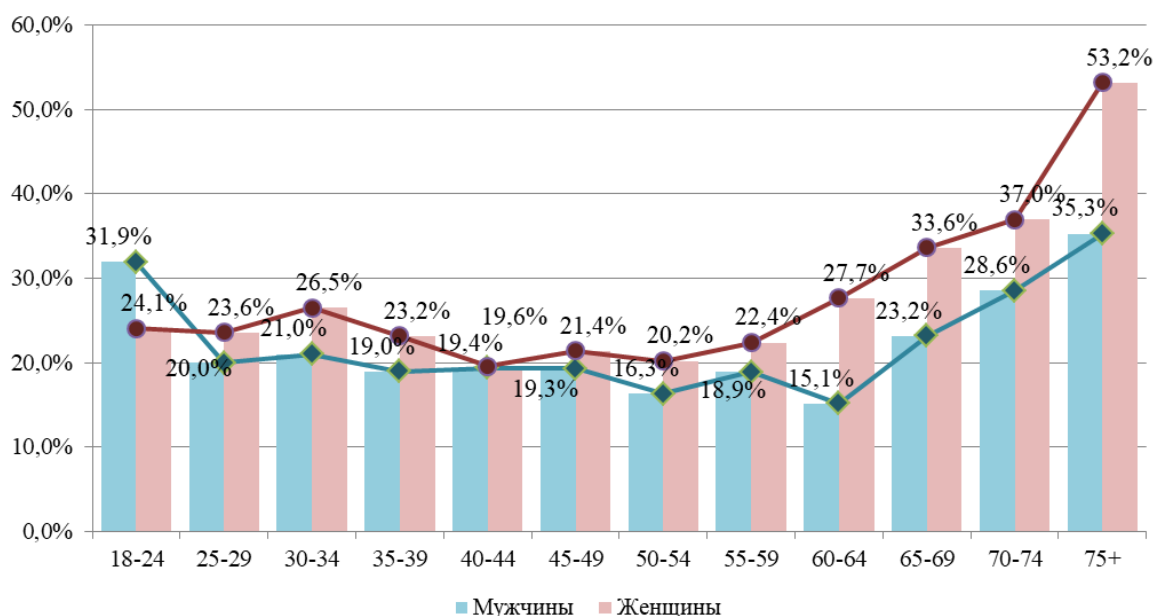
	Мониторинг здоровья 2026		
Возраст/Пол	М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	9,7%	12,0%	10,9%
35-54	11,5%	10,7%	11,1%
55-74	12,1%	16,2%	14,7%
75+	29,4%	19,9%	21,9%
Всего	11,8%	13,6%	12,8%

Постепенный отказ от употребления алкоголя происходит с возрастом, максимальные доли – среди мужчин и женщин 75+.

При суммировании респондентов, ведущих трезвый образ жизни от, минимум, 12 месяцев вплоть до всей жизни мы получаем четверть, 25,2% таких граждан среди всех опрошенных:

Доли респондентов, ведущих трезвый образ жизни 12 месяцев и более.

Рис. 19.



В данном ключе отказ от алкоголя представляется в большей степени осознанным выбором, чем отсутствием опыта его потребления. Решение об отказе принимается с увеличением возраста по тем или иным причинам. Критическим видится рубеж 60 лет для женщин и 65 лет для мужчин, и далее эта тенденция растёт значимо в каждой старшей возрастной группе. К возрасту 75+ не употребляет алкоголь уже половина от всех респондентов, и это *может быть* связано с тем, что употребление алкоголя является **фактором риска**, сильно влияющим на продолжительность жизни.

Среди употреблявших алкоголь в последние 12 месяцев респондентов регулярность его потребления распределилась следующим образом:

Доли респондентов по регулярности потребления алкоголя за 12 месяцев.

Табл.15.

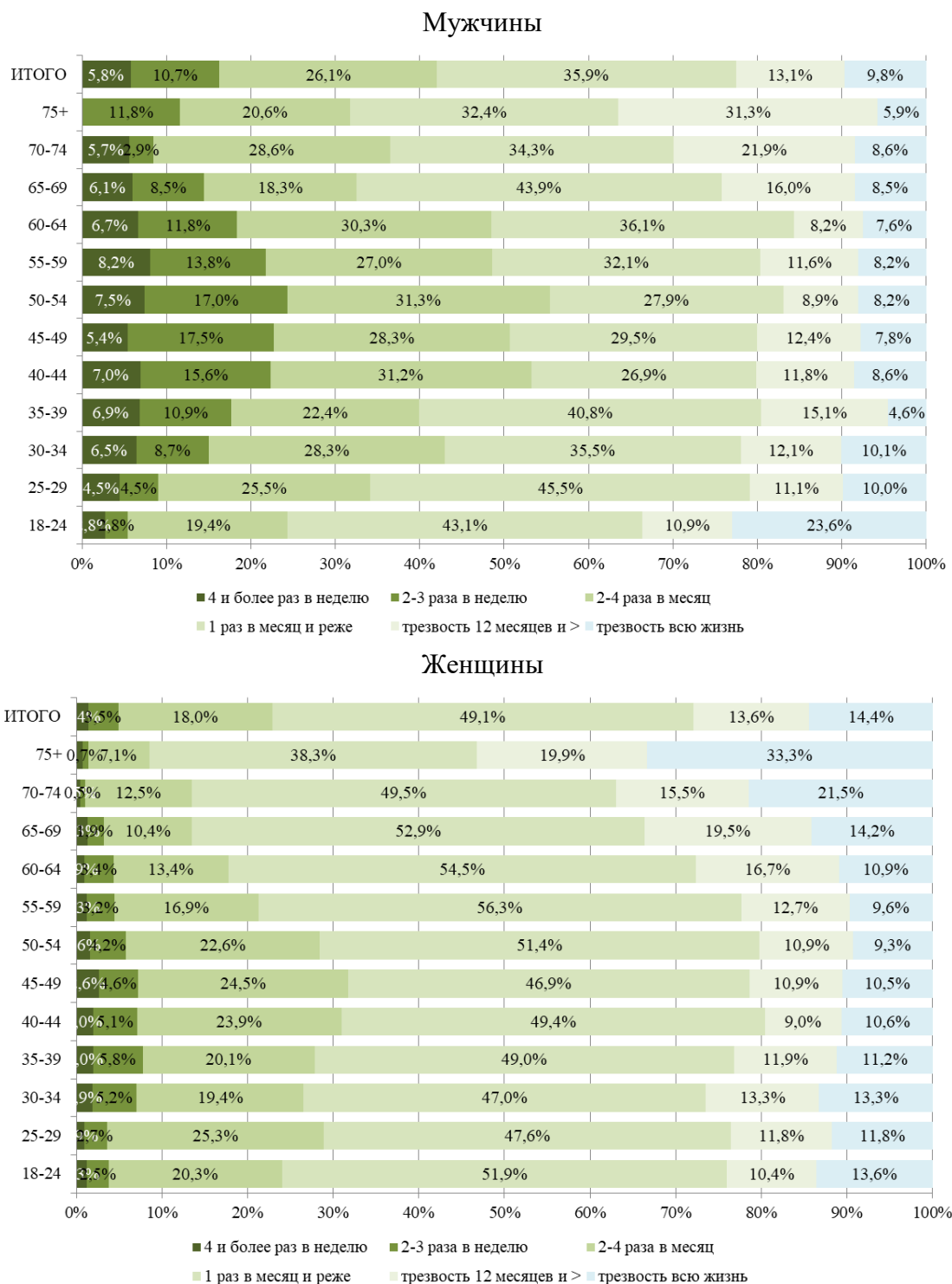
Возраст/Пол	1 раз в месяц и реже		2-4 раза в месяц		2-3 раза в неделю		4 и > раз в неделю	
	М%	Ж%	М%	Ж%	М%	Ж%	М%	Ж%
18-34	54,2%	64,8%	32,4%	28,5%	7,3%	4,8%	6,2%	1,9%
35-54	39,3%	62,3%	34,2%	28,7%	18,2%	6,4%	8,2%	2,6%
55-74	45,6%	76,2%	32,8%	19,0%	12,9%	3,4%	8,6%	1,4%
75+	50,0%	81,8%	31,8%	15,2%	18,2%	1,5%	0,0%	1,5%
Всего	45,7%	68,2%	33,3%	25,0%	13,6%	4,8%	7,4%	2,0%

Более половины, 58% регулярно употребляющих алкоголь потребляют его не чаще чем 1 раз в месяц, ожидаемо больше – 68,2% - среди женщин. С возрастом регулярность потребления алкоголя снижается, также - особенно – среди женщин.

Таким образом, статус потребления алкоголя для всех опрошенных респондентов при более подробном половозрастном анализе оказался следующим:

Статус потребления алкоголя

Рис.20.



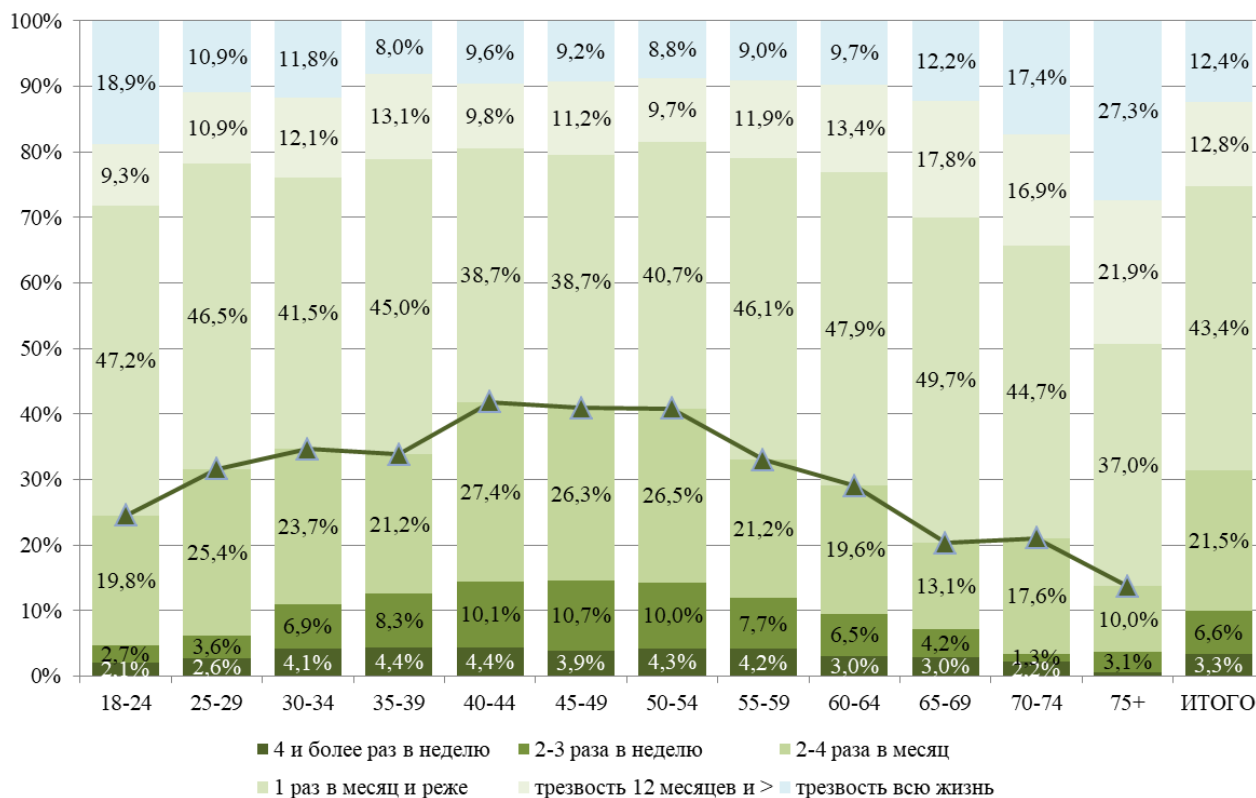
При наличии сопоставимого опыта потребления алкоголя, регулярность его потребления для мужчин и женщин значительно отличается. Женщины реже потребляют алкоголь по всех половозрастных группах. Пик регулярности потребления алкоголя для обоих полов наблюдается в возрасте 40-55 лет.

В группе 18–24 года молодые мужчины выбирают полный отказ от алкоголя значительно чаще молодых женщин (23,6% против 13,6%). Это, возможно, отражает растущую популярность ценностей ЗОЖ и осознанного потребления именно среди юношей мегаполиса, но требует подтверждения.

Для обоих полов регулярность потребления алкоголя начинает снижаться с возраста 55 лет по тем или иным причинам, в том числе связанным с ухудшением здоровья.

Статус потребления алкоголя, оба пола

Рис.21.



Количество потребления алкоголя

Следующим для респондентов был вопрос о количестве алкогольных напитков (количестве стандартных порций), которые они выпивают обычно за один раз.

Среди употреблявших алкоголь в последние 12 месяцев респондентов обычное количество его потребления распределилось следующим образом:

Доли респондентов по обычному количеству потребления алкоголя среди регулярно выпивающих в последние 12 месяцев.

Табл.16.

Возраст/Пол	1-2 порции		3-4 порции		5-6 порций		7-9 порций		10 и > порций	
	М%	Ж%	М%	Ж%	М%	Ж%	М%	Ж%	М%	Ж%
18-34	47,6%	70,9%	29,0%	22,2%	13,6%	5,2%	4,1%	1,0%	5,7%	0,7%
35-54	43,6%	75,5%	30,8%	18,7%	13,6%	4,1%	5,1%	0,8%	7,0%	1,0%
55-74	57,9%	87,9%	29,5%	10,4%	9,0%	1,0%	0,8%	0,2%	2,8%	0,5%
75+	72,7%	93,9%	9,1%	3,0%	18,2%	3,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Всего	49,0%	79,0%	29,2%	16,2%	12,7%	3,4%	3,7%	0,6%	5,4%	0,7%

Женщины значимо по всем половозрастным группам отличаются от мужчин в меньшую сторону количества потребляемого регулярно алкоголя. С возрастом количество потребляемого алкоголя также снижается.

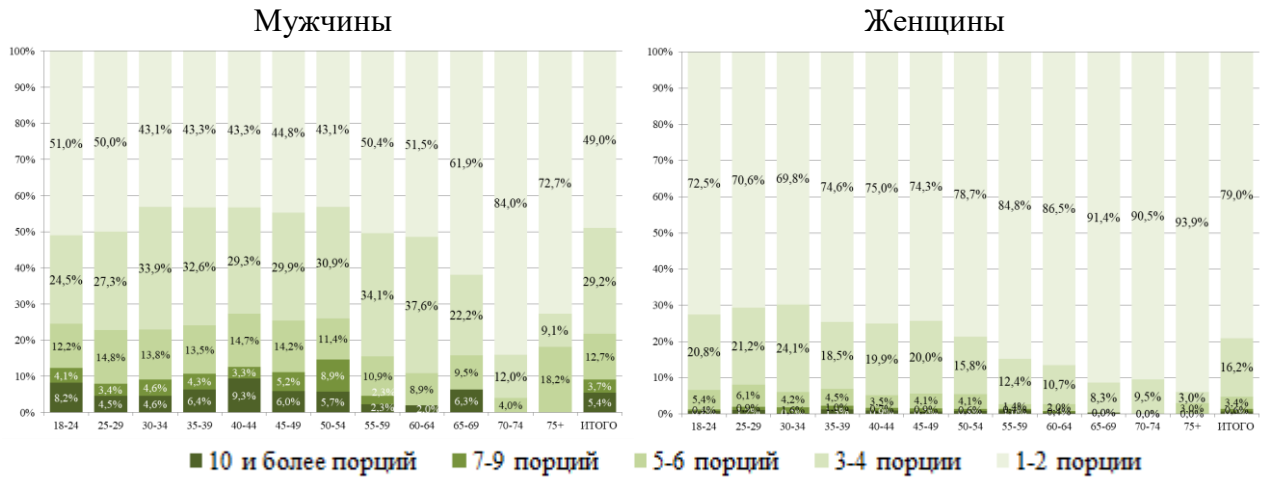
В подавляющем большинстве женщины отмечают потребление 1-2 порций алкоголя за один обычный случай. Пик их потребления приходится на возраст 30-34 года и далее снижается. У мужчин чаще отмечается потребление на уровне 1-4 порции обычного случая.

Пик потребления мужчин приходится на возраст 30-55 лет, далее значительно снижается и резко падает на рубеже 70 лет.

Эти точки означают критические пределы возрастов потребления алкоголя, когда по тем или иным причинам, в том числе связанным с ухудшением здоровья, респонденты отказываются от его потребления.

**Количество доз регулярного потребления алкоголя
среди употреблявших алкоголь в течение 12 месяцев**

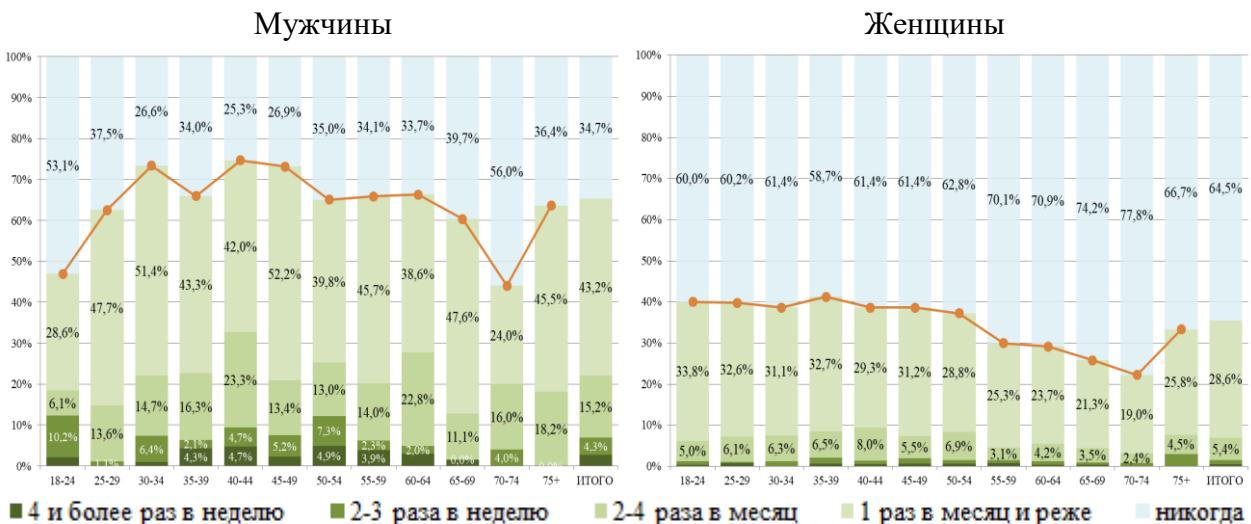
Рис.22.



Далее в ходе исследования была проведена оценка эпизодического, нерегулярного превышения предельной «нормы» потребления алкоголя респондентами. Был задан вопрос «Как часто Вы употребляете за один раз 6 и более стандартных порций алкоголя?» с уточнением, что 6 порций алкоголя равны 150 мл крепкого алкоголя (водки) или 720 мл (бутылка) сухого вина или 2 литрам пива (4 банки по 0,5 л).

**Случаи потребления 6 и более порций алкоголя
среди употреблявших алкоголь в течение 12 месяцев**

Рис.23.



Чрезмерным (пагубным) потреблением алкоголя принято употребление 60 г и более чистого спирта или 6 и более стандартных доз в среднем за раз для мужчин и 40 г и более чистого спирта или 4 и более стандартных доз в среднем за раз для женщин. Однако, в данном исследовании по примеру процедуры диспансеризации по этому вопросу разграничения дозы по полу не было проведено. Использование единого критерия (6 доз) для обоих полов приводит к недооценке (занижению) масштаба проблемы среди женщин.

В этом, эпизодическом ключе, **чрезмерное потребление** алкоголя отмечено у более трети, **36,7%** от всех респондентов обоих полов, половина – среди мужчин и четверть –

среди женщин. Это весьма высокие цифры. Пик чрезмерного потребления приходится на возраст 30-50 лет, далее значительно снижается и резко падает на рубеже 70 лет.

Доли респондентов, употреблявших 6 и более доз алкоголя в течение 12 месяцев.

Табл.17.

	Среди употреблявших алкоголь в течение 12 месяцев			Среди всех респондентов		
Возраст/Пол	М%	Ж%	Оба пола, %	М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	61,9%	39,4%	50,6%	46,7%	29,6%	38,1%
35-54	69,8%	39,1%	53,8%	56,8%	30,8%	43,1%
55-74	61,8%	27,4%	41,1%	49,3%	19,3%	30,3%
75+	63,6%	33,3%	41,8%	41,2%	15,6%	21,2%
Всего	65,3%	35,5%	49,0%	51,2%	25,6%	36,7%

Респонденты за каждый ответ на последние три вопроса получали баллы, сумма которых не должна быть равна и больше 3 баллов для женщин и 4 баллов для мужчин. В противном случае такая сумма баллов означает «Риск пагубного потребления алкоголя».

Доли респондентов, имеющих риск пагубного потребления алкоголя.

Табл.18.

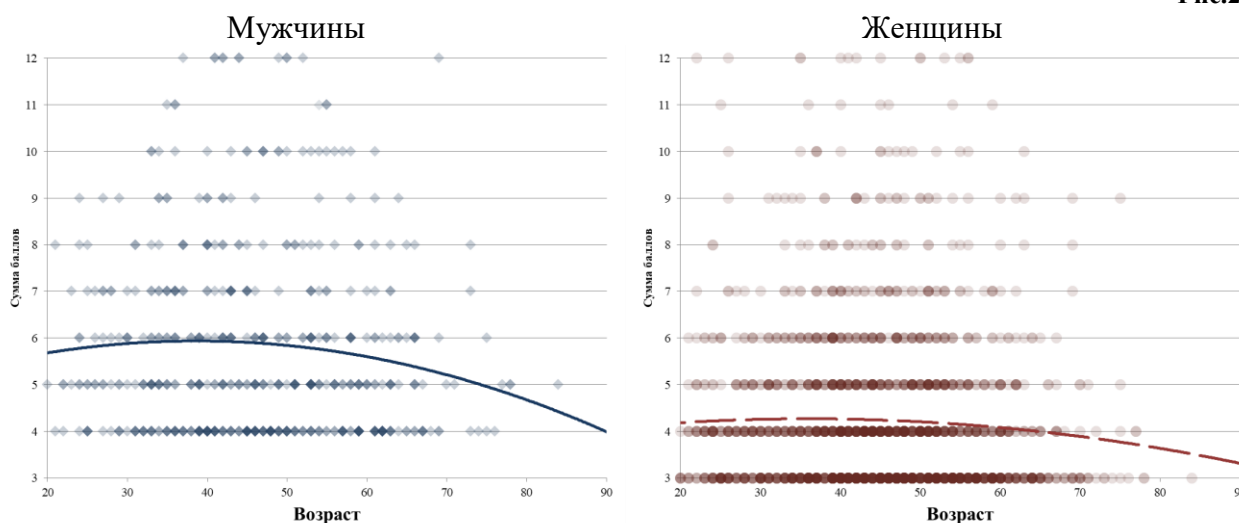
	Среди употреблявших алкоголь в течение 12 месяцев			Среди всех респондентов		
Возраст/Пол	М%	Ж%	Оба пола, %	М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	40,6%	33,1%	36,8%	30,7%	24,9%	27,7%
35-54	52,1%	32,3%	41,8%	42,4%	25,4%	33,4%
55-74	40,2%	17,7%	26,7%	32,1%	12,5%	19,7%
75+	36,4%	16,7%	22,1%	23,5%	7,8%	11,2%
Всего	45,4%	27,3%	35,5%	35,6%	19,7%	26,6%

При таком подходе **риск пагубного потребления алкоголя имеют 26,6%** от всех респондентов или 35,5%, треть от всех регулярно употребляющих алкоголь граждан. В пересчёте на взрослое население Санкт-Петербурга это означает более **1,2 миллиона человек** с наличием данного фактора риска.

«Лидирующей» в чрезмерном потреблении алкоголя остаётся возрастная группа 35-54 года - 48% среди всех респондентов с пагубным употреблением алкоголя.

Точечное распределение респондентов с риском пагубного потребления алкоголя по возрасту и сумме баллов

Рис.24.



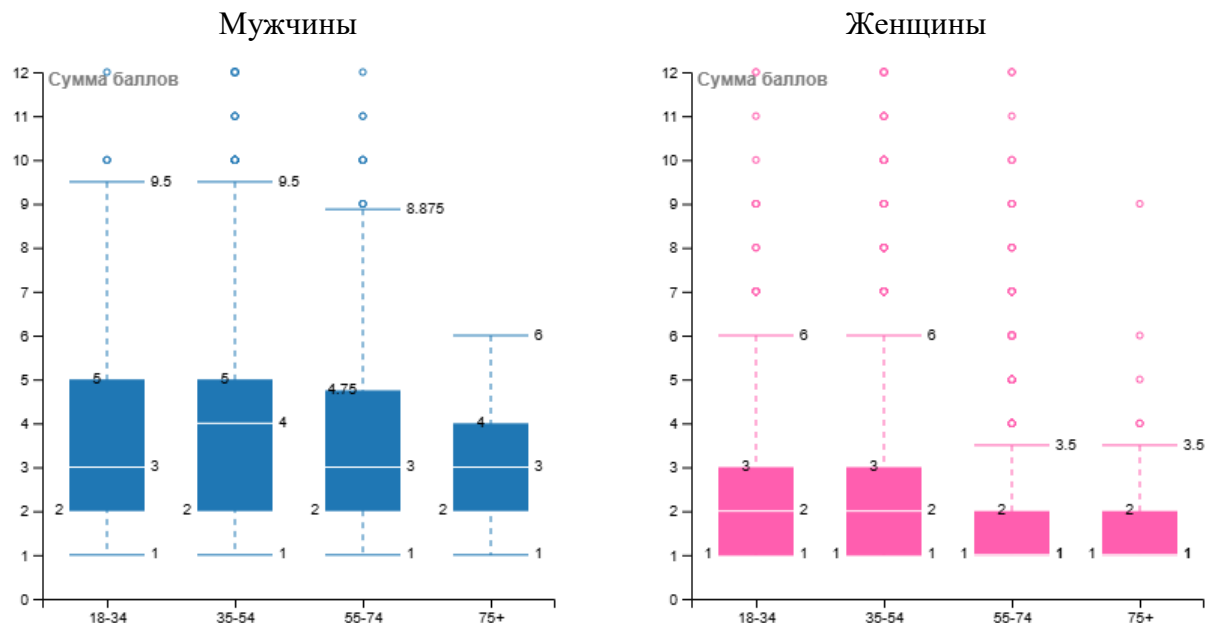
Распределение респондентов с риском пагубного потребления алкоголя имеет треугольную структуру с пиком у женщин в районе 35-40 лет, у мужчин – 40-45 лет. После этих критических точек пагубное потребление становится реже. Резкое снижение доли лиц с пагубным потреблением в старших возрастных группах, вероятно, отчасти связано с

кумулятивным эффектом смертности (до пожилого возраста доживает меньше лиц, злоупотребляющих алкоголем) и вынужденным отказом от алкоголя по медицинским показаниям.

Более точная картина распределения суммы баллов по полу и группам возрастов представлена на графике:

Распределение суммарного балла алкогольного риска по основным возрастным группам респондентов (диаграмма размаха)

Рис.25.

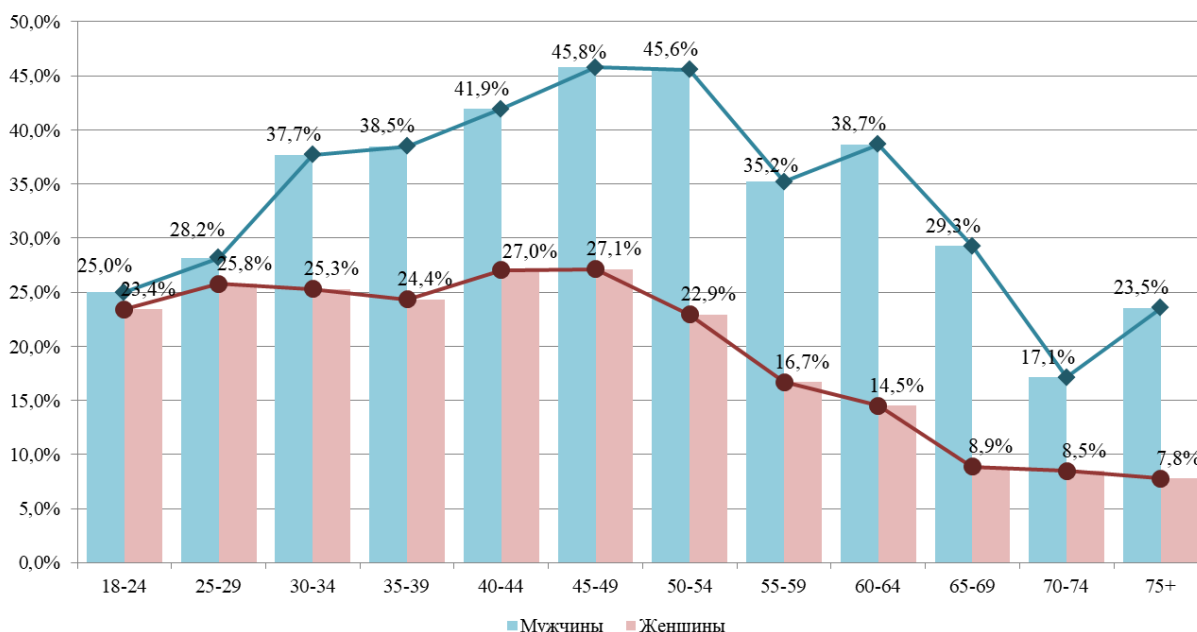


Сумма баллов у женщин в подавляющем большинстве случаев не выходит за пределы критических 3 баллов во всех возрастах, у мужчин порог в 4 балла находится внутри основной массы ответов во всех возрастах до 75+ лет.

Подробная половозрастная структура распределения респондентов с пагубным уровнем потребления алкоголя показана на рисунке:

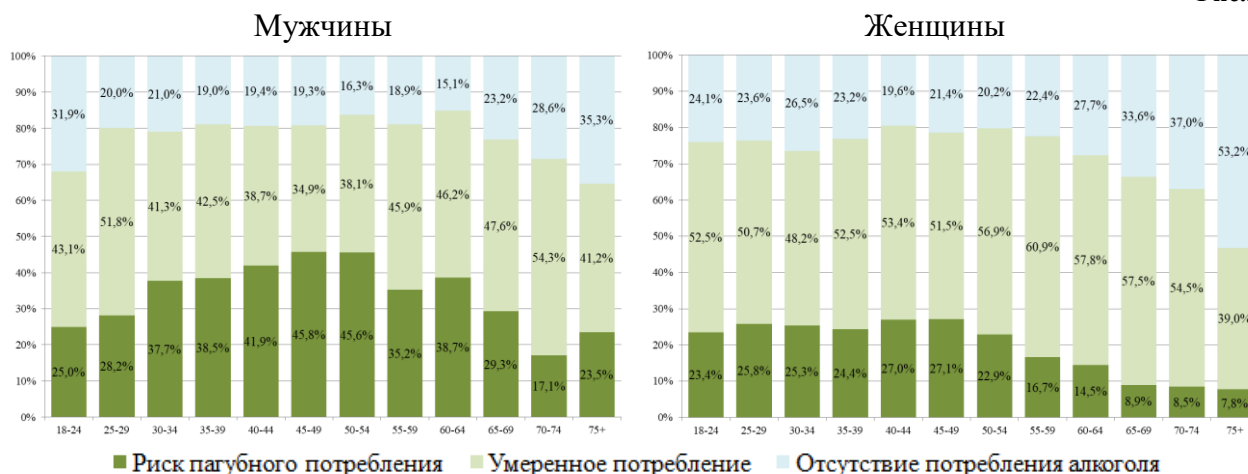
Доли респондентов с риском пагубного потребления алкоголя

Рис.26.



В отдельных половозрастных группах распространённость риска пагубного потребления алкоголя достигает 45,8% (мужчины 45-49 лет).

Таким образом, итоговый статус потребления алкоголя выглядит следующим образом:



Статистические данные выявили критически низкую активность врачей первичного звена в отношении превентивной работы: 80,3% лиц с риском пагубного потребления алкоголя контактировали с системой здравоохранения за последние 12 месяцев, но **только 11,5%** из них получили врачебный совет о снижении объемов потребления (см. стр.75-76).

Полученные результаты указывают на необходимость системных изменений в работе амбулаторно-поликлинического звена Санкт-Петербурга. Для Комитета по здравоохранению эти данные могут послужить основанием для разработки целевых программ: от внедрения современных протоколов краткосрочного профилактического консультирования до проведения тренингов для врачей по преодолению стигмы и повышению выявляемости скрытых рисков при диспансеризации.

В результате анализа всех данных по потреблению алкоголя среди респондентов можно выделить **центральные группы риска**, требующие максимальной концентрации антиалкогольной профилактики. Для мужчин это возраст **40-54 года**, для женщин **25-49 лет**. В этих группах получены максимальные негативные оценки по разным характеристикам потребления алкоголя. Впрочем, группами риска можно считать практически все половозрастные группы до 65 лет.

Таким образом, в результате исследования выявлены **негативные характеристики потребления алкоголя**, связанные с наличием риска пагубного потребления алкоголя у большей части населения Санкт-Петербурга и требующие серьёзных мер коррекции.

Рацион питания.

Структура мониторинга качества питания населения фокусируется на трех ключевых маркерах: потреблении плодоовощной продукции, рыбы и соли.

Потребление овощей и фруктов.

Потребление овощей и фруктов оценивалось в пересчете на стандартные порции. Одной стандартной порцией овощей или фруктов считается такое количество, которое весит 80 грамм.

Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) рекомендует употреблять не менее 400 грамм овощей и фруктов ежедневно.

Под одной порцией **овощей** подразумеваются:

- сырые, зеленые листовые овощи, напр. шпинат, салат и т.п. в количестве **80 г.**
- прочие овощи в сыром виде или приготовленные, например, помидоры, морковь, тыква, кукуруза, свежая фасоль, лук и т.п. в количестве **80 г., кроме** клубневых овощей (топинамбура, картофеля, батата).
- овощной сок (в 100 мл. – 80 г. овощей) – натуральный сок из овощей, а не искусственно ароматизированный напиток.

Под одной порцией **фруктов** подразумеваются:

- целое яблоко, банан, апельсин или любой другой фрукт в количестве 80г.
- порезанные, приготовленные, консервированные фрукты в количестве 80г.
- фруктовый сок (в 100 мл. – 80г. фруктов) – натуральный сок из фруктов, а не искусственно ароматизированный напиток.

Во время опроса использовались демонстрационные карточки, позволяющие респондентам дать правильный ответ «о типичном ежедневном потреблении фруктов и овощей».

Периодом оценки потребления выбрана неделя для более точного понимания уровня потребления в течение более-менее продолжительного времени. То есть оценка велась по недельному потреблению овощей/фруктов, возвращаясь к цифрам потребления в день. Например, недостаточно 1 день в неделю выполнить норму в 5 порций, а остальные дни не потреблять овощи и фрукты. Достаточным считался уровень, когда все 7 дней на неделе эта норма выполнялась.

Напоминаем, что данные в ячейках «Мужчины 75+» являются статистически ненадежными из-за малой выборки (34 человека).

Необходимые **5 порций** в день потребляет только **13,9%** респондентов, из них мужчины составили 36,6%, женщины – 63,4%. Этот фактор риска продолжает оставаться самым распространённым и требует принятия решений по увеличению доступности фруктов/овощей для населения, повышению приверженности к их потреблению.

Доли респондентов, потребляющих 5 и более порций овощей/фруктов в день

Табл.19.

Возраст/Пол	Мониторинг здоровья 2023			Прирост	Мониторинг здоровья 2026		
	М%	Ж%	Оба пола, %		М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	28,4%	33,8%	31,2%	-19,54	10,4%	12,9%	11,7%
35-54	25,1%	35,9%	30,8%	-16,82	11,6%	16,1%	14,0%
55-74	18,1%	31,9%	25,5%	-8,23	13,9%	19,2%	17,3%
75+	24,1%	28,5%	26,4%	-16,07	11,8%	9,9%	10,3%
Всего	24,0%	32,6%	28,5%	-14,62	11,7%	15,5%	13,9%

Если ориентироваться (с оговоркой о разнице методов сбора данных) на доли исследования 2023 года, где также этот фактор занял лидирующее положение, то ситуация **значимо ухудшилась**, особенно среди молодёжи.

Каждая группа продуктов оценивалась отдельно по количеству дней потребления в неделю и количеству порций, потребляемых респондентами в типичный такой день.

Фрукты.

Дни потребления фруктов распределились практически равномерно, от отсутствия потребления фруктов (9,0%) до обязательного потребления респондентами фруктов каждый день (26,2%), 69,1% потребляют фрукты минимум три дня в неделю.

Доли респондентов по количеству дней потребления фруктов в неделю

Табл.20.

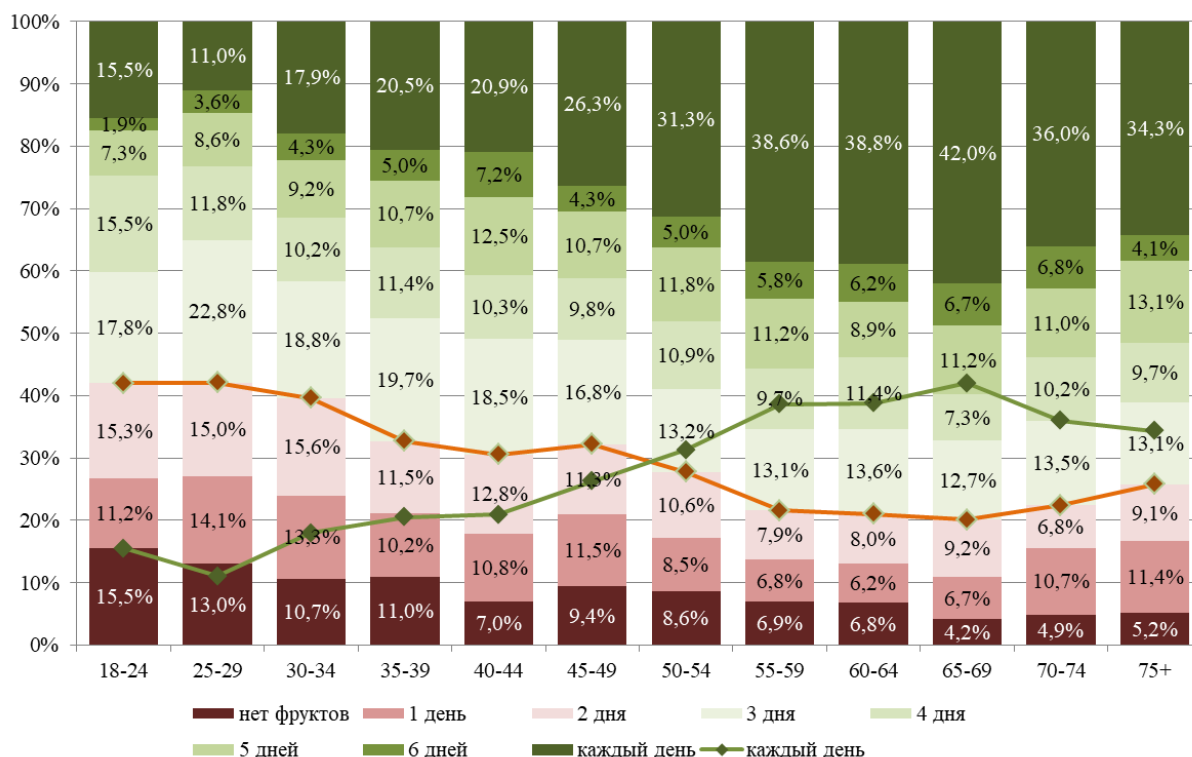
Возраст/Пол/Дни	18-34		35-54		55-74		75+		Всего
	М%	Ж%	М%	Ж%	М%	Ж%	М%	Ж%	
Не потребляют/редко	13,9%	11,9%	11,4%	7,0%	8,1%	4,5%	5,9%	5,0%	9,0%
1 день/неделю	14,4%	11,3%	12,8%	8,1%	9,9%	5,8%	11,8%	11,3%	10,3%
2 дня/неделю	14,8%	15,9%	13,1%	10,3%	9,3%	7,3%	8,8%	9,2%	11,6%
3 дня/неделю	20,5%	18,7%	20,4%	14,9%	16,7%	11,2%	11,8%	13,5%	16,6%
4 дня/неделю	12,1%	12,7%	10,0%	11,3%	10,4%	9,4%	8,8%	9,9%	10,8%
5 дней/неделю	7,9%	8,9%	10,4%	12,4%	11,3%	10,0%	11,8%	13,5%	10,5%
6 дней/неделю	2,1%	4,6%	4,6%	6,2%	6,1%	6,4%	5,9%	3,5%	5,0%
7 дней - каждый день	14,3%	16,0%	17,6%	29,8%	28,3%	45,3%	35,3%	34,0%	26,2%

Опрошенные граждане чаще выбирали ответ «каждый день» и «3 дня в неделю», реже всего был выбран ответ «6 дней». Далее мужчины и женщины разошлись в распределении остальных ответов.

Статистика показывает, что женщины относятся к фруктам в рационе более системно, стараясь есть их почти каждый день, в то время как мужчины чаще ограничиваются разовыми перекусами пару раз в неделю. Но гораздо важнее другой тренд: любовь к фруктам «взрослеет» вместе с человеком. Молодежь в возрасте 25–29 лет реже всего включает их в свое меню. Это говорит о том, что привычка заботиться о разнообразии рациона пока не сформирована у молодого поколения и во многом вынужденно появляется лишь с возрастом, когда организм начинает требовать больше внимания.

Доли респондентов по количеству дней потребления фруктов, оба пола

Рис.28



*линия «каждый день» введена для наглядности роста потребления с возрастом

С возрастом частота потребления фруктов растёт, достигая пика к 65-69 годам. Минимальная частота потребления фруктов отмечена в возрасте 25-29 лет.

При этом сам по себе факт ежедневного или частого употребления фруктов еще не означает выполнение «нормы». Решающее значение имеет глубина рациона — то есть реальное количество порций, съедаемых за день. Часть респондентов, отметивших отсутствие дней потребления, всё же выбрали некоторое количество порций фруктов, которые они потребляют, хоть и редко.

Доли респондентов по количеству порций потребления фруктов в день

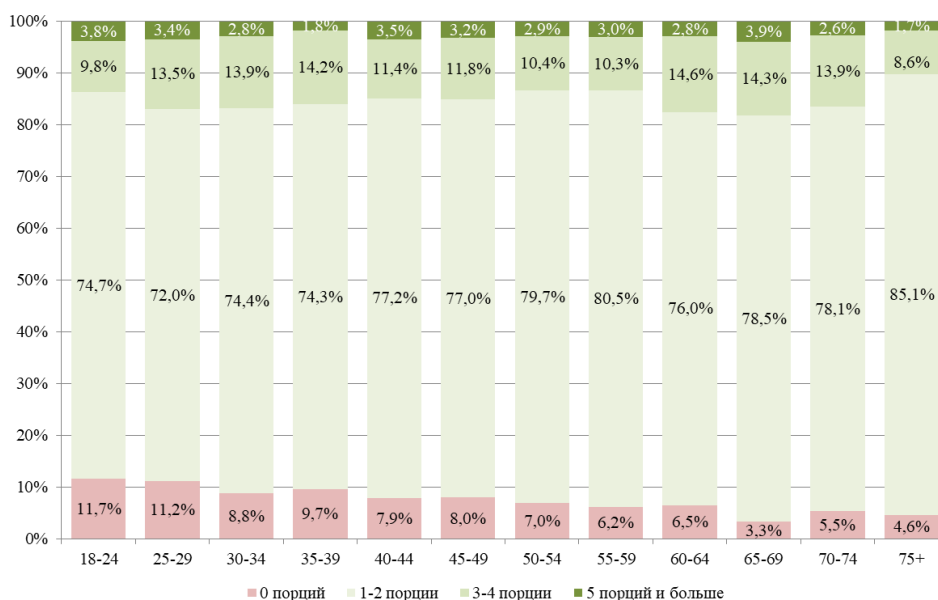
Табл.21.

Возраст/Пол/Дни	18-34		35-54		55-74		75+		Всего
	М%	Ж%	М%	Ж%	М%	Ж%	М%	Ж%	Оба пола
Не потребляют	11,4%	9,4%	9,7%	7,0%	7,9%	4,1%	5,9%	4,3%	7,9%
1-2 порции	71,4%	76,2%	73,9%	79,4%	77,1%	78,9%	85,3%	85,1%	77,0%
3-4 порции	12,6%	12,2%	13,4%	11,0%	12,5%	13,6%	8,8%	8,5%	12,2%
5 и более порций	4,5%	2,1%	3,0%	2,6%	2,6%	3,4%	0,0%	2,1%	2,9%

Абсолютное большинство участников опроса выбрали «1-2 порции» фруктов как типичный объём потребления. Совсем не потребляют фрукты 7,9% и каждый десятый - среди молодёжи.

Доли респондентов по количеству порций потребления фруктов, оба пола

Рис.29



Овощи.

Дни потребления овощей распределились неравномерно, в привычном рационе питания овощи занимают более значимое место, чем фрукты. Отсутствие потребления овощей выбрали только 3,1%. Обязательно каждый день овощи употребляет треть, 34,9% анкетированных, 83,8% - минимум три дня в неделю.

Доли респондентов по количеству дней потребления овощей в неделю

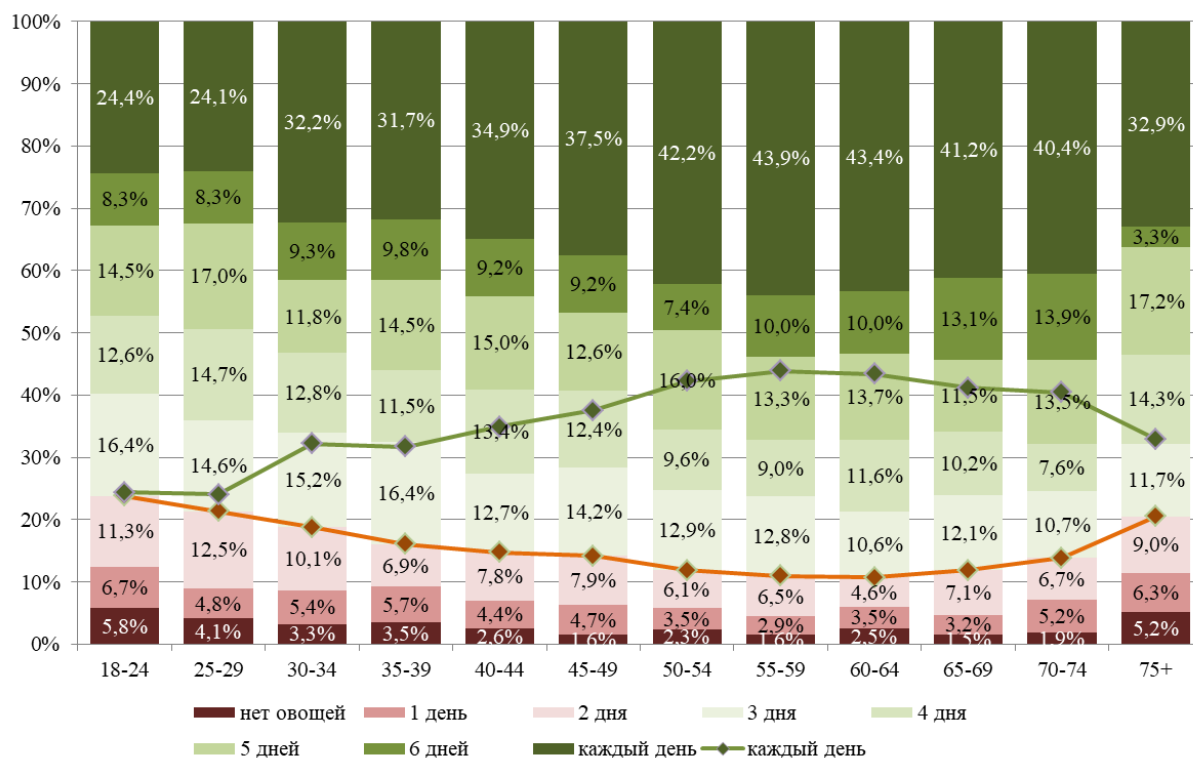
Табл.22.

Возраст/Пол/Дни	18-34		35-54		55-74		75+		Всего
	М%	Ж%	М%	Ж%	М%	Ж%	М%	Ж%	Оба пола
Не потребляют/редко	5,0%	3,6%	3,7%	1,6%	2,6%	1,5%	5,9%	5,0%	3,1%
1 день/неделю	5,1%	6,1%	6,1%	3,3%	4,0%	3,3%	5,9%	6,4%	4,8%
2 дня/неделю	14,7%	7,7%	8,2%	6,3%	7,9%	5,1%	5,9%	9,9%	8,2%
3 дня/неделю	16,1%	14,8%	17,6%	11,2%	12,5%	11,1%	2,9%	14,2%	13,7%
4 дня/неделю	10,8%	15,7%	12,7%	11,1%	10,3%	9,5%	32,4%	9,2%	11,9%
5 дней/неделю	14,1%	14,2%	14,2%	14,8%	15,3%	11,7%	20,6%	16,3%	14,2%
6 дней/неделю	7,4%	9,9%	8,5%	9,5%	14,1%	9,9%	0,0%	4,3%	9,1%
7 дней - каждый день	26,7%	27,9%	28,9%	42,3%	33,3%	47,8%	26,5%	34,8%	34,9%

Женщины чаще выбирали ответ «каждый день», мужчины значительно чаще выбирали ответы от 0 до 2 дней, но в целом потребление овощей происходит более регулярно, чем фруктов.

Доли респондентов по количеству дней потребления овощей, оба пола

Рис.30



*линия «каждый день» введена для наглядности роста потребления с возрастом

С возрастом частота потребления овощей растёт, достигая пика к 55-74 годам. Минимальная частота потребления овощей отмечена среди молодёжи 18-29 лет.

Стандартное количество порций овощей, потребляемых респондентами в типичный день недели, похоже на объём потребления фруктов. Часть респондентов, отметивших отсутствие дней потребления, также выбрали некоторое количество порций овощей, которые они потребляют, хоть и редко.

Доли респондентов по количеству порций потребления овощей в день

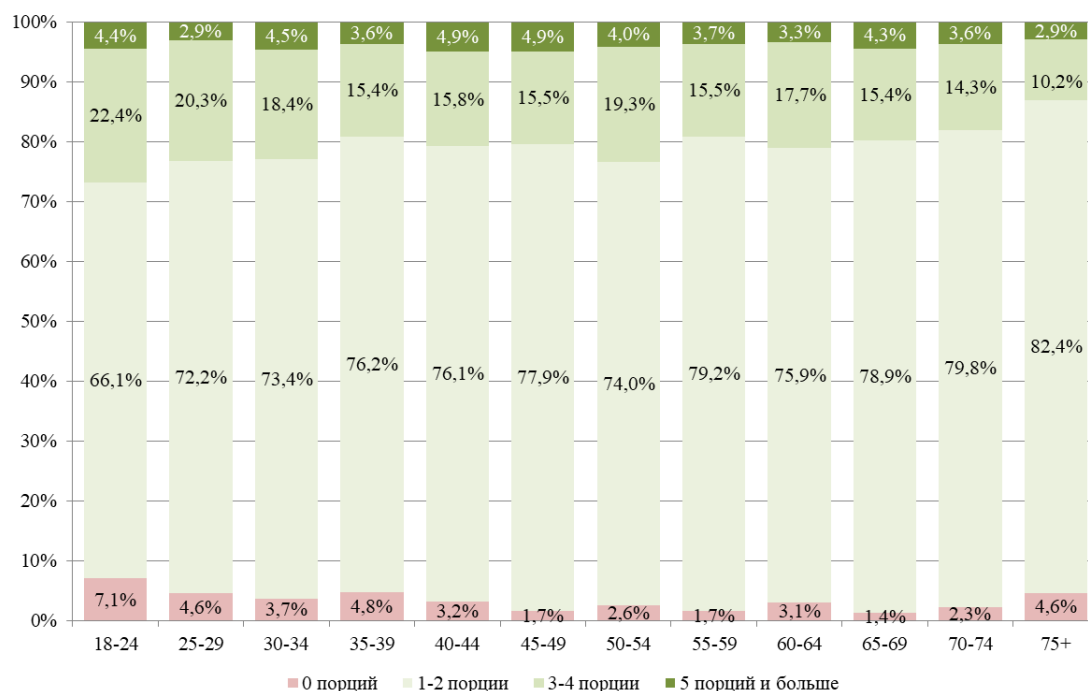
Табл.23.

Возраст/Пол/Дни	18-34		35-54		55-74		75+		Всего
	М%	Ж%	М%	Ж%	М%	Ж%	М%	Ж%	
Не потребляют	6,5%	3,6%	4,6%	1,9%	2,8%	1,7%	5,9%	4,3%	3,6%
1-2 порции	69,0%	72,3%	75,3%	76,9%	78,4%	78,1%	85,3%	81,6%	75,6%
3-4 порции	20,1%	20,3%	15,4%	17,1%	14,8%	16,6%	5,9%	11,3%	16,8%
5 и более порций	4,3%	3,7%	4,7%	4,0%	4,1%	3,5%	2,9%	2,8%	4,0%

Основой ответов участников опроса также остались «1-2 порции» овощей как типичный объём потребления. Совсем не потребляют овощи 3,6%, немного больше доля - среди молодёжи, однако, в этой же группе одновременно более выражены ответы «3-4 порции» и «5 и более порций».

Доли респондентов по количеству порций потребления овощей, оба пола

Рис.31



При суммировании дней и порций потребления фруктов и овощей за неделю получают следующие группы респондентов по среднему общему количеству потребляемых порций овощей/фруктов в день:

Доли респондентов по среднему количеству порций потребления овощей и фруктов в день

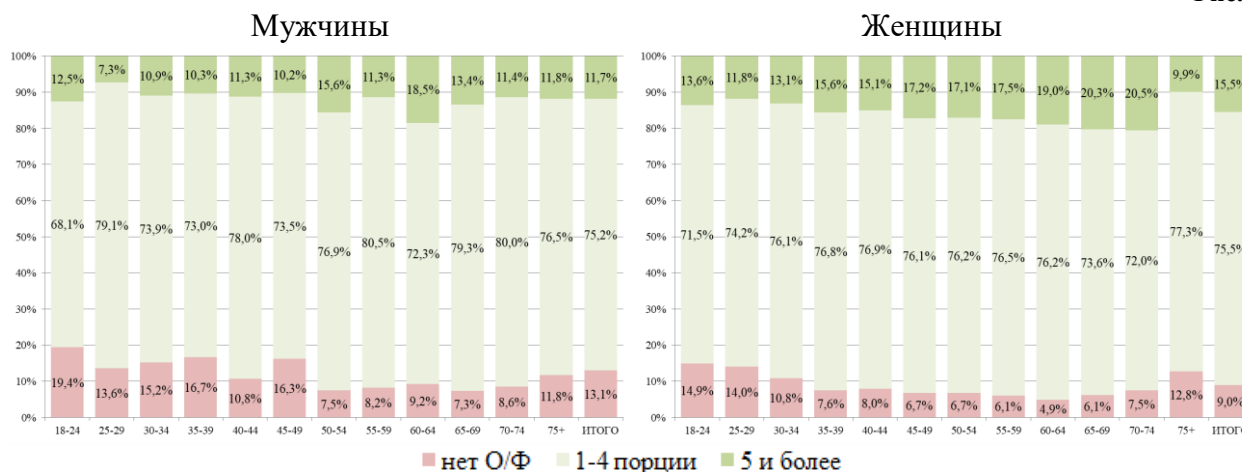
Табл.24.

Возраст/Пол/Дни	18-34		35-54		55-74		75+		Всего
	М%	Ж%	М%	Ж%	М%	Ж%	М%	Ж%	Оба пола
Не потребляют/редко	16,3%	13,0%	13,2%	7,3%	8,4%	6,0%	11,8%	12,8%	10,7%
1 порция	22,0%	19,5%	19,2%	14,1%	14,7%	10,7%	20,6%	17,7%	16,7%
2 порции	25,4%	30,2%	30,4%	27,2%	28,7%	22,0%	26,5%	23,4%	27,0%
3 порции	13,8%	11,9%	12,4%	16,7%	15,9%	16,0%	11,8%	10,6%	14,2%
4 порции	12,1%	12,6%	13,2%	18,7%	18,4%	26,0%	17,6%	25,5%	17,5%
5 и более порций	10,4%	12,9%	11,6%	16,1%	13,9%	19,2%	11,8%	9,9%	13,9%

Рекомендуемой нормой потребления являются суммарные средние «5 и более порций». Эту норму, как было указано ранее, выполняют только **13,9% анкетированных**, больше среди женщин возраста 35-74 года. То есть для мужчин в целом характерно значительно более низкое потребление овощей/фруктов, чем для женщин.

Доли респондентов по выполнению нормы потребления овощей/фруктов

Рис.32.



В отношении поколений отличия не выявлены только между группами 35-54 года и 55-74 года, здесь привычки в потреблении фруктов/овощей сопоставимые. Между остальными сочетаниями поколений отличия существенные.

Потребление овощей и фруктов растёт с возрастом и сдаёт позиции, начиная с 75+, особенно у женщин, что, предположительно связано с низкой доступностью овощей и фруктов для старческого поколения.

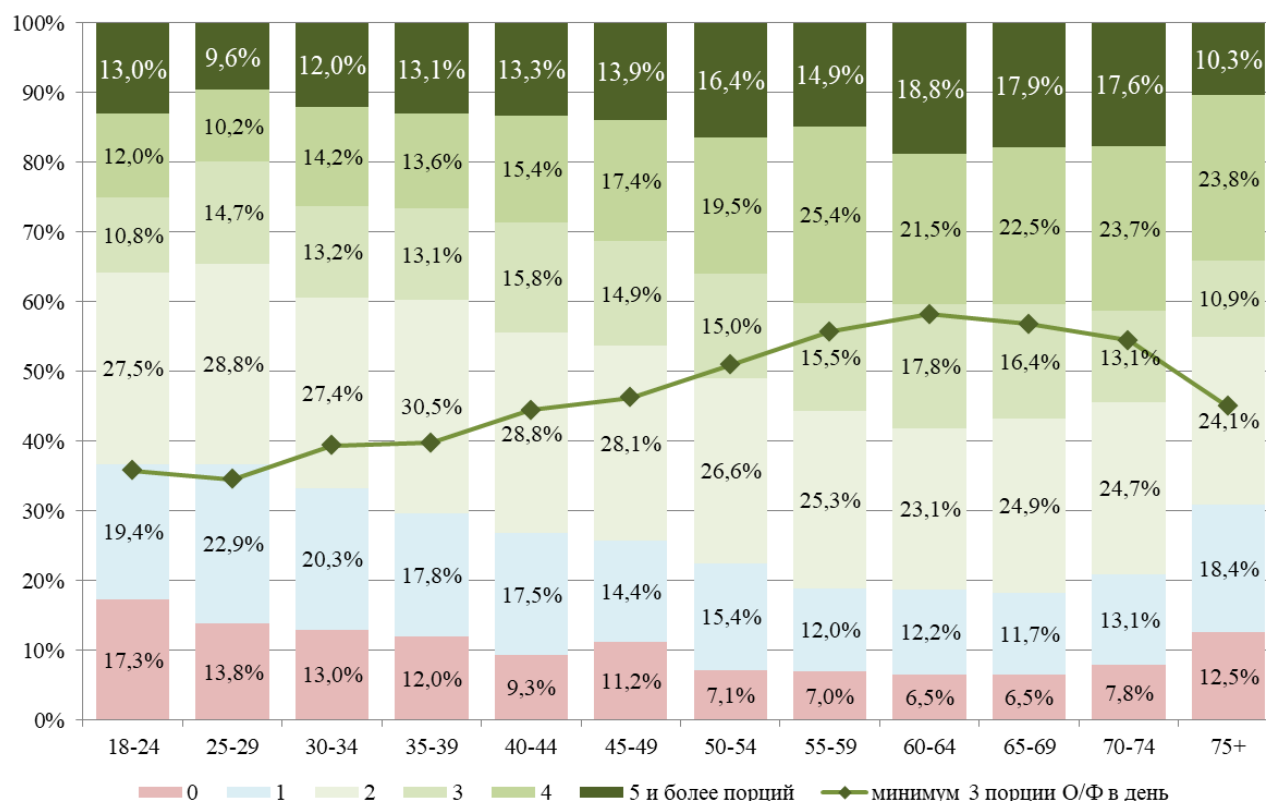
Близки к выполнению нормы ещё 17,5% участников опроса – «4 порции в день».

Чаще всего потребление овощей/фруктов фиксируется на уровне 2 стандартных порций в день – 27,0% респондентов.

У каждого десятого потребление овощей/фруктов практически либо полностью отсутствует.

Доли респондентов по выполнению нормы потребления овощей/фруктов, оба пола

Рис.33.



Рекомендованная ВОЗ норма потребления плодоовощной продукции (не менее 400 г в сутки) — это минимальный биологический порог, необходимый для поддержания здорового микробиома. Растительная клетчатка не переваривается организмом человека, а служит питательной средой для полезных бактерий в толстом кишечнике.

В процессе ферментации (расщепления) этих волокон микрофлора синтезирует короткоцепочечные жирные кислоты (КЦЖК) — преимущественно бутират, ацетат и пропионат. Эти соединения выполняют важнейшие системные функции:

- Противовоспалительный барьер: КЦЖК служат главным источником энергии для клеток эпителия кишечника, снижая риски воспалительных заболеваний и колоректального рака.
- Метаболический контроль: Они стимулируют выработку гормонов сытости, регулируя уровень глюкозы в крови и защищая от инсулинорезистентности и ожирения.
- Поддержка иммунитета: КЦЖК модулируют активность иммунных клеток, большая часть которых сосредоточена именно в ЖКТ.

Таким образом, зафиксированное в мониторинге низкое потребление овощей и фруктов — это не просто «дефицит витаминов», а критическое сокращение питательного субстрата для микробиома, запускающее цепочку системных метаболических нарушений.

Потребление соли.

Данный вопрос изучался с разных сторон, всего было задано три вопроса по этой теме: «Как часто Вы добавляете соль в пищу непосредственно перед тем, как ее съесть или во время еды?», «Как часто Вы едите готовые продукты с высоким содержанием соли?» и «Как Вы думаете, сколько соли или солёного соуса Вы потребляете?». Дополнительный вопрос касался мер, предпринимаемых респондентами для ограничения потребления соли.

В собственной оценке потребления соли основную массу имели ответы «Мало» и «В самый раз» - их выбрали около 70% участников опроса. Только 12,9% респондентов понимают, что имеется избыток соли в их рационе.

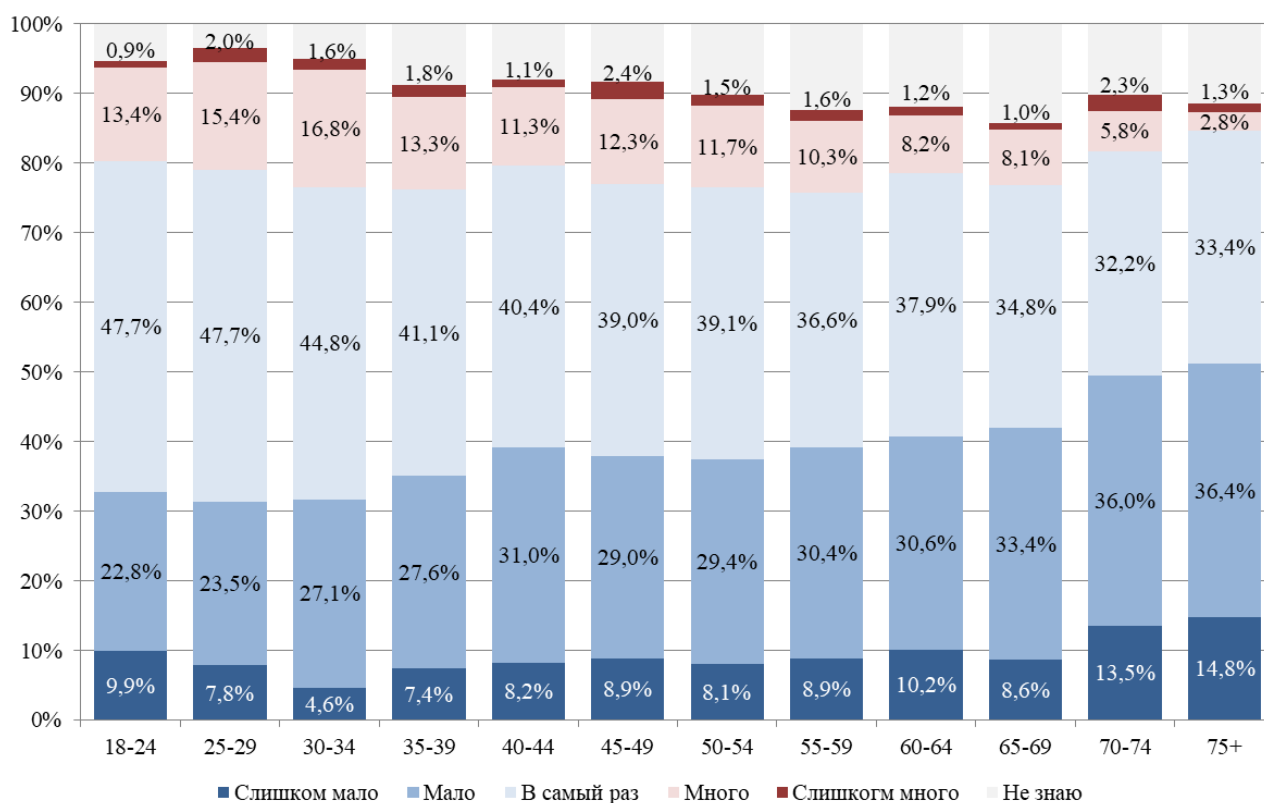
Доли респондентов по собственному определению уровня потребления соли

Табл.25.

Возраст/Пол/Дни	18-34		35-54		55-74		75+		Всего
	М%	Ж%	М%	Ж%	М%	Ж%	М%	Ж%	Оба пола
Слишком мало	7,5%	7,1%	7,4%	8,7%	10,1%	10,0%	11,8%	15,6%	8,9%
Мало	24,1%	25,2%	26,3%	31,8%	26,1%	35,7%	32,4%	37,6%	29,2%
В самый раз	45,7%	47,5%	42,6%	37,8%	40,1%	33,3%	41,2%	31,2%	40,3%
Много	16,7%	14,0%	12,6%	11,9%	11,2%	6,7%	0,0%	3,5%	11,4%
Слишком много	1,0%	1,9%	2,2%	1,2%	1,7%	1,3%	5,9%	0,0%	1,5%
Не знаю	5,1%	4,3%	8,9%	8,6%	10,8%	13,1%	8,8%	12,1%	8,7%

Доли респондентов по собственному определению уровня потребления соли, оба пола

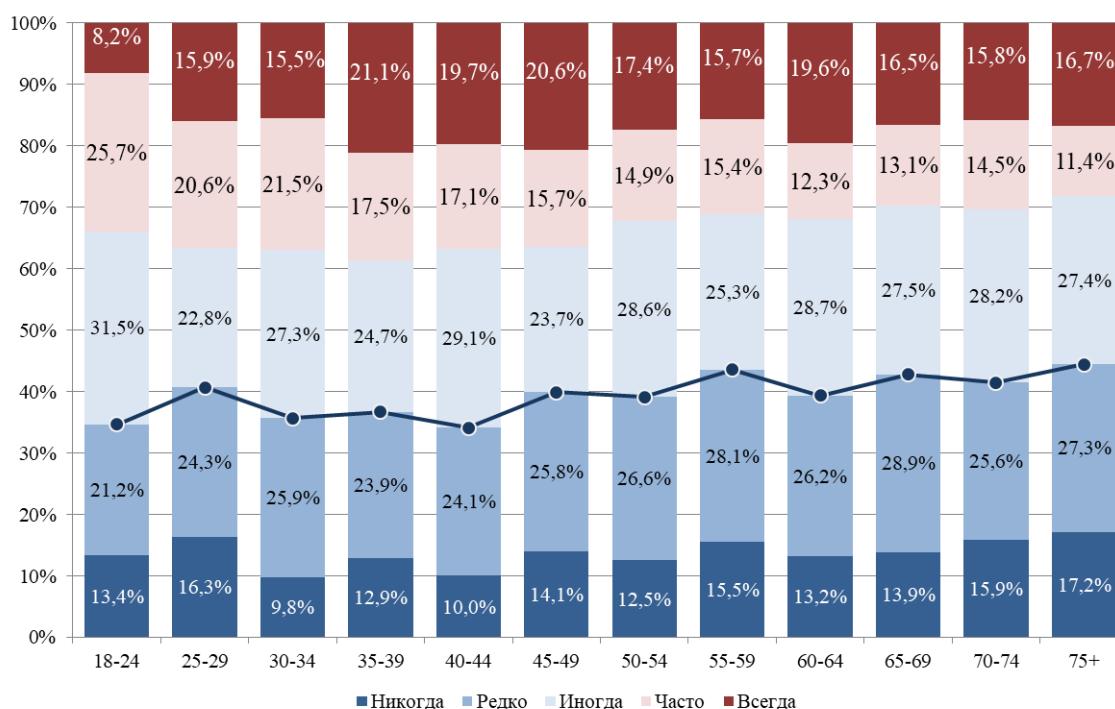
Рис.34.



Следующие вопросы должны были прояснить реальную картину потребления соли. Добавление соли перед или во время еды считается одной из самых нерекомендуемых привычек, поскольку она неизбежно приводит к повышенному потреблению соли. Опрос показал, что регулярно добавляют соль во время еды уже **34,2%** респондентов. Пик такой привычки приходится на возраст 30-49 лет.

Доли респондентов по привычке добавления соли во время еды, оба пола

Рис.35



С возрастом потребление соли плавно повышается до пика в 35-39 лет и далее так плавно снижается. В возрасте 75+ её всё равно имеют 32,4% мужчин и 27,0% женщин.

В сравнении с результатами 2023 года распространённость этой привычки практически не изменилась за исключением мужчин 18-34 лет, здесь есть заметное снижение потребления соли:

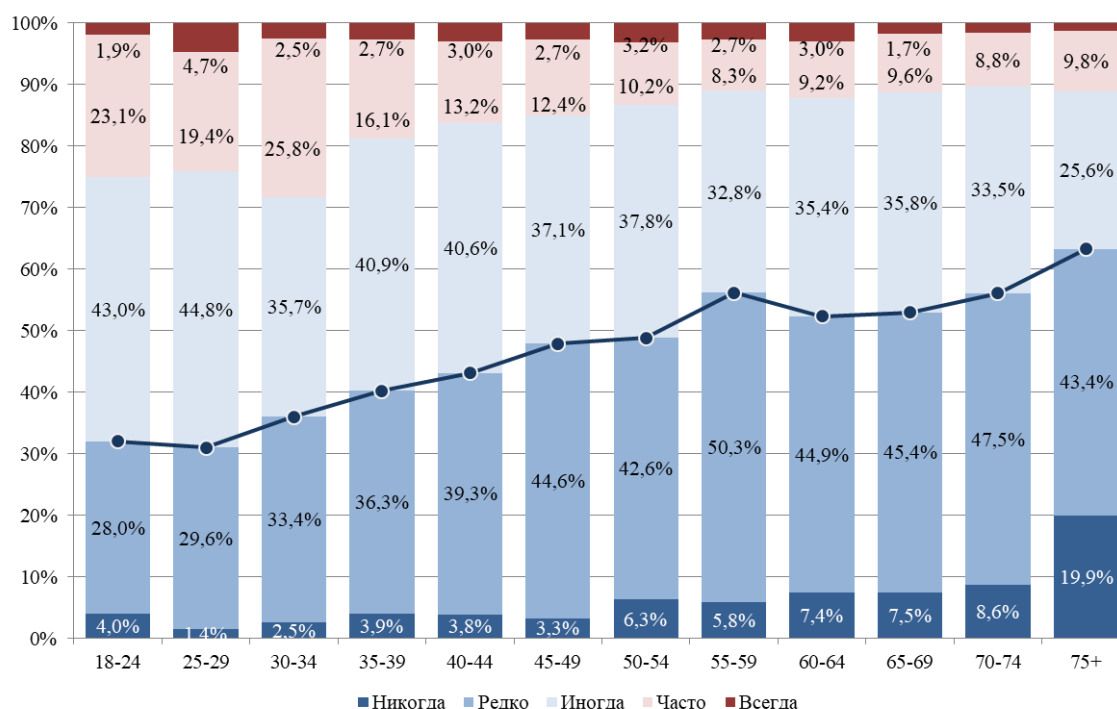
Доли респондентов с избыточным потреблением соли

Табл.26.

Возраст/Пол	Мониторинг здоровья 2023			Прирост	Мониторинг здоровья 2026		
	М%	Ж%	Оба пола, %		М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	46,6%	33,3%	39,8%	-4,0	37,1%	34,6%	35,8%
35-54	40,6%	35,9%	38,1%	-1,7	37,1%	35,7%	36,4%
55-74	33,3%	32,8%	33,0%	-2,1	35,6%	28,1%	30,9%
75+	28,1%	26,6%	27,3%	0,8	32,4%	27,0%	28,1%
Всего	37,2%	32,3%	34,6%	-0,4	36,6%	32,3%	34,2%

Регулярное потребление готовых продуктов с высоким содержанием соли (солёные закуски - орехи, сухарики, чипсы; соленья, консервы, блюда быстрого питания, бекон, сало, солёная рыба и т.п.) признали 17,3% респондентов, но здесь возрастные отличия были выражены сильнее. Пик потребления готовых продуктов приходится на молодёжь 18-34 лет обоих полов – около четверти, 26,0% из них потребляют такую готовую продукцию часто или даже всегда. Начиная с возраста 55 лет, выделяются только примерно 11,0% таких потребителей.

Доли респондентов по потреблению готовых продуктов с высоким содержанием соли, оба пола
Рис.36



Логическим продолжением анализа стало изучение поведенческих паттернов: какие именно меры население предпринимает для ограничения натрия.

Наиболее популярными стали варианты «Слежу за количеством соли во время приготовления пищи» - 39,0% респондентов и «Нет, не слежу совсем или редко обращаю внимание» - сопоставимые 41,5% опрошенных. При этом часть респондентов, выбравших последний ответ, всё же выбрала некоторые меры по ограничению потребления, впрочем, таких противоречий было чуть более 4% ответов.

Распределение этих популярных ответов меняется с возрастом в сторону более внимательного отношения к потреблению соли, особенно среди мужчин.

На третьем месте оказался ответ об ограничении потребления готовых продуктов, остальные способы контроля имеют низкое применение среди граждан.

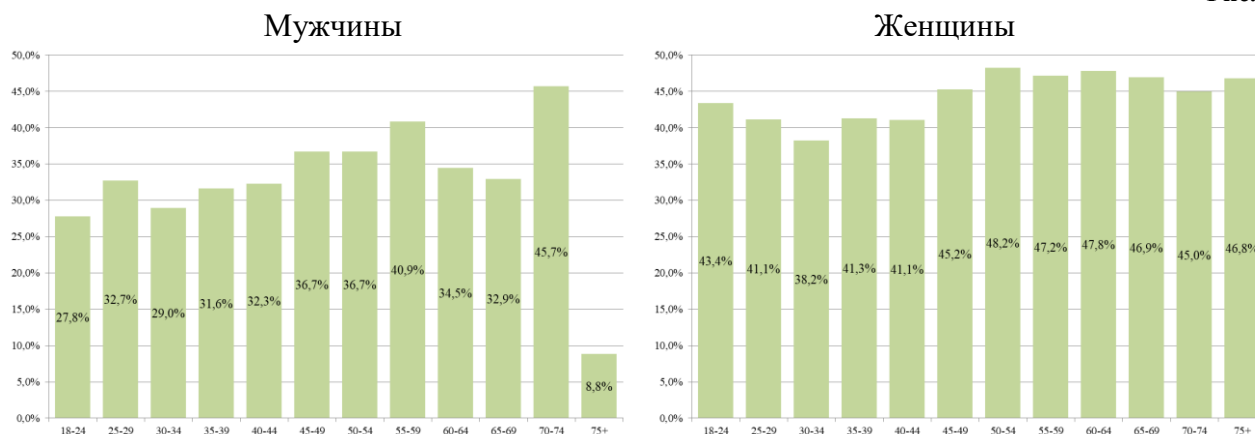
Доли респондентов по выбранным мерам для ограничения потребления соли

Табл.27.

Возраст/Пол/Дни	18-34		35-54		55-74		75+		Всего
	М%	Ж%	М%	Ж%	М%	Ж%	М%	Ж%	
Слежу за количеством соли во время приготовления пищи	29,6%	40,6%	33,9%	43,5%	37,9%	46,9%	8,8%	46,8%	39,0%
Ограничиваю потребление готовых продуктов	13,5%	14,5%	14,0%	15,4%	13,1%	13,8%	23,5%	10,6%	14,1%
Смотрю содержание соли на этикетке	7,1%	3,3%	3,2%	2,0%	2,4%	2,0%	2,9%	0,7%	3,1%
Покупаю продукты с низким содержанием соли	8,0%	4,7%	4,8%	3,7%	5,9%	4,6%	8,8%	9,2%	5,4%
Использую вместо соли различные другие специи	9,3%	8,5%	4,5%	4,8%	6,1%	5,3%	8,8%	3,5%	6,1%
Не потребляю продукты, приготовленные вне дома	4,8%	2,4%	4,2%	4,9%	8,2%	10,8%	17,6%	13,5%	6,4%
Что-то другое	3,5%	2,8%	3,1%	2,4%	2,6%	2,7%	2,9%	5,7%	3,0%
Нет, не слежу совсем или редко обращаю внимание	53,3%	46,0%	50,5%	38,8%	40,0%	27,7%	38,2%	26,2%	41,5%

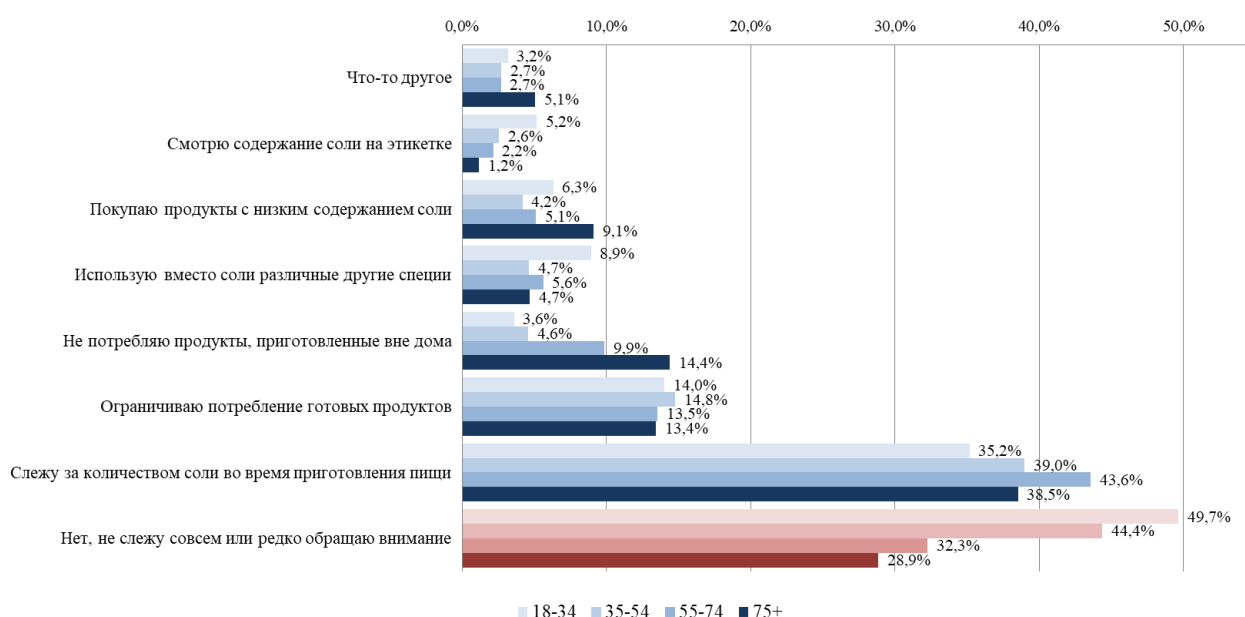
Доли респондентов, следящих за количеством соли во время приготовления пищи

Рис.37.



Доли респондентов по выбранным мерам для ограничения потребления соли, оба пола

Рис.38



Большую активность, приверженность к контролю потребления соли демонстрирует возрастная группа старше 55 лет (70% от возрастной группы), что связано с вынужденным повышением внимания к рациону из-за проявления хронических заболеваний (например, артериальной гипертензии).

Таким образом, риск повышенного потребления соли имеют **34,2%** респондентов, при этом **69,8%, более двух третей** из них не считают своё потребление рискованным, особенно среди более молодых участников опроса.

Вероятно, присутствует склонность населения оценивать только ту соль, которую они лично добавили из солонки. При таком подходе не берётся в расчет «скрытая соль», которой перенасыщена современная готовая еда. Покупая обычный хлеб, готовые соусы, сыр или полуфабрикаты, человек незаметно для себя многократно превышает суточную норму натрия, оставаясь в полной уверенности, что питается правильно. Это опасное слепое пятно в культуре питания нашего населения.

Наиболее угрожающий характер данное «слепое пятно» приобретает в возрастной когорте 18–34 лет. Как было продемонстрировано ранее, четверть молодых людей (26,0%), вероятно, на постоянной основе формируют свой рацион вокруг ультра-обработанной пищи и фастфуда. Из-за специфики потребительского поведения молодежь практически не пользуется домашней солонкой на этапе приготовления пищи (лишь 29,6% мужчин и 40,6% женщин следят за этим), из-за чего у них возникает ложное ощущение контроля рациона. В

действительности же, полностью игнорируя чтение этикеток (лишь 3,1% обращают внимание на натрий), молодые респонденты ежедневно подвергают сосудистое русло критическому осмотическому стрессу за счет скрытой соли.

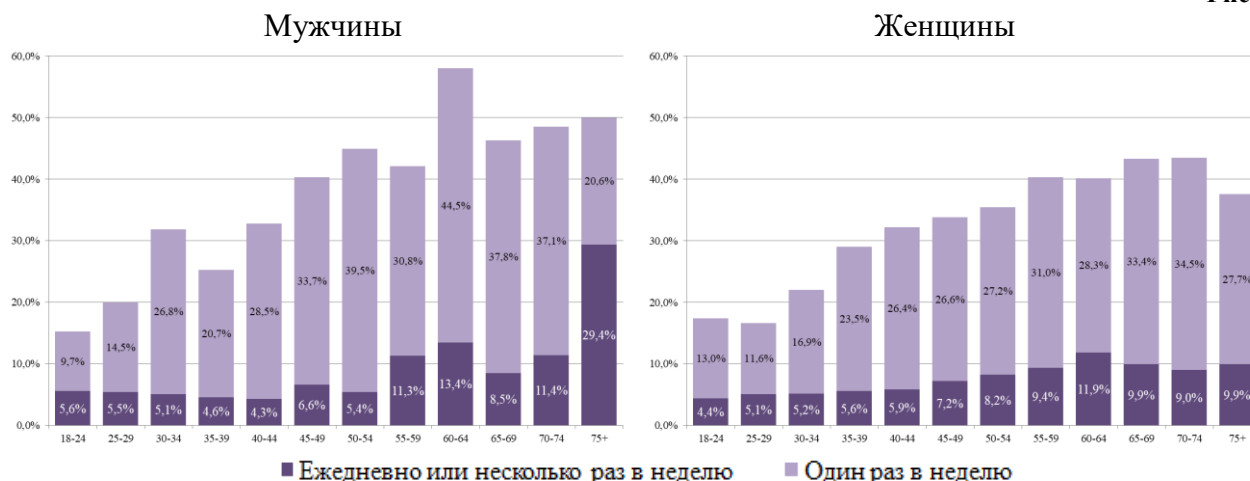
Избыточное потребление поваренной соли (NaCl), как показывают исследования, ключевой триггер развития сердечно-сосудистых катастроф.

Потребление рыбы.

Самое важное свойство рыбы — это наличие в ней большого количества полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК), а конкретно — Омега-3 (ЭПК и ДГК), которые являются незаменимыми для нашего организма. Регулярное потребление рыбных блюд положительно сказывается на качестве ногтей, волос, костей и зубов. Рыба помогает в нормализации работы щитовидной железы, позволяет снизить риск возникновения воспалительных процессов, способствует очистке сосудов, а также оказывает общее позитивное воздействие на кровеносную систему.

Доли респондентов, потребляющих рыбу минимум один раз в неделю

Рис.39.

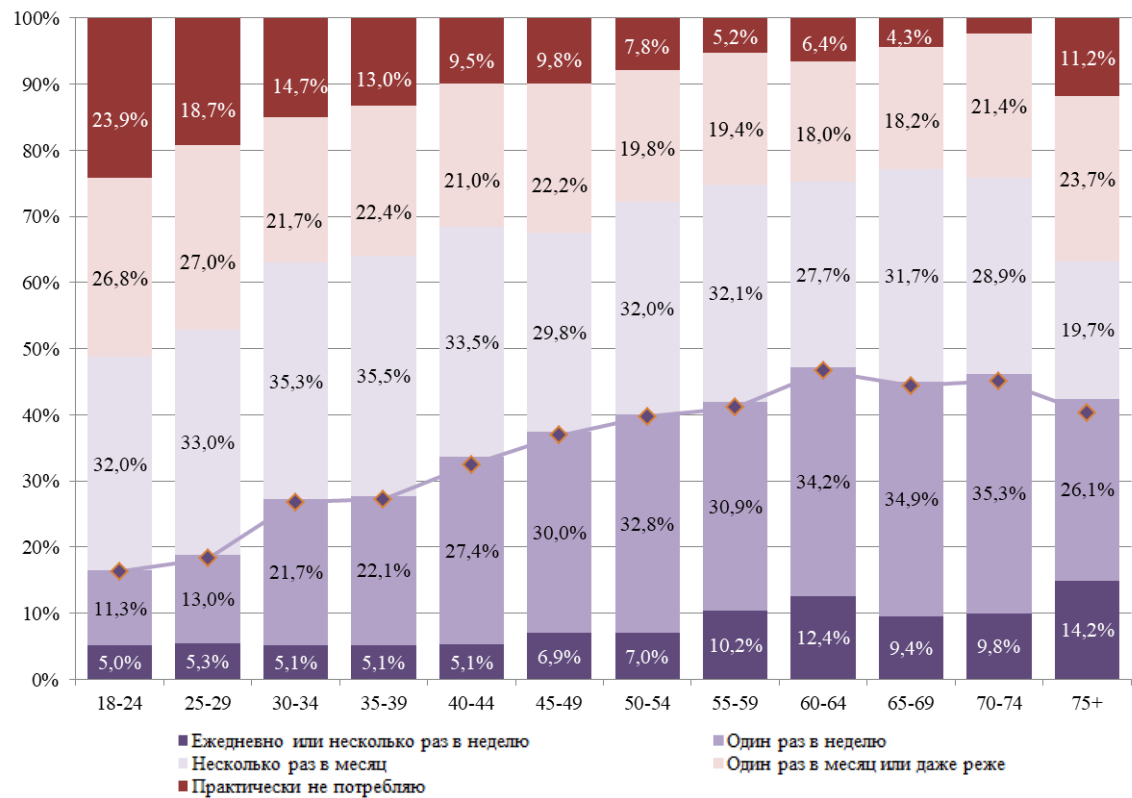


Обращает внимание на себя то, что примерно с 45 лет мужчины чаще потребляют рыбу, чем женщины, и держат первенство до конца жизни, хотя в средней доле по всем возрастам они практически сравниваются. В прошлом исследовании наблюдалась обратная картина, но общие доли остались на том же уровне.

Мужчины после 45-50 лет, вероятно, начинают сталкиваться с первыми сердечно-сосудистыми событиями и высокими показателями холестерина. Переход на рыбу для них — часто терапевтическая мера, назначаемая кардиологами, в то время как женщины в этом возрасте могут сокращать бюджет на дорогую рыбу или реже готовить её индивидуально для себя.

Доли респондентов по характеру потребления рыбы в обычном рационе питания, оба пола, %.

Рис.40.



Доли респондентов по характеру потребления рыбы в обычном рационе питания, оба пола, %.

Табл.28.

Возраст/Пол/Дни	18-34		35-54		55-74		75+		Всего	2023
	М%	Ж%	М%	Ж%	М%	Ж%	М%	Ж%		
Ежедн-но/неск. раз в неделю	5,3%	4,9%	5,1%	6,6%	11,3%	10,2%	29,4%	9,9%	7,5%	6,8%
1 раз в неделю	17,5%	14,1%	29,3%	25,7%	37,5%	31,5%	20,6%	27,7%	25,6%	31,1%
Несколько раз в месяц	33,2%	33,9%	34,0%	32,1%	27,4%	31,7%	29,4%	17,0%	31,4%	31,1%
1 раз в месяц или реже	22,0%	27,7%	18,9%	23,7%	17,9%	19,7%	14,7%	26,2%	22,0%	21,9%
Практически не употребляю	19,9%	17,8%	9,8%	10,7%	4,6%	4,9%	2,9%	13,5%	11,4%	9,0%

Рыбу в обычном рационе питания хотя бы один раз в неделю потребляют треть, 33,4% опрошенных граждан (37,9% в 2023). Распределение потребления рыбы по возрастным группам менее выражено в молодом возрасте. Пик потребления рыбы приходится на возраст старше 55 лет.

Отказ от регулярного употребления рыбы (менее 1–2 раз в неделю) по ряду исследований ассоциируется с ускорением процессов старения сердечно-сосудистой системы.

Сопоставление данных мониторинга выявило **наиболее вероятную критическую зону риска** — когорту респондентов в возрасте от 18 до 34 лет. Данные указывают на недостаточную полноту базового рациона молодежи и замещение здоровых пищевых привычек вероятными деструктивными паттернами.

1. Каждый десятый представитель молодого поколения (до 11,4% мужчин и 9,4% женщин) полностью исключил фрукты из своего рациона.
2. Параллельно с дефицитом клетчатки и микронутриентов наблюдается избыточный профицит натрия. Около четверти опрошенных (26,0%) на постоянной основе употребляют готовые продукты с высоким содержанием соли (фастфуд, ультра-обработанные снеки и т.п.).
3. Ситуация усугубляется низким потреблением полиненасыщенных жирных кислот: каждый пятый респондент (до 19,9% молодых мужчин) практически не употребляет рыбу.

Полученные данные указывают на вероятный поколенческий сдвиг в культуре питания. На смену традиционному рациону приходит модель «быстрого перекуса», основанная на ультра-обработанной пище. Такой дисбаланс с определённой вероятностью закладывает **долгосрочные риски** ранней манифестации сердечно-сосудистых и метаболических патологий у экономически активного населения.

Индексы качества диеты.

Чтобы связать потребление овощей, соли и рыбы воедино, были использованы международные индексы качества диеты, адаптированные под имеющиеся данные опроса (в баллах) и выведенные в единый комплексный показатель здоровья рациона населения.

Индекс диетологического качества (DQI — Diet Quality Index).

Для выборки была создана упрощенная версия DQI. Каждому респонденту были присвоены баллы от 0 до 5 за каждый критический маркер:

Блок Овощей/Фруктов: 5 порций в день — 5 баллов, 4 порции — 4 балла, 3 порции — 3 балла, 2 порции — 2 балла, 1 порция — 1 балл, 0 порций — 0 баллов;

Блок Соли: Добавляет соль во время еды «никогда» - 5 баллов, «редко» - 4 балла, «иногда» - 3 балла, «часто» - 1 балл, «всегда» - 0 баллов;

Блок Рыбы: Ест рыбу ежедневно или несколько раз в неделю — 5 баллов, один раз в неделю — 4 балла, несколько раз в месяц — 3 балла, один раз в месяц или даже реже — 1 балл, практически не потребляет — 0 баллов. Отсутствие 2 баллов в блоках «Соль» и «Рыба» вызвано меньшим количеством вариантов ответов.

Средние оценки по каждому блоку суммировались в итоговое среднее значение DQI.

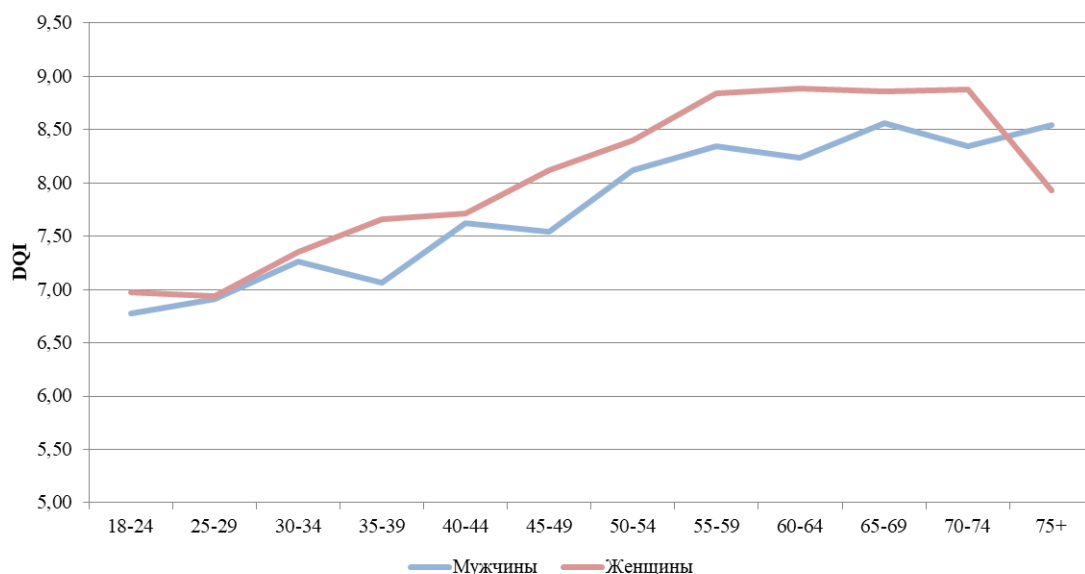
Применение упрощенного Индекса диетологического качества (DQI) позволило собрать ключевые маркеры рациона (потребление овощей/фруктов, соли и рыбы) в единую шкалу от 0 до 15 баллов. Итоговый средний индекс по всей выборке составил 8,04 балла, что в определённой степени указывает на наличие выраженных дисбалансов в культуре питания населения. Анализ выявил тревожные гендерные и возрастные закономерности.

Самый низкий уровень индекса DQI зафиксирован в возрастной когорте 18–24 лет (всего 6,94 балла для обоих полов). К группе 25–29 лет ситуация практически не меняется (6,93 балла). Такой низкий показатель может быть связан с гипотезой о деструктивном профиле питания молодых людей: преобладании фастфуда (избыток натрия), выраженном дефиците свежих овощей и клетчатки, а также несистемном потреблении рыбы.

Средние значения DQI для половозрастных групп

Табл.29.

Возраст/Пол	Мужчины	Женщины	Оба пола
18-24	6,78	6,97	6,94
25-29	6,91	6,94	6,93
30-34	7,27	7,35	7,34
35-39	7,06	7,66	7,57
40-44	7,63	7,71	7,70
45-49	7,54	8,12	8,06
50-54	8,12	8,40	8,37
55-59	8,35	8,84	8,77
60-64	8,24	8,89	8,80
65-69	8,56	8,86	8,82
70-74	8,34	8,88	8,80
75+	8,54	7,93	8,05
ИТОГО	7,69	8,10	8,04



Динамика DQI наглядно иллюстрирует низкое диетологическое качество в молодых когортах и пик к 65–69 годам.

Начиная с 30 лет, наблюдается последовательное увеличение индекса DQI, которое достигает своего пика в возрасте 65–69 лет (8,82 балла). К предпенсионному и раннему пенсионному возрасту люди начинают, вероятно, более жестко контролировать досаливание пищи (часто по медицинским показаниям), а также имеют устоявшиеся пищевые привычки с акцентом на традиционные домашние блюда.

В самой старшей возрастной группе 75+ лет происходит резкий перелом тенденции — индекс падает до 8,05 балла. Этот спад, предположительно, имеет социальные и экономические корни. В глубокой старости качество рациона снижается из-за падения доходов, одиночества (снижение мотивации готовить сложные блюда) и физических трудностей с покупкой свежих продуктов (особенно рыбы и качественных овощей вне сезона).

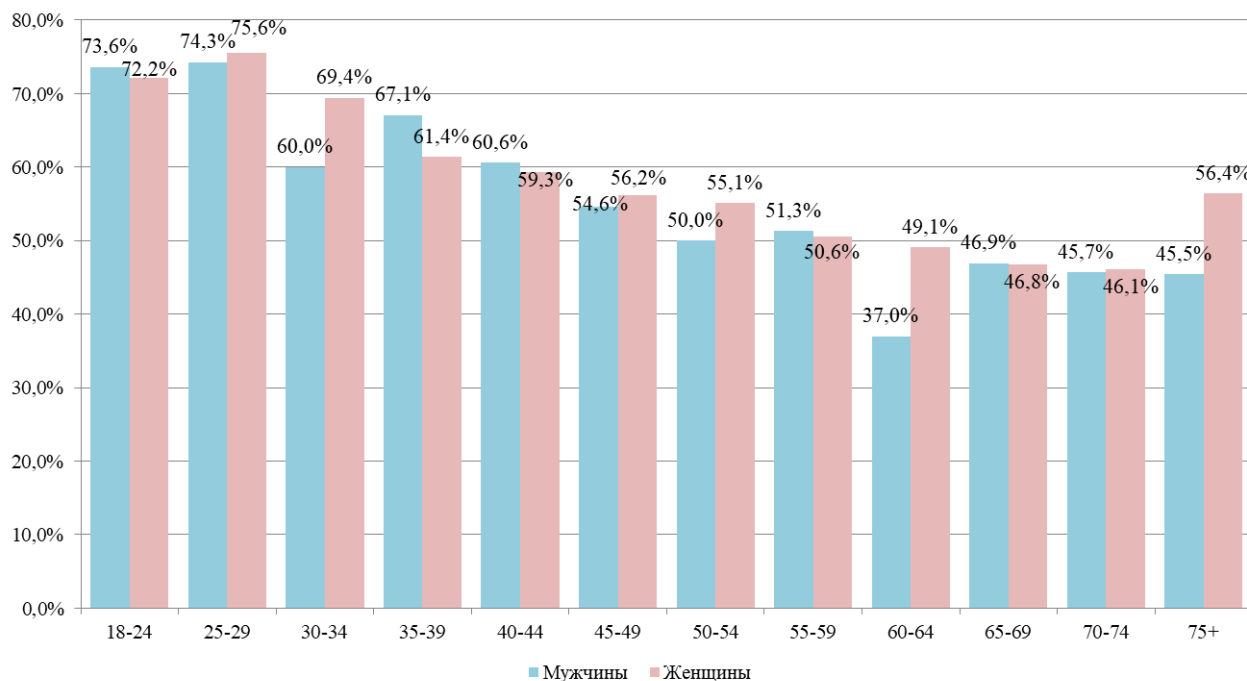
Женщины в среднем питаются качественнее мужчин во всех возрастных группах (8,10 балла против 7,69 у мужчин). Наибольший разрыв в пользу женщин фиксируется в возрасте 60–64 года (разница 0,65 балла) и 35–39, 45–49 лет (разница, соответственно, 0,59 и 0,58 балла). Это периоды, когда женщины, вероятно, наиболее активно вовлекаются в контроль здоровья и коррекцию рациона.

Единственная группа, где мужчины неожиданно опередили женщин по качеству питания — это 75+ лет (8,54 у мужчин против 7,93 у женщин). Это может быть связано с тем, что до этого возраста доживают мужчины с изначально более высоким уровнем здоровья и лучшими социально-бытовыми условиями плюс малым количеством выборки среди мужчин по этому возрасту.

Коэффициент дефицита эссенциальных групп.

Индекс оценивает, сколько обязательных групп продуктов человек регулярно получает в течение недели. ВОЗ рекомендует использовать его для оценки дефицитов питания. Индекс означает долю людей, у которых в рационе **одновременно отсутствуют** и норма по овощам, и норма по рыбе, то есть долю респондентов, чей рацион критически обеднен базовыми защитными факторами питания (клетчатка, полиненасыщенные жирные кислоты).

В текущем исследовании данный показатель указывает на наличие проблемы: более половины всего населения (**56,6% мужчин и 57,5% женщин**) регулярно недополучают жизненно важные нутриенты. Анализ выявил заметную нисходящую динамику распространенности дефицита по мере увеличения возраста респондентов.



В молодых возрастных когортах дефицит эссенциальных групп, в соответствии с данными, носит тревожный характер. В группе **18–24 лет** показатель составляет **73,6% у мужчин и 72,2% у женщин**. К возрасту **25–29 лет** ситуация чуть усугубляется, достигая пика среди женщин — **75,6%** (у мужчин — **74,3%**).

Три четверти молодых людей, исходя из показателя, де-факто живут в состоянии хронического «алиментарного голода» по микронутриентам. Молодежь, вероятно, полностью игнорирует культуру потребления рыбы и свежих овощей, замещая их калорийной, но «пустой» рафинированной пищей.

Начиная с 30 лет, доля людей с дефицитом эссенциальных групп начинает плавно, но неуклонно снижаться. К возрасту **50–54 года** показатель впервые опускается до **50,0%** у мужчин, а в группе мужчин **60–64 года** достигает своего минимума — всего **37,0%**.

В этом возрасте рацион, предположительно, становится более традиционным и домашним. Люди реже питаются вне дома, чаще включают в меню доступные сезонные овощи и базовые виды рыбы, что позволяет значительной части населения выйти из зоны жесткого дефицита.

В большинстве возрастных групп показатели мужчин и женщин идут практически вплотную (например, в 65–69 лет: 46,9% против 46,8%; в 70–74 года: 45,7% против 46,1%).

Однако в самой старшей возрастной группе **75+ лет** обнаруживается резкая полярность. Доля женщин с дефицитом эссенциальных групп взлетает до **56,4%** (возврат к показателям зрелого возраста), в то время как у мужчин удерживается минимальный уровень в **45,5%**. Выводы в это случае делать нельзя, мы снова ссылаемся на малую выборку мужчин 75+.

ОБЩЕЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ по результатам комплексной оценки алиментарных факторов риска ХНИЗ населения

Интегральный анализ структуры питания населения, проведенный с помощью двух взаимосвязанных аналитических маркеров — Индекса диетологического качества (DQI) и коэффициента дефицита эссенциальных групп — позволил сформировать первичный профиль пищевого поведения и оценить его вклад в формирование бремени хронических неинфекционных заболеваний.

Средний индекс диетологического качества популяции составляет всего **8,04 балла из 15 возможных**. Это, при первичном анализе, говорит о том, что рацион среднестатистического жителя сбалансирован ровно наполовину от рекомендаций ВОЗ.

Масштаб возможной проблемы подтверждается коэффициентом дефицита: более половины населения (**56,6% мужчин и 57,5% женщин**) имеют сочетанный критический дефицит базовых защитных компонентов пищи (клетчатки и Омега-3).

Наиболее тревожная эпидемиологическая ситуация зафиксирована в молодых возрастных когортах.

Доля молодых людей с дефицитом эссенциальных групп достигает высоких **72,2% – 75,6%**. Индекс DQI здесь находится на минимуме (~6,9 балла).

Молодое поколение, предположительно, формирует устойчивую модель «пустого» калорийного питания с избытком натрия и жестким дефицитом нутриентов-протекторов. Это может запускать раннее повреждение сосудистого эндотелия и предопределить стремительное омоложение артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и ожирения в ближайшие 10–15 лет.

По мере увеличения возраста респондентов фиксируется выраженная положительная динамика индексов. Пик диетологического благополучия приходится на возраст **65–69 лет**. К 60-64 годам у мужчин доля лиц с эссенциальным дефицитом падает до минимальных **37,0%**.

С одной стороны, это, вероятно, результат осознанной модификации диеты (вынужденный отказ от соли и переход на домашнюю пищу после манифестации ХНИЗ). С другой стороны, здесь играет определённую роль эффект «демографического отбора» — лица со злостными и деструктивными пищевыми привычками, вероятно, не доживают до старших возрастных групп из-за ранних сосудистых катастроф.

В течение всей зрелой жизни женщины демонстрируют более высокую приверженность принципам здорового питания (итоговый DQI **8,10** против **7,69** у мужчин), минимизируя риски ХНИЗ.

Ключевые рекомендации для превентивной медицины:

1. **Перенос фокуса:** Сместить вектор программ профилактики ХНИЗ со старшего поколения на **молодежь (18–29 лет)**, так как именно там закладывается фундамент будущих инфарктов и инсультов.

2. **Адресная поддержка:** Разработать меры социальной поддержки и просвещения в области правильного питания для **одиноких женщин старше 75 лет**, находящихся в зоне скрытого алиментарного риска.

Выявленные в ходе мониторинга 2026 года недостатки в структуре питания населения — это не просто изолированное изменение потребительских предпочтений, а формирование проблемы в долгосрочной перспективе. Игнорирование нормы овощей и фруктов, хронический профицит скрытого натрия и критический дефицит незаменимых жирных кислот Омега-3 представляют собой совокупный фактор риска, который на горизонте 5–10 лет может привести к резкому росту и «омоложению» целого спектра хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ).

Для предотвращения этого сценария необходим переход к серьёзным мерам популяционной профилактики: внедрению обязательной маркировки продуктов «светофор» (выделение скрытой соли и сахара), субсидированию доступности качественной рыбы и плодоовощной продукции, а также к таргетированным информационным кампаниям, направленным именно на молодежную аудиторию.

Физическая активность.

Блок анкеты по физической активности (ФА) включает в себя три типа вопросов – наличие и уровень активности на работе, в активном досуге вне работы, а также наличие и продолжительность движения при перемещении на работу, в магазины и т.д. Вопросы представляют собой адаптацию классического международного опросника GPAQ (Global Physical Activity Questionnaire), разработанного ВОЗ.

Во время опроса использовались поясняющие примечания и примеры.

Тем не менее, этот блок оказался самым трудным для понимания и самостоятельной оценки респондентами.

При простом арифметическом подсчёте минут рабочей и досуговой активности общий процент респондентов, выполняющих норму физической активности, составил 67%, что, по опыту подобных исследований, крайне сомнительно. Часть ответов перекрывала даже максимально возможную суточную активность. Таким образом, был выявлен классический артефакт завышения данных, когда респонденты выдают желаемое за действительное или неправильно трактуют понятия «умеренная» и «высокая» нагрузка. В эпидемиологических и социологических исследованиях реальный уровень достаточной физической активности обычно значительно ниже.

Так, 38,75% респондентов указали, что их общая суммарная активность превышает 4 часа в день, и средние показатели досуга составили примерно 2 часа (127 минут высокой активности или 108 минут умеренной активности). Это классический маркер критического искажения данных (гиперболизации).

В норме среднее время одной тренировки в досуге составляет 45–60 минут, а доля людей с активностью более 4 часов в день не превышает 5–7% (в основном это специфический рабочий труд). Респонденты явно посчитали за «спорт и досуг» всё время нахождения в фитнес-клубе (включая переодевание и душ) или объединили редкие выходные события в «типичный день».

Следующие шаги анализа включали кросс-анализ, валидацию и коррекцию данных.

Первоначальный расчет также показал аномально высокую долю лиц, выполняющих норму физической активности **в досуге** (46,5%). Данное искажение обусловлено типичным для субъективных опросников эффектом социальной одобряемости и гиперболизацией респондентами времени случайных бытовых нагрузок.

С целью верификации данных и минимизации «шума» была проведена процедура математической и смысловой фильтрации. К базе данных был применен жесткий критерий регулярности ВОЗ. Рабочая активность была исключена из анализа. Респонденты признавались выполняющими норму физической активности в рамках организованного **досуга и спорта** исключительно при соответствии жестким физиологическим паттернам: ≥ 3 дней в неделю для высоких нагрузок или ≥ 5 дней в неделю для умеренных нагрузок. Субъективно завышенные временные интервалы (более 120 минут на одну тренировку) были скорректированы с опорой на чистую медиану подвыборки.

После проведения процедуры очистки данных и применения жестких критериев регулярности, реальный уровень целевой оздоровительной физической активности (активный досуг, фитнес, спорт) в исследуемой выборке составил **36,7%**.

Доли респондентов, выполняющих норму физической активности

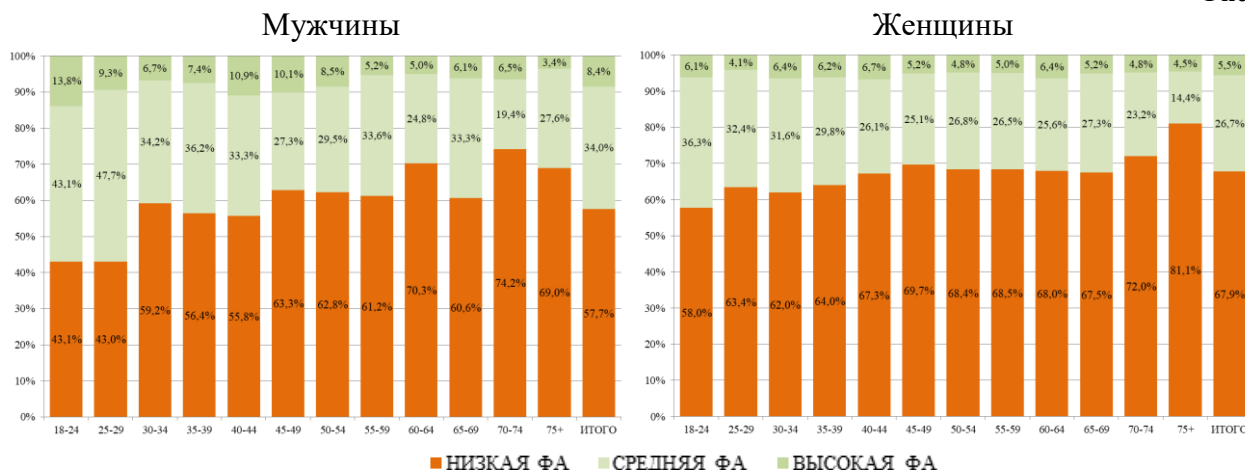
Табл.30.

Возраст/Пол	Мониторинг здоровья 2026		
	М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	50,8%	39,0%	45,1%
35-54	41,4%	32,9%	37,0%
55-74	34,1%	31,3%	32,3%
75+	31,0%	18,9%	21,4%
Всего	42,5%	32,2%	36,7%

Полученный показатель на 9 п.п. ниже первоначальных декларативных ответов респондентов, что подтверждает международный опыт исследований: метод самоотчета без жесткой фильтрации по дням и минутам ведет к ложноположительной оценке приверженности здоровому образу жизни. Зафиксированный уровень в 36,7% отражает реальную долю населения, практикующего регулярные, метаболически значимые физические нагрузки в свободное время, и указывает на необходимость дальнейшей популяризационной работы по вовлечению оставшихся 63,3% респондентов в активный досуг.

Доли респондентов по уровню физической активности

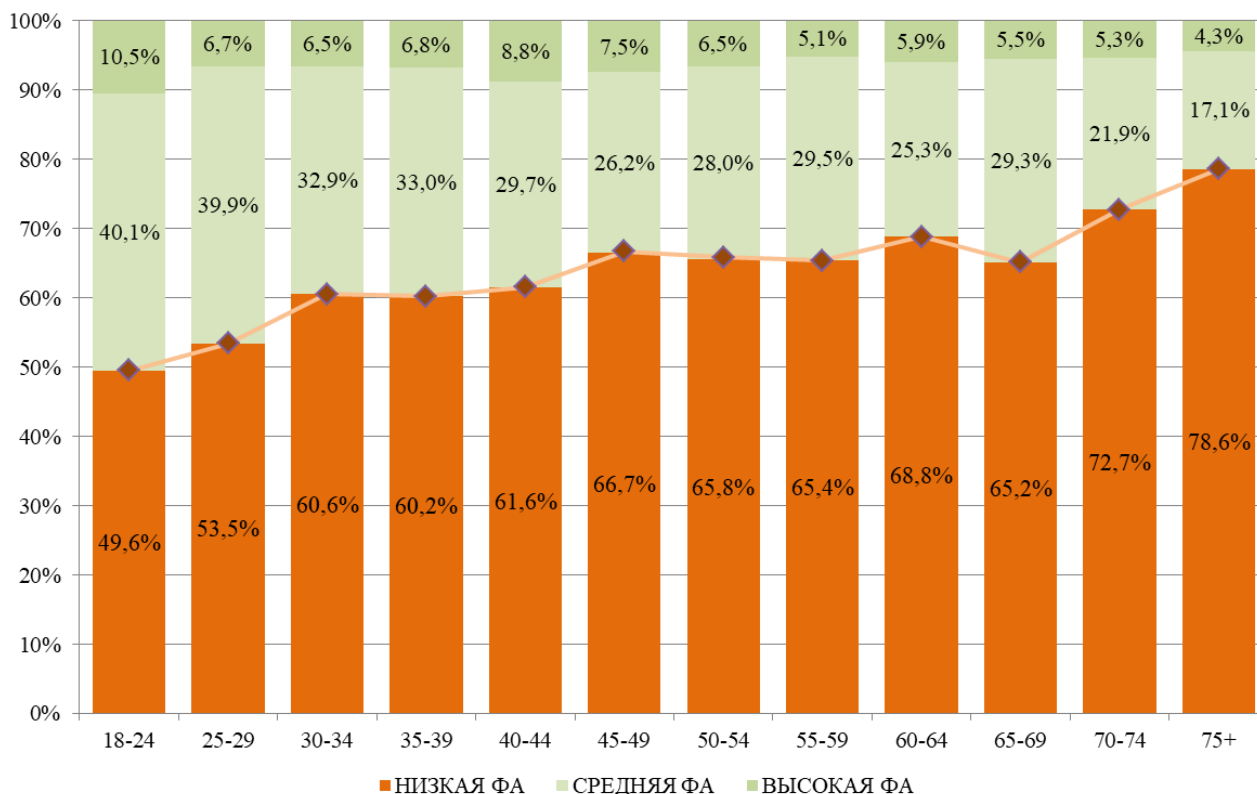
Рис.43.



При более подробном рассмотрении половозрастной динамики мы видим, что в 2026 году мужчины до 60 лет значимо более активнее женщин. Общий возрастной тренд ожидаемо снижает долю населения с выполнением нормы физической активности.

Доли респондентов по уровню физической активности, оба пола

Рис.44.



У 61,4% респондентов работа не предполагает никакой физической нагрузки (в том числе работа отсутствует), из них 85,9% проявляют хотя бы минимальную физическую активность, а 77,7% из них активны не менее 150 минут в неделю (передвижение пешком, на велосипеде, активный досуг), то есть выполняют рекомендованную норму физактивности.

Ходят пешком или используют велосипед не менее 10 минут в день при передвижении вне работы 77,5% респондентов, из них 89,3% (69,2% от всех респондентов) *по затраченному времени* (150 минут) выполняют рекомендованную недельную норму, то есть данная привычка в большинстве случаев *при должной нагрузке может* закрыть потребность в необходимой физической активности.

Доли респондентов,двигающихся не менее 150 минут в неделю (пешком или велосипед)

Табл.31.

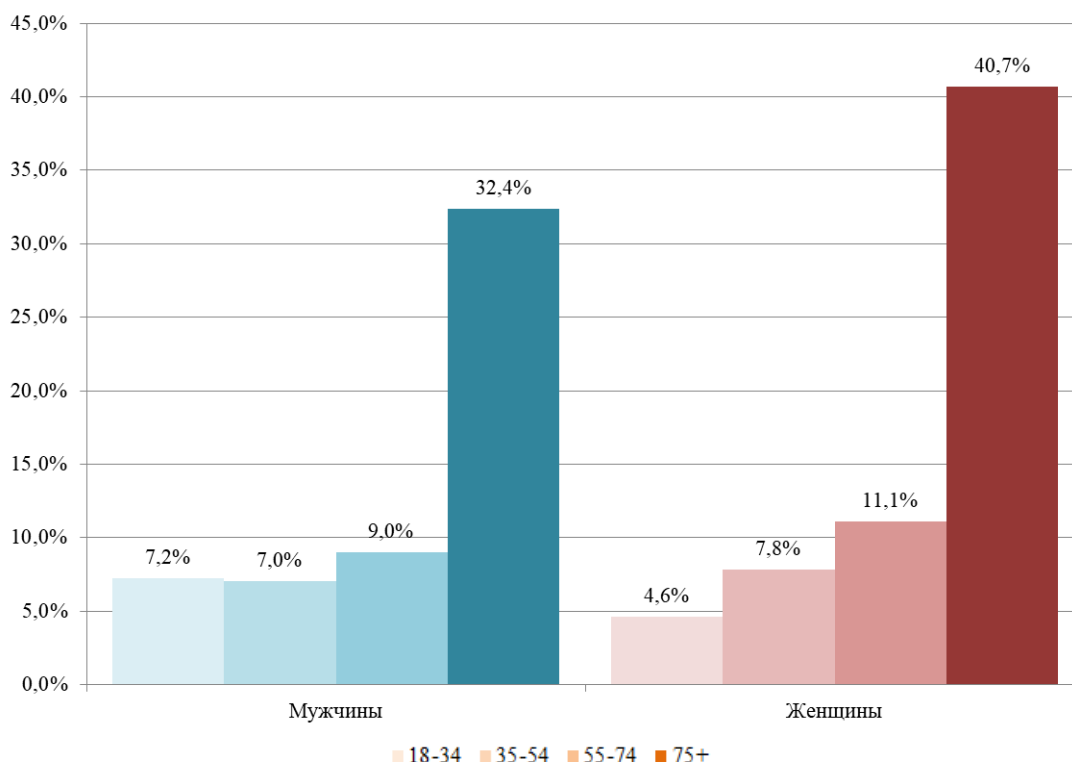
Возраст/Пол	Мониторинг здоровья 2023			Прирост	Мониторинг здоровья 2026		
	М%	Ж%	Оба пола, %	Оба пола, п.п.	М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	77,5%	76,4%	76,9%	-2,3	71,4%	77,8%	74,6%
35-54	70,0%	70,6%	70,3%	-0,5	67,7%	71,7%	69,8%
55-74	72,1%	68,9%	70,4%	0,1	70,8%	70,4%	70,5%
75+	60,8%	57,5%	59,1%	-17,2	47,1%	40,4%	41,9%
Всего	70,1%	68,5%	69,3%	-0,1	68,8%	69,5%	69,2%

Данная практика значимо не изменяется во всех возрастах, кроме 75+.

Не проявляют никакой физической активности в течение недели 10,2% опрошенных граждан или 8,5% от всех мужчин и 11,5% от всех женщин.

Доли респондентов с отсутствующей физической активностью

Рис.45.

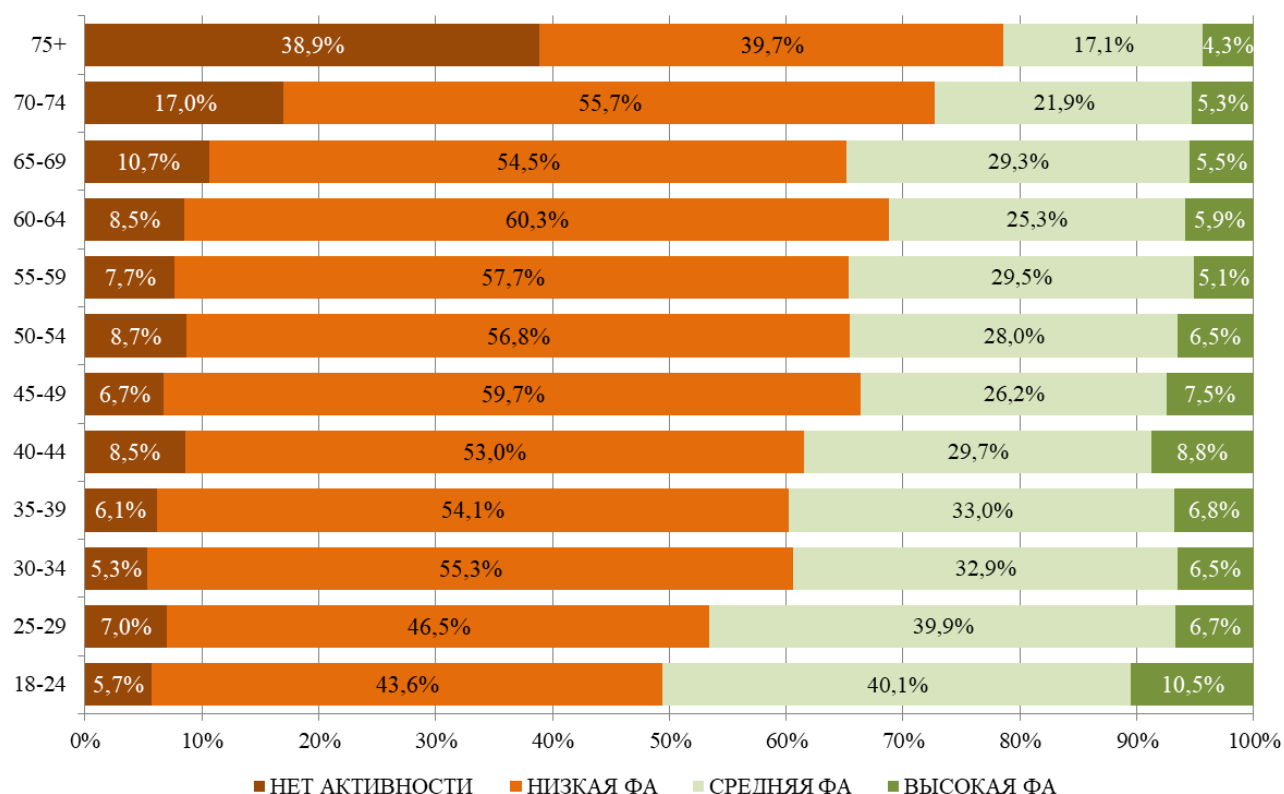


Основной группой риска по данному фактору остаются женщины и мужчины старших возрастов. С возрастом отсутствие физической активности остаётся практически неизменным, у женщин растёт постепенно и резко увеличивается после 75 лет. У мужчин не изменяется до 70 лет, после чего происходит резкий скачок полного отсутствия активности.

В итоге, статус физической активности имеет следующее распределение:

Статус физической активности, оба пола, %

Рис.46.



Коррекция субъективных данных респондентов (применение жестких критериев регулярности ВОЗ и процедура винзоризации) позволила очистить массив данных от эффекта социальной одобряемости. Скорректированный реальный уровень целевой оздоровительной физической активности (фитнес, спорт, активный досуг) в популяции составил **36,7%**.

Несмотря на формальный рост общего показателя на 1,9 п.п. по сравнению с 2023 годом, детальный пологовозрастной анализ выявил глубокую структурную деформацию физической активности населения.

Зафиксировано падение вовлеченности в возрастной группе 18–34 лет на 17,0 п.п. (до 45,1%) и в группе 35–54 лет на 6,0 п.п. (до 37,0%). Это создает долгосрочные риски ранней инвалидизации от неинфекционных заболеваний (НИЗ) и снижения трудового потенциала страны.

Высокий уровень гиподинамии на рабочих местах: У 61,4% граждан трудовая деятельность полностью лишена физической нагрузки.

Основной фокус субклинического риска смещен в сторону женщин старше 60 лет и мужчин старше 70 лет, где доля абсолютно неактивного населения резко возрастает (достигая 40,7% у женщин в возрасте 75+).

Позитивные тренды:

- Наблюдается выраженный рост приверженности к ФА среди старшего поколения. В категории 55–74 лет показатель увеличился в 1,6 раза — с 19,6% до 32,3% (+12,7 п.п.), преимущественно за счет женской субпопуляции.

- 69,2% респондентов *по затраченному времени (нагрузка неизвестна)* закрывают рекомендованную недельную норму ВОЗ исключительно за счет пешей ходьбы или использования велосипеда вне работы.

Объективные данные.

Рост, вес, индекс массы тела.

Антропометрические данные: рост, масса тела, окружность талии и бёдер были использованы для расчета индекса массы тела (ИМТ), с целью оценки распространенности среди респондентов избыточной массы тела и ожирения (измерения не проводились беременным женщинам). Респонденты самостоятельно указывали запрашиваемые параметры, то есть данные являются субъективными, что является стандартным допущением для антропометрического скрининга.

Сравнительные статистические характеристики роста, веса и ИМТ

Табл. 32.

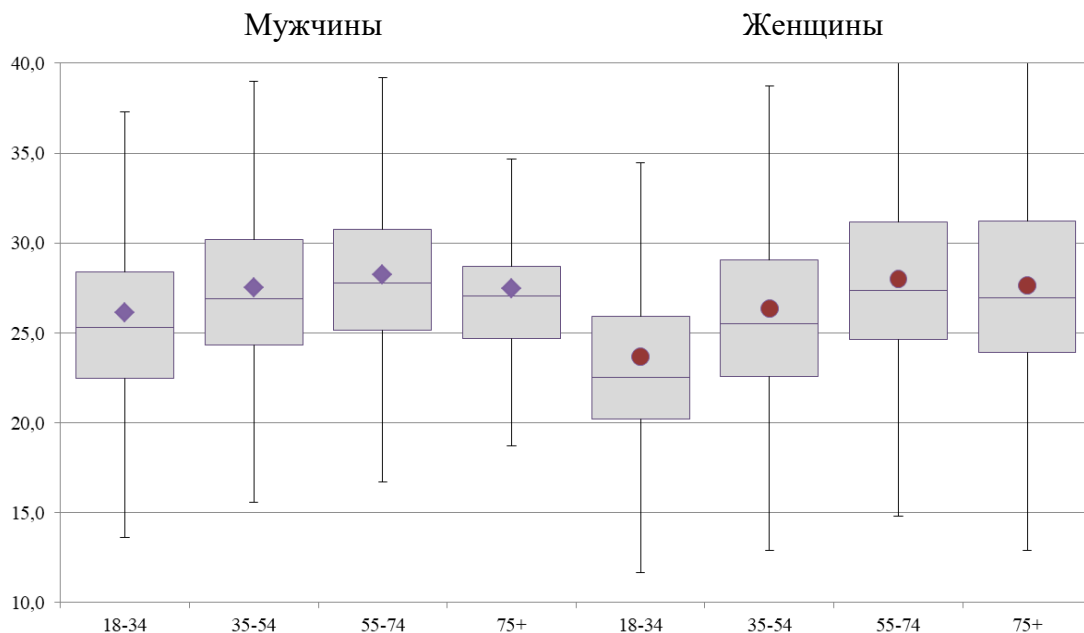
Показатель	Пол	Среднее (М)	Стандартное отклонение (SD)	Минимум (min)	Максимум (max)
Рост, см	Мужчины	178,0	7,46	140	225
	Женщины	164,8	6,04	140	198
Вес, кг	Мужчины	86,9	16,93	35	192
	Женщины	72,0	15,25	35	165
ИМТ, кг/м ²	Мужчины	27,4	4,92	14,4	57,8
	Женщины	26,5	5,43	13,8	61,3

Индекс массы тела - это величина, применяемая для оценки степени соответствия роста и массы человека и оценки массы тела (масса тела может быть нормальной, недостаточной, избыточной (ожирение)). Индекс массы тела рассчитывается по формуле: масса (кг)/ рост²(м²).

Норма ИМТ – 18,5-24,9 кг/м². С увеличением ИМТ возрастает риск развития сопутствующих заболеваний.

Статистические характеристики индекса массы тела по полу и возрасту

Рис. 47.



Средний индекс массы тела среди респондентов составил: мужчины — 27,4 кг/м², женщины — 26,5 кг/м². Тревогу вызывает то, что даже средний показатель в возрастах старше 35 выходит за пределы нормы и увеличивается с возрастом. Небольшой откат происходит после возраста 75+, что, вероятно, связано с низкой выживаемостью респондентов с высоким ИМТ. В сравнении с 2023 годом (с оговоркой о разнице методов сбора данных) средний ИМТ по разным половозрастным группам значимо вырос.

Доли респондентов по ИМТ среди мужчин

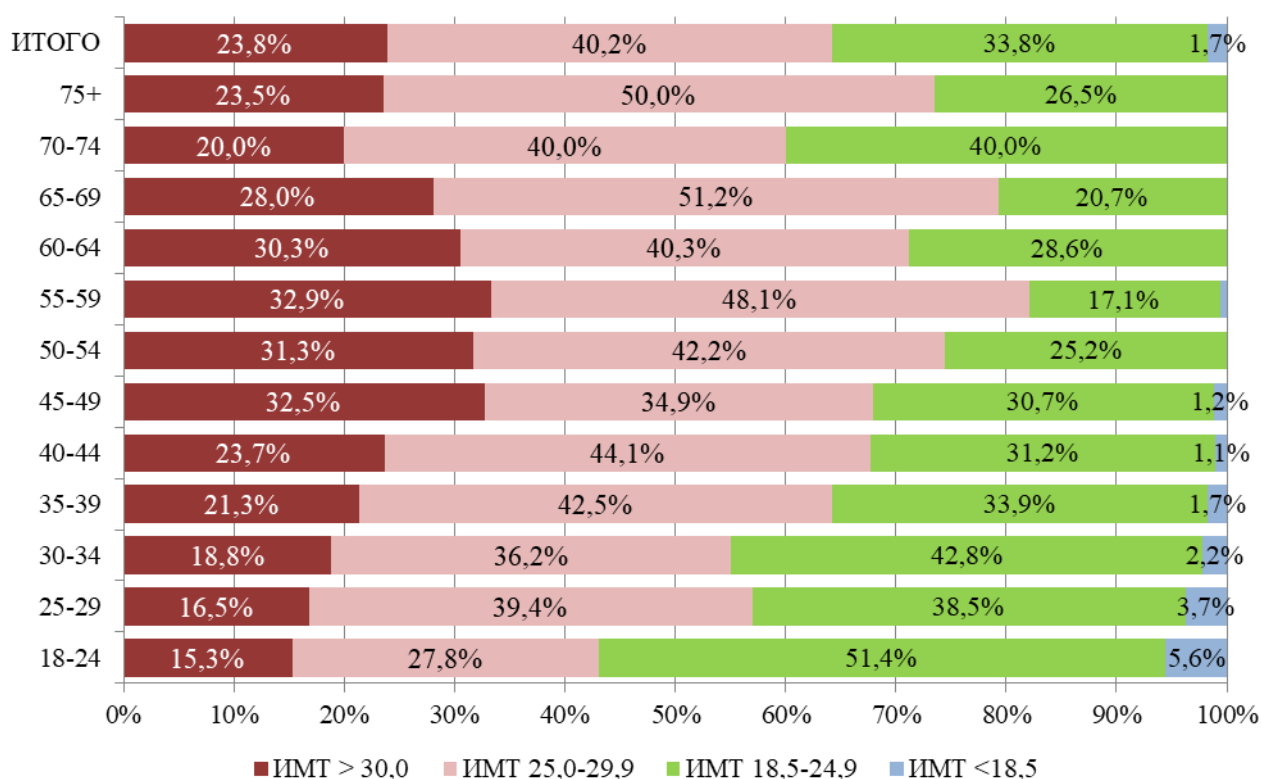
Табл. 33.

ИМТ	Мониторинг здоровья 2023				Прирост, п.п.				Мониторинг здоровья 2026			
	<18,5	18,5-24,9	25,0-29,9	>30,0	<18,5	18,5-24,9	25,0-29,9	>30,0	<18,5	18,5-24,9	25,0-29,9	>30,0
18-34	1,0%	63,1%	29,6%	6,4%	2,8	-18,5	4,6	10,6%	3,8%	44,6%	34,2%	17,0%
35-54	0,0%	40,5%	48,3%	11,2%	1,1	-9,7	-7,1	15,1%	1,1%	30,8%	41,2%	26,3%
55-74	0,5%	34,0%	50,7%	14,8%	-0,3	-9,1	-5,4	14,2%	0,2%	24,9%	45,3%	29,0%
75+	0,0%	37,7%	45,7%	16,6%	0,0	-11,2	4,3	6,9%	0,0%	26,5%	50,0%	23,5%
Всего	0,4%	43,8%	43,6%	12,2%	1,3	-10,0	-3,4	11,6	1,7%	33,8%	40,2%	23,8%

В соответствии с полученными данными, отмечается тенденция к повышению распространённости ожирения среди мужчин во всех возрастах. Мужчин с избыточным весом или ожирением стало значительно больше – 64,0% против 55,8% при прошлом исследовании.

Доли респондентов по ИМТ среди мужчин

Рис. 48.



Среди женщин ситуация чуть менее тревожная - тенденция к распространённости ожирения имеется во всех возрастах, но не такая значительная как у мужчин. Женщин с избыточным весом или ожирением также стало больше – 53,9% против 48,8% при прошлом исследовании. По обоим полам эта доля вернулась на уровень 2021 года (см. отчёт 2021 года).

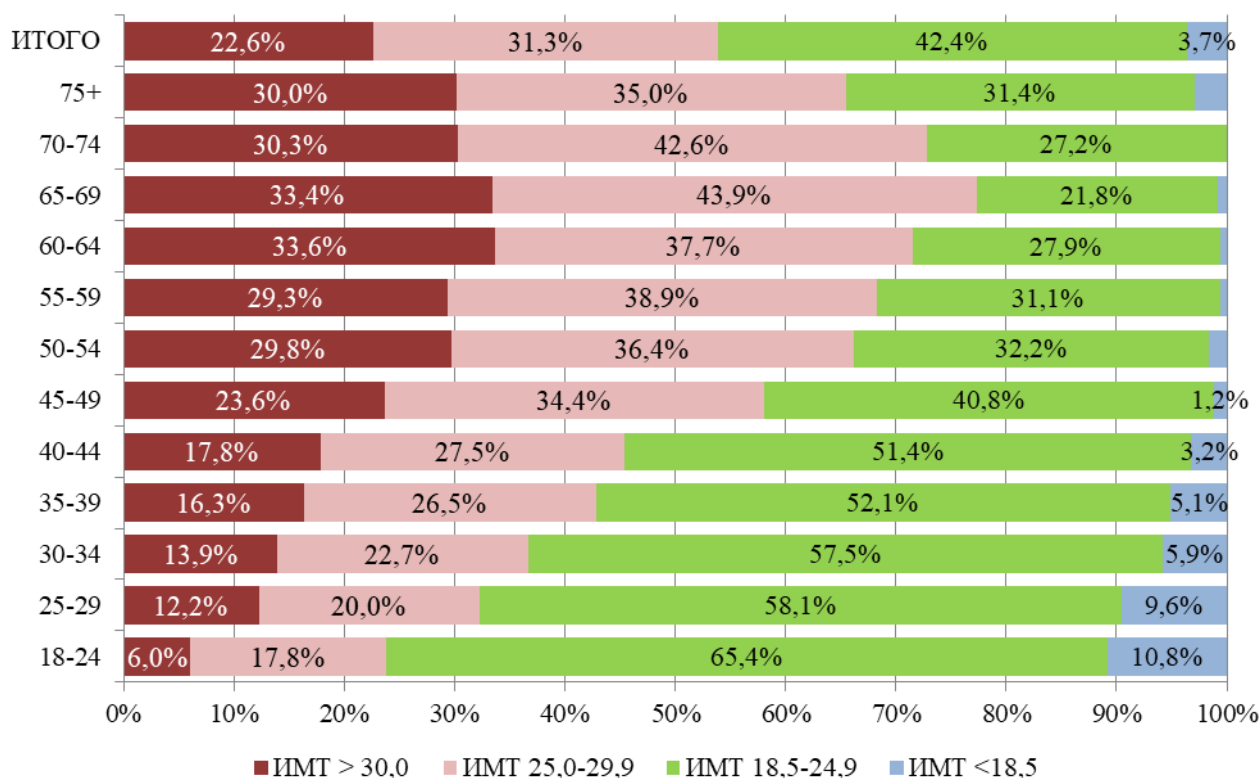
Доли респондентов по ИМТ среди женщин

Табл. 34

ИМТ	Мониторинг здоровья 2023				Прирост, п.п.				Мониторинг здоровья 2026			
	<18,5	18,5-24,9	25,0-29,9	>30,0	<18,5	18,5-24,9	25,0-29,9	>30,0	<18,5	18,5-24,9	25,0-29,9	>30,0
18-34	2,9%	73,2%	15,8%	8,1%	5,6	-13,1	4,6	2,9	8,5%	60,1%	20,4%	11,0%
35-54	0,0%	60,2%	25,7%	14,2%	3,0	-15,1	4,9	6,9	3,0%	45,3%	30,6%	21,1%
55-74	0,9%	37,0%	38,3%	23,8%	-0,4	-9,9	2,2	8,0	0,5%	27,1%	40,5%	31,8%
75+	0,5%	30,9%	42,0%	26,6%	2,4	0,5	-7,0	3,4	2,9%	31,4%	35,0%	30,0%
Всего	1,0%	50,2%	30,6%	18,2%	2,7	-7,8	0,7	4,4	3,7%	42,4%	31,3%	22,6%

Доли респондентов по ИМТ среди женщин, %

Рис. 49.



У мужчин превалирование избыточной массы тела в группе начинается уже с возраста 25 лет, у женщин – с возраста 45 лет.

Молодёжь - самая здоровая группа, где сохраняется наибольшая доля людей с нормальным ИМТ (44,6% у мужчин и 60,1% у женщин). Однако именно здесь за 3 года произошел самый резкий обвал доли «нормы» (у мужчин на -18,5 п.п., у женщин на -13,1 п.п.) за счет ухода людей в категории избыточного веса и ожирения.

Вес увеличивается по мере старения, но максимальные пики избыточной массы и ожирения у полов не совпадают. У мужчин пик высокого ИМТ (81,0% группы) наступает в 55-59 лет. У женщин пик (77,3% группы) смещен на 10 лет позже и фиксируется в 65-69 лет.

После прохождения пиковых значений в глубокой старости наблюдается небольшое снижение доли ожирения (до 23,5% у мужчин и 30,0% у женщин). При этом у мужчин старше 75 лет половина (50,0%) стабильно находится в зоне избыточного веса.

Зафиксирован мощный прирост опасной категории «ожирение» во всех возрастах. В целом по выборке доля мужчин с ожирением выросла на 11,6 п.п. (до 23,8%), а женщин — на 4,4 п.п. (до 22,6%).

Доля людей с дефицитом массы тела остается минимальной, но показала небольшой рост (в среднем до 1,7% у мужчин и 3,7% у женщин), преимущественно за счет молодой группы 18–34 лет.

Доли респондентов по ИМТ, оба пола

Табл. 35.

ИМТ	Мониторинг здоровья 2023				Прирост, п.п.				Мониторинг здоровья 2026			
	<18,5	18,5-24,9	25,0-29,9	>30,0	<18,5	18,5-24,9	25,0-29,9	>30,0	<18,5	18,5-24,9	25,0-29,9	>30,0
18-34	1,9%	68,2%	22,6%	7,3%	4,2	-15,8	4,6	6,7	6,1%	52,4%	27,2%	14,0%
35-54	0,0%	50,8%	36,4%	12,8%	2,1	-12,3	-0,8	10,8	2,1%	38,5%	35,6%	23,6%
55-74	0,7%	35,6%	44,1%	19,6%	-0,3	-9,3	-1,8	11,2	0,4%	26,3%	42,3%	30,8%
75+	0,2%	34,2%	43,8%	21,7%	2,0	-3,9	-5,5	6,9	2,2%	30,3%	38,3%	28,6%
Всего	0,7%	47,1%	36,8%	15,4%	2,1	-8,4	-1,7	7,7	2,8%	38,7%	35,1%	23,1%

Распределение ИМТ по возрасту

Рис.50.

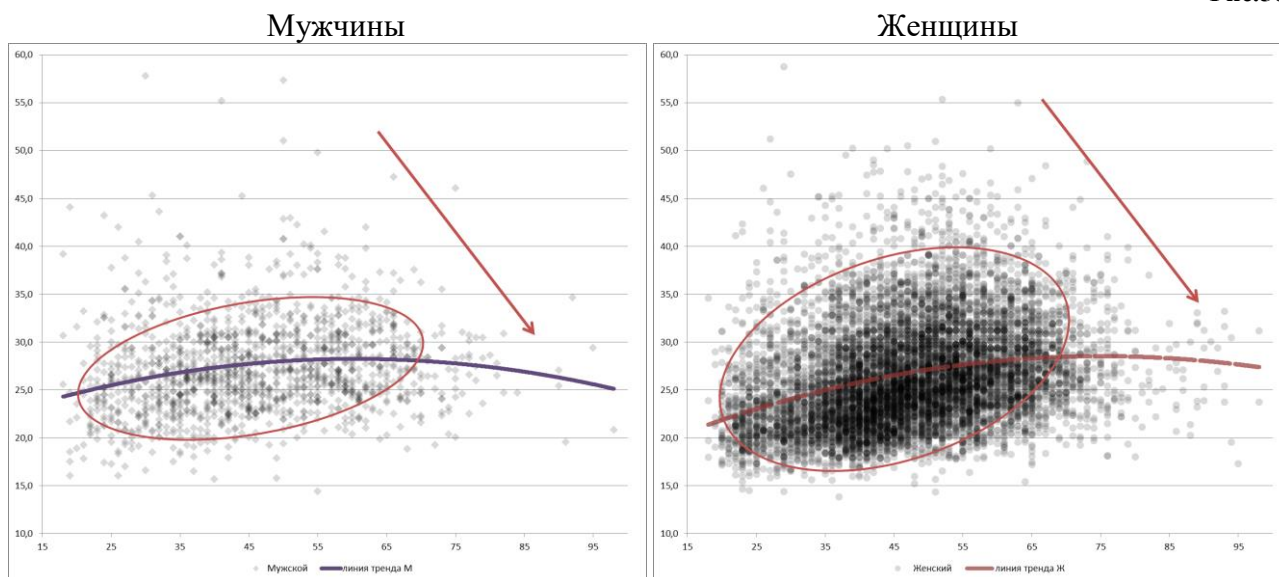
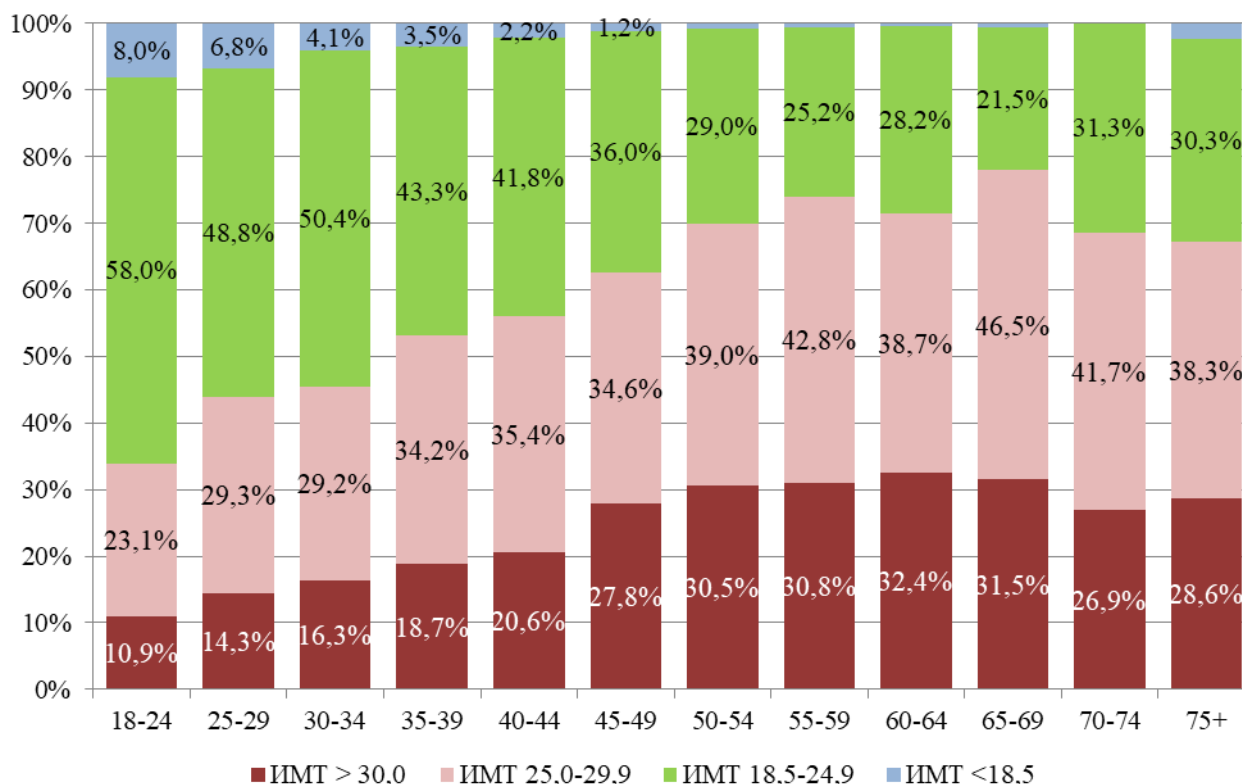


График распределения, также как и график boxplot (рис. 47), показывает, что основная масса значений ИМТ у мужчин сконцентрирована в пределах 22,5-30,8, имеет тенденцию повышаться с возрастом и после 65 лет пиковые выбросы уже не встречаются.

У женщин основной пул полученного ИМТ находится в более широком диапазоне 20,2 – 31,2, имеет чуть более крутую линию тренда и также после 65 лет пиковые значения отсутствуют, не превышая 33,0 после 85 лет.

Доли респондентов по ИМТ, оба пола, %

Рис. 51.



Таким образом, набор лишней массы тела по ИМТ начинается в популяции с 35 лет и выходит на свой пик в возрасте 60 и более лет, как у мужчин, так и у женщин, и наблюдается у почти 2/3 респондентов.

В соответствии с полученными данными имеется отрицательная динамика в сторону большего превышения ИМТ во всех группах.

Классический индекс массы тела (ИМТ), созданный ещё в XIX веке, сегодня подвергается жёсткой критике со стороны медиков и учёных по следующим ключевым причинам:

- ИМТ измеряет только общую массу. Он не отличает тяжёлые мышцы от рыхлого жира. Из-за этого здоровые атлеты и бодибилдеры часто ошибочно попадают в категорию «Ожирение»;

- метод «пропускает» людей с нормальным весом, но критически низким объёмом мышц и опасным избытком внутреннего жира. Такое состояние (Thin Outside, Fat Inside) несёт скрытые риски для здоровья;

- формула не учитывает, где именно откладывается жир. При этом висцеральный жир на животе (абдоминальный) в разы опаснее для сердца и сосудов, чем подкожный жир на бёдрах;

- формула одинакова для мужчин, женщин, молодых и пожилых. Она не учитывает, что у женщин физиологически больше жира, а у пожилых людей небольшое превышение ИМТ часто служит «подушкой безопасности» против истощения.

Из-за этих минусов современная медицина рекомендует дополнять ИМТ измерением окружности талии.

Окружность талии и бёдер.

Респонденты самостоятельно измеряли окружность талии и бёдер сантиметровой лентой по подсказке демонстрационной карточки, где были указаны линиями точные области измерения на теле. Достоверные данные предоставили 6298 респондентов, эти показания и были использованы в работе.

Нормальным (здоровым) показателем окружности талии считается, если он не превышает 80 см у женщин и 94 см у мужчин.

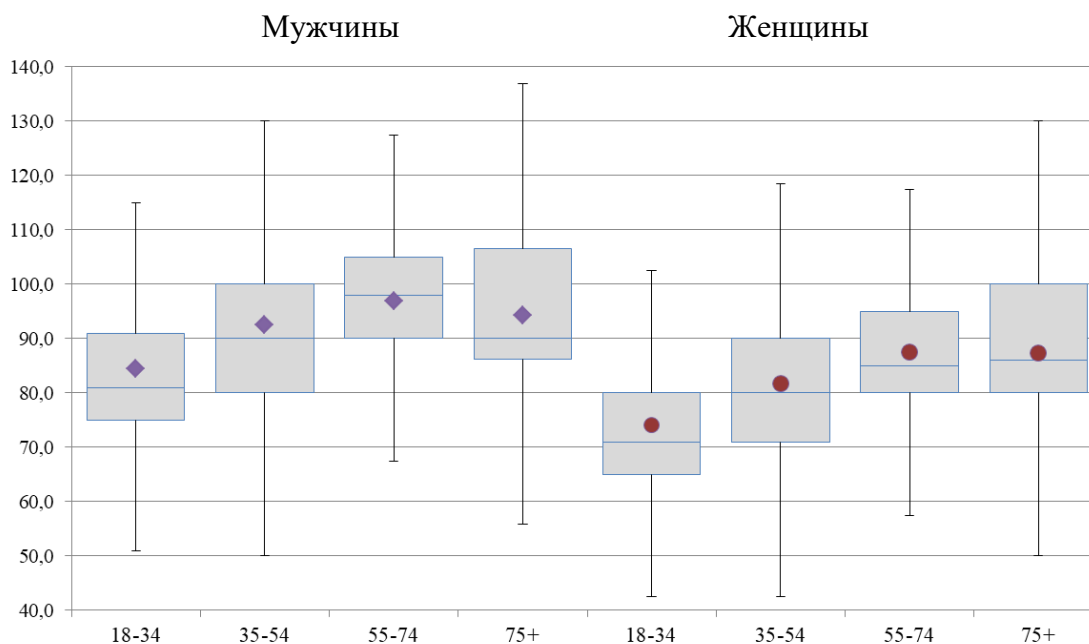
Сравнительные статистические характеристики окружности талии

Табл. 36.

Показатель	Пол	Среднее (M)	Стандартное отклонение (SD)	Минимум (min)	Максимум (max)
Окр. талии, см	Мужчины	92,5	15,7	30	150
	Женщины	82,8	13,6	34	200
Окр. бёдер, см	Мужчины	100,1	14,99	50	240
	Женщины	102,8	12,49	36	234

Статистические характеристики окружности талии по полу и возрасту

Рис. 52.



Минимальные экстремальные значения окружности талии и бёдер могут быть обусловлены индивидуальной спецификой респондентов, погрешности первичного ввода данных были исключены. Данные были приняты в работу, поскольку они не искажают общую статистическую картину ввиду масштабности выборки.

Как видно из графика, мужчины до 55 лет сохраняют средние и медианные значения в пределах указанной нормы, тогда как у женщин эти показатели превышают норму уже после 35 лет и в целом по популяции.

Доли респондентов с превышением нормы окружности талии

Табл.37.

	Мониторинг здоровья 2023			Прирост	Мониторинг здоровья 2026		
Возраст/Пол	М%	Ж%	Оба пола, %	Оба пола, п.п.	М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	19,2%	19,5%	19,4%	2,9	23,0%	22,0%	22,3%
35-54	23,8%	32,9%	28,5%	15,6	43,8%	44,3%	44,1%
55-74	24,7%	56,5%	41,9%	23,3	61,5%	67,1%	65,2%
75+	25,3%	54,4%	40,3%	20,1	35,0%	67,5%	60,4%
Всего	23,2%	41,2%	32,6%	13,3	42,4%	47,6%	45,9%

К данным 2023 года по данному параметру следует относиться критически, поэтому в анализе мы не будем останавливаться на явном увеличении доли респондентов с превышением нормы окружности талии. Можно отметить, что новые данные «вернулись» к значениям исследования 2021 года.

Доли респондентов с превышением нормы окружности талии

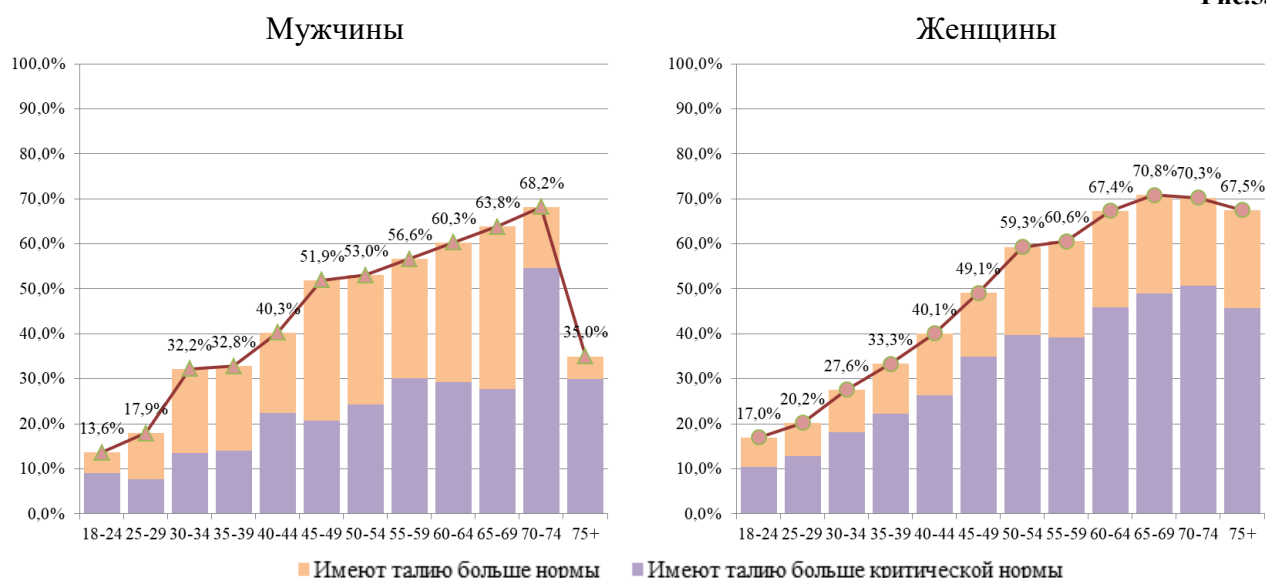
Табл.38.

	Мониторинг здоровья 2021			Прирост	Мониторинг здоровья 2026		
Возраст/Пол	М%	Ж%	Оба пола, %	Оба пола, п.п.	М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	19,6%	23,4%	21,6%	0,7	23,0%	22,0%	22,3%
35-54	46,6%	51,5%	49,2%	-5,1	43,8%	44,3%	44,1%
55-74	57,2%	75,2%	67,8%	-2,6	61,5%	67,1%	65,2%
75+	47,6%	75,6%	63,7%	-3,3	35,0%	67,5%	60,4%
Всего	42,3%	57,4%	50,7%	-4,8	42,4%	47,6%	45,9%

Обхват талии больше 88 см у женщин и 102 см у мужчин – достоверный показатель высокого риска преждевременной смерти от болезней сердца, нарушений углеводного обмена и некоторых видов рака.

Доли респондентов с превышением нормы окружности талии

Рис.53.



Обхват талии повышается с возрастом, достигая пика к 70-74 годам (около 70% респондентов этого возраста), но, если у мужчин после 75 лет происходит резкое сокращение доли респондентов с превышением нормы окружности талии, то женщины в этом возрасте сохраняют те же высокие доли, что и в более раннем поколении 55-74 года. То есть, по полученным данным можно сделать вывод, что возможное влияние этого параметра на продолжительность жизни, по крайней мере, у женщин, начинается несколько позже, чем у мужчин. Вероятно, этот вывод обусловлен малым количеством респондентов мужчин возраста 75+, поэтому требуют проверки на более репрезентативной выборке.

Висцеральное ожирение:

- мужчины с окружностью талии более 94 см — 42,4% (42,3% в 2021);
- женщины с окружностью талии более 80 см. — 47,6% (57,4% в 2021) с резким ростом в возрасте после 55 лет – две трети от опрошенных.

Для определения тесноты и направления связи между превышением нормативных показателей ИМТ (более 24,9 кг/м²) и превышением нормы окружности талии (более 80 см для женщин и 94 см для мужчин) был использован линейный коэффициент корреляции Пирсона.

Полученное значение коэффициента корреляции $r=0,74$, сила связи (по шкале Чеддока) высокая (сильная), направление связи: прямая (положительная).

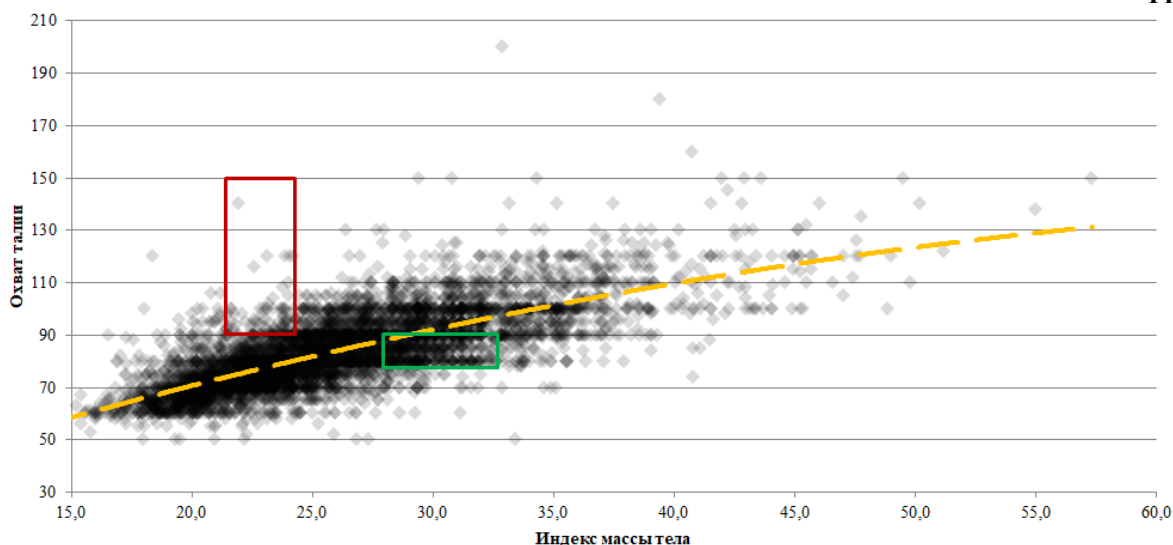
Учитывая объем выборки ($n = 6298$), полученный результат является статистически высокозначимым ($p < 0,001$). Вероятность случайного возникновения такой зависимости стремится к нулю.

Коэффициент корреляции указывает на то, что у подавляющего большинства исследуемых увеличение общей массы тела протекает параллельно с увеличением абдоминального (висцерального) жира.

Коэффициент детерминации (R^2) составляет 0,547 (или 54,7%). Это означает, что 54,7% вариативности избыточной окружности талии напрямую объясняются ростом общего индекса массы тела. Оставшиеся 45,3% дисперсии приходятся на индивидуальные анатомические и метаболические особенности пациентов - генетика, тип телосложения и распределение жира.

Распределение ИМТ по охвату талии

Рис.54.



Наличие этих 45,3% объясняет присутствие в выборке специфических фенотипов, отклоняющихся от общей линии тренда:

1. Лица с метаболически здоровым ожирением/развитой мускулатурой. Высокий ИМТ при относительно сохранной или умеренно увеличенной окружности талии, что характерно для спортсменов или лиц с гиноидным типом распределения жира — «груша» - зелёный прямоугольник на графике распределения — 9,8% среди респондентов. Использование только шкалы ИМТ ошибочно классифицирует их как лиц со значительной патологией.

2. Лица со скрытым ожирением (феномен TOFI — *thin-outside-fat-inside*): Нормальный или пограничный ИМТ при выраженном превышении нормы ОТ. Данная группа характеризуется дефицитом мышечной массы (саркопенией) и накоплением опасного висцерального жира при визуальной «худобе» - красный прямоугольник на графике распределения – 2,7% респондентов. Изолированный скрининг по весу полностью «пропускает» этих пациентов, подвергая их латентному кардиометаболическому риску

Суммарно более 12% всей популяции (каждый восьмой респондент) попадают в зоны диагностических ошибок при оценке здоровья исключительно по ИМТ. Это делает обязательным внедрение одновременного кросс-анализа окружности талии во все протоколы первичного антропометрического контроля.

Проведенный анализ указывает на сильную патофизиологическую связь между общим и абдоминальным ожирением в исследуемой популяции. Полученные данные подтверждают, что ИМТ остается надежным скрининговым маркером, однако для точной оценки кардиометаболических рисков изолированного подсчета ИМТ недостаточно. Высокая доля индивидуальной изменчивости (более 45%) требует обязательного одновременного измерения окружности талии в клинической практике для выявления скрытых форм висцерального ожирения.

В ходе углубленного статистического анализа общая выборка (n = 6298) была стратифицирована на 8 независимых подгрупп по признаку пола и возраста. Результаты кросс-табуляции коэффициентов корреляции Пирсона выявили важные метаболические и антропометрические закономерности.

**Коэффициенты корреляции Пирсона по половозрастным группам
между ИМТ и окружностью талии**

Табл.39.

Пол/Возраст	18-34	35-54	55-74	75+
Мужчины	0,685613	0,69987	0,635647	0,706485
Женщины	0,720353	0,755082	0,705144	0,733212

Вопреки распространенному клиническому представлению о том, что у мужчин связь ИМТ и ОТ должна быть жестче из-за склонности к абдоминальному ожирению, данные показали обратную картину. Во всех без исключения возрастных когортах корреляция у женщин стабильно выше (находится в диапазоне 0,71–0,76), чем у мужчин (0,64–0,71).

У мужчин висцеральное жиросотложение часто носит взрывной и изолированный характер («пивной живот» может расти при относительно стабильном общем весе и пограничном ИМТ за счет дефицита мышечной массы на конечностях). У женщин же прирост общей массы тела (ИМТ) распределяется более равномерно, захватывая в том числе и подкожно-жировую клетчатку живота, что дает более устойчивую, предсказуемую линейную связь между общим весом и объемом талии.

Возрастная динамика у мужчин:

- 18–34 года ($r = 0,69$): Начальный уровень связи. В молодом возрасте высокий ИМТ часто может быть обусловлен развитой скелетно-мышечной массой (активные занятия спортом), при которой талия остается узкой. Это снижает общую линейность.

- 35–54 года ($r = 0,70$): Пик корреляции. В зрелом возрасте физическая активность мужчин часто снижается, мышечная масса стабилизируется, а избыточный вес начинает напрямую конвертироваться в абдоминальный жир.

- 55–74 года ($r = 0,64$): Резкое падение связи (минимум). Это самый яркий маркер возрастной перестройки организма. В этом возрасте у мужчин прогрессирует саркопения (потеря мышц), из-за чего общий вес и ИМТ могут падать или стоять на месте, но талия продолжает расширяться из-за накопления опасного внутреннего висцерального жира.

- 75+ лет ($r = 0,71$): Повторный подъем коэффициента. В глубокой старости избыточный вес (если он сохранен) носит уже генерализованный характер, и маркеры истощения мышц стабилизируются, возвращая показателям математическую синхронность.

Возрастная динамика у женщин:

- 18–34 года ($r = 0,72$) и 35–54 года ($r = 0,76$): Наблюдается самый высокий и плотный показатель во всей таблице. В репродуктивном и раннем менопаузальном периоде у женщин увеличение ИМТ жестко и неотвратно связано с расширением окружности талии.

- 55–74 года ($r = 0,71$): Как и у мужчин, в этом периоде связь ослабевает. Это связано с постклимактерическим перераспределением жира. Из-за падения уровня эстрогенов женский организм начинает накапливать жир по «мужскому» (андроидному) типу — талия начинает расти опережающими темпами даже при строгом контроле общего веса (ИМТ).

- 75+ лет ($r = 0,73$): Возврат к стабильно высокой связи на фоне общего инволютивного угасания состава тканей.

В качестве выводов из этого можно выделить, что для женщин среднего возраста (35–54 года) ИМТ служит практически идеальным зеркалом абдоминального ожирения ($r = 0,76$). Если растет ИМТ — гарантированно страдает талия.

Зоной особого клинического внимания являются мужчины в возрасте 55–74 года ($r = 0,64$). Из-за самой слабой связи в этой группе скрывается наибольшее количество пациентов с нормальным ИМТ, но критически опасным, «невидимым» по весам висцеральным ожирением. Для этой группы изолированное измерение ИМТ категорически неинформативно — замеры талии обязательны.

В ходе исследования выполнена проверка данных по соотношению талия/рост. Соотношение окружности талии и роста менее 0,5 для мужчин и женщин считается нормальным. Другими словами, окружность талии должна быть меньше половины роста человека.

Доли респондентов с превышением нормы соотношения талия/рост

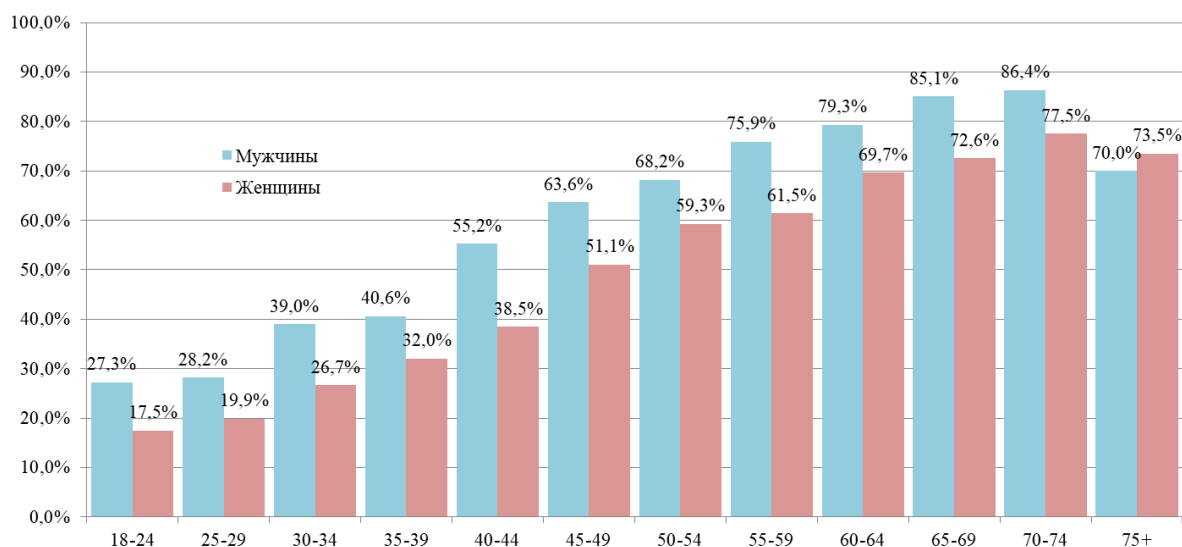
Табл. 40.

Возраст/Пол	Мониторинг здоровья 2021			Прирост	Мониторинг здоровья 2026		
	М%	Ж%	Оба пола, %	Оба пола, п.п.	М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	35,0%	23,2%	28,9%	-3,2	32,7%	21,7%	25,7%
35-54	67,4%	50,5%	58,5%	-10,3	56,0%	43,9%	48,2%
55-74	83,9%	80,3%	81,7%	-8,1	81,0%	69,9%	73,6%
75+	69,1%	81,9%	76,5%	-3,8	70,0%	73,5%	72,7%
Всего	63,2%	60,1%	61,4%	-9,7	57,2%	48,8%	51,7%

В данном случае для сравнения также используются доли респондентов в исследовании 2021 года, что позволяет отметить положительную динамику по показателю, особенно среди в возрастной группе 35-54 и среди женщин 55-74 года.

Доли респондентов с превышением нормы соотношения талия/рост, %

Рис. 55.



И в этом случае наблюдается подъём показателя до 70-74 лет и падение в возрасте 75+.

Расчёт связи между превышением нормативных показателей ИМТ (более 24,9 кг/м²) и превышением нормы соотношения окружности талии к росту (более или равное 0,5) также показал высокую положительную силу связи с $r=0.76$ и теми же выводами по половозрастным группам.

Ещё одним проверочным критерием послужило исследование соотношения окружности талии к окружности бёдер.

Нормальным соотношением окружности талии к окружности бёдер (ОТ/ОБ) считается показатель меньше 0.85 для женщин и меньше 1.0 для мужчин. Цифры равные или выше этих значений свидетельствуют о наличии абдоминально-висцерального ожирения.

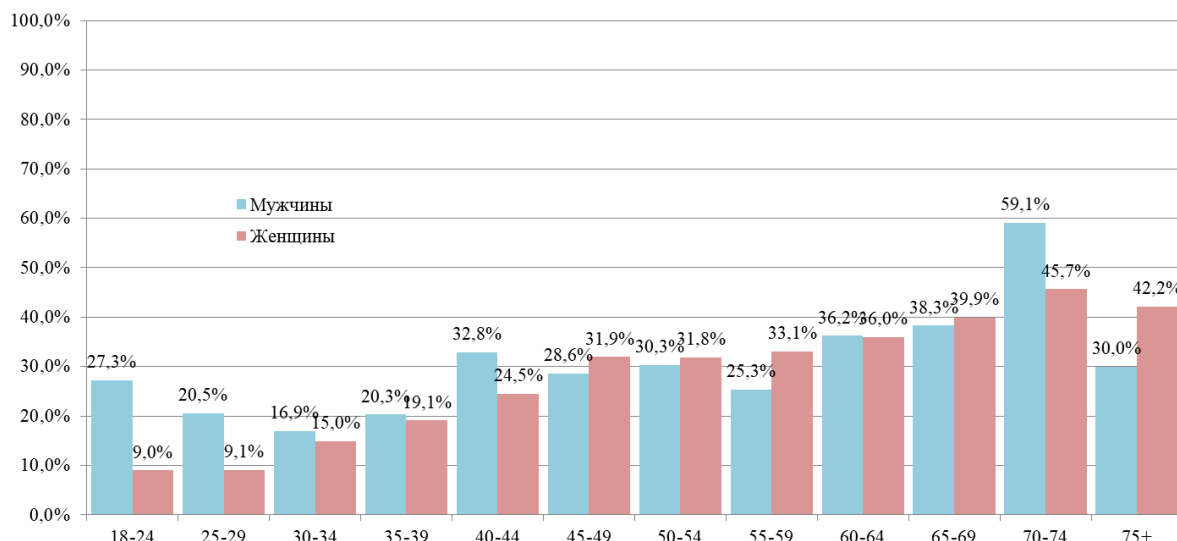
Доли респондентов с превышением нормы соотношения талия/бёдра.

Табл. 41.

Возраст/Пол	Мониторинг здоровья 2023			Прирост Оба пола, п.п.	Мониторинг здоровья 2026		
	М%	Ж%	Оба пола, %		М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	7,1%	30,9%	19,5%	-4,7	20,9%	11,3%	14,8%
35-54	18,2%	35,1%	26,8%	-0,1	27,6%	26,2%	26,7%
55-74	20,7%	47,1%	35,1%	2,9	37,5%	38,2%	38,0%
75+	16,4%	50,0%	33,8%	5,7	30,0%	42,2%	39,5%
Всего	15,7%	40,9%	28,9%	-0,99	28,6%	27,5%	27,9%

Доли респондентов с превышением нормы соотношения талия/бёдра

Рис. 56.



По данному показателю картина распространённости значительно отличается от остальных. При общем подъёме показателя до 70-74 лет и падение в возрасте 75+, его рост у мужчин имеет волновую природу с пиками в 18-24, 40-44 и 70-74 года.

Расчёт связи между превышением нормативных показателей ИМТ (более 24,9 кг/м²) и превышением нормы соотношения окружности талии к окружности бёдер (более или равное 0,85 для женщин и 1,0 для мужчин) показал слабую положительную силу связи с $r=0.32$.

Коэффициенты корреляции Пирсона по половозрастным группам между ИМТ и соотношением окружности талии к окружности бёдер

Табл.42.

Пол/Возраст	18-34	35-54	55-74	75+
Мужчины	0,190666	0,292314	0,248663	-0,24555
Женщины	0,254742	0,321891	0,202537	0,326403

Переход от абсолютной окружности талии к индексу соотношения окружности талии к окружности бедер полностью изменил математическую картину. Все коэффициенты упали в диапазон от -0,25 до +0,33, что говорит о слабой (в некоторых группах — крайне слабой) корреляции.

Вероятно, так произошло, поскольку ОТ/ОБ — это относительный индекс (пропорция). При наборе веса у человека одновременно увеличивается и талия (числитель), и бёдра (знаменатель). Дробь при этом может оставаться практически неизменной.

Индекс ОТ/ОБ измеряет не количество жира, а тип телосложения (архитектонику распределения жира). Человек может иметь тяжелое ожирение ($ИМТ > 40$), но оставаться пропорциональным (нормальный ОТ/ОБ), а худой человек может иметь выраженный живот при очень узких бедрах (высокий ОТ/ОБ).

В возрастной группе 35–54 года связь между общим весом и изменением пропорций фигуры самая заметная. При росте ИМТ тело начинает активнее депонировать жир именно в абдоминальную область (живот растет быстрее бедер), из-за чего пропорция смещается. Но даже здесь связь остается слабой, подтверждая, что тип фигуры («яблоко» или «груша») закладывается генетически и мало зависит от веса.

В молодом возрасте корреляция колеблется на грани статистического шума. У молодых людей распределение жира жестко продиктовано половыми гормонами (эстрогенами у женщин и тестостероном у мужчин). Набор веса (рост ИМТ) происходит по генетическому типу (у девушек округляются бёдра, у парней — плечевой пояс и общая масса), поэтому пропорция ОТ/ОБ почти не реагирует на изменение ИМТ.

Аномалия в группе мужчин 75+ лет - отрицательная корреляция: $-0,25$ — означает, что чем выше ИМТ, тем ниже соотношение талия/бёдра или, по-другому, чем меньше общая масса тела, тем больше становится талия (живот) у мужчины.

В глубокой старости у мужчин с низким ИМТ часто наблюдается тяжелая саркопения (катастрофическая потеря мышечной массы на ногах и ягодицах). Бёдра становятся экстремально худыми (знаменатель уменьшается), а висцеральный жир на животе сохраняется. В итоге у истощенных мужчин индекс ОТ/ОБ парадоксально высокий. У более плотных мужчин (с высоким ИМТ) мышечная масса бедер и подкожный жир сохранены лучше, что удерживает пропорцию ОТ/ОБ на более низком («здоровом») уровне.

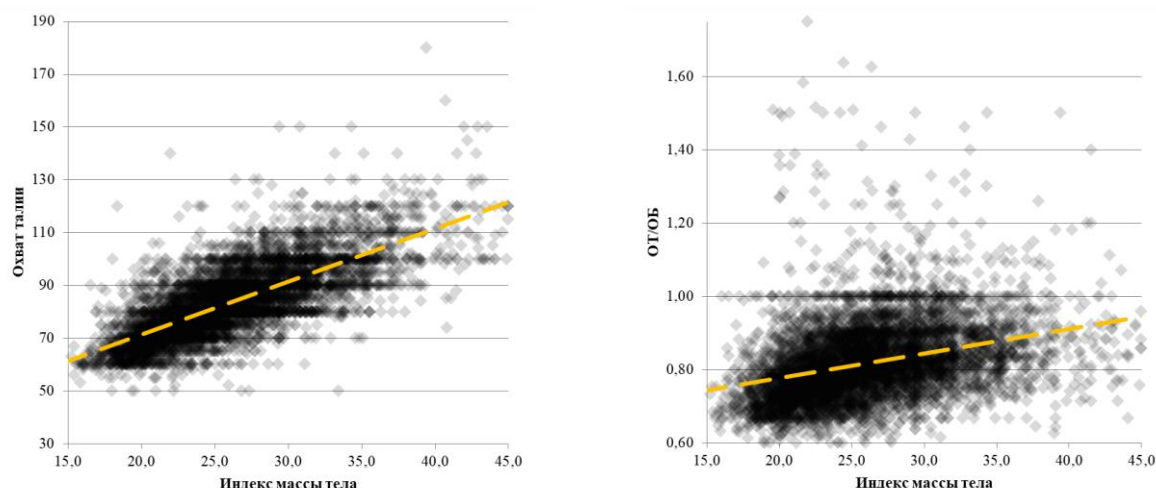
Однако интерпретировать данный коэффициент как устойчивую закономерность недопустимо. Объем подгруппы мужчин старше 75 лет в исследуемом массиве данных составляет всего 20 человек. Настолько малая численность субпопуляции лишает коэффициент корреляции математической надежности, делая его чувствительным к случайным выбросам. В связи с этим зафиксированная отрицательная связь рассматривается исключительно как локальный артефакт малой выборки, требующий строгого подтверждения в ходе целевых геронтологических исследований.

У женщин в старшем возрасте (55–74 года) корреляция падает. В период менопаузы у женщин ломается привычный тип отложения жира. Вес может не меняться (ИМТ стабилен), но жир резко уходит с бедер на талию, делая индекс ОТ/ОБ хаотичным и независимым от ИМТ. В возрасте 75+ лет корреляция снова возрастает до уровня возраста 35–54 года. В этом возрасте женский гормональный фон полностью автономен, и генерализованное ожирение (если оно есть) приводит к равномерному тотальному увеличению всех объемов с сохранением слабой линейной зависимости.

Из этого можно понять, что ИМТ абсолютно не отражает характер распределения жировой ткани (ОТ/ОБ). Слабая корреляция согласуется с тем, что человек с нормальным ИМТ может иметь опасное абдоминальное распределение жира (высокий ОТ/ОБ), и наоборот. Это делает индекс ОТ/ОБ независимым, самостоятельным и критически важным кардиометаболическим маркером, который нельзя заменять обычным взвешиванием.

При визуализации связи ИМТ и охвата талии наблюдается выраженный линейный тренд: точки сгруппированы вдоль восходящей линии. Общее увеличение массы тела синхронно увеличивает абсолютные объемы талии.

При визуализации связи ИМТ и индекса ОТ/ОБ точки распределены хаотично («облаком»), линия тренда практически горизонтальна. Это доказывает, что пропорции распределения жира (тип фигуры) независимы от общего индекса массы тела.



В итоге, различные подходы к физическим параметрам тела дают следующие сведения о респондентах, имеющих фактор риска – избыточная масса тела или ожирение:

Доли респондентов с превышением норм по показателям, %

Табл. 43

	Показатель											
	ИМТ>24.9			окружность талии			талия/рост			талия/бёдра		
Возраст/Пол	М%	Ж%	Оба пола, %	М%	Ж%	Оба пола, %	М%	Ж%	Оба пола, %	М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	51,1	31,4	41,2	23,0	22,0	22,3	32,7	21,7	25,7	20,9	11,3	14,8
35-54	67,5	51,7	59,2	43,8	44,3	44,1	56,0	43,9	48,2	27,6	26,2	26,7
55-74	74,3	72,3	73,0	61,5	67,1	65,2	81,0	69,9	73,6	37,5	38,2	38,0
75+	73,5	65,0	66,9	35,0	67,5	60,4	70,0	73,5	72,7	30,0	42,2	39,5
Всего	63,9	53,8	58,2	42,4	47,6	45,9	57,2	48,8	51,7	28,6	27,5	27,9

Особое внимание привлекает резкий разрыв между долей избыточного ИМТ (73,5%) и долей превышения нормы ОТ (35,0%) у мужчин в возрасте 75+ лет, а также сопутствующая отрицательная корреляция индекса ОТ/ОБ ($r=-0,245$). Описывая данный феномен как потенциальное проявление возрастной саркопении и критического дефицита мышечной массы, необходимо сделать жесткую статистическую оговорку.

Абсолютная численность мужчин в данной когорте крайне мала и составляет всего 20 человек. В силу «закона малых чисел» любые процентные распределения и корреляционные маркеры на такой микровыборке теряют свою статистическую устойчивость и могут быть следствием случайных флуктуаций или индивидуальных особенностей конкретных респондентов.

Следовательно, зафиксированные аномалии в группе мужчин 75+ (падение доли широкой талии при высоком ИМТ) не могут интерпретироваться как доказанная общепопуляционная тенденция. Полученный результат носит исключительно предварительный характер и требует обязательной верификации на расширенной, более репрезентативной выборке лиц старческого возраста.

У женщин в возрасте 75+ лет наблюдается принципиально иная картина. Доля лиц с повышенным ИМТ составляет 65,0%, а доля с превышением нормы ОТ — 67,5%.

У пожилых женщин объемы талии растут даже опережающими темпами относительно общего веса. Это указывает на устойчивость постклимактерического висцерального ожирения: женский организм в старости продолжает активно аккумулировать жир в брюшной полости, что удерживает корреляцию ИМТ и ОТ на высоком уровне ($r = 0,733$).

Возрастной период 35-54 года является критическим этапом манифестации метаболических нарушений в популяции. Именно здесь происходит лавинообразный рост скрытых рисков. У мужчин доля превышения ОТ возрастает с 23,0% до 43,8% (+20,8 п.п.), а

у женщин — с 22,0% до 44,3% (+22,3 п.п.). Высокая синхронность этого процесса находит свое отражение в пиковых значениях коэффициентов корреляции в этой когорте.

Таким образом, ИМТ является надежным скрининговым маркером общего веса, однако он абсолютно не отражает характер распределения жировой ткани. Для качественной оценки кардиометаболических рисков — особенно в мужской когорте 55–74 года и у пожилых людей — изолированное использование ИМТ неинформативно и требует обязательного одновременного измерения окружности талии и бедер в клинической практике.

Следующие блоки (артериальное давление, глюкоза, холестерин) были проанализированы по данным, полученным в ходе работы участковых врачей со случайно выбранными пациентами участвующих в Мониторинге 2025 года поликлиник. Артериальное давление измерялось врачом тонометром на приёме, данные вносились в анкету и переносились в базу данных. Анализы крови учитывались в том случае, если к анкете были прикреплены оформленные и подписанные бланки анализа. Такие бланки для своих анкет предоставили 8 поликлиник из 18. Всего в работу были взяты 679 анкет, предельная ошибка выборки для данных блоков составила $\pm 3,76\%$.

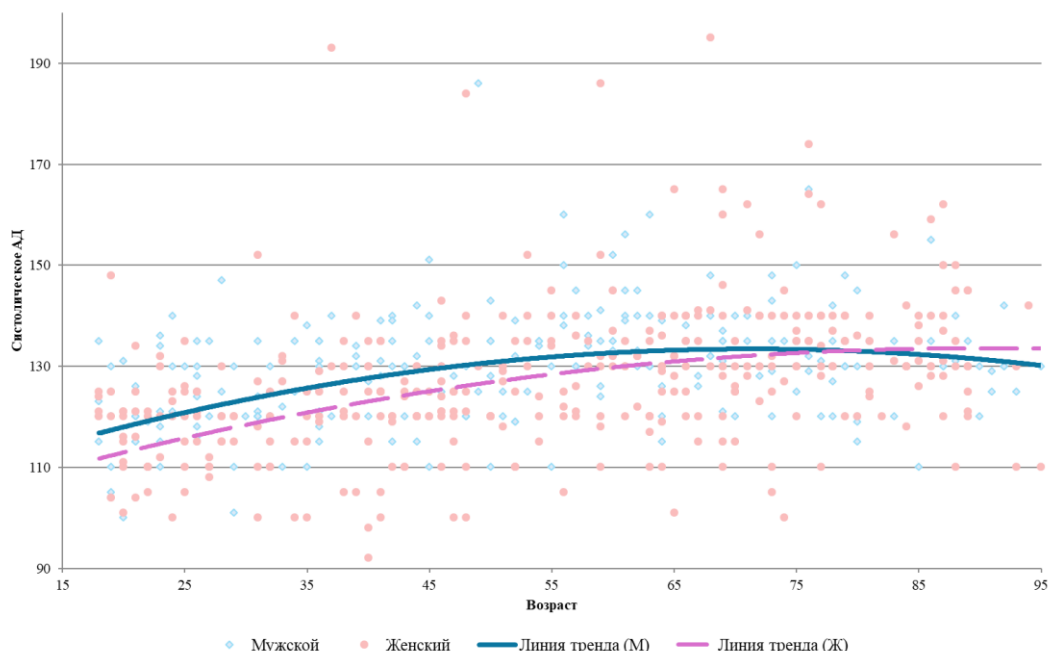
Стоит учесть, что часть больших колебаний долей при сравнении данных 2023 и 2025 годов вызвана критически малыми количествами респондентов в половозрастных группах, не позволяющие делать обоснованные выводы.

История повышенного артериального давления.

Ориентируясь на систолическое давление, распределение полученных данных показывает, что с возрастом тренд увеличения показателя несколько снижается у мужчин примерно с 70 лет и не снижается у женщин, что вероятно согласуется с тем, что повышенное давление в большей мере влияет на продолжительность жизни именно мужчин.

График рассеивания показателей систолического давления в зависимости от возраста.

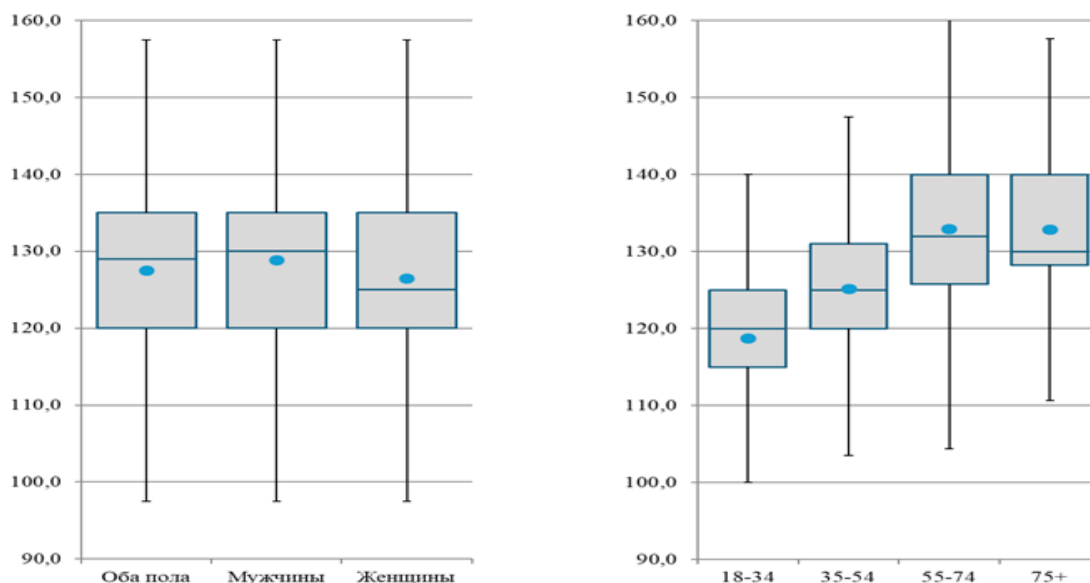
Рис.58.



Сравнивая полученные статистические данные по выявленному уровню систолического давления (СД) по полу и возрасту, объединённые на графике, наблюдается отсутствие отличий в разбросе этого показателя между мужчинами и женщинами с несколько разными медианными и средними значениями, у мужчин они выше. В то же время присутствует ожидаемое повышение значений СД с возрастом с пиком на 55-74 года, сохраняющимся в возрасте 75+, однако, с меньшим разбросом значений.

Сравнение статистических показателей значений уровня систолического давления среди респондентов по полу и возрасту

Рис.59.



Повышенное артериальное давление (диагноз «Гипертоническая болезнь» (ГБ)) имеют **51,5%** респондентов, значительно выше, чем ранее, в старших возрастах, среди них примерно равные доли мужчин и женщин. При этом впервые этот диагноз в последний год был поставлен у 18,0% из них.

Доли респондентов, имеющих диагноз «Гипертоническая болезнь» в анамнезе.

Табл.44

Возраст/Пол	Мониторинг здоровья 2023			Прирост	Мониторинг здоровья 2025		
	М%	Ж%	Оба пола, %	Оба пола, п.п.	М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	7,3	5,1	6,2	3,7	9,6	10,1	9,9
35-54	23,6	17,8	20,5	7,0	30,0	25,2	27,5
55-74	61,3	63,3	62,4	15,0	83,5	72,9	77,4
75+	81,9	81,2	81,5	11,7	92,6	93,8	93,2
Всего	43,4	41,2	42,3	9,2	52,6	50,7	51,5

Распространённость и выявляемость гипертонической болезни прирастает с возрастом, особенно резко - после 55 лет.

До опроса артериальное давление никогда не измерялось у 5,6% опрошенных.

Диагностированная ранее **гипертензия** или повышенное артериальное давление во время текущего исследования (ГБ ранее не выявлялась) присутствуют у **53,3%** опрошенных, то есть в рамках опроса удалось выявить дополнительно подозрение на диагноз «ГБ» только у незначительного числа респондентов, что может свидетельствовать о хорошей выявляемости данного заболевания в поликлинической сети.

Систолическое артериальное давление (САД) ≥ 140 мм.рт.ст. во время проведения исследования выявлено у 17,4% респондентов, поровну среди мужчин и женщин, без значимых отличий от предыдущего исследования.

Доли респондентов с выявленным высоким артериальным давлением во время опроса.

Табл.45.

Возраст/Пол	Мониторинг здоровья 2023			Прирост	Мониторинг здоровья 2025		
	М%	Ж%	Оба пола, %	Оба пола, п.п.	М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	2,4	2,3	2,4	0,9	2,7	3,8	3,3
35-54	9,9	5,6	7,6	0,7	8,9	7,8	8,3
55-74	27,6	24,4	25,9	4,7	36,7	26,2	30,6
75+	29,4	38,2	33,8	-6,8	22,1	31,3	27,0
Всего	17,3	17,3	17,3	0,1	17,4	17,3	17,4

Повышенное артериальное давление во время проведения исследования ожидаемо сильнее представлено в возрастных группах 55-74 (30,6%) и 75+ (27,0%).

Из числа опрошенных граждан, имеющих диагноз «гипертония», принимают гипотензивные препараты 81,1% пациентов, среди мужчин – 80,4%, среди женщин – 81,8%. Ситуация значимо не изменилась и требует дальнейшего внимания.

Тем не менее, высокое АД при исследовании было выявлено у **32,4%** из них, что, возможно, говорит о неэффективности назначений или низкой приверженности терапии у соответствующих пациентов.

Доли респондентов, принимающих антигипертензивные препараты (среди гипертоников)

Табл.46.

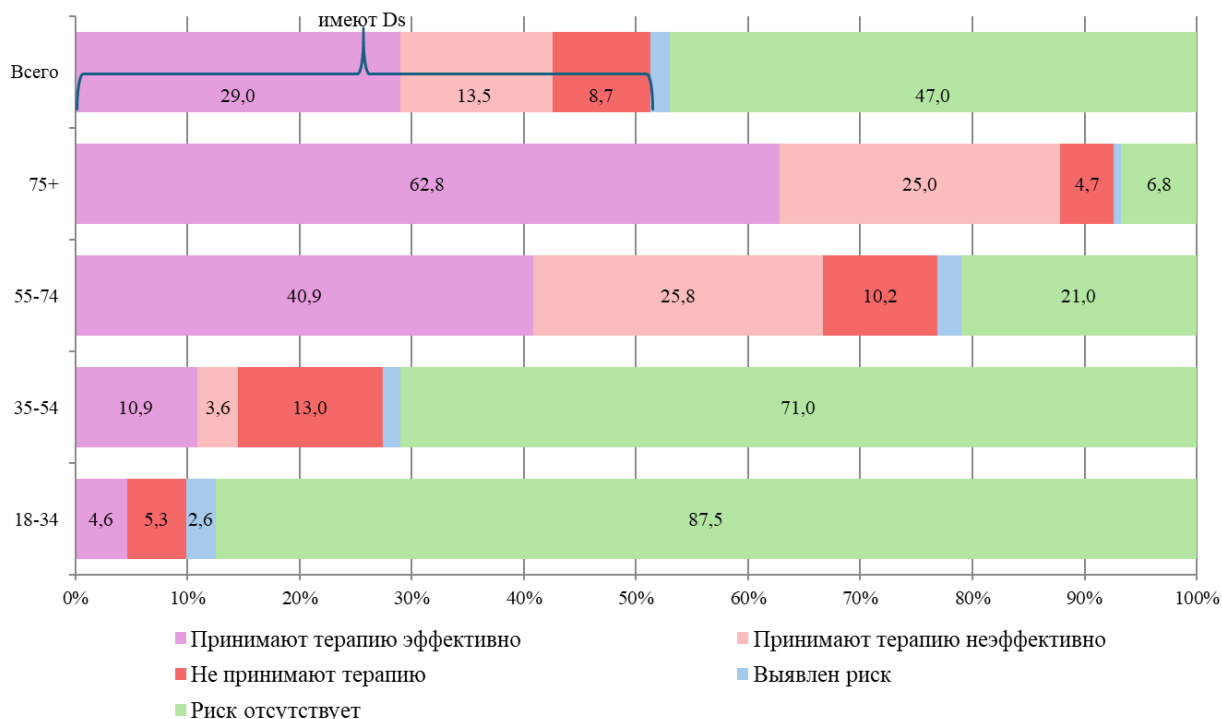
	Мониторинг здоровья 2023			Прирост	Мониторинг здоровья 2025		
Возраст/Пол	М%	Ж%	Оба пола, %	Оба пола, п.п.	М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	33,3	22,2	28,6	18,1	71,4	25,0	46,7
35-54	63,2	71,9	67,1	-16,2	48,1	53,8	50,9
55-74	86,0	87,7	86,9	-1,5	84,8	85,9	85,4
75+	90,8	91,0	90,9	1,1	90,5	93,3	92,0
Всего	82,9	85,5	84,2	-3,1	80,4	81,8	81,1

Приверженность приёму антигипертензивных препаратов повышается с возрастом – плохо относятся к лечению молодые люди 18-34 года, и, особенно - женщины, принимают препараты 25,0% из них, также беспечными остаются мужчины возраста 35-54 – принимают препараты менее половины из них, что требует разъяснительной работы среди данных групп риска.

Таким образом, статус артериального давления у респондентов в исследовании оказался следующим:

Распределение фактора риска по высокому уровню артериального давления среди опрошенных, %

Рис.60.



Разнообразие подходов к терапии и названий применяемых фармакологических препаратов не позволяет выделить какую-либо приоритетную группу.

Таким образом, патология высокого артериального давления с высокой вероятностью обнаруживается у абсолютного большинства граждан, начиная с возраста 55 лет, и эффективный приём терапии имеет непосредственное влияние на продолжительность их жизни.

Для сравнения результатов в работу были взяты анкеты онлайн-опроса 2026 года (n=10254). Респондентам задавались вопросы: «Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется повышенное артериальное давление или гипертония?» и «Если "Да", то принимаете ли Вы препараты для снижения высокого Артериального Давления?».

Признают, что ранее уже выявлялось повышенное артериальное давление или даже имеют диагноз «Гипертония» 41,2% опрошенных, это на 10 п.п. меньше, чем выявлено в ходе «полевого» сбора данных в 2025 году.

Доли респондентов, имеющих повышенное артериальное давление или диагноз «Гипертоническая болезнь» в анамнезе.

Табл.47.

Возраст/Пол	Мониторинг здоровья 2025			Разница Оба пола, п.п.	Мониторинг здоровья 2026		
	М%	Ж%	Оба пола, %		М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	9,6%	10,1%	9,9%	7,4	22,4%	12,2%	17,3%
35-54	30,0%	25,2%	27,5%	6,6	38,2%	30,4%	34,1%
55-74	83,5%	72,9%	77,4%	-10,7	64,1%	68,3%	66,7%
75+	92,6%	93,8%	93,2%	-14,9	79,4%	78,0%	78,3%
Всего	52,6%	50,7%	51,5%	-10,3	40,3%	41,8%	41,2%

Проблему больше признают молодые поколения (18-54) и в меньшей степени – старшие (55-75+), что сомнительно для этого возраста, особенно общие 78,3% - для 75+.

Из них принимают назначенную терапию 71,8% пациентов, что также почти на 10 п.п. меньше приверженности терапии из данных 2025 года.

Доли респондентов, принимающих антигипертензивные препараты (среди гипертоников)

Табл.48.

Возраст/Пол	Мониторинг здоровья 2025			Разница Оба пола, п.п.	Мониторинг здоровья 2026		
	М%	Ж%	Оба пола, %		М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	71,4%	25,0%	46,7%	-15,7	31,6%	29,8%	31,0%
35-54	48,1%	53,8%	50,9%	9,4	59,1%	61,6%	60,3%
55-74	84,8%	85,9%	85,4%	-0,4	82,7%	86,3%	85,0%
75+	90,5%	93,3%	92,0%	0,5	85,2%	94,5%	92,5%
Всего	80,4%	81,8%	81,1%	-9,3	64,3%	77,4%	71,8%

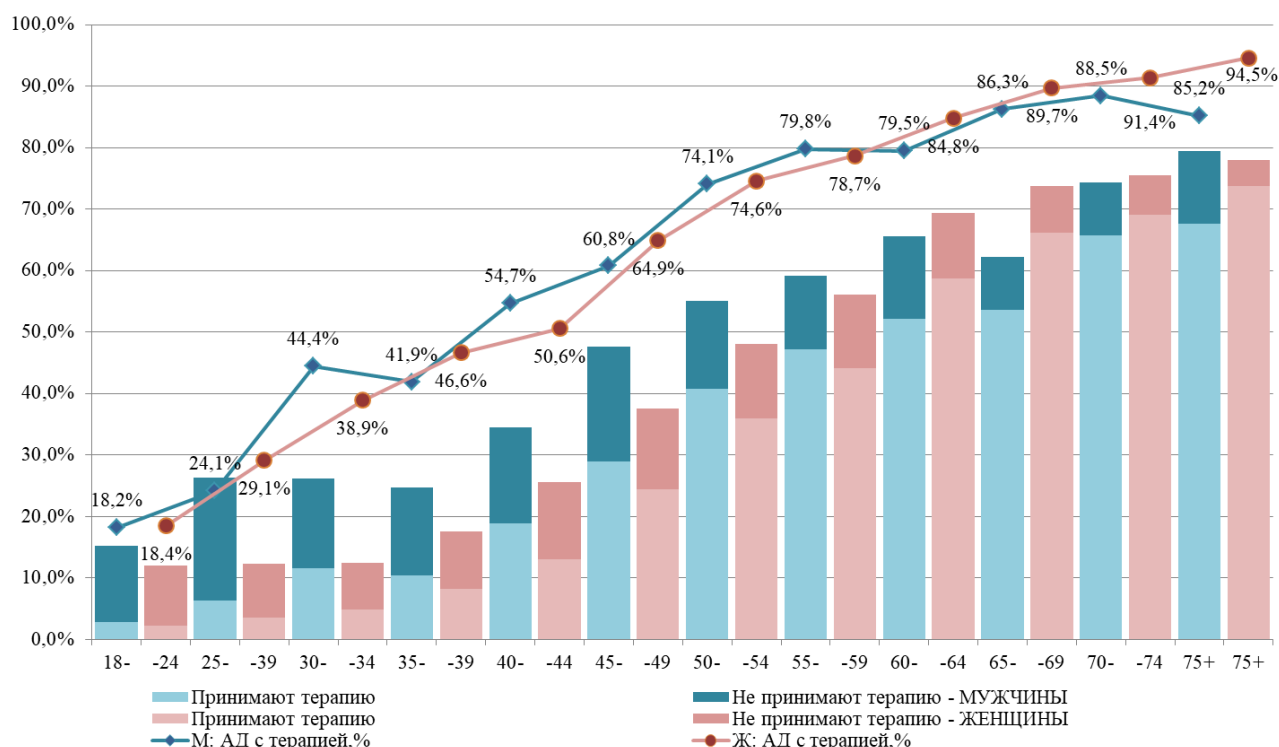
Отличия в большей степени касаются молодёжи, при самостоятельных ответах в онлайн-форме меньшая доля из них признала приверженность назначенной терапии. Наоборот, в возрасте 35-54 бóльшая доля показывает следование рекомендациям врача. В старших возрастах разница отсутствует.

Исходя из более подробной половозрастной структуры (рис. 61) с увеличением возраста стремительно растет как общая доля людей с повышенным давлением, так и их приверженность к лечению. В группе 18–24 года терапию получают менее 20% нуждающихся, тогда как в группе старше 75 лет этот показатель превышает 94%.

Молодые люди часто игнорируют факт наличия высокого АД, переносят его «на ногах» и не обращаются к врачу. Это приводит к раннему поражению органов-мишеней (сердце, почки, сосуды) и повышает риск ранних инфарктов и инсультов.

Высокая приверженность лечению у пожилых людей обусловлена манифестацией тяжелых симптомов, ухудшением самочувствия и развитием осложнений. Пациенты начинают дисциплинированно принимать препараты не в рамках профилактики, а для борьбы с уже развившейся сосудистой катастрофой.

В молодых и средних возрастных группах (до 54 лет) общая доля мужчин с высоким АД заметно превышает долю женщин. Однако, женщины в этих же категориях чаще соглашаются на прием препаратов (светлый сегмент в розовых столбиках визуально занимает большую долю, чем в синих).



Мужчины трудоспособного возраста представляют собой группу максимального сердечно-сосудистого риска. Они реже проходят диспансеризацию и хуже соблюдают врачебные рекомендации по сравнению с женщинами аналогичного возраста.

Начиная с возраста 60 лет, общая доля женщин с высоким АД обгоняет показатели у мужчин и продолжает стабильно расти.

Гормональная перестройка у женщин после 50 лет нивелирует прежний «эстрогеновый щит». Это требует усиленного кардиологического скрининга женщин в этот критический возрастной период.

История сахарного диабета.

Повышенный уровень глюкозы или диагноз «сахарный диабет» регистрировался до опроса у 12,1% респондентов, как среди мужчин, так и среди женщин; среди молодёжи прирост показателя значимо выше (в относительном выражении). Впервые этот диагноз в последний год был поставлен у 25,0% пациентов.

Доли респондентов, имеющих повышенный уровень глюкозы в крови или диагноз «Сахарный диабет» в анамнезе

Табл.49.

Возраст/Пол	Мониторинг здоровья 2023			Прирост Оба пола, п.п.	Мониторинг здоровья 2025		
	М%	Ж%	Оба пола, %		М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	1,2	1,2	1,2	3,6	4,4	5,2	4,8
35-54	6,9	6,3	6,5	0,5	8,0	6,1	7,0
55-74	15,2	12,1	13,6	5,6	16,9	21,0	19,2
75+	15,1	20,5	17,8	-1,1	10,3	22,5	16,9
Всего	9,5	9,9	9,7	2,4	10,0	13,9	12,1

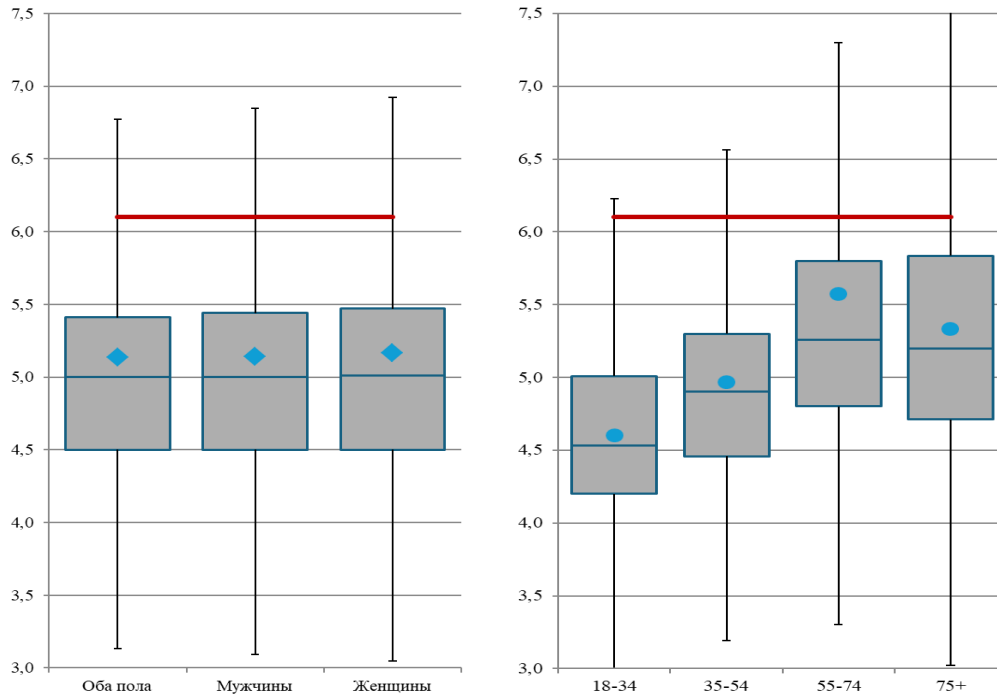
При распределении по возрастам подавляющее большинство из них принадлежит к возрасту от 55 лет – 75,0%. Таким образом, основная группа риска – мужчины и женщины в возрасте от 55 лет и старше.

У почти 23% респондентов (11% в 2023) уровень глюкозы крови никогда не измерялся.

Сравнивая полученные статистические данные по выявленному уровню глюкозы в крови по полу и возрасту, объединённые на графике, наблюдается отсутствие отличий в этом показателе между мужчинами и женщинами и, в то же время, повышение значений с возрастом с пиком на 55-74 года. При этом абсолютное большинство измерений не выходит за пределы линии нормы.

Сравнение статистических показателей значений уровня глюкозы среди респондентов по полу и возрасту

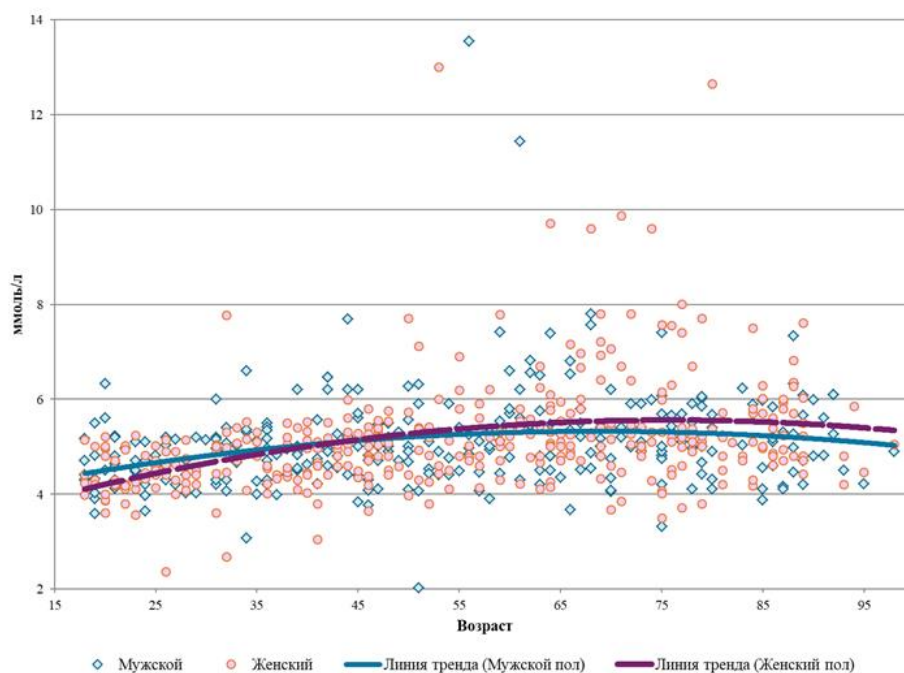
Рис.62.



Та же тенденция увеличения среднего и общих значений уровня глюкозы в крови с увеличением возраста исследуемых наблюдается при построении графика рассеивания. Причем, у женщин эта тенденция выражена в большей мере, чем у мужчин. Это согласуется с гипотезой о том, что с возрастом риски обнаружения гипергликемии повышаются.

Рассеивание значений уровня глюкозы в крови среди респондентов по полу и возрасту

Рис.63.



Исходя из верхней границы нормы 6,1 ммоль/л повышенный уровень глюкозы в крови при текущем исследовании имели 10,6% респондентов от всех исследованных, среди них мужчины 41,4%, женщины – 58,6%.

Доли респондентов, у которых выявлен повышенный уровень глюкозы в крови при исследовании.

Табл.50.

	Мониторинг здоровья 2023			Прирост	Мониторинг здоровья 2025		
Возраст/Пол	М%	Ж%	Оба пола, %	Оба пола, п.п.	М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	0,6	1,2	0,9	1,2	2,9	1,3	2,1
35-54	5,6	4,0	4,8	1,7	10,2	3,1	6,5
55-74	17,1	9,8	13,3	6,5	18,2	21,0	19,8
75+	15,1	15,5	15,3	-2,5	5,9	18,8	12,8
Всего	9,5	7,5	8,5	2,1	9,6	11,4	10,6

Впервые повышенный уровень глюкозы отмечен у 25,7% исследованных, **показавших такой результат**. Это значимо ниже, чем в исследовании 2023 года. В данном случае стоит учесть малые количества половозрастных групп, из-за чего доли имеют сильный разброс и интерпретация данных затруднена.

Доли респондентов, не имеющих повышенный уровень глюкозы в крови или диагноз «Сахарный диабет» в анамнезе, но у которых выявлен повышенный уровень глюкозы в крови при исследовании (от респондентов с превышением нормы)

Табл.51.

	Мониторинг здоровья 2023			Прирост	Мониторинг здоровья 2025		
Возраст/Пол	М%	Ж%	Оба пола, %	Оба пола, п.п.	М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	0,0	50,0	33,3	0,0	0,0	100,0	33,3
35-54	22,2	0,0	12,5	20,8	44,4	0,0	33,3
55-74	48,1	47,1	47,7	-28,3	28,6	13,6	19,4
75+	50,0	40,0	44,9	-13,3	0,0	40,0	31,6
Всего	44,3	37,3	41,1	-15,4	27,6	24,4	25,7

Таким образом, с учётом имеющихся лабораторных исследований, **повышенный уровень глюкозы в крови** или диагноз «сахарный диабет» регистрировался у **14,8%** респондентов, значимо выше – среди молодёжи.

Доли респондентов, имеющих фактор риска «повышенный уровень глюкозы в крови».

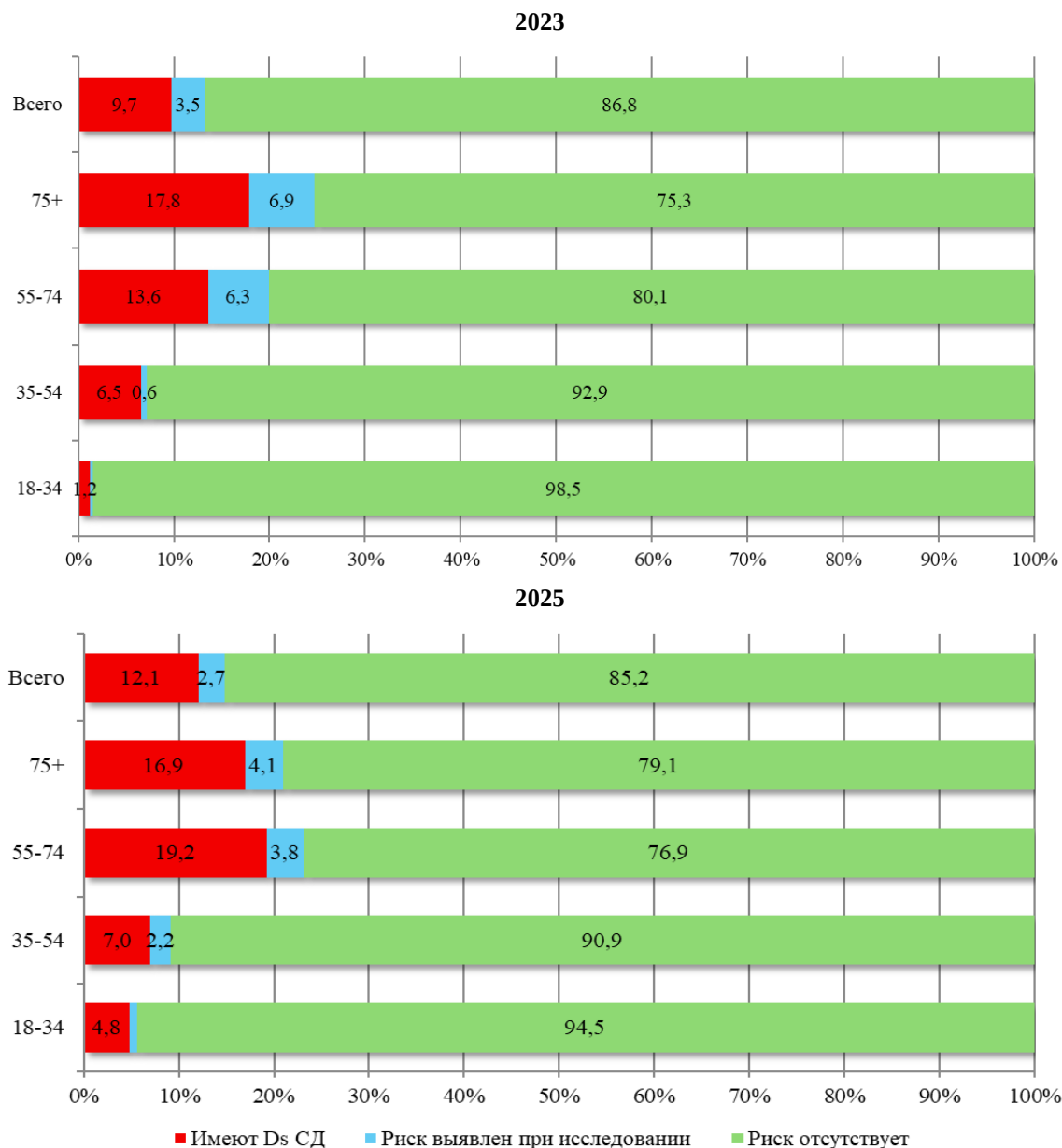
Табл.52.

	Мониторинг здоровья 2023			Прирост	Мониторинг здоровья 2025		
Возраст/Пол	М%	Ж%	Оба пола, %	Оба пола, п.п.	М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	1,2	1,8	1,5	4,0	4,4	6,5	5,5
35-54	8,1	6,3	7,1	2,0	12,5	6,1	9,1
55-74	23,4	16,7	19,9	3,2	22,1	23,8	23,1
75+	22,6	26,7	24,7	-3,8	10,3	30,0	20,9
Всего	13,8	12,6	13,2	1,6	12,6	16,7	14,8

При распределении по возрастам подавляющее большинство исследованных с повышенным уровнем глюкозы принадлежит к возрасту старше 55 лет – 74,5%.

Приверженность приёму антигипергликемических препаратов стала несколько ниже, примерно равномерно распределена и по полу, и по возрасту, закономерно повышается с возрастом. Принимают препараты немного более половины от имеющих диагностированный риск, значимо ниже, чем ранее (с оговоркой о малой выборке) - в молодом и зрелом возрасте, что недостаточно и требует разъяснительной работы среди данных групп риска (таб. 53).

Распределение фактора риска по высокому уровню глюкозы в крови среди опрошенных, %
Рис.64.



Доли респондентов, принимающих антигипергликемические препараты
(среди имеющих данный фактор риска).

Табл.53.

Возраст/Пол	Мониторинг здоровья 2023			Прирост Оба пола, п.п.	Мониторинг здоровья 2025		
	М%	Ж%	Оба пола, %		М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	75,0	75,0	75,0	-75,0	0,0	0,0	0,0
35-54	45,5	45,5	45,5	-14,7	28,6	33,3	30,8
55-74	66,7	66,7	66,7	-1,0	84,6	54,5	65,7
75+	71,9	71,9	71,9	4,1	71,4	77,8	76,0
Всего	65,6	65,6	65,6	-8,1	60,0	56,0	57,5

Наиболее назначаемым препаратом стал метформин. Инсулин применяют 8,75% пациентов.

Таким образом, общая картина по распространённости повышенного уровня глюкозы в крови среди населения, вероятно, претерпела изменения в худшую сторону среди молодёжи. Для снижения влияния данного фактора, прежде всего, требуется разъяснительная работа среди больных о строгом соблюдении назначений врача.

Для сравнения результатов в работу были взяты анкеты онлайн-опроса 2026 года (n=10254). Респондентам задавались вопросы: «Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас

имеется повышенный уровень глюкозы или сахарный диабет?» и «Если "Да", то принимаете ли Вы препараты для снижения высокого уровня глюкозы?».

Признают, что ранее уже выявлялся повышенный уровень глюкозы или даже имеют диагноз «Сахарный диабет» 14,0% опрошенных, это чуть больше, чем выявлено в ходе «полевого» сбора данных в 2025 году.

Доли респондентов, имевших повышенный уровень глюкозы в крови или диагноз «Сахарный диабет» в анамнезе

Табл.54.

Возраст/Пол	Мониторинг здоровья 2025			Разница	Мониторинг здоровья 2026		
	М%	Ж%	Оба пола, %		М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	4,4%	5,2%	4,8%	1,5	6,3%	6,4%	6,3%
35-54	8,0%	6,1%	7,0%	3,6	11,5%	9,7%	10,6%
55-74	16,9%	21,0%	19,2%	2,1	24,6%	19,3%	21,3%
75+	10,3%	22,5%	16,9%	17,6	23,5%	37,6%	34,5%
Всего	10,0%	13,9%	12,1%	1,9	13,1%	14,6%	14,0%

Проблему больше признаёт старческое поколения (75+), в остальных возрастах разница несущественная.

Из них принимают назначенную терапию 63,4% пациентов, что чуть выше приверженности терапии из данных 2025 года.

Доли респондентов, принимающих антигипергликемические препараты (среди имеющих данный фактор риска).

Табл.55.

Возраст/Пол	Мониторинг здоровья 2025			Разница	Мониторинг здоровья 2026		
	М%	Ж%	Оба пола, %		М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	0,0%	0,0%	0,0%	47,9	55,8%	40,2%	47,9%
35-54	28,6%	33,3%	30,8%	19,1	54,8%	44,6%	49,9%
55-74	84,6%	54,5%	65,7%	4,5	68,9%	71,1%	70,2%
75+	71,4%	77,8%	76,0%	4,5	87,5%	79,2%	80,5%
Всего	60,0%	56,0%	57,5%	5,9	63,1%	63,7%	63,4%

Отличия в большей степени касаются молодёжи, при самостоятельных ответах в онлайн-форме уже почти половина из них признала приверженность назначенной терапии. Однако, здесь необходимо учесть малую выборку молодёжи в 2023 году. Также в возрасте 35-54 значимо бóльшая доля показывает следование рекомендациям врача. В старших возрастах разница практически отсутствует.

Исходя из более подробной половозрастной структуры (рис. 65) в молодых группах (до 34 лет) уровень заболеваемости СД минимален (в пределах 5–10% от исследуемой популяции).

Выраженный подъем распространенности начинается после 40–44 лет и достигает пика к 65–74 годам (у мужчин до 37,1%, у женщин — до 37,6% в группе старше 75 лет). Это полностью согласуется с классическим клиническим течением СД 2 типа, ассоциированного с возрастом и метаболическими изменениями.

Линейный график комплаентности демонстрирует резкие колебания в молодом возрасте. Минимальное значение приверженности лечению зафиксировано в группе 30–34 лет — всего 28,9%.

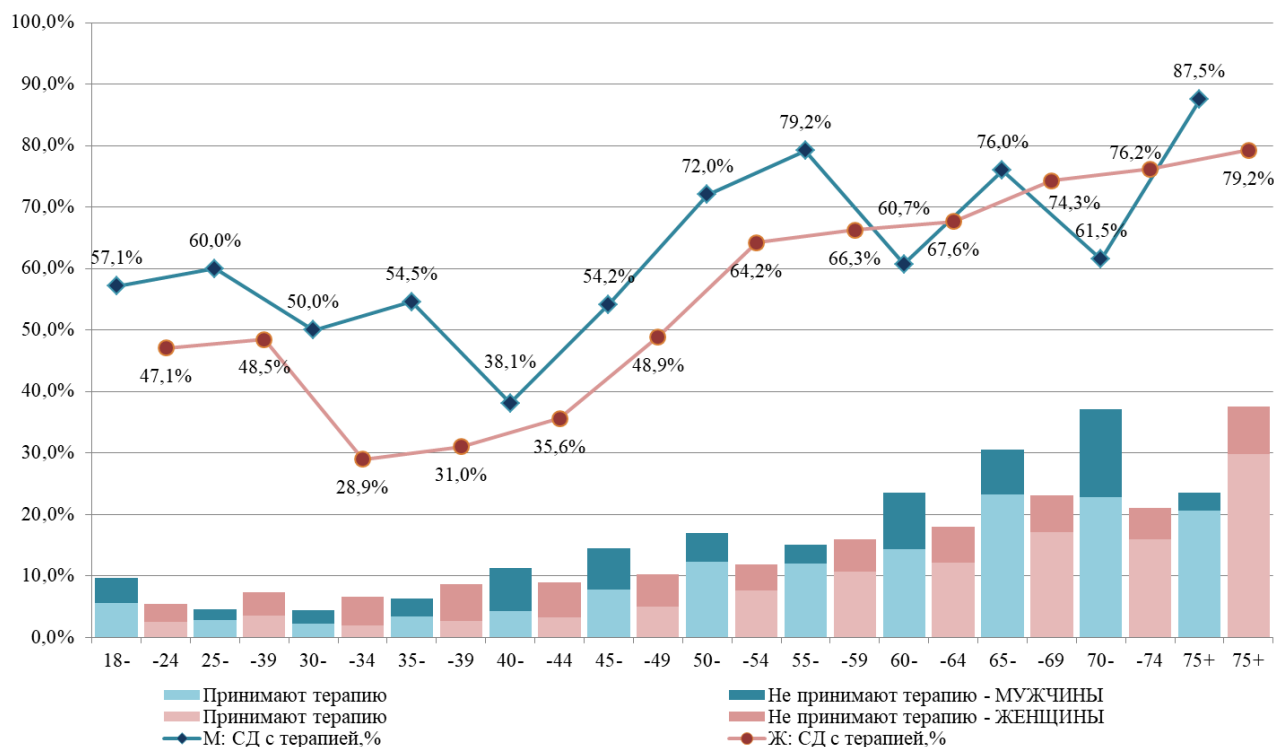
В молодом возрасте сахарный диабет часто протекает бессимптомно (без выраженной полиурии или жажды), из-за чего пациенты не чувствуют непосредственной угрозы, недооценивают тяжесть заболевания и часто бросают или вовсе не начинают назначенное лечение.

Начиная с возрастной группы 50–54 года, приверженность терапии устойчиво закрепляется в коридоре 60–87,5%. Максимальный показатель приверженности (87,5%) регистрируется у пожилых людей в возрасте 75+ лет.

К старшему возрасту приверженность возрастает вынужденно. Пациенты сталкиваются с манифестными проявлениями СД и его осложнениями (диабетическая полинейропатия, ретинопатия, нефропатия, сосудистые катастрофы), что заставляет их жестко соблюдать режим приема лекарств.

Высокая глюкоза (СД) в анамнезе и приверженность терапии, %

Рис.65.



В возрасте от 40 до 64 лет мужчины и женщины имеют сопоставимую долю выявляемости СД, однако у мужчин в категории 65–74 года наблюдается более заметный пик распространенности патологии (37,1%), сопровождающийся умеренным спадом комплаентности до 61,5% в группе 70–74 года, что указывает на уязвимость этой когорты пациентов.

История повышенного общего холестерина.

Повышенный уровень общего холестерина в крови выявлялся до опроса у 43,3%, значимо выше, чем ранее - с возраста 35+, среди них мужчины – 42,0%, женщины – 58,0%. Впервые этот диагноз в последний год был поставлен у 28,3% из них.

Доли респондентов, имеющих повышенный общий холестерин в крови в анамнезе

Табл.56.

Возраст/Пол	Мониторинг здоровья 2023			Прирост Оба пола, п.п.	Мониторинг здоровья 2025		
	М%	Ж%	Оба пола, %		М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	5,5	7,4	6,5	1,8	10,3	6,5	8,3
35-54	20,5	21,1	20,8	8,9	27,6	31,6	29,7
55-74	43,6	48,9	46,4	15,9	59,0	64,8	62,3
75+	55,0	56,4	55,7	15,2	63,2	77,5	70,9
Всего	31,0	33,1	32,1	11,2	39,9	46,1	43,3

При распределении по возрастам подавляющее большинство из них принадлежит к возрасту старше 55 лет – 76,6%.

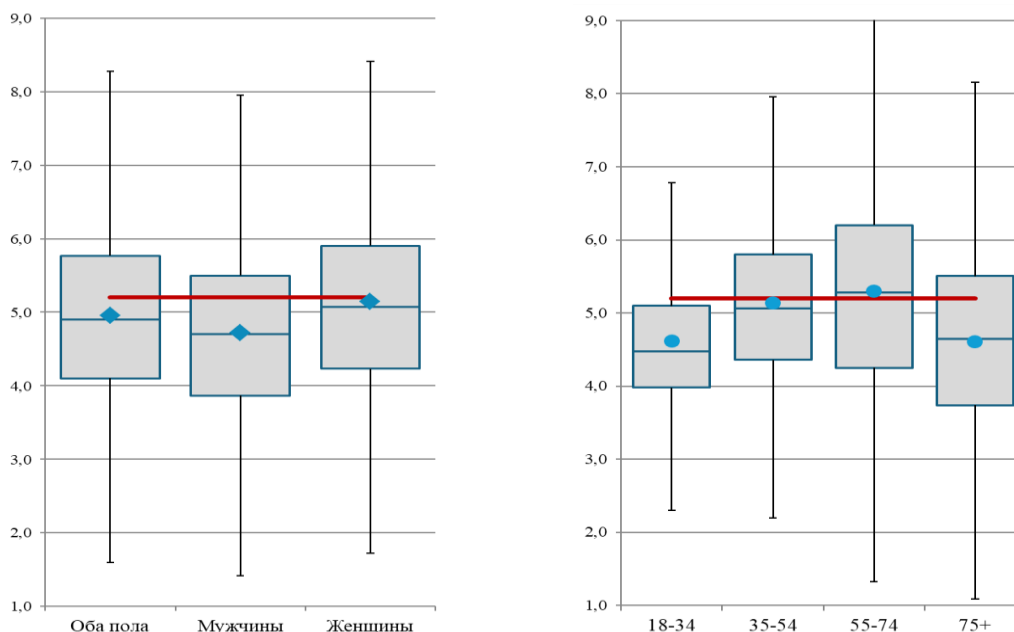
При этом у 9,6% респондентов уровень общего холестерина в течение жизни не измерялся.

Сравнивая полученные статистические данные по выявленному уровню общего холестерина в крови по полу и возрасту, объединённые на графике, наблюдается некоторое отличие показателей между мужчинами и женщинами, у женщин они выше.

Так же наблюдается повышение значений статистических показателей с возрастом с пиком на 55-74 года с выходом даже среднего значения в этом возрасте за предел нормы и «откатом» на уровень молодого возраста в возрасте 75+, что указывает на вероятное сильное влияние фактора риска на продолжительность жизни.

Сравнение статистических показателей значений уровня общего холестерина в крови среди респондентов по полу и возрасту

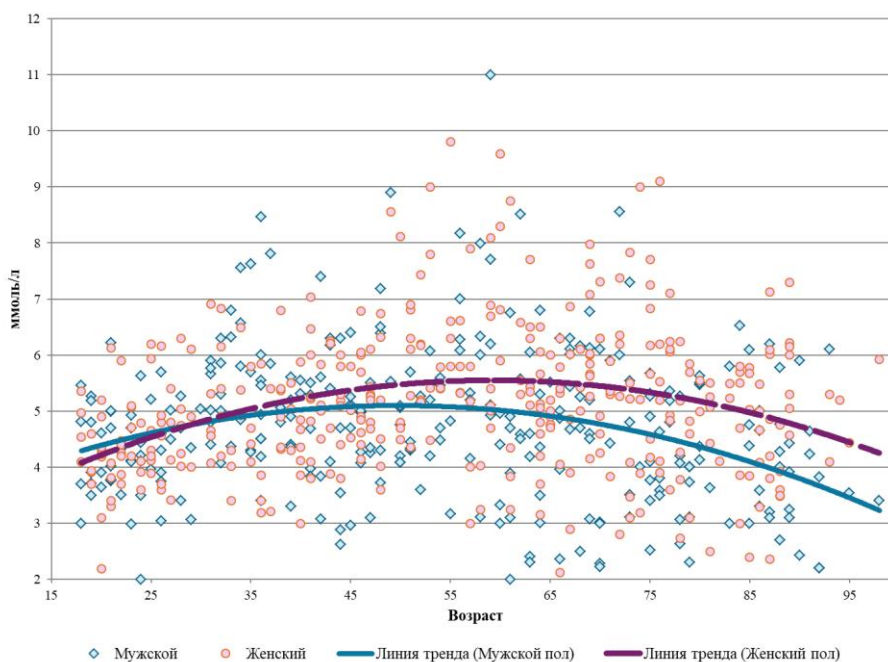
Рис.66



Тенденция увеличения среднего и общих значений уровня общего холестерина в крови с увеличением возраста исследуемых наблюдается при построении графика рассеивания у женщин до 60 лет, у мужчин – до 50 лет, далее следует обратная тенденция. Вероятно, это связано с влиянием повышенного холестерина на продолжительность жизни у мужчин с более раннего, чем у женщин, возраста, уже примерно с 50 лет.

Рассеивание значений уровня общего холестерина в крови среди респондентов по полу и возрасту

Рис.67.



Исходя из верхней границы нормы 5,2 ммоль/л повышенный уровень общего холестерина в крови при текущем исследовании имели 39,3% опрошенных граждан, значительно выше, чем ранее – до возраста 75+, из них мужчины 37,7%, женщины – 62,3%.

Доли респондентов, у которых был выявлен повышенный общий холестерин в крови при исследовании

Табл.57.

Возраст/Пол	Мониторинг здоровья 2023			Прирост	Мониторинг здоровья 2025		
	М%	Ж%	Оба пола, %	Оба пола, п.п.	М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	11,1	14,2	12,7	10,7	26,5	20,8	23,4
35-54	26,4	28,0	27,2	15,5	36,8	48,0	42,7
55-74	37,6	43,9	40,9	11,6	42,3	60,0	52,5
75+	23,3	37,9	30,6	3,9	22,1	45,0	34,5
Всего	24,5	31,0	27,8	11,5	32,6	45,0	39,3

При этом **впервые** повышенный уровень общего холестерина отмечен у **35,4%** обследованных, показавших высокий результат, значительно меньше – в старших возрастах.

Доли респондентов, не имеющих повышенный общий холестерин в крови в анамнезе, но у которых был выявлен высокий уровень общего холестерина в крови при исследовании (от респондентов с превышением нормы)

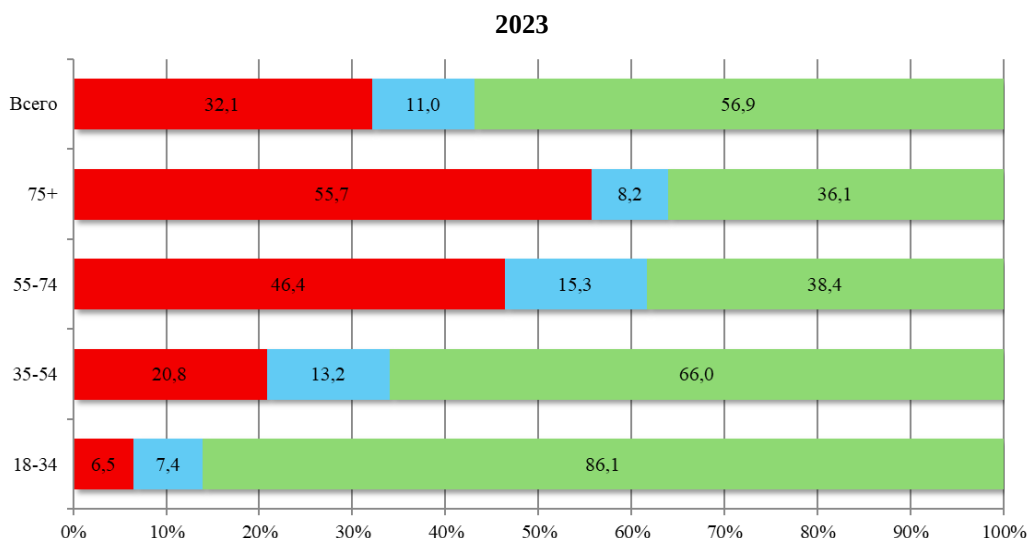
Табл.58.

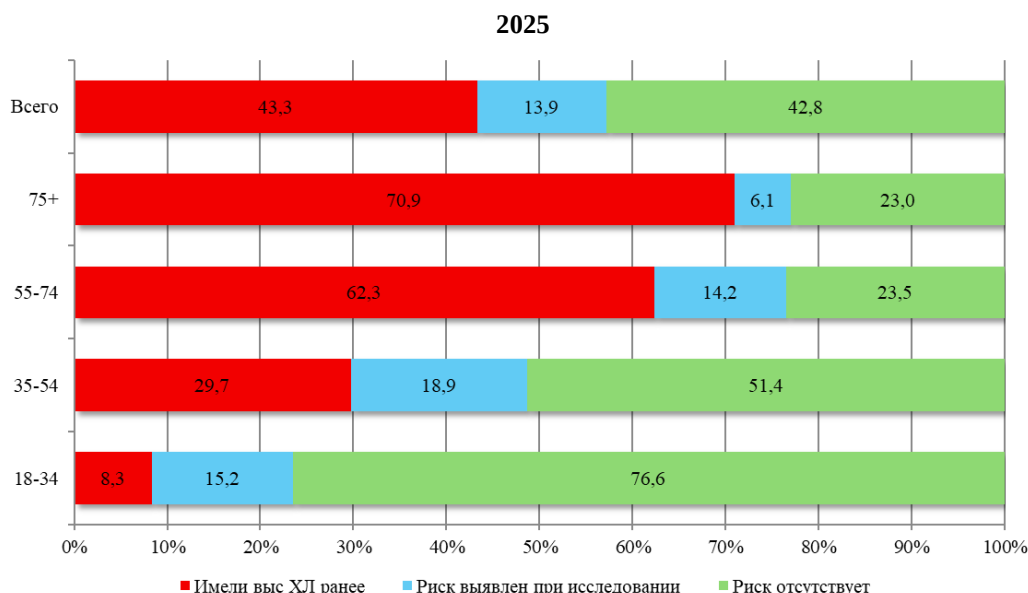
Возраст/Пол	Мониторинг здоровья 2023			Прирост	Мониторинг здоровья 2025		
	М%	Ж%	Оба пола, %	Оба пола, п.п.	М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	66,7	75,0	71,4	-6,7	66,7	62,5	64,7
35-54	50,0	46,9	48,4	-4,1	43,8	44,7	44,3
55-74	40,7	35,5	37,8	-10,7	33,3	23,8	27,1
75+	35,1	21,3	26,5	-8,9	26,7	13,9	17,6
Всего	44,9	38,6	41,3	-5,9	41,8	31,5	35,4

Таким образом, с учётом имеющихся лабораторных исследований, **повышенный уровень общего холестерина в крови** (ранее и/или сейчас) выявлен у **57,2%** респондентов, значительно выше, чем ранее – во всех возрастах, среди них мужчины – 42,6%, женщины – 57,4%. Вероятно, это свидетельствует о недостаточной выявляемости отклонения в молодом и зрелом возрасте и, наоборот, лучшей выявляемости и коррекции гиперхолестеринемии в старшем и старческом возрасте.

Распределение фактора риска по высокому уровню общего холестерина в крови среди опрошенных, %

Рис.68.





Доли респондентов, имеющих фактор риска «повышенный уровень общего холестерина в крови».

Табл.59.

Возраст/Пол	Мониторинг здоровья 2023			Прирост	Мониторинг здоровья 2025		
	М%	Ж%	Оба пола, %	Оба пола, п.п.	М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	12,9	18,0	15,5	7,9	27,9	19,5	23,4
35-54	33,7	34,3	34,0	14,7	43,7	53,1	48,6
55-74	58,8	64,5	61,8	14,7	73,1	79,0	76,5
75+	63,2	64,4	63,8	13,2	69,1	83,8	77,0
Всего	42,0	45,0	43,6	13,6	53,5	60,3	57,2

При распределении по возрастам большинство исследованных с повышенным уровнем общего холестерина принадлежит к возрасту старше 55 лет – 67,2%.

Приверженность приёму гиполипидемических препаратов повышается с возрастом – критически плохо относятся к лечению молодые люди 18-34 года - не принимают препараты подавляющее большинство. В возрасте 35-54 года ситуация значительно ухудшилась среди женщин, и во всех возрастах всё ещё требует разъяснительной работы среди данных групп риска.

Доли респондентов, принимающих гиполипидемические препараты
(от имеющих данный фактор риска)

Табл.60.

Возраст/Пол	Мониторинг здоровья 2023			Прирост	Мониторинг здоровья 2025		
	М%	Ж%	Оба пола, %	Оба пола, п.п.	М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	0,0	15,4	9,1	-0,8	14,3	0,0	8,3
35-54	33,3	34,2	33,8	-17,4	25,0	9,7	16,4
55-74	74,6	58,0	65,4	3,0	73,9	64,7	68,4
75+	88,6	75,3	81,8	6,8	93,0	85,5	88,6
Всего	70,6	58,6	64,2	-0,9	67,5	60,2	63,3

Наиболее назначаемыми препаратами выступают аторвастатин и розувастатин.

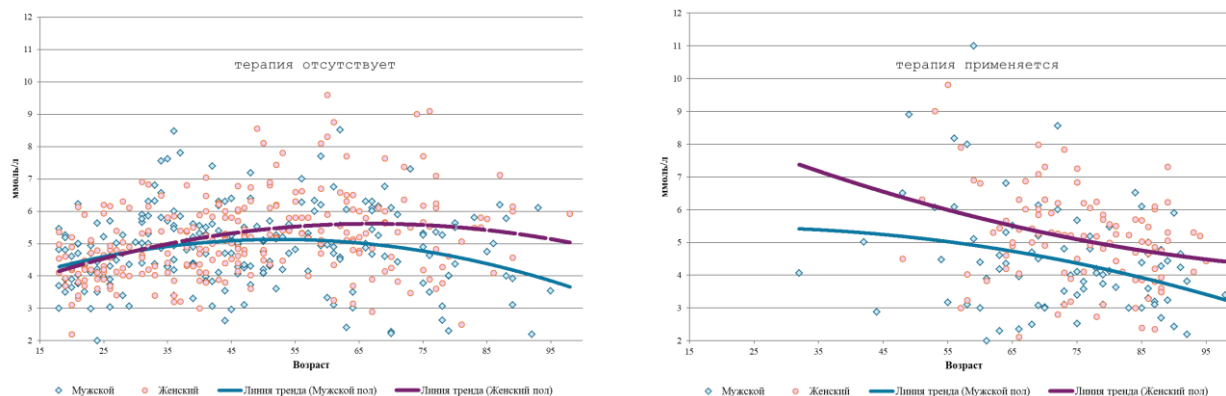
При построении графиков рассеивания значений в зависимости от наличия или отсутствия применения терапии пациентом, наблюдается практически полное повторение линии тренда общего графика значений у мужчин и при отсутствии терапии, пик тренда также остаётся на уровне 50 лет. Вероятно, это говорит о часто позднем назначении терапии для мужчин, чем требует того типичная ситуация и её не высокой эффективности из-за этого.

В то же время у женщин пик линии тренда общего графика смещается с 60 до 70 лет при отсутствии терапии, что говорит как о большем «запасе прочности» женского организма перед повышенным уровнем холестерина, так и о более раннем назначении и эффективности терапии для них.

График с условием применения терапии также показывает, что некорректируемый высокий уровень общего холестерина в крови предположительно влияет на продолжительность жизни обоих полов. Впрочем, подобные выводы требуют большего количества данных и наблюдений.

Рассеивание значений уровня общего холестерина в крови среди респондентов по полу и возрасту при отсутствии и наличии антигиперхолестериновой терапии

Рис.69.



В ходе исследования была оценена взаимосвязь между уровнем общего холестерина и возрастом. Расчет коэффициента ранговой корреляции Спирмена продемонстрировал отсутствие статистически значимой связи между исследуемыми показателями ($\rho = 0,038$; $p > 0,05$), что указывает на, как минимум, линейную независимость данных факторов в анализируемой выборке ($n = 661$).

Тот же результат дал анализ взаимосвязи между уровнем общего холестерина и артериальным давлением - статистически значимых результатов получено не было ($\rho = 0,054$; $p = 0,165$; $n = 661$). Это свидетельствует о том, что в изолированном парном анализе данные показатели выступают как независимые факторы риска.

Таким образом, общая картина по распространённости повышенного уровня общего холестерина в крови среди населения претерпела изменения в худшую сторону во всех возрастах. Для снижения влияния данного фактора, прежде всего, требуется разъяснительная работа среди больных о строгом соблюдении назначений врача.

Для сравнения результатов в работу были взяты анкеты онлайн-опроса 2026 года ($n=10254$). Респондентам задавались вопросы: «Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется повышенный уровень холестерина в крови?» и «Если "Да", то принимаете ли Вы препараты для снижения высокого уровня холестерина?».

Признают, что ранее уже выявлялся повышенный уровень холестерина 37,3% опрошенных, это на 6 п.п. меньше, чем выявлено в ходе «полевого» сбора данных в 2025 году.

Доли респондентов, имеющих повышенный общий холестерин в крови в анамнезе

Табл.61.

Возраст/Пол	Мониторинг здоровья 2025			Разница	Мониторинг здоровья 2026		
	М%	Ж%	Оба пола, %		М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	10,3%	6,5%	8,3%	7,1	14,3%	16,4%	15,4%
35-54	27,6%	31,6%	29,7%	3,3	34,2%	32,0%	33,0%
55-74	59,0%	64,8%	62,3%	-2,9	53,0%	63,2%	59,4%
75+	63,2%	77,5%	70,9%	-5,3	61,8%	66,7%	65,6%
Всего	39,9%	46,1%	43,3%	-6,0	32,9%	40,7%	37,3%

Проблему значимо больше признаёт молодое поколение (18-34), в остальных возрастах разница несущественная.

Из них принимают назначенную терапию 41,4% пациентов, что существенно меньше приверженности терапии из данных 2025 года.

Отличия в большей степени касаются старшего поколения, при самостоятельных ответах в онлайн-форме признаётся меньшая приверженность терапии гиперхолестеринемии.

Доли респондентов, принимающих гипوليлипидемические препараты
(от имеющих данный фактор риска)

Табл.62.

Возраст/Пол	Мониторинг здоровья 2025			Прирост	Мониторинг здоровья 2026		
	М%	Ж%	Оба пола, %	Оба пола, п.п.	М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	14,3%	0,0%	8,3%	6,4	18,3%	11,6%	14,7%
35-54	25,0%	9,7%	16,4%	8,1	30,7%	18,4%	24,4%
55-74	73,9%	64,7%	68,4%	-17,2	60,7%	46,6%	51,3%
75+	93,0%	85,5%	88,6%	-12,1	76,2%	76,6%	76,5%
Всего	67,5%	60,2%	63,3%	-21,9	42,9%	40,5%	41,4%

Исходя из более подробной половозрастной структуры (рис. 70) наблюдается чёткое отличие приверженности терапии у мужчин и женщин, у последних она существенно ниже во всех возрастах, и выравнивается только в 75+ лет.

В возрастном диапазоне от 18 до 39 лет приверженность терапии колеблется на катастрофически низком уровне — от 8,4% до 22,9%. Это означает, что около 80–90% молодых людей с высоким холестерином вообще не принимают лекарства.

Поскольку высокий холестерин годами «не болит» и никак не ощущается физически, молодые люди трудоспособного возраста массово игнорируют проблему. Это приводит к ускоренному развитию атеросклероза сосудов и ранним инфарктам уже к 45–50 годам.

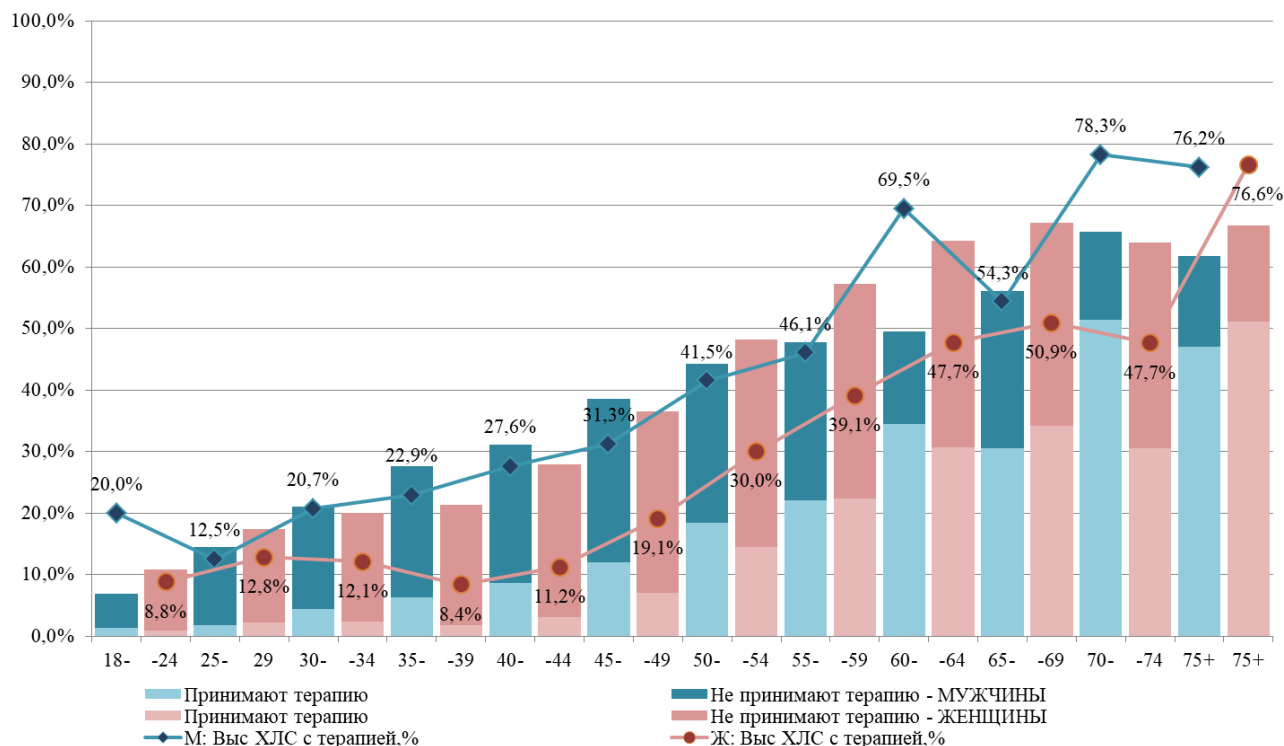
В группе 35–39 лет зафиксирован абсолютный минимум приверженности лечению — всего 8,4% у женщин. Данная возрастная группа является наиболее критической с точки зрения профилактики. Мужчины и женщины в этом возрасте реже всего мотивированы на долгосрочный ежедневный прием таблеток (статинов).

Уверенная приверженность лечению формируется только после 60 лет (рост до 69,5%), достигая максимума к 70–74 годам (78,3%).

Пожилые люди начинают дисциплинированно пить лекарства не из соображений ранней профилактики, а вынужденно — когда сталкиваются с манифестными формами ишемической болезни сердца (ИБС), стенокардией, либо уже перенесли инфаркт или инсульт.

Высокий общий холестерин в крови и приверженность терапии, %

Рис.70.



Рекомендации по здоровому образу жизни.

Данный вопрос уже частично затронут в блоке «Курение» и далее был выделен в отдельный по всем изучаемым факторам риска, поскольку этот раздел профилактической работы врача требует комплексного подхода и анализа. За основу были взяты анкеты из онлайн-опроса 2026 года.

В течение последних 12 месяцев посещали врача 82,7% опрошенных граждан, среди мужчин — 77,1%, среди женщин — 87,0%, примерно одинаково суммарно, но с заметными различиями по возрасту у мужчин.

Доли респондентов, посещавших врача или медицинского работника в течение последних 12 месяцев. Табл.63.

Возраст/Пол	Мониторинг здоровья 2023			Прирост	Мониторинг здоровья 2026		
	М%	Ж%	Оба пола, %	Оба пола, п.п.	М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	79,9%	79,6%	79,8%	3,1	77,3%	88,5%	82,9%
35-54	78,7%	81,4%	80,1%	1,4	75,2%	87,1%	81,5%
55-74	84,3%	89,4%	87,0%	-2,9	79,1%	86,9%	84,1%
75+	94,5%	91,8%	93,1%	-9,6	85,3%	83,0%	83,5%
Всего	84,3%	85,5%	84,9%	-2,2	77,1%	87,0%	82,7%

Зафиксированное в группе 75+ снижение посещаемости врачей на 9,6 п.п. может быть обусловлено как объективными причинами (развитие надомной помощи, барьеры доступности), так и методологическими особенностями опроса. Вероятнее всего, резкое изменение показателя связано с малочисленностью выборки респондентов данного возраста, что привело к статистическому перекосу при расчете долей

Вопрос о полученных в ходе приёма рекомендациях по здоровому образу жизни был открытым. Респонденты чаще других рекомендаций при посещении врача получали совет поддерживать нормальный вес тела или похудеть – 25,6% респондентов.

Доли респондентов, получивших рекомендацию врача.

Табл.64.

Пол	Мужчины				Женщины			
Возраст/Рекомендация	18-34	35-54	55-74	75+	18-34	35-54	55-74	75+
Отказаться от курения	18,2%	20,4%	20,8%	10,3%	9,8%	11,1%	8,0%	6,8%
Снизить потребление соли	7,8%	13,4%	23,7%	20,7%	4,5%	8,0%	15,0%	17,1%
Употреблять достаточное количество фруктов и овощей	13,8%	17,9%	29,4%	24,1%	22,0%	19,8%	21,4%	28,2%
Снизить потребление жиров в пище	12,6%	21,6%	34,1%	17,2%	12,2%	17,4%	24,7%	23,1%
Заниматься спортом или увеличить физическую активность	20,3%	25,0%	28,1%	20,7%	25,3%	25,9%	21,1%	9,4%
Поддерживать нормальный вес тела или похудеть	17,3%	26,1%	37,6%	27,6%	16,5%	26,0%	34,8%	18,8%
Сократить потребление сладких напитков в рационе	12,6%	18,5%	22,9%	17,2%	13,1%	12,4%	15,1%	14,5%
Сократить потребление алкоголя	8,4%	10,8%	13,1%	10,3%	2,7%	3,2%	2,0%	0,9%
Ничего из вышеперечисленного	56,0%	40,8%	28,0%	51,7%	53,3%	48,6%	39,7%	47,2%

Однако, около половины участников опроса не услышали от врача никаких рекомендаций – 45,6% среди всех пациентов.

Чуть чаще рекомендации получали лица старшей возрастной группы (55-74 года), вероятно, в связи с первыми манифестациями соответствующих заболеваний. Реже всех – молодёжь 18-34 года, что обусловлено как низким распространением части факторов риска в данном возрасте, так и, вероятно, менее внимательным профилактическим подходом со стороны врачей при назначении рекомендаций более молодым пациентам.

**Доли респондентов, из имеющих соответствующие ФР
и получивших рекомендации врача, % по возрастным группам**

Табл.65.

	5 порций овощей/фруктов	Соль	Сладкие напитки	Вес	Спорт	Алкоголь	Табак
18-34	15,1%	14,6%	56,9%	33,2%	28,1%	10,0%	27,5%
35-54	15,6%	28,6%	49,8%	40,7%	29,3%	11,6%	37,2%
55-74	20,8%	51,7%	44,0%	46,6%	24,9%	14,6%	50,4%
75+	21,6%	65,0%	64,2%	30,4%	10,4%	4,9%	52,3%
Все	17,2%	32,2%	49,7%	40,3%	25,8%	11,5%	36,0%

Снижение потребления сладких напитков и контроль веса стали наиболее частыми рекомендациями - среди соответствующих пациентов с ФР ИМТ > 24.9 и, особенно, среди пациентов с ИМТ > 29.9 во всех возрастных группах. Однако, мы видим, что более половины визитов таких пациентов соответствующими рекомендациями не сопровождается.

В старших возрастных группах, после 55 лет, наиболее частыми оказались рекомендации по ограничению потребления соли и отказу от табака у лиц с этими ФР.

Для оценки реальной эффективности превентивной работы был проанализирован дефицит профилактического консультирования — доля пациентов с уже верифицированными факторами риска (ФР), которые, тем не менее, не получили от медицинских работников соответствующих назначений и рекомендаций.

Анализ выявил существенный объем упущенных профилактических вмешательств по всем ключевым направлениям и во всех возрастных группах:

Доля нереализованного потенциала профилактики по отказу от алкоголя составляет в среднем 88,5%. Наиболее критическая ситуация наблюдается в старшей возрастной группе (75+), где 95,1% целевых пациентов уходят от врача без профильной краткой рекомендации (совет получили лишь 4,9% имеющих данный ФР).

Несмотря на высокую терапевтическую значимость, дефицит консультирования по вопросам избыточной массы тела составляет 59,7%, а по увеличению физической активности — 74,2%. Даже в группах манифестации ассоциированных хронических заболеваний (55–74 года) более половины пациентов с ИМТ > 24.9 остаются без врачебных предписаний по модификации образа жизни.

В старшей возрастной группе (75+) отмечается наименьший дефицит консультирования по вопросам ограничения потребления соли (35,0%) и сладких напитков (35,8%), что указывает на приоритетный фокус врачей на диетотерапии лиц пожилого возраста. С другой стороны, падение общей частоты визитов в этой группе на 9,6 п.п. (табл. 63) и резкие перепады других показателей, вероятнее всего, носят смешанный характер. Это может быть следствием развития надомных форм патронажа, но также и методологическим ограничением малочисленной выборки респондентов в категории 75+, что создает статистические перекосы и повышает погрешность данных.

Таким образом, высокий уровень дефицита профилактического консультирования во всех возрастных группах подтверждает, что сам по себе факт визита к врачу (охватывающий более 82% населения) в настоящее время не гарантирует автоматического получения превентивной помощи. Это обосновывает необходимость системного усиления консультативной роли первичного звена здравоохранения и стандартизации профилактического приема

Наличие факторов риска БСК.

В данном разделе анализировались сочетания факторов риска развития болезней системы кровообращения (БСК).

На основании результатов опроса, физических и биохимических показателей были выделены следующие факторы риска:

- ежедневное курение;
- потребление менее пяти порций фруктов и/или овощей в день;
- не соответствующая рекомендациям ВОЗ физическая активность (<150 минут умеренной активности в неделю или эквивалентно);
- избыточная масса тела или ожирение ($ИМТ > 24,9 \text{ кг/м}^2$);
- повышенное артериальное давление (САД $> 140 \text{ мм.рт.ст.}$ и/или ДАД $> 90 \text{ мм.рт.ст.}$ или в настоящее время принимают лекарства от повышенного давления).

Доля опрошенных граждан с наличием 1 фактора представлена выше: максимальный процент даёт потребление менее 5 порций фруктов/овощей в день – 86,1% не выполняют этой нормы, 62,3% респондентов не выполняют норму физической нагрузки, высокий ИМТ имеют 58,2% опрошенных, риски по высокому АД выявлены у 41,2%, минимальное значение у курения – 20,6% респондентов имеют данный фактор риска.

Сочетанное наличие 2 и более факторов риска затруднено к оценке из-за множества возможных сочетаний факторов. Для 2 факторов из 5 возможных это будут 10 вариантов.

Наибольший процент даёт сочетание низкого потребления овощей/фруктов и недостаточная физическая активность:

Доли респондентов с сочетанным присутствием ФР - низкого потребления овощей/фруктов и недостаточной ФА.

Табл.66.

Возраст/Пол	Мониторинг здоровья 2023			Прирост	Мониторинг здоровья 2026		
	М%	Ж%	Оба пола, %	Оба пола, п.п.	М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	21,1%	26,4%	23,8%	17,5	39,0%	43,6%	41,3%
35-54	34,8%	34,6%	34,7%	13,3	47,2%	48,6%	48,0%
55-74	52,0%	51,1%	51,5%	-2,6	48,2%	49,3%	48,9%
75+	68,8%	63,3%	66,0%	-0,8	50,0%	69,5%	65,3%
Всего	44,0%	43,6%	43,8%	3,9	44,9%	49,8%	47,7%

Значимые негативные изменения сочетания факторов риска произошли в молодом и зрелом возрасте до 55 лет (с оговоркой о разнице методов сбора данных).

Для сочетания 3 факторов риска из 5 возможных определяется 6 вариантов, наибольший процент даёт сочетание низкого потребления овощей/фруктов, недостаточная физическая активность и превышение индекса массы тела:

Доли респондентов с сочетанным присутствием ФР - низкого потребления овощей/фруктов, недостаточной ФА и высокого ИМТ

Табл.67.

Возраст/Пол	Мониторинг здоровья 2023			Прирост	Мониторинг здоровья 2026		
	М%	Ж%	Оба пола, %	Оба пола, п.п.	М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	7,4%	8,3%	7,9%	10,7	20,5%	16,7%	18,6%
35-54	21,3%	16,5%	18,7%	12,0	34,1%	27,6%	30,7%
55-74	33,3%	32,8%	33,0%	3,6	35,7%	37,2%	36,6%
75+	43,7%	44,0%	43,8%	-1,5	35,3%	44,3%	42,3%
Всего	26,3%	25,2%	25,7%	4,0	30,1%	29,4%	29,7%

И в данном случае значимые негативные изменения сочетания факторов риска произошли в молодом и зрелом возрасте до 55 лет и, наоборот, доли респондентов в старшем возрасте значимо не изменились.

Все 5 факторов риска по БСК имеют **3.4%** респондентов (более корректным видится сравнение с данными 2021 года - 2,1 %):

Доли респондентов с сочетанным присутствием 5 факторов риска

Табл.68.

Возраст/Пол	Мониторинг здоровья 2021			Прирост	Мониторинг здоровья 2026		
	М%	Ж%	Оба пола, %		М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	3,8%	2,9%	3,3%	-1,0	3,6%	1,0%	2,3%
35-54	0,6%	1,0%	0,8%	3,3	5,5%	2,9%	4,1%
55-74	4,1%	2,3%	3,0%	0,9	6,3%	2,4%	3,9%
75+	0,8%	1,2%	1,0%	1,3	2,9%	2,1%	2,3%
Всего	2,3%	1,8%	2,1%	1,3	4,9%	2,2%	3,4%

Значимых изменений в сочетании 5 факторов риска, кроме среднего возраста 35-54 года, не произошло. Тем не менее, данный риск требует дополнительной разъяснительной работы о приверженности принципам ЗОЖ среди граждан всех возрастов.

Диспансеризация.

По результатам опроса выявлено, что проходили диспансеризацию вовремя (в последние 3 года для граждан до 40 лет и не более года назад для граждан старше 40 лет) 61,1% респондентов (среди них мужчины составили 37,6%, женщины — 62,4%).

Доли респондентов, прошедших вовремя диспансеризацию

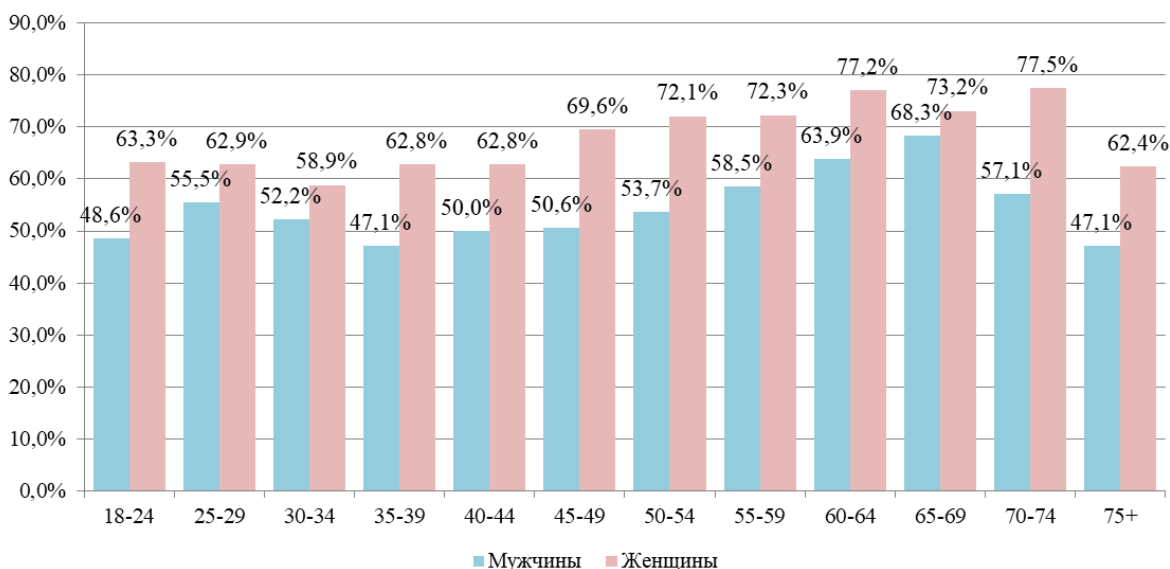
Табл.69.

Возраст/Пол	Мониторинг здоровья 2023			Прирост	Мониторинг здоровья 2026		
	М%	Ж%	Оба пола, %		М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	69,1%	73,6%	71,4%	-14,7	51,8%	61,4%	56,7%
35-54	58,5%	69,3%	64,2%	-5,7	49,9%	66,2%	58,5%
55-74	60,8%	66,0%	63,6%	6,7	62,2%	75,0%	70,3%
75+	71,4%	74,9%	73,2%	-14,1	47,1%	62,4%	59,1%
Всего	64,9%	70,8%	67,9%	-6,8	53,1%	67,1%	61,1%

Женщины преобладают в приверженности диспансеризации во всех возрастах. Дисциплинированнее всех в вопросе профилактики заболеваний ведут себя респонденты в возрасте 60-69 лет. Минимальные доли наблюдаются у женщин 30-34 и у мужчин 35-39 лет (75+ малая выборка).

Доли респондентов, прошедших вовремя диспансеризацию

Рис.73.



Если принять в расчёт всех, кто проходил диспансеризацию не ранее 2022 года, то такая доля среди опрошенных составляет 78,7% респондентов.

Причинами игнорирования диспансеризации были названы:

Доли респондентов, назвавших причины отказа от диспансеризации

Табл.70.

Пол	Мужчины				Женщины				Оба пола
Возраст/Рекомендация	18-34	35-54	55-74	75+	18-34	35-54	55-74	75+	Все
Занятость/некогда	26,3%	26,7%	17,4%	6,7%	23,4%	23,4%	14,9%	7,5%	21,8%
Слежу за своим здоровьем сам/обращаюсь к врачам при необходимости/прохожу медосмотр на работе	17,7%	11,1%	15,8%	27,8%	20,3%	20,5%	22,9%	24,5%	18,0%
Затрудняюсь ответить	14,2%	18,2%	16,7%	33,3%	12,3%	12,6%	13,2%	37,7%	16,5%
Огромные очереди/сложно попасть/уходит много времени	10,0%	16,9%	14,3%	0,0%	16,9%	18,7%	15,3%	1,9%	14,3%
Не вижу смысла/это неэффективно	10,5%	12,0%	17,6%	10,0%	8,1%	12,4%	21,0%	13,2%	12,5%
У меня всё в порядке/нет необходимости	9,5%	6,2%	4,6%	22,2%	7,5%	3,8%	2,8%	5,7%	6,4%
Я об этом ничего или почти ничего не знаю	8,4%	3,7%	5,2%	0,0%	8,4%	3,0%	1,5%	5,7%	5,0%

Данная таблица отражает причины отказа от диспансеризации среди мужчин и женщин разных возрастных групп.

Главный барьер — нехватка времени. Причина «Занятость/некогда» лидирует в общей выборке (21,8%). Она наиболее критична для работающего населения до 54 лет (около 23–26% у обоих полов), но полностью исчезает у мужчин старше 75 лет (0%).

Вторая по популярности причина (18,0%) — самостоятельное отслеживание здоровья или прохождение медосмотров на работе. Этот фактор стабильно высок во всех группах, особенно у пожилых людей (до 27,8%). Однако, обязательные медосмотры не являются заменой медицинской профилактики.

Очереди и сложность записи мешают 14,3% опрошенных. Этот барьер сильнее всего ощущают женщины среднего возраста 35–54 лет (18,7%) и мужчины того же возраста (16,9%). К 75 годам этот показатель падает почти до нуля, так как у пожилых людей появляется больше времени.

Каждый восьмой респондент (12,5%) не видит смысла в диспансеризации. Этот скепсис линейно растёт с возрастом: от 8–10% среди молодежи до 17,6% у пожилых мужчин и 21,0% у пожилых женщин (55–74 года).

Анализ по половозрастным группам

1. Молодежь (18–34 года)

- Мужчины: Чаще других жалуются на нехватку времени (26,3%). Имеют самый высокий уровень неосведомленности о диспансеризации (8,4%) и часто считают, что у них и так все в порядке (9,5%).

- Женщины: Также сильно страдают от нехватки времени (23,4%), но при этом гораздо чаще мужчин заявляют об огромных очередях и потере времени (16,9% против 10,0% у мужчин).

2. Средний возраст (35–54 года)

- Мужчины: Пик занятости (26,7%). В этом возрасте мужчины начинают активнее сталкиваться с очередями (16,9%). При этом они реже всего склонны проверять здоровье сами (11,1%).

- Женщины: Демонстрируют самый высокий уровень недовольства организацией процесса — 18,7% отказываются из-за очередей и бюрократии.

3. Пожилой возраст (55–74 года). Для обоих полов резко снижается фактор занятости. На первое место выходит разочарование в системе: 17,6% мужчин и 21,0% женщин этой

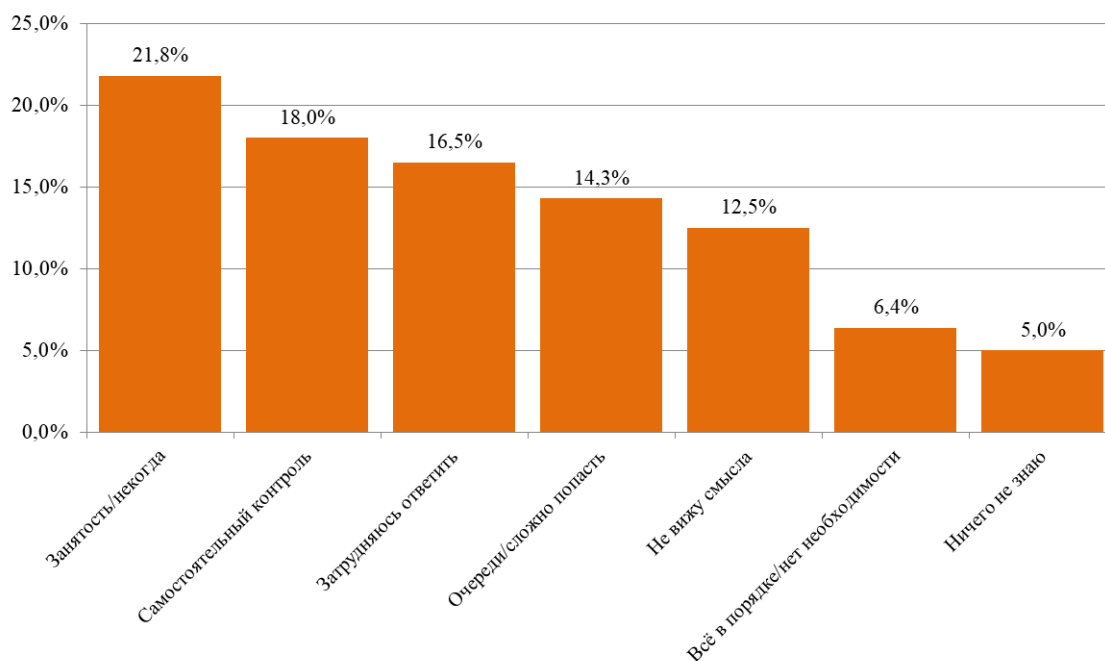
группы считают диспансеризацию неэффективной. При этом женщины этой группы чаще всего выбирают альтернативные варианты лечения или медосмотры (22,9%).

4. Старейшая группа (75+). Группа характеризуется высоким уровнем неопределенности: 33,3% мужчин и 37,7% женщин затруднились ответить, почему они не идут на диспансеризацию. Факторы очередей и нехватки времени для них практически обнуляются. Зато мужчины этого возраста чаще всего уверены, что у них все в порядке (22,2%), либо лечатся у врачей только по факту болезни (27,8%).

Критическими точками в данном вопросе является то, что среди респондентов 18–34 лет фиксируется максимальный уровень незнания о процедуре (8,4% у обоих полов). К старости этот процент падает. Также, мужчины старше 75 лет (22,2%) и молодые мужчины (9,5%) чаще всего склонны избыточно оптимистично оценивать свое здоровье, заявляя, что «нет необходимости».

Причины отказа от диспансеризации

Рис.74



Группа «Занятость/некогда» (21,8%) — абсолютный лидер. Это значит, что для привлечения людей экономически активного возраста поликлиникам нужно развивать вечерние приемы и диспансеризацию по субботам.

Очереди (14,3%) и неверие в смысл процедуры (12,5%) суммарно составляют 26,8%. Больше четверти людей не идут на диспансеризацию просто потому, что не верят в её качество или боятся потерять время в очередях.

Напрямую о незнании говорят только 5,0%, однако высокая доля ответов «Затрудняюсь ответить» (16,5%) среди старшего поколения намекает на то, что людям не всегда понятна сама суть и ценность этой процедуры.

Самооценка здоровья.

В целом, **89,8%** респондентов (86,1% в 2023) оценивают своё состояние здоровья как «удовлетворительное» и лучше, с возрастом эта оценка снижается.

Респонденты оценили своё состояние здоровья следующим образом:

- «Отличное» - 7,2% (8,2% в 2023);
- «Очень хорошее» - 8,9% (11,9% в 2023);
- «Хорошее» - 31,4% (32,6% в 2023);
- «Удовлетворительное» - 42,3% (33,4% в 2023);
- «Плохое» - 4,6% (2,9% в 2023);
- «Затрудняюсь ответить» - 5,6% (11,0% в 2023)

Пол	Мужчины				Женщины				Оба пола
Возраст/Рекомендация	18-34	35-54	55-74	75+	18-34	35-54	55-74	75+	Все
Отличное	15,6	10,0	1,4	2,9	10,5	5,5	2,0	1,4	7,2
Очень хорошее	16,0	9,6	4,4	5,9	16,1	7,8	2,7	1,4	8,9
Хорошее	35,9	35,7	28,2	26,5	40,6	34,9	20,3	11,3	31,4
Удовлетворительное	25,1	36,0	54,2	44,1	26,6	43,6	63,1	58,2	42,3
Плохое	3,4	4,2	6,1	14,7	2,8	3,1	3,7	14,9	4,6
Затрудняюсь ответить	4,1	4,5	5,7	5,9	3,4	5,1	8,1	12,8	5,6

Самый частый ответ в общей выборке — «Удовлетворительное» здоровье (42,3%). На втором месте идет оценка «Хорошее» (31,4%). Суммарно почти три четверти опрошенных (73,7%) балансируют между хорошим и средним самочувствием.

Женщины оценивают свое здоровье строже и критичнее, чем мужчины. В группе 55–74 лет удовлетворительным свое здоровье называют 63,1% женщин против 54,2% мужчин.

Оценки «Отличное» и «Очень хорошее» ожидаемо сосредоточены в группе 18–34 лет (суммарно 31,6% у мужчин и 26,6% у женщин). К возрасту 75+ эти показатели падают практически до нуля (остаются в пределах 1–3%).

Переход к оценке «Плохое» происходит лавинообразно после 75 лет. Доля плохих оценок в этой группе взлетает до 14,7% у мужчин и 14,9% у женщин, хотя в более молодых группах она не превышала 3–6%.

Анализ по половозрастным группам

1. Молодежь (18–34 года)

Самая здоровая и оптимистичная группа. Оценки «Отличное» и «Очень хорошее» здесь на пике. При этом молодые мужчины чувствуют себя увереннее: 15,6% заявляют об отличном здоровье (против 10,5% у девушек). Большинство же в этой группе (как мужчин, так и женщин) сходятся на оценке «Хорошее» (около 36–40%).

2. Средний возраст (35–54 года)

В этом возрасте происходит переломный момент — фокус смещается с «Хорошего» на «Удовлетворительное». У мужчин доли хорошего (35,7%) и удовлетворительного (36,0%) здоровья практически равны. У женщин деградация самооценки здоровья идет быстрее: удовлетворительным его называют уже 43,6%, в то время как отличное здоровье сохраняют лишь 5,5%.

3. Пожилой возраст (55–74 года)

Период резкого роста хронических проблем. Оценка «Удовлетворительное» становится абсолютным доминантом. У женщин этот показатель достигает пика за всю таблицу — 63,1%. Мужчины этой группы тоже чаще выбирают «Удовлетворительное» (54,2%), но при этом сохраняют больше «Хороших» оценок (28,2% против 20,3% у женщин).

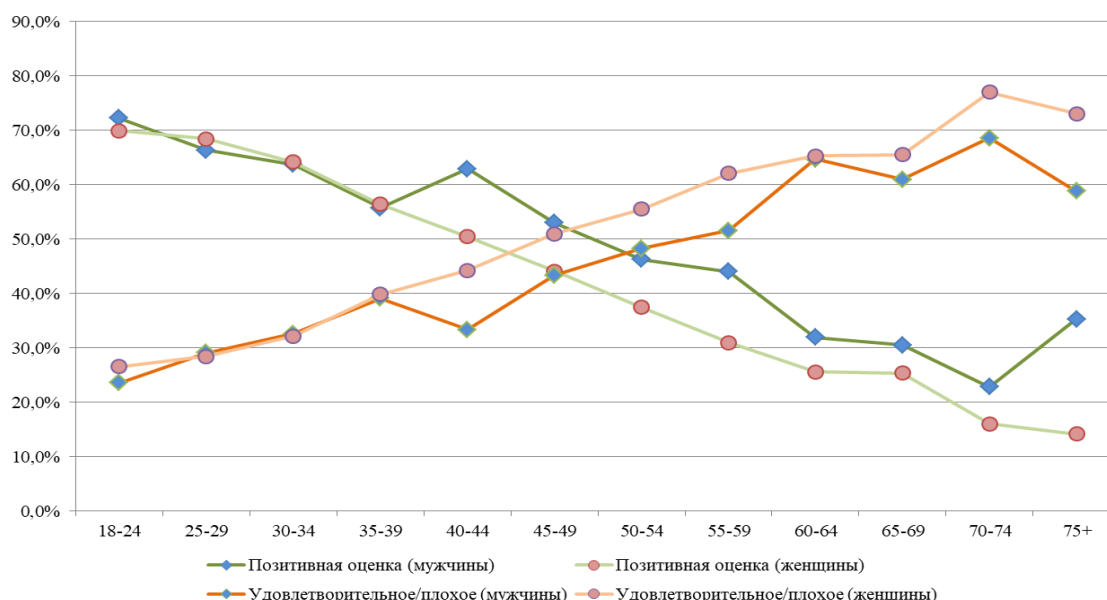
4. Старейшая группа (75+)

Мужчины 75+ демонстрируют аномалию: их оценка «Удовлетворительное» падает до 44,1%, зато до 26,5% подрастает оценка «Хорошее» (что выше, чем у женщин 55–74 лет). Это может говорить о завышенной самооценке или феномене «дожития наиболее здоровых мужчин». Женщины 75+ чувствуют себя значительно хуже: лишь 11,3% называют здоровье хорошим, а доля затруднившихся ответить вырастает до максимума (12,8%), что указывает на когнитивные или комплексные проблемы со здоровьем.

Существует **вероятная корреляция** между этими данными и причинами отказа от диспансеризации:

Высокая доля мужчин 75+, оценивающих здоровье как «Хорошее» (26,5%), может объяснить, почему в предыдущей таблице 22,2% из них уверенно заявляли: «У меня всё в порядке / нет необходимости» и игнорировали врачей.

Высокий процент «Удовлетворительного» здоровья у женщин среднего и пожилого возраста может подтверждать их мотив из первой таблицы: они не идут на диспансеризацию, так как предпочитают «обращаться к врачам только при конкретной необходимости» (когда удовлетворительное состояние переходит в плохое).



В диапазоне от 18 до 34 лет траектории мужчин и женщин практически идентичны. Около двух третей молодежи оценивают свое здоровье позитивно («отличное», «очень хорошее», «хорошее»), и 23–32% выбирают нейтральные или негативные варианты.

Глобальный перелом в сознании населения происходит в интервале 45–49 лет. Именно в этой точке графики позитивных и удовлетворительных/плохих оценок пересекаются для обоих полов. Данный возраст можно охарактеризовать как объективный рубеж перехода от доминирования «здорового» самовосприятия к «хроническому».

Наиболее яркой выбивающейся точкой графика является резкий излом мужских показателей в когорте 40–44 года - доля позитивных оценок у мужчин возрастает до 62,9%, Доля удовлетворительных и плохих оценок зеркально падает до 33,3%.

У женщин в этом же периоде снижение показателей идет плавно и линейно.

В возрасте 60–69 лет у мужчин наблюдается плато: около 30% сохраняют оптимизм, а 60–65% стабильно оценивают здоровье как среднее или плохое.

После 70 лет траектории мужчин и женщин расходятся кардинально, обнажая демографический феномен выборочной смертности. Женская траектория продолжает строго линейно ухудшаться: к возрасту 75+ доля позитивных оценок падает до минимума (14,1%), а негативных — достигает пика (73,1%). Женщины живут дольше, но аккумулируют тяжелый груз хронических заболеваний.

Мужская траектория после 74 лет демонстрирует парадоксальный «отскок» вверх: позитивная оценка резко возрастает до 35,3%, а доля жалоб снижается до 58,8%. Это, вероятно, объясняется тем, что до данного возраста доживают мужчины с изначально более высоким запасом прочности и менее критичным отношением к своим недомоганиям.

Одним из выводов является необходимость особого подхода к женщинам 55–74 лет. Это самая массовая группа с затяжным «удовлетворительным» состоянием здоровья. Они нуждаются в доступной, незабюрократизированной диспансеризации, так как их готовность лечиться высока, но сдерживается скепсисом по отношению к эффективности системы.

Приверженность к здоровому образу жизни.

Для оценки доли респондентов, приверженных ЗОЖ, был предложен индекс приверженности к здоровому образу жизни, разработанный на основе рекомендаций ВОЗ и Европейского общества по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в первичном звене здравоохранения.

Данный индекс является условной характеристикой ЗОЖ и включает следующие индикаторы:

- отсутствие курения;
- потребление овощей и фруктов ежедневно не менее 400г.;
- адекватная физическая активность (не менее 150 мин. умеренной или 75 мин. интенсивной физической нагрузки в неделю);
- нормальное (не выше 5г. в сутки) потребление соли;
- употребление алкоголя не более 168 г. чистого этанола в неделю для мужчин и не более 84г. для женщин.



Рассматриваются две составляющие, характеризующие степень приверженности ЗОЖ:

- **высокая** — отсутствие курения при наличии всех остальных компонентов ЗОЖ;
- **удовлетворительная** — отсутствие курения, при этом может отсутствовать один любой другой компонент ЗОЖ.

В результате опроса выявлено следующее:

Только **3,1%** респондентов ведут **здоровый образ жизни высокой степени приверженности**, среди них мужчины составили 36,2%, женщины – 63,8%.

Доли респондентов, ведущих ЗОЖ высокой степени приверженности, %

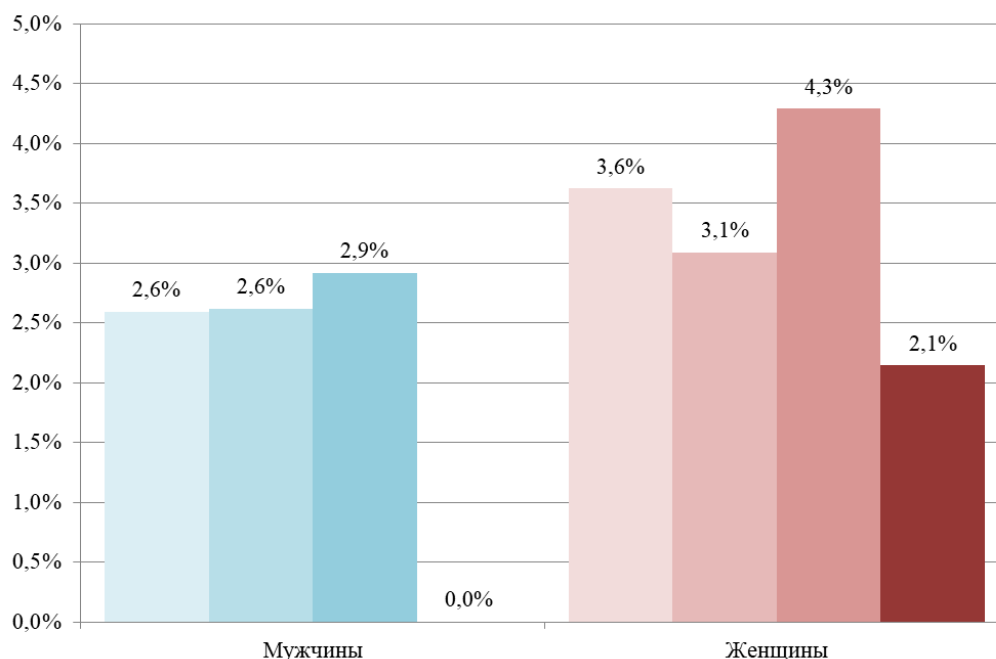


Рис.76.

Доли респондентов, ведущих ЗОЖ высокой степени приверженности

Табл.72.

	Мониторинг здоровья 2026		
Возраст/Пол	М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	2,6%	3,6%	3,1%
35-54	2,6%	3,1%	2,9%
55-74	2,9%	4,3%	3,8%
75+	0,0%	2,1%	1,7%
Всего	2,6%	3,5%	3,1%

Доля, безусловно, крайне низкая. При текущих значениях анализ половозрастных отличий не является корректным. Следует признать, что хотя бы один из факторов риска ХНИЗ присутствует у подавляющего большинства респондентов – 96,9%.

Ведут здоровый образ жизни **умеренной степени приверженности 15.0%** респондентов – при отсутствии курения может присутствовать один из остальных факторов риска.

Как и в прошлом исследовании, максимальный процент даёт присутствие недостаточного потребления фруктов и/или овощей.

Доли респондентов, ведущих ЗОЖ умеренной степени приверженности
(может присутствовать пагубное потребление алкоголя)

Табл.73.

	Мониторинг здоровья 2026		
Возраст/Пол	М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	0,0%	0,5%	0,2%
35-54	0,6%	0,7%	0,6%
55-74	0,6%	0,5%	0,5%
75+	2,9%	0,0%	0,6%
Всего	0,5%	0,5%	0,5%

Доли респондентов, ведущих ЗОЖ умеренной степени приверженности
(может присутствовать повышенное потребление соли)

Табл.74.

	Мониторинг здоровья 2026		
Возраст/Пол	М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	0,3%	1,1%	0,7%
35-54	0,5%	1,1%	0,8%
55-74	0,3%	1,1%	0,8%
75+	0,0%	0,7%	0,6%
Всего	0,4%	1,0%	0,8%

Доли респондентов, ведущих ЗОЖ умеренной степени приверженности
(может присутствовать недостаточная физическая активность)

Табл.75.

	Мониторинг здоровья 2026		
Возраст/Пол	М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	1,3%	2,7%	2,0%
35-54	1,6%	4,1%	2,9%
55-74	3,2%	6,8%	5,5%
75+	5,9%	5,7%	5,8%
Всего	2,0%	4,7%	3,5%

Доли респондентов, ведущих ЗОЖ умеренной степени приверженности
(может присутствовать недостаточное потребление овощей/фруктов)

Табл.76.

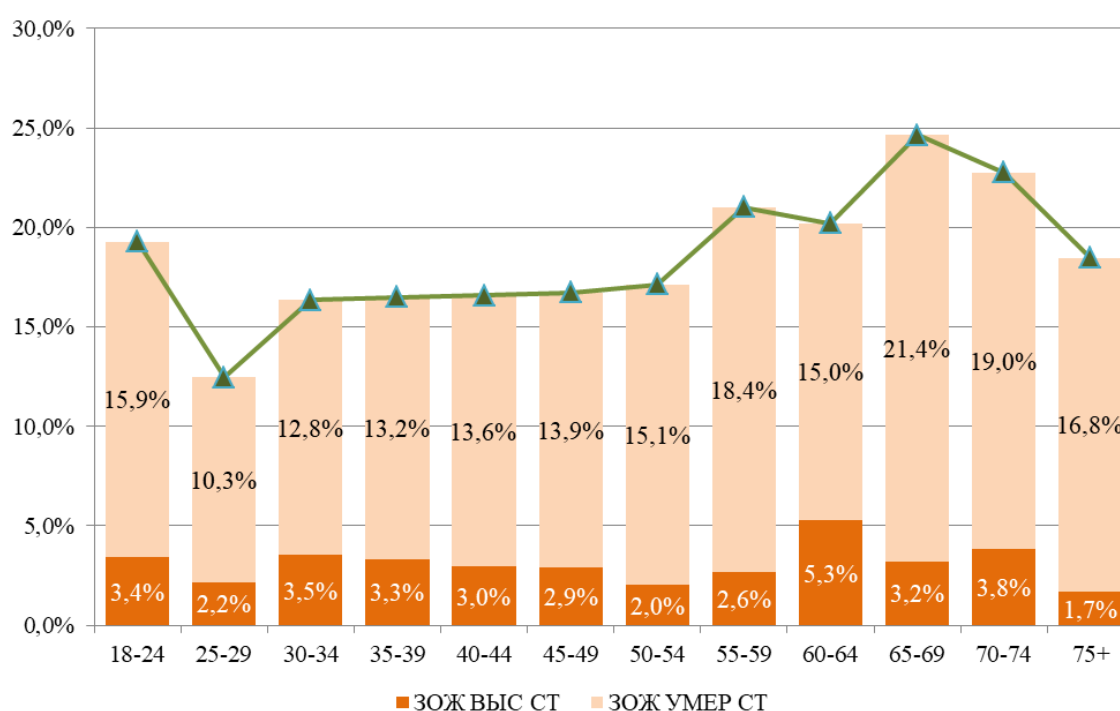
	Мониторинг здоровья 2026		
Возраст/Пол	М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	10,3%	10,0%	10,1%
35-54	9,5%	9,4%	9,5%
55-74	11,5%	11,3%	11,4%
75+	11,8%	9,3%	9,8%
Всего	10,3%	10,1%	10,2%

Таким образом, устранение только одного фактора риска - контроль потребления соли, алкоголя, достаточная ФА, и, особенно, достаточное потребление О/Ф – приведёт указанных респондентов к ведению ЗОЖ высокой степени приверженности.

Такое распределение выглядит следующим образом:

Доли респондентов, ведущих ЗОЖ высокой и умеренной степени приверженности, %

Рис.77.



Из текущего распределения можно отметить наименее приверженную ЗОЖ группу – 25-29 (12,5%) – и наиболее – 65-69 лет (24,6%). После 55 лет доли как высокой, так и умеренной приверженности ЗОЖ вырастает.

Общая доля респондентов с высокой и умеренной степенью ведения ЗОЖ составила **18,1%**.

Никогда не курили и не употребляют алкоголь, как минимум, последние 12 месяцев, 21,6% опрошенных.

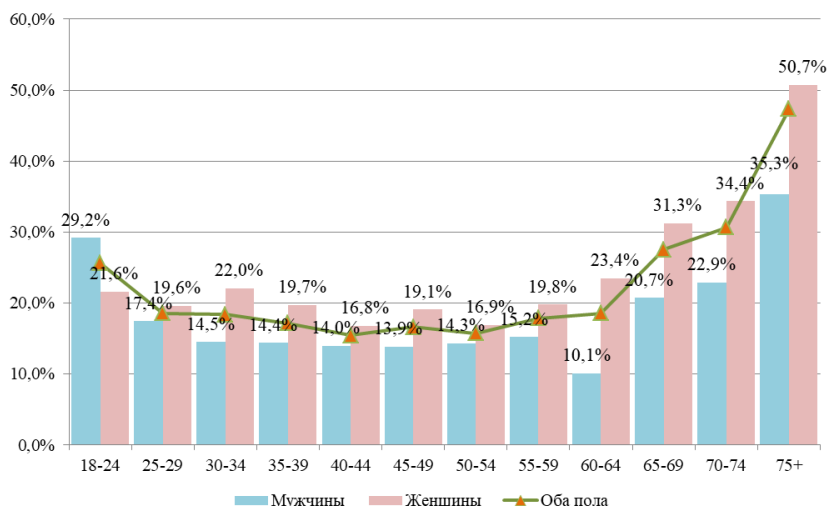
Доли респондентов без курения когда-либо в жизни и без употребления алкоголя не менее 12 месяцев

Табл.77.

	Мониторинг здоровья 2026		
Возраст/Пол	М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	20,4%	21,2%	20,8%
35-54	14,1%	18,2%	16,3%
55-74	16,1%	26,5%	22,7%
75+	35,3%	50,7%	47,3%
Всего	17,4%	24,8%	21,6%

Доли респондентов без курения когда-либо в жизни и без употребления алкоголя не менее 12 месяцев, %

Рис.78.



Отметим, что по данному критерию только в возрасте 18-24 доля мужчин больше доли женщин, далее во всех возрастах доля не курящих и не употребляющих алкоголь женщин превалирует над мужской. Значительный рост долей начинается с возраста 65 лет, что косвенно свидетельствует о данных **факторах риска** как существенно **влияющих на продолжительность жизни** (вероятно, респонденты с курением и употреблением алкоголя не преодолевают порог 65-75 лет).

Сочетанное отсутствие курения и *пагубного* употребления алкоголя выявлено у 58,8% опрошенных, среди них 34,1% – мужчины, 65,9% - женщины.

Доли респондентов без курения и пагубного употребления алкоголя

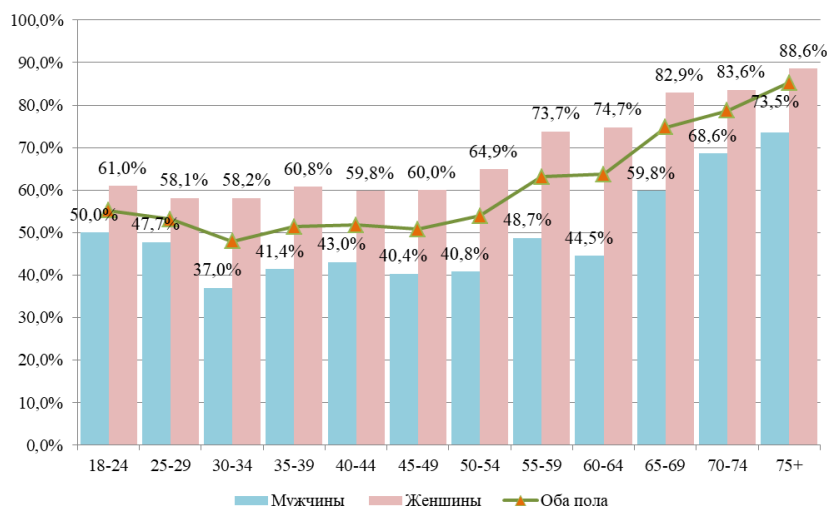
Табл.78.

Мониторинг здоровья 2026			
Возраст/Пол	М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	44,4%	59,0%	51,8%
35-54	41,5%	61,2%	51,9%
55-74	53,1%	78,2%	68,9%
75+	73,5%	88,6%	85,3%
Всего	46,3%	68,4%	58,8%

И здесь отмечается резкий прирост долей респондентов у женщин – после 55 лет, у мужчин – после 65 лет, что косвенно свидетельствует о данных **факторах риска** как существенно **влияющих на продолжительность жизни** (вероятно, респонденты с курением и употреблением алкоголя не преодолевают порог 65-75 лет).

Доли респондентов без курения и пагубного употребления алкоголя

Рис.79.



У подавляющего большинства респондентов - 96,9%, как уже было сказано ранее, присутствует хотя бы один из 5 рассматриваемых факторов риска неинфекционных заболеваний.

Доли респондентов с минимум 1 из 5 фактором риска

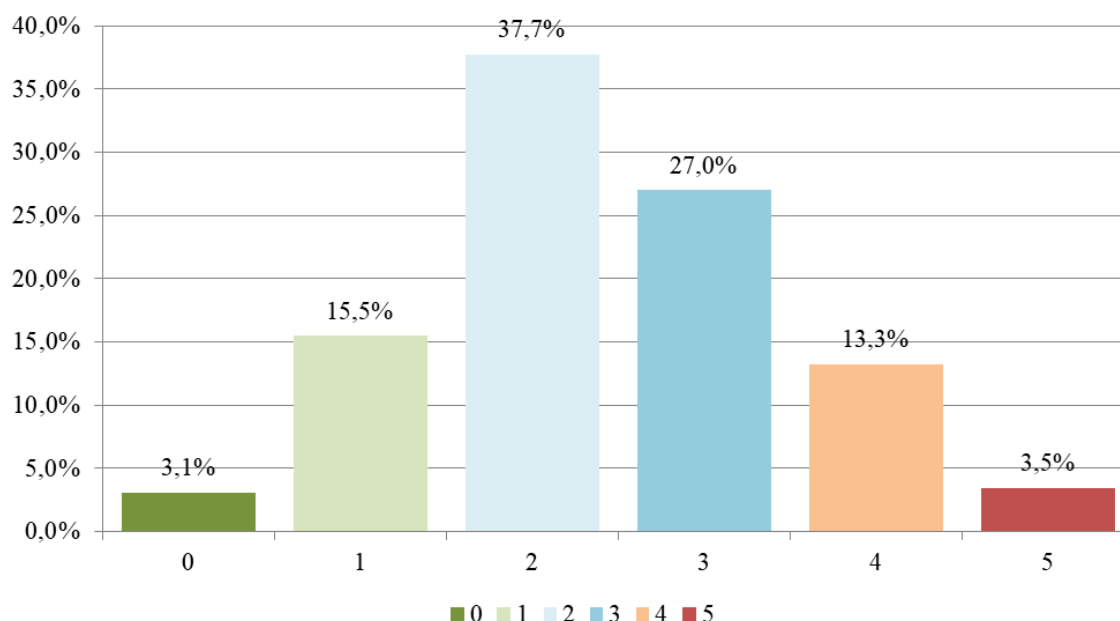
Табл.79.

Мониторинг здоровья 2026			
Возраст/Пол	М%	Ж%	Оба пола, %
18-34	97,4%	96,4%	96,9%
35-54	97,4%	96,9%	97,1%
55-74	97,1%	95,7%	96,2%
75+	100,0%	97,9%	98,3%
Всего	97,4%	96,5%	96,9%

Учёт только количества выявленных факторов риска без учёта их сочетания даёт следующее распределение среди респондентов:

Доли респондентов, имеющих соответствующее количество факторов риска из 5

Рис.80.



В ранжировании распространённости 6 факторов риска в сравнении с исследованием 2023 года заметное изменение касается пагубного потребления алкоголя. Этот фактор риска опередил курение и затрагивает четверть населения города. Вероятно, в текущем исследовании мы получили более объективные данные. Лидирующее место занимает недостаточное потребление овощей и фруктов:

1. недостаточное потребление фруктов и овощей – 86,1%;
2. недостаточная физическая активность – 63,3%;
3. высокий индекс массы тела – 58,2%;
4. повышенное артериальное давление – 41,1% (min);
5. избыточное потребление соли – 34,2%;
6. пагубное употребление алкоголя – 26,6%;
7. курение – 26,2% (см. разделы).

Однако, данные ранги не отражают их влияние на здоровье и продолжительность жизни. Так, курение и пагубное употребление алкоголя, показывая наименьшую распространённость, обладают, предположительно, наибольшим влиянием на здоровье, качество и продолжительность жизни граждан.

Взаимосвязи факторов риска.

Обращаем внимание, что в данном разделе проводится серия из 28 попарных статистических тестов. При таком объеме множественных сравнений и большой выборке (больших n) возрастает вероятность обнаружения ложноположительных эффектов, поэтому к пограничным результатам (где p близко к 0,05) следует относиться как к статистическим тенденциям, требующим дальнейшей качественной верификации.

Отношение шансов (OR) и коэффициент ϕ рассчитываются по одной и той же таблице сопряженности, на одной и той же выборке, и характеризуют одну и ту же связь между двумя признаками — это не два «уровня» риска (индивидуальный и популяционный), а две статистические меры одного и того же явления. Поэтому расхождение между высоким OR и низким ϕ не говорит о «сильном индивидуальном предикторе, слабо заметном на уровне популяции» — это известный статистический эффект: OR систематически завышает силу связи по сравнению с относительным риском (RR), когда изучаемый исход или один из признаков распространен в выборке (примерно от 10% и выше), и чем более неравномерно распределены доли в таблице, тем сильнее OR отрывается от ϕ и от интуитивного «во сколько раз чаще встречается». Слабое значение ϕ означает, что связь объясняет незначительную часть общей вариации и не может считаться практически значимой — даже при высоком OR и статистически значимом p -value. В связи с этим высокий OR при слабом ϕ в дальнейшем тексте раздела трактуется не как признак «сильного предиктора» или особой клинической значимости фактора, а как повод для более осторожной формулировки: связь статистически обнаруживается, но её практический вес невелик.

1. В ходе анализа была изучена связь **между курением и индексом массы тела (ИМТ)**.

Двухмерный статистический анализ продемонстрировал полное отсутствие связи между курением и массой тела респондентов. Распространённость избыточного веса в группе курящих составила 59,93%, в группе некурящих — 59,08%. Применение критерия Хи-квадрат Пирсона констатирует статистическую недостоверность минимальной разницы долей ($\chi^2 = 0,59$, $df = 1$, $p = 0,4417$). Сила связи фактически равна нулю ($\phi = 0,008$). Эпидемиологические показатели рисков и их доверительные интервалы включают единицу (RR = 1,01, 95% CI: 0,96–1,07; OR = 1,04, 95% CI: 0,95–1,13), что математически подтверждает отсутствие ассоциации.

Полученный результат демонстрирует, что в исследуемой популяции метаболические механизмы регуляции массы тела и никотиновая зависимость развиваются как независимые друг от друга процессы. Бытовой стереотип о том, что курение способствует «сохранению стройности» или снижению массы тела, не находит подтверждения на больших массивах сырых данных. Избыточный вес в равной степени распространён среди всех слоёв населения независимо от их отношения к табакокурению.

Профилактика избыточного веса (нутрициологические интервенции, физическая культура) и антитабачные кампании должны развиваться как изолированные, самостоятельные направления здравоохранения, поскольку отказ от курения сам по себе не несёт автоматических рисков изменения ИМТ на популяционном уровне.

2. В ходе статистического анализа была изучена взаимосвязь **между курением и уровнем физической активности (ФА)**. Среди курящих респондентов доля лиц с низкой физической активностью оказалась выше и составила 56,2% против 53,1% в группе некурящих.

Применение критерия Хи-квадрат Пирсона ($\chi^2 = 7,51$, ($df = 1$), ($p = 0,0061$)) и точного критерия Фишера ($p = 0,0060$) показало, что выявленные различия статистически значимы ($p < 0,01$).

Рассчитанные коэффициенты сопряженности ($\phi = V = C = 0,027$) указывают на очень слабую силу связи, несмотря на её высокую значимость. Отношение шансов составило (OR =

1,13) (95% CI: 1,04–1,24), а относительный риск — (RR = 1,06). Это свидетельствует о том, что у курящих людей шанс столкнуться с дефицитом ФА на 13% выше, чем у некурящих.

Крайне малая величина коэффициентов связи ($\approx 0,03$) и близость (OR) к единице говорят о том, что курение является далеко не главным предиктором низкой физической активности. Поведение людей в отношении спорта и курения определяется более широким спектром социально-демографических факторов (возраст, уровень дохода, профессия, доступность инфраструктуры).

В профилактических медицинских программах целесообразно использовать интегрированный подход: не просто мотивировать пациентов к отказу от табака, но и одновременно вовлекать их в программы повышения физической активности.

3. В ходе статистического анализа была изучена связь между **курением и наличием повышенного артериального давления (АД)**.

Частота встречаемости повышенного АД в группе курящих респондентов составила 38,19%, в то время как среди некурящих данный показатель оказался выше — 42,12%.

Критерий Хи-квадрат Пирсона продемонстрировал высокую статистическую значимость полученных различий $\chi^2 = 12,60$, $df = 1$, $p = 0,0004$. Связь является полностью достоверной.

Относительный риск составил RR = 0,91 (95% CI: 0,86–0,96), а отношение шансов — OR = 0,85 (95% CI: 0,78–0,93). Значения показателей строго меньше единицы ($< 1,0$), что указывает на обратную ассоциацию между курением и повышенным АД в данной выборке. При этом сила связи классифицируется как очень слабая ($\phi = 0,035$).

Полученный результат (более низкая частота гипертензии среди курильщиков) представляет собой известный в эпидемиологии феномен, не отражающий реальный биологический защитный эффект никотина. Данная инверсия рисков обусловлена методологическими особенностями и скрытыми факторами:

Систематическая ошибка отбора: пациенты с декомпенсированной или тяжёлой формой гипертонии и сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями часто вынужденно бросают курить по настоянию врачей, автоматически переходя в группу «Не курит» и повышая в ней долю больных людей.

Возрастное смешивание факторов: курящая часть выборки в подобных срезах часто оказывается значимо моложе некурящей (пожилые люди чаще бросают курить или не начинают в силу возраста). Поскольку возраст — главный фактор риска повышения АД, группа некурящих демонстрирует более высокие показатели заболеваемости.

Краткосрочные гемодинамические эффекты: никотин вызывает острый спазм сосудов и кратковременный подъем АД сразу после выкуривания, однако при хроническом потреблении табака у части молодых субъектов может наблюдаться системное снижение общего периферического сопротивления сосудов, маскирующее истинную картину поражения сердечно-сосудистой системы.

Выявленная обратная связь носит формальный статистический характер и требует обязательной стандартизации по возрасту и полу, а также учёта стажа курения в последующих многофакторных моделях. Данные результаты не могут интерпретироваться как аргумент в пользу безопасности табакокурения для стенок сосудов и общего кардиометаболического здоровья.

4. В ходе статистического анализа была изучена связь между **курением и наличием повышенного уровня холестерина в крови**.

Частота встречаемости повышенного уровня холестерина в группе курящих респондентов составила 32,25%, тогда как среди некурящих данный показатель оказался заметно выше — 39,14%. Разница долей составила 6,89%.

Применение критерия Хи-квадрат Пирсона продемонстрировало высочайшую степень статистической достоверности полученных различий ($\chi^2 = 39,81$, $df = 1$, $p = 2,79 \times 10^{-10}$). Нулевая гипотеза об отсутствии связи полностью опровергнута.

Относительный риск составил RR = 0,82 (95% CI: 0,77–0,88), а отношение шансов — OR = 0,74 (95% CI: 0,68–0,81). На данной выборке курение демонстрирует обратную связь с

гиперхолестеринемией: шанс обнаружить повышенный холестерин у курильщиков на 26% ниже. Сила связи оценивается как очень слабая ($\phi = 0,062$).

Выявленный феномен (более благоприятный липидный профиль у курящих) носит ложный характер и обусловлен классическими для одномоментных исследований методологическими искажениями:

Возрастное смешивание факторов: нарушения липидного обмена и накопление холестерина напрямую связаны с процессами старения. Курящая часть популяции традиционно смещена в сторону более молодого возраста, в то время как некурящая группа включает больше пожилых людей, что и создаёт иллюзию «защитного» эффекта курения.

Лица, получившие медицинские рекомендации в связи с высоким уровнем холестерина и угрозой атеросклероза, склонны отказываться от табакокурения. В результате они переходят в когорту некурящих, искусственно завышая в ней долю лиц с изменённым биохимическим профилем.

Обнаруженная высокосвязная, но содержательно инвертированная связь указывает на необходимость обязательного проведения многофакторного анализа (например, логистической регрессии) с принудительным контролем переменной возраста, чтобы очистить показатель влияния курения на метаболизм липидов от сторонних искажений.

5. Одномоментный анализ взаимосвязи **между курением и уровнем потребления овощей и фруктов** показал отсутствие значимых различий между группами. Частота дефицита овощей/фруктов среди курящих составила 87,18%, среди некурящих — 85,82%.

Применение критерия Хи-квадрат, $\chi^2 = 3,04$, $p = 0,0814$, подтверждает, что данная связь находится за пределами статистической достоверности. Показатели риска $RR = 1,02$, (95% CI: 0,99–1,03); $OR = 1,12$, (95% CI: 0,98–1,28) включают единицу в свои доверительные интервалы, что указывает на отсутствие доказанного эпидемиологического влияния фактора курения на культуру потребления О/Ф в данной популяции. Поведение в отношении диеты одинаково дефицитно в обеих группах.

6. В ходе анализа была изучена связь **между курением и избыточным потреблением соли**.

Выявлена статистически высокосвязная связь между факторами $\chi^2 = 184,82$, $df = 1$, $p = 4,37 \cdot 10^{-42}$, $\phi = 0,135$. Доля лиц, злоупотребляющих солью, в группе курящих составила 44,66%, что значительно превышает показатель группы некурящих — 30,45%.

Показатели риска подтверждают прямую ассоциацию: $RR = 1,47$ (95% CI: 1,39–1,55), $OR = 1,83$ (95% CI: 1,68–2,01). Сила связи классифицируется как слабая.

Полученные данные наглядно иллюстрируют классический концепт комбинации поведенческих факторов риска. В отличие от биохимических маркеров (АД, холестерин), подверженных возрастным искажениям в одномоментных исследованиях, поведенческий паттерн «курение + соль» отражает реальные особенности образа жизни.

Никотиновая зависимость связана со снижением чувствительности вкусовых рецепторов языка, что вынуждает курящих людей сильнее солить пищу для достижения привычного вкуса.

Сочетание курения и избытка натрия в рационе по данным литературы ассоциировано с повышенным риском развития эссенциальной артериальной гипертензии и сосудистых катастроф. Данный факт необходимо учитывать при разработке комплексных мер первичной профилактики.

7. В ходе анализа была изучена связь **между курением и пагубным потреблением алкоголя**.

Выявлена прямая, статистически достоверная связь средней силы между факторами ($\chi^2 = 589,76$, $df = 1$, $p = 2,49 \times 10^{-130}$, $\phi = 0,240$). Распространённость избыточного потребления алкоголя среди курящих составила 44,33%, что кардинально превышает показатель группы некурящих — 20,38%. Показатели эпидемиологического риска демонстрируют мощную прямую ассоциацию: $RR = 2,18$ (95% CI: 2,04–2,32), $OR = 3,12$ (95% CI: 2,84–3,42).

Полученные результаты отражают классический паттерн сочетанных зависимостей (ко-зависимостей) в общественном здравоохранении. Курение и пагубное потребление алкоголя — это наиболее устойчивый и деструктивный поведенческий кластер.

Показатель $OR = 3,12$ делает алкоголизацию сильнейшим сопутствующим поведенческим фактором курения в исследуемой популяции. Комбинация данных факторов наносит колоссальный сочетанный удар по сердечно-сосудистой системе, печени и онкологическому прогнозу пациентов. Одновекторная борьба только с курением или только с алкоголем в этой группе малоэффективна — необходимы комплексные программы преодоления зависимостей.

8. В ходе анализа была изучена связь между пагубным потреблением алкоголя и индексом массы тела (ИМТ).

Выявлена прямая, статистически высокозначимая связь между факторами ($\chi^2 = 65,86$, $df = 1$, $p = 4,84 \times 10^{-16}$). Доля лиц, злоупотребляющих алкоголем, в группе с избыточным весом составила 29,57%, что достоверно превышает аналогичный показатель в группе с нормальным ИМТ — 22,38%.

Сила связи является очень слабой ($\phi = 0,080$). Показатели риска подтверждают прямую ассоциацию: $RR = 1,32$ (95% CI: 1,23–1,42), $OR = 1,46$ (95% CI: 1,33–1,60).

Полученные данные отражают сложную метаболическую и поведенческую взаимосвязь. С одной стороны, алкогольные напитки обладают высокой энергетической ценностью («пустые калории») и растормаживают аппетит, что напрямую способствует избыточному поступлению калорий и росту ИМТ. С другой стороны, пагубное потребление алкоголя часто сочетается с нерациональным питанием и малоподвижным образом жизни, что усиливает метаболические риски.

Сочетание избыточной массы тела и пагубного потребления алкоголя формирует серьезный отягощающий профиль для здоровья печени (синергизм неалкогольной и алкогольной жировой болезни печени) и сердечно-сосудистой системы. В терапевтической практике коррекция веса у таких пациентов должна обязательно сопровождаться скринингом на употребление алкоголя и мотивационным консультированием.

9. В ходе анализа была изучена связь между пагубным потреблением алкоголя и уровнем физической активности (ФА).

Статистический анализ продемонстрировал полное отсутствие связи между уровнем физической активности и характером употребления алкоголя. Частота встречаемости пагубного потребления алкоголя в группе «ФА мало» составила 26,60%, а в группе «ФА норма» — 26,69%.

Применение критерия Хи-квадрат Пирсона подтвердило статистическую незначимость минимальных различий ($\chi^2 = 0,01$, $df = 1$, $p = 0,9157$). Коэффициент сопряженности стремится к нулю ($\phi = 0,001$). Эпидемиологические показатели рисков и их доверительные интервалы пересекают единицу ($RR = 1,00$, 95% CI: 0,93–1,06; $OR = 1,00$, 95% CI: 0,91–1,09), что констатирует отсутствие взаимосвязи.

Полученный результат демонстрирует, что в исследуемой популяции паттерны физической культуры и употребления спиртных напитков развиваются независимо друг от друга. Наличие регулярной физической активности, вопреки некоторым социальным ожиданиям, не выступает автоматическим барьером для пагубного потребления алкоголя. Профилактические мероприятия по борьбе с алкоголизацией и по внедрению здорового образа жизни (ЗОЖ) требуют изолированных целевых подходов, так как пропаганда спорта сама по себе не гарантирует снижения объемов потребления алкоголя населением.

10. В ходе анализа была изучена связь между пагубным потреблением алкоголя и наличием риска повышенного артериального давления (АД).

Двухмерный статистический анализ показал отсутствие значимой связи между уровнем артериального давления и характером употребления алкоголя респондентами. Частота пагубного потребления алкоголя в группе лиц с гипертензией составила 27,02%, а в группе с нормальным давлением — 26,38%.

Применение критерия Хи-квадрат Пирсона констатирует статистическую недостоверность различий ($\chi^2 = 0,50$, $df = 1$, $p = 0,4779$). Сила связи фактически равна нулю ($\phi = 0,007$). Эпидемиологические показатели рисков включают единицу в свои доверительные интервалы ($RR = 1,02$, 95% CI: 0,96–1,09; $OR = 1,03$, 95% CI: 0,95–1,13), что математически подтверждает отсутствие ассоциации.

Отсутствие прямой связи между алкоголизацией и повышенным АД в сырых данных противоречит фундаментальным клиническим знаниям (этанол является мощным триггером гипертензии). Данная статистическая аномалия объясняется методологическими искажениями одномоментного исследования.

Возможным объяснением, требующим отдельной проверки, является то, что больные с установленной и тяжело протекающей артериальной гипертензией вынуждены резко снижать объемы или полностью прекращать употребление алкоголя из-за ухудшения самочувствия или несовместимости с гипотензивными лекарствами. Это искусственно уменьшает долю лиц с кодом «Пагубное потребление алкоголя» в группе «Риск повышенного АД».

Гипертензия аккумулируется в старших возрастных когортах, где паттерны бурного, пагубного потребления алкоголя обычно снижаются по сравнению со здоровой молодежью, что маскирует истинный токсический эффект этанола на сосудистую стенку.

Выявленное отсутствие связи иллюстрирует феномен маскировки реальных патофизиологических рисков в простых двухмерных таблицах. Данный результат диктует необходимость перехода к многофакторному регрессионному анализу с обязательным контролем возраста, пола и факта приема медикаментов.

11. В ходе анализа была изучена связь между пагубным потреблением алкоголя и повышенным уровнем холестерина в крови.

Двухмерный статистический анализ продемонстрировал полное отсутствие связи между уровнем общего холестерина и характером употребления алкоголя. Частота пагубного потребления алкоголя в группе «Есть риск высокого холестерина» составила 26,67%, а в группе «Отсутствие риска высокого холестерина» — 26,63%.

Применение критерия Хи-квадрат Пирсона констатирует статистическую недостоверность минимальной разницы ($\chi^2 = 0,00$, $df = 1$, $p = 0,9698$). Сила связи фактически равна нулю ($\phi = 0,0004$). Эпидемиологические показатели рисков и их доверительные интервалы включают единицу ($RR = 1,00$, 95% CI: 0,94–1,07; $OR = 1,00$, 95% CI: 0,92–1,10), что математически подтверждает отсутствие ассоциации.

Отсутствие ассоциации между общим холестерином и алкоголизацией в «сырых» данных часто маскирует реальные патофизиологические процессы. В клинической медицине известно, что хроническое избыточное потребление этанола значительно влияет на липидный спектр (особенно на фракцию триглицеридов и липопротеинов высокой плотности). Однако, в рамках изолированного анализа общего холестерина в одномоментном исследовании связь отсутствует из-за возрастных сдвигов.

Возможное объяснение, требующее проверки - повышенный холестерин ассоциирован со средним и старшим возрастом, где интенсивность пагубного потребления алкоголя статистически падает по сравнению со здоровой молодежью.

Также, пациенты, у которых выявляется гиперхолестеринемия и сопутствующий высокий кардиометаболический риск, часто снижают объемы потребления алкоголя по рекомендации врачей (эффект обратной причинности), переходя из категории высокого риска.

Выявленная независимость признаков указывает на методологические ограничения простых таблиц сопряженности. Для получения объективных данных о влиянии алкоголя на липидный профиль требуется многофакторный анализ с поправкой на возраст и пол, а также отдельный анализ подфракций липидов (ЛПНП, ЛПВП, триглицериды), а не только общего холестерина.

12. В ходе анализа была изучена связь между пагубным потреблением алкоголя и уровнем потребления овощей и фруктов.

Выявлена прямая, статистически достоверная связь между дефицитом растительной пищи в рационе и алкоголизацией ($\chi^2 = 6,76$, $df = 1$, $p = 0,0093$). Доля лиц, злоупотребляющих алкоголем, среди респондентов с нехваткой О/Ф составила 27,09%, что значительно выше показателя в группе с достаточным уровнем О/Ф — 23,83%. Сила данной связи оценивается как очень слабая ($\phi = 0,026$). Эпидемиологические показатели рисков подтверждают прямую ассоциацию, так как их доверительные интервалы не включают единицу: $RR = 1,14$ (95% CI: 1,03–1,25), $OR = 1,19$ (95% CI: 1,04–1,35).

Обнаруженная ассоциация подтверждает гипотезу о сопряжённости поведенческих факторов риска, формирующих общий нездоровый образ жизни. Пагубное потребление алкоголя зачастую сопровождается пренебрежением принципами рационального питания, снижением качества диеты и выраженным дефицитом нутриентов, включая пищевые волокна и витамины из свежих овощей и фруктов.

Однако крайне малая величина коэффициента ϕ (0,026) говорит о том, что пищевое поведение и употребление алкоголя — это многофакторные процессы, которые лишь частично перекрывают друг друга в популяции. В профилактических медицинских программах целесообразно использовать комплексный подход, сочетающий диетологическое консультирование с мерами по снижению алкогольной нагрузки.

13. В ходе анализа была изучена связь между пагубным потреблением алкоголя и характером потребления соли.

Выявлена прямая, статистически высокодостоверная связь между изучаемыми паттернами поведения ($\chi^2 = 126,82$, $p = 2,03 \cdot 10^{-29}$). Доля лиц, злоупотребляющих алкоголем, среди респондентов с избытком натрия в диете составила 33,48%, что существенно выше показателя в группе с нормальным потреблением соли — 23,10%. Сила связи классифицируется как слабая ($\phi = 0,111$). Показатели эпидемиологического риска демонстрируют устойчивую прямую ассоциацию: $RR = 1,45$ (95% CI: 1,36–1,55), $OR = 1,68$ (95% CI: 1,53–1,83).

Выявленная связь отражает хорошо известный в нутрициологии феномен взаимного отягощения пищевых привычек. Избыточное потребление соли (солёные закуски, полуфабрикаты, фастфуд) выступает мощным физиологическим триггером жажды, которая в определённых социальных группах часто утоляется алкогольными напитками (например, пивом). Кроме того, и этанол, и избыток натрия притупляют чувствительность вкусовых рецепторов, формируя устойчивый поведенческий паттерн нерационального питания и аддиктивного поведения.

Сочетание избытка соли и пагубного потребления алкоголя наносит мощнейший перекрёстный удар по сосудистой системе и почкам. Данный поведенческий комплекс ассоциировано с повышенным риском развития резистентной к терапии артериальной гипертензии. Профилактические мероприятия должны быть комплексными и включать не только ограничение спиртного, но и жесткий контроль потребления натрия.

14. В ходе анализа была изучена связь между характером потребления соли и индексом массы тела (ИМТ).

Выявлена прямая, статистически высокосignимая связь между повышенным ИМТ и избыточным потреблением соли ($\chi^2 = 26,90$, $df = 1$, $p = 2,14 \cdot 10^{-7}$). Доля лиц, злоупотребляющих солью, в группе с избыточным весом составила 36,19%, что достоверно превышает аналогичный показатель в группе с нормальным ИМТ — 31,22%. Сила связи оценивается как очень слабая ($\phi = 0,051$). Показатели эпидемиологического риска подтверждают прямую ассоциацию: $RR = 1,16$ (95% CI: 1,10–1,23), $OR = 1,25$ (95% CI: 1,15–1,36).

Выявленная ассоциация имеет двустороннюю поведенческую и метаболическую природу. С одной стороны, избыточное количество поваренной соли делает пищу более привлекательной, стимулируя переизбыток и приводя к профициту калорий. С другой стороны, рацион лиц с высоким ИМТ часто включает повышенную долю технологически

обработанных продуктов (фастфуд, мясные полуфабрикаты, соусы, снеки), которые исходно содержат избыточные концентрации скрытого натрия.

Сочетание высокого ИМТ и избыточного потребления соли формирует синергетический эффект, кратно увеличивающий риск развития эссенциальной артериальной гипертензии и метаболического синдрома. Ограничение потребления натрия (до 5 г/сутки) должно быть обязательным компонентом персонализированных программ по снижению веса и кардиопрофилактике.

15. В ходе анализа была изучена связь между характером потребления соли и уровнем физической активности (ФА).

Двухмерный статистический анализ продемонстрировал отсутствие значимой связи между физической культурой населения и уровнем потребления соли. Распространённость избыточного потребления соли в группе «недостаток ФА» составила 35,02%, в группе «ФА норма» — 33,19%.

Применение критерия Хи-квадрат Пирсона констатирует статистическую недостоверность полученной разницы долей ($\chi^2 = 3,78$, $df = 1$, $p = 0,0518$). Сила связи фактически стремится к нулю ($\phi = 0,019$). Эпидемиологические показатели рисков включают единицу в свои доверительные интервалы $RR = 1,06$ (95% CI: 0,99–1,11); $OR = 1,08$, (95% CI: 0,99–1,18), что математически подтверждает отсутствие ассоциации.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в исследуемой популяции паттерны двигательной активности и привычка досаливать пищу развиваются как независимые друг от друга процессы. Склонность к потреблению соленой пищи (фастфуд, полуфабрикаты, соусы) в равной степени распространена как среди физически пассивных граждан, так и среди людей, выполняющих норму по тренировкам. Пропаганда спорта и физической культуры сама по себе не способна автоматически скорректировать избыток натрия в рационе населения. Профилактика алиментарных рисков требует изолированных, узконаправленных диетологических интервенций и программ информирования о вреде соли.

16. В ходе анализа была изучена связь между характером потребления соли и наличием повышенного артериального давления.

Выявлена прямая, статистически значимая связь между избыточным потреблением соли и повышенным АД ($\chi^2 = 4,15$, $df = 1$, $p = 0,0416$). Доля лиц с гипертензией в группе «Повышенное потребление соли» составила 42,48%, что достоверно выше аналогичного показателя в группе с нормальным потреблением натрия — 40,37%. Сила связи оценивается как очень слабая ($\phi = 0,020$). Показатели эпидемиологического риска подтверждают прямую ассоциацию: $RR = 1,05$ (95% CI: 1,002–1,10), $OR = 1,09$ (95% CI: 1,004–1,18).

Полученная прямая связь полностью соответствует фундаментальным принципам патофизиологии (избыток натрия задерживает жидкость в русле, увеличивает объем циркулирующей крови и вызывает дисфункцию эндотелия сосудов). Однако, крайне малая сила связи ($\phi = 0,020$) и близость рисков к единице указывают на выраженный эффект обратной причинности и терапевтического вмешательства в одномоментных исследованиях.

Пациенты с установленной артериальной гипертензией часто получают жесткие медицинские рекомендации по ограничению соли или принимают диуретики. Это приводит к тому, что люди с высоким АД искусственно «переходят» на диету с нормой соли, сильно затушевывая реальный разрушительный эффект натрия на сырых статистических данных.

Несмотря на малую силу связи в двухмерной модели из-за скрытых медицинских факторов, избыток соли ассоциирован с кардиоваскулярными рисками. Результаты подтверждают необходимость жесткого контроля натрия (до 5 г поваренной соли в сутки) в рамках первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых катастроф.

17. В ходе анализа была изучена связь между характером потребления соли и наличием повышенного уровня холестерина.

Выявлена обратная, статистически значимая связь между избыточным потреблением соли и гиперхолестеринемией ($\chi^2 = 4,63$, $df = 1$, $p = 0,0315$). Доля лиц с повышенным холестерином в группе «Повышенное потребление соли» составила 35,89%, что достоверно

ниже показателя в группе «Соль норма» — 38,09%. Сила связи является очень слабой ($\phi = 0,021$). Показатели эпидемиологического риска подтверждают обратную ассоциацию: $RR = 0,94$ (95% CI: 0,89–0,99), $OR = 0,91$ (95% CI: 0,84–0,99).

Полученная статистическая инверсия рисков не отражает реальных биохимических механизмов (избыток натрия не снижает уровень холестерина). Данный феномен обусловлен классическими методологическими искажениями одномоментных (кросс-секционных) исследований:

Пациенты, у которых в ходе диспансеризации выявляется изменённый липидный профиль и высокий кардиометаболический риск, получают строгие инструкции по модификации образа жизни. Рационализация диеты часто включает одновременное ограничение как жиров, так и поваренной соли. В результате лица с повышенным холестерином искусственно смещаются в группу контроля («Соль норма»).

Гиперхолестеринемия аккумулируется в старших возрастных когортах, где люди в силу возраста и сопутствующих заболеваний более внимательно следят за рационом, ограничивая потребление соленой пищи, фастфуда и полуфабрикатов. В то же время более молодая часть выборки может злоупотреблять солью (снеки, фастфуд), не имея при этом возрастных нарушений липидного обмена.

Обнаруженное формальное «снижение риска» подчеркивает ограничения простых двухмерных статистических моделей. Для получения объективной картины влияния алиментарных привычек на липидный спектр необходимо проведение многофакторного анализа (например, логистической регрессии) с принудительным контролем возраста респондентов и факта приёма ими гиполипидемической терапии.

18. В ходе анализа была изучена связь между характером потребления соли и уровнем потребления овощей и фруктов.

Выявлена прямая, статистически высокосignимая связь между избыточным потреблением соли и дефицитом растительной пищи в рационе ($\chi^2 = 19,25$, $df = 1$, $p = 1,15 \cdot 10^{-5}$). Доля лиц с нехваткой овощей/фруктов в группе «Повышенное потребление соли» составила 88,29%, что достоверно превышает аналогичный показатель в группе с нормальным потреблением натрия — 85,08%. Сила связи оценивается как очень слабая ($\phi = 0,043$). Показатели эпидемиологического риска подтверждают прямую ассоциацию: $RR = 1,04$ (95% CI: 1,02–1,06), $OR = 1,30$ (95% CI: 1,16–1,47).

Обнаруженная ассоциация подтверждает гипотезу о кластеризации поведенческих факторов риска. Люди, склонные к избыточному потреблению соли (за счёт частого включения в рацион фастфуда, полуфабрикатов и снеков), одновременно демонстрируют пренебрежение принципами здорового питания, что выражается в дефиците свежих овощей и фруктов.

Данные паттерны формируют единый тип нерационального пищевого поведения. Слабая сила связи ($\phi = 0,043$) указывает на то, что это независимые, хотя и частично перекрывающиеся компоненты диеты. В рамках первичной медицинской профилактики коррекция алиментарных рисков должна носить комплексный характер: недостаточно просто рекомендовать снижение уровня соли, необходимо одновременно стимулировать повышение доли растительной клетчатки в ежедневном меню.

19. В ходе анализа была изучена связь между характером потребления овощей и фруктов и индексом массы тела (ИМТ).

Двухмерный статистический анализ продемонстрировал отсутствие значимой связи между массой тела и уровнем потребления растительной клетчатки респондентами. Распространённость дефицита овощей и фруктов в группе с избыточным весом составила 85,70%, а в группе с нормальным ИМТ — 86,87%.

Применение критерия Хи-квадрат Пирсона констатирует статистическую недостоверность полученной микроскопической разницы долей ($\chi^2 = 2,90$, $df = 1$, $p = 0,0884$). Сила связи фактически равна нулю ($\phi = 0,017$). Эпидемиологические показатели рисков включают единицу в свои доверительные интервалы $RR = 0,99$, (95% CI: 0,97–1,002); $OR = 0,91$, (95% CI: 0,81–1,02), что математически подтверждает отсутствие ассоциации.

Отсутствие статистической связи между дефицитом О/Ф и повышенным ИМТ объясняется тотально высокой распространённостью нерационального питания во всей исследуемой популяции (более 85% респондентов в обеих группах недополучают растительную пищу). Когда фактор риска является повсеместным («размытие фактора»), простые таблицы сопряжённости теряют чувствительность и не могут выявить его изолированный вклад в развитие ожирения.

Кроме того, люди с избыточным ИМТ могли сознательно начать корректировать рацион и увеличивать долю овощей/фруктов с целью снижения веса (эффект обратной причинности), что дополнительно сгладило различия с контрольной группой. Результаты указывают на необходимость проведения многофакторного анализа и разработки универсальных популяционных программ по повышению культуры здорового питания для всех слоёв населения, независимо от текущего веса.

20. В ходе анализа была изучена связь между характером потребления овощей и фруктов и уровнем физической активности (ФА).

Выявлена прямая, статистически высокосignимая связь между физической пассивностью и дефицитом растительной пищи в рационе ($\chi^2 = 82,90$, $df = 1$, $p = 8,59 \cdot 10^{-20}$). Доля лиц с нехваткой овощей/фруктов в группе «Недостаточная ФА» составила 89,06%, что существенно превышает аналогичный показатель в группе с нормальным уровнем ФА — 82,86%. Сила связи оценивается как очень слабая, близкая к слабой ($\phi = 0,090$). Показатели эпидемиологического риска подтверждают прямую ассоциацию, так как их доверительные интервалы не включают единицу: $RR = 1,07$ (95% CI: 1,06–1,09); $OR = 1,69$ (95% CI: 1,51–1,89).

Полученные результаты ярко иллюстрируют синергизм и кластеризацию поведенческих паттернов здорового образа жизни (ЗОЖ). Физическая культура и рациональное диетическое поведение практически всегда сопутствуют друг другу. Граждане, игнорирующие требования к двигательной активности, с высокой вероятностью пренебрегают и структурой своего питания, накапливая перекрёстные поведенческие риски.

Физическая пассивность - статистически значимый, но по величине скромный сопутствующий фактор для формирования дефицита растительной клетчатки в изучаемой популяции. Тем не менее, медицинским специалистам нецелесообразно разделять эти направления: мотивация к спорту должна происходить одновременно с диетологическим консультированием, поскольку обе здоровые привычки имеют единую поведенческую основу.

21. В ходе анализа была изучена связь между характером потребления овощей и фруктов (О/Ф) и наличием повышенного артериального давления (АД).

Двухмерный статистический анализ продемонстрировал отсутствие значимой связи между уровнем потребления растительной клетчатки и артериальным давлением респондентов. Распространённость повышенного АД в группе с дефицитом овощей/фруктов составила 40,85%, а в группе с нормальным О/Ф — 42,58%.

Применение критерия Хи-квадрат Пирсона констатирует статистическую недостоверность полученной микроскопической разницы долей ($\chi^2 = 1,50$, $df = 1$, $p = 0,2202$). Сила связи фактически равна нулю ($\phi = 0,012$). Эпидемиологические показатели рисков включают единицу в свои доверительные интервалы $RR = 0,96$, (95% CI: 0,90–1,03); $OR = 0,93$, (95% CI: 0,83–1,04), что математически подтверждает отсутствие ассоциации.

Отсутствие прямой ассоциации между дефицитом О/Ф и риском гипертензии в сырых данных противоречит базовым клиническим принципам (растительная клетчатка и калий снижают АД). Данная статистическая аномалия объясняется методологическими искажениями одномоментного исследования:

В изучаемой выборке наблюдается повсеместная высокая распространённость дефицита О/Ф (более 86% респондентов недополучают овощи и фрукты). В условиях, когда фактор риска присутствует почти у всех, двухмерный анализ теряет чувствительность и не может выявить его изолированный вклад.

Пациенты с установленной и тяжело протекающей артериальной гипертензией часто получают жесткие рекомендации кардиологов по модификации образа жизни. Переход на диеты (например, DASH-диету) заставляет людей с высоким АД сознательно увеличивать долю овощей и фруктов, что искусственно сглаживает различия с контрольной группой.

Выявленное отсутствие связи иллюстрирует феномен маскировки реальных патофизиологических рисков в простых двухмерных таблицах за счёт медицинских интервенций. Данный результат диктует необходимость перехода к многофакторному регрессионному анализу с обязательным контролем возраста респондентов и факта приёма ими гипотензивных препаратов.

22. В ходе анализа была изучена связь между характером потребления овощей и фруктов (О/Ф) и наличием повышенного уровня холестерина.

Выявлена обратная, статистически значимая связь между гиперхолестеринемией и дефицитом растительной пищи в рационе ($\chi^2 = 10,41$, $df = 1$, $p = 0,0012$). Доля лиц с нехваткой овощей/фруктов в группе «Риск высокого уровня холестерина» составила 84,74%, что достоверно ниже показателя в группе «Отсутствие риска высокого холестерина» — 87,03%. Сила связи является очень слабой ($\phi = 0,032$). Показатели эпидемиологического риска подтверждают обратную ассоциацию: $RR = 0,97$ (95% CI: 0,96–0,99), $OR = 0,83$ (95% CI: 0,74–0,93).

Полученная статистическая инверсия рисков противоречит базовым нутрициологическим принципам (растительная клетчатка помогает выводить холестерин). Этот феномен обусловлен методологическими искажениями одномоментного исследования.

Пациенты, узнав на диспансеризации о повышенном холестерине и угрозе развития атеросклероза, начинают осознанно корректировать рацион. Кардиологи и диетологи рекомендуют им увеличить потребление свежих овощей и фруктов для нормализации липидного спектра, что искусственно снижает долю лиц с нехваткой овощей и фруктов в группе «Риск высокого уровня холестерина».

В изучаемой популяции наблюдается повсеместная высокая распространённость дефицита овощей/фруктов (более 84% в обеих когортах). Когда нездоровое пищевое поведение характерно почти для всей выборки, двухмерный анализ теряет чувствительность.

Выявленное формальное «снижение риска» подчеркивает ограничения простых двухмерных статистических моделей. Для получения объективной картины влияния алиментарных привычек на липидный профиль необходимо проведение многофакторного анализа (например, логистической регрессии) с принудительным контролем возраста респондентов и факта приёма ими гиполипидемических препаратов (статинов).

23. В ходе анализа была изучена связь между наличием повышенного уровня общего холестерина в крови и индексом массы тела (ИМТ).

Выявлена прямая, статистически высокодостоверная связь между повышенным ИМТ и гиперхолестеринемией ($\chi^2 = 376,90$, $df = 1$, $p = 5,83 \cdot 10^{-84}$). Доля лиц с повышенным холестерином в группе с избыточным весом составила 45,09%, что кардинально превышает аналогичный показатель в группе с нормальным ИМТ — 26,05%. Сила связи оценивается как слабая, но устойчивая ($\phi = 0,192$). Показатели эпидемиологического риска подтверждают мощную прямую ассоциацию: $RR = 1,73$ (95% CI: 1,63–1,83), $OR = 2,33$ (95% CI: 2,14–2,53).

Полученные результаты полностью согласуются со знаниями о патофизиологии метаболического синдрома. Избыточное накопление жировой ткани (особенно висцеральной) напрямую связано с развитием системного воспаления низкой интенсивности, инсулинорезистентности и нарушением липидного обмена в печени. Профицит калорий приводит к усиленному синтезу липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) и триглицеридов, что отражается в виде значительного роста общего холестерина в крови у лиц с повышенным ИМТ.

Значение $OR = 2,33$ выдвигает избыточный вес в число сильнейших метаболических предикторов гиперхолестеринемии в исследуемой когорте. Данная связь имеет ассоциацию, поскольку вес и уровень холестерина изменяются параллельно в рамках общего патологического процесса, однако, она требует поправок на возраст/пол.

Наблюдение можно расценить как необходимость обязательного биохимического скрининга липидного профиля у всех пациентов с избыточной массой тела и ожирением. Коррекция веса посредством модификации питания и повышения физической активности должна выступать в качестве базисной терапии, так как снижение ИМТ является ключевым немедикаментозным фактором нормализации уровня холестерина и снижения общего кардиометаболического риска.

24. В ходе анализа была изучена связь между наличием повышенного уровня холестерина и уровнем физической активности (ФА).

Выявлена прямая, статистически высокозначимая связь между гиподинамией и повышенным холестерином ($\chi^2 = 52,90$, $df = 1$, $p = 3,51 \cdot 10^{-13}$). Доля лиц с гиперхолестеринемией в группе «Недостаток ФА» составила 40,56%, что достоверно превышает показатель группы контроля («ФА норма») — 33,63%. Сила связи является очень слабой ($\phi = 0,072$). Показатели эпидемиологического риска подтверждают устойчивую прямую ассоциацию: $RR = 1,21$ (95% CI: 1,14–1,27), $OR = 1,35$ (95% CI: 1,24–1,46).

Полученная прямая связь полностью согласуется с фундаментальными принципами биохимии и спортивной медицины. Регулярная физическая активность активирует фермент липопротеинлипазу, ускоряет катаболизм липидов и способствует снижению уровня атерогенных фракций в крови (в частности, липопротеинов низкой плотности).

Напротив, дефицит движения (гиподинамия) замедляет метаболизм, снижает чувствительность тканей к инсулину и создаёт предпосылки для накопления избыточного холестерина.

Хотя сила изолированной связи оценивается как слабая ($\phi = 0,072$) из-за сильного влияния других факторов (диета, генетика, возраст), показатель $OR = 1,35$ указывает на значимый вклад физической пассивности в ухудшение липидного профиля исследуемой популяции.

Результаты подтверждают необходимость использования регулярных аэробных физических нагрузок в качестве обязательного базисного элемента первичной немедикаментозной профилактики и лечения дислипидемий. Программы коррекции уровня холестерина должны сочетать контроль питания с обязательным вовлечением пациентов в программы повышения двигательной активности.

25. В ходе анализа была изучена связь между повышенным уровнем общего холестерина в крови и наличием повышенного артериального давления (АД).

Выявлена прямая, статистически достоверная связь средней силы между артериальной гипертензией и гиперхолестеринемией ($\chi^2 = 1350,92$, $df = 1$, $p = 1,02 \cdot 10^{-295}$, $\phi = 0,364$). Доля лиц с повышенным холестерином в группе «Риск высокого АД» составила 58,43%, что кардинально превышает аналогичный показатель в группе контроля («Отсутствует риск высокого АД») — 22,63%. Показатели эпидемиологического риска демонстрируют мощную ассоциацию: $RR = 2,58$ (95% CI: 2,45–2,72), $OR = 4,81$ (95% CI: 4,41–5,24).

Полученные результаты отражают классический патофизиологический концепт коморбидности и метаболического синдрома. Высокое артериальное давление и гиперхолестеринемия — это два фундаментальных и взаимоусиливающих фактора кардиоваскулярного риска, развивающихся параллельно. Атеросклеротическое поражение сосудов, вызванное избытком холестерина, приводит к потере эластичности артериальной стенки, увеличению общего периферического сопротивления сосудов и, как следствие, к стойкому росту АД. С другой стороны, высокое гидродинамическое давление повреждает эндотелий сосудов, облегчая проникновение и отложение липидов в сосудистую стенку.

Показатель $OR = 4,81$ делает артериальную гипертензию самым мощным индикатором нарушений липидного обмена в исследуемой популяции.

Выявленный мощный синергизм требует от практикующих врачей обязательного проведения параллельного скрининга: у любого пациента с выявленной гипертензией должен быть развернуто исследован липидный профиль, и наоборот. В терапевтической практике лечение должно быть комплексным (одновременный контроль АД и уровня

холестерина), поскольку коррекция только одного из этих параметров ассоциирована с неспособностью радикально снизить риск развития инфаркта миокарда или инсульта.

26. В ходе анализа была изучена связь между наличием повышенного артериального давления и индексом массы тела (ИМТ).

Выявлена прямая, статистически высокозначимая связь средней силы между повышенным ИМТ и артериальной гипертензией ($\chi^2 = 965,30$, $df = 1$, $p = 1,25 \cdot 10^{-211}$, $\phi = 0,308$). Доля лиц с повышенным АД в группе с избыточным весом составила 53,61%, что кардинально превышает аналогичный показатель в группе с нормальным ИМТ — 22,85%. Показатели эпидемиологического риска подтверждают мощную прямую ассоциацию: $RR = 2,35$ (95% CI: 2,21–2,49), $OR = 3,90$ (95% CI: 3,58–4,25).

Полученные результаты фундаментально обоснованы с точки зрения патофизиологии. Рост жировой ткани (особенно висцеральной) активирует ренин-ангиотензин-альдостероновую (РААС) и симпатическую нервную систему. Это ведёт к задержке натрия, увеличению объёма циркулирующей крови, спазму сосудов и повышению общего периферического сопротивления. Кроме того, избыточный вес напрямую провоцирует механическое сдавление почек жировой капсулой и системную инсулинорезистентность, что в совокупности ассоциирует высокий ИМТ с развитием эссенциальной гипертензии.

Значение $OR = 3,90$ выводит избыточную массу тела на позицию одного из сильнейших физиологических предикторов кардиоваскулярной патологии в исследуемой когорте.

Выявленный синергизм требует обязательного контроля артериального давления у всех пациентов с избыточным весом и ожирением. Коррекция ИМТ с помощью модификации образа жизни должна быть обязательным и первоочередным шагом: снижение массы тела приводит к системному снижению цифр АД, потенцирует эффект гипотензивной терапии и снижает риск сосудистых катастроф.

27. В ходе анализа была изучена связь между наличием повышенного артериального давления (АД) и уровнем физической активности (ФА).

Выявлена прямая, статистически высокозначимая связь между гиподинамией и артериальной гипертензией ($\chi^2 = 121,50$, $df = 1$, $p = 2,96 \cdot 10^{-28}$, $\phi = 0,109$). Доля лиц с повышенным АД в группе «Недостаток ФА» составила 46,10%, что достоверно превышает показатель группы контроля («ФА норма») — 35,34%. Показатели эпидемиологического риска подтверждают устойчивую прямую ассоциацию: $RR = 1,30$ (95% CI: 1,24–1,37), $OR = 1,56$ (95% CI: 1,44–1,70).

Полученные результаты фундаментально обоснованы с точки зрения кардиологии и физиологии. Регулярная физическая активность способствует выработке оксида азота эндотелием сосудов, что снижает общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС) и тренирует сердечно-сосудистую систему. Напротив, малоподвижный образ жизни (гиподинамия) приводит к дисфункции эндотелия, повышению тонуса симпатической нервной системы и постепенному формированию стойкой артериальной гипертензии.

Показатель $OR = 1,56$ указывает на значимый и весомый вклад физической пассивности в структуру кардиоваскулярной заболеваемости исследуемой популяции. Эта связь стабильна и сильнее связи многих других сочетанных факторов образа жизни.

Результаты подтверждают статус физической активности как одного из важнейших модифицируемых факторов контроля давления. Внедрение регулярных аэробных тренировок должно быть первоочередным шагом немедикаментозной терапии гипертензии, так как повышение уровня ФА позволяет значимо снизить цифры АД и потенцировать терапевтический эффект лекарственных препаратов.

28. В ходе анализа была изучена связь между индексом массы тела (ИМТ) и уровнем физической активности.

Выявлена прямая, статистически высокозначимая связь между повышенным ИМТ и дефицитом двигательной активности ($\chi^2 = 101,90$, $df = 1$, $p = 5,81 \cdot 10^{-24}$, $\phi = 0,100$). Доля лиц с нехваткой ФА в группе с избыточным весом составила 57,61%, что существенно превышает аналогичный показатель в группе с нормальным ИМТ — 47,47%. Показатели

эпидемиологического риска подтверждают прямую ассоциацию: $RR = 1,21$ (95% CI: 1,16–1,27), $OR = 1,50$ (95% CI: 1,39–1,63).

Полученная взаимосвязь носит двусторонний циклический характер и отражает классический порочный круг гиподинамии и ожирения. С одной стороны, низкий уровень физической активности снижает суточный расход энергии, способствуя накоплению избыточной жировой ткани и росту ИМТ. С другой стороны, лицам с избыточной массой тела и ожирением физически тяжелее выполнять физические нагрузки из-за повышенной биомеханической нагрузки на суставы и кардиореспираторную систему, что ведёт к усугублению гиподинамии.

Показатель $OR = 1,50$ демонстрирует устойчивое сопряжение антропометрических и поведенческих факторов. Данная связь вносит весомый вклад в общую структуру метаболического синдрома в исследуемой популяции.

Выявленный синергизм требует интегрального подхода к ведению пациентов. Программы снижения веса должны обязательно включать персонализированный план постепенного повышения физической активности. Мотивация к двигательным нагрузкам у лиц с высоким ИМТ должна сопровождаться контролем со стороны врача по лечебной физкультуре (ЛФК), чтобы разорвать порочный круг физической пассивности и метаболических нарушений.

Выводы раздела.

Выполненное статистическое исследование на репрезентативной выборке ($n = 10212$) позволило выявить ключевые закономерности распределения и синергизма факторов риска хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ). Весь массив данных чётко разделяется на три патогенетических кластера.

1. Кластер истинных метаболических связей (ядро коморбидности).

Наиболее мощными, содержательными и биологически обусловленными в работе оказались чистые метаболические оси. Взаимосвязь артериальной гипертензии и гиперхолестеринемии, а также высокого ИМТ и гипертензии формируют классический патофизиологический базис метаболического синдрома. Данные связи стабильны, симметричны и отражают объективные, параллельно развивающиеся процессы сосудистого поражения и дисфункции органов-мишеней, прогрессирующие с возрастом.

2. Кластер сочетанных поведенческих зависимостей.

Поведенческие факторы демонстрируют отчётливое взаимное отягощение. Ведущим поведенческим узлом в популяции выступает связка «курение + пагубное потребление алкоголя». К этому же блоку примыкает паттерн «курение + соль» и связка «низкая физическая активность + дефицит овощей и фруктов».

Данные результаты подтверждают теорию группировки (кластеризации) вредных привычек: нездоровый образ жизни редко бывает изолированным, формируя устойчивые деструктивные поведенческие модели.

3. Методологические эффекты и статистические парадоксы.

Важнейшим результатом работы стало выявление ограничений простых двухмерных моделей сопряжённости, приведших к двум типам искажений в кросс-секционном анализе:

Ложная независимость признаков: Формальное отсутствие связи потребления алкоголя с рисками высокого АД и рисками повышенного холестерина в крови не означает их биологической автономности. Связи маскируются эффектом обратной причинности (тяжёлые пациенты бросают пить) и возрастным смешиванием (бурный алкогольный паттерн характерен для молодой части выборки, ещё не накопившей соматическую патологию).

Обнаруженная «защитная» роль курения при гипертензии и высоком холестерине является классической ошибкой отбора. Больные люди бросают курить по требованию врачей, переходя в группу «некурящих» и искусственно завышая в ней долю патологий.

Однако, необходимо отметить, что выводы данной работы должны быть подтверждены дополнительными строго научными многофакторными исследованиями.

Статус связи между факторами риска ХНИЗ

Табл.80.

№	Пары исследуемых факторов риска	Итоговый статус связи в исследовании	Критерий (χ^2)*	Значимость (p-value)	Отношение шансов (OR)	95% Доверительный интервал (CI)	Сила связи (ϕ)
1	АД (выс.) / Холестерин (выс.)	Прямая (умеренная, сильная)	1350,92	< 0,001	4,81	[4,41; 5,24]	0,364
2	ИМТ (выс.) / АД (выс.)	Прямая (умеренная связь)	965,3	< 0,001	3,9	[3,58; 4,25]	0,308
3	Курение (+) / Алкоголь (много)	Прямая сочетанная зависимость	589,76	< 0,001	3,12	[2,84; 3,42]	0,24
4	ИМТ (выс.) / Холестерин (выс.)	Прямая метаболическая связь	376,9	< 0,001	2,33	[2,14; 2,53]	0,192
5	Курение (+) / Соль (много)	Прямой поведенческий паттерн	184,82	< 0,001	1,83	[1,68; 2,01]	0,135
6	Алкоголь (много) / Соль (много)	Прямой алиментарный триггер	126,82	< 0,001	1,68	[1,53; 1,83]	0,111
7	ФА (мало) / АД (выс.)	Прямая связь (устойчивая)	121,5	< 0,001	1,56	[1,44; 1,70]	0,109
8	ИМТ (выс.) / ФА (мало)	Прямая связь (порочный круг)	101,9	< 0,001	1,5	[1,39; 1,63]	0,1
9	ФА (мало) / Овощи/Фрукты (мало)	Прямая (кластеризация ЗОЖ)	82,9	< 0,001	1,69	[1,51; 1,89]	0,09
10	Алкоголь (много) / ИМТ (выс.)	Прямая (метаболическая)	65,86	< 0,001	1,46	[1,33; 1,60]	0,08
11	ФА (мало) / Холестерин (выс.)	Прямая (биохимическая)	52,9	< 0,001	1,35	[1,24; 1,46]	0,072
12	ИМТ (выс.) / Соль (много)	Прямая связь (очень слабая)	26,90	< 0,001	1,25	[1,15; 1,36]	0,051
13	Соль (много) / Холестерин (выс.)	Обратная инверсия (искажение)	4,63	0,0315	0,91	[0,84; 0,99]	0,021
14	Соль (много) / АД (выс.)	Прямая связь (очень слабая)	4,15	0,0416	1,09	[1,04; 1,18]	0,020
15	Курение (+) / Холестерин (выс.)	Обратная связь (парадокс/искажение)	39,81	< 0,001	0,74	[0,68; 0,81]	0,062
16	Курение (+) / АД (выс.)	«Парадокс курильщика» (искажение)	12,6	0,0004	0,85	[0,78; 0,93]	0,035*
17	Курение (+) / ФА (мало)	Прямая (очень слабая связь)	7,51	0,0061	1,13	[1,04; 1,24]	0,027
18	Алкоголь (много) / Овощи/Фрукты (мало)	Прямая (очень слабая связь)	6,76	0,0093	1,19	[1,04; 1,35]	0,026
19	Соль (много) / Овощи/Фрукты (мало)	Прямая (очень слабая связь)	19,25	< 0,001	1,3	[1,16; 1,47]	0,043
20	Курение (+) / ИМТ (выс.)	Связь отсутствует	0,56	0,455	1,04	[0,95; 1,13]	0
21	Алкоголь (много) / ФА (мало)	Связь отсутствует	0,01	0,9157	1	[0,91; 1,09]	0
22	Алкоголь (много) / АД (выс.)	Связь отсутствует (маскировка)	0,5	0,4779	1,03	[0,95; 1,13]	0
23	Алкоголь (много) / Холестерин (выс.)	Связь отсутствует (маскировка)	0	0,9698	1	[0,92; 1,10]	0
24	Курение (+) / Овощи/Фрукты (мало)	Связь отсутствует	3,04	0,0814	1,12	[0,98; 1,28]	0
25	ИМТ (выс.) / Овощи/Фрукты (мало)	Связь отсутствует	2,9	0,0884	0,91	[0,81; 1,02]	0
26	Соль (много) / ФА (мало)	Связь отсутствует	3,78	0,0518	1,08	[0,99; 1,18]	0
27	Овощи/Фрукты (мало) / АД (выс.)	Связь отсутствует (маскировка)	1,5	0,2202	0,93	[0,83; 1,04]	0
28	Овощи/Фрукты (мало) / Холестерин (выс.)	Обратная связь (парадокс/искажение)	10,41	0,0012	0,83	[0,74; 0,93]	0,032

*Примечание: Число степеней свободы для всех подтаблиц ($df = 1$).

Тем не менее, очевидно, что прямолинейный подход к изолированной борьбе с отдельными симптомами (только с курением или только с избыточным весом) признан малоэффективным. Высокая сопряжённость факторов требует перехода к мультидисциплинарным профилактическим мероприятиям. Пациенты с избыточным ИМТ и АД нуждаются в сочетанном биохимическом скрининге, а программы по отказу от курения должны терапевтически объединяться с коррекцией алиментарного поведения и алкогольной нагрузки.

Распространённость факторов риска в различных группах населения.

В рамках исследования был проведён сравнительный анализ распространённости факторов риска в основных группах населения, разделённых по возрасту, образованию, семейному положению, роду занятий и, в качестве эксперимента, района проживания в СПб.

В первую очередь объединим полученные данные по возрасту.

Доли респондентов с факторами риска в зависимости от возраста, %.

Табл.81.

Возраст	Фактор риска						
	О/Ф	ФА	ИМТ	АД	Соль	Курение	Алкоголь
18-34	88,3	54,9	41,2	17,3	35,8	35,3	27,7
35-54	86,0	63,0	59,2	34,1	36,4	29,4	33,4
55-74	82,7	67,7	73,1	66,7	30,9	17,1	19,7
75+	89,7	78,6	66,9	78,3	28,1	7,0	11,2

Таким образом, с возрастом связаны физическая активность, ИМТ, риски повышенного АД, курение, злоупотребление алкоголем и повышенное потребление соли. Первые три фактора риска с возрастом усугубляются. Для соли, алкоголя и курения тенденция обратная – эти риски с возрастом падают, для курения и алкоголя – значительно, в том числе, вероятно, по влиянию этих факторов на продолжительность жизни. Мало связано с возрастом потребление овощей/фруктов.

Безусловно, далее, при сравнении групп респондентов по другим критериям, возраст также имеет прямую связь и с уровнем образования, и с семейным положением, однако, для чистоты исследования, мы рассматриваем и анализируем группы в отрыве от возраста.

Доли респондентов с факторами риска в зависимости от уровня образования, %.

Табл.82.

Уровень образования	О/Ф	ФА	ИМТ	АД	Соль	Курение	Алкоголь
Нет школьного образования	80,0%	73,3%	46,7%	26,7%	46,7%	80,0%	60,0%
Неполное среднее	81,8%	75,3%	54,5%	37,7%	39,0%	37,7%	27,3%
Законченное среднее	80,2%	66,7%	63,2%	54,7%	38,4%	33,3%	25,8%
Профессиональное среднее, колледж, техникум	82,2%	71,0%	63,8%	48,6%	33,8%	25,8%	19,8%
Незаконченное высшее	86,2%	73,1%	53,8%	35,5%	37,6%	25,9%	26,2%
Законченное высшее	85,4%	71,9%	54,6%	36,4%	32,8%	21,2%	25,3%
Учёная степень	78,3%	70,1%	62,9%	45,2%	33,5%	14,9%	22,6%

В качестве математико-статистического инструмента анализа использовался двухвыборочный Z-критерий для долей. Данный метод позволяет математически точно оценить, являются ли различия в распространённости факторов риска между отдельными социальными группами закономерными или же они носят случайный характер.

Выборки по первым двум уровням образования не подвергались сравнению из-за малочисленности.

Главная зона риска — среднее и профессиональное среднее образование. Именно эти когорты (суммарно более четверти выборки) перегружены соматическими угрозами (лишний вес, гипертония) и курением. Программы оздоровления на рабочих местах и антитабачные кампании должны быть сфокусированы преимущественно на лицах без высшего образования.

Высшее образование значимо «защищает» от лишнего веса, гипертонии и курения, однако эта группа требует точечных мер по контролю за употреблением алкоголя и качеством питания (низкий уровень потребления О/Ф).

Лица с ученой степенью успешно контролируют свои привычки (минимум курения, лучшее потребление овощей/фруктов). Их соматические показатели повышены, но на текущем объеме выборки это отклонение признано статистически не значимым.

Доли респондентов с факторами риска в зависимости от семейного положения, %.

Табл.83.

Семейное положение	Фактор риска						
	О/Ф	ФА	ИМТ	АД	Соль	Курение	Алкоголь
Холост/не замужем (никогда не был(а))	87,2%	68,9%	44,1%	27,4%	34,4%	27,0%	23,0%
Состою в гражданском браке	85,9%	69,8%	56,0%	35,2%	37,6%	31,8%	31,4%
Женат/замужем в настоящее время	83,8%	72,5%	58,9%	38,9%	32,9%	20,8%	25,1%
Разведён(а)	83,7%	71,4%	57,9%	44,4%	33,8%	25,7%	22,1%
Вдовец/вдова	83,0%	73,7%	70,9%	68,6%	30,3%	15,1%	15,1%
Женат/замужем, но живём раздельно	81,8%	63,0%	54,5%	48,5%	40,6%	29,1%	30,3%

Выборка по группе «Женат/замужем, но живём раздельно» не подвергалась сравнению из-за малочисленности

Гражданский брак и холостые сотрудники — целевая группа для поведенческих интервенций. Программы борьбы с курением, алкоголем и избытком соли должны быть развернуты именно здесь. Физическое здоровье (особенно давление и вес холостых) изначально значительно лучше нормы, поэтому медицинские чекапы для них вторичны по сравнению с коррекцией образа жизни.

Официальный брак и разведенные — зона метаболического контроля. Официальный союз «защищает» от курения, но способствует набору веса и гиподинамии. Разведенные лица, напротив, чаще курят и страдают от гипертензии. Обе группы требуют регулярного кардиоскрининга (контроль АД) и программ снижения веса.

Вдовцы — жесткий кардиологический прессинг. Группа требует исключительно медицинского (гериатрического и кардиологического) сопровождения для контроля критического уровня повышенного АД (68,6%) и лишнего веса, при этом полностью исключая стандартную антитабачную или антиалкогольную агитацию.

В силу особенности сбора данных род занятий респондентов не отличался большим разнообразием. Достаточное для анализа количество респондентов набралось в трёх основных категориях: «работник бюджетной сферы, государственного учреждения», «работник частного бизнеса, негосударственной компании» и «пенсионер».

К сожалению, из анализа выпали «учащиеся» и «предприниматели».

Доли респондентов с факторами риска в зависимости от рода занятий, %.

Табл.84.

Род занятий	Фактор риска						
	О/Ф	ФА	ИМТ	АД	Соль	Курение	Алкоголь
работник бюджетной сферы, государственного учреждения	84,2%	71,2%	57,4%	39,6%	33,3%	22,9%	23,8%
работник частного бизнеса, негосударственной компании	87,5%	74,1%	49,6%	25,9%	33,6%	28,9%	36,0%
пенсионер	78,1%	71,1%	64,3%	66,2%	29,4%	11,8%	12,7%

Для **работников бюджетной сферы** специальные изолированные программы **малоэффективны**, так как они идут строго в русле общегородской нормы. Для них приоритетом должно оставаться удержание текущих позиций и стандартная диспансеризация.

Для **работников частного бизнеса** соматические чекапы вторичны (их физическое здоровье пока в норме). Корпоративные программы должны быть полностью переориентированы на **борьбу со стрессом, зависимостями** (курение, алкоголь) и организацию офисных **спортивных пауз** (производственная гимнастика), так как уровень гиподинамии и деструктивного поведения здесь критически выше нормы.

Для пенсионеров антиалкогольные и антитабачные кампании абсолютно бессмысленны (это факторы риска значимо меньше среднего уровня). Вся социальная поддержка этой группы должна быть сосредоточена на прямой медицинской поддержке — жестком кардиоконтроле (АД), лечении ожирения и коррекции возрастных физиологических рисков.

Впервые, благодаря широкому распространению онлайн анкеты, появилась возможность сравнить распространённость факторов риска ХНИЗ среди жителей разных районов Санкт-Петербурга.

Учитывая огромный массив данных и пересечение параметров (18 районов на 7 факторов риска), математическая модель фиксирует как статистически достоверные даже самые минимальные отклонения. В связи с этим территориальные различия интерпретируются нами с осторожностью, а выводы фиксируют лишь наиболее выраженные локальные аномалии, исключая случайные статистические колебания.

На основе верхнего массива данных как малочисленные выборки исключаются 8 районов (выделены серым, данные приведены для ознакомления): Адмиралтейский, Колпинский, Кронштадт, Курортный, Петроградский, Петродворцовый, Центральный и Красногвардейский.

Оставшиеся 10 крупных районов распределились по трем четким группам на основе подтвержденных статистически значимых отклонений от общего уровня (популяционного среднего).

В будущем мы надеемся получить ещё более широкий и сбалансированный охват респондентов.

Доли респондентов с факторами риска в зависимости от района проживания, %.

Табл.85.

Район проживания	Фактор риска						
	О/Ф	ФА	ИМТ	АД	Соль	Курение	Алкоголь
Адмиралтейский	85,9%	65,9%	54,7%	36,5%	31,2%	29,4%	27,1%
Василеостровский	84,8%	73,2%	50,3%	37,7%	32,6%	23,2%	27,1%
Выборгский	84,6%	72,8%	57,0%	38,8%	33,7%	20,9%	24,0%
Калининский	84,1%	72,0%	53,0%	35,1%	34,0%	24,3%	23,7%
Кировский	82,4%	66,6%	58,2%	38,4%	36,3%	23,8%	24,9%
Колпинский	87,8%	77,9%	62,8%	43,0%	26,2%	22,7%	29,7%
Красногвардейский	84,1%	72,5%	54,8%	35,7%	31,2%	22,2%	25,9%
Красносельский	84,5%	73,0%	59,4%	40,4%	36,2%	21,2%	23,3%
Кронштадт	89,3%	78,7%	58,0%	49,1%	23,1%	17,2%	25,4%
Курортный	85,2%	70,5%	57,4%	41,0%	35,2%	21,3%	31,1%
Московский	84,9%	71,4%	51,6%	31,4%	35,2%	25,5%	26,1%
Невский	83,9%	71,9%	51,6%	40,3%	32,1%	27,4%	23,9%
Петроградский	83,1%	69,5%	52,1%	43,7%	36,2%	22,1%	24,4%
Петродворцовый	80,8%	64,9%	66,4%	47,5%	26,4%	23,4%	20,0%
Приморский	85,5%	71,6%	59,0%	44,5%	33,4%	22,4%	21,9%
Пушкинский	84,8%	72,0%	59,9%	41,5%	32,1%	21,6%	21,4%
Фрунзенский	86,8%	76,9%	59,2%	39,4%	34,7%	20,9%	26,8%
Центральный	78,1%	75,8%	58,1%	39,5%	29,8%	19,5%	27,4%

Районы с неблагоприятным профилем здоровья

Приморский район (тренд гипертензии):

Значимо хуже (выше): из-за огромного массива данных даже небольшие отклонения здесь статистически достоверны. Зафиксирован значимый избыток повышенного артериального давления и избыточного веса. Также здесь чуть выше нормы дефицит овощей и фруктов.

Значимо лучше (ниже): Поведенческие факторы радуют — уровни курения и употребления алкоголя значимо ниже среднестатистических.

Пушкинский район:

Значимо хуже (выше): Наблюдается выраженное негативное отклонение по уровню повышенного АД и избыточного веса. Население склонно к метаболическому синдрому.

Фрунзенский район:

Значимо хуже (выше): Район демонстрирует сильную гиподинамию — уровень низкой физической активности критически и значимо превышает средний по городу. Также здесь хуже ситуация с питанием и тягой к алкоголю.

Районы с повышенными поведенческими рисками

Московский район:

Значимо хуже (выше): Район перегружен деструктивным поведением. Уровень курения и избыточного потребления соли значимо превышают популяционный уровень.

Значимо лучше (ниже): Физиологические показатели жителей отличные — уровни повышенного АД и избыточного веса высокочаще лучше общегородского уровня.

Невский район:

Значимо хуже (выше): Фиксируется сильный и статистически значимый крен в сторону курения.

Значимо лучше (ниже): Как и в Московском, здесь фиксируется хорошая масса тела у населения.

Красносельский район:

Значимо хуже (выше): Единственным, но высокочаще негативным отклонением является избыточное досаливание пищи. Остальные факторы идут на уровне средних городских цифр.

Относительно благополучные и сбалансированные районы

Василеостровский район:

Значимо лучше (ниже): Демонстрирует прекрасные соматические показатели. Доля лиц с избыточным весом и повышенным давлением статистически значимо ниже среднего по городу. Остальные параметры — в пределах средних значений.

Калининский район:

Значимо лучше (ниже): Уровень повышенного АД и избыточного веса находится на статистически значимо более благоприятном уровне, чем в среднем по городу. Район соматически стабилен.

Кировский район:

Значимо лучше (ниже): Жители района много двигаются — показатель гиподинамии значимо лучше (ниже) общегородского уровня. Питание по показателю О/Ф также чуть качественнее нормы. По остальным угрозам отклонений нет.

Выборгский район:

В пределах средних значений: Стабильный район-«средняк». Z-тест показал, что ни один из параметров статистически значимо не отклоняется от среднего общегородского уровня. Все колебания лежат в пределах случайности.

Таким образом, исходя из результатов анализа:

Приморский и Пушкинский районы — зоны кардиологического контроля. Программы мероприятий должны быть нацелены на раннее выявление гипертонии и борьбу с лишним весом. При этом тратить ресурсы на антиалкогольную агитацию в Приморском районе не имеет смысла — показатели там и так лучше средних.

Московский и Невский районы — зоны борьбы с вредными привычками. Население здесь соматически здоровее и стройнее большинства горожан, однако, сильно подвержено курению (Невский, Московский) и избыточному потреблению соли (Московский). Необходимы целевые информационные кампании по здоровому образу жизни.

Фрунзенский район требует инфраструктурной поддержки. Критически высокая гиподинамия требует развития парков, велодорожек и общедоступных спортивных площадок для стимулирования граждан к движению.

Информационно-коммуникационная кампания.

В рамках мониторинга эффективности реализации регионального проекта по формированию системы мотивации граждан к здоровому образу жизни был проведен комплексный социологический опрос. Настоящий отчет содержит верифицированные статистические показатели медиапотребления, структуры внимания респондентов к ЗОЖ-рекламе за период с 2021 по 2025 гг.

Респонденты отмечают, что чаще всего сталкиваются в медиапространстве с рекламой против курения — в среднем **10,7 раз в месяц**. При этом по половому признаку значимых девиаций не обнаружено: мужчины и женщины фиксируют такую рекламу практически с идентичной частотой. Реклама против злоупотребления алкоголем занимает второе место по видимости со средним показателем 10,6 раз в месяц.

Другие ответы распределились следующим образом:

- **за здоровое питание** — 9,8 раз в месяц (мужчины — 10,2 раз, женщины — 9,4);
- **за повышение физической активности** (фитнес, приглашение путешествие, кроме пляжного отдыха) — 8,9 раз (мужчины — 8,6 раз, женщины — 9,1);
- **против наркотиков** — 8,5 раз в месяц (мужчины - 9, женщины – 7,9);
- меньше всего опрошенные граждане видят рекламу за **ограничение потребления соли** - в среднем 8,5 раз в месяц (мужчины — 8,9 раза, женщины — 8,3).

Темы и среднее количество просмотров рекламы за месяц, по возрастным группам, оба пола.

Табл. 86

Варианты ответа	Всего	По возрасту, всего			
		18-34	35-54	55-74	75+
против курения	10,7	10,3	10,7	13,2	7,7
против злоупотребления алкоголем	10,6	10,3	11,8	11,3	8,8
за здоровое питание	9,8	9,9	9,3	9,9	9,9
за повышение физической активности	8,9	10,2	8,3	9,4	7,6
против наркотиков	8,5	9,1	7,6	8,9	7,7
за ограничение потребления соли	8,5	9,9	7,7	7,8	8,4

По возрастным группам прослеживается тенденция: молодёжь (18–34 лет) чаще замечает рекламу о физической активности и против наркотиков, а респонденты 55–74 лет — рекламу против курения и против злоупотребления алкоголем. В старшей группе (75+) фиксируется снижение частоты восприятия всех типов рекламы — особенно заметно для рекламы против курения (7,7 раза) и за повышение физической активности (7,6 раза).

Среднее количества просмотров рекламы о ЗОЖ/месяц по годам, оба пола.

Табл.87

Варианты ответов	Год проведения исследования			Относительный прирост
	2021	2023	2025	
против курения	7,3	7,1	10,7	+ 46,6%
против злоупотребления алкоголем	5,4	7,6	10,6	+ 96,1%
за здоровое питание	5,9	7,2	9,8	+ 66,1%
за повышение физической активности	5,8	7,7	8,9	+ 53,4%
против наркотиков	5,8	6,1	8,5	+ 46,6%
за ограничение потребления соли	4,7	5,4	8,5	+ 80,9%

Во всех категориях наблюдается устойчивый рост числа просмотров от 2021 к 2025 году. Самый значительный прирост в категории «**против злоупотребления алкоголем**» - с 5,4/месяц просмотров в 2021 году до 10,6/месяц в 2025 (относительный прирост +96,1%).

Согласно опросу, чаще всего рекламу о здоровом образе жизни респонденты видят **по телевидению** — такой ответ дали 65 % участников. При этом по полу значимых различий практически нет (64,5 % среди мужчин и 65,4 % среди женщин).

Респонденты также видели/слышали рекламу о ЗОЖ:

**Доли респондентов, использующих соответствующий источники рекламы о ЗОЖ,
по возрастным группам, оба пола, %.**

Табл.88

Варианты источника соцрекламы	Всего, оба пола	Возрастные группы			
		18-34	35-54	55-74	75+
по телевидению	65,0	50,0	54,6	74,6	81,4
в интернете	47,8	66,0	51,6	44,9	23,8
на баннере в транспорте	35,9	49,4	35,2	33,9	23,4
на пачке сигарет или бутылке вина, на полиэтиленовом пакете для продуктов	35,6	52,4	30,9	34,8	23,3
на баннере или перетяжке на улице	34,7	47,7	32,2	33,1	25,0
по радио	31,1	22,6	23,3	32,0	49,3
в кинотеатре перед фильмом	15,5	27,9	17,1	10,2	5,8
по телефону	11,5	18,4	6,9	6,4	16,8

Гендерные различия в целом незначительны, но прослеживаются отдельные нюансы: мужчины чаще замечают наружную рекламу и рекламу по радио, женщины — чуть чаще отмечают баннеры в транспорте; в цифровых каналах разрыв также небольшой.

В каждой возрастной группе можно выделить наиболее заметные способы получения информации:

- старшие возрастные группы (55–74 и 75+) активнее всего получают информацию через ТВ (74,6 % и 81,4 %) и радио (до 49,3 % в группе 75+), демонстрируя приверженность традиционным медиа.
- молодёжь (18–34 года) предпочитает интернет (66 %) и активнее реагирует на наружную рекламу и маркировку на упаковке.

Доли респондентов по источнику рекламы о ЗОЖ по годам, оба пола, %.

Табл.89

Варианты ответов	Год проведения исследования			Относительный прирост
	2021	2023	2025	
по телевидению	70,0	57,8	65,0	-7,1%
в интернете	38,3	38,5	47,8	24,8%
на баннере в транспорте	38,0	36,8	35,9	-5,5%
на баннере или перетяжке на улице	35,8	36,4	34,7	-3,1%
по радио	29,4	32,0	31,1	5,8%
на пачке сигарет или бутылке вина, на полиэтиленовом пакете для продуктов	30,6	30,9	35,6	16,3%
в кинотеатре перед фильмом	18,6	13,8	15,5	-16,7%
по телефону	5,7	7,9	11,5	101,8%

Телевидение остаётся главным каналом призыва к ЗОЖ, несмотря на снижение доли с 70 % в 2021 году до 57,8 % в 2023 году и последующий рост до 65 % в 2025 году. Наиболее выраженный рост зафиксирован в категории «**по телефону**» и «**в интернете**», что отражает увеличение цифровых и персональных каналов коммуникации. Рост доли маркировки (**пачки, бутылки, пакеты**) на 5,0%. может быть связан с регуляторными требованиями или усилением социальной рекламы на упаковке. Остальные каналы (**наружная реклама, кинотеатры**) демонстрируют умеренное снижение доли.

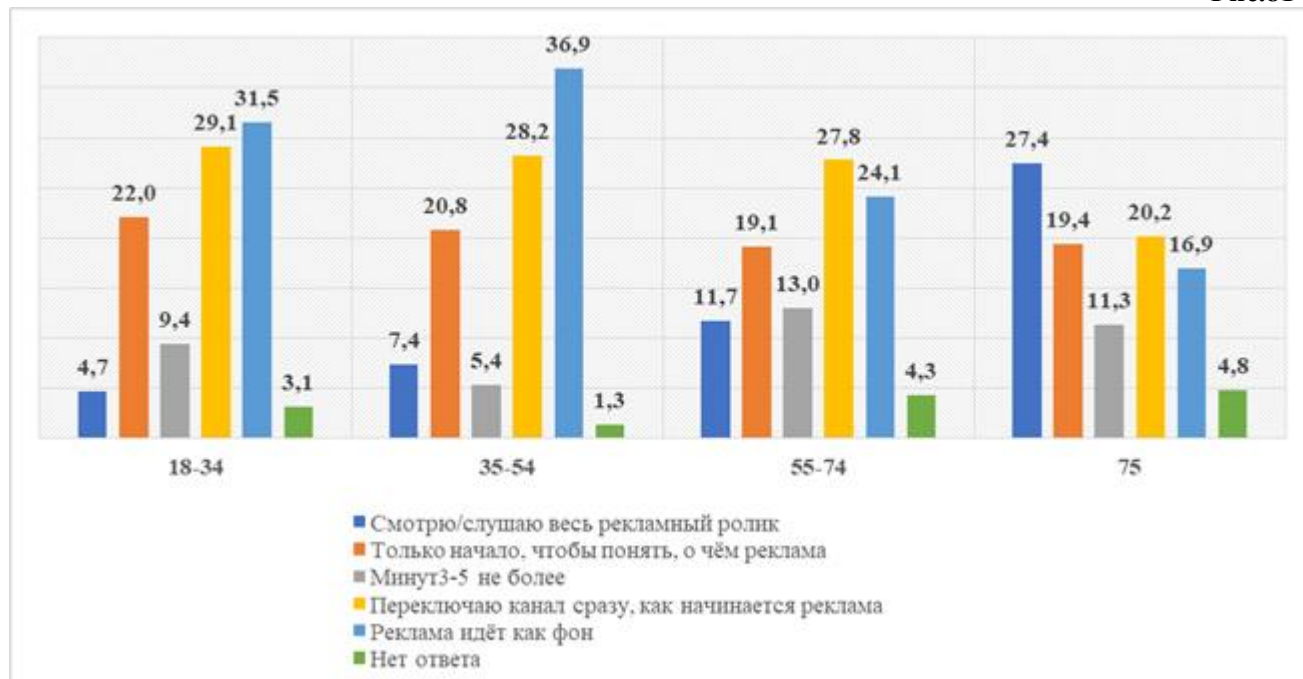
Опрос показал, что 27,6 % респондентов воспринимают рекламу о здоровом образе жизни исключительно как фоновый шум. Ещё 20,3 % проявляют минимальный интерес: им

достаточно первых секунд, чтобы сформировать общее представление о посыле рекламы. Почти треть опрошенных (26,5 %) и вовсе не готовы тратить время — они переключают канал сразу, как только начинается рекламный блок. Лишь 12,5 % зрителей досматривают ролик до конца, демонстрируя по-настоящему вовлечённое отношение к теме.

По возрастным группам внимание к рекламе о здоровом образе жизни по ТВ, в Интернете или по радио уделяется следующим образом:

Доли респондентов по времени, затраченному на просмотр рекламы о ЗОЖ, %, оба пола, по возрастным группам, %.

Рис.81



В возрастных группах можно сделать следующие выводы:

- **18-34 года** - почти каждый третий (29,1 %) сразу переключает канал, ещё 22,0 % ограничивается просмотром первых секунд. Полностью досматривают ролик лишь 4,7 %,

- **35 – 54** - доля тех, кто воспринимает рекламу как фон, достигает максимума по всем группам — 36,9 %. Мгновенное переключение остаётся на высоком уровне (28,2 %), а доля тех, кто смотрит начало ролика, составляет 20,8 %. Полностью досматривают рекламу лишь 7,4 %;

- **55- 74** – в этой категории заметно снижается доля тех, кто смотрит рекламу фоном (24,1 %). При этом растёт доля тех, кто готов уделять рекламе время: 13,0 % смотрят до 3–5 минут, а 11,7 % досматривают ролик до конца.

- **75+** - 27,4 % респондентов досматривают рекламу полностью — это самый высокий показатель среди всех возрастных групп. При этом доля мгновенного переключения снижается до 20,2 %, а фонового восприятия — до 16,9 %.

Таким образом, можно сделать вывод, что с возрастом отношение к рекламе о ЗОЖ меняется: молодёжь (18–34 года) чаще переключает канал или воспринимает её фоном, в средней возрастной группе (35–54 года) преобладает фоновое потребление, а среди людей старше 55 лет растёт вовлечённость — особенно заметно в группе 75+: там 27,4 % досматривают ролики до конца, что является максимальным показателем среди всех возрастных категорий.

Доли респондентов по затраченному времени на просмотр рекламы о ЗОЖ, оба пола, %.

Табл.90

Варианты ответов	Год проведения исследования			Относительный прирост
	2021	2023	2025	
Смотрю/слушаю весь рекламный ролик	8,6	8,0	12,5	45,3%
Только начало, чтобы понять, о чём реклама	11,9	8,8	20,3	70,6%
Минут3-5 не более	8,1	12,0	9,8	21,0%
Переключаю канал сразу, как начинается реклама	17,8	19,1	26,5	48,9%
Реклама идёт как фон	19,2	27,3	27,6	43,8%

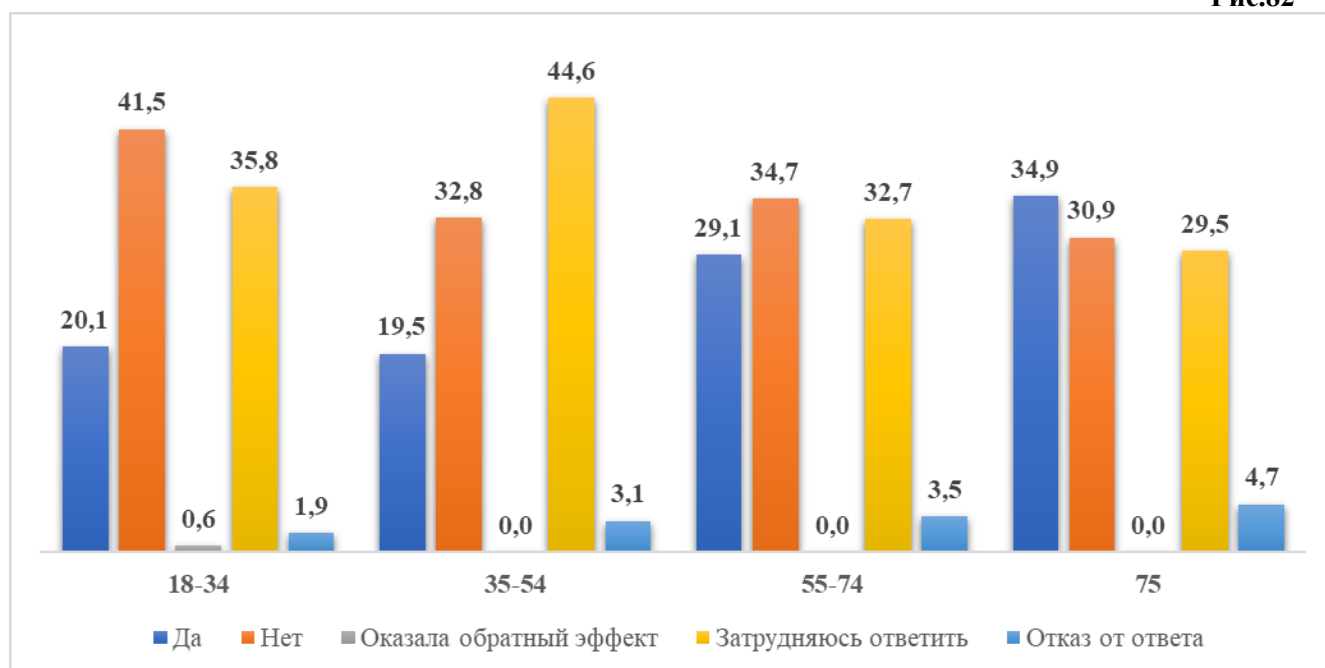
Влияние рекламы о ЗОЖ на респондентов распределилось следующим образом:

- **положительное** влияние реклама о ЗОЖ отметили 25,6% респондентов, в том числе мужчин — 22%, женщин - 28,6%;
- **отрицают** положительное воздействие на них рекламы о ЗОЖ – 34,9% (мужчины — 39,2%, женщины — 31,4%);
- **считают, что реклама оказала обратный эффект** — 0,1% (мужчины — 0,3%, женщины — 0%);
- **затруднились ответить** - 36% (мужчины — 35%, женщины — 36,9%);
- **отказались от ответа** — 3,3% (мужчины — 3,5%, женщины — 3,1%).

Таким образом, восприятие рекламы о ЗОЖ неоднородно: наряду с определённой долей позитивно настроенных респондентов заметна существенная группа скептиков, а самая крупная категория — те, кто не смог однозначно оценить влияние таких сообщений.

Доли респондентов по ответу на вопрос
«Оказала ли реклама о ЗОЖ положительный эффект на Вас и Ваших близких?»,
оба пола, по возрастным группам, %.

Рис.82



Обращает на себя внимание, что в группе молодёжи (18-34) чаще отрицают пользу рекламы, респонденты среднего возраста чаще затрудняются с оценкой, а пожилые люди — наиболее склонны признавать положительное влияние рекламы.

Доли респондентов по признанию влияния рекламы о ЗОЖ, всего, оба пола, %.

Табл.91

Варианты ответов	Год проведения исследования			Относительный прирост
	2021	2023	2025	
Да	23,7	27,0	25,6	8,0%
Нет	33,1	31,1	34,9	5,4%
Оказала обратный эффект	0,9	1,7	0,1	-88,9%
Затрудняюсь ответить	32,9	31,8	36	9,4%
Отказ от ответа	9,3	8,4	3,3	-64,5%

Доля респондентов, отметивших положительное влияние, в 2021 году составила 23,7 %, к 2023 году выросла до 27 %, а к 2025 году снизилась до 25,6 %. Доля тех, кто отрицает положительное влияние рекламы о ЗОЖ («Нет»), остаётся одной из самых высоких (33, 1% в 2021 году, 34,9% в 2025 соответственно). При этом, доля респондентов, отказавшихся отвечать, сократилась на 6,0% (с 9,3 % в 2021 г. до 3,3 % в 2025 г.)

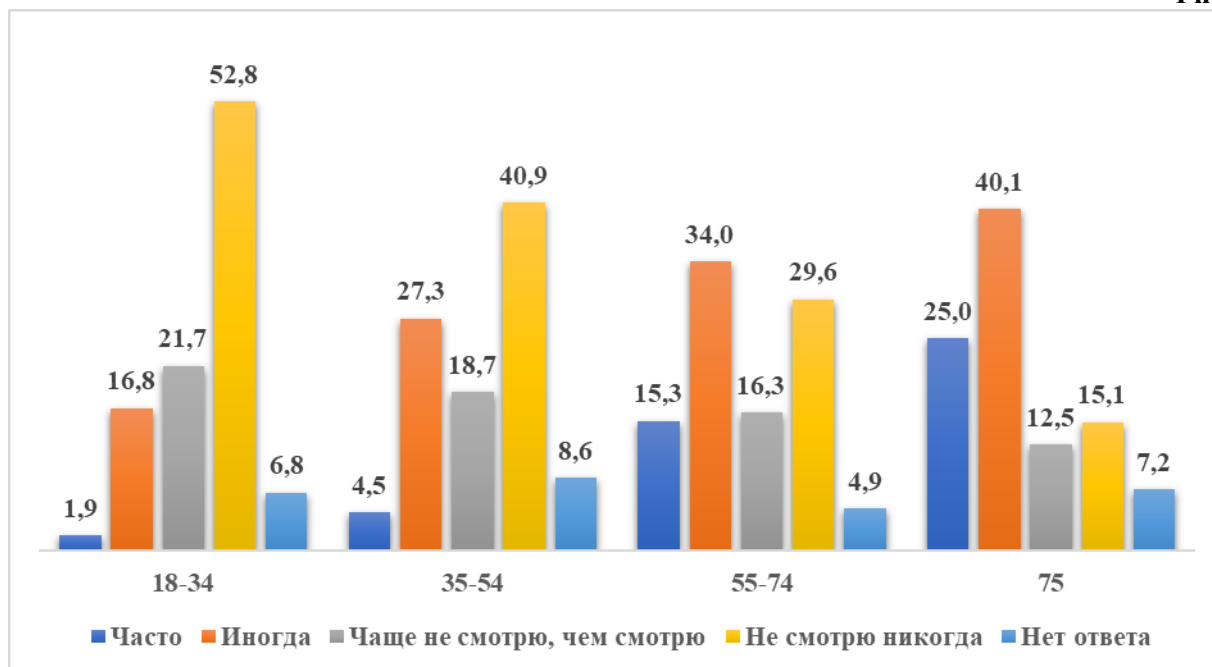
Программы о здоровье **не смотрят никогда** большинство респондентов - 34,9%, при этом прослеживается небольшая гендерная разница: среди **мужчин** доля таких зрителей составляет 37,2 %, а среди **женщин** — 33 %. Примечательно, что в 2023 году показатель был ещё выше — программы о здоровье тогда не смотрели 47 % участников опроса.

Остальные ответы распределились следующим образом:

- **иногда** смотрят ТВ-передачи о здоровье 29,6% (среди мужчин – 27,1%, среди женщин — 31,5%);
- **чаще не смотрят, чем смотрят** – 17,4% (среди мужчин — 19,9%, среди женщин — 15,4%);
- **часто** смотрят 11,3% опрошенных, среди мужчин – 7,3%, среди женщин — 14,6%;
- **затруднились ответить** – 5,5% (среди мужчин — 6,9%, среди женщин — 4,3%);
- **отказались от ответа** – 1,4% (среди мужчин — 1,6%, среди женщин — 1,3%).

Доли респондентов по частоте просмотра программ о здоровом образе жизни, оба пола, по возрастным группам, %

Рис.83



По результатам опроса можно сделать вывод, что с увеличением возраста снижается доля категории «**не смотрю никогда**» и растёт доля категорий «**иногда**» и особенно «**часто**». Эта динамика согласуется с ранее проанализированными данными о поведении респондентов в отношении рекламы о ЗОЖ — в обоих случаях прослеживается единая

закономерность: молодёжь склонна избегать подобного контента, а пожилые люди проявляют к нему больший интерес и готовность к восприятию.

Доли респондентов по частоте просмотра программ о ЗОЖ, всего, оба пола, %.

Табл.92

Варианты ответов	Год проведения исследования			Относительный прирост
	2021	2023	2025	
Не смотрю никогда	38,1	47,0	34,9	-8,4%
Иногда	25,4	20,1	29,6	16,5%
Чаше не смотрю, чем смотрю	12,7	13,8	17,4	37,0%
Часто	8,1	6,9	11,3	39,5%

За 2021–2025 гг. отношение к программам о ЗОЖ заметно изменилось: доля ответов «**Не смотрю никогда**» выросла с 38,1 % до 47,0 %, но в 2025 году снизилась до 34,9 %, а остальные показатели — выросли. Наиболее заметный прирост показала группа «**Чаше не смотрю, чем смотрю**», также увеличилась доля тех, кто смотрит рекламу **часто**.

Участники опроса выделили четыре основных направления рекламы, на которые они обратили внимание:

- реклама, посвящённая **здоровому образу жизни** (физическая активность, правильное питание) — её отметили 54,6 % респондентов;
- реклама о **вреде курения** и отказе от него — её зафиксировали 46,1 % участников;
- реклама о **вреде алкоголя** (последствия употребления, отказ от употребления) — её заметили 26,3 % опрошенных.
- реклама о **наркомании** (вред, последствия и связанные заболевания) — её выделили 16,4 % респондентов.

Эти категории стали наиболее заметными среди всех типов социальной рекламы в рамках исследования.

Доли респондентов в зависимости от рекламы, которую они видели/слышали, оба пола, в %.

Табл.93

Варианты ответа	Всего, оба пола	Возрастные группы			
		18-34	35-54	55-74	75+
Здоровый образ жизни: физическая активность, правильное питание	54,6	50	42,1	65,8	59,5
Курение: 1) вред курения и его последствия; 2) отказ от курения:	46,1	47,1	57,9	44,7	35,7
Вред алкоголя: последствия употребления, Отказ от употребления алкоголя	26,3	26,5	31,6	28,9	19
Наркомания: вред, последствия и связанные заболевания	16,4	11,8	31,6	18,4	4,8
Отказ от вредных привычек	5,3	11,8	0	0	9,5
Не видел/а	3,9	2,9	5,3	7,9	0
Другое: приём лекарств, профилактика геморроя, контрацепция	2,7	2,9	2,6	0	4,8
Отказ от ответа	0,7	2,9	0	0	
Не помню	0,7	0	0	0	2,4
Много, обо всём	0,7	0	0	2,6	0

Полученная из рекламы информация о здоровом образе жизни убедила респондентов выполнить следующее:

- **увеличить количество овощей и/или фруктов** в ежедневном рационе — 45,8% (мужчины — 40,2%, женщины — 50,4%);
- **начать бегать или ходить в фитнес зал**, на спортивную площадку (по утрам, после работы, в выходные дни) - 34,2% (мужчины — 30,5%, женщины — 37,1%);
- **ограничить потребление соли** — 32,9% (мужчины — 31,6%, женщины — 34,0%);
- **бросить курить**, или сократить количество выкуриваемых за день сигарет/папирос/трубок — 27,2% (мужчины — 28,4%, женщины — 26,2%);
- **сократить потребление алкоголя** — 26,8% (мужчины — 26,8%, женщины — 26,8%).

По полу прослеживаются следующие различия: женщины чаще мужчин сообщали о выполнении рекомендаций по **питанию и физической активности** (50,4 % женщин против 40,2 % мужчин по овощам/фруктам и 37,1 % против 30,5 % по спорту). В то же время по сокращению **курения и алкоголя** гендерные различия минимальны.

Доли респондентов, выполнивших рекомендации, полученные из рекламы о ЗОЖ, оба пола, %.
Табл.94

Варианты рекомендаций	Всего, оба пола	Возрастные группы			
		18-34	35-54	55-74	75+
увеличить количество овощей и/или фруктов в ежедневном рационе	45,8	44,0	40,2	48,0	52,6
начать бегать или ходить в фитнес зал, на спортивную площадку	34,2	38,0	30,5	32,1	38,0
ограничить потребление соли	32,9	23,6	26,7	38,8	43,9
бросить курить, или сократить количество выкуриваемых за день сигарет	27,2	28,6	22,3	28,1	31,1
сократить потребление алкоголя	26,8	23,9	22,8	29,8	31,6

В целом, можно сделать вывод, что старшие возрастные группы (55–74 и 75+) более склонны следовать рекомендациям по ЗОЖ, особенно в части питания (овощи/фрукты, соль). Молодёжь активнее откликается на призывы к физической активности, но менее чувствительна к рекомендациям по ограничению соли и алкоголя. Группа 35–54 лет во многих категориях демонстрирует наименьшую динамику.

Доли респондентов выполненных рекомендаций, полученных из рекламы о ЗОЖ, по годам, оба пола, %.

Табл.95

Варианты рекомендаций	Год проведения исследования			Относительный прирост
	2021	2023	2025	
увеличить количество овощей и/или фруктов в ежедневном рационе	48,9	45,1	45,8	-6,3%
начать бегать или ходить в фитнес зал, на спортивную площадку	35,7	35,0	34,2	-4,2%
ограничить потребление соли	36,1	37,9	32,9	-8,9%
бросить курить, или сократить количество выкуриваемых за день сигарет	26,3	28,4	27,2	3,4%
сократить потребление алкоголя	25,6	31,4	26,8	4,7%

За период 2021–2025 гг. выполнение рекомендаций из рекламы о ЗОЖ демонстрирует следующее:

- **питание и физическая активность** - доля тех, кто увеличивает потребление овощей и фруктов, снизилась с 48,9 % до 45,8 %, доля занимающихся спортом с 35,7 % до 34,2 %. Так же обращает на себя внимание резкий спад выполнения рекомендаций по ограничению соли (с 37,9% в 2023г. до 32,9 % в 2025 г.);
- **вредные привычки**: прослеживается небольшой прирост по призывам к сокращению курения и снижению потребления алкоголя.

В таблице №90 отражены результаты мониторинга достаточности информации о здоровом образе жизни. Обращает на себя внимание, что большинство респондентов считают, что информации для ведения ЗОЖ достаточно. В 2025 году замечен рост на 51,1% относительно 2021 года. Так же снизилась доля тех, кто «затрудняется ответить» (с 39,9 % в 2021 году до 28,0–29,9 % в 2023–2025 гг.).

Доли респондентов по ответу о достаточности информации, полученной из рекламы о ЗОЖ, оба пола, %.

Табл.96

№ п/п	Варианты ответов	Год проведения исследования			Относительный прирост
		2021	2023	2025	
1	Да	23,3	22,1	35,2	51,1%
2	Нет	15,5	18,7	15,9	2,6%
3	Не в полной мере	11,6	23,0	12,7	9,5%
4	Затрудняюсь ответить	39,9	28,0	29,9	-25,1%

Доли респондентов по ответу на вопрос «Достаточно ли Вам информации из увиденной рекламы, чтобы вести ЗОЖ?», %, оба пола

Рис.84



Доля респондентов, считающих информацию из рекламы достаточной, увеличивается с возрастом: среди опрошенных 55–74 лет такой ответ дали 38,0 %, а в группе 75+ — 41,4 %.

Информационно-коммуникационная кампания, Пульс Петербурга, 2026 год

Дополнительно такой же анализ по информационно-коммуникационной кампании был проведён по данным онлайн –опроса 2026 года.

Охват рекламы ЗОЖ по полу

Табл.97

Направление рекламы / Информации	Охват среди мужчин	Охват среди женщин	Разница (п.п.)
Против курения	69,0%	64,5%	+4.5 (в пользу мужчин)
Против наркотиков	58,2%	51,5%	+6.7 (в пользу мужчин)
Против потребления алкоголя	52,5%	51,4%	+1.1 (в пользу мужчин)
За здоровое питание	42,6%	52,3%	+9.8 (в пользу женщин)
За повышение физической активности	42,4%	42,5%	~ одинаково
За ограничение потребления соли	11,5%	13,9%	+2.4 (в пользу женщин)
Какая-то другая	7,3%	5,4%	+1.9 (в пользу мужчин)
Ничего из этого не видели/не слышали	15,9%	14,2%	+1.7 (в пользу мужчин)

В представленной выборке мужчины несколько острее фиксируют рекламу жесткой запретительной тематики. Лидером выступает кампания против курения (охват 69.0%).

Женская аудитория гораздо лучше считает тему здорового питания (52,3%).

Около 15,0% респондентов не сталкиваются с подобной рекламой вовсе.

Распределение мест просмотра рекламы ЗОЖ по полу

Табл. 98

Канал получения информации / Место	Охват среди мужчин	Охват среди женщин	Разница (п.п.)
По телевидению	49,0%	51,9%	+2.9 (в пользу женщин)
В Интернете	50,4%	50,1%	~ одинаково
На баннере в транспорте	36,8%	31,6%	+5.2 (в пользу мужчин)
На пачке сигарет или бутылке алкоголя	32,5%	27,5%	+5.0 (в пользу мужчин)
На баннере или табло на улице	27,6%	24,4%	+3.3 (в пользу мужчин)
В метро	20,9%	19,0%	+1.9 (в пользу мужчин)
По радио (в т. ч. в автомобиле)	11,1%	7,1%	+4.0 (в пользу мужчин)
В кинотеатре перед фильмом	10,0%	8,1%	+1.9 (в пользу мужчин)
Другое	8,5%	8,7%	~ одинаково
По телефону	4,8%	5,2%	~ одинаково
Нет, нигде не видел(а)	12,3%	10,7%	+1.6 (в пользу мужчин)

Цифровое пространство и телевидение доминируют в обеих группах (около 50% охвата), выступая главными сквозными каналами.

Мужчины чаще контактируют с наружной рекламой в транспорте (36.8%) и предупреждениями непосредственно на пачках сигарет или алкогольной продукции (32.5%).

В заключительном блоке проведена оценка конверсию просмотров рекламы в реальные действия и изменения привычек.

Показатели изменения поведения под влиянием рекламы по полу

Табл. 99

Реальное изменение поведения / Действие	Охват среди мужчин	Охват среди женщин	Разница (п.п.)
Нет, не убедила ни к чему	52,0%	44,7%	+7.3 (в пользу мужчин)
Увеличить кол-во овощей и фруктов в рационе	16,3%	25,4%	+9.1 (в пользу женщин)
Начать заниматься физкультурой и т.п.	19,2%	21,9%	+2.7 (в пользу женщин)
Бросить курить или сократить курение	12,4%	5,8%	+6.6 (в пользу мужчин)
Ограничить потребление соли	8,4%	10,1%	+1.7 (в пользу женщин)
Сократить потребление алкоголя	9,1%	3,8%	+5.3 (в пользу мужчин)
Что-то другое	11,4%	13,1%	+1.7 (в пользу женщин)

Около половины мужского населения (52.0%) и 44.7% женского абсолютно нечувствительны к призывам — медиакампании не смогли изменить их поведение.

Женщины демонстрируют хороший отклик на пищевые привычки: каждая четвёртая (25.4%) увеличила долю овощей и фруктов под влиянием информации.

Мужчины охотнее конвертируют информацию в физическую активность (19.2% пошли в спортзалы/на пробежки). Призывы к ограничению курения и злоупотребления алкоголем вдохновили только 12.4% и 9,1% мужчин соответственно.

На основе сквозного пересечения трех информационных блоков сформирована оптимальная стратегия дистрибуции контента:

1. Стратегическое разделение контентных потоков:

Поток А: «Мужской» (Запретительный и Офлайновый)

- Тематическое ядро: Борьба с курением, алкоголем и наркотиками.
- Тональность: Прямая, жесткая, фактурная, с упором на конкретные последствия для здоровья и социальные триггеры.

- Фокус в действиях: Снижение вреда, конкретные шаги по отказу от зависимостей.

Поток Б: «Женский» (Созидательный и Цифровой)

- Тематическое ядро: Здоровое питание (овощи/фрукты), контроль соли, мягкое вовлечение в физическую активность.

- Тональность: Мотивирующая, эстетичная, практическая (рецепты, чек-листы, лайфхаки).

- Фокус в действиях: Внедрение полезных привычек, расширение рациона, семейное здоровье.

2. Карта распространения по каналам коммуникации

Канал 1. Интернет и Социальные медиа (Сквозной канал, ~50% охвата)

Интернет выступает универсальной точкой контакта, но требует разного таргетинга:

- Для мужчин: Контент в автомобильных сообществах, спортивных пабликах, новостных Telegram-каналах. Формат: короткие видео (Reels/Shorts/Клипы) с жесткой инфографикой против курения и алкоголя.

- Для женщин: Интеграции у фуд-блогеров, в сообществах про кулинарию, велнес и воспитание детей. Формат: карточки с разбором состава продуктов, пользы овощей, рецепты с низким содержанием соли.

Канал 2. Телевидение (Доминирующий канал для женщин — 51,9%, сильный для мужчин — 49,0%)

- Размещение:

- Дневной и предвечерний эфир (ориентир на женщин): Сюжеты о правильном питании, интеграции в кулинарные и лайфстайл-шоу.

- Вечернее время и спорт (ориентир на мужчин): Динамичные социальные ролики против курения и алкоголя во время трансляций, новостей и сериалов.

Канал 3. Транспорт и Метро (Приоритет: Мужчины — 36,8% и 20,9%)

- Логика: Мужская аудитория значительно чаще фиксирует рекламу в пути.

- Решение: Размещение крупных визуальных форматов на бортах и внутри общественного транспорта, а также на лайтбоксах в метро.

- Контент: Кампании против курения и наркотиков. Визуал должен быть крупным, легко считываемым за 2-3 секунды движения.

Канал 4. Наружная реклама (Билборды, городские табло — 27,6% у мужчин)

- Логика: Дополнение к транспортной логистике.

- Решение: Размещение на ключевых магистралях города, въездах/выездах из спальных районов.

- Контент: Краткие, бьющие в цель слоганы против курения и за физическую активность.

Канал 5. Радио (Приоритет: Мужчины-автомобилисты — 11,1%)

- Логика: Эффективный аудиоканал для мужчин за рулем, в 1,5 раза эффективнее, чем для женщин.

- Решение: Короткие, запоминающиеся аудиоролики на радиостанциях с преимущественно мужской аудиторией (информационные, рок, шансон).

- Контент: Фокус на борьбе с курением и вождении в нетрезвом виде.

3. Тактическая матрица: Конверсия в действия

Чтобы преодолеть высокий уровень скепсиса (особенно у мужчин — 52%), кампания должна перейти от формата «просто информирование» к формату «призыв к действию»:

Табл.100

Целевая группа	Тема рекламы	Место контакта	Как перевести в действие (Конверсия)
Мужчины	Против курения / Алкоголя	Транспорт, радио, пачки, интернет	QR-коды со ссылкой на бесплатные петербургские чат-боты поддержки для бросающих курить; приложения-трекеры экономии денег при отказе от привычек.
Женщины	Здоровое питание / Овощи и фрукты	Телевидение, Интернет, телефон	Интерактивные марафоны в соцсетях «5 порций овощей в день»; чек-листы для скачивания; рецепты блюд без соли, доступные по клику.
Все группы	Физическая активность	Интернет, ТВ, улица	Карты бесплатных уличных воркаут-площадок Петербурга; анонсы бесплатных городских забегов и тренировок в парках.

Основные выводы по разделам.

Курение табака и потребление никотина

1. На момент 2026 года курят 26.1% жителей города (в 2023 году было 26.2%). При этом 20.6% курят ежедневно, а 5.5% — эпизодически.

2. Главным позитивным трендом стало значимое снижение курения в самой молодой группе (18–34 года) — на 5.7 п.п. за три года (с оговоркой о разнице методов сбора данных). Тем не менее, эта группа остается самой курящей в городе (курят 35.3% респондентов).

3. Традиционные сигареты стремительно теряют популярность у молодежи. Среди курящих в возрасте 18–34 лет альтернативные средства доставки никотина (вейпы, электронные сигареты, системы нагревания табака) используют более двух третей опрошенных, полностью вытесняя обычный табак. Вейпинг формирует паттерн непрерывного, фонового потребления никотина в течение дня.

4. Отказ от курения: 17.1% респондентов являются бывшими курильщиками. Основной мотив для отказа у женщин — подготовка к беременности (пик в 25–29 лет), у мужчин старшего возраста (55+) — жесткие требования врачей из-за развившихся проблем со здоровьем. Основной инструмент отказа — личная сила воли (62.4%).

5. Пассивное курение остаётся острой проблемой. 26.0% горожан подвергаются пассивному курению дома или на работе (причем половина из них сами не курят). Дополнительным негативным фактором является низкая культура курения на улицах и у станций метро.

6. После 65 лет доля курящих в популяции падает до минимума (около 7%). Это служит вероятным демографическим доказательством сверхсмертности курильщиков, которые, судя по данным, в большинстве своем не доживают до пожилого возраста. Предположение требует тщательной проверки.

Употребление алкоголя

1. Полными трезвенниками (ни разу в жизни) называют себя 12.4% граждан (лидируют мужчины 75+ и, что примечательно, молодые мужчины 18–24 лет). Еще 12.8% не потребляли алкоголь последние 12 месяцев. Суммарно четверть населения (25.2%) ведет абсолютно трезвый образ жизни.

2. По критериям ВОЗ, 26.6% всего взрослого населения Санкт-Петербурга (или 35.5% от тех, кто выпивает регулярно) находятся в зоне риска пагубного потребления алкоголя. В масштабах города это более 1.2 миллиона человек.

3. Абсолютным лидером по пагубному потреблению и объемам выпиваемого за раз являются мужчины в возрасте 40–49 лет (риск достигает 45.8%) и женщины в возрасте 35–40 лет.

4. Внутри алкоголизирующейся группы зафиксировано ухудшение всех показателей по сравнению с 2021 годом: выросла частота употребления, выросли разовые дозы, увеличилась доля критического эпизодического пьянства (5 и более доз за раз).

Рацион питания (Овощи, фрукты, соль, рыба)

1. Рекомендованную ВОЗ норму (400 г или 5 порций овощей и фруктов ежедневно) выполняют всего 13.9% петербуржцев.

2. «Слепое пятно» избытка соли: 34.2% населения имеют подтвержденную привычку к избыточному потреблению соли (досаливание готовой еды, частое употребление фастфуда, солений, чипсов, консервов). При этом около 70% из них считают, что едят соли «в самый раз» или даже мало. Граждане не учитывают огромный объем «скрытой соли» в покупных продуктах (хлеб, соусы, полуфабрикаты). Особо уязвима молодежь 18–34 лет, массово питающаяся ультра-обработанной пищей.

3. Регулярно (хотя бы раз в неделю) рыбу едят только 33.4% горожан. Каждый пятый молодой мужчина (19.9%) вообще не включает рыбу в свой рацион, лишая организм

незаменимых жирных кислот Омега-3. Пожилые мужчины начинают чаще есть рыбу (после 55 лет) только в качестве вынужденной терапевтической меры по назначению кардиологов.

4. Интегральный индекс качества диеты (DQI): Средний балл по городу составляет всего 8.04 из 15 возможных. Хуже всего питается молодежь 18–29 лет (6.93 балла). 56.6% мужчин и 57.5% женщин имеют критический сочетанный дефицит эссенциальных пищевых групп (одновременный дефицит рыбы и овощей). Это, с определённой вероятностью, запускает цепочку системных метаболических нарушений, ведя к омоложению инфарктов и инсультов.

Физическая активность

1. При первичном опросе респонденты завышают свои показатели, декларируя, что 67% выполняют норму. Однако жесткая физиологическая фильтрация данных по критериям ВОЗ (исключая рутинную работу и учитывая только регулярный активный досуг/спорт не менее 3-5 дней в неделю) показала, что реальный уровень оздоровительной физкультуры в городе составляет 36,7%.

2. Гиподинамия: 61,4% работающих петербуржцев имеют абсолютно сидячий характер труда. 10,2% горожан вообще не проявляют никакой физической активности в течение недели (в основном женщины старшего возраста и мужчины после 75 лет).

3. Единственной группой, показавшей резкий рост спортивной активности, стали женщины предпенсионного и раннего пенсионного возраста (55–74 года) — уровень их вовлеченности вырос в 1.5 раза (с 19.6% до 32.3%). Однако, данные требуют проверки.

Объективные показатели здоровья (ИМТ и антропометрия)

1. Только 38.7% населения имеют нормальный индекс массы тела (ИМТ). Избыточную массу тела имеют 35.1%, а клиническое ожирение — 23.1% жителей.

2. Набор лишней массы у мужчин стартует уже с 25 лет, у женщин — с 45 лет.

3. Измерение окружности талии показало, что опасное висцеральное ожирение (талия >80 см у женщин и >94 см у мужчин) имеют 45.9% горожан.

4. Метод ИМТ ошибочно классифицирует 12.5% населения. Сюда входят 9.8% «ложно-тучных» (спортсмены с тяжелыми мышцами) и 2.7% скрытых висцеральных ожирений, у которых при нормальном весе критически увеличен объем внутреннего жира на животе. Это требует обязательного внедрения замера талии во все протоколы осмотров.

Анамнез и приверженность лечению хронических заболеваний

1. Диагноз «гипертоническая болезнь» имеют 51.5% обследованных петербуржцев, лавинообразный рост заболеваемости происходит после 55 лет. 17.4% узнали о высоком давлении впервые во время мониторинга. При этом 18.9% гипертоников вообще игнорируют лечение, а среди тех, кто таблетки принимает, у 32.4% терапия неэффективна (давление остается высоким). Особенно беспечны молодые мужчины.

2. Сахарный диабет (СД) зафиксирован у 14.0% опрошенных (в основном лица старше 55 лет). При этом 23% горожан никогда в жизни не измеряли уровень глюкозы. Только 63.4% диабетиков принимают сахароснижающие препараты, у молодежи (18–34 года) приверженность лечению находится на критически низком уровне из-за бессимптомного течения болезни.

3. Повышенный уровень общего холестерина выявлен у 57.2% населения (у женщин — 60.3%, у мужчин — 53.5%). 35.4% узнали об этом впервые на осмотре. Принимают статины только 41.4% нуждающихся. В группе 18–39 лет статины игнорируют от 80% до 90% молодых людей, обеспечивая себе раннее развитие атеросклероза к 45–50 годам.

Роль первичного медицинского звена и профилактика

1. Хотя 82.7% петербуржцев посещали врача за последний год, 45.6% из них не получили от доктора вообще никаких рекомендаций по поводу своих факторов риска и изменения образа жизни.

2. Врачи поликлиник практически не ведут антиалкогольное консультирование — 88.5% лиц с выявленным пагубным потреблением алкоголя ушли от врача без профилактической беседы (а в группе 75+ этот показатель равен 95.1%). Также без врачебных советов по коррекции ушли 59.7% лиц с избыточным весом и 74.2% граждан с гиподинамией.

Математический анализ взаимосвязи факторов риска

Сквозной корреляционный анализ выявил три четких блока связей в петербургской популяции:

1. Зафиксирована сильнейшая прямая связь между высоким давлением и высоким холестерином ($r=0.364$, $OR=4.81$), а также между высоким ИМТ и давлением ($r=0.308$, $OR=3.9$). Они развиваются параллельно и взаимно отягощают друг друга.

2. Выявлены устойчивые «союзные» вредные привычки: «Курение + Пагубный алкоголь» ($OR=3.12$) и «Курение + Избыточная соль» ($OR=1.83$, никотин притупляет вкусовые рецепторы, заставляя сильнее солить еду). Также жестко связаны «Гиподинамия + Плохое питание (дефицит овощей)» ($OR=1.69$).

3. Анализ зафиксировал ложную обратную связь, будто курение «защищает» от гипертонии ($OR=0.85$) и холестерина ($OR=0.74$). Это, с большой долей вероятности, эпидемиологическая ошибка: тяжелобольные гипертоники массово бросают курить по требованию врачей и переходят в группу «некурящих», искусственно завышая там процент больных, тогда как злостные курильщики, в части случаев, умирают до момента фиксации у них АГ или холестерина в старших возрастных группах.

Однако, все данные требуют проверки.

Оценка эффективности информационно-коммуникационных кампаний ЗОЖ

1. Самой заметной для населения является социальная реклама против курения (ее видели 66.5% граждан) и против наркотиков (54.5%). Меньше всего люди замечают призывы к ограничению соли (всего 12.8%). При этом 14.9% населения находятся в полном информационном вакууме и не видели никакой рекламы ЗОЖ.

2. Мужчины немного лучше считывают жесткую, запретительную повестку (антитабачную рекламу заметили 69.0% мужчин, антиалкогольную — 52.5%). Женщины восприимчивы к позитивной, созидательной повестке: рекламу здорового питания зафиксировали 52.3% женщин.

3. Универсальными и самыми охватными каналами для всех групп является Интернет и телевидение (около 50% охвата). Мужчины чаще контактируют с наружной рекламой (36.8%) и предупреждениями непосредственно на пачках сигарет и бутылках алкоголя (32.5%).

4. Практически половина мужчин (52.0%) и 44.7% женщин обладают иммунитетом к социальной рекламе — она не побудила их ни к каким действиям. Среди тех, на кого реклама повлияла, женщины уходят в диетологические изменения (25.4% стали есть больше овощей/фруктов, 10.1% ограничили соль). Мужчины под влиянием рекламы чаще конвертируют импульс в физические действия (19.2% пошли в спортзал, 12.4% бросили или сократили курение).

Рекомендации для системы здравоохранения города (Комитет по здравоохранению и подведомственные учреждения)

Главный фокус — переход от пассивного лечения развившихся заболеваний к агрессивному и стандартизированному выявлению факторов риска в первичном звене (поликлиниках).

1. Модернизация стандартов диспансеризации и осмотров.

Дополнить изолированный скрининг по ИМТ включением измерения окружности талии во все протоколы первичных осмотров и диспансеризации для выявления скрытого висцерального ожирения.

Сплошной скрининг на глюкозу и холестерин: Учитывая, что 23% населения никогда не измеряли сахар, ввести обязательный экспресс-замер уровня глюкозы и липидного профиля для всех граждан старше 18 лет, впервые обратившихся в поликлинику за год по любому поводу.

2. Ликвидация дефицита профилактического консультирования врачей.

Внедрение жестких протоколов Краткого профилактического консультирования (КПК): Обязать терапевтов и врачей общей практики проводить устную интервенцию (до 3 минут) при обнаружении факторов риска. Пациент с лишним весом, давлением или курением не должен покидать кабинет без четкого устного назначения по изменению образа жизни.

Специальный аудит антиалкогольного консультирования: Разработать и внедрить для терапевтов краткий опросник-скрининг (например, тест AUDIT-C) для выявления скрытого пагубного потребления алкоголя, так как сейчас 88,5% профильных пациентов уходят от врача без рекомендаций.

Обучение врачей преодолению стигмы: Провести циклы вебинаров для медработников по методам мягкого мотивирующего интервьюирования пациентов с алкогольной зависимостью и ожирением.

3. Переформатирование работы Центров здоровья и Кабинетов профилактики

Никотиновый фокус на молодежь: Расширить работу кабинетов отказа от курения, включив консультирование по отказу от электронных сигарет и систем нагревания табака — с учётом смещения молодёжи к альтернативным средствам доставки никотина.

Школы преодоления коморбидности: Создать при поликлиниках совмещенные Школы для пациентов, объединяющие темы «Гипертония + Гиперхолестеринемия». Поскольку эти патологии жестко связаны математически ($OR=4.81$), их лечение и профилактика диеты должны идти строго в одном русле.

Рекомендации для Администраций районов Санкт-Петербурга

Главный фокус — территориальное управление, создание локальной инфраструктуры ЗОЖ и точечная работа с группами риска с учетом специфики районов.

1. Инфраструктурное развитие и борьба с гиподинамией

Программа «Активный район»: Учитывая критический уровень гиподинамии на рабочих местах (61,4%), администрациям районов (особенно Фрунзенского, где зафиксирован провал по физической активности) необходимо форсировать развитие локальной спортивной инфраструктуры.

Развитие уличных зон активности: Строить общедоступные воркаут-площадки, освещенные беговые и велодорожки в жилых кварталах.

Расширение секций «Петербургское долголетие»: Масштабировать секции скандинавской ходьбы и ЛФК, сделав упор на привлечение мужчин старше 55–60 лет, которые сейчас тотально игнорируют спорт по сравнению с женщинами.

2. Локальный контроль и очистка уличной среды

Зоны, свободные от пассивного курения: Организовать рейды и усилить контроль за запретом курения (включая вейпы) на остановках общественного транспорта, у входов в вестибюли станций метро и в парках. Пассивное курение на улицах города признано жителями массовой проблемой.

Взаимодействие с районным бизнесом: Администрациям Невского и Московского районов (лидеры по курению табака в выборке) совместно с отделами потребительского рынка усилить контроль за недопущением продажи вейпов и табачных изделий несовершеннолетним в нестационарных торговых объектах (ларьках).

3. Адресные районные коммуникации

Просвещение по «скрытой соли»: Районным СМИ и социальным сетям администраций (особенно в Красносельском и Московском районах, где выявлен профицит соли) запустить постоянные рубрики по развенчанию мифа о «домашней солонке». Публиковать наглядную инфографику о содержании натрия в фастфуде, хлебе, колбасах и полуфабрикатах.

Рекомендации для Правительства Санкт-Петербурга

Главный фокус — системные межведомственные решения, регуляторные меры, масштабная информационная политика и изменение городской среды.

1. Системная информационная политика и медиапланирование

Переформатирование социальной рекламы ЗОЖ: Правительству города при распределении субсидий на социальную рекламу необходимо использовать выданную медиа-матрицу:

Для мужчин: Размещать жесткую антиалкогольную и антитабачную рекламу преимущественно в Интернете, на наружных уличных билбордах и в виде контекстной графики на товарах. Побуждать мужчин к действию через призывы к спорту.

Для женщин: Размещать рекламу здорового питания и контроля соли на телевидении, а также на баннерах внутри наземного транспорта и метрополитена.

Отказ от абстрактных лозунгов: Социальная реклама должна перестать быть «фоновым шумом». Требуется уйти от лозунгов «Выбирай ЗОЖ» к конкретным инструкциям: «Снизь соль — спаси сосуды», «Пройди диспансеризацию — измерь талию и сахар».

2. Корпоративные программы здоровья на уровне города

Внедрение стандартов «Здорового офиса» в госсекторе: Правительство города должно стать флагом во внедрении корпоративных программ ЗОЖ.

Практические меры для госслужащих: Ввести обязательные 10-минутные паузы для производственной гимнастики в течение рабочего дня, по возможности закупать в ведомства столы для работы стоя, обеспечивать льготное софинансирование фитнес-абонементов для сотрудников исполнительных органов государственной власти (ИОГВ) и подведомственных учреждений.

3. Торгово-экономическое регулирование рациона питания

Региональная программа «Доступная рыба»: Учитывая катастрофический уровень потребления рыбы среди молодежи города, Комитету по промышленной политике, инновациям и торговле разработать механизмы стимулирования и логистической поддержки для торговых сетей, готовых реализовывать качественную отечественную рыбу по сниженным ценам.

Региональная маркировка («Светофор»): Стимулировать локальных петербургских производителей продуктов питания к добровольному нанесению понятной цветовой маркировки на лицевую часть упаковки (зеленый/желтый/красный цвет в зависимости от критического уровня содержания скрытой соли и сахара).

4. Целевая поддержка уязвимых групп населения

Программа поддержки одиноких пожилых граждан: Комитету по социальной политике разработать адресные меры (волонтерская помощь, социальные столовые, продуктовые наборы) для одиноко проживающих женщин старше 75 лет.