

УДК 614.2.

<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i4-1;26-37>

Динамика субъективных показателей здоровья москвичей в ретроспективе 20 лет

Е.П. Какорина, И.В. Самородская*

Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского, 129110, Россия, Москва, ул. Щепкина, д. 62/1

*Автор, ответственный за переписку, email: samor2000@yandex.ru

Аннотация

Цель – сравнение самооценки состояния здоровья, факторов риска и наличия некоторых заболеваний в репрезентативных выборках взрослого населения Москвы в 2003, 2013 и 2023 гг. с учетом возраста, пола. **Материал и методы.** Данные лонгитюдного обследования домохозяйств «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE)». В исследование включены данные 2582 респондентов. Статистический анализ выполнен с помощью SPSS 26.0 (IBM Company). **Результаты.** Средний возраст респондентов в выборке 2023 г. был статистически значимо старше, чем в 2003 г. и в 2013 г. ($p < 0,0001$). Доля оценивших свое здоровье как «хорошее и очень хорошее» увеличилась с 35,6% в 2003 г. до 40,7% в 2023 г., а доля оценивших свое здоровье как «плохое и совсем плохое» сократилась с 14,8 до 10,1%. Снизилась частота положительных ответов о перенесенном инфаркте миокарда с 3,7 до 2,3%. Увеличилась частота положительных ответов о наличии артериальной гипертензии (с 32,5 до 39,7%), сахарного диабета (с 4,9 до 8,2%), онкологического заболевания (с 2 до 3,1%), возросла доля респондентов с избыточной массой тела выше 30 кг/м² (с 14,4 до 24,1%; увеличение отмечено во всех возрастных группах, за исключением женщин в возрасте 30,5–50 лет). Сократилась ($p < 0,0001$) доля ответивших «да» на вопрос «Курите ли вы в настоящее время?» с 41,2% в 2003 г. до 33,1% в 2023 г. (в возрастных группах до 30 лет среди женщин на 26%, мужчин на 20%). Доля респондентов, ответивших «да» о наличии группы инвалидности, сократилась с 14,4 до 12,8% ($p=0,3$). **Выводы.** За 20 лет произошли существенные изменения в состоянии здоровья населения, что обусловлено влиянием многих факторов. Последующие исследования должны быть направлены на оценку взаимосвязей здоровья населения с факторами, рекомендуемыми ВОЗ.

Ключевые слова: самооценка здоровья; опросы; инфаркт миокарда; инсульт; курение; ожирение; сахарный диабет

Для цитирования: Какорина Е.П., Самородская И.В. Динамика субъективных показателей здоровья москвичей в ретроспективе 20 лет. *Здоровье мегаполиса*. 2025;6(4-1):26-37. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i4-1;26-37>

УДК 614.2.

<https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i4-1;26-37>

Dynamics of Health Self-Assessment of Muscovites: A 20-year Retrospective

Ekaterina P. Kakorina, Irina V. Samorodskaya*

Moscow Regional Research and Clinical Institute ("MONIKI"), 62/1 Shchepkina ul., 129110, Moscow, Russian Federation

*Corresponding author, email: samor2000@yandex.ru

Abstract

The objective was to compare self-assessment of health status, risk factors, and certain diseases in representative samples of the adult population in Moscow in 2003, 2013 and 2023 differentiated by age and gender. **Material and methods.** Data from 2,582 respondents enrolled in the longitudinal household survey Russian Longitudinal Monitoring Survey of HSE (RLMS-HSE) was used. A statistical analysis using SPSS 26.0 (IBM Company) was performed. **Results.** The average age of respondents in the 2023 sample was statistically significantly older than in 2003 and 2013 ($p < 0.0001$). The proportion of those who rated their health as "good and very good" increased from 35.6% in 2003 to 40.7% in 2023, while the proportion of those who rated their health as "poor and very poor" decreased from 14.8% to 10.1%. The frequency of positive responses about myocardial infarction decreased from 3.7 to 2.3%. There was an increase in the frequency of positive responses about arterial hypertension (from 32.5 to 39.7%), diabetes mellitus (from 4.9 to 8.2%), and oncological disease (from 2 to 3.1%), as well as the proportion of respondents with excess body mass index over 30 kg/m² (from 14.4 to 24.1%; the increase was observed in all age groups except women aged 30.5-50 years). The proportion of those who answered positively to the question "Do you currently smoke?" decreased ($p < 0.0001$) from 41.2% in 2003 to 33.1% in 2023 (by 26% and 20% in men and women under the age of 30, respectively). The proportion of respondents who gave a positive answer about disability decreased from 14.4 to 12.8% ($p = 0.3$). **Conclusion.** Over the past 20 years, significant changes in the health status of the population caused by a variety of factors have been observed. Subsequent studies should be aimed at assessing the relationship between population health and the factors recommended by WHO.

Keywords: self-assessment of health; surveys; myocardial infarction; stroke; smoking; obesity; diabetes mellitus

For citation: Kakorina E.P., Samorodskaya I.V. Dynamics of Health Self-Assessment of Muscovites: A 20-year Retrospective. *City Healthcare*. 2025;6(4-1);26-37. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i4-1;26-37>

По данным сайта worldpopulationreview.com¹, в 2025 г. Москва заняла 25-е место среди самых густонаселенных городов мира. В 1950 г. мегаполисами, определяемыми как города с населением более 10 млн человек, были только два города (Нью-Йорк и Токио) [1]. В среднем уровень жизни и продолжительность жизни городского населения выше, чем сельского [2–4]. Городская жизнь, благодаря сочетанию улучшенного доступа к здравоохранению, транспорту и возможностям развития человеческого потенциала, может способствовать улучшению здоровья [5]. Однако в то же время жизнь в мегаполисах сопряжена с рядом негативных факторов, влияющих на здоровье (загрязнение воздуха, шум, дистресс в сочетании с проблемами ярко выраженного социально-экономического неравенства) [6]. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в 2015 г. опубликовала Глобальный справочный список 100 основных показателей здоровья, выбранных мировым сообществом в качестве приоритетных для предоставления краткой информации о ситуации в области здравоохранения и тенденциях². Это позволяет заинтересованным сторонам понять взаимосвязь между показателями и их соответствующую роль в механизмах регулирования систем городов здоровья, тем самым способствуя разработке более эффективных стратегий вмешательства.

