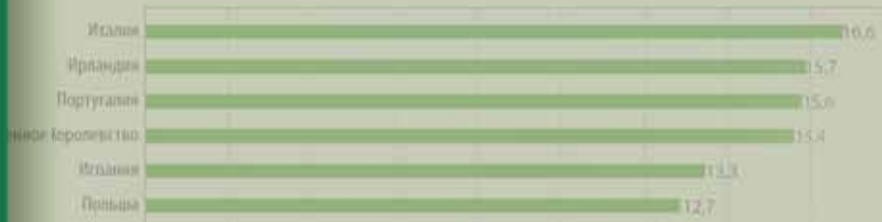




ЕВРОПА

# Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2005 г.

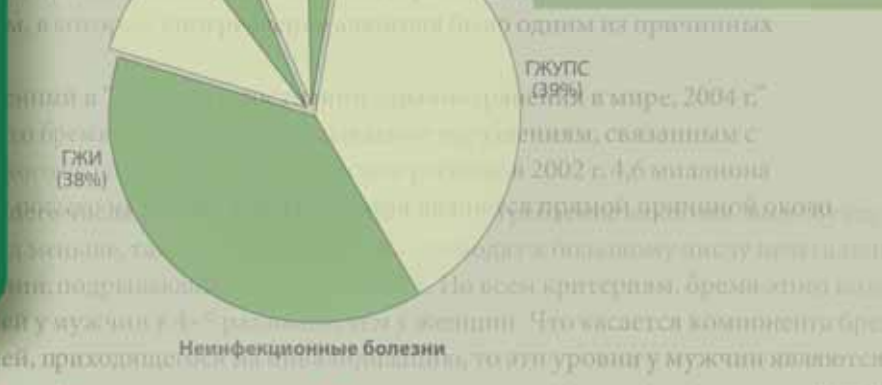


## Основные причины бремени болезней

на неинфекционные заболевания. 77% общего бремени болезней связано с их особенностью, как период времени между возникновением риска и проявлением заболевания с этими болезнями требуется длительное планирование и лечение. Травмы приходится меньшая доля бремени представляют особенно острую проблему.

Инфекционные болезни поражают группу людей, однако необходимо проанализировать возможности для того, чтобы предупредить их распространение в населении Региона в целом. В неинфекционных заболеваниях, как и в инфекционных, наблюдается недостаточное финансирование здравоохранения, их население страдает от двойного бремени неинфекционных заболеваний.

Инфекционные болезни поражают группу людей, однако необходимо проанализировать возможности для того, чтобы предупредить их распространение в населении Региона в целом. В неинфекционных заболеваниях, как и в инфекционных, наблюдается недостаточное финансирование здравоохранения, их население страдает от двойного бремени неинфекционных заболеваний.



## Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения

лучшему (см. историю успеха). В странах Евр-А наблюдается устойчивый рост цереброваскулярных заболеваний (табл. 9). В странах Евр-В частот

Изменения в 1990-2002 гг. (%)	1990-1994	1995-1999	2000-2002
	14-145	-32,3	
	49-126	-32,4	
	60-173	-32,8	
	88-272	7,1	
	73-247	6,7	
	109-298	6,3	
	258,11	122-307	16,6
	227,12	112-270	12,6
	168,85	109-298	6,3

**Доклад о состоянии  
здравоохранения в Европе, 2005 г.**

**Действия общественного  
здравоохранения  
в целях улучшения здоровья детей  
и всего населения**

Всемирная организация здравоохранения была создана в 1948 г. в качестве специализированного учреждения Организации Объединенных Наций, осуществляющего руководство и координацию международной деятельности в области общественного здравоохранения. Одной из уставных функций ВОЗ является предоставление объективных и достоверных данных и рекомендаций по вопросам охраны здоровья населения, и ее издательская деятельность – это один из путей выполнения данной функции. Посредством своих публикаций ВОЗ стремится помочь странам разрабатывать и осуществлять стратегии, направленные на улучшение здоровья людей и решение наиболее актуальных проблем общественного здравоохранения.

Европейское региональное бюро ВОЗ – это одно из шести расположенных в различных частях мира региональных бюро, каждое из которых проводит собственную программу, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых им стран. Европейский регион с населением около 880 млн. человек простирается от Северного ледовитого океана до Средиземного моря с севера на юг и от Атлантического до Тихого океана с запада на восток. Европейская программа ВОЗ оказывает помощь всем странам Региона в разработке и совершенствовании их стратегий, систем и программ здравоохранения; в предотвращении и устранении опасностей для здоровья населения; в повышении готовности стран к решению будущих проблем здравоохранения; и в пропаганде и реализации мер, направленных на охрану и улучшение здоровья населения.

В целях как можно более полного предоставления достоверной информации и научно обоснованных рекомендаций по вопросам охраны здоровья ВОЗ обеспечивает широкое международное распространение своих публикаций и поощряет их перевод и адаптацию. Содействуя укреплению и охране здоровья населения, а также профилактике и борьбе с болезнями, книги и другие публикации ВОЗ способствуют выполнению важнейшей задачи Организации – достижению всеми людьми максимально возможного уровня здоровья.



**ЕВРОПА**

# **Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2005 г.**

**Действия  
общественного  
здравоохранения  
в целях улучшения  
здоровья детей и всего  
населения**

---

WHO Library Cataloguing in Publication Data

The European health report 2005 : public health action for healthier children and populations.

1. Health status 2. Health status indicators 3. Child welfare 4. Risk factors 5. Socioeconomic factors 6. Mortality - statistics. 7. Morbidity - statistics 8. Health policy 9. Policy making 10. Comparative study 11. Europe

ISBN 92 890 4376 8

(NLM Classification: WA 900)

---

ISBN 92-890-4376-8

Обращения с просьбой прислать экземпляры публикаций Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения следует направлять по адресу:

- Электронная почта    publicationrequests@euro.who.int (относительно экземпляров публикаций) permissions@euro.who.int (относительно разрешения на их перепечатку) pubrights@euro.who.int (относительно разрешения на их перевод).
- Обычная почта        Publications,  
WHO Regional Office for Europe,  
Scherfigsvej 8,  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

**© Всемирная организация здравоохранения, 2005 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.

*Художественное оформление:* Sven Lund  
Отпечатано в Дании

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>Сокращения</b>	<b>vi</b>
<i>Предисловие: использование знаний для построения более здорового будущего</i>	vii
<b>Исполнительное резюме</b>	<b>viii</b>
<b>Часть 1. Введение</b>	<b>1</b>
Введение	2
Концептуальная основа доклада	4
Библиография	9
<b>Часть 2. Общая перспектива в области общественного здравоохранения</b>	<b>11</b>
Обзор	12
Основные причины бремени болезней	26
Основные предотвратимые факторы риска	38
Библиография	50
<b>Часть 3. Здоровье и развитие детей и подростков</b>	<b>55</b>
Целесообразность ориентации на детей	56
Основные причины бремени болезней	63
Детерминанты здоровья детей и стратегические меры по их улучшению	82
Основные факторы, обеспечивающие успешное осуществление стратегий и мероприятий	98
Библиография	104
<b>Приложение. Статистические таблицы</b>	<b>111</b>
Примечание, относящееся к оценкам бремени болезней и факторов риска в странах	112
Таблица 1. Население Европейского региона ВОЗ, 1990–2015 гг. (прогнозируемые показатели)	115
Таблица 2. Основные показатели общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ	116
Таблица 3. Уровень и распределение доходов в Европейском регионе ВОЗ	118
Таблица 4. Случаи смерти и DALYs, приходящиеся на 10 ведущих причин, в Европейском регионе ВОЗ, 2002 г.	119
Таблица 5. Доля от общего числа смертей и DALYs, которые приписываются 10 ведущим факторам риска, в Европейском регионе ВОЗ, 2002 г.	132
Таблица 6. Основные показатели состояния и детерминантов здоровья детей в Европейском регионе ВОЗ, 2002 г. или последний год, по которому имеются соответствующие данные	143
Таблица 7. Бремя болезней, обусловленное семью ведущими патологиями, у детей в возрасте 0–14 лет (DALYs на 1000 человек) в Европейском регионе ВОЗ, 2002 г.	146
Определение показателей, использованных в таблицах	147

## Сокращения

### Организации, другие структуры и мероприятия

CHILD	“Относящиеся к жизни и развитию показатели здоровья детей” (проект)
СНГ	Содружество независимых государств
ДОТС	краткосрочная терапия под непосредственным наблюдением (стратегия борьбы с туберкулезом)
ЕС	Европейский союз
Евр-А	27 стран Европейского региона ВОЗ с очень низкой смертностью среди детей и взрослых
Евр-В	16 стран Европейского региона с низкой смертностью среди детей и взрослых
Евр-С	9 стран Европейского региона с низкой детской смертностью и высокой смертностью среди взрослых
РКБТ	Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака
НВС	Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья (исследование)
ИББДВ	Интегрированное ведение болезней детского возраста (стратегия)
МОНИКА	Проект по международному мониторингу динамики и факторов риска сердечно-сосудистой заболеваемости
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций

### Технические термины

ИМТ	индекс массы тела
ССЗ	сердечно-сосудистые заболевания
DALYs	утраченные годы здоровой жизни
ВВП	валовой внутренний продукт
ВНД	валовой национальный доход
ВААРТ	высокоактивная антиретровирусная терапия
ОПЗЖ	ожидаемая продолжительность здоровой жизни
IDD	йододефицитные заболевания
ТБ МЛУ	ТБ с множественной лекарственной устойчивостью
НИЗ	неинфекционные заболевания
ТОРС	тяжелый острый респираторный синдром (атипичная пневмония)
ТБ	туберкулез
ГЖУПС	годы жизни, утраченные в результате преждевременной смерти
ГЖИ	годы жизни с инвалидностью

## **Предисловие: использование знаний для построения более здорового будущего**

Основная идея, вдохновляющая авторов “Доклада о состоянии здравоохранения в Европе, 2005 г.”, заключалась в том, что знания могут быть использованы для улучшения жизни людей. Для того чтобы принять правильные решения в области здравоохранения и сейчас, и в будущем, необходимо, чтобы соответствующие работники и органы получали правильную информацию. Подготовив данный доклад, сотрудники Европейского регионального бюро ВОЗ надеются, что работники здравоохранения и все другие стороны, занимающиеся вопросами общественного здравоохранения, найдут полезным этот источник практических знаний.

В докладе дается описание нынешнего состояния здоровья населения 52 стран Европейского региона ВОЗ. Особое внимание в нем уделяется важнейшим составляющим (детерминантам) здоровья, особенно бедности и социальному неравенству. В нем подчеркивается растущий разрыв в состоянии здоровья между странами Региона и между богатыми и бедными внутри стран. В сегодняшнем мире ограниченное число факторов риска является причиной большинства заболеваний. В докладе дается описание бремени болезней, а также того, как более широкое использование эффективных мер общественного здравоохранения может уменьшить его, основываясь при этом на уже накопленном опыте и на примерах успешной работы.

Особый акцент в докладе ставится на вопросах здоровья детей и на той работе, которая проводится – и должна проводиться и далее – для его улучшения. Следует всегда помнить о том, что здоровые дети становятся со временем здоровыми взрослыми. Несмотря на общее улучшение ситуации со здоровьем детей в Регионе, в различных его странах повышается частота многих заболеваний и хронических патологий. В докладе приводятся фактические данные как о рисках для здоровья детей, так и о возможностях улучшения их здоровья.

Наша главная цель – помочь странам выбрать наилучшие возможные меры охраны здоровья на основе фактических данных и знаний. Мы надеемся, что данная публикация поможет государствам-членам успешно решать и сегодняшние, и будущие задачи в сфере общественного здравоохранения.



Marc Danzon

Директор Европейского регионального бюро ВОЗ



## Исполнительное резюме

**Различия в продолжительности ожидаемой здоровой жизни между восточной и западной частями Региона, 2002 г.**

**Самые высокие показатели**  
Сан-Марино: 73,4 года  
Швеция: 73,3 года  
Швейцария: 73,2 года

**Самые низкие показатели**  
Кыргызстан: 55,3 года  
Таджикистан: 54,7 года  
Туркменистан: 54,4 года

Хорошее здоровье – это важнейший ресурс для социального и экономического развития. Достижение более высокого уровня развития человеческого потенциала означает, что люди не только живут дольше, но и дольше сохраняют свое здоровье.

Несмотря на то, что состояние здоровья 879 миллионов жителей Европейского региона ВОЗ в целом улучшилось, различия между 52 государствами - членами Региона и между различными группами внутри стран увеличились. Помимо разрыва в состоянии здоровья между востоком и западом во многих странах возросли различия в состоянии здоровья между различными социально-экономическими группами.

Уменьшение неравенства в отношении здоровья приобретает все большее значение. Сейчас, когда в большинстве стран наблюдается снижение рождаемости и старение населения, особенно важно оградить детей от болезней и помочь им

приобрести резистентность к болезням и выносливость для того, чтобы оставаться здоровыми до глубокой старости.

“Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2005 г.” будет способствовать выполнению этой задачи, так как в нем дается краткое описание основных проблем общественного здравоохранения, стоящих перед Регионом, особенно относящихся к детям, а также освещаются эффективные стратегические действия для их решения. Доклад содержит надежную и основанную на фактических данных информацию, необходимую для принятия обоснованных решений в сфере общественного здравоохранения.

### Содержание и методы

В начале доклада суммируются факты, относящиеся к общественному здравоохранению в Регионе, а затем более подробно анализируются вопросы, относящиеся к здоровью и развитию детей. В конце доклада приводятся статистические таблицы, которые содержат некоторые данные, лежащие в основе сделанных в докладе выводов, а также определения некоторых из используемых терминов. Доклад не является всеобъемлющим обзором всей имеющейся информации, а скорее синтетическим обобщением фактических данных и аналитической информации, имеющихся в ВОЗ и полученных из других источников. В нем представлены фактические данные о бремени болезней, связанных с определенными патологиями, воздействии отдельных факторов риска, а также о ряде успешных инициатив и мер, которые могут способствовать улучшению здоровья населения в рамках всего Региона.

В докладе представлены последние имеющиеся данные о различных показателях здоровья. Там, где это возможно, результаты приводятся по трем группам стран Европейского региона. При этом распределение стран между этими группами основывается на уровнях смертности среди детей и взрослых, а не на каких-либо географических или политических факторах. В докладе анализируется ожидаемая

продолжительность жизни и причины смертности, а также используются такие показатели, как ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ) и утраченные годы здоровой жизни (DALYs). Изучение этих показателей в сочетании с традиционными показателями, такими как смертность, заболеваемость и распространенность болезней, позволило авторам доклада осветить актуальные вопросы и проблемы и дать более полную картину ситуации со здоровьем населения в Европейском регионе.

## **Борьба с факторами риска в целях уменьшения бремени болезней**

Наиболее важными причинами бремени болезней в Регионе являются неинфекционные заболевания (77%), внешние причины травм и отравления (14%) и инфекционные заболевания (9%). В 2002 г. неинфекционные заболевания (НИЗ) стали причиной 86% из 9,6 миллиона смертей и 77% из 150,3 миллиона DALYs в Регионе. В основе этих болезней лежат сложные взаимодействия генетических, поведенческих и средовых факторов, и для борьбы с ними необходимы долгосрочное планирование и лечебно-профилактическая работа. Кроме того, особой проблемой для молодежи является травматизм.

Более того, бедность и проблемы, связанные с недостаточным финансированием служб здравоохранения, стали причиной двойного бремени неинфекционных и инфекционных заболеваний в некоторых странах восточной части Региона. Это двойное бремя служит одним из объяснений различий в состоянии здоровья населения между странами и внутри них.

Всего семь ведущих факторов риска – табак, алкоголь, высокое артериальное давление, высокие уровни холестерина, избыточная масса тела, недостаточное употребление фруктов и овощей и недостаточная физическая активность – являются главными причинами различий между странами в бремени болезней, обусловленном семью ведущими патологическими состояниями (ишемическая болезнь сердца, униполярные депрессивные расстройства, цереброваскулярные заболевания, расстройства, связанные с употреблением алкоголя, хронические болезни легких, рак легкого, дорожно-транспортный травматизм). Использование хорошо известных мер борьбы с вышеуказанными факторами риска позволит во многом предотвратить развитие этих состояний, что является очень мощным аргументом в пользу действий в этом направлении.

В докладе приводятся примеры успешной деятельности в различных частях Региона, которые показывают, что с помощью согласованных и относительно простых мер можно успешно бороться с НИЗ и травматизмом. Страны располагают целым рядом мер борьбы с определенными болезнями, и обмен информацией об успехах тех или иных мер и их недостатках имеет очень важное значение для их адаптации и применения в других странах. Так, например, успех проводимой в Швеции инициативы “Цель - ноль”, направленной на уменьшение дорожно-транспортного травматизма, стимулировал принятие этой инициативы в ряде других стран. Истории успеха различаются как по проблемам, к которым они относятся, так и по странам, в которых они имели место. С другой стороны, их общей чертой является то, что все успешные инициативы основаны на участии всех заинтересованных сторон – пациентов, медицинских работников, государственных и общественных структур и т.д. Таким образом, эти примеры

показывают, что простые, но комплексные меры могут привести к значительному улучшению здоровья населения.

### **Особое внимание детям**

Особое внимание в “Докладе о состоянии здравоохранения в Европе, 2005 г.” уделяется здоровью детей, так как от этого зависит не только их здоровье на протяжении всей жизни, но и здоровье следующего поколения. Особенно важным является период от рождения до 5–6 лет. Нездоровье или вредный образ жизни в детстве может привести к нарушениям здоровья на протяжении всей жизни, что создает здравоохранительные, финансовые и социальные проблемы для стран как сегодня, так и в будущем.

### **Состояние здоровья детей и проблемы в этой области**

В целом, состояние здоровья детей в 52 странах Европейского региона ВОЗ отражает расширяющийся разрыв в отношении здоровья между востоком и западом, наблюдаемый у взрослых. Несмотря на общее улучшение, здоровье детей в Европейском регионе характеризуется большими различиями как между странами, так и внутри них применительно к различным возрастным и половым группам, географическому местонахождению и социально-экономическому статусу. Социальное неравенство – это проблема, возрастающая во всех странах, но особенно остро она стоит в восточной части Региона.

Неравенство в отношении здоровья детей является недопустимо большим, и оно главным образом относится к странам, обществам, местным сообществам, семьям и детям, располагающим наименьшими ресурсами для решения этой проблемы. Даже в более богатых странах на менее обеспеченные группы населения приходится более высокая доля бремени болезней.

Причины и показатели заболеваемости и смертности у детей широко различаются в рамках Региона. В частности, в странах восточной части Региона наблюдаются более высокие уровни заболеваемости и смертности, обусловленные респираторными и инфекционными заболеваниями, травмами и отравлениями, в связи с чем структура заболеваемости у детей отличается от таковой у взрослого населения. В западных странах смертность от этих причин уже относительно низкая, что отражается в более низких показателях общего бремени болезней. В связи с вышеуказанным структура детской заболеваемости в западных странах характеризуется большим удельным весом НИЗ, таких как астма, аллергия, диабет, ожирение и нейropsychические расстройства. Проблемой, вызывающей беспокойство во всем Регионе, продолжают оставаться управляемые инфекции.

Бедность – это самая большая угроза для здоровья детей независимо от уровня развития страны. Показатели заболеваемости и нездорового поведения тесно связаны с социально-экономическими факторами, включающими слабое здоровье новорожденных (например, в результате недостаточного питания), недостаточный доступ к медицинской помощи, нездоровые или небезопасные окружающая среда и поведенческие факторы, такие как неадекватный рацион питания, недостаточная физическая активность и раннее начало употребления табака, алкоголя или наркотиков.

Различные профили здоровья детей и взрослых указывают на необходимость разработки в странах дополняющих друг друга стратегий охраны здоровья детского и взрослого населения. В связи с тем, что обеспечение оптимального здоровья и развития

всех детей становится все более сложной задачей, Европейское региональное бюро ВОЗ разрабатывает новый подход, призванный помочь странам в этой области, а именно, Европейскую стратегию “Здоровье и развитие детей и подростков”. Помимо этого, все страны нуждаются как в лучшей информации о здоровье детей, так и в системах мониторинга здоровья детей, особенно в отношении социального неравенства.

### **Успешные стратегии: применение имеющихся знаний в комплексных стратегиях**

Инвестиции в здоровье детей – это инвестиции в будущее, которые не только способствуют улучшению здоровья, но и приносят финансовую и социальную пользу. “Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2005 г.” призывает активизировать усилия по охране и укреплению здоровья детей. В докладе указывается, что необходимо обеспечить должный баланс между решением существующих проблем и теми выгодами, которые это сулит в будущем, при этом отмечается, что инвестирование в здоровье и развитие детей – это не только ключ к улучшению здоровья населения в будущем, но и способ уменьшения проявлений неравенства уже сегодня.

Мы уже располагаем большим объемом знаний, необходимых для улучшения здоровья каждого жителя Региона. Главная задача сейчас заключается в трансформации этих знаний в действия.

Несмотря на широкие различия проблем здоровья детей в различных частях Европейского региона ВОЗ, фактические данные показывают, что успешным программам укрепления здоровья и профилактики заболеваний присущи некоторые общие факторы. В частности, к наиболее успешным мерам относятся те, которые:

- разработаны и осуществляются в рамках комплексного национального планирования, в котором принимают участие все заинтересованные стороны, включая детей;
- основаны на достоверных фактических данных о целевых группах населения, об эффективности предлагаемых мер и о потенциале системы здравоохранения страны с точки зрения выполнения этих мер;
- направлены на борьбу с общими детерминантами нездоровья (бедностью и социальным неравенством), а также с конкретными факторами риска;
- предусматривают многоотраслевые, многоаспектные и многоуровневые действия государственных и иных структур с использованием всего арсенала имеющихся стратегических подходов и с опорой на широкую социальную поддержку необходимых преобразований;
- нацелены на наиболее нуждающиеся группы населения;
- адаптированы к местным потребностям, ресурсам и условиям, включая должный учет культурных, религиозных и гендерных факторов.

Уделение особого внимания охране здоровья детей сегодня может улучшить здоровье взрослого населения в будущем. Необходимо направлять больше усилий и, естественно, ресурсов для успешного проведения мер с уже доказанной эффективностью. В то же время следует помнить, что главное условие успешной работы в области улучшения здоровья и развития детей – это искреннее желание добиться значительных улучшений. Нам предстоит проделать большую работу, но, как свидетельствует “Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2005 г.”, усилия, предпринимаемые сегодня, обеспечивают достижение успеха в будущем.



# ЧАСТИ

ВВЕДЕНИЕ

## Введение

### Задача

Хорошее здоровье – важнейший ресурс для социального и экономического развития. В настоящее время мы располагаем убедительными данными о наличии самых тесных взаимосвязей между здоровьем и устойчивым человеческим развитием. Кроме того, здоровье – это одно из основных прав каждого человека. Именно поэтому очень приятно подчеркнуть, что здоровье населения Европейского региона ВОЗ существенно улучшилось.

Следует, однако, отметить, что для Региона также характерно наличие резких контрастов. С одной стороны, его богатейшие и наиболее развитые страны входят в группу самых здоровых стран мира по таким, например, показателям, как продолжительность жизни, более позднее наступление периода болезней и инвалидности, а также проведение мероприятий по повышению качества жизни и уровня повседневного функционирования людей. С другой стороны, в Регионе имеются бедные страны с очень плохим состоянием здоровья среди более молодых групп населения. Эти страны несут двойное бремя болезней, так как, во-первых, у них не имеется современных средств борьбы с такими традиционными проблемами, как инфекционные болезни и травматизм, а во-вторых, на них уже легло огромное бремя неинфекционных болезней. Более того, во всех, даже самых богатых, странах имеются огромные и возрастающие различия в состоянии здоровья между самыми богатыми и самыми бедными группами населения. Уменьшение неравенства в рамках популяции в максимально возможной степени – это ключевая задача для каждой страны.

### Средства

ВОЗ считает, что обмен информацией и знаниями может помочь странам сократить различия в отношении здоровья. Именно поэтому в “Докладе о состоянии здравоохранения в Европе, 2005 г.” вначале рассматриваются и суммируются фактические данные о состоянии общественного здоровья в Регионе и об основных мерах, которые могут улучшить здоровье населения. Затем в докладе ставится акцент на детях как группе населения, улучшение здоровья которой принесет наибольшую кумулятивную пользу. Принятие правильных мер в начале жизни может приносить пользу на протяжении всего жизненного пути, и всем сторонам, имеющим отношение к здравоохранению, следует использовать все возможности, открывающиеся в этой сфере.

При подготовке данного доклада широко использовались уже имеющиеся фактические данные, а также результаты анализов, проведенных в процессе составления докладов о состоянии здравоохранения в мире в 2002 и 2004 гг. (1,2), и проекта ВОЗ по глобальному бремени болезней. Доклад также основывается на различных публикациях Европейского регионального бюро ВОЗ, особенно документах, подготовленных для сессий Европейского регионального комитета ВОЗ (руководящий орган ВОЗ в Регионе) и конференций на уровне министров. В конце каждой главы приводится перечень ключевых использованных источников.

Фактические данные указывают на наличие мер с доказанной эффективностью, но к сожалению, эти знания не всегда оптимальным образом преобразуются в действия. Необходимым условием для успеха в этой области являются межотраслевые, межсекторальные действия и многосторонние стратегии, предусматривающие уделение особого внимания неблагополучным группам населения. С учетом формирования более широкого понятия общественного здравоохранения, одной из актуальных задач отрасли здравоохранения стало привлечение новых партнеров к усилиям по решению этой задачи. Охрана здоровья населения в сегодняшнем мире – это обязанность правительства в целом, которое должно действовать в сотрудничестве с другими заинтересованными сторонами и обеспечивать устранение традиционных межотраслевых, межведомственных границ. Нам необходима смелость для того, чтобы применять новые подходы к охране здоровья населения, об эффективности которых свидетельствует возрастающий объем фактических данных. В “Докладе о состоянии здравоохранения в Европе, 2005 г.” намечается путь вперед и идентифицируется та поддержка, которую государства-члены могут получить в своей работе, направленной на защиту и улучшение здоровья населения.

## **Ключевая идея**

Ключевая идея состоит в том, что, несмотря на имеющиеся сейчас серьезные различия в состоянии здоровья и необходимость принятия мер для защиты всего населения, проблемы плохого здоровья детей и молодежи имеют особую значимость, и для их решения нужны целенаправленные усилия. Дело в том, что состояние нездоровья может повлиять на всю дальнейшую жизнь человека, в частности, путем содействия формированию вредных для здоровья форм поведения и появлению проблем со здоровьем, что создает условия для развития недомоганий и болезней во взрослом возрасте. Нездоровье детей это не только их собственная проблема, она также оказывает серьезное воздействие на родителей, семьи и общество в целом. Более того, в каждом периоде развития ребенка возникают новые проблемы для здоровья и требуются новые стратегии для их решения.

Поэтому необходимо приложить особые усилия, чтобы направить на охрану здоровья детей такой объем инвестиций, который необходим в каждой конкретной ситуации. В настоящее время происходят значительные социально-экономические преобразования, затрагивающие страны, местные сообщества, семьи и отдельных лиц, что еще более усложняет стоящую перед нами задачу. При определении должного уровня финансирования следует учитывать как масштабы и серьезность нынешних проблем здоровья, так и ту пользу, которую принятие тех или иных мер может принести для всего населения в будущем. В то же время следует всегда помнить о том, что инвестирование в здоровье и развитие детей это не только ключевое условие для обеспечения будущего здоровья населения, но и необходимая предпосылка для уменьшения неравенства в отношении здоровья. Именно эти соображения и послужили основой при подготовке данного доклада.



## Концептуальная основа доклада

### История вопроса: многофакторная природа здоровья и ее значение для разработки политики

Состояние здоровья населения определяется множеством разнообразных факторов, включая генетические и биологические факторы, образ жизни, условия жизни и работы, объем и качество медицинских услуг. Более того, в основе важнейших детерминантов здоровья как детей, так и взрослых лежит ряд важнейших социально-экономических факторов, которые оказывают глубочайшее воздействие на показатели смертности, заболеваемости и поведения в отношении здоровья на протяжении всей жизни (от зачатия, родов и важнейшего начального периода развития ребенка до завершения жизни). Ввиду многофакторного характера здоровья лицам, формирующим политику, необходимо учитывать весь широкий диапазон факторов, влияющих на детерминанты и состояние здоровья.

Кроме того, все эти детерминанты воздействуют на здоровье людей через динамическое и непрерывное взаимодействие между биологическими факторами, прежними воздействиями и нынешними условиями жизни. Детерминанты здоровья также взаимодействуют и в динамике времени – с соответствующим аккумулярующим воздействием на здоровье людей. Люди, на которых в прошлом воздействовало больше факторов риска, как правило, имеют более низкий порог устойчивости по отношению к нынешним и будущим стрессовым факторам. Здесь также следует отметить, что корни многих хронических болезней взрослых уходят в детство.

Что касается разработки политики, то на основании вышеизложенного можно сделать три вывода.

1. При разработке политики в отношении здоровья необходимо учитывать все многообразие составляющих здоровья, уделяя при этом особое внимание среде обитания человека в самом широком смысле этого слова.
2. Акцент в политике здравоохранения и социальной политике необходимо ставить на причинах нездорового поведения, хронических болезней и психических расстройств, а соответствующие службы и программы должны строиться таким образом, чтобы на протяжении всего жизненного пути человека можно было компенсировать уже имевшее место воздействие факторов риска.
3. В целом, наиболее оптимальные мероприятия общественного здравоохранения – это те, которые являются многофакторными и комплексными, и направлены на решение различных проблем здоровья людей с учетом всех аспектов их повседневной, трудовой и социальной жизни.

### Подход, используемый в данном докладе

С учетом вышеуказанного, в настоящем докладе используется широкий аналитический подход, предусматривающий постановку акцента на различных стадиях развития человека и основывающийся главным образом на рассмотрении как бремени болезней, так и соответствующих детерминантов здоровья и мер, которые могут быть приняты для охраны и укрепления здоровья населения в целом, уделяя особое внимание

детям. Благодаря тому, что в докладе используется концепция бремени болезней, в центре внимания всегда остаются важнейшие проблемы. Этот подход удалось реализовать благодаря поддержке со стороны информационной базы проекта ВОЗ “Глобальное бремя болезней” (3), данные которой были адаптированы специально для целей настоящего доклада. Кроме того, в докладе акцентируется важность факторов и вмешательств на ранних этапах развития, что позволяет создать возможности, необходимые для улучшения здоровья будущих поколений.

Характер имеющихся данных и определенная их несопоставимость ограничивают масштабы анализа, который может быть сделан. Хотя имеющиеся данные и посвящены в основном негативным показателям, следует помнить, что здоровье детей зависит как от негативных, так и позитивных факторов. Одним из позитивных факторов является та степень, в которой дети способны реализовать свой потенциал добиться успеха в жизни. Кроме того, хотя научные данные и свидетельствуют о важности социально-экономических составляющих здоровья, некоторые из показателей не были привязаны к информации об уровнях доходов и образования и другим социальным характеристикам на уровне стран.

Хотя доступность и предоставление соответствующих высококачественных медицинских услуг и является жизненно важной предпосылкой здоровья и одним из основных прав человека, в настоящем докладе основное внимание уделяется детерминантам здоровья, а примеры эффективных действий служб здравоохранения приводятся только тогда, когда в этом имеется необходимость. Это соответствует разработанной ВОЗ политике достижения здоровья для всех, в которой говорится, что странам следует провести комплексную оценку всех прямых и косвенных факторов, влияющих на здоровье населения, и выделять ресурсы для работы с каждым из этих факторов с учетом его относительной значимости и подтвержденного эффекта соответствующих мер.

## **Методология**

Основываясь на этой концепции, в “Докладе о состоянии здравоохранения в Европе, 2005 г.” рассматриваются широкие вопросы общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ и приводятся фактические данные о следующих аспектах:

- бремя болезней, связанное с конкретными патологическими состояниями;
- тот вклад, который конкретные факторы риска вносят в заболеваемость;
- отдельные меры общественного здравоохранения, которые могут значительно улучшить здоровье населения при условии, что будут учтены все контекстуальные факторы, необходимые для их успешного осуществления.

Бремя болезней выражается с помощью как:

- традиционных показателей, таких как смертность, частота и распространенность заболеваний; использование ресурсов систем здравоохранения и социальной защиты; стоимость для экономики;
- так и суммарных показателей уровней здоровья населения и имеющихся различий, таких, например, как ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ) и утраченные годы здоровой жизни (DALYs).

Несмотря на необходимость постоянного учета значимости социально-экономических детерминантов здоровья, количественные оценки воздействия, как правило, ограничиваются учетом воздействия прямых детерминантов и определяются с помощью статистических методов, искусственно отделяющих воздействие одного фактора риска от воздействия других факторов. Следует, однако, помнить о том, что такие факторы часто действуют одновременно, и эффект их взаимодействия носит сочетанный характер.

Примеры предпринимаемых действий были отобраны на основе систематических обзоров фактических данных. В докладе также приводятся примеры широко принятой хорошей практики, которые иллюстрируются историями успехов.

На данном этапе необходимо соблюдать осторожность при использовании показателей и других фактических данных, приведенных в докладе. Традиционные показатели и сводные индексы поддерживают друг друга, а не являются взаимоисключающими альтернативами. Первые могут предоставить своевременную и очень конкретную информацию о ситуации и тенденциях в области здоровья и о мерах, предпринимаемых системами здравоохранения, в то время как последние предоставляют информацию, обобщенную на основе различных допущений и генерализованных статистических моделей. Сводные индексы предназначены для того, чтобы стандартизировать информацию, полученную из различных источников, в то время как задачи отдельных показателей – определить те аспекты и звенья, где необходимо предпринять целенаправленные действия. В данном случае, мы имеем дело с определенным компромиссом между специфичностью данных и возможностью их межстранового сравнения. Поэтому полезными являются как точные, но очень многочисленные отдельные показатели, так и стандартизированные сводные индексы, позволяющие составить общее мнение об общем бремени болезней, выражая его в общих величинах. В сложном процессе отслеживания изменений в профилях и характеристиках здоровья и та, и другая группа показателей имеют свои достоинства и сферы применения. Помимо этого, сводные индексы могут играть роль более устойчивых или чувствительных показателей в тех областях, где в системах регулярной отчетности не рассчитываются достоверные общепринятые показатели.

В рамках проекта “Глобальное бремя болезней” для всех стран Европейского региона ВОЗ был рассчитан индекс DALYs с указанием нозологических форм и известных факторов риска, служащих причиной утраты здоровых лет жизни. Для обеспечения максимально возможной сопоставимости данных между различными странами и популяциями были разработаны специальные методы. При проведении анализа учитывался неполный характер регистрации причин смерти в странах, а также делалась корректировка на систематические ошибки данных о заболеваемости, полученных в странах с помощью опросов. Помимо этого, предпринимаются меры для корректировки статистических данных, относящихся к коморбидности и лицам, проживающим в учреждениях здравоохранения и социального обеспечения, так как расчет и статистическая обработка этих данных обычно связаны со значительными трудностями. Тем не менее, следует помнить, что при расчете DALYs и ожидаемой продолжительности здоровой жизни мы имеем дело с целым рядом неучтенных данных и не поддающихся расчету факторов, являющихся одним из элементов оценок, и поэтому использовать их следует с осторожностью. Таким образом, расчетные показатели ВОЗ, представленные в данном докладе, лучше рассматривать

не как результаты непосредственного измерения, а как наилучшие возможные ориентировочные показатели.

Следует отметить, что идентифицированные факторы риска обычно вносят свой вклад в развитие целого ряда патологических состояний, и поэтому общее фактическое воздействие того или иного фактора может быть больше, чем его расчетный вклад в развитие того или иного конкретного состояния. В то же время из-за того, что отдельные факторы риска действуют на здоровье людей не в одиночку, а взаимосвязано, общее воздействие группы факторов, лежащих в основе развития того или иного патологического состояния, обычно не равнозначно сумме утраченных лет здоровой жизни (DALYs), приходящихся на каждый из них. Для определения общего эффекта необходимо внести дополнительные статистические коррективы. С другой стороны, у одного человека может быть несколько болезней, в основе каждой из которых лежат одни и те же факторы риска, и это также необходимо принять во внимание. Сводные индексы, обеспечивающие суммирование всех этих сценариев, позволяют получить дополнительные сведения, недоступные при использовании только конкретных традиционных показателей.

В основе идей и соображений, относящихся к разработке политики, лежат результаты работы Европейского регионального бюро ВОЗ, внутренних обзоров и согласованных оценок. Проводился систематический поиск данных о фактическом воздействии предпринимаемых вмешательств, которые, однако, не всегда дифференцировались по их значимости. Совершенно осознанно поиск проводился только в приоритетных областях, определенных по масштабам бремени болезней и приписываемого риска.

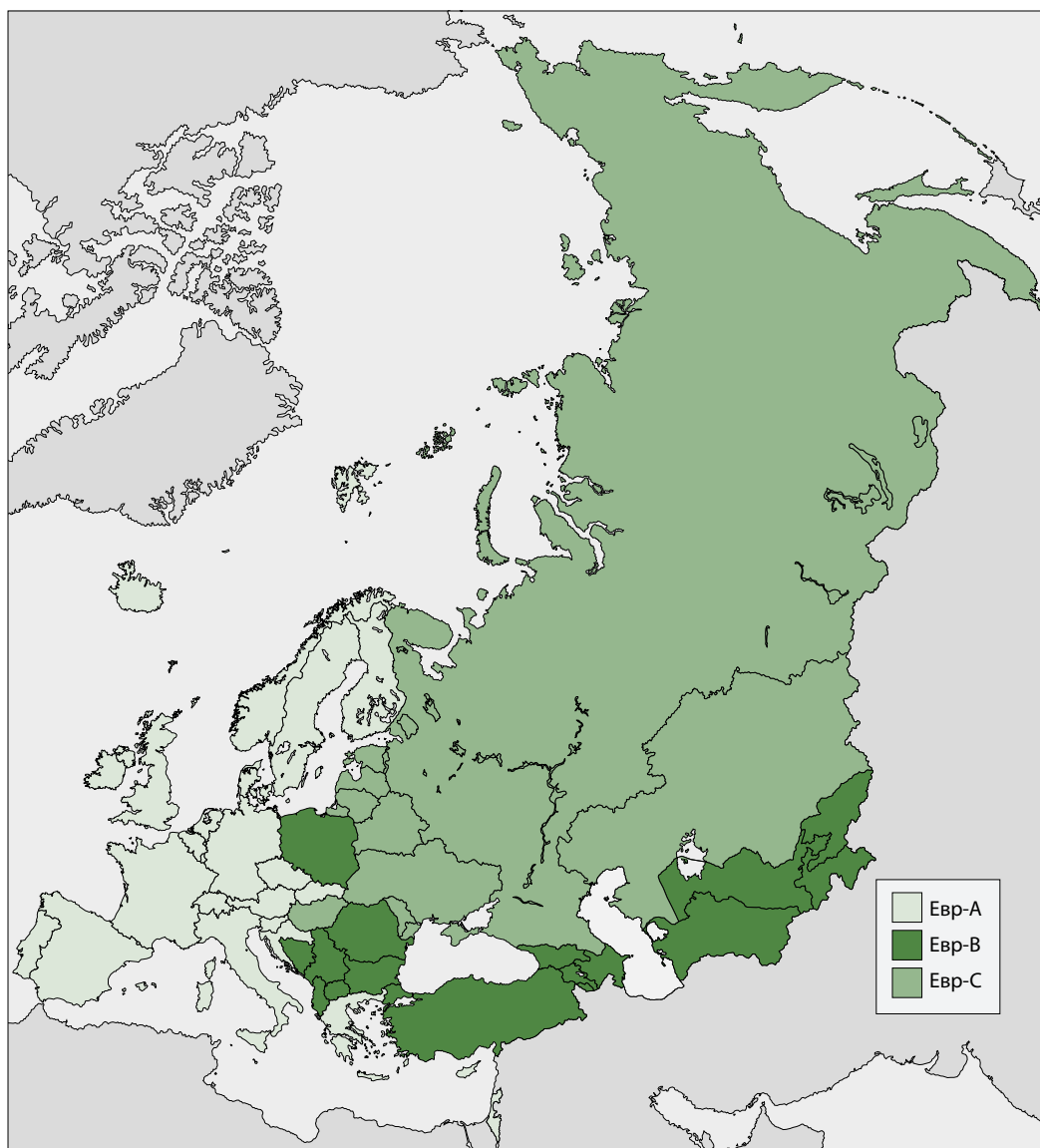
## **Группировка по странам**

Для облегчения процесса проведения анализов, сравнений и идентификации тенденций и приоритетов полезным может быть объединение стран в определенные группы, что может быть сделано с помощью различных подходов.

В “Докладе о состоянии здравоохранения в Европе, 2002 г.” (4) в качестве критерия для включения стран в определенные группы было использовано традиционное различие между странами Европейского союза (ЕС), странами Центральной и Восточной Европы и новыми независимыми государствами бывшего СССР. Последние определялись как 15 стран, ставших независимыми после распада СССР, включая Эстонию, Латвию и Литву. В страны Центральной и Восточной Европы входили 12 стран с плановой экономикой, которые не были частью СССР. В группу стран Западной Европы входили 15 государств ЕС и развитые страны с рыночной экономикой, не входящие в ЕС. Считалось, что даже в тот период времени этот подход начал утрачивать свою пригодность, а в настоящее время он становится еще менее уместным в связи с тем, что в мае 2004 г. в состав ЕС вошли еще 10 стран (Венгрия, Кипр, Латвия, Литва, Мальта, Польша, Словакия, Словения, Чешская Республика и Эстония).

Наряду с использованием ряда общих географических группировок в “Докладе о состоянии здравоохранения в Европе, 2005 г.” используется разбивка стран на три группы (Евр-А, Евр-В и Евр-С) на основе такого критерия, как показатели смертности (рис. 1) (см. техническую записку и “Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2004 г.” (2)). Этот подход был впервые применен штаб-квартирой ВОЗ. Он основывается на данных, предоставленных странами, а также оценках, подготовленных ВОЗ с помощью статистического моделирования:

Рисунок 1.  
Эпидемиологические  
субрегионы  
Европейского регио-  
на ВОЗ: Евр-А, Евр-В  
и Евр-С



Можно надеяться, что использование этого подхода обогатит традиционный подход объединения стран Европейского региона в определенные группы на основе географического местонахождения и/или принадлежности к той или иной международной структуре. Несмотря на то, что геополитический подход полезен для некоторых целей, его следует сбалансировать, применяя иной подход к распределению стран на основе определенного нейтрального критерия. В конечном итоге, это должно помочь выяснению фактического положения дел в области здравоохранения.

## Эпидемиологические субрегионы Европейского региона ВОЗ

Для того чтобы облегчить проведение анализов смертности и бремени болезней, ВОЗ (1) начала разделять государства-члены на пять частей, основываясь на уровнях смертности среди детей в возрасте до 5 лет и взрослых мужчин в возрасте 15–59 лет. Квинтили распределения детской смертности (для обоих полов вместе) были использованы для определения групп, в которых смертность была очень низкой (1 квинтиль), низкой (2 и 3 квинтили) и высокой (4 и 5 квинтили). Группы с низкими и высокими показателями детской смертности также классифицировались по уровню смертности среди взрослого населения (используя регрессионную линию смертности взрослого населения по отношению к детской смертности). Используя этот подход, пять глобальных квинтилей смертности были определены следующим образом

- А: очень низкая смертность детей и взрослых
- В: низкая смертность детей и взрослых
- С: низкая детская смертность и высокая смертность среди взрослого населения
- D: высокая смертность детей и взрослых
- E: высокая детская смертность и очень высокая смертность среди взрослого населения.

Государства-члены шести регионов ВОЗ были развиты на 14 эпидемиологических субрегионов. Европейский регион ВОЗ был разделен на три таких субрегиона, получившие название Евр-А, -В и -С.

1. Евр-А (27 стран с очень низкими показателями смертности у детей и взрослых): Андорра, Австрия, Бельгия, Германия, Греция, Дания, Исландия, Испания, Ирландия, Израиль, Италия, Кипр, Люксембург, Мальта, Монако, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Сан-Марино, Словения, Соединенное Королевство, Швейцария, Швеция, Финляндия, Франция, Хорватия, Чешская Республика;
2. Евр-В (16 стран с низкими показателями смертности детей и взрослых): Азербайджан, Албания, Армения, Болгария, Босния и Герцеговина, Бывшая Югославская Республика Македония, Грузия, Кыргызстан, Польша, Румыния, Сербия и Черногория, Словакия, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан;
3. Евр-С (9 стран с низкими показателями детской смертности и высокими показателями смертности взрослого населения): Беларусь, Венгрия, Казахстан, Латвия, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация, Украина, Эстония.

Эти уровни смертности были определены на основе эмпирической информации и статистически смоделированных расчетных показателей смертности. ВОЗ использовала эту классификацию в своих докладах о состоянии здравоохранения в мире на протяжении всего 2004 г. (2).

## Библиография

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2002 г. – Уменьшение риска, содействие здоровому образу жизни. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2002 г. ([http://www.who.int/whr/2002/en/Overview\\_Russ.pdf](http://www.who.int/whr/2002/en/Overview_Russ.pdf), по состоянию на 27 апреля 2005 г.).
2. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2004 г. – Изменить ход истории. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 г. ([http://www.who.int/whr/2004/en/overview\\_ru.pdf](http://www.who.int/whr/2004/en/overview_ru.pdf), по состоянию на 27 апреля 2005 г.).
3. Mathers C et al. *Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*. Geneva, World Health Organization, 2004 ([http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden\\_gbd2000docs,burden\\_gbd2000docs\\_DP54&language=english](http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden_gbd2000docs,burden_gbd2000docs_DP54&language=english), по состоянию на 27 апреля 2005 г.).
4. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2002 г. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002 г. (<http://www.euro.who.int/europeanhealthreport?language=Russian>, по состоянию на 27 апреля 2005 г.).



# ЧАСТЬ 2

**ОБЩАЯ  
ПЕРСПЕКТИВА  
В ОБЛАСТИ  
ОБЩЕСТВЕННОГО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**



## Обзор

Данная часть доклада посвящена тем различиям в состоянии здоровья населения Европейского региона, которые были определены с помощью индекса DALY. Этот индекс представляет собой статистическую оценку среднего числа нереализуемых лет здоровой жизни для населения данной страны в сравнении с практически возможным стандартом, на который можно с достаточным основанием рассчитывать (см. техническую записку ниже).

Индекс DALY имеет две функции: во-первых, его можно использовать для расчета нынешнего бремени, обусловленного различными причинами нездоровья, например, болезнями и травмами. Во-вторых, утраченные годы здоровой жизни могут быть отнесены на счет предупреждаемых факторов риска или этиологических причин, что позволяет рассчитать ту долю бремени болезней в будущем, которая может быть предотвращена. Этот сводный индекс различий в отношении здоровья позволяет отнести все диагностируемые состояния (как приводящие к смерти, так и не имеющие летального характера) к определенным категориям и включить их в один знаменатель общего бремени болезней, которое лежит на данной популяции. После этого общее бремя можно рассортировать по размерам его различных компонентов. В свою очередь, эти компоненты могут быть подвергнуты дальнейшему анализу для определения того, можно ли, и в какой степени, их уменьшить или предотвратить посредством снижения поведенческих и средовых факторов риска.

Исходя из вышеуказанного, ведущие причины заболеваний и факторы риска могут быть идентифицированы и обозначены. Иными словами, их можно использовать как холст, на который можно нанести соответствующие фактические данные о ситуации в области здравоохранения и данные о соответствующих достижениях, проблемах, стратегических соображениях и вмешательствах. Такой подход, основанный на использовании индекса DALY, позволяет подвести под доклад простую, но прочную логическую основу. При применении данного индекса не остается каких-либо сомнений относительно подлинных причин различий в состоянии здоровья, так как перечни используемых категорий являются полными и не накладываются друг на друга. Это помогает читателю всегда помнить о главном и не совершать систематических ошибок при подготовке эпидемиологических выводов.

Хотя в Европейском регионе ВОЗ в целом продолжают снижаться уровни рождаемости и преждевременной смертности, соответствующие различия между странами и внутри них увеличились. Помимо различий в ожидаемой продолжительности жизни между востоком и западом во многих странах увеличились социально-экономические градиенты показателей смертности.

К счастью, применяя хорошо известные и технически возможные меры общественного здравоохранения, можно уменьшить семь ведущих причин потери лет здоровой жизни, связанной с болезнями и преждевременной смертностью. Вмешательства, направленные на семь ведущих факторов риска, могут во многом предупредить развитие семи ведущих патологических состояний. Все вышеуказанное служит мощным аргументом в пользу действий, направленных на уменьшение этих рисков до минимально возможного уровня.

Помимо индекса DALY, являющегося единым сводным показателем здоровья, доклад основывается на двух других показателях, а именно: ожидаемая продолжительность жизни и связанные с этим показатели смертности; а также ОПЗЖ, показатель качества средней продолжительности жизни. Такое сочетание показателей уровня здоровья и различий в состоянии здоровья закладывает хорошую фактическую основу, необходимую для оценки общего положения дел в области общественного здравоохранения в Регионе.

## **Население Европейского региона ВОЗ**

Согласно оценке, проведенной в 2003 г., общее население 52 стран Европейского региона ВОЗ составляет 879,6 миллиона человек (см. также табл. 1 Приложения). (Данные о народонаселении в этом разделе взяты, главным образом, из следующих источников: ВОЗ (1), Программа развития Организации Объединенных Наций (2) и Совет Европы). В целом, в странах продолжают уменьшаться уровни рождаемости и преждевременной смертности. Показатель естественного прироста населения (разность между числом родившихся и числом умерших за определенный период времени) снижается, а во многих странах он является негативным или только погранично позитивным. Прежде всего, это касается восточной части Региона, где снижение этого показателя во многих странах началось в 1990 г. или даже раньше.

Структура семей характеризуется большими изменениями. Регистрируемые тенденции указывают на сокращение числа браков и увеличение числа разводов и сожительства, с параллельным повышением числа рождений внебрачных детей. Снижение показателя брачности сопровождается повышением возраста вступающих в первый брак. Изменения в структуре семей могут оказывать влияние на взаимоотношения родителей с детьми и таким образом на благополучие и развитие детей. Для того чтобы обеспечить детям хорошие условия в самом начале жизненного пути, необходимо продолжать мониторинг этих тенденций и понимать, к каким изменениям они приводят. Это может включать изучение широких аспектов политики и законодательства, влияющих на жизнь семьи, например, относящихся к бракам, разводам, опекунству.

Коэффициент фертильности в Регионе – среднее число детей, которых, как ожидается, женщина родит в течение жизни, – в целом находится ниже показателя замещения населения равного 2,1 – за исключением Центральноазиатских республик, Израиля и Турции. Помимо этого, среди женщин наблюдается растущая тенденция откладывать первую беременность, что увеличивает риск врожденных аномалий и приводит к снижению числа семей с тремя или более детьми. В числе рождающихся детей все большую долю составляют первые и вторые роды.

В последние десятилетия в большинстве стран Региона существенно снизилась смертность населения. В странах Евр-А люди сейчас живут дольше, так как смертность там значительно ниже, чем в большинстве стран в группах Евр-В и -С.

В связи с уменьшением показателей фертильности и смертности повысилась доля пожилых людей (65 лет и старше) среди населения в целом. Старение населения наблюдается практически во всех государствах-членах. Эта демографическая тенденция, по-видимому, продолжится и далее, и доля пожилых среди населения продолжит возрастать. В связи с тем, что сейчас рождается меньшее число детей, а люди живут дольше, большие, чем когда-либо, усилия следует прилагать для того, чтобы

Таблица 1.  
Ожидаемая  
продолжительность  
жизни при  
рождении  
в Европейском  
регионе ВОЗ

Страна	Ожидаемая продолжительность жизни (годы)		
	1990 г.	1995 г.	Самый последний год, по которому имеются данные
Австрия	76,0	77,1	78,9 (2003)
Азербайджан	71,4	69,5	72,4 (2002)
Албания	72,6	74,9	75,8 (2003)
Андорра	Н/Д <sup>а</sup>	Н/Д	Н/Д
Армения	72,1	73,0	73,1 (2003)
Беларусь	71,3	68,6	68,5 (2003)
Бельгия	76,3	77,1	77,6 (1997)
Болгария	71,5	71,0	72,4 (2003)
Босния и Герцеговина	72,9	Н/Д	72,7 (1991)
БЮРМ <sup>б</sup>	Н/Д	72,2	73,5 (2003)
Венгрия	69,5	70,1	72,6 (2003)
Германия	75,5	76,8	78,8 (2001)
Греция	77,2	77,8	79,0 (2001)
Грузия	73,0	70,4	76,1 (2001)
Дания	75,1	75,5	77,2 (2000)
Израиль	76,8	77,5	79,7 (2003)
Ирландия	74,8	75,5	77,2 (2001)
Исландия	78,2	78,0	80,9 (2001)
Испания	77,0	78,1	79,8 (2001)
Италия	77,2	78,4	80,3 (2001)
Казахстан	68,8	64,7	65,9 (2003)
Кипр	Н/Д	Н/Д	79,4 (2003)
Кыргызстан	68,8	65,5	67,9 (2003)
Латвия	69,5	66,3	71,0 (2003)
Литва	71,6	69,2	72,2 (2003)
Люксембург	75,5	77,4	78,9 (2003)
Мальта	76,2	77,3	78,6 (2003)
Монако	Н/Д	Н/Д	Н/Д
Нидерланды	77,2	77,7	78,8 (2003)
Норвегия	76,7	77,9	79,1 (2002)
Польша	71,0	72,0	74,7 (2002)
Португалия	74,1	75,3	77,3 (2002)
Республика Молдова	68,6	65,9	68,1 (2003)
Российская Федерация	69,3	64,7	64,9 (2003)
Румыния	69,8	69,4	71,0 (2002)
Сан-Марино	Н/Д	79,9	82,3 (2000)
Сербия и Черногория	Н/Д	72,7	72,7 (2002)
Словакия	71,1	72,5	73,9 (2002)
Словения	74,1	74,9	76,5 (2003)
Соединенное Королевство	75,9	76,78	78,5 (2002)
Таджикистан	70,0	68,0	72,0 (2001)
Туркменистан	66,6	65,24	66,1 (1998)
Турция	66,2	68,0	70,0 (2003)
Узбекистан	69,7	67,88	70,0 (2002)
Украина	70,5	66,86	67,8 (2003)
Финляндия	75,1	76,8	78,7 (2003)
Франция	77,6	78,7	79,4 (2000)
Хорватия	72,6	73,3	74,7 (2003)
Чешская Республика	71,5	73,3	75,4 (2003)
Швейцария	77,6	78,8	80,5 (2001)
Швеция	77,8	79,1	80,0 (2001)
Эстония	69,9	67,8	71,2 (2002)
Европейский регион	73,1	72,5	74,0
Евр-А	76,3	77,4	79,0 (2003)
Евр-В	69,5	69,7	71,6 (2002)
Евр-С	69,6	65,6	66,3 (2003)

<sup>а</sup> Н/Д = нет данных.

<sup>б</sup> Бывшая Югославская Республика Македония.

Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" (3).

помочь детям не только оставаться здоровыми, но и максимально приспособленными к преодолению жизненных стрессов и поддержанию хорошего здоровья до самого преклонного возраста.

## Продолжительность жизни и смертность

Ожидаемая продолжительность жизни в Регионе повышается с 1990 г., при этом женщины в целом живут дольше, чем мужчины. С другой стороны, необходимо принять меры для решения таких проблем, как усиливающиеся различия в отношении здоровья между странами и повышение числа случаев преждевременной смерти среди мужчин в восточной части Региона, что особенно касается мужчин среднего возраста в странах Евр-С.

## Ожидаемая продолжительность жизни

Ожидаемая средняя продолжительность жизни – это стандартный сводный показатель продолжительности жизни. Средняя продолжительность жизни в Регионе достигла 74 лет, то есть по сравнению с 1990 г. она увеличилась на 1 год. Расчетные оценки ожидаемой продолжительности жизни, приведенные в этом разделе, основаны исключительно на официальной статистике государств-членов и могут отличаться от оценок, приведенных в табл. 2 Приложения и рассчитанных ВОЗ с целью обеспечения сравнимости данных.

В целом в Регионе процесс снижения ожидаемой продолжительности жизни, имевший место в середине 1990-х

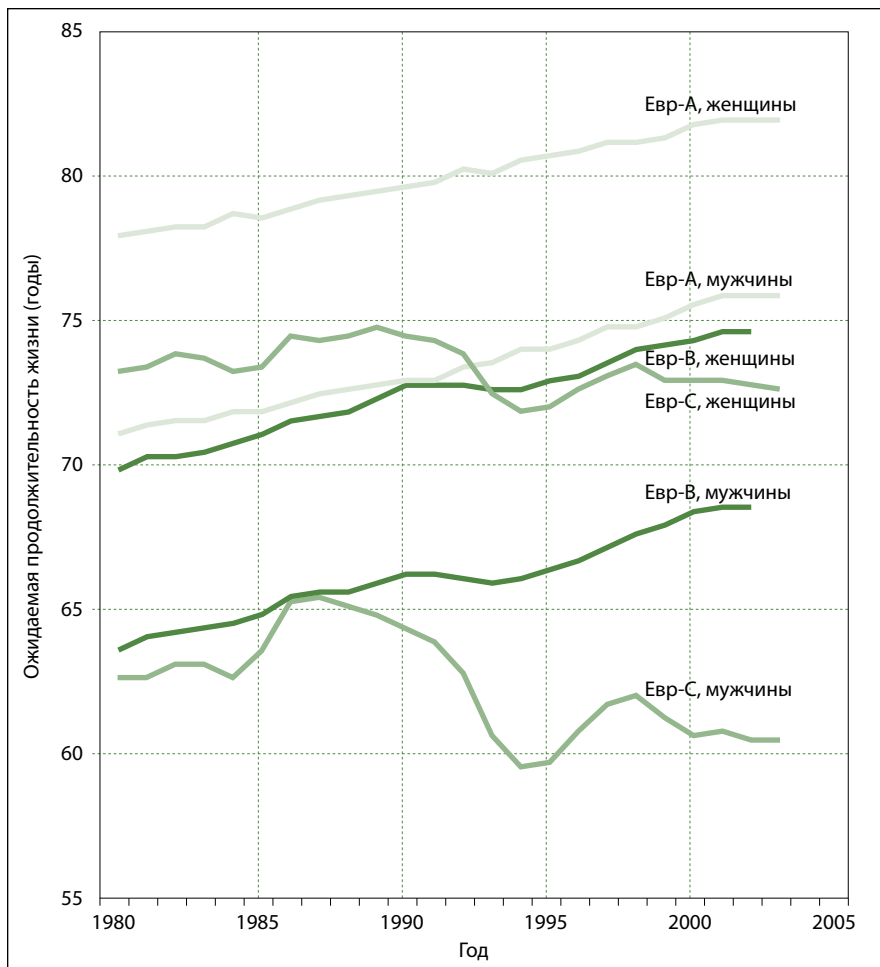


Рисунок 2. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении для мужчин и женщин и в разбивке по странам, 1980–2003 гг.

Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" (3).

годов, был повернут вспять, несмотря на то, что в некоторых странах Содружества независимых государств (СНГ) все еще не достигнуты показатели 1990 г. С другой стороны, между отдельными странами и между странами, входящими в группы Евр-А, -В и -С, разрыв по этому показателю увеличился еще больше (табл. 1).

В таких странах, как Венгрия, Польша и Чешская Республика, были достигнуты большие успехи, в то время как другие страны пережили в начале 1990-х годов большие потрясения, и в них наблюдалось существенное снижение ожидаемой продолжительности жизни. Различие между странами с самыми высокими и самыми низкими расчетными показателями средней ожидаемой продолжительности жизни возросло примерно с 12 лет в 1990 г. (Исландия и Швеция в сравнении с Турцией и Туркменистаном) примерно до 15 лет в 2003 г. (Исландия и Швейцария в сравнении с Казахстаном и Российской Федерацией).

Во многих странах средняя ожидаемая продолжительность жизни женщин в настоящее время превышает 80 лет, особенно в странах Евр-А (рис. 2). Самые низкие значения этого показателя характерны для мужчин из стран Евр-С. Средние различия в ожидаемой продолжительности жизни между женщинами и мужчинами в Регионе составляют около 8 лет: около 4 лет в Таджикистане и Исландии, но 13 лет в Российской Федерации. В 1990-х годах различия в показателях ожидаемой продолжительности жизни между женщинами

и мужчинами в целом сократились. Ниже всего они в странах Евр-А, где они существенно уменьшились, в то время как в странах Евр-В ожидаемая продолжительность жизни увеличилась больше среди мужчин, чем среди женщин. Однако в странах Евр-С эти различия возросли, что, в частности, связано с ростом смертности среди мужчин в ряде стран СНГ.

### **Смертность и социально-экономические факторы**

Резкое повышение смертности в некоторых странах СНГ сопровождалось усилением неравенства между людьми по социально-экономическим показателям, по крайней мере, как временное явление (табл. 3 Приложения). В начале 1990-х годов в группу стран с наибольшим усилением неравенства в отношении доходов (4) и наибольшим ростом смертности среди мужчин среднего возраста входили Российская Федерация и Украина, хотя результаты самых последних обследований и указывают на улучшение этих показателей. Что касается стран восточной части Региона, то относительно небольшое увеличение неравенства в отношении доходов было отмечено в Венгрии, Польше и Чешской Республике, где возросла ожидаемая продолжительность жизни мужчин при рождении.

Социально-экономические градиенты показателей смертности увеличились также и во многих странах Западной Европы, например, во Франции, странах Северной Европы и Соединенном Королевстве (5).

Глубинные общественные изменения во многом определяют динамику состояния здоровья населения Европейского региона, затрагивая при этом все страны и все социально-экономические группы. Во многих случаях неблагоприятные тенденции показателей смертности в отдельных социально-экономических группах, по всей видимости, являются причиной возрастающего неравенства в отношении здоровья внутри стран. Как правило, неблагополучные группы населения позже других групп начинают получать пользу от улучшения детерминантов здоровья. Они также являются наиболее уязвимыми в случае неожиданных социальных потрясений или изменений. В настоящее время, однако, накапливается все больший объем данных о том, что такая уязвимость связана прежде всего с негативными изменениями в относительном положении людей в обществе, приводящими к длительным периодам нездорового психосоциального стресса, особенно в отсутствие поддерживающей социальной среды и личных навыков и умений справляться с трудностями, может привести к развитию нездоровых форм поведения (6–9).

### **Предупреждаемая смертность**

Анализ предупреждаемой смертности, включающей все случаи смерти, которые могли бы быть предотвращены в случае оптимального использования всех соответствующих медицинских знаний, служб и ресурсов системы здравоохранения и общества, может помочь ответить на вопрос о том, какой вклад системы здравоохранения вносят в сохранение и поддержание здоровья населения. Результаты анализа могут указать на уровни использования имеющихся знаний на практике. Вопрос может быть разделен на два компонента: какой вклад в сохранение здоровья населения вносят медицинская помощь, с одной стороны, и программы общественного здравоохранения, с другой.

В настоящем докладе рассматривается второй компонент, так как в показателях предупреждаемой смертности отражаются воздействия как первичной, так и вторичной профилактики. Первичная профилактика (т.е. принятие мер, позволяющих уменьшить подверженность людей поведенческим и профессиональным факторам риска) должна способствовать снижению частоты и летальности предупреждаемых патологических состояний и травм. Вторичная профилактика включает такие элементы, как скрининг, раннее выявление случаев заболевания, диагностика, адекватное лечение.

В табл. 2 приведены показатели предупреждаемой смертности в странах Региона, а также основные ее причины (10). По ряду причин, таких, например, как меланома кожи и рак молочной железы, различия между странами могут быть небольшими. С другой стороны, по другим причинам, таким, например, как инсульт, болезни печени, рак матки и дорожно-транспортные происшествия, эти различия могут быть очень существенными, свидетельствуя о том, что в отдельных странах эти показатели могут быть значительно улучшены.

Во временной перспективе предотвратимая смертность – это один из факторов, лежащих в основе различий в уровнях смертности между странами. Так, результаты одного недавнего исследования показали, что в 1980–1997 гг. предотвратимая смертность снизилась во всех странах, входивших в Европейский союз до мая 2004 г. (11). Однако наибольшие различия в тенденциях между странами, по-видимому, наблюдаются в отношении состояний, в основном поддающихся воздействию профилактических стратегий. В ряде стран наблюдаются тенденции, существенно отличающиеся от средней тенденции, а в отношении ряда крупных предотвратимых причин регистрируется неблагоприятная динамика.

Аналогичным образом, предотвратимая смертность является одной из существенных причин различий в ожидаемой продолжительности жизни между востоком и западом. Andreev et al. (12) сравнили тенденции в показателях ожидаемой продолжительности жизни в Российской Федерации и Соединенном Королевстве и их компоненты, относящиеся к предотвратимой смертности. В период 1965–1999 гг. смертность от таких причин оставалась практически неизменной в Российской Федерации (если не считать обычных статистических колебаний), в то время как в Соединенном Королевстве соответствующие показатели неуклонно снижались. В 1999 г. именно предотвратимые причины смерти лежали в основе различий в ожидаемой продолжительности жизни между этими двумя странами. В количественном выражении это составляло три года у мужчин и два года у женщин.

Различия между странами и группами населения показывают, какое воздействие могут в принципе оказывать стратегии профилактики и борьбы с основными факторами риска, такими как высокое артериальное давление, высокие уровни холестерина, курение и т.д. Они также свидетельствуют о том, что ни в одной стране не наблюдаются самые хорошие результаты по всем показателям. Иными словами, каждая страна может многое почерпнуть от сравнений с другими странами и с пользой применить эти знания при условии, что передовые подходы и методы адаптируются для их использования в конкретных странах с учетом местных нужд и ресурсов.

## **Годы здоровой жизни: то, что мы имеем, и то, что мы теряем**

В связи с увеличением ожидаемой продолжительности жизни для специалистов по общественному здравоохранению увеличивается значимость информации о проблемах

Таблица 2. Смертность, предотвратимая с помощью первичной или вторичной профилактики: среднее число смертей на 100 000 населения в возрасте 0–64 года, 1998–2002 гг. или последний год, по которому имеются данные

Страна	Смертность, предотвратимая с помощью первичной профилактики						Смертность, предотвратимая с помощью вторичной профилактики			
	Дорожно-транспортный травматизм <sup>a</sup>	Сердечно-сосудистые заболевания	Хроническая болезнь печени и цирроз	Рак:			Меланома кожи	Рак:		
				печени	верхних дыхательных путей и пищеварительного тракта	легких		молочной железы	шейки матки	других частей матки
Австрия	10,2	9,2	13,8	2,5	5,6	17,8	1,5	15,3	2,0	2,2
Азербайджан	5,7	33,9	22,3	Н/Д <sup>b</sup>	4,5	12,6	0,4	11,2	2,0	3,9
Албания	6,0	20,9	0,0	4,7	1,3	13,3	0,4	7,4	1,0	3,3
Андорра	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д
Армения	5,7	26,0	7,7	NA	2,1	19,3	0,7	20,4	4,5	4,3
Беларусь	16,2	58,3	11,0	Н/Д	7,1	25,5	1,5	15,2	4,4	3,4
Бельгия	15,2	9,1	8,2	1,6	6,2	25,6	Н/Д	22,6	2,2	1,8
Болгария	10,0	45,7	12,0	4,3	4,1	22,8	0,7	14,2	6,1	4,3
Босния и Герцеговина	Н/Д	30,5	12,1	Н/Д	3,4	27,4	Н/Д	11,3	2,8	3,8
БЮРМ <sup>c</sup>	6,8	38,7	5,4	3,6	2,4	22,8	1,7	17,8	3,8	5,2
Венгрия	13,1	33,7	53,6	3,3	18,4	44,9	1,6	19,5	6,0	2,6
Германия	8,8	8,3	13,6	1,7	6,3	17,8	1,1	17,3	2,5	1,3
Греция	19,1	12,6	2,5	3,1	1,6	19,7	0,6	13,0	1,2	1,6
Грузия	4,8	49,5	14,4	Н/Д	2,2	12,7	0,5	16,4	4,0	5,1
Дания	9,1	10,9	12,7	1,6	5,4	23,7	Н/Д	23,5	3,5	1,8
Израиль	9,6	8,2	2,7	1,2	1,4	11,2	1,5	20,0	1,6	1,7
Ирландия	10,4	9,7	3,6	1,2	5,0	14,8	1,1	22,2	3,3	1,0
Исландия	8,4	6,2	1,4	1,1	2,1	18,1	0,7	12,3	2,4	1,7
Испания	13,9	8,0	7,5	2,8	5,9	20,0	0,9	13,8	1,8	1,6
Италия	12,0	7,7	7,4	4,2	3,6	17,1	1,2	15,8	0,7	2,4
Казахстан	11,4	68,4	21,8	Н/Д	9,7	24,7	1,3	15,8	5,9	4,0
Кипр	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д
Кыргызстан	11,5	88,6	34,7	Н/Д	4,9	11,2	0,7	9,9	6,4	2,6
Латвия	25,3	43,3	11,5	2,1	6,1	23,6	1,4	17,5	5,1	3,8
Литва	21,7	24,7	15,7	1,8	8,6	22,3	1,5	17,7	9,1	2,9
Люксембург	14,8	11,4	12,6	1,7	7,7	18,7	1,5	15,4	2,2	1,9
Мальта	4,0	7,3	3,3	1,1	2,9	13,5	0,8	20,5	1,5	2,0
Монако	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д
Нидерланды	6,6	8,4	3,4	1,0	4,7	20,6	1,8	21,7	1,7	1,3
Норвегия	7,2	7,1	3,9	0,6	2,7	15,2	2,5	15,2	3,0	1,3
Польша	18,4	23,1	9,3	2,9	5,7	34,3	Н/Д	15,4	7,5	2,8
Португалия	16,1	18,4	12,3	2,0	6,3	13,9	0,7	14,9	2,9	2,3
Республика Молдова	13,4	67,0	62,8	5,0	7,7	20,9	1,0	18,0	7,4	3,7
Российская Федерация	20,6	68,6	Н/Д	Н/Д	7,1	25,9	Н/Д	17,5	5,0	3,6
Румыния	12,5	51,1	35,1	4,3	7,0	26,7	0,9	15,7	12,2	3,1
Сан-Марино	14,8	4,0	3,5	0,0	1,7	14,5	0,0	6,0	1,7	0,0
Сербия и Черногория	8,4	39,3	6,6	3,5	4,4	26,6	1,3	19,2	6,3	3,2
Словакия	13,5	16,8	22,4	3,2	13,5	25,1	1,8	15,5	5,4	3,0
Словения	14,1	15,1	24,0	2,3	7,5	22,7	2,0	17,2	3,3	2,1
Соединенное Королевство	5,7	10,7	6,7	0,8	5,0	17,2	1,4	20,6	2,7	1,2
Таджикистан	7,3	32,1	19,4	Н/Д	5,9	5,3	0,5	4,8	2,7	2,4
Туркменистан	9,5	39,9	28,2	Н/Д	13,8	10,3	0,8	7,9	3,4	1,8
Турция	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	0,0	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д	Н/Д
Узбекистан	8,7	47,0	30,7	–	6,7	7,4	0,4	8,5	3,9	2,3
Украина	12,5	52,7	21,9	Н/Д	7,7	24,0	1,8	19,1	6,0	4,0
Финляндия	7,5	11,6	10,3	1,6	2,5	10,7	1,2	14,4	1,1	1,2
Франция	12,6	7,1	11,1	3,5	9,6	22,0	1,1	17,4	1,5	2,1
Хорватия	13,9	27,0	21,2	3,0	8,1	28,4	2,0	16,5	2,5	2,7
Чешская Республика	11,2	16,3	13,5	3,4	6,4	27,1	1,6	14,9	4,6	3,0
Швейцария	6,7	4,7	5,8	2,1	5,0	15,1	1,5	15,8	1,2	1,1
Швеция	5,5	7,7	3,4	1,5	2,3	11,0	1,7	14,4	1,7	1,4
Эстония	16,8	35,3	16,9	2,4	6,9	22,6	1,7	19,5	5,8	2,6

<sup>a</sup> Среднее количество смертей на 100 000 населения по всем возрастным группам.

<sup>b</sup> Н/Д = нет данных.

<sup>c</sup> Бывшая Югославская Республика Македония.

Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" (3).

здоровья, не приводящих к смерти, и показателях хорошего здоровья. Такие показатели, как ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ) и индекс DALY, характеризующий утраченные годы здоровой жизни, позволяют делать этот анализ и указывают как на то, что более высокий уровень развития системы здравоохранения ассоциируется с повышением числа здоровых лет жизни, так и на то, что в Европейском регионе самую большую проблему представляют неинфекционные болезни.

Сводные индексы здоровья населения объединяют информацию о смертности и заболеваемости населения, что позволяет охарактеризовать состояние здоровья населения в виде одного цифрового показателя (см. техническую записку).

### **Ожидаемая продолжительность здоровой жизни**

В последние годы была значительно улучшена методология проведения оценок ОПЗЖ, что способствовало их большему применению в странах. В частности, показатели ОПЗЖ все в большей степени рассчитываются на национальном и субнациональном уровнях. Не менее важно также то, что эксперты и руководящие органы в области общественного здравоохранения начали требовать расчетные показатели ОПЗЖ, так как они помогают им разрабатывать наиболее оптимальную политику. Организаторы здравоохранения осознают, что ОПЗЖ является полезным дополнением к традиционным показателям здоровья. Так, например, анализ ОПЗЖ в Российской Федерации (13) позволил получить сведения о структуре здоровья населения в различных половозрастных группах. При этом важно отметить, что эта структура отличалась от структуры смертности. Эксперты общественного здравоохранения в Соединенном Королевстве (14) признают, что ОПЗЖ дает ценную информацию о заболеваемости и использовании медицинской помощи, и поэтому может дополнить анализы потребностей населения в медицинской помощи и различий в состоянии здоровья, которые служат основными критериями при распределении ресурсов на субнациональном уровне (15). ОПЗЖ является хорошим практическим сводным индексом здоровья населения, так как он понятен для всех, а во многих странах Региона соответствующие данные уже имеются в регистрах и результатах демографических обследований.

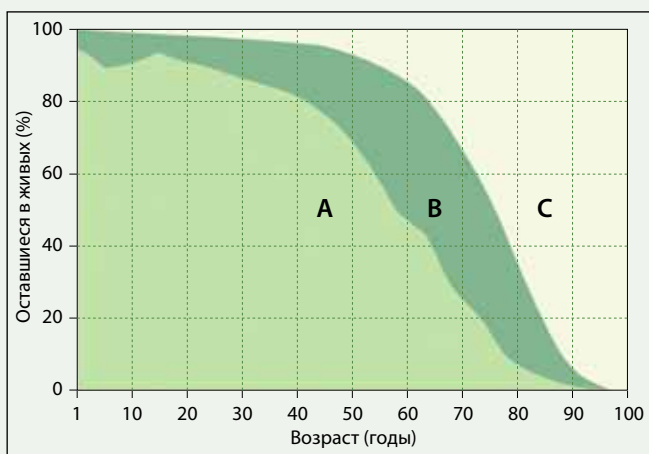
Показатель ОПЗЖ помогает ответить на два стратегически важных вопроса. Сопровождалось ли повышение продолжительности жизни повышением уровня здоровья? Какое среднее время люди живут с хорошим состоянием здоровья и какую часть своей жизни они живут с недостаточно хорошим здоровьем?

Отвечая на эти вопросы, можно отметить, что общее увеличение ожидаемой продолжительности жизни также означало общее увеличение лет здоровой жизни, в то время как процентная доля периода жизни с менее чем отличным состоянием здоровья снизилась. Это свидетельствует о значительном улучшении здоровья населения. Тем не менее, различия в состоянии здоровья между популяциями являются более выраженными по показателю ОПЗЖ, чем только по показателю ожидаемой продолжительности жизни. Поскольку в основе многих из этих различий лежат социальные факторы, за воздействием социальных детерминантов здоровья необходимо осуществлять постоянный мониторинг, в котором следует учитывать как показатели смертности, так и показатели заболеваемости и инвалидизации. Это необходимое условие для своевременной оценки и реформирования систем и стратегий здравоохранения, которые должны помогать людям сохранять здоровье в пожилом возрасте.



## Сводные индексы состояния здоровья населения

Существует два вида сводных индексов или показателей, дифференцируемых по тому, делается ли в них акцент на ожидаемой продолжительности здоровой жизни или на различиях в состоянии здоровья (16). К первой категории относится, например, показатель ОПЗЖ, означающий количество лет здоровой жизни, на которые люди могут рассчитывать в случае неизменности нынешних условий. Показатель несоответствия между потенциально возможным и фактическим состоянием здоровья используется для оценки потери здоровых лет жизни в результате преждевременной смерти и нездоровья и рассчитывается, например, в виде DALYs (утраченных лет здоровой жизни).



Обозначения в рисунке:

Сегмент А = период жизни, характеризуемый полным здоровьем

Сегмент В = период жизни с проблемами здоровья с поправкой на тяжесть этих проблем

Сегмент С = годы жизни, утраченные в результате преждевременной смертности

Ожидаемая продолжительность жизни =  $A + B$

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (например, ОПЗЖ) =  $A + f(B)$

Несоответствие между потенциально возможным и фактическим состоянием здоровья (например, DALY) =  $C + g(B)$

где  $f$  — это функция, характеризующая состояние здоровья в таких взвешенных показателях, как годы на шкале, на которой 1 означает 1 год полного здоровья, а  $g$  — это соответствующая функция на шкале, где 1 означает 1 год полного здоровья, утраченный в результате болезни, травмы или смерти.

Назначение сводных индексов — обобщать информацию о смертности и различных состояниях нездоровья в виде общей цифровой оценки здоровья. В принципе, эти состояния могут быть самыми разнообразными и включать любые отклонения от полного здоровья, функциональные ограничения и т.д. Оценка этих состояний предусматривает сравнение с определенным идеалом, нормой или целью, и поэтому ценность показателей является относительной. Кроме того, эти показатели включают ценностные суждения и выборы относительно альтернативных вариантов. Сводные индексы могут, например, быть использованы в следующих целях:

- сравнение состояния здоровья двух популяций
- мониторинг изменений в состоянии здоровья данной популяции
- информирование лиц, определяющих политику общественного здравоохранения, о приоритетных направлениях деятельности
- анализ пользы от любых мер общественного здравоохранения.

Одной из ключевых ценностей сводных индексов является использование временной шкалы. Показатели ожидаемой продолжительности здоровой жизни позволяют суммировать периоды жизни, прожитой с различными уровнями здоровья (традиционный показатель ожидаемой продолжительности жизни определяет только время, прожитое человеком от рождения до смерти, в виде суммарного цифрового показателя средней продолжительности жизни). Общая ожидаемая продолжительность жизни, естественно, представляет собой сумму всех этих периодов, но, к сожалению, разбивка показателя ОПЗЖ на периоды нездоровья, связанные с конкретными болезнями или факторами риска, не представляется возможной.

Показатель несоответствия между потенциально возможным и фактическим состоянием здоровья позволяет суммировать потери здоровой жизни в сопоставлении с предпочитаемой нормой и предполагает определенную оценку состояния здоровья и использование других ценностей, таких как возраст и справедливость. Потери здоровой жизни могут приписываться конкретным болезням или детерминантам здоровья.

ВОЗ использует сводные индексы здоровья населения, для того чтобы оказывать помощь своим государствам-членам посредством:

- предоставления докладов об уровнях здоровья и различиях в состоянии здоровья;
- предоставления докладов о причинах утраты здоровья, таких как болезни, травмы, факторы риска;
- предоставления рекомендаций и советов о потенциальных возможностях улучшения здоровья за счет принятия экономически эффективных мер;
- анализа эффективности систем здравоохранения.

Сводные индексы состояния здоровья населения становятся все более полезными по мере того, как государства-члены вкладывают все больший объем финансовых средств в решение проблем общественного здоровья. Эти индексы являются важным, но все еще недостаточно используемым элементом исследований, посвященных оценке здоровья населения. ВОЗ подготовила предназначенные для экспертов во всех дисциплинах общественного здравоохранения фундаментальные справочные материалы, в которых разъясняются принципы создания и применения сводных индексов состояния здоровья населения (17, 18).

Таблица 3. ОПЗЖ при рождении в Европейском регионе ВОЗ, 2002 г.

Страна	Женщины (годы)			Мужчины (годы)			Расчетный показатель по всему населению (годы)
	Расчетный показатель	Пределы неопределенности измерений		Расчетный показатель	Пределы неопределенности измерений		
Австрия	73,5	72,9	74,3	69,3	68,6	70,0	71,4
Азербайджан	58,7	57,0	59,4	55,8	54,5	57,2	57,2
Албания	63,3	61,7	63,9	59,5	58,0	60,8	61,4
Андорра	74,6	73,7	75,5	69,8	68,5	70,7	72,2
Армения	62,6	61,1	63,1	59,4	58,3	60,5	61,0
Беларусь	64,9	63,6	65,5	56,6	55,7	57,5	60,7
Бельгия	73,3	72,8	74,1	68,9	68,3	69,5	71,1
Болгария	66,8	66,0	67,7	62,5	61,6	63,3	64,6
Босния и Герцеговина	66,4	64,7	67,2	62,3	60,8	63,9	64,3
БЮРМ <sup>a</sup>	65,0	63,7	65,6	61,9	61,0	62,8	63,4
Венгрия	68,2	67,6	69,0	61,5	60,9	62,2	64,9
Германия	74,0	73,4	74,8	69,6	68,9	70,4	71,8
Греция	72,9	72,3	73,8	69,1	68,4	69,7	71,0
Грузия	66,6	64,8	67,7	62,2	61,1	63,3	64,4
Дания	71,1	70,6	71,8	68,6	68,0	69,1	69,8
Израиль	72,3	71,6	73,1	70,5	69,4	71,2	71,4
Ирландия	71,5	70,8	72,3	68,1	67,3	68,9	69,8
Исландия	73,6	72,7	74,2	72,1	71,2	72,9	72,8
Испания	75,3	74,6	76,1	69,9	69,1	70,7	72,6
Италия	74,7	74,0	75,5	70,7	70,0	71,5	72,7
Казахстан	59,3	58,0	60,0	52,6	51,6	53,7	55,9
Кипр	68,5	67,1	70,0	66,7	65,9	67,5	67,6
Кыргызстан	58,4	56,9	59,1	52,2	51,2	53,3	55,3
Латвия	67,5	66,7	68,5	58,0	57,2	59,2	62,8
Литва	67,7	67,0	68,6	58,9	58,1	60,1	63,3
Люксембург	73,7	73,1	74,7	69,3	68,6	69,9	71,5
Мальта	72,3	71,4	73,4	69,7	68,9	70,5	71,0
Монако	75,2	74,4	76,0	70,7	70,0	71,4	72,9
Нидерланды	72,6	72,0	73,4	69,7	69,1	70,4	71,2
Норвегия	73,6	72,8	74,4	70,4	69,5	71,3	72,0
Польша	68,5	67,9	69,2	63,1	62,4	63,8	65,8
Португалия	71,7	71,1	72,5	66,7	66,0	67,4	69,2
Республика Молдова	62,4	61,2	62,9	57,2	56,2	58,2	59,8
Российская Федерация	64,3	63,6	65,4	52,8	51,9	54,0	58,6
Румыния	65,2	64,3	66,3	61,0	59,9	62,1	63,1
Сан-Марино	75,9	75,0	78,0	70,9	69,4	72,3	73,4
Сербия и Черногория	64,9	63,7	65,3	62,7	62,0	63,5	63,8
Словакия	69,4	68,7	70,2	63,0	62,3	63,8	66,2
Словения	72,3	71,6	73,1	66,6	65,8	67,4	69,5
Соединенное Королевство	72,1	71,3	73,0	69,1	68,5	69,9	70,6
Таджикистан	56,4	54,5	57,6	53,1	51,7	55,0	54,7
Туркменистан	57,2	55,9	57,8	51,6	50,8	52,5	54,4
Турция	62,8	61,7	64,0	61,2	60,3	62,2	62,0
Узбекистан	60,9	59,4	61,4	57,9	56,9	58,9	59,4
Украина	63,6	62,8	64,7	54,9	54,1	55,9	59,2
Финляндия	73,5	72,7	74,1	68,7	68,0	69,3	71,1
Франция	74,7	74,0	75,4	69,3	68,6	70,0	72,0
Хорватия	69,3	68,4	70,0	63,8	63,2	64,6	66,6
Чешская Республика	70,9	70,2	71,7	65,9	65,2	66,5	68,4
Швейцария	75,3	74,5	76,0	71,1	70,3	71,8	73,2
Швеция	74,8	74,0	75,5	71,9	71,2	72,5	73,3
Эстония	69,0	67,5	70,5	59,2	58,6	59,8	64,1

<sup>a</sup> Бывшая Югославская Республика Македония.

Источник: "Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2004 г. – Изменить ход истории" (19).

В 2002 г. ОПЗЖ при рождении в Европейском регионе варьировалась от 73,4 лет в Сан-Марино до 54,4 лет в Туркменистане (табл. 3). Для мужчин этот диапазон составлял от 72,1 в Исландии до 51,6 в Туркменистане, а для женщин – от 75,9 в Сан-Марино до 56,4 в Таджикистане.

Доля жизни, прожитой с недостаточно хорошим здоровьем, варьировалась от 9,3% (Германия) до 15,3% (Кыргызстан) для женщин и от 7,8% (Норвегия) до 13,5% (Кыргызстан) среди мужчин. В странах с большей ожидаемой продолжительностью жизни, более высокими уровнями образования и большими расходами на общественное здравоохранение (в виде доли от валового внутреннего продукта (ВВП) и общих государственных расходов) (табл. 2 Приложения) потери здоровых лет жизни были меньше как в абсолютных, так и в относительных величинах.

### **Утраченные годы здоровой жизни (DALYs)**

В 2002 г. население Европейского региона ВОЗ потеряло, согласно оценкам, 150,3 миллиона лет здоровой жизни из-за трех основных групп причин:

- неинфекционные заболевания (НИЗ – 77% от общего числа)
- внешние причины травматизма и отравлений (14%)
- инфекционные заболевания (9%).

Таким образом, в основе общего бремени болезней лежат хронические дегенеративные заболевания. Они представляют собой очень большую и разнообразную группу, но для них свойственны некоторые общие характеристики. Травмы и инфекционные заболевания являются причиной гораздо меньшей доли бремени болезней.

Обычно из этих групп выбирается 10 ведущих причин, что позволяет иметь управляемое число приоритетов и большую и достаточно представительную долю общего бремени. На 10 ведущих причин бремени болезней в Регионе в целом приходится 40,7% от общих потерь здоровых лет жизни. Следует отметить, что девять из этих причин – неинфекционные заболевания, а одна – дорожно-транспортный травматизм.

К счастью, семь из ведущих причин потери здоровых лет жизни во многом предотвратимы, так как их основные факторы риска являются поведенческими и их можно уменьшить с помощью эффективного проведения хорошо известных и практически осуществимых мер общественного здравоохранения. На эти семь проблем здоровья (табл. 4) приходится 33,8% общего числа DALYs в Регионе. Три других включают потерю слуха (во взрослом возрасте), преднамеренные самоповреждения и остеоартрит; в их основе лежат множественные и менее изученные факторы риска, и поэтому в настоящее время их профилактика связана с большими трудностями. Семь основных проблем здоровья связаны с воздействием множества факторов риска, как известных, так и неизвестных.

На долю семи ведущих факторов риска (табл. 5) приходится более половины соответствующих DALYs в Регионе. Кроме того, каждый фактор риска связан с двумя или более из семи ведущих причин, и, напротив, каждая из этих причин связана с двумя или более факторами риска (см. табл. 6), хотя эти взаимосвязи изучены не в полной мере.

Эти взаимосвязи открывают больше возможности для улучшения здоровья населения. Стратегии и меры, направленные на устранение или уменьшение факторов риска, будут способствовать целому ряду позитивных сдвигов в состоянии здоровья населения, что объясняется такими факторами, как множественная этиология многих патологических проблем здоровья, вероятный синергический эффект и общие социальные изменения, как это указано ниже.

Тем не менее, как отмечалось, индекс DALY лежит в основе анализа, приводимого в данном докладе, так как этот индекс позволяет четко расставить приоритеты на

общерегиональном уровне. В разделе по основному бремени болезней большое внимание уделяется трем ведущим группам проблем здоровья, перечисленных выше, включая семь основных проблем, а в следующем разделе приводятся фактические данные о семи ведущих факторах риска, ранжированных в соответствии с их вкладом в общее число утраченных лет здоровой жизни.

### Два вопроса: уверенность в результатах анализа и взаимозависимость между факторами риска

Прежде чем приступить к дальнейшему рассмотрению этой схемы, необходимо, однако, рассмотреть два дополнительных вопроса.

В то время как вышеприведенная информация является достоверной на уровне Региона и групп стран (Евр-А, -В и -С), на уровне отдельных стран расчетные показатели являются менее достоверными из-за ограниченности имеющихся по ним данных, а также из-за использования целого ряда допущений в используемых эпидемиологических моделях. Тем не менее, для данного доклада были подготовлены дезагрегированные показатели бремени болезней на уровне стран, а также сравнительные оценки факторов риска. Они ранжированы по той доле случаев смерти и DALYs, которые приписываются каждой причине и фактору риска, и десять самых важных причин и факторов риска для каждой страны Региона приведены в табл. 4 и 5 Приложения. Это должно способствовать не только улучшению понимания подлинной ситуации со здравоохранением в отдельных странах и группах стран, но и разработке дальнейших аналитических исследований, стратегий и программ вмешательства.

Оценки факторов риска по странам основаны на сравнительном анализе рисков, проведенном в процессе подготовки «Доклада о состоянии здравоохранения в

Проблемы здоровья	Общее число DALYs (%)
1. Ишемическая болезнь сердца	10,5
2. Униполярные депрессивные расстройства	6,2
3. Цереброваскулярные болезни	7,2
4. Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	3,1
5. Хронические болезни легких	2,3
6. Дорожно-транспортный травматизм	2,4
7. Рак легких	2,2
Итого	33,8

Источник: «Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2004 г. – Изменить ход истории» (19).

Фактор риска	Общее число DALYs (%)
A. Высокое артериальное давление	12,8
B. Употребление табака	12,3
C. Злоупотребление алкоголем	10,1
D. Высокие уровни холестерина в крови	8,7
E. Избыточная масса тела	7,8
F. Недостаточное потребление фруктов и овощей	4,4
G. Недостаточная физическая активность	3,5
Итого	59,6

Источник: «Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2002 г. – Уменьшение риска, содействие здоровому образу жизни» (20).

**Таблица 4.** Процентный вклад семи основных проблем здоровья в бремя болезней, выраженное в утраченных годах здоровой жизни (DALYs), в Европейском регионе ВОЗ в 2002 г.

**Таблица 5.** Удельный вес утраченных лет здоровой жизни (DALYs), приходящихся на семь основных факторов риска, в Европейском регионе ВОЗ в 2000 г.

Проблемы здоровья	ДДПР по отдельным факторам риска (%)							
	A. Высокое артериальное давление	B. Табак	C. Алкоголь	D. Высокий уровень холестерина в крови	E. Избыточный вес и ожирение	F. Недостаточное потребление фруктов и овощей	G. Недостаточная физическая активность	H. Другие известные факторы риска
1. Ишемическая болезнь сердца	58	22	0,2	63	33	28	22	
2. Униполярные депрессивные расстройства			3					4
3. Цереброваскулярные болезни	72	22	0	27	23	12	9	
4. Нарушения, связанные с употреблением алкоголя			100					3
5. Хронические болезни легких		69						2
6. Дорожно-транспортные травмы			38					8
7. Рак легких		85				11		

Источник: взято из Ezzati et al. (21).

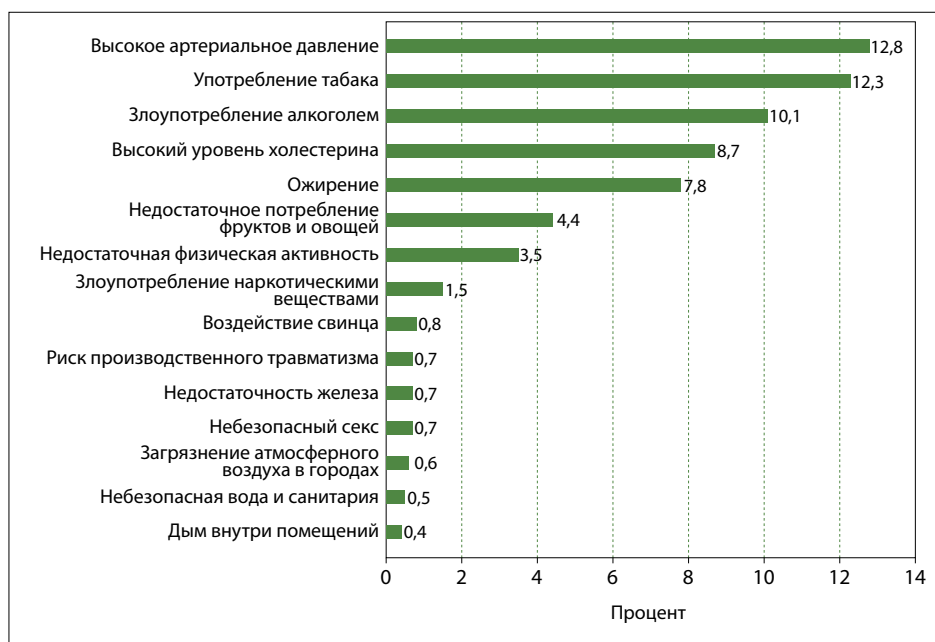
**Таблица 6.** Средний вклад семи основных факторов риска в бремя болезней, обусловленных семью важнейшими проблемами здоровья, в развитых странах в глобальном масштабе.

мире, 2002 г.” (20), но с обновленными данными о бремени болезней в странах и специфическими для стран данными о воздействии на население примерно четырех факторов риска. Для большинства факторов риска на уровне стран были использованы либо данные о средней подверженности риску населения группы стран или общие величины добавочной доли популяционного риска (ДДПР), обусловленного конкретными болезнями, также для групп стран. В частности, специфические для стран уровни алкоголизации населения основаны на предварительной корректировке субрегиональных моделей распределения потребления алкоголя, используя при этом предоставляемые странами оценки количества непьющих и ориентировочный уровень потребления алкоголя на душу населения. Таким образом, оценки смертности и заболеваемости, обусловленные теми или иными факторами риска, хотя они и основываются на лучшей информации, имеющейся в настоящее время, обычно являются более неопределенными на уровне стран по сравнению с общерегиональным уровнем и могут быть улучшены посредством приведения оценок подверженности рискам в конкретных странах. Ezzati M. et al. (18) опубликовал подробные методы изучения этих рисков и имеющиеся по ним данные.

Кроме того, читателю следует помнить о том, что факторы риска и проблемы здоровья взаимосвязаны. Отдельные факторы риска связаны с различными долями общего бремени болезней в пересчете на утраченные годы здоровой жизни (DALYs). Сумма DALYs, приписываемая каждому из факторов риска, чисто арифметически равна трем пятым общего количества DALYs в Регионе. Это, однако, не означает, что совместное воздействие этих факторов риска на здоровье населения соответствует трем пятым общего числа DALYs. На самом деле, их влияние меньше, поскольку в основе ряда болезней лежит несколько факторов риска, а один и тот же фактор риска может способствовать развитию многих проблем здоровья.

С технической точки зрения, воздействие каждого фактора риска на здоровье населения измеряется с помощью показателя ДДПР в DALYs или в числе смертей.

**Рисунок 3. Доля общего числа утраченных лет здоровой жизни (DALYs), которая может быть соотнесена с 15 основными известными факторами риска, в Европейском регионе ВОЗ, 2000 г.**



Источник: данные из "Доклада о состоянии здравоохранения в мире, 2002 г. – Уменьшение риска, содействие здоровому образу жизни" (20).

Он представляет собой долю популяционного бремени болезней, которую можно было бы устранить, если бы нынешнее воздействие факторов риска было снижено до минимально возможного уровня. В табл. 6 показаны расчетные величины ДДПР семи основных факторов риска относительно к потере лет здоровой жизни, обусловленной каждым из семи проблем здоровья в виде среднего для развитых стран мира. Отдельные величины ДДПР по двум или более факторам риска могут быть суммированы в виде общей ДДПР, которая меньше, чем сумма отдельных ее составляющих. По сути, для того чтобы провести оценку одновременного воздействия нескольких факторов риска, необходимо рассчитать общую ДДПР. По оценке ВОЗ, общая ДДПР для множества известных факторов риска НИЗ в Европейском регионе ВОЗ составляет около 41–42% DALYs и 54–57% всех смертей, обусловленных НИЗ (18). На рис. 3 представлены 15 наиболее важных известных факторов риска.

Поскольку меры, направленные на устранение или уменьшение семи основных факторов риска, могут во многом предотвратить развитие семи ведущих причин бремени болезней, мы располагаем более чем убедительными аргументами в пользу того, чтобы предпринять все усилия для наиболее эффективного применения имеющихся знаний и стратегий по сведению этих рисков к минимально возможному уровню. Результаты последних и более точных анализов (21) позволяют сделать вывод о том, что потенциальный выигрыш для здоровья от этого вида деятельности является большим, чем это ранее предполагалось.

## Основные причины бремени болезней

Обзор взаимосвязей между ведущими отдельными причинами и факторами риска заболеваемости позволяет выделить три основных типа проблем здоровья в Европейском регионе. Группировка этих проблем и их последствий в данном обзоре основана на следующих соображениях.

1. На неинфекционные заболевания приходится 77% бремени болезней в пересчете на DALYs, при этом на годы жизни, утраченные в результате преждевременной смерти (ГЖУПС), приходилось 39% процентов общего бремени болезней в 2002 г., а на годы жизни в состоянии инвалидности (ГЖИ) – 38%.

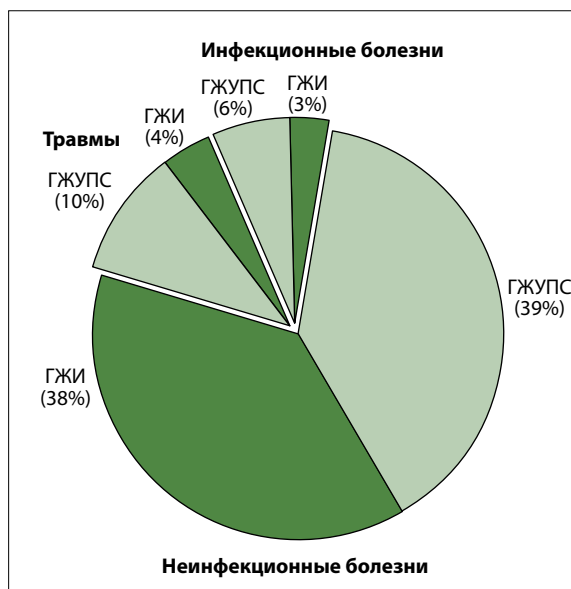
Ввиду вышеуказанного борьба с НИЗ – это приоритетная задача для всех стран. Эти болезни характеризуются длительным интервалом времени между воздействием факторов риска и проявлением заболевания, а люди с этими болезнями нуждаются в динамическом наблюдении и лечении на протяжении всей жизни. Однако частота НИЗ и их выраженность могут быть уменьшены в относительно короткий период времени. Так, улучшения в этой области наблюдаются уже через 2–7 лет после устранения фактора риска.

2. На травмы приходится меньшая доля бремени болезней – 14% DALYs (10% ГЖУПС и 4% ГЖИ). С другой стороны, их удельный вес среди молодежи является очень высоким, и они имеют

На неинфекционные заболевания приходится 77% общего бремени болезней в Регионе. В силу такой их особенности, как длительный период времени между воздействием факторов риска и проявлением заболевания, для борьбы с этими болезнями требуется долгосрочное планирование и лечение. Травмы, хотя на них и приходится меньшая доля бремени болезней, представляют особенно острую проблему для молодежи.

Инфекционные болезни поражают небольшую группу людей, однако необходимо всегда проявлять бдительность для того, чтобы предупредить их распространение среди населения Региона в целом. В некоторых странах из-за таких проблем, как бедность и недостаточное финансирование служб здравоохранения, их население страдает от двойного бремени неинфекционных и инфекционных заболеваний.

Рисунок 4. Процентное распределение бремени болезней в Европейском регионе ВОЗ, 2002 г.



тяжелые социальные последствия. Травмы могут быть во многом предупреждены благодаря изменениям как физической среды обитания, так и доминирующих норм поведения и социального сотрудничества (нетерпимость по отношению к насилию, солидарность и т.д.).

3. На инфекционные болезни приходится 9% DALYs (6% ГЖУПС и 3% ГЖИ). Однако период времени между воздействием факторов риска и возникновением болезни является коротким, и эпидемии могут развиваться очень быстро, ставя под угрозу здоровье больших групп населения.

На рис. 4 показано процентное распределение бремени болезней в Европейском регионе ВОЗ.

## Неинфекционные заболевания (НИЗ)

В 2002 г. в Европейском регионе ВОЗ причиной 8,1 миллиона случаев смерти (85,8% всех случаев смерти) и 115,3 миллиона DALYs (76,7% общего бремени болезней) были НИЗ.

Анализ в табл. 7, представляющий собой обзор распределения смертей и DALYs, обусловленных основными группами НИЗ в Европейском регионе ВОЗ в 2002 г., показывает, что их ранжирование по этим двум показателям различается. С точки зрения смертности, ведущими НИЗ в Регионе являются сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) и рак. После них следуют значительно меньшие группы респираторных заболеваний, болезней пищеварительной системы и нейropsychических расстройств. Однако с точки зрения DALYs, ССЗ были на первом месте, а нейropsychические расстройства (см. историю успеха) стояли впереди онкологических заболеваний

Причины смерти	Евр-А		Евр-В		Евр-С		Регион	
	Число смертей	DALYs	Число смертей	DALYs	Число смертей	DALYs	Deaths	DALYs
ССЗ	1 612	8 838	1 052	8 175	2 263	17 405	4 927	34 418
Нейropsychические расстройства	185	13 732	24	7 055	47	8 562	256	29 349
Рак	1 038	8 549	291	3 289	504	5 322	1 833	17 160
Болезни пищеварительного тракта	182	2 414	76	1 900	131	3 082	389	7 396
Респираторные заболевания	220	3 406	72	1 547	112	1 782	404	6 735
Нарушения органов чувств	0	2 465	0	1 589	0	2 167	0	6 221
Болезни опорно-двигательного аппарата	20	2 197	2	1 513	4	1 924	26	5 634
Сахарный диабет	92	1 105	29	566	21	522	142	2 193
Другие НИЗ	140	3 489	44	1 590	49	3 131	233	8 210
Всего от НИЗ	3 489	45 091	1 590	27 441	3 131	42 807	8 210	115 339
Всего от всех причин	3 920	51 725	1 865	37 697	3 779	60 900	9 564	150 322

Таблица 7. Случаи смерти (в тысячах) и бремя болезней (в тысячах DALYs) от НИЗ в Европейском регионе ВОЗ в разбивке по причинам смерти и группам стран, 2002 г.

Источник: Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2004 г. – Изменить ход истории" (19).

## Основные НИЗ

В число семи основных проблем здоровья входят (см. табл. 4) следующие шесть НИЗ: ишемическая болезнь сердца, депрессивные расстройства, сердечно-сосудистые заболевания, нарушения, связанные с употреблением алкоголя, хронические респираторные болезни, рак легких. Поскольку данные о динамике изменения индекса DALY отсутствуют, приблизительные тенденции, характеризующие бремя ряда болезней в Регионе, рассчитаны на основе тенденций в отношении смертности. Такой подход, однако, нецелесообразен в случае депрессии и нарушений, связанных с употреблением алкоголя, поскольку в этом случае доля DALY, приходящаяся на



**Таблица 8.**  
Смертность от ишемической болезни сердца: уровни, диапазон различий и тенденции в Европейском регионе ВОЗ

Группа стран	Число смертей на 100 000 населения, 2002 г		Изменения в 1990–2002 гг. (%)
	Средние уровни	Диапазон показателей по странам (самый низкий–самый высокий)	
<b>Евр-А</b>			
Всего	95,86	64–179	–27,9
Женщины	66,13	44–134	–26,4
Мужчины	135,39	88–210	–29,6
<b>Евр-В</b>			
Всего	249,12	108–424	9,4
Женщины	200,92	75–351	15,3
Мужчины	310,88	142–515	3,9
<b>Евр-С</b>			
Всего	418,15	222–592	29,6
Женщины	309,03	171–517	23,2
Мужчины	590,24	293–718	32,1

Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" (3).

смертность, значительно ниже и менее показательна для временной динамики общего бремени болезней. Поэтому по двум последним причинам дается общая оценка положения дел.

С 1990 г. смертность от **ишемической болезни сердца** снизилась в странах Евр-А, но повысилась в странах Евр-В и -С, хотя и со значительными колебаниями и различиями между странами (табл. 8).

**Депрессия** – это не только наиболее распространенная проблема психического здоровья, но и одна из основных причин смертности и инвалидности во всех странах. Она лежит в основе большинства самоубийств, оказывает значительное негативное воздействие на повседневное функционирование людей и качество их жизни, а также создает значительное финансовое бремя. Согласно имеющимся оценкам, применительно к обществу в целом косвенные расходы, связанные с депрессией, в семь раз превышают прямые расходы. В странах Западной Европы в тот или иной момент времени от выраженной депрессии страдают 5–10% населения. Ввиду неспецифичности жалоб на это состояние широко распространенной проблемой является недостаточная его диагностика. Так, например, на уровне первичной медицинской помощи депрессия не распознается примерно в 50% случаев.

Среди стран Европейского региона, предоставляющих ВОЗ сведения о **самоубийствах**, самые высокие показатели наблюдаются в восточной части Региона, например, в Литве (40 на 100 000 населения), Российской Федерации (34 на 100 000 населения) и Беларуси (33 на 100 000 населения). Тем не менее, средняя величина этого показателя для стран Евр-А (31 на 100 000 населения) почти в три раза выше, чем для стран Евр-В и -С (около 11 на 100 000 населения).

Частота самоубийств, как правило, увеличивается с возрастом. В среднем, показатели самоубийств в Регионе для людей в возрасте 75 лет и старше примерно в два раза выше, чем для людей в возрасте 15–29 лет. Эта тенденция характерна для обоих полов, однако,

уровни самоубийств среди мужчин в 3–4 раза выше, чем среди женщин.

Хотя депрессия и другие нейropsychические расстройