



Обзорная сводка о состоянии здоровья
в Российской Федерации
2005

Обзорные сводки о состоянии здоровья в странах содержат краткий обзор последних данных о смертности, заболеваемости и воздействии факторов риска на население, а также анализ динамики показателей. Обзорные сводки проводят параллели между фактическими данными на уровне стран и политикой в области общественного здравоохранения, разрабатываемой Европейским региональным бюро ВОЗ и другими профильными организациями. Обзорные сводки составляются Отделением информации здравоохранения Европейского регионального бюро ВОЗ в сотрудничестве с государствами-членами и не являются официальными публикациями статистических данных.

В каждой сводке везде, где можно, приводится сравнение страны с референс-группой. Для данной сводки в качестве референс-группы выступают 25 стран с низкими показателями детской смертности и низкими либо высокими показателями смертности среди взрослых (группа Евр-В+С по классификации ВОЗ). Группа Евр-В+С включает следующие страны: Азербайджан, Албания, Армения, Беларусь, Болгария, Босния и Герцеговина, Бывшая Югославская Республика Македония, Венгрия, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Польша, Республика Молдова, Российская Федерация, Румыния, Сербия и Черногория, Словакия, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан, Украина, Эстония.

Для обеспечения максимальной достоверности сравнений данные, как правило, берутся из одного и того же источника, что является гарантией того, что они были обработаны и гармонизированы однотипным образом. За исключением специально оговоренных случаев источником приводимых в сводках данных является Европейская база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ. Для других данных и сведений указаны их источники.

Ключевые слова

HEALTH STATUS
BURDEN OF DISEASE
COMPARATIVE STUDY
RUSSIAN FEDERATION

EUR/05/5046415P
<http://www.euro.who.int/highlights>

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запрос на документацию, информацию о здоровье и здравоохранении или на получение разрешения на цитирование или перевод можно заполнить в режиме он-лайн на веб-сайте Европейского регионального бюро ВОЗ по адресу: <http://www.euro.who.int/pubrequest>

© Всемирная организация здравоохранения, 2006 г.

Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Там, где в заголовках таблиц используется обозначение “страна или район”, оно охватывает страны, территории, города или районы. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Содержание

Стр.

Резюме: основные фактические данные и стратегические соображения.....	1
Избранная демографическая и социально-экономическая информация.....	3
Профиль населения	3
Социально-экономические показатели.....	4
Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) и ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ).....	7
Бремя болезней.....	11
Основные виды нарушений здоровья.....	11
Основные факторы риска.....	12
Смертность.....	12
Младенческая, неонатальная и детская смертность.....	12
Материнская смертность	14
Избыточная смертность	15
Основные причины смерти.....	16
Библиография.....	22
Приложения.....	24
<i>Приложение. Возрастная пирамида</i>	<i>24</i>
<i>Приложение. Отдельные показатели смертности</i>	<i>25</i>
<i>Приложение. Детальные данные о смертности</i>	<i>26</i>
Технические примечания.....	29
Словарь терминов.....	32

Резюме: основные фактические данные и стратегические соображения

Ожидаемая продолжительность жизни

По оценкам ВОЗ, жители Российской Федерации, родившиеся в 2003 г., могут рассчитывать прожить в среднем 65 лет (женщины – 72 года, мужчины – 58 лет). Это приблизительно на 4 года меньше по сравнению со средними показателями по Евр-В+С и на 14 лет меньше, чем в среднем по Евр-А. Разброс между максимальными и минимальными значениями ожидаемой продолжительности жизни среди 89 административно-территориальных единиц страны достигает примерно 20 лет. В 2003 г. в Российской Федерации был отмечен самый высокий в Регионе уровень смертности населения, особенно среди лиц среднего возраста.

По оценкам ВОЗ, средняя ожидаемая продолжительность здоровой жизни в Российской Федерации примерно на 2 года меньше, чем в среднем в Евр-В+С. По этому показателю отмечается самая выраженная в Европейском регионе разница между мужчинами и женщинами (11,5 лет). Наиболее существенная доля бремени болезней среди мужчин приходится на сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) и непреднамеренные травмы; преобладающие факторы риска – алкоголь и табак. Среди женщин наиболее тяжелое бремя болезней обусловлено ССЗ и нервно-психическими расстройствами. Основные факторы риска для женщин – повышенное артериальное давление и высокий уровень холестерина.

По мере того как продолжительность жизни растет, позитивные изменения образа жизни пожилых людей могут способствовать увеличению числа лет, прожитых в состоянии здоровья. Соответственно, системы здравоохранения должны уделять больше внимания вопросам оказания гериатрической помощи, профилактики и лечения хронических болезней, более систематической организации оказания долгосрочной помощи при хронических заболеваниях и инвалидности. Поскольку люди стали жить дольше, необходимо принимать меры по укреплению здоровья и профилактике болезней среди лиц трудоспособного возраста.

Ageing and employment policies (OECD, 2004)

Каковы основные факторы риска, приводящие к инвалидности в престарелом возрасте, и как можно предупредить инвалидность? (Health Evidence Network, 2003a)

Младенческая смертность

В 2003 г. показатели младенческой смертности в Российской Федерации были ниже, чем в среднем по Евр-В+С; за период с 1995 г. они упали на 27%. Этот же период отмечен и снижением неонатальной смертности – примерно на одну треть. По оценочным показателям, смертность детей в возрасте до 5 лет составляет от 15 до 16 на 1000 живорожденных, что соответствует Целям в области развития, сформулированным в Декларации тысячелетия (ЦРТ).

Одним из важнейших аспектов медицинского обслуживания является оказание дородовой помощи. Однако ее стоимость может быть неадекватно высокой, предпринимаемые вмешательства порой слишком интенсивны, проводятся без явной необходимости и не обладают доказанной эффективностью. Имеется упрощенная модель оказания дородовой помощи, основанная на применении мер с объективно подтвержденным положительным эффектом.

Managing newborn problems: a guide for doctors, nurses and midwives (WHO, 2003a)

Какова действенность/эффективность, и каковы финансовые и организационные аспекты дородовой помощи? (Health Evidence Network, 2003b)

The WHO reproductive health library, version 6 (WHO, 2003b)

Материнская смертность

В течение 1990–2002 гг. материнская смертность в Российской Федерации вначале повышалась (с 1990 по 1994 г.), а затем стала уменьшаться и к 2002 г. упала ниже уровня 1990 г. Чуть более 20% случаев материнской смертности, зарегистрированных в 2003 г., были связаны с абортom. Для того

чтобы достичь к 2015 г. цели, поставленной в Декларации тысячелетия, стране необходимо добиться снижения материнской смертности еще на 64%.

Крайне необходимо, чтобы страны предприняли конкретные действия по обеспечению женщин доступом к адекватной медико-санитарной помощи во время беременности и родов. Это даже более важно, чем формальное достижение Целей в области развития (поставленных в Декларации тысячелетия) в отношении уровня материнской смертности. В этом направлении уже имеются инициативы, основанные на фактических данных, с доказанной эффективностью по снижению уровня материнской смертности.

The WHO reproductive health library, version 6 (WHO, 2003b)

Основные причины смерти

По данным за 2003 г., в Российской Федерации отмечалась более высокая смертность по сравнению с 1981 г., как среди мужчин, так и среди женщин, во всех возрастных группах, за исключением детей (0–14 лет). Показатели смертности в целом прикл. на 20% выше средних значений для Евр-В+С и почти в 2,5 раза выше, чем аналогичные показатели в странах Евр-А.

В 2002 г. около 76% всех случаев смерти в Российской Федерации были обусловлены неинфекционной патологией. Инфекционные болезни составляли менее 2%, однако в интенсивном выражении уровень смертности от них был на 20% выше, чем в среднем в Евр-В+С, и на 200% выше, чем в Евр-А.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) обусловили в 2003 г. 56% всех случаев смерти, ишемическая болезнь сердца – 26%. Показатели смертности от ССЗ во всех возрастных группах превышают соответствующие средние значения по Евр-В+С. При этом ССЗ являются в 3,5 раза более частой причиной смерти в Российской Федерации, чем в среднем в странах Евр-А.

Российская Федерация переживает эпидемию травматизма и насилия. Наиболее значительная причина избыточной смертности в стране по сравнению со средними показателями Евр-В+С – преднамеренные и непреднамеренные травмы. В 2003 г. суммарный уровень смертности от этих причин в 1,6 раз превышал средние значения для Евр-В+С и был в 5,6 раз выше, чем в странах Евр-А. Регистрируется высокий уровень смертности от случайных отравлений, что, по всей вероятности, связано с потреблением алкоголя.

Профилактические мероприятия, проводимые в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи, могут способствовать снижению общего уровня смертности и преждевременной смертности, особенно от ССЗ.

Стратегия предупреждения хронических заболеваний в Европе: основное внимание – действиям общества по укреплению общественного здоровья: видение стратегии с позиций CINDI (WHO Regional Office for Europe, 2004a)

К созданию европейской стратегии борьбы с неинфекционными болезнями (WHO Regional Office for Europe, 2004b)

Каковы преимущества и недостатки реструктурирования системы здравоохранения в целях ее большей ориентации на службы первичной медико-санитарной помощи? (Health Evidence Network, 2004)

Избранная демографическая и социально-экономическая информация

Профиль населения

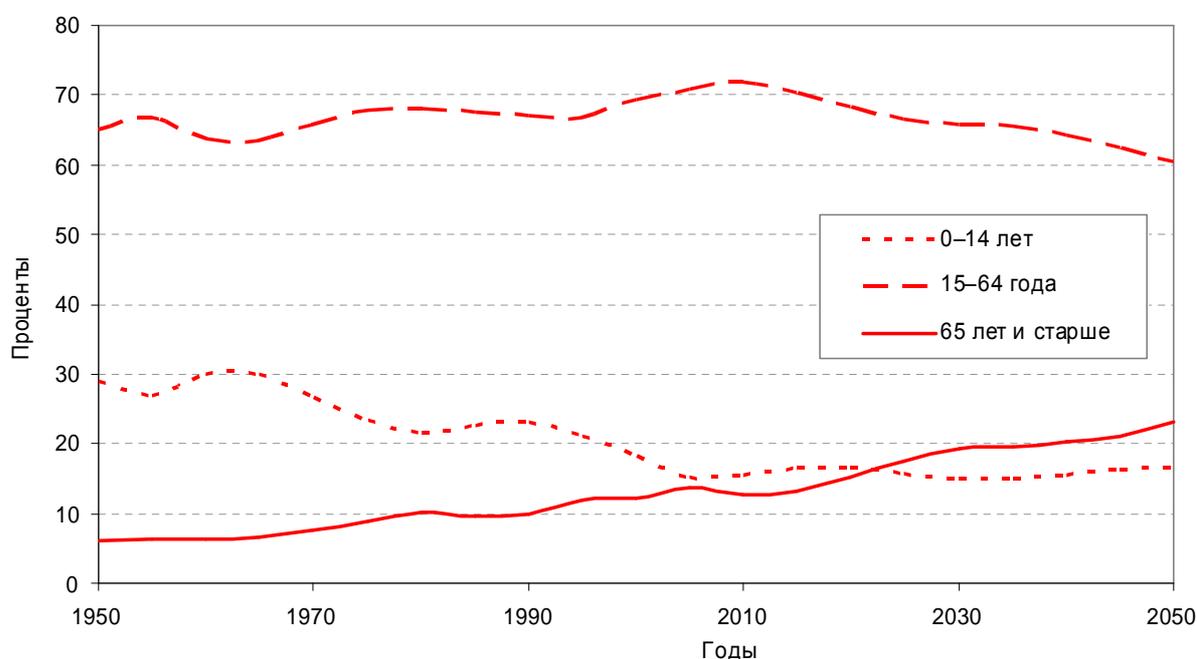
По данным на 1 января 2004 г., в Российской Федерации постоянно проживало 144,2 млн человек (Council of Europe, 2005).

За период 2000–2005 гг. суммарный коэффициент фертильности составил 1,1 (для обеспечения стабильной численности населения он должен превышать 2,1).

В 2003 г. в Российской Федерации был отмечен самый высокий в Регионе общий уровень смертности – 16,4 на 1000 населения, что на 46% выше по сравнению с 1990 г. Особенно высока смертность среди людей среднего возраста. Особенности структуры смертности в сочетании с низкой фертильностью объясняют тот парадокс, что в Российской Федерации, несмотря на относительно низкие цифры ожидаемой продолжительности жизни, нарастающими темпами происходит старение населения.

Поскольку смертность превышает рождаемость, в стране отмечается естественная убыль населения, которую не может полностью компенсировать имеющийся миграционный прирост. За период с 1992 г. численность населения сократилась на 4,1 млн человек, или на 2,8%. В соответствии с демографическими прогнозами, до 2016 г., когда ситуация предположительно стабилизируется, численность постоянного населения снизится еще на 5–6%. К этому времени каждый пятый житель страны будет в возрасте 60 лет или старше (Приложение. Возрастная пирамида).

Процентное соотношение численности населения в возрастных группах 0–14 лет, 15–64 года и 65 лет и старше в Российской Федерации с 1950 г. по 2050 г. (прогноз)



Источник: United Nations (2005).

Отдельные демографические показатели в Российской Федерации и Евр-В+С
за 2003 г. или за последний год, за который имеются сведения

Показатели	Российская Федерация	Евр-В+С		
		В среднем	Минимум	Максимум
Население (в тыс.)	144 565.9	–	–	–
0–14 лет (%)	15.8	–	–	–
15–64 года (%)	70.9	–	–	–
65 лет и старше (%)	13.3	–	–	–
Городское население (%) ^a	73.3	63.7	25.0	73.3
Живорождения (на 1000 чел.)	10.1	12.8	8.6	27.1
Естественный прирост населения (на 1000 чел.)	–6.3	0.8	–7.5	23.0
Миграционный прирост населения (на 1000 чел.)	0.6	1.8	–6.6	2.1

^a 2002 г.

Источники: Council of Europe (2005), WHO Regional office for Europe (2005).

Социально-экономические показатели

Показатели здоровья находятся под влиянием различных факторов, как индивидуальных, так и действующих на уровне семьи и всего населения. Очевидными примерами таких факторов являются характер питания, образ жизни, доступ к чистой воде, санитарии и медико-санитарным услугам. Немаловажную роль при этом играют социально-экономические детерминанты здоровья, которые влияют на степень уязвимости к воздействию факторов риска. Ключевое значение имеют такие параметры, как размер дохода, образовательный уровень и трудоустройство. Хотя все три детерминанты находятся в определенной зависимости друг от друга, они не являются взаимозаменяемыми: каждая из них отражает самостоятельные аспекты социально-экономического статуса населения. Для характеристики ключевых социально-экономических детерминант здоровья используются различные индикаторы.

Доход: абсолютная бедность, относительная бедность и распределение дохода

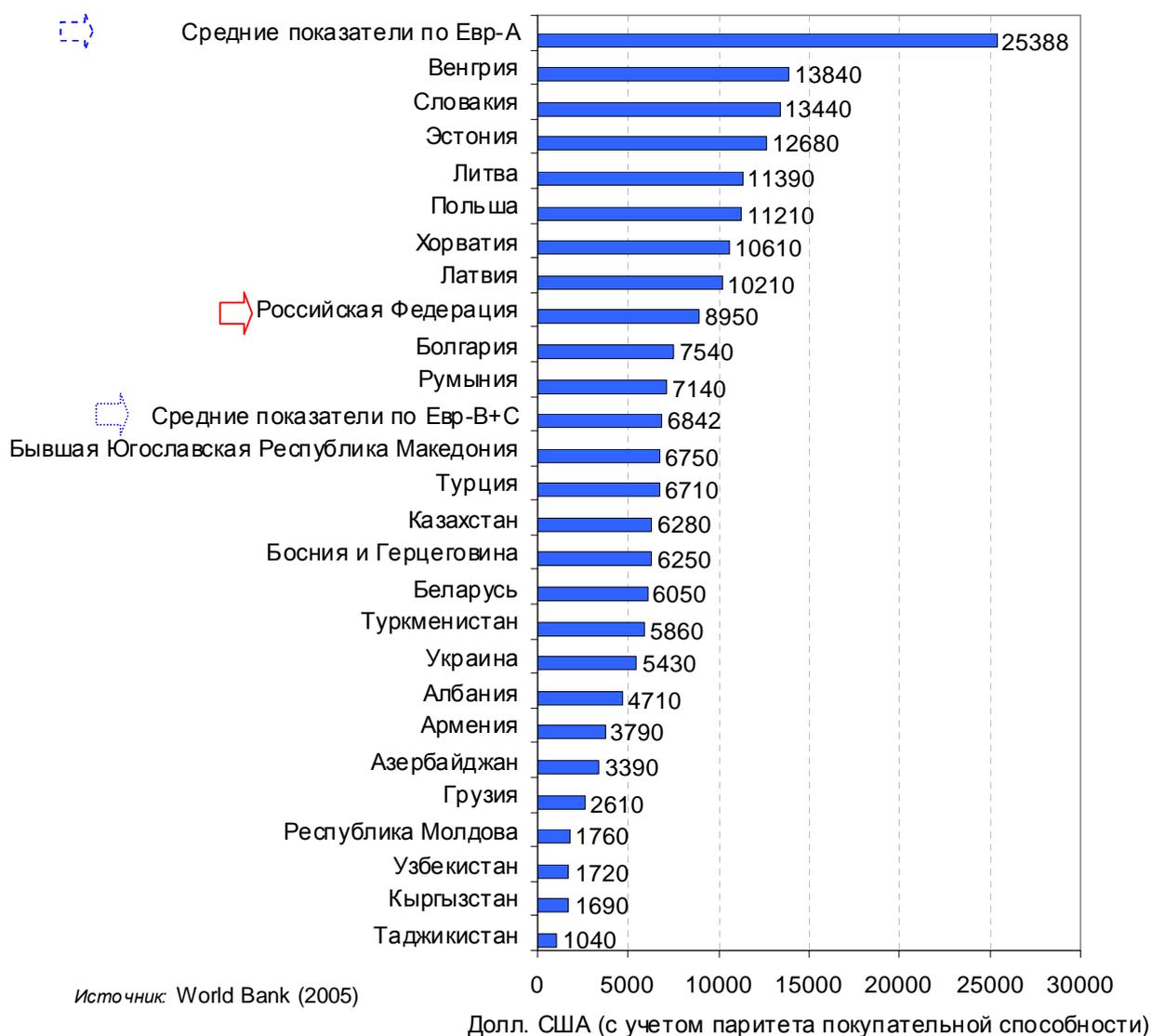
В большинстве стран Содружества Независимых Государств (СНГ) в последние годы отмечается снижение уровня бедности благодаря стремительному и реальному росту валового внутреннего продукта (ВВП) по сравнению с 1995 г., когда экономический кризис в этих странах достигал максимальной остроты. К 1999 г. реальные значения ВВП превышали уровень 1990 г. Динамика многих показателей здоровья населения повторила данную U-образную траекторию экономического спада и последующего восстановления, но с определенным запаздыванием, так что поворотный момент в динамике состояния здоровья в странах СНГ пришелся на 2000 г.

Аналогичным образом во всемирных докладах о развитии человека выделены две различные стадии этого процесса в странах СНГ. Первая стадия (1990-1995) характеризовалась резким ухудшением всех основных индикаторов человеческого развития. На второй стадии (1996-2002) значения индикаторов постепенно возвращались к норме.

Различия в уровне дохода оказывают влияние на здоровье: у представителей бедных слоев населения состояние здоровья в среднем хуже, и они умирают раньше по сравнению с более обеспеченными группами. Люди с достаточно высоким уровнем дохода имеют, например, больше возможностей пользоваться благами и услугами, способствующими улучшению здоровья, включая более здоровую пищу, благоприятные жилищные условия и др.

Валовой национальный доход на душу населения составил в Российской Федерации в 2003 г. 8950 долл. США, что превышает средний уровень для стран Евр-В+С.

Валовой национальный доход на душу населения, 2003 г.



Если доход недостаточен даже для приобретения минимума жизненно необходимых товаров и услуг, то речь идет об абсолютной бедности. В настоящее время для обозначения порога абсолютной бедности Всемирный банк использует уровни дохода в 2,15 и 4,30 долл. США в день на душу населения для стран Европейского региона ВОЗ, соответственно с низким и средним уровнем дохода (используя международные цены 1993 г., приведенные с учетом паритета покупательной способности). Хотя и нет полной определенности в том, что значения порога бедности в одинаковой мере отражают реальные нужды людей в разных странах, Всемирный банк пользуется этими константами в целях сравнительного анализа. Многие страны Европейского региона проводят собственные оценки уровня бедности исходя из стоимости минимальной потребительской корзины, рассчитанной в соответствии с местными условиями.

Эпидемиологические обследования домашних хозяйств, проводимые в Российской Федерации в течение 13 лет, показали, что с 1988 г., когда 5,8% населения жили в условиях абсолютной бедности (из расчета порога бедности – 4,30 долл. США в день), эта доля постоянно росла, достигнув максимума 70,2% в 1998 г. К 2000 г. этот показатель снизился до 57,7%, при этом 23,7% населения не могли тратить на удовлетворение минимальных жизненных потребностей более 2,15 долл. США в день. В ходе последнего опроса, в 2002 г., лишь 7,5% населения сообщили, что они могут тратить на жизнь не более 2,15 долл. США в день (World Bank, 2005).

В тех случаях, когда уровень дохода в определенной степени ниже среднего дохода по стране (обычно на 50%), речь идет об относительной бедности. В экономически высокоразвитых странах относительная бедность является гораздо более распространенным явлением, чем абсолютная. Другой мерой относительной бедности, основанной на оценке уровня дохода, является индекс Гини. Этот показатель отражает степень неравномерности общего распределения доходов (или, в некоторых случаях, потребления). Значение «0» соответствует идеально равномерному распределению, значение «100» – абсолютной неравномерности.

Несмотря на значительные масштабы бедности, значение индекса Гини для Российской Федерации на период 2000–2002 гг. (45,6) было самым высоким среди 25 стран Евр-В+С, представивших данные, что свидетельствует о крайней неравномерности в распределении дохода (World Bank, 2005).

Трудоустройство

Наличие постоянной работы лучше влияет на здоровье, чем ее отсутствие, за исключением ситуаций, когда работа связана с воздействием вредных внешних факторов или с психологическим стрессом. Для оценки доступа людей к возможности зарабатывать деньги и чувствовать себя в безопасности используют такие индикаторы, как средний уровень безработицы по стране в целом и среди отдельных групп населения. Длительное отсутствие работы (в течение года и дольше) повышает уязвимость к факторам риска в отношении здоровья. С увеличением этого периода, социально-экономическое положение человека и членов семьи, находящихся у него на иждивении, может значительно ухудшаться.

Общий уровень безработицы в Российской Федерации в 2001 г. составлял 8,9% по сравнению с 12,9% в среднем по Евр-В+С за тот же период. Следует учитывать, что национальные данные по уровню безработицы основаны на оценочной численности людей, ищущих трудоустройства, и что в разных странах приняты различные определения понятий «трудовые ресурсы» и «безработица». Данных об уровне безработицы среди молодежи за последние годы не имеется (ILO, 2005)

Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) и ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ)

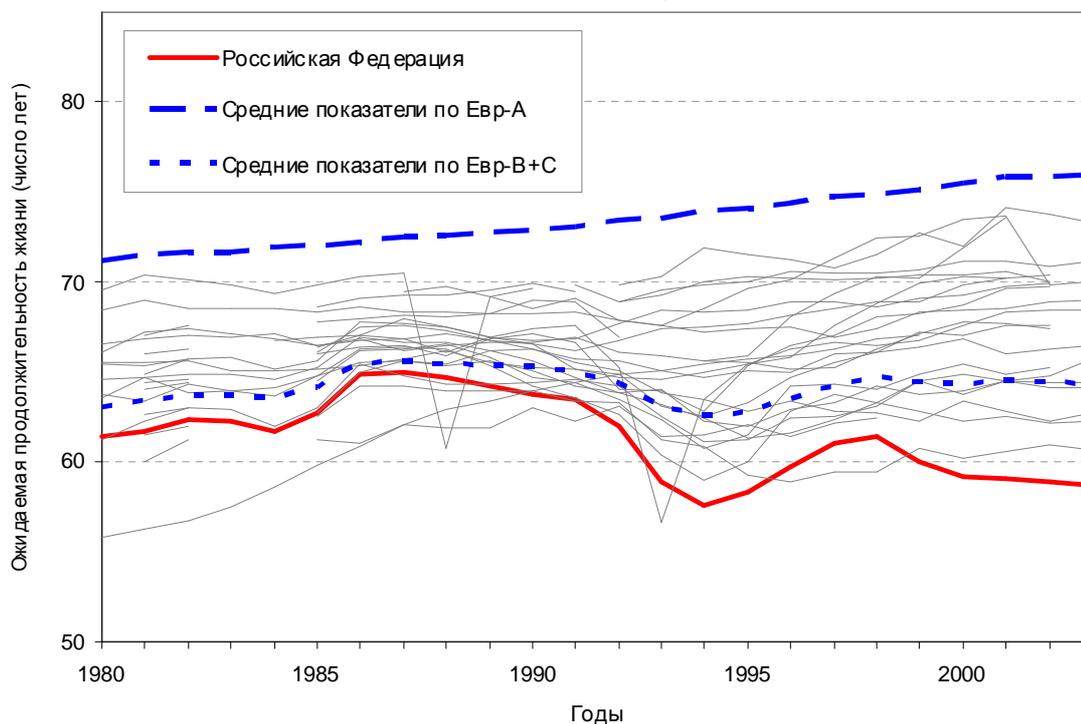
Ожидаемая продолжительность жизни

По расчетным оценкам ВОЗ, основанным не только на официальной статистике государств-членов и позволяющим сравнивать различные страны, жители Российской Федерации, родившиеся в 2003 г., могут рассчитывать прожить в среднем 65 лет (женщины – 72 года, мужчины – 58 лет) (WHO, 2005). Поскольку оценки ВОЗ в основном совпадают с официальными статистическими данными Российской Федерации, именно последние приведены в подавляющем большинстве случаев в настоящей сводке, за исключением показателей материнской и ранней детской смертности, где помимо статистики страны даны также оценочные цифры ВОЗ.

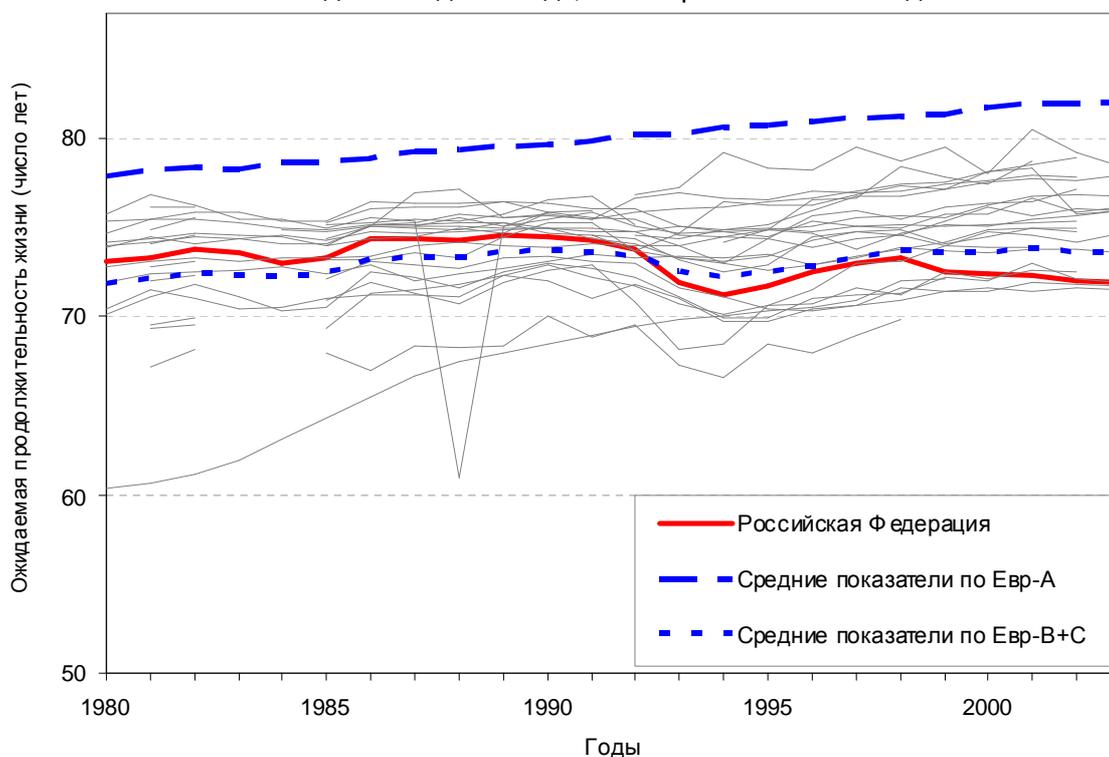
Официальное значение ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) для Российской Федерации составляет 64,9 года (WHO, 2005), что примерно на 4 года меньше, чем в среднем в Евр-В+С (68,7 лет), и на целых 14 лет меньше усреднённых значений для Евр-А (79,0 лет). Российская Федерация имеет самую большую численность населения среди 52 стран Европейского региона ВОЗ и самый низкий официальный уровень ОПЖ. Однако, по оценкам ВОЗ, еще более низкие значения ОПЖ имеют такие страны, как Кыргызстан (63 года), Таджикистан (61 год), Казахстан (61 год) и Туркменистан (60 лет).

Исторически, в период после завершения Второй мировой войны в республиках, входивших тогда в состав СССР, был достигнут значительный рост ОПЖ. Однако к 1965 г. этот рост замедлился, и затем динамика приняла обратный характер, за исключением короткого периода улучшения в конце 1980-х годов, во время так наз. горбачевской антиалкогольной кампании. В течение 1990-х годов происходило дальнейшее ухудшение, и, хотя примерно с 1995 г. значение ОПЖ стало повышаться, к 1999 г. эта позитивная тенденция исчерпала себя и кривая вновь пошла вниз. Это свидетельствует о том, что улучшение экономической ситуации в последние годы не оказало существенного влияния на ОПЖ и другие ключевые показатели здоровья населения. Можно предположить, что застойная ситуация в отношении показателей здоровья отчасти объясняется относительно быстрым усилением неравномерности в распределении доходов в странах бывшего социалистического лагеря в течение 1990-х годов.

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении для мужчин в Российской Федерации, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1980 г. до последнего года, за который имеются сведения



Ожидаемая продолжительность жизни при рождении для женщин в Российской Федерации, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1980 г. до последнего года, за который имеются сведения



Следует также отметить, что существует разброс примерно в 20 лет между максимальными и минимальными значениями ОПЖ среди 89 административно-территориальных единиц страны.

Так, в 2002 г. ОПЖ в Республике Ингушетия (с населением 466 000) составляла 74,8 лет, тогда как значение этого показателя в Республике Тува (с населением 311 000) было всего 55,0 лет.

Лучше понять данную ситуацию помогает сравнительный анализ различий ОПЖ в зависимости от пола, возраста и социально-экономических факторов. ОПЖ для женщин в несколько меньшей степени отличается от соответствующих усредненных значений для Евр-А и Евр-В+С по сравнению с мужчинами. В 2003 г. этот показатель составил 71,9 года, что приблизительно на 1,6 года меньше средних показателей по Евр-В+С и на 10 лет меньше, чем в среднем по Евр-А. (Наилучшим показателем среди стран Евр-В+С обладает Польша – 78,9 лет). Официальное значение ОПЖ для мужчин (58,7 лет) – самое низкое в Регионе. Оно на 2 года ниже, чем в следующем за ним Казахстане, на 5,5 лет ниже, чем в среднем по Евр-В+С (64,2 лет), на 17,2 лет ниже усреднённого значения для Евр-А (75,9 лет). Однако, по оценкам ВОЗ, более низкие показатели ОПЖ для мужчин отмечаются в Казахстане (56 лет) и Туркменистане (56 лет). Следует отметить, что соотношение между уровнями ОПЖ для женщин и для мужчин (1,19) – самое высокое в Европейском регионе ВОЗ; для сравнения, в среднем по Евр-В+С это соотношение составляет 1,14, в Евр-А – 1,09.

Повозрастной анализ показывает, что динамика смертности оказывает разнонаправленное влияние на ОПЖ, причем наблюдаемое стойкое снижение детской смертности в определенной степени смягчает негативный эффект растущей смертности среди взрослых в ряде возрастных групп. Так, за период 1981–2003 гг. ОПЖ при рождении уменьшилась на 2,8 года, в то время как ОПЖ для подростков в возрасте 15 лет уменьшилась на 3,8 года. Для сравнения, в странах Евр-А эти показатели увеличились соответственно на 4,1 и 3,5 года. Значение ОПЖ в Российской Федерации для людей в возрасте 65 лет за тот же период уменьшилось на 1,2 года, в то время как в Евр-А оно повысилось на 0,5 года.

Смертность в возрастной группе 0–14 лет составляет 145 на 100 000, что несколько ниже средних показателей по Евр-В+С, однако в три раза выше, чем в Евр-А. Во всех возрастных группах от 15 до 60 лет в Российской Федерации отмечается самый высокий уровень смертности среди стран Европейского региона ВОЗ. Среди людей старше 60 лет смертность носит не настолько экстремальный характер, но все же близка к максимальному уровню в Регионе (Приложение. Детальные данные о смертности). По данным за 2003 г., в Российской Федерации отмечалась более высокая смертность по сравнению с 1981 г., как среди мужчин, так и среди женщин, во всех возрастных группах, за исключением детей (0–14 лет). Масштаб повышения смертности для женщин в возрасте 30–44 лет и для мужчин 30–59 лет составил от 40% до 50%. В возрастной группе 25–64 года смертность среди женщин повысилась на 33%, среди мужчин – на 44%. Соответствующие средние значения по Евр-В+С повысились на 15% для женщин и на 27% для мужчин. В странах Евр-А эти показатели, напротив, снизились на 28% для женщин и на 30% для мужчин.

В целом имеет место системное повышение смертности по всем возрастным группам взрослого населения обоих полов. Эффект преждевременной смертности (до достижения возраста 65 лет) настолько выражен, что, если бы его удалось устранить, ОПЖ повысилась бы на 13,4 лет – наибольший гипотетический прирост в Европейском регионе ВОЗ. Значение этого показателя в среднем для Евр-В+С составляет 10,6 лет, для стран Евр-А – всего 4,6 года.

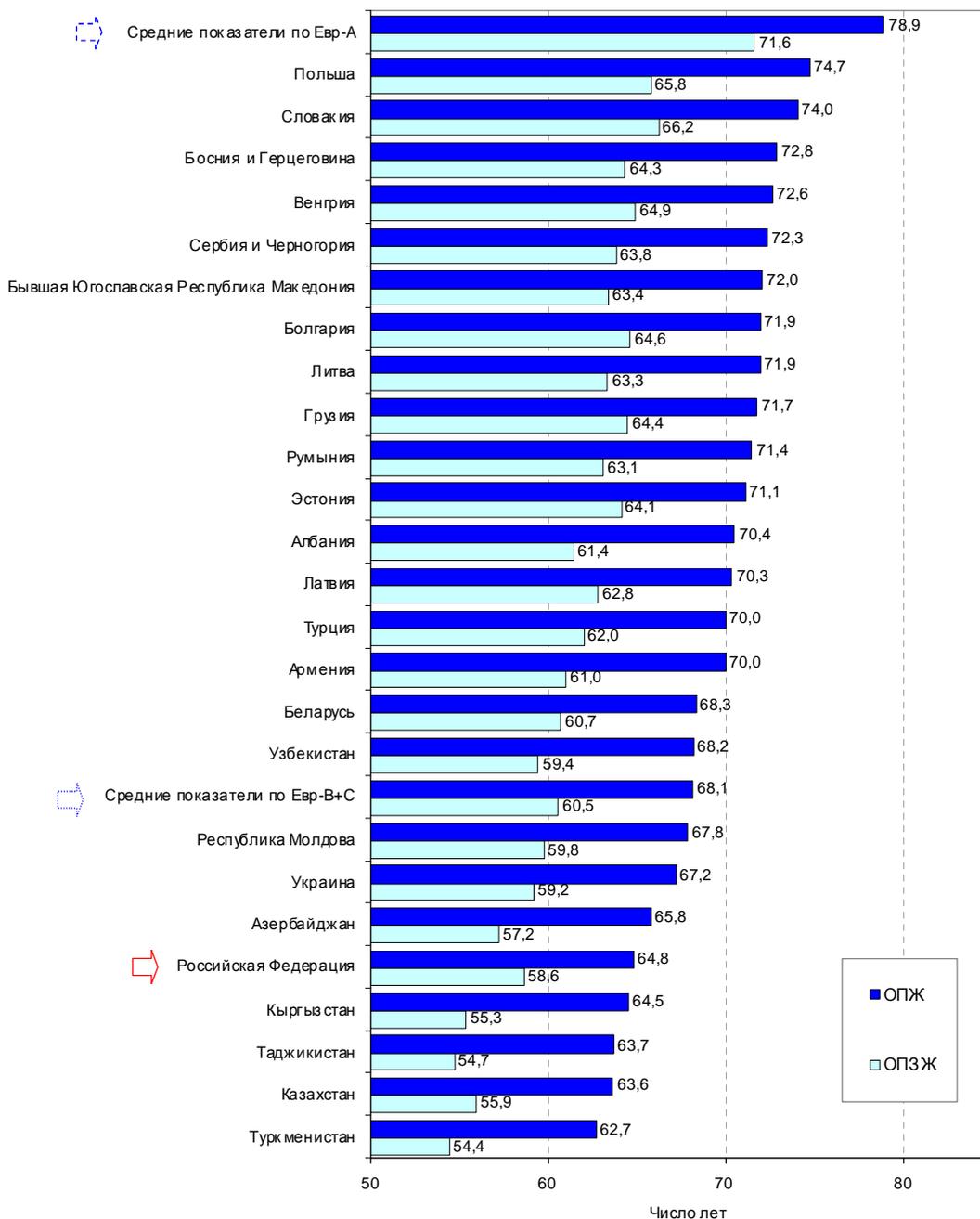
Сведения о показателях смертности в разбивке по социально-экономическим группам носят более скудный характер, однако в ряде исследований продемонстрировано наличие резких различий между группами. Кризис смертности последних десятилетий главным образом повлиял на более уязвимые в социальном отношении слои населения. Среди мужчин с высшим и неполным высшим образованием (13 и более лет обучения), проживающих в городах Российской Федерации, не наблюдалось в период 1975–1997 гг. повышения смертности, ее уровень в этой группе населения соответствовал показателям ряда городов стран Северной Европы (Shkolnikov, 2004).

Описанный феномен повышения смертности в большинстве групп населения, наблюдаемый в течение последних десятилетий в Российской Федерации, до определенной степени проявляется и в соседних странах, особенно входящих в группу Евр-В+С. Причины этого явления, беспрецедентного для мирного времени, еще предстоит изучить. Однако уже сейчас ясно, что

подобный масштаб ухудшения здоровья населения нельзя объяснить только за счет характеристик индивидуального поведения в отношении здоровья и воздействия факторов риска; следует также должным образом учитывать социальные детерминанты здоровья (Lee, 2005).

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни

Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) и ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ), в Российской Федерации, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С, 2002 г.



Источник: WHO (2003с)

Помимо сведений об общей продолжительности жизни, становится все более важно знать об ожидаемой продолжительности жизни, проведенной в состоянии хорошего здоровья. Для этой цели ВОЗ использует относительно новый индикатор – ожидаемую продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ), рассчитываемую на основе ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) за вычетом числа лет, прожитых в состоянии болезни и инвалидности. По оценкам ВОЗ на 2002 г., средняя продолжительность здоровой жизни для населения Российской Федерации составляет

58,4 лет (64,1 года для женщин и 58,4 для мужчин), что примерно на 13,2 лет меньше, чем в среднем по Евр-А (7,3 лет) и на 2,1 года меньше, чем в среднем по Евр-В+С (7,6 лет). Следует, однако, учитывать, что настоящие оценки содержат некоторую долю статистической неопределенности, и поэтому их нельзя рассматривать как абсолютно точные. Наилучшие результаты в Европейском регионе по данному показателю достигнуты в Швеции: 73,3 года (74,8 для женщин, 71,9 для мужчин). Для жителей Российской Федерации в возрасте 60 лет ожидаемая продолжительность здоровой жизни составляет 14,0 лет для женщин и 9,7 лет для мужчин, в то время как в Швеции эти усредненные значения равны соответственно 19,6 и 17,1 годам. Отсюда следует, что ожидаемая продолжительность жизни с теми или иными нарушениями здоровья составляет в Российской Федерации 7,7 лет для женщин и 5,5 лет для мужчин.

Было также показано, что снижение ожидаемой продолжительности здоровой жизни по мере старения происходит в Российской Федерации гораздо быстрее, чем в странах Восточной или Западной Европы, при этом в отношении мужчин этот процесс выражен еще более резко, чем для женщин. Однако среди лиц, доживших до преклонного возраста, женщины имеют гораздо худшие показатели здоровья, чем мужчины (Andreev, 2003).

Все это означает, что жители Российской Федерации не только живут в целом меньше по сравнению с большинством стран Региона, но и в худшем состоянии здоровья. Поэтому представляется особенно важным, чтобы будущее увеличение ОПЖ в Российской Федерации шло параллельно с повышением функционального потенциала населения в целом и качества жизни, связанного со здоровьем.

Бремя болезней

Бремя болезней можно рассматривать как совокупность различий между реальным состоянием здоровья определенного населения и идеальной ситуацией, при которой все люди живут максимально долго, не страдая от болезней и инвалидности. В основе этих различий – преждевременная смертность, инвалидность и другие стойкие расстройства здоровья, а также воздействие ряда факторов риска, способствующих возникновению болезней. Ниже приведен детальный анализ данного бремени болезней. Суммарным индикатором, сочетающим оценку влияния болезней, инвалидности и смертности на состояние здоровья населения, является показатель DALY (утраченные годы здоровой жизни).

Основные виды нарушений здоровья

В помещенной ниже таблице приведены 10 ведущих групп нарушений здоровья (в порядке убывания значимости, отдельно для мужчин и женщин), на которые приходится около 90% всего бремени болезней в Российской Федерации. Самая значительная доля бремени болезней среди лиц обоего пола приходится на сердечно-сосудистые заболевания, на втором месте по значению для мужчин – непреднамеренные травмы, для женщин – нервно-психические расстройства. Поскольку смертность от нервно-психических расстройств невысокая, основная часть обусловленного ими бремени болезней связана с нарушениями повседневной жизнедеятельности таких больных.

Десять ведущих групп стойких нарушений здоровья и инвалидности мужчин и женщин в Российской Федерации (2002 г.), ранжированных в соответствии с их удельным весом в общем числе DALY

Ранг	Мужчины		Женщины	
	Группы стойких нарушений здоровья	Всего DALY (%)	Группы стойких нарушений здоровья	Всего DALY (%)
1	Сердечно-сосудистые заболевания	26,1	Сердечно-сосудистые заболевания	31,2
2	Непреднамеренные травмы	20,6	Нервно-психические расстройства	16,5
3	Нервно-психические расстройства	11,6	Непреднамеренные травмы	9,3
4	Преднамеренные травмы	11,5	Злокачественные новообразования	9,3
5	Злокачественные новообразования	6,9	Болезни органов пищеварения	5,1
6	Инфекционные и паразитарные болезни	6,5	Болезни органов чувств	4,9
7	Болезни органов пищеварения	4,3	Болезни костно-мышечной системы	4,9
8	Болезни органов чувств	2,4	Преднамеренные травмы	3,7
9	Болезни органов дыхания	2,4	Инфекционные и паразитарные болезни	3,2
10	Болезни костно-мышечной системы	1,8	Болезни органов дыхания	2,3

Источник: WHO, 2003с

Основные факторы риска

В помещенной ниже таблице приведены 10 ведущих факторов риска (в порядке убывания значимости, отдельно для мужчин и женщин) в отношении бремени болезней в Российской Федерации. При измерении в DALY максимальное бремя болезней среди мужчин связано с употреблением алкоголя и табака, среди женщин – с повышенным артериальным давлением и высоким уровнем холестерина.

Десять ведущих факторов риска по отношению к бремени болезней в Российской Федерации (2002 г.), ранжированных в соответствии с их удельным весом в общем числе DALY

Ранг	Мужчины		Женщины	
	Факторы риска	Всего DALY (%)	Факторы риска	Всего DALY (%)
1	Алкоголь	22,8	Повышенное артериальное давление	19,6
2	Табак	20,5	Высокий уровень холестерина	12,7
3	Повышенное артериальное давление	14,1	Высокий индекс массы тела	10,7
4	Высокий уровень холестерина	12,0	Недостаточное потребление фруктов и овощей	7,0
5	Высокий индекс массы тела	7,1	Алкоголь	6,8
6	Недостаточное потребление фруктов и овощей	7,0	Недостаточная физическая активность	5,2
7	Недостаточная физическая активность	4,3	Табак	2,5
8	Запрещённые наркотики	2,7	Небезопасный секс	1,8
9	Факторы риска производственного травматизма	1,3	Запрещённые наркотики	1,3
10	Свинец	1,2	Свинец	0,9

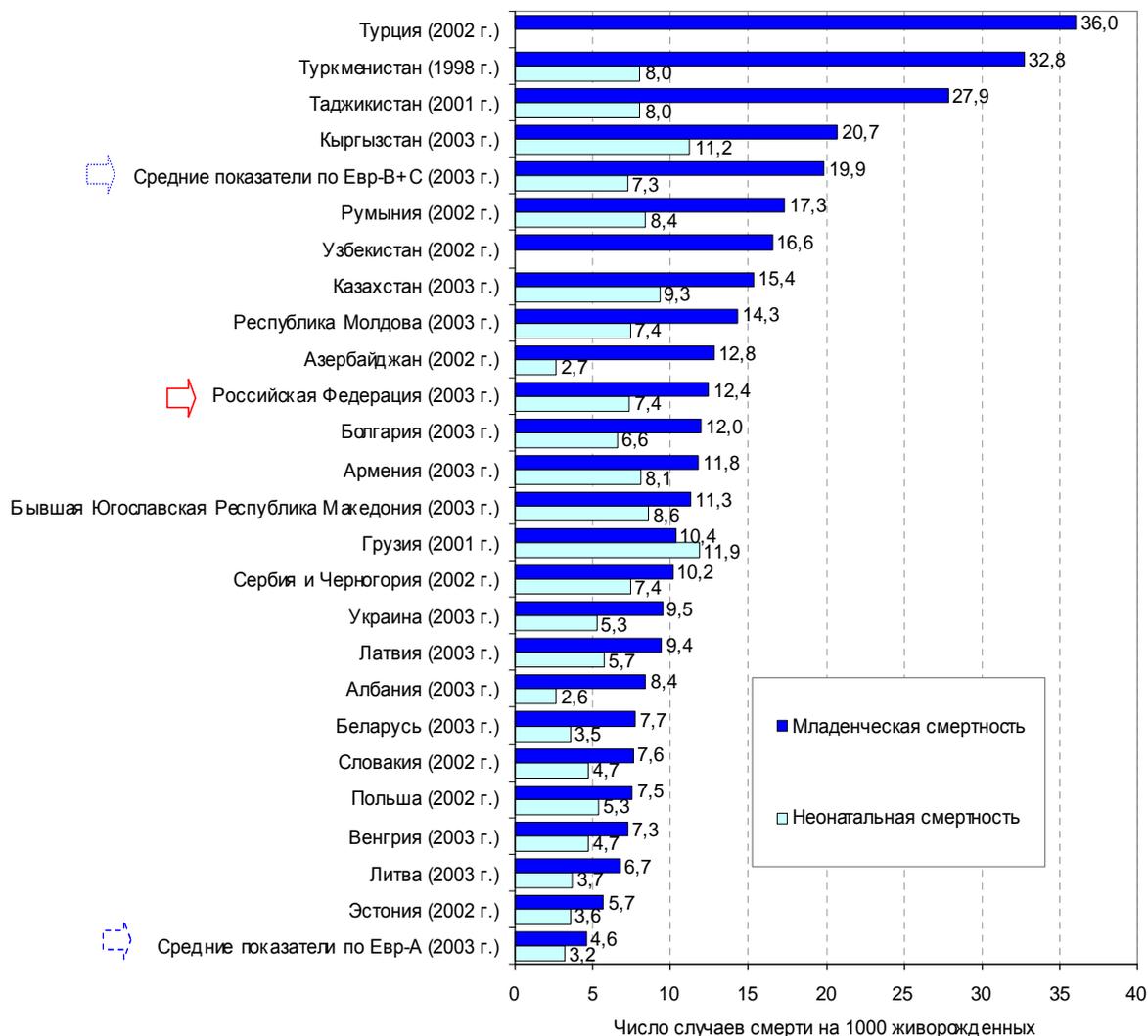
Источник: WHO, 2003с

Смертность

Младенческая, неонатальная и детская смертность

В 2003 г. уровень младенческой смертности в Российской Федерации составлял 12,4 на 1000 живорожденных, что существенно ниже, чем в среднем по Евр-В+С (19,9); наилучшим показателем в этой группе стран обладает Литва (6,7). За период с 1995 по 2003 г. младенческая смертность снизилась на 27%.

Младенческая и неонатальная смертность на 1000 живорожденных в Российской Федерации, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С за последний год, за который имеются сведения



Уровень неонатальной смертности также понизился с 11,0 (1995 г.) до 7,4 (2003 г.) на 1000 живорожденных. В 2003 г. среднее значение по Евр-В+С составляло 7,3. Наиболее вероятное оценочное значение для группы Евр-А – около 3 или 4 на 1000 живорожденных.

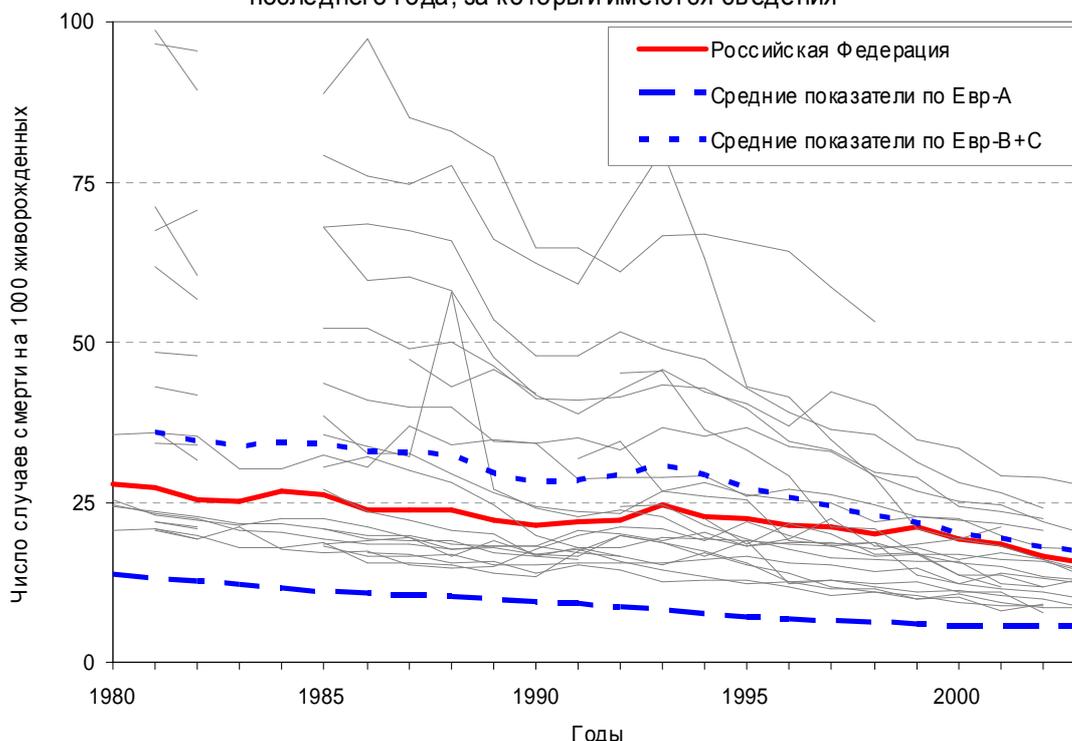
Смертность детей в возрасте до 5 лет

С целью максимальной компенсации возможных погрешностей, обусловленных неполным учетом смертности в официальной статистике, ВОЗ проводит параллельный расчет оценочных показателей, основанный на систематическом анализе дополнительной информации из различных источников, а также на статистическом моделировании. В 2000 г. оценочный уровень младенческой смертности в Российской Федерации составлял 16 на 1000 живорожденных, в то время как по официальным данным он был равен 15,2. Оценочное значение показателя неонатальной смертности в 2000 г. составляло 9 на 1000 живорожденных – в полном соответствии с официальными данными. Оценочные и официальные значения вероятности смерти до достижения 5-летнего возраста в 2003 г. составляли соответственно 16 и 15,6. Таким образом, данные официальной статистики смертности следует считать достоверными.

Национальные данные и оценки ВОЗ за 2002 г. показывают, что в Российской Федерации из каждых 1000 детей, родившихся живыми, от 16 до 17 умирают, не достигнув пятилетнего возраста. В наиболее благоприятном положении среди стран Евр-В+С, по оценкам ВОЗ,

находятся Словакия и Эстония, где данный показатель составляет 8 на 1000 живорожденных. В соответствии с Целями в области развития, сформулированными в Декларации тысячелетия (ЦРТ) в отношении смертности детей в возрасте до 5 лет для Европы и Центральной Азии, этот показатель к 2015 г. должен быть снижен до 15 на 1000 живорожденных. Судя по динамике снижения этого показателя в Российской Федерации в течение 1990-х годов, страна должна достичь данной цели раньше 2015 г.

Вероятность смерти детей до достижения возраста 5 лет в Российской Федерации, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1980 г. до последнего года, за который имеются сведения



Материнская смертность

Показатели материнской смертности и Цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия (ЦРТ)

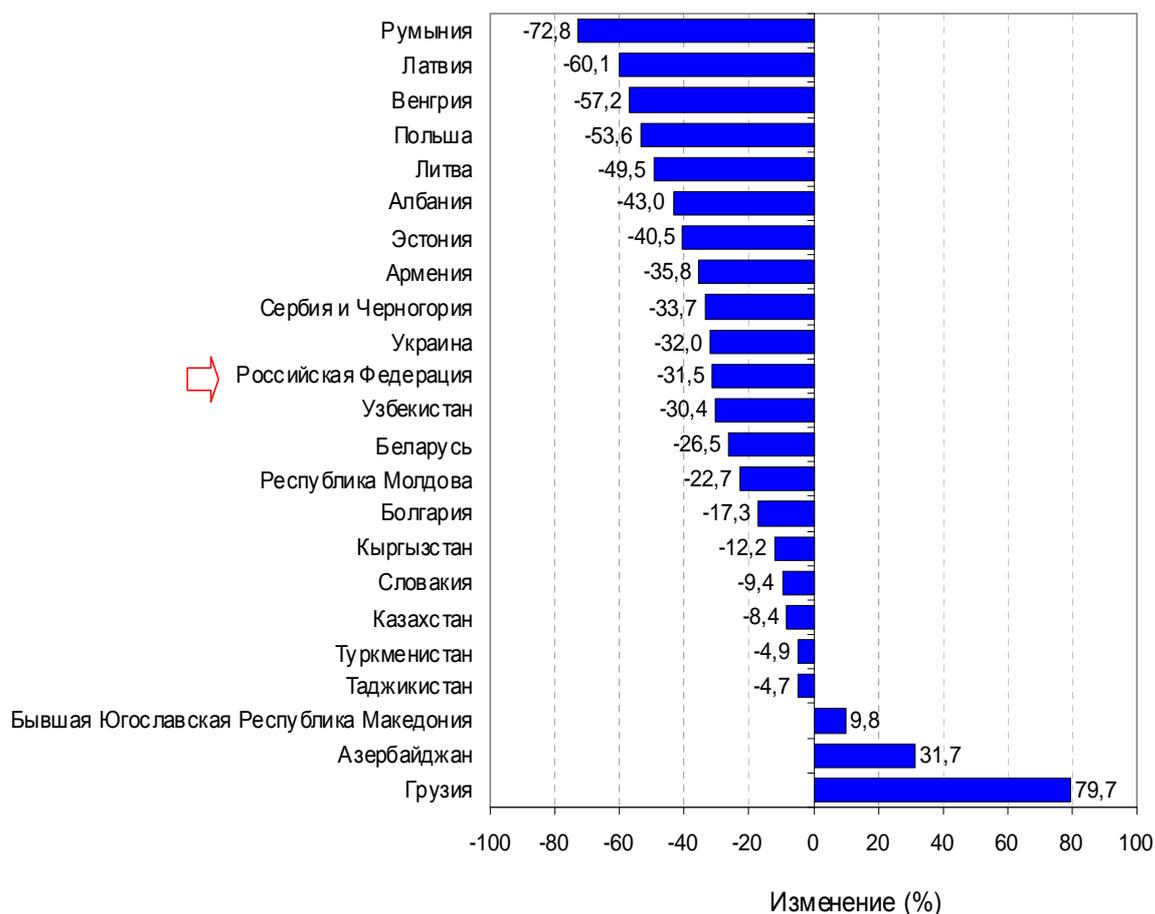
Несмотря на трудность достоверной оценки материнской смертности (МС), для оценки прогресса в достижении ЦРТ (снизить показатель материнской смертности за период с 1990 до 2015 г. на 75%) используются национальные данные. В некоторых странах целевой показатель для 2015 г. может быть равен или ниже среднего значения показателя МС для стран Европейского региона с высоким уровнем дохода (в группе Евр-А среднее значение показателя МС в 2001 г. составляло 5 случаев на 100 000 живорожденных). Страны, в которых к 2015 г. МС будет ниже сегодняшних средних значений для Евр-А, будут считаться выполнившими ЦРТ (World Bank, 2004).

Однако в ряде стран показатели МС в 2002 г. ухудшились по сравнению с 1990 г. Применение в этих странах критерия 75%-ного снижения по отношению к исходному уровню 1990 г. в некоторых случаях потребует резкого снижения показателя МС за оставшийся период до 2015 г. В этих ситуациях необходимо, чтобы страны предприняли конкретные действия по обеспечению женщин доступом к адекватной медико-санитарной помощи во время беременности и родов. Это даже более важно, чем формальное достижение ЦРТ, и в этом направлении уже имеются инициативы с доказанной эффективностью по снижению уровней материнской смертности.

Из каждых 472 случаев материнской смертности, зарегистрированных в 2003 г., 103 были связаны с абортom.

За период с 1990 по 2002 г. уровень материнской смертности в Российской Федерации снизился на 31%, несмотря на рост этого показателя с 1990 г. до пика в 1994 г., когда МС достигала 52 на 100 000 живорожденных. За период с 1994 по 2002 г. показатель снизился примерно на 35%. Для достижения ЦРТ уровень материнской смертности в Российской Федерации должен упасть еще почти на 64% по отношению к показателям 2002 г.

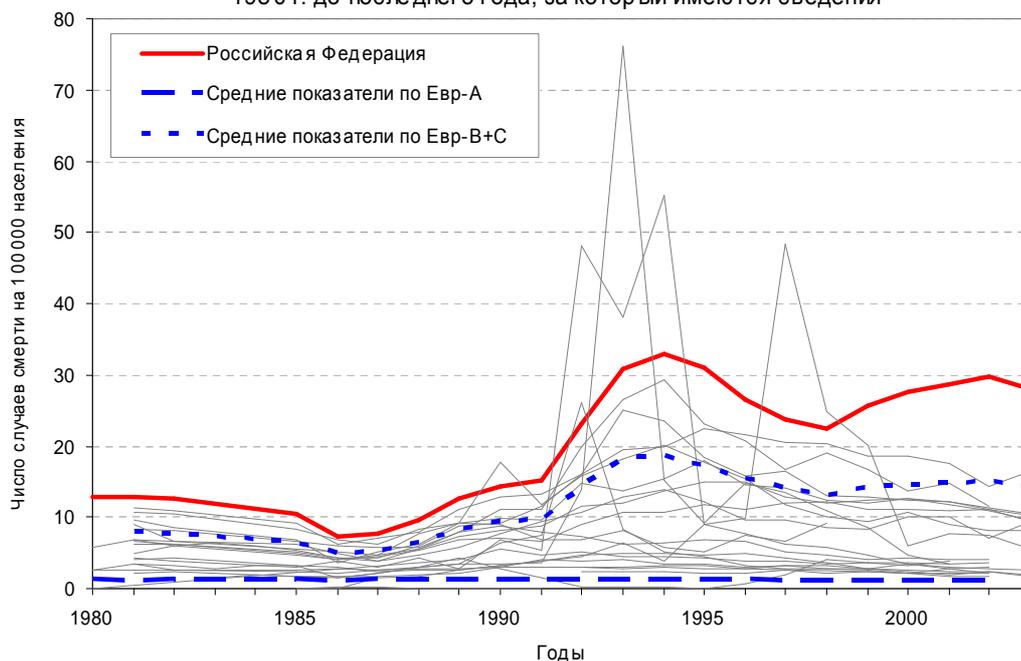
Процентные изменения материнской смертности (скользящие средние показатели за 3 года) с 1990 г. по 2002 г., или до последнего года, за который имеются сведения



Избыточная смертность

Показатели смертности в Российской Федерации в целом приibl. на 20% выше средних значений для Евр-В+С и почти в 2,5 раза выше, чем аналогичные показатели в странах Евр-А. Максимальная избыточная смертность обусловлена внешними причинами. Этот показатель на 60% выше, чем в среднем по Евр-В+С, и на 460% превышает средний уровень по странам Евр-А. Особенно высока смертность от насилия: в 28 раз выше, чем в среднем в Евр-А, и вдвое выше, чем в среднем в Евр-В+С.

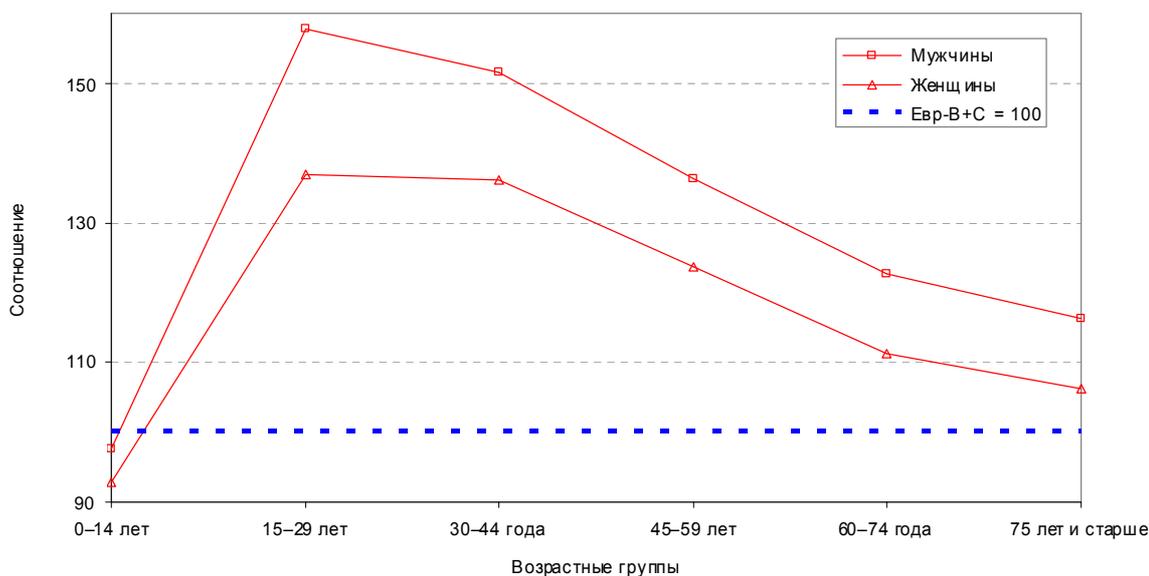
СКС от убийств и других видов насилия среди людей всех возрастов в Российской Федерации, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1980 г. до последнего года, за который имеются сведения



Уровень смертности от инфекционных болезней примерно на 20% выше, чем в среднем в Евр-В+С, и на 200% выше, чем в Евр-А.

Смертность от неинфекционных болезней примерно на 15% выше, чем в среднем в Евр-В+С, и на 125% выше, чем в Евр-А.

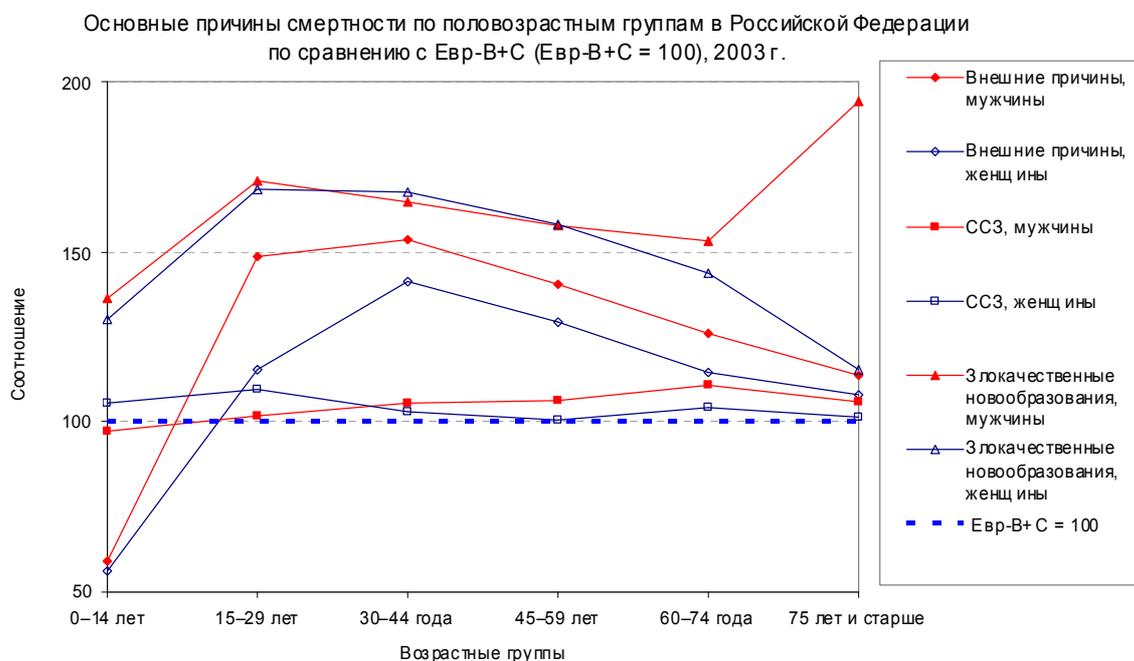
Общая смертность по половозрастным группам в Российской Федерации по сравнению с Евр-В+С (Евр-В+С = 100), 2003 г.



Основные причины смерти

В 2002 г. около 76% всей смертности в Российской Федерации было обусловлено неинфекционной патологией; внешние причины составили около 14%, инфекционные болезни – менее 2% (Приложение. Отдельные показатели смертности).

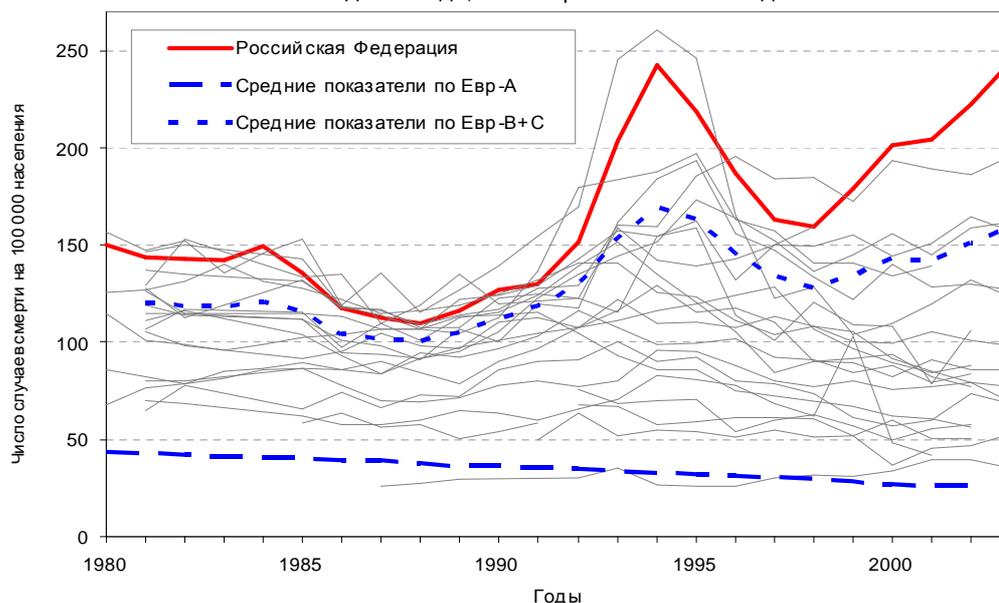
Динамика смертности за период с 1995 г. отличалась неравномерностью по различным возрастным группам, в одних из которых наблюдалось улучшение, а в других (особенно среди молодежи и людей среднего возраста) – ухудшение показателей. Картина в целом совпадает с усредненными характеристиками для стран Евр-В+С, однако в последней группе в среднем чаще отмечалась положительная динамика по сравнению с Российской Федерацией. Динамика в странах Евр-А однозначно носит позитивный характер.



Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ)

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) – ведущая причина смерти в Российской Федерации (2003 г.): на их долю приходится 56% всей смертности. Половина смертности от ССЗ обусловлена ишемической болезнью сердца (26% всей смертности), 40% – цереброваскулярными болезнями (20% всей смертности). ССЗ являются в 3,5 раза более частой причиной смерти в Российской Федерации, чем в среднем в странах Евр-А. В возрастной группе 45–59 лет (среди мужчин и женщин) смертность в 7 раз превышает средние показатели для Евр-А и на 2003 г. продолжала повышаться по сравнению с уровнем 1995 г. Смертность от ССЗ среди мужчин в возрастной группе 30–44 года почти в 10 раз превышает средний уровень для стран Евр-А. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний во всех возрастных группах выше, чем в среднем по Евр-В+С.

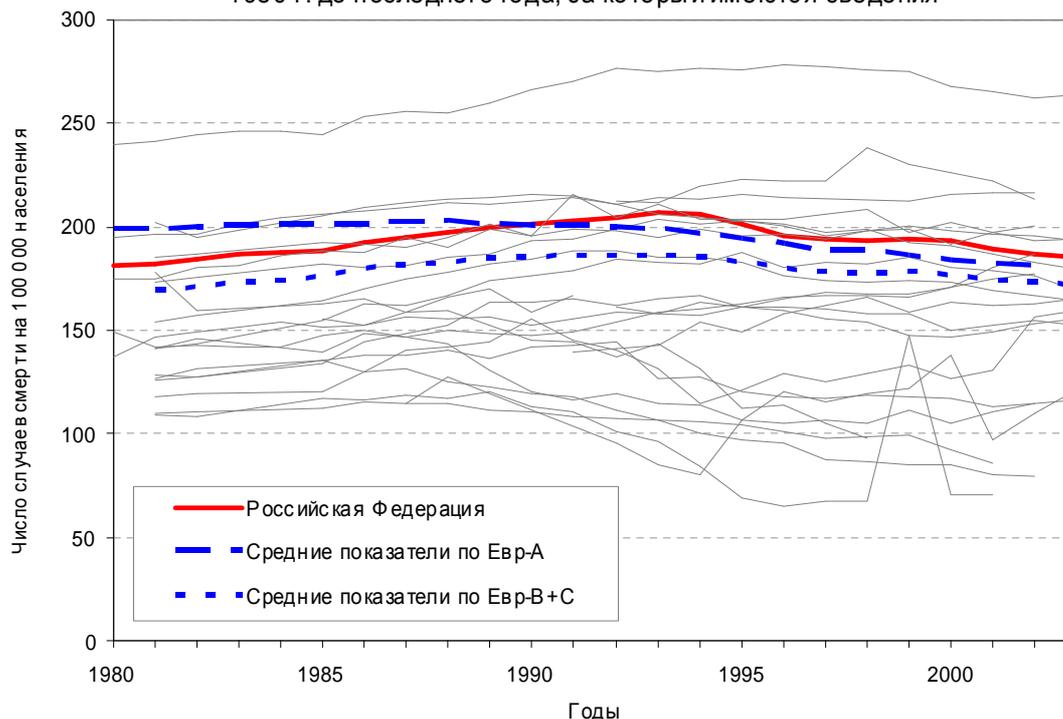
СКС от ССЗ среди мужчин в возрастной группе 30–44 года в Российской Федерации, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1980 г. до последнего года, за который имеются сведения



Злокачественные новообразования

Смертность от злокачественных новообразований более равномерно распределена в пределах Европейского региона. В Российской Федерации этот показатель лишь на 2% превышает средний уровень для стран Евр-А, составляя наименьшую разницу среди всех основных причин смерти. Однако, вследствие более высокого уровня смертности в Российской Федерации от большинства остальных причин, злокачественные новообразования составляют лишь 12% общей смертности, по сравнению с 28% в среднем в странах Евр-А.

СКС от злокачественных новообразований среди людей в всех возрастах в Российской Федерации, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1980 г. до последнего года, за который имеются сведения

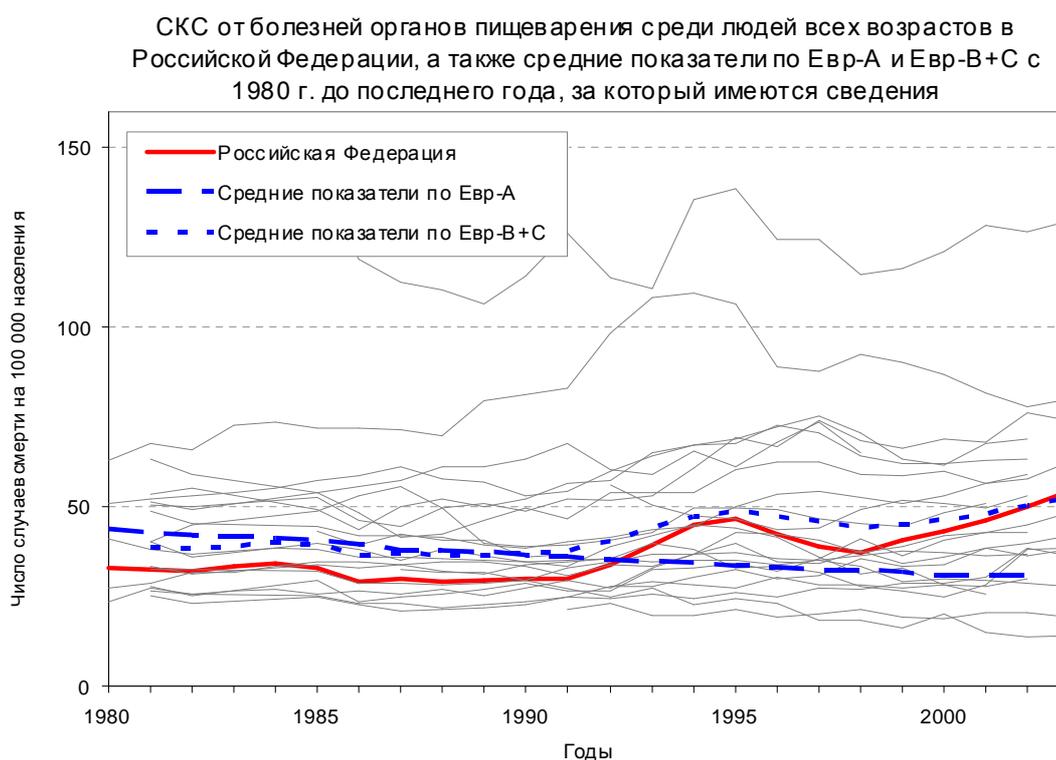


Болезни органов дыхания

Болезни органов дыхания в 2003 г. составляли около 4% среди всех причин смертности в Российской Федерации, приближаясь к средним показателям для Евр-В+С. Уровень смертности на 100 000 населения превышал средние значения для Евр-А на 40%.

Болезни органов пищеварения

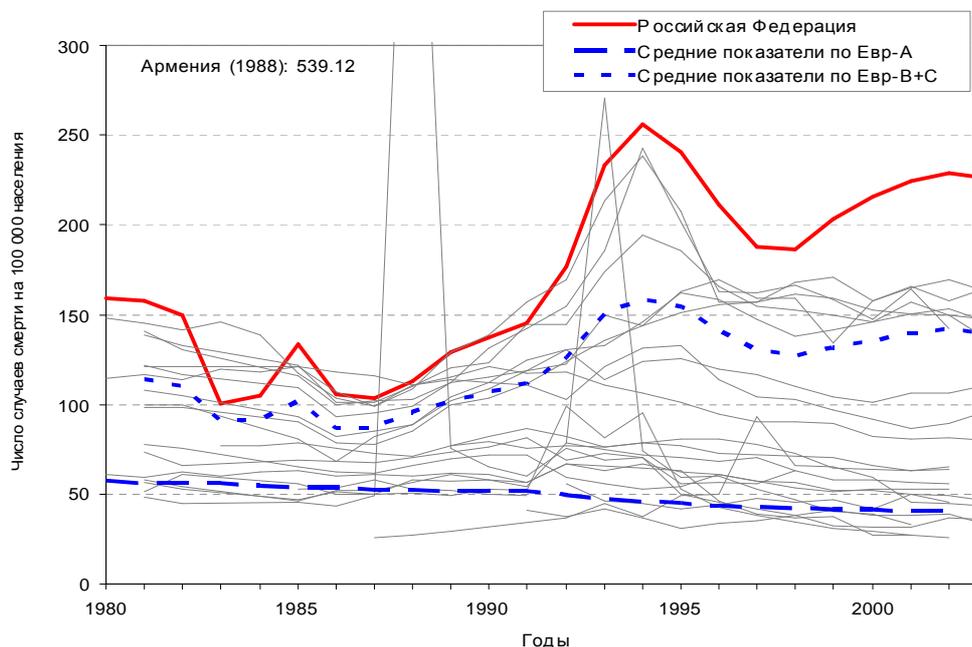
В то время как в странах Евр-А на протяжении последних двух десятилетий отмечалось стойкое снижение смертности от болезней органов пищеварения, в Российской Федерации этот показатель за период с 1990 г. почти удвоился. В 2003 г. уровень смертности от этой причины был в 6 раз выше, чем в среднем в Евр-А. При этом он приблизительно соответствует среднему уровню для стран Евр-В+С.



Внешние причины

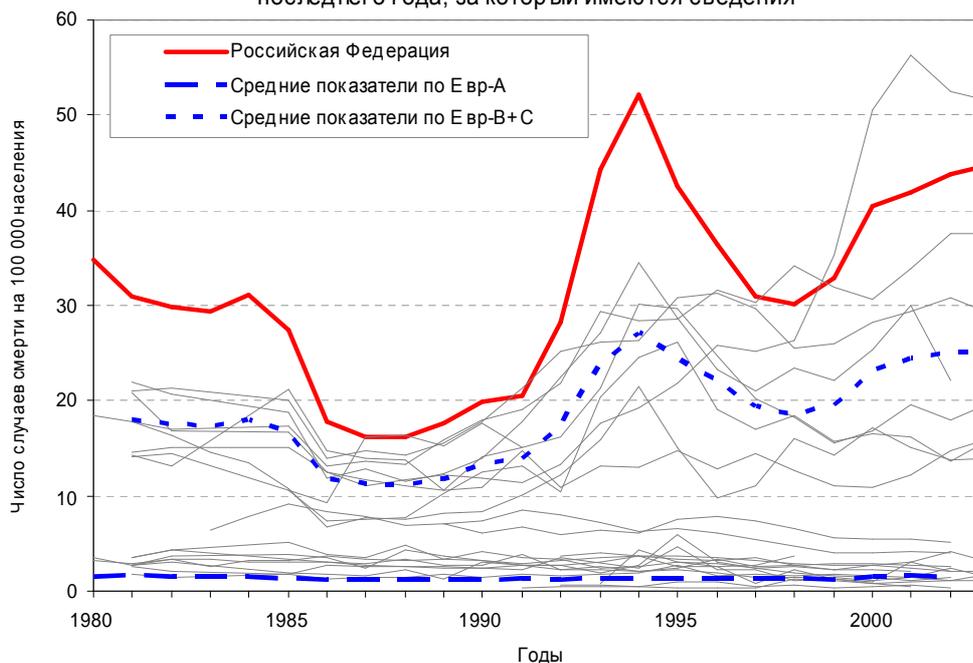
Высокий уровень смертности от внешних причин в Российской Федерации можно квалифицировать как эпидемию травматизма и насилия. По внешним причинам различают непреднамеренные травмы (транспортный травматизм, отравления, травмы вследствие падений, пожаров, утопление и др.) и преднамеренные травмы (самоповреждения, травмы вследствие насилия и войн и др.). Суммарная смертность от внешних причин составляет в Российской Федерации 226 случаев смерти на 100 000 населения, в то время как аналогичный показатель для Евр-В+С равен 140, а для Евр-А – 40. За период с середины 1980-х годов этот показатель вырос более чем вдвое. Важно отметить, что аналогичная динамика отмечается для большинства различных причин травм и отравлений.

СКС от внешних причин (травм и отравлений) среди людей всех возрастов в Российской Федерации, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1980 г. до последнего года, за который имеются сведения



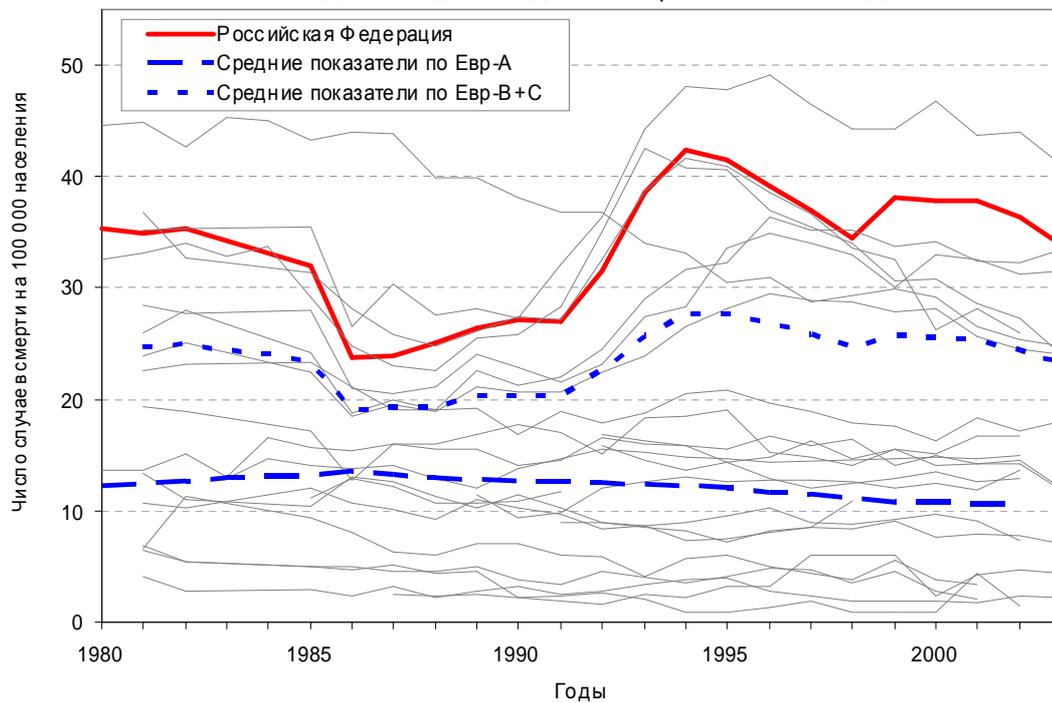
Поскольку отдельных данных о смертности от алкогольных отравлений в Российской Федерации не имеется, в качестве косвенного показателя можно использовать уровень смертности от любых случайных отравлений; известно, что в большом проценте случаев подобных смертельных исходов фактической причиной отравления является алкоголь.

СКС от случайных отравлений среди людей всех возрастов в Российской Федерации, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1980 г. до последнего года, за который имеются сведения



Наблюдаемый весьма высокий уровень смертности от убийств и самоубийств также часто связан с потреблением алкоголя.

СКС от самоубийств и самоповреждений среди людей всех возрастов в Российской Федерации, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1980 г. до последнего года, за который имеются сведения



Библиография

Andreev EM et. al (2003). Health expectancy in the Russian Federation: a new perspective on the health divide in Europe. *Bulletin of the World Health Organization*, 81:778–787 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/81/11/en/andreevwa1103.pdf>, accessed 11 October 2005).

Council of Europe (2005). *Recent demographic developments in Europe 2004*. Strasbourg, Council of Europe.

Health Evidence Network (2003a). *Каковы основные факторы риска, приводящие к инвалидности в престарелом возрасте, и как можно предупредить инвалидность?* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/HEN/Syntheses/Disabilities/20030929_4?language=Russian, по состоянию на 12 мая 2006 г.).

Health Evidence Network (2003b). *Какова действенность/эффективность, и каковы финансовые и организационные аспекты дородовой помощи?* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ <http://www.euro.who.int/document/e82996r.pdf>, по состоянию на 12 мая 2006 г.).

Health Evidence Network (2004). *Каковы преимущества и недостатки реструктурирования системы здравоохранения в целях ее большей ориентации на службы первичной медико-санитарной помощи?* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/document/e82997r.pdf>, по состоянию на 12 мая 2006 г.).

Lee J-W (2005). Public health is a social issue. *The Lancet*, 365:1005–1006.

ILO (2005). Key indicators of the labour market database. Geneva, International Labour Organization (<http://www.ilo.org/public/english/employment/strat/kilm/index.htm>, accessed 29 November 2005).

OECD (2004). Ageing and employment policies. Paris, Organization for Economic Cooperation and Development (http://www.oecd.org/document/37/0,2340,en_2649_201185_32019685_1_1_1_1,00.html, accessed 14 November 2005).

Shkolnikov VM et al (2004). Educational differentials in male mortality in Russia and northern Europe. A comparison of an epidemiological cohort from Moscow and St. Petersburg with the male populations of Helsinki and Oslo *Demographic Research*, 10, Article 1 (<http://www.demographic-research.org/volumes/vol10/1/>, accessed 4 July 2006).

UNESCO Institute for Statistics (2005). Country/Regional profiles [web site]. Montreal (http://www.uis.unesco.org/profiles/selectCountry_en.aspx, accessed 2 December 2005).

United Nations (2005). World population prospects: the 2004 revision population database [database online]. New York, United Nations (<http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=1>, accessed 28 September 2005).

WHO (2002). *The world health report 2002 – reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf, accessed 28 September 2005).

WHO (2003a). *Managing newborn problems: a guide for doctors, nurses and midwives*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/reproductive-health/publications/mnp/mnp.pdf>, accessed 13 October 2005).

WHO (2003b). *The WHO reproductive health library, version 6*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/reproductive-health/rhl/index.html>, accessed 11 October 2005).

WHO (2003c). *The world health report 2003 – shaping the future*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/whr/2003/en>, accessed 11 October 2005).

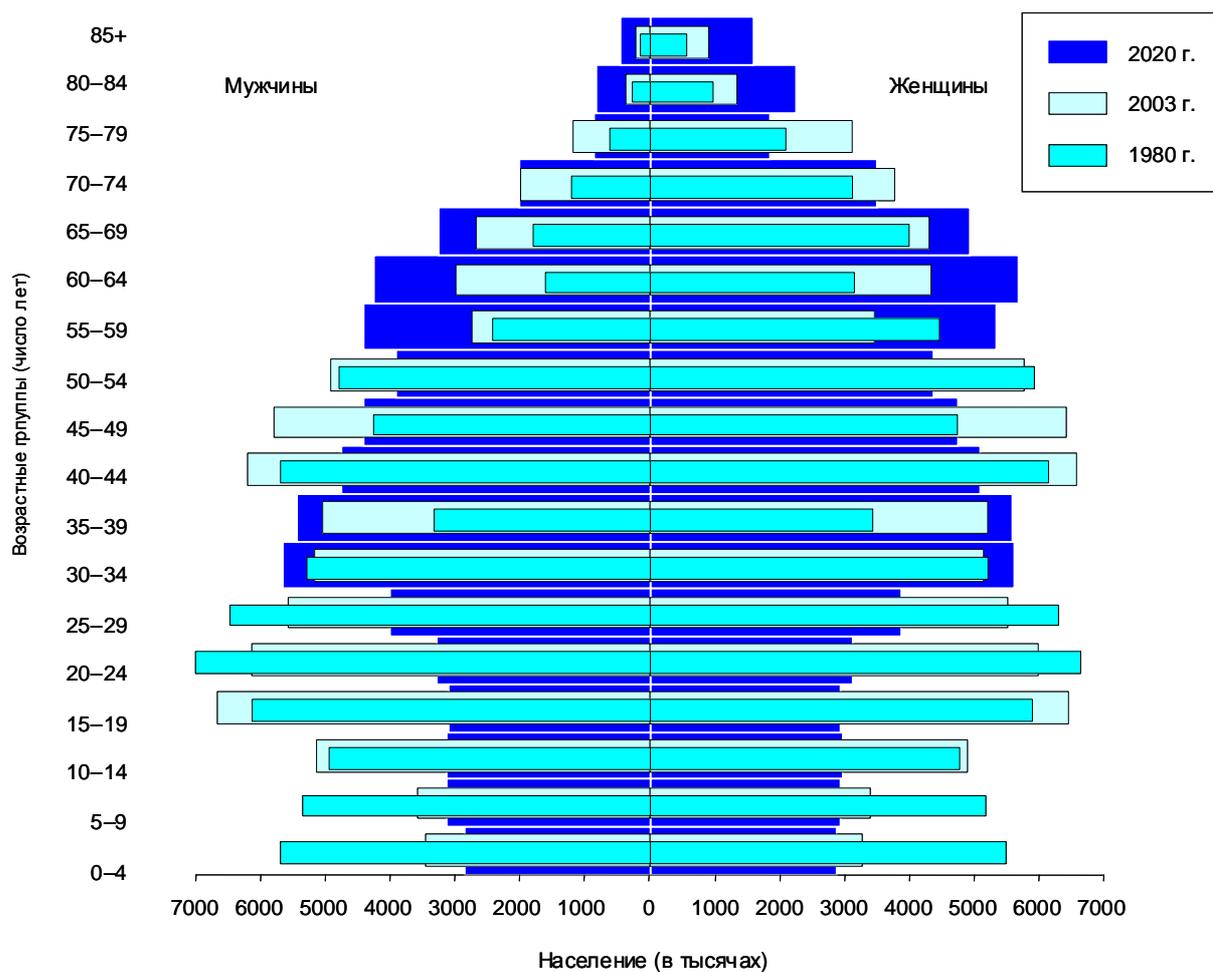
WHO (2004). *The world health report 2004 – changing history*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/whr/2004/en>, accessed 11 October 2005).

- WHO (2005). *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2005 г.: Не оставим без внимания каждую мать, каждого ребенка*. Женева, Всемирная организация здравоохранения (<http://www.who.int/whr/2005/en/index.html>, по состоянию на 12 мая 2006 г.).
- WHO Regional Office for Europe (2002). *Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2002 г.*, Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/document/e76907r.pdf>, по состоянию на 12 мая 2006 г.).
- WHO Regional Office for Europe (2004a). *Стратегия предупреждения хронических заболеваний в Европе: основное внимание – действиям общества по укреплению общественного здоровья: видение стратегии с позиций CINDI*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/document/e83057r.pdf>, по состоянию на 12 мая 2006 г.).
- WHO Regional Office for Europe (2004b). *К созданию европейской стратегии борьбы с неинфекционными болезнями*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/document/rc54/rdoc08.pdf>, по состоянию на 12 мая 2006 г.).
- WHO Regional Office for Europe (2005). Европейская база данных «Здоровье для всех» (База данных ЗДВ) (<http://data.euro.who.int/hfad/index.php?lang=ru>, по состоянию на 20 июля 2004 г. и январь 2005 г.).
- World Bank (2004). *The Millennium Development Goals in Europe and Central Asia*. Washington, DC, World Bank (<http://ddp-ext.worldbank.org/ext/MDG/content/pdf/MDG-ECA.pdf>, accessed 28 September 2005).
- World Bank (2005). *World development indicators 2005*. Washington, DC, World Bank (<http://devdata.worldbank.org/wdi2005/home.htm>, accessed 28 September 2005).
-

Приложения

Приложение. Возрастная пирамида

Возрастная пирамида для Российской Федерации



Источники: WHO Regional Office for Europe (2005), United Nations (2005)

Приложение. Отдельные показатели смертности

Отдельные показатели смертности в Российской Федерации в сравнении со средними показателями по Евр-А и Евр-В+С

Болезни и патологические состояния	СКС на 100 000 населения		Избыточная смертность в Российской Федерации (%)	Доля в структуре смертности в Российской Федерации (%)	Доля в структуре смертности в Евр-В+С (%)	Средние показатели по Евр-А	Избыточная смертность в Российской Федерации по отношению к Евр-А (%)	Доля в структуре смертности в Евр-А (%)
	Российская Федерация (2003 г.)	Средние показатели по Евр-В+С (2003 г.)						
Отдельные неинфекционные болезни	1194,9	1044,9	14,4	76,2	79,6	533,8	123,8	82,4
<i>Сердечно-сосудистые заболевания</i>	870,9	741,8	17,4	55,5	56,5	243,4	257,8	37,6
Ишемическая болезнь сердца	414,6	362,7	14,3	26,4	27,6	95,9	332,3	14,8
Цереброваскулярные болезни	316,5	221,7	42,8	20,2	16,9	61,1	418,0	9,4
Нарушения лёгочного кровообращения и другие болезни сердца	71,0	68,9	3,0	4,5	5,3	56,6	25,4	8,7
<i>Экокачественные новообразования (рак)</i>	185,4	172,0	7,8	11,8	13,1	181,5	2,1	28,0
Рак трахеобронхов и лёгких	35,0	33,9	3,2	2,2	2,6	37,1	-57	5,7
Рак молочной железы	24,5	22,1	10,9	1,6	1,7	27,0	-93	4,2
Рак толстой кишки (включая прямую кишку) и анальной области	22,6	19,0	18,9	1,4	1,4	20,7	9,2	3,2
Рак предстательной железы	14,5	14,3	1,4	0,9	1,1	25,1	-422	3,9
<i>Болезни органов дыхания</i>	67,2	63,1	6,5	4,3	4,8	47,8	40,6	7,4
Хронические болезни нижних дыхательных путей	30,7	31,2	-1,6	2,0	2,4	20,2	52,0	3,1
Пневмония	30,9	23,6	30,9	2,0	1,8	16,2	90,7	2,5
<i>Болезни органов пищеварения</i>	54,2	52,3	3,6	3,5	4,0	30,8	76,0	4,8
Хронические болезни печени и цирроз печени						12,6		1,9
<i>Нервно-психические расстройства</i>	17,2	15,7	9,6	1,1	1,2	30,3	-432	4,7
Инфекционные болезни	25,4	20,8	22,1	1,6	1,6	8,4	202,4	1,3
ВИЧ/СПИД	0,4	0,8	-50,0	0,0	0,1	1,1	-636	0,2
Внешние причины	225,8	139,6	61,7	14,4	10,6	40,3	460,3	6,2
<i>Непреднамеренные</i>	164,1	102,2	60,6	10,5	7,8	28,7	471,8	4,4
Дорожно-транспортный травматизм	19,7	14,7	34,0	1,3	1,1	9,9	99,0	1,5
Падения	9,6	7,5	28,0	0,6	0,6	6,1	57,4	0,9
<i>Преднамеренные</i>	61,8	37,4	65,2	3,9	2,9	11,6	432,8	1,8
Самопереждения (самоубийства)	33,8	23,2	45,7	2,2	1,8	10,6	218,9	1,6
Насилие (убийства)	27,9	14,2	96,5	1,8	1,1	1,0	2690,0	0,2
Неточно обозначенные состояния	83,8	64,0	30,9	5,3	4,9	20,9	301,0	3,2
Все причины	1568,1	1312,2	19,5	100,0	100,0	647,8	142,1	100,0

Приложение. Детальные данные о смертности

Таблица 1. Отдельные показатели смертности в возрастной группе 0–14 лет с разбивкой по полу в Российской Федерации и Евр-В+С: СКС на 100 000 населения и изменения в процентах с 1995 г. до последнего года, за который имеются сведения

Причины смерти	Пол	Российская Федерация (2003 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Изменение (%)	В среднем	Изменение (%)	В среднем	Изменение (%)
Все причины	Оба пола	145,0	-3,3	49,4	-2,4	151,7	-3,8
	М	166,4	-3,4	55,3	-2,5	170,5	-3,9
	Ж	122,5	-3,2	43,3	-2,4	131,9	-3,8
<i>Инфекционные и паразитарные болезни</i>	М	7,4	-6,2	1,4	-1,1	10,9	-7,0
	Ж	6,2	-5,5	1,1	-3,0	9,5	-6,6
Кишечные инфекции	М	2,3	-7,0	0,2	-0,7	5,1	-8,2
	Ж	1,8	-7,2	0,1	-7,3	4,7	-7,9
<i>Злокачественные новообразования</i>	М	5,0	-3,3	3,3	-1,8	5,1	-1,9
	Ж	4,4	-2,4	2,6	-1,8	4,2	-1,9
<i>Сердечно-сосудистые заболевания</i>	М	1,9	-0,2	1,4	-3,1	3,3	1,1
	Ж	1,5	-2,4	1,3	-2,5	2,6	0,1
<i>Болезни органов дыхания</i>	М	13,3	-5,9	1,4	-4,3	35,9	-5,0
	Ж	10,8	-6,2	1,0	-4,2	30,7	-5,0
Пневмония	М	8,8	-5,6	0,5	-6,0	20,9	-4,9
	Ж	7,3	-5,6	0,4	-5,1	17,9	-4,7
<i>Состояния, возникающие в перинатальном периоде</i>	М	694,8	-3,0	255,3	-2,1	607,6	-2,7
	Ж	479,6	-3,1	202,3	-1,6	427,5	-2,7
Врожденные аномалии и хромосомные нарушения	М	29,8	-3,1	11,6	-2,9	24,2	-2,8
	Ж	26,8	-2,2	10,0	-3,3	21,0	-2,6
<i>Неточно обозначенные причины смерти</i>	М	7,7	3,6	5,0	-3,9	5,6	-0,6
	Ж	6,1	3,7	3,4	-4,2	4,6	-1,0
<i>Внешние причины (травмы и отравления)</i>	М	39,5	-3,0	7,0	-4,0	29,0	-3,4
	Ж	23,5	-2,6	4,6	-3,2	18,1	-3,1
Дорожно-транспортный травматизм	М	6,4	-5,7	2,5	-4,5	4,7	-2,6
	Ж	4,3	-3,2	1,7	-4,8	3,0	-1,6

Таблица 2. Отдельные показатели смертности в возрастной группе 15–29 лет с разбивкой по полу в Российской Федерации и Евр-В+С: СКС на 100 000 населения и изменения в процентах с 1995 г. до последнего года, за который имеются сведения

Причины смерти	Пол	Российская Федерация (2003 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Изменение (%)	В среднем	Изменение (%)	В среднем	Изменение (%)
Все причины	Оба пола	245,6	-0,7	56,0	-2,3	161,0	-0,9
	М	381,4	-0,7	82,0	-2,3	241,7	-1,0
	Ж	108,1	0,3	29,3	-2,2	79,0	-0,6
<i>Инфекционные и паразитарные болезни</i>	М	15,4	5,2	1,2	1,5	12,3	3,0
	Ж	5,3	7,1	0,8	1,9	5,1	2,5
<i>Злокачественные новообразования</i>	М	8,9	-1,9	6,2	-1,0	8,8	-1,9
	Ж	8,4	-1,4	4,7	-1,4	7,7	-1,9
<i>Сердечно-сосудистые заболевания</i>	М	26,2	1,6	4,1	-2,4	17,6	0,0
	Ж	8,4	1,9	2,3	-2,0	7,3	-0,9
<i>Болезни органов дыхания</i>	М	8,9	2,4	1,4	-3,6	6,9	0,2
	Ж	3,8	2,4	0,9	-2,7	3,8	-1,1
<i>Болезни органов пищеварения</i>	М	10,5	5,4	0,9	-3,5	8,0	3,0
	Ж	4,4	9,8	0,5	-3,8	3,7	3,1
<i>Неточно обозначенные причины смерти</i>	М	21,1	10,1	4,0	-3,1	11,6	7,1
	Ж	5,6	11,0	1,4	-1,3	3,3	5,8
<i>Внешние причины</i>	М	277,4	-1,5	58,3	-1,4	162,4	-1,6
	Ж	62,2	0,0	14,4	-1,6	36,9	-0,2
Дорожно-транспортный травматизм	М	41,0	-4,0	28,5	-1,3	27,8	-1,5
	Ж	13,0	1,4	7,3	-1,4	8,0	0,3
Случайное утопление	М	17,5	-4,0	1,3	-2,2	10,8	-3,9
	Ж	2,9	-3,0	0,2	-2,1	1,9	-2,2
Случайные отравления	М	36,6	4,7	2,8	0,0	19,1	3,3
	Ж	7,6	3,2	0,7	0,8	4,4	2,5
Самоповреждения (самоубийства)	М	60,8	-0,6	12,7	-1,8	36,8	0,0
	Ж	8,8	-1,7	3,1	-2,2	5,8	-1,3

Таблица 3. Некоторые показатели смертности в возрастной группе 30–44 года с разбивкой по полу в Российской Федерации и Евр-В+С: СКС на 100 000 населения и изменения в процентах с 1995 г. до последнего года, за который имеются сведения

Причины смерти	Пол	Российская Федерация (2003 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Изменение (%)	В среднем	Изменение (%)	В среднем	Изменение (%)
Все причины	Оба пола	669,8	0,2	120,3	-2,5	453,8	-0,7
	М	1060,8	0,1	161,6	-2,6	700,0	-0,8
	Ж	293,4	1,0	78,5	-2,1	215,6	-0,2
Злокачественные новообразования (рак)	М	42,4	-2,7	27,6	-2,3	40,2	-2,8
	Ж	45,2	-1,3	31,3	-2,0	43,8	-1,4
	М	7,5	-4,4	5,0	-3,4	7,3	-4,2
Рак трахеи/бронхов/лёгких	Ж	1,9	-0,6	2,8	-0,6	2,2	-1,0
Рак молочной железы	Ж	10,3	-2,3	10,0	-2,6	10,0	-2,3
Сердечно-сосудистые заболевания	М	243,8	1,4	26,1	-2,5	158,6	-0,4
	Ж	64,0	2,3	10,4	-2,1	45,3	0,0
Ишемическая болезнь сердца	М	111,0	-1,2	11,8	-3,1	73,7	-2,2
	Ж	20,3	0,0	2,4	-2,7	14,4	-1,3
Цереброваскулярные болезни	М	34,2	1,6	4,4	-3,2	24,6	-0,4
	Ж	13,7	1,0	3,6	-2,5	10,6	-1,3
Болезни органов дыхания	М	55,9	3,3	3,9	-3,5	34,3	0,9
	Ж	13,6	4,4	2,2	-2,0	9,8	0,8
Болезни органов пищеварения	М	62,1	3,7	12,6	-2,4	50,2	1,4
	Ж	25,3	9,0	5,4	-1,7	19,4	4,1
Внешние причины	М	492,8	-1,3	58,8	-1,2	299,5	-1,9
	Ж	98,7	-0,4	15,1	-1,8	58,9	-1,0
Дорожно-транспортный травматизм	М	42,7	-3,4	16,0	-0,5	31,4	-1,7
	Ж	10,0	-0,9	3,9	-2,0	7,1	-0,5
Самоповреждения (самоубийства)	М	80,9	-2,8	21,2	-1,5	54,9	-2,4
	Ж	10,9	-2,7	5,8	-2,2	7,9	-2,5

Таблица 4. Некоторые показатели смертности в возрастной группе 45–59 лет с разбивкой по полу в Российской Федерации и Евр-В+С: СКС на 100 000 населения и изменения в процентах с 1995 г. до последнего года, за который имеются сведения

Причины смерти	Пол	Российская Федерация (2003 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Изменение (%)	В среднем	Изменение (%)	В среднем	Изменение (%)
Все причины	Оба пола	1703,0	0,2	435,6	-1,3	1294,9	-0,6
	М	2702,4	0,3	580,1	-1,4	1981,7	-0,6
	Ж	864,8	0,3	293,3	-1,0	698,9	-0,5
Злокачественные новообразования (рак)	М	343,4	-2,4	218,2	-1,2	323,2	-1,9
	Ж	187,3	-0,8	155,0	-1,0	186,1	-0,5
	М	104,7	-3,6	65,9	-1,5	101,4	-2,9
Рак трахеи/бронхов/лёгких	Ж	10,5	-1,1	21,8	3,4	15,4	1,0
Рак молочной железы	Ж	48,7	0,7	44,0	-2,2	45,3	0,1
Сердечно-сосудистые заболевания	М	1112,8	1,3	156,4	-2,6	793,1	-0,1
	Ж	350,8	0,9	50,9	-2,5	271,7	-0,6
Ишемическая болезнь сердца	М	623,8	0,4	86,2	-3,3	435,3	-0,7
	Ж	144,0	0,7	17,8	-3,4	111,1	-0,6
Цереброваскулярные болезни	М	233,2	0,5	23,7	-2,6	168,6	-0,9
	Ж	113,9	-0,2	14,5	-2,1	88,4	-1,4
Болезни органов дыхания	М	169,3	0,1	20,3	-1,7	108,7	-1,4
	Ж	32,8	1,9	10,2	-1,3	24,5	-0,7
Болезни органов пищеварения	М	139,9	1,9	49,6	-0,8	129,7	0,7
	Ж	67,9	4,4	20,3	-0,7	57,3	1,9
Внешние причины	М	644,9	-0,6	62,8	-1,0	409,2	-0,9
	Ж	141,0	-0,9	20,9	-0,9	89,1	-1,1
Дорожно-транспортный травматизм	М	33,9	-4,8	13,0	-1,3	28,5	-1,8
	Ж	9,9	-3,3	4,1	-2,1	7,5	-1,4
Самоповреждения (самоубийства)	М	92,1	-2,9	23,1	-1,1	68,1	-2,4
	Ж	12,0	-4,3	8,5	-1,2	10,2	-3,4

Таблица 5. Некоторые показатели смертности в возрастной группе 60–74 года с разбивкой по полу в Российской Федерации и Евр-В+С: СКС на 100 000 населения и изменения в процентах с 1995 г. до последнего года, за который имеются сведения

Причины смерти	Пол	Российская Федерация (2003 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Изменение (%)	В среднем	Изменение (%)	В среднем	Изменение (%)
Все причины	Оба пола	3942,6	0,6	1570,9	-1,9	3411,7	-0,1
	М	6131,6	0,7	2156,9	-2,1	4996,4	0,1
	Ж	2601,9	0,0	1069,2	-1,9	2339,0	-0,6
Злокачественные новообразования (рак)	М	1112,6	-1,3	851,3	-1,4	1002,5	-0,8
	Ж	457,6	-0,8	439,8	-1,1	438,9	-0,7
Рак трахеи/bronхов/лёгких	М	354,5	-2,3	261,8	-1,9	321,7	-1,5
	Ж	29,7	-3,4	59,0	0,2	37,1	-1,4
Рак молочной железы	Ж	72,9	2,2	79,7	-1,6	68,7	1,3
Сердечно-сосудистые заболевания	М	3661,1	1,7	744,9	-3,6	2903,0	0,6
	Ж	1728,1	0,6	335,7	-3,9	1507,8	-0,3
Ишемическая болезнь сердца	М	1960,9	1,6	381,3	-4,2	1582,2	1,2
	Ж	791,7	0,9	133,5	-4,6	731,4	0,5
Цереброваскулярные болезни	М	1218,0	1,5	143,3	-3,7	833,7	0,2
	Ж	712,3	0,3	86,7	-4,1	528,9	-0,8
Болезни органов дыхания	М	383,4	-2,0	144,0	-3,5	303,0	-2,4
	Ж	65,7	-3,6	62,5	-2,4	68,6	-3,6
Болезни органов пищеварения	М	193,3	0,3	111,6	-1,6	193,0	0,1
	Ж	94,0	0,7	54,1	-1,7	94,2	0,2
Внешние причины	М	490,4	1,6	79,3	-1,4	320,0	1,0
	Ж	127,5	0,1	32,1	-2,1	88,7	-0,5
Дорожно-транспортный травматизм	М	26,8	-4,4	14,8	-3,0	24,3	-1,5
	Ж	11,5	-2,0	5,9	-3,4	9,5	-1,0
Самоповреждения (самоубийства)	М	83,1	-1,1	24,5	-1,6	60,5	-0,8
	Ж	15,1	-3,7	8,7	-2,6	12,7	-3,1

Таблица 6. Некоторые показатели смертности в возрастной группе 75 лет и старше с разбивкой по полу в Российской Федерации и Евр-В+С: СКС на 100 000 населения и изменения в процентах с 1995 г. до последнего года, за который имеются сведения

Причины смерти	Пол	Российская Федерация (2003 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Изменение (%)	В среднем	Изменение (%)	В среднем	Изменение (%)
Все причины	Оба пола	13257,3	0,7	8059,6	-1,0	12338,8	0,0
	М	17258,3	0,8	9832,0	-1,1	14838,0	0,1
	Ж	12137,2	0,6	7112,5	-0,9	11421,7	0,0
Злокачественные новообразования (рак)	М	1576,1	0,9	2231,1	-0,4	1489,3	1,2
	Ж	732,4	0,6	1136,2	-0,4	721,7	0,8
Рак трахеи/bronхов/лёгких	М	361,1	0,2	457,1	-0,7	323,5	1,0
	Ж	51,3	-0,6	102,7	1,5	55,6	0,5
Рак молочной железы	Ж	93,0	4,6	159,6	-0,4	92,0	3,1
Сердечно-сосудистые заболевания	М	11617,8	1,2	4356,2	-2,1	10221,2	0,4
	Ж	9510,1	0,8	3577,9	-1,9	8805,6	0,4
Ишемическая болезнь сердца	М	5674,0	1,6	1708,0	-2,2	4925,6	1,4
	Ж	4136,3	1,2	1150,0	-2,2	4028,6	1,2
Цереброваскулярные болезни	М	4465,8	1,6	1119,8	-2,5	3004,4	0,7
	Ж	4135,0	1,5	1026,9	-2,4	2967,6	0,5
Болезни органов дыхания	М	842,6	-2,1	1156,5	-2,4	824,1	-2,1
	Ж	235,4	-3,7	591,9	-2,1	302,3	-3,2
Болезни органов пищеварения	М	271,8	-0,1	340,3	-1,1	270,4	0,3
	Ж	156,7	0,4	279,8	-0,4	175,0	1,1
Внешние причины	М	1173,1	0,8	275,0	-0,6	604,2	0,1
	Ж	199,0	-0,7	187,8	-1,2	172,4	-1,2
Дорожно-транспортный травматизм	М	45,5	-10,7	28,1	-2,2	34,6	-3,1
	Ж	19,2	-1,2	10,0	-3,1	14,7	-1,7
Самоповреждения (самоубийства)	М	133,5	-0,5	49,5	-1,6	86,6	-1,1
	Ж	29,2	-2,2	11,8	-3,2	22,4	-1,9

Технические примечания

Расчет средних показателей

В качестве средних показателей для референс-группы при использовании Европейской базы данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ применялись значения, средневзвешенные по численности населения. Отдельные страны, для которых отсутствовали необходимые данные, могли быть исключены из расчета усредненных показателей. При использовании данных из других источников в случае необходимости применяли простое вычисление средней величины.

Для уменьшения степени разброса значений годовых показателей, обусловленного малым числом случаев в статистике, как правило использовали усредненные показатели из расчета трехлетних периодов. Таким образом производился, например, для всех стран расчет показателей материнской смертности (обычно малое число случаев). При крайне резких отклонениях, достоверно вызванных теми или иными популяционными аномалиями, соответствующие данные исключали из анализа.

Источники данных

С целью обеспечения максимальной достоверности результатов сравнительного анализа данные по каждому индикатору, как правило, брались из одного источника, что служило определенной гарантией их сопоставимости. За исключением специально оговоренных случаев, источником данных, приведенных на графиках и в таблицах в настоящей обзорной сводке, является Европейская база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ (**версия от января 2005 г.**).

При отсутствии данных, основанных на национальных переписях и сведениях о международной миграции населения, для приблизительной характеристики населения страны используются оценки ООН и предварительные национальные данные. Такие данные естественно являются источником неопределенности при расчете стандартизированных коэффициентов смертности.

Кодирование болезней

Используемые в различных странах критерии постановки диагноза, существующая практика регистрации и классификации болезней (с применением Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 9-го и 10-го пересмотра; соотв. МКБ-9 и МКБ-10), а также традиции и языковые особенности могут оказывать влияние на данные и тем самым затруднять их международный сравнительный анализ.

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ, HALE) и показатель DALY (утраченные годы здоровой жизни)

ОПЗЖ и DALY представляют собой суммарные показатели здоровья населения, сочетающие в себе совокупную количественную информацию как о смертности, так и об уровне патологии, не приводящей к летальным исходам. Их роль в дополнение к показателям смертности заключается в том, что они помогают получить представление об относительном вкладе различных патологических факторов в уровень утраты здоровья в целом среди населения.

Значения показателя DALY основаны на информации о причинах смерти по каждому региону ВОЗ и на региональных эпидемиологических оценках значимости основных видов ограничений здоровья. При подготовке настоящих обзорных сводок была проведена разбивка значений региональных оценок по отдельным государствам-членам.

Оценочные значения ОПЗЖ по государствам-членам основаны на данных национальных таблиц смертности, репрезентативных выборочных эпидемиологических исследований по оценке общего состояния здоровья населения и уровней имеющихся ограничений физического и психического здоровья, а также на детальной эпидемиологической информации по основным видам патологии в каждой стране.

Более подробные разъяснения приведены в статистическом приложении и пояснительных комментариях *Доклада о состоянии здравоохранения в мире, 2003 г.*¹

Ограниченность данных на национальном уровне

Усредненные данные, рассчитанные для всей страны, особенно демонстрирующие относительно хорошее состояние или динамику показателей здоровья, что характерно для наиболее развитых стран, могут скрывать за собой локальные очаги неблагополучия. Наличие рисков и менее удовлетворительные показатели здоровья в небольших по численности группах населения могут быть выявлены только путем разбивки национальных данных на более мелкие категории. Исключение представляют лишь те случаи, когда состояние здоровья небольшой группы настолько резко отличается от нормы, что это оказывает влияние на национальные показатели.

Референс-группы для сравнения

Как одно из средств оценки сравнительных преимуществ и недостатков той или иной страны, а также для формулирования суммарного заключения о том, что уже достигнуто и что нуждается в дальнейшем улучшении, по мере возможности используются международные сравнения. Выявляемые различия между страновыми показателями и усредненными значениями позволяют формулировать гипотезы о причинных связях и предлагать возможные пути решения проблем, что дает стимул для дальнейших исследований.

Группы стран², используемые для сравнения носят название «референс-группы» и включают:

- страны со сходным уровнем или динамикой показателей здоровья и социально-экономического развития;
- страны, объединенные по геополитическому признаку (геополитические группы).

По классификации ВОЗ группу из 27 стран с очень низкими показателями детской смертности и очень низкими показателями смертности среди взрослых обозначают как группу Евр-А. Группа Евр-А включает следующие страны: Австрия, Андорра, Бельгия, Германия, Греция, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Кипр, Люксембург, Мальта, Монако, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Сан-Марино, Словения, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, Финляндия, Франция, Хорватия, Чешская Республика, Швейцария, Швеция. Однако для двух из выше перечисленных стран, а именно для Андорры и Монако, по большинству показателей данных не имеется. В связи с этим, за исключением специально оговоренных случаев, при ссылках на Евр-А и усредненные значения показателей для Евр-А речь идет о 25 странах, по которым имеются данные.

По классификации ВОЗ группу из 25 стран с низкими показателями детской смертности и низкими либо высокими показателями смертности среди взрослых обозначают как группу Евр-В+С. В эту группу входят следующие страны: Азербайджан, Албания, Армения, Беларусь, Болгария, Босния и Герцеговина, Бывшая Югославская Республика Македония, Венгрия, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Польша, Республика Молдова, Российская Федерация, Румыния, Сербия и Черногория, Словакия, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан,

¹ WHO (2003). *The world health report 2003 – shaping the future*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/whr/2003/en>, accessed 10 June 2005).

² WHO (2004). *The world health report 2004 – changing history*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/whr/2004/en>, accessed 26 August 2004).

Украина, Эстония. За исключением особо оговоренных случаев при упоминании Евр-В+С и средних показателей для Евр-В+С речь идет именно об этих странах.

Предпочтительно проводить сравнения на один и тот же момент времени, однако наиболее свежие данные по странам могут относиться к разным годам. Это следует учитывать, поскольку место страны в ранжированном перечне может меняться при получении обновленных данных.

В приводимых графиках как правило показана динамика показателей начиная с 1990 г. Эти графики обычно отражают тенденции, характерные для всех стран, входящих в референс-группу. Выделены на графике и обозначены в легенде лишь показатели страны, которой посвящена обзорная сводка, и средние показатели для референс-групп. Это дает возможность более наглядно проследить тенденции изменения страновых показателей в сравнении с усредненными значениями и динамикой аналогичных показателей для совокупности стран, входящих в ту или иную референс-группу.

Словарь терминов

Причины смерти

Дорожно-транспортный травматизм (транспортные несчастные случаи)

Злокачественные новообразования (рак) предстательной железы

Злокачественные новообразования (рак) молочной железы у женщин

Злокачественные новообразования (рак) толстого кишечника (включая прямую кишку) и анальной области

Злокачественные новообразования (рак) трахеи/bronхов/легких

Ишемическая болезнь сердца

Нарушения легочного кровообращения и другие болезни сердца

Насилие

Нервно-психические расстройства (включая болезни глаза и уха)

Падения

Пневмония

Преднамеренные самоповреждения (в т.ч. самоубийство)

Хроническая обструктивная болезнь легких

Хронические болезни печени и цирроз печени

Цереброваскулярные болезни

Коды в МКБ-10

V02–V04, V09, V12–V14, V19–V79, V82–V87, V89

C61

C50

C18–C21

C33–C34

I20–I25

I26–I51

X85–Y09

F00–99, G00–99, H00–95

W00–W19

J12–J18

X60–X84

J40–J47

K70, K73, K74, K76

I60–I69

Специальные термины

Естественный прирост населения	Уровень рождаемости за вычетом уровня смертности.
Индекс Гини	отражает степень неравномерности общего распределения доходов или потребления. Значение «0» соответствует идеально равномерному распределению, значение «100» – абсолютной неравномерности. В Европейском регионе ВОЗ нижние значения индекса колеблются в пределах от 23 до 25; верхние значения – от 35 до 36 ¹ .
Нервно-психические расстройства	Нарушения психики, функций нервной системы (в том числе зрения и слуха), а также расстройства, связанные с употреблением веществ, вызывающих наркотическую зависимость.
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖ)	Среднее число лет, которое проживет новорожденный ребенок, если картина смертности, преобладающая на момент его рождения, будет сохраняться неизменной на протяжении всей его жизни.
Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ, HALE)	ОПЗЖ рассчитывают на основе общей ожидаемой продолжительности жизни за вычетом лет, прожитых в состоянии неполного здоровья вследствие болезней и травм.
Показатель DALY (утраченные годы здоровой жизни)	Показатель DALY содержит в едином количественном выражении информацию о числе лет, прожитых со стойким нарушением здоровья или инвалидностью, и числе лет жизни, утраченных вследствие преждевременной смертности. 1 DALY можно представить как 1 утраченный год здоровой жизни.
Стандартизированный коэффициент смертности (СКС)	Коэффициент смертности, стандартизированный по возрасту с применением прямого метода; эквивалентен общему коэффициенту смертности в изучаемом населении в том случае, если бы его возрастная структура совпадала с возрастной структурой населения Европы, взятого за стандарт.
Черта бедности (50% от медианного уровня дохода)	Речь идет о процентной доле населения, проживающего за чертой бедности: в данном случае с доходом ниже 50% от медианного (срединного) уровня.

¹ WHO Regional Office for Europe (2002). *Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2002 г.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/document/e76907r.pdf>). По состоянию на 10 ноября 2005 г.).