Данные литературы свидетельствуют о том, что текущие исследования ограничены отдельными городами и факторами, способствующими сохранению здоровья или имеющими негативное влияние (транспорт, жилищное строительство, школы, городское планирование, местное самоуправление, управление окружающей средой, розничная торговля, культурное наследие, удовлетворение основных потребностей жителей города, здравоохранение и уход за больными, межсекторальное взаимодействие) [7]. Авторы отмечают несовершенство методологий оценки и недостаток или отсутствие количественных статистических данных для сравнительного анализа [8–9]. Нам не удалось найти исследований, представляющих оценку состояния здоровья населения мегаполисов исходя из определения ВОЗ («здоровье – состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или других дефектов») [10] или на основании данных медицинских заключений о состоянии здоровья или исходя из данных

опросов репрезентативных выборок населения мегаполисов (поскольку исходя из определения ВОЗ самооценка может являться достаточно информативной мерой состояния «общественного здоровья»). В ряде работ было показано: самооценка состояния здоровья коррелирует с объективными данными о функциональном состоянии, наличии хронических заболеваний, данными о фактах обращения за медицинской помощью и является хорошим предиктором риска смерти [11–12].

Цель

Сравнение самооценки состояния здоровья, факторов риска и наличия некоторых заболеваний в репрезентативных выборках взрослого населения Москвы в 2003, 2013 и 2023 гг. с учетом возраста, пола.

Материал и методы

Для исследования использованы данные лонгитюдного обследования домохозяйств «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения (RLMS-HSE)», представляющие серию ежегодных общенациональных репрезентативных опросов, доступных в табличном формате SPSS³. Методика формирования вероятностной стратифицированной многоступенчатой территориальной выборки и проведения опросов в формате личного интервью описана в вышеуказанной ссылке. В данное исследование включены респонденты 18 лет и старше, проживающие и зарегистрированные в Москве, ответившие на следующие вопросы:

- «Говорил ли вам когда-нибудь врач, что у вас диабет или повышенный сахар в крови?»;
- «Ставил ли вам врач диагноз “инфаркт миокарда (ИМ)”?»;
- «Говорил ли вам врач, что у вас повышенное артериальное давление?»;
- «Ставил вам врач диагноз “инсульт (кровоизлияние в мозг)”?»;
- «Есть ли у вас онкологическое заболевание?»;
- «Есть ли у вас заболевание легких, суставов/позвоночника, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы?».

В ответах на вопрос предусматривались не только дихотомические варианты «да», «нет»,

¹ URL: https://translated.turbopages.org/proxy_u/en-ru.ru.8f4ab298-68aea646-8c0c81b9-74722d776562/https/worldpopulationreview.com/cities

² URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/173589/WHO.HIS.HSI.2015.3.eng.pdf>

³ Согласно Условиям доступа к данным RLMS-HSE, при использовании информации, полученной на основании RLMS-HSE, в публичных целях ссылка на источник следующая: «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS HSE)», проводимый Национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» и ООО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле и Института социологии Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН. (Сайты обследования RLMS HSE: <http://www.hse.ru/rhms> и <https://rhms-hse.crc.unc.edu>)»

но и такие варианты, как «затрудняюсь ответить», «отказ от ответа». Доля неопределенных ответов не превышала 0,2–0,4% каждый год, поэтому при анализе ответы «да» учитывались как данные в пользу наличия заболевания, все остальные варианты ответов – как нет. Аналогичная доля неопределенных ответов представлена на вопросы о курении («Курите ли вы в настоящее время?»). Ответы на вопросы об употреблении алкоголя содержали более 30% незаполненных ячеек, поэтому не были включены в анализ. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывался на основании указанных данных о весе и росте. Обобщающим вопросом была оценка состояния здоровья в следующей форме (где 1 балл – наилучшая оценка состояния здоровья, 5 баллов – худшая):

Скажите, пожалуйста, как вы оцениваете ваше здоровье?

- 1 – очень хорошее.
- 2 – хорошее.
- 3 – среднее: не хорошее, но и не плохое.
- 4 – плохое.
- 5 – совсем плохое.

В анализ включены данные 2582 респондентов (из них 1807 участвовали в опросе 1 раз; 633 – 2 раза, 142 – 3 раза), за 2003 г. проанализированы данные 919 респондентов, 2013 г. – 1375, в 2023 г. – 1205 респондентов.

Учитывая пилотный характер исследования и наличие множественных групп сравнения, статистическая нулевая гипотеза формулировалась только для некоторых подгрупп. Определялись среднее и стандартное отклонение ($M \pm SD$)

для оценки среднего возраста и балльного показателя здоровья (шкала Ликкерта). Проверка на нормальность с использованием критерия Колмогорова–Смирнова (выборки большие по объему) показала: распределение является не нормальным. Сравнение среднего возраста и балльных значений проводилось с помощью однофакторного дисперсионного анализа с поправкой Бонферрони. Кроме того, определен процентный вклад каждой оценки по балльной шкале среди мужчин и женщин по четырем возрастным группам (18–30, 30,5–50, 50,5–70 и старше 70 лет). Для того чтобы избежать множественных сравнений, статистическая значимость различий определена только для сравнения частот в 2003 и 2023 гг. с помощью критерия χ^2 .

Использовали пакеты SPSS 26.0 (IBM Company) и Excel (Microsoft для Microsoft Windows).

Результаты

В таблице 1 представлены общие характеристики выборок в 2003, 2013 и 2023 гг. Средний возраст респондентов в выборке 2023 г. статистически значимо старше, чем в 2003 и в 2013 гг. ($p < 0,0001$). Средний возраст респондентов мужчин в 2023 г. статистически значимо выше, чем в 2003 г. ($p = 0,004$), но не в 2013 г. Средний возраст женщин 2023 г. статистически значимо старше, чем в 2003 г. ($p < 0,0001$) и в 2013 г. ($p = 0,001$). Мужчин среди респондентов все годы было меньше, чем женщин; доля женщин в выборке в 2023 г. по сравнению с 2003 г. увеличилась на 4,8%.

Таблица 1 – Самооценка здоровья (в баллах и процентах к итогу) в репрезентативных выборках взрослого населения (18 лет и старше) Москвы
Table 1 – Average score for self-assessment of health in representative samples of the adult population aged 18 years and over in Moscow

Год	2003	2013	2023
Число респондентов	919	1375	1205
Средний возраст ($M \pm SD$), в годах	46,3 \pm 18,5	48,1 \pm 18,6	50,1 \pm 18,5
Средний возраст мужчин ($M \pm SD$), в годах	43,3 \pm 17,6	44,7 \pm 18,6	47,3 \pm 17,7
Средний возраст женщин ($M \pm SD$), в годах	48,6 \pm 18,8	50,5 \pm 18,6	53,3 \pm 18,6
Доля мужчин, абс./%	395/43,0	574/41,7	460/38,2%
Самооценка здоровья ($M \pm SD$), в баллах	2,8 \pm 0,7	2,8 \pm 0,7	2,7 \pm 0,7
Самооценка здоровья мужчин ($M \pm SD$), в баллах	2,6 \pm 0,7	2,7 \pm 0,8	2,6 \pm 0,8
Самооценка здоровья женщин ($M \pm SD$), в баллах	2,9 \pm 0,7	2,9 \pm 0,7	2,7 \pm 0,7
Доля оценивших свое здоровье как «хорошее и очень хорошее», абсолютное число / %	327/35,6	466/33,9	593/40,7
Доля оценивших свое здоровье как «плохое и совсем плохое», абсолютное число / %	136/14,8	186/13,5	122/10,1

Составлено авторами по данным исследования.
Compiled by the authors based on research data.

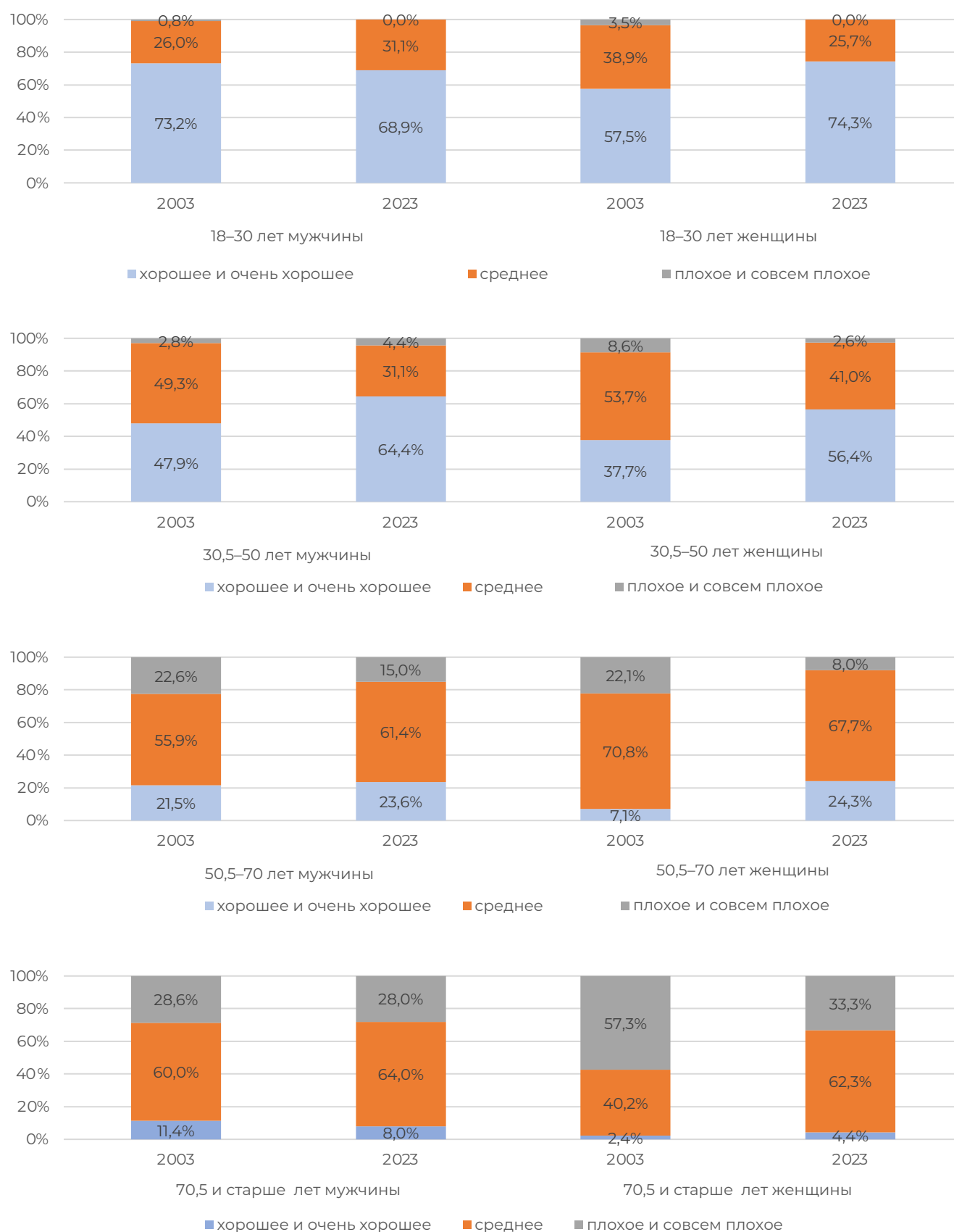


Рис. 1 – Самооценка здоровья мужчин и женщин в различных возрастных группах (2003 и 2023 гг., г. Москва)

Fig. 1 – Self-assessment of health in different population groups distributed by age and sex (2003 and 2023, Moscow)

Составлено авторами по данным исследования.
Compiled by the authors based on research data.

Самооценка здоровья в баллах также в выборке 2023 г. была статистически значимо лучше, чем в 2003 и 2013 гг. ($p < 0,0001$), с учетом возраста и пола респондентов. Доля оценивших здоровье как «хорошее и очень хорошее» возросла на 5%, а доля оценивших свое здоровье как «плохое и совсем плохое» сократилась на 4,7%.

На рисунке 1 представлена самооценка состояния здоровья в возрастно-половых группах за 2003 и 2023 гг. С возрастом и у мужчин, и у женщин снижается доля тех, кто оценивает свое здоровье как «хорошее и очень хорошее», и увеличивается доля оценивших свое здоровье как «плохое и совсем плохое». Кроме того, во всех возрастных группах, за исключением мужчин 18–30 и старше 70 лет, оценивших свое здоровье как «хорошее и очень хорошее» в 2023 г. больше, чем в 2003 г. В 2023 г. и среди мужчин, и среди женщин до 50 лет доля тех, кто оценивал свое здоровье как «хорошее и очень хорошее», составила более 50%. В то же время среди возрастных групп старше 50 лет более половины считают свое здоровье средним (ни хорошим, ни плохим).

Доля оценивших свое здоровье как «плохое и совсем плохое» в 2023 г. по сравнению с 2003 г. сократилась во всех возрастных группах, за исключением мужчин в возрасте 30,5–50 лет (среди женщин произошло более выраженное снижение).

В таблице 2 представлена частота отдельных заболеваний. Несмотря на то что средний воз-

раст респондентов в выборке увеличился, число ответивших «да» на вопросы о перенесенном ИМ и наличии заболевания позвоночника сократилось. В то время как частота ответивших «да» на вопросы о наличии артериальной гипертензии (АГ), сахарного диабета (СД), онкологического заболевания увеличилась, также возросла доля респондентов с ИМТ выше 30 кг/м². Четкой тенденции не выявлено в ответах на вопрос о перенесенном инсульте (кровоизлиянии), наличии хронических заболеваний легких и желудочно-кишечного тракта. В 2013 и 2023 гг. по сравнению с 2003 г. на 6% выросла доля тех, у кого были зарегистрированы два и более заболевания (острое нарушение мозгового кровообращения, АГ, ИМ, СД, онкология, ожирение).

Доля респондентов, ответивших о наличии группы инвалидности, сократилась с 14,4% (132) в 2003 г. до 12,8% (154), однако это различие статистически не значимо ($p=0,3$). В 2013 г. ответили «да» 16,4% (225 респондентов). Средний балл самооценки здоровья среди лиц, имеющих инвалидность, был хуже ($3,6 \pm 0,7$ в 2003 г. и $3,5 \pm 0,6$ в 2023 г.), чем среди респондентов без инвалидности ($2,7 \pm 0,7$ в 2003 г. и $2,6 \pm 0,7$ в 2023 г.; $p < 0,0001$ между респондентами с и без инвалидности; без значимых различий между 2003 и 2023 г.).

В целом среди респондентов значительно сократилась ($p < 0,0001$) доля ответивших «да» на вопрос «Куриете ли вы в настоящее время?» в 2003 г. –

Таблица 2 – Частота заболеваний среди респондентов-москвичей
Table 2 – Disease prevalence among respondents in Moscow

Число респондентов, ответивших «да» на вопросы	2003 г.		2013 г.		2023 г.		Р (2003 г. по сравнению с 2023 г.)
	n-919		n-1375		n-1205		
	абс.	%	абс.	%	абс	%	
Говорил ли вам когда-нибудь врач, что у вас диабет или повышенный сахар в крови?	45	4,9	98	7,1	99	8,2	0,01
Ставил вам врач диагноз «инфаркт миокарда»?	34	3,7	38	2,8	28	2,3	0,2
Говорил ли вам врач, что у вас повышенное артериальное давление?	299	32,5	520	37,8	478	39,7	0,003
Ставил вам врач диагноз «инсульт (кровоизлияние в мозг)»?	18	2,0	39	2,8	27	2,2	0,4
Есть ли у вас онкологическое заболевание?	18	2,0	27	2,0	37	3,1	0,04
Ожирение (индекс массы тела 30 и более)	151	16,4	315	22,9	291	24,1	<0,0001
Наличие двух и более заболеваний из следующего: инсульт, артериальная гипертензия, инфаркт миокарда, сахарный диабет, онкология, ожирение	135	14,7	280	20,4	251	20,8	<0,0001
Есть ли у вас хронические заболевания легких?	56	6,1	136	9,9	111	9,2	0,005
Есть ли у вас хронические заболевания желудочно-кишечного тракта?	205	22,3	297	21,6	288	23,9	0,4
Есть ли у вас хронические заболевания позвоночника?	205	22,3	306	22,3	208	17,3	0,002

Составлено авторами по данным исследования.
Compiled by the authors based on research data.

41,2% (379), в 2013 г. – 35,3% (485), в 2023 г. – 33,1% (399). На рисунке 2 представлена частота курения среди респондентов разных возрастных групп: доля курильщиков в 2023 г. по сравнению с 2003 г. значительно сократилась в возрастных группах до 50 лет и среди женщин (до 30 лет на 26%, 30,5–50 лет на 5%) и среди мужчин (до 30 лет на 20%, 30,5–50 лет на 18%); практически не изменилась среди мужчин в возрасте 50,5–70 лет, однако среди женщин в данной возрастной группе возросла почти на 12%. В возрасте старше 70 лет динамика была противоположной: среди мужчин доля курильщиков сократилась (2,9%), среди женщин возросла (3,4%).

В то же время во всех возрастных группах (рис. 3) увеличилась доля респондентов с ИМТ ≥ 30 , за исключением женщин в возрасте 30,5–50 лет (снижение на 1,8%). У мужчин увеличение доли респондентов с ИМТ ≥ 30 более выражено, чем у женщин в возрастных группах до 70 лет (увеличение на 15%).

Обсуждение

В данном исследовании выявлено улучшение респондентами самовосприятия здоровья в 2023 г. по сравнению с 2003 г. во всех возрастных группах. При этом такое улучшение произошло на фоне увеличения положительных ответов

о наличии заболеваний. Таким образом, можно предполагать, что сам факт наличия заболевания не является определяющим фактором в самооценке здоровья. Учитывая, что оценка влияния наличия заболевания не входила в цель исследования и была выявлена только в процессе анализа данных, проведен пилотный вариант анализа с помощью логистической регрессии. Выявлено, что возраст, женский пол и наличие двух и более заболеваний оказывали статистически значимое негативное влияние на самооценку здоровья (табл. 3). В то же время год, в котором проводился опрос, являлся наиболее статистически значимым «вмешивающимся фактором» (CONFOUNDING VARIABLE, то есть переменной, которая связана и влияет на изучаемый исход, в данном случае оценку самочувствия, но не является причинной).

С нашей точки зрения, целесообразно провести дальнейшие исследования и оценить значение большего числа факторов, например доступность медицинской помощи и клиническую тяжесть заболевания. Несмотря на то что (как было указано во введении) в ряде исследований выявлена корреляция между самооценкой здоровья и объективными данными о наличии хронических заболеваний, в других исследованиях отмечалось: представления пациентов о своем здоровье не всегда соответствуют их объективному состоянию здоровья и инвалидности [13].

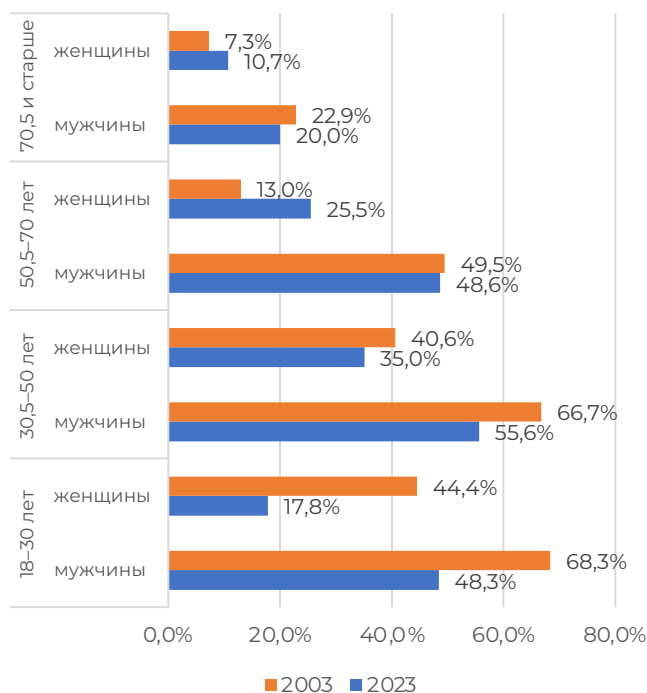


Рис. 2 – Частота курения среди респондентов различных возрастных групп (2003 и 2023 гг.)

Fig. 2 – Smoking frequency among respondents of different age groups (2003 and 2023)

Составлено авторами по данным исследования.
Compiled by the authors based on research data.

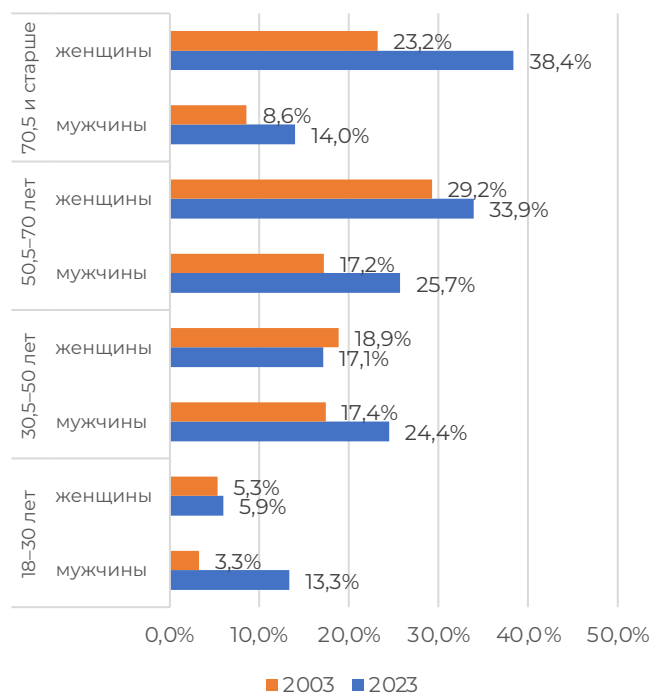


Рис. 3 – Ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²) среди респондентов различных возрастных групп (2003 и 2023 гг.)

Fig. 3 – Obesity (BMI ≥ 30 kg/m²) among respondents of different age groups (2003 and 2023)

Составлено авторами по данным исследования.
Compiled by the authors based on research data.

Таблица 3 – Факторы, связанные с оценкой здоровья как «хорошее и очень хорошее»
Table 3 – Factors associated with assessing health as 'good and very good'

Фактор	Р	ОШ	95% доверительный интервал	
			Нижняя	Верхняя
Возраст (каждый дополнительный год)	<0,0001	0,94	0,93	0,95
Пол (женский)	0,001	0,69	0,57	0,85
2023 г. по отношению к 2003 г.	<0,0001	1,91	1,54	2,36
Два и более заболевания	<0,0001	0,12	0,05	0,28

Составлено авторами по данным исследования.
 Compiled by the authors based on research data.

На основании полученных данных невозможно объяснить существенные различия в самооценке здоровья пожилых людей, проживающих в Москве и, например, в Израиле (по данным исследования L. Orenstein с соавт., средний возраст составил $72,9 \pm 7,4$ года, а доля тех, кто оценивал свое здоровье, как «хорошее и отличное», составило 43,7%, а «плохое и очень плохое» – 24,4%) [14]. Можно предположить, что значительные различия в самооценке своего здоровья между данными опроса пожилых респондентов Москвы и Израиля обусловлены не только функциональными физическими возможностями респондентов, тяжестью болезней и объективным показателям здоровья, но факторами, отражающими взаимодействие индивидуума с окружающей средой и включенными в перечень ВОЗ, показателями, обуславливающими здоровье. Таким образом, с нашей точки зрения, в дальнейшем целесообразно провести исследование как с клинической объективизацией состояния здоровья, так и во взаимосвязи с показателями городской среды (жилье, работа, места для прогулок и активного образа жизни, качество продуктов питания, социально-экономическое благополучие и т.д.). Исследования свидетельствуют, что по мере роста и расширения городов данная среда будет играть все более важную роль в глобальном состоянии здоровья, здравоохранении и устойчивом развитии [15, 16]. Так, улучшение здоровья в городской среде достигается за счет баланса инфраструктуры, низкого уровня загрязнения воздуха, взаимодействия систем здравоохранения и социальной среды. Например, в Москве реализация программы благоустройства улиц и парков («Моя улица») привела к улучшению качества городской среды: пространства для встреч и досуга, удобные пешеходные маршруты укрепляют социальные связи, способствуя улучшению физического и психического здоровья; новые транспортные системы уменьшают пробки и время в пути, снижая уровень стресса; использование общественного транспорта помогает снизить

выбросы вредных веществ в атмосферу. В дальнейших исследованиях целесообразно оценить влияние инфраструктуры, изменение качества жизни, доступности и эффективности системы здравоохранения на состояние здоровья населения.

Несмотря на увеличение среднего возраста выборки (что, вероятно, отражает общую тенденцию старения населения), увеличение частоты положительных ответов о наличии СД и АГ, отмечено уменьшение почти на 1,5% распространенности ИМ. Это может свидетельствовать как о снижении заболеваемости ИМ в популяции, так и увеличении продолжительности жизни лиц, перенесших ИМ. То есть распространенность определяют два разнонаправленных процесса: появление новых случаев и выживаемость или смерть лиц с острым или перенесенным ИМ. На оба показателя, вероятно, оказывают влияние на внедрение программ первичной и вторичной профилактики и организацию процессов лечения пациентов с ИМ. В отличие от ИМ такой тенденции не отмечается по частоте положительных ответов о перенесенном остром нарушении мозгового кровообращения (ОНМК): в 2023 г. доля положительных ответов была выше, чем в 2003 г., но в 2023 г. снизилась по сравнению с 2003 г. Возможно, на частоту положительных ответов о перенесенном ОНМК повлияло изменение критериев (и методов) диагностики данного заболевания, и процессы возникновения (диагностики) новых случаев и продолжительности жизни после острого периода отличались от аналогичных процессов при ИМ. Поэтому полученные результаты, с нашей точки зрения, нуждаются в дальнейшем изучении на основе клинических данных регистров. Увеличение доли лиц, положительно ответивших о наличии сахарного диабета, онкологического заболевания, хронических заболеваний легких, АГ и наличия двух и более заболеваний, вероятно, обусловлено как старением популяции, так и лучшей выявляемостью данных заболеваний за счет внедрения про-

грамм диспансеризации и лучшей доступности медицинской помощи.

Обращает на себя внимание значительное сокращение доли респондентов, ответивших положительно на вопрос о курении на фоне увеличения доли респондентов с ожирением (ИМТ ≥ 30). Полученные результаты совпадают с результатами исследования, проведенного в Германии с 2003 по 2023 г.: распространенность ожирения (по данным опроса населения) увеличилась с 12,2 до 19,7%, а распространенность курения снизилась с 32,1 до 28,8%, особенно среди молодежи. По мнению авторов, результаты совпадают с общемировой тенденцией и подтверждают результаты других исследований, в которых было показано, что отказ от курения способствует росту ожирения (у тех, кто бросил курить, за 21 год наблюдался больший прирост ИМТ по сравнению с теми, кто курить продолжал ($p < 0,0001$)) [17]. Точный механизм данного явления до сих пор не до конца изучен, но считается, что проблемы с весом следует учитывать при лечении табачной зависимости. Предоставление информации и программы по коррекции веса после отказа от курения могут иметь важное значение для снижения вероятности рецидива привычки курения [18].

Ограничение исследования

Результаты основаны на данных опроса репрезентативной выборки населения и не подтверждены клиническими данными.

Заключение

Проведенный анализ выявил улучшение показателей самооценки здоровья и увеличение доли оценивающих состояние своего здоровья как «очень хорошее» и «хорошее», что с определенной степенью вероятности может свидетельствовать об улучшении «общественного здоровья» жителей Москвы. Можно предположить, что такая тенденция связана с процессами формирования здорового образа жизни, лучшей организацией профилактической работы, появлением и широким применением новых методов лечения, способствующих улучшению качества жизни даже при наличии нескольких хронических заболеваний.

Выявлено снижение частоты положительных ответов на вопрос о перенесенном ИМ при одновременном увеличении частоты сахарного диабета, онкологической патологии, АГ, сочетания двух и более заболеваний. Увеличение частоты респондентов с ИМТ более 30 произошло на фоне снижения частоты курения. Анализ данных опросов репрезентативных выборок населения, по-видимому, может играть важную роль в оценке динамики происходящих процессов, связанных со здоровьем населения, обоснования потребности в отдельных видах медицинской помощи и планировании лекарственного обеспечения. В последующем интерес представляет организация исследований, в которых было бы представлено сравнение самооценки здоровья с врачебными оценками (по такой же пятибалльной шкале) состояния здоровья и причины различий.

Список литературы

1. Withers M. Global health in an increasingly urban world. *Journal of Public Health and Emergency*. 2022;6. <https://doi.org/10.21037/jphe-22-59>
2. Щур А.Е., Тимонин С.А. Центр-периферийные различия продолжительности жизни в России: региональный анализ. *Демографическое обозрение*. 2021;7(5):63-83. <https://doi.org/10.17323/demreview.v7i5.13198>
3. Yang J., Siri J.G., Remais J.V. et al. The Tsinghua-Lancet Commission on Healthy Cities in China: unlocking the power of cities for a healthy China. *The Lancet*. 2018;391(10135):2140-2184. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30486-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30486-0)
4. Shchur A., Shkolnikov V., Timonin S. et al. Where Do People Live Longer in Russia in the 21st century? Life Expectancy across Urban and Rural areas. *Population and Development Review*. 2021;47(4):1049-1074. <https://doi.org/10.1111/padr.12437>
5. Song J., Liu L., Miao H. et al. Urban health advantage and penalty in aging populations: a comparative study across major megacities in China. *The Lancet Regional Health – Western Pacific*. 2024;48:101112. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2024.101112>
6. Ji J.S., Chen R., Zhao B. Megacity, Microscale Livable Space, and Major Depression. *JAMA Network Open*. 2021;4(10):e2130941. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.30941>

7. Васильева Т.П., Москвичева Л.И., Бенеславская О.А. и др. Готовность участников к межсекторальному здоровьесбережению населения мегаполиса. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(S2):1159-1164. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s2-1159-1164>
8. Ziafati Bafarasat A., Sharifi A. How to Achieve a Healthy City: a Scoping Review with Ten City Examples. *Journal of Urban Health*. 2024;101(1):120-140. <https://doi.org/10.1007/s11524-023-00798-9>
9. Старшинин А.В., Гречушкина Н.А., Покусаев А.С. Индекс здоровья населения регионов России по ключевым показателям ЦУР. *Здоровье мегаполиса*. 2024;5(3):4-16. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2024.v5i3;4-16>
10. World Health Organization. Basic documents. 48th ed. Geneva: World Health Organization; 2014. <https://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf>
11. Baidin V., Gerry C.J., Kaneva M. How Self-Rated is Self-Rated Health? Exploring the Role of Individual and Institutional Factors in Reporting Heterogeneity in Russia. *Social Indicators Research*. 2021;155:675-696. <https://doi.org/10.1007/s11205-020-02604-4>
12. Leonardi M., Lee H., Kostanjsek N. et al. 20 Years of ICF-International Classification of Functioning, Disability and Health: Uses and Applications around the World. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(18):11321. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811321>
13. Kutner J.S., Nowels D.E., Kassner C.T. et al. Confirmation of the “disability paradox” among hospice patients: preservation of quality of life despite physical ailments and psychosocial concerns. *Palliative & Supportive Care*. 2003;1(3):231-237. <https://doi.org/10.1017/S1478951503030281>
14. Orenstein L., Chetrit A., Laufer K., Dankner R. A Prospective Study on Potentially Inappropriate Drug Use and All-Cause Mortality in Community-Dwelling Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2025;73:2828-2838. <https://doi.org/10.1111/jgs.70002>
15. Rangel M.A., Tomé R. Health and the Megacity: Urban Congestion, Air Pollution, and Birth Outcomes in Brazil. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(3):1151. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031151>
16. Карпачев Н.Е., Горячев В.С., Баженова С.А. Социальные детерминанты охраны здоровья в России: вызовы и предполагаемые направления решения. *Здоровье мегаполиса*. 2025;6(2):111-120. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v6i2;111-120>
17. Løvstetten O., Njølstad I., Wilsgaard T. et al. Is the ongoing obesity epidemic partly explained by concurrent decline in cigarette smoking? Insights from a longitudinal population study. The Tromsø Study 1994-2016. *Preventive Medicine*. 2021;147:106533. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106533>
18. Borrell L.N., Echeverria S.E. The clustering effects of current smoking status, overweight/obesity, and physical inactivity with all-cause and cause-specific mortality risks in U.S. adults. *Preventive Medicine Reports*. 2024;42:102742. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2024.102742>

References

1. Withers M. Global Health in an Increasingly Urban World. *Journal of Public Health and Emergency*. 2022;6. <https://doi.org/10.21037/jphe-22-59>
2. Shchur A.E., Timonin S.A. Center-Peripheral Differences in Life Expectancy in Russia: a Regional Analysis. *Demographic Review*. 2021;7(5):63-83. <https://doi.org/10.17323/demreview.v7i5.13198>
3. Yang J., Siri J.G., Remais J.V. et al. The Tsinghua-Lancet Commission on Healthy Cities in China: Unlocking the Power of Cities for a Healthy China. *The Lancet*. 2018;391(10135):2140-2184. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30486-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30486-0)
4. Shchur A., Shkolnikov V. M., Timonin S. et al. Where Do People Live Longer in Russia in the 21st Century? Life Expectancy across Urban and Rural Areas. *Population and Development Review*. 2021;47(4):1049-1074. <https://doi.org/10.1111/padr.12437>

5. Song J., Liu L., Miao H. et al. Urban Health Advantage and Penalty in Aging Populations: a Comparative Study Across Major Megacities in China. *The Lancet Regional Health – Western Pacific*. 2024;48:101112. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2024.101112>
6. Ji J.S., Chen R., Zhao B. Megacity, Microscale Livable Space, and Major Depression. *JAMA Network Open*. 2021;4(10):e2130941. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.30941>
7. Vasilyeva T.P., Moskvicheva L.I., Benislavskaya O.A. et al. Readiness for Intersectoral Cooperation to Preserve Health of Megalopolis Population. *Problemy sotsial'noi gigieny, zdravookhraneniia i istorii meditsiny*. 2023;31(S2):1159-1164. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s2-1159-1164> (In Russ.)
8. Ziafati Bafarasat A., Sharifi A. How to Achieve a Healthy City: a Scoping Review with Ten City Examples. *Journal of Urban Health*. 2024;101(1):120-140. <https://doi.org/10.1007/s11524-023-00798-9>
9. Starshinin A.V., Grechushkina N.A., Pokusaev A.S. Population Health Index of Russian Regions in the Context of SDG Key Indicators. *City Healthcare*. 2024;5(3):4-16. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2024.v.5i3;4-16> (In Russ.)
10. World Health Organization. Basic documents. 48th ed. Geneva: World Health Organization. 2014. <https://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf>
11. Baidin V., Gerry C.J., Kaneva M. How Self-Rated is Self-Rated Health? Exploring the Role of Individual and Institutional Factors in Reporting Heterogeneity in Russia. *Social Indicators Research*. 2021;155:675-696. <https://doi.org/10.1007/s11205-020-02604-4>
12. Leonardi M., Lee H., Kostanjsek N. et al. 20 Years of ICF-International Classification of Functioning, Disability and Health: Uses and Applications around the World. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(18):11321. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811321>
13. Kutner J.S., Nowels D.E., Kassner C.T. et al. Confirmation of the “Disability Paradox” among Hospice Patients: Preservation of Quality of Life Despite Physical Ailments and Psychosocial Concerns. *Palliative and Supportive Care*. 2003;1(3):231-237. <https://doi.org/10.1017/S1478951503030281>
14. Orenstein L., Chetrit A., Laufer K., Dankner R. A Prospective Study on Potentially Inappropriate Drug Use and All-Cause Mortality in Community-Dwelling Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2025;73:2828-2838. <https://doi.org/10.1111/jgs.70002>
15. Rangel M.A., Tomé R. Health and the Megacity: Urban Congestion, Air Pollution, and Birth Outcomes in Brazil. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(3):1151. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031151>
16. Karpachev N.E., Goryachev V.S., Bazhenova S.A. Social Determinants of Health Protection in Russia: Challenges and Proposed Solutions. *City Healthcare*. 2025;6(2):111-120. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i2;111-120> (In Russ.)
17. Løvsletten O., Njølstad I., Wilsgaard T. et al. Is the Ongoing Obesity Epidemic Partly Explained by Concurrent Decline in Cigarette Smoking? Insights from a Longitudinal Population Study. The Tromsø Study 1994-2016. *Preventive Medicine*. 2021;147:106533. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106533>
18. Borrell L.N., Echeverria S.E. The Clustering Effects of Current Smoking Status, Overweight/Obesity, and Physical Inactivity with All-Cause and Cause-Specific Mortality Risks in U.S. Adults. *Preventive Medicine Reports*. 2024;42:102742. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2024.102742>

Информация о статье

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Article info

Conflict of interest: the authors declare that there is no conflict of interest.

Funding: the authors received no financial support for the research.

Сведения об авторах

Какорина Екатерина Петровна – д-р мед. наук, профессор, заместитель директора ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт им. В.Ф. Владимирского», <https://orcid.org/0000-0001-6033-5564>

Самородская Ирина Владимировна – д-р мед. наук, профессор ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт им. В.Ф. Владимирского», <https://orcid.org/0000-0001-9320-1503>

Вклад авторов

Е.П. Какорина, И.В. Самородская – идея исследования, обсуждение концепта, подборка и анализ материала, написание текста, редактирование рукописи. Все авторы согласовали окончательную версию статьи.

Для корреспонденции

Самородская Ирина Владимировна
samor2000@yandex.ru

Статья поступила 11.09.2025
Принята к печати 01.12.2025
Опубликована 15.12.2025

About the authors

Ekaterina P. Kakorina – Dr. Sci. in Medicine, Professor, Deputy Director, Moscow Regional Research and Clinical Institute ("MONIKI"), <https://orcid.org/0000-0001-6033-5564>

Irina V. Samorodskaya – Dr. Sci. in Medicine, Professor, Moscow Regional Research and Clinical Institute ("MONIKI"), <https://orcid.org/0000-0001-9320-1503>

Authors' contributions

E.P. Kakorina, I.V. Samorodskaya – research concept and design, concept discussion, selection and analysis of material, text writing, editorial staff. All the authors approved the final version of the article.

Corresponding author

Irina V. Samorodskaya
samor2000@yandex.ru

Received 11.09.2025
Accepted for publication 01.12.2025
Published 15.12.2025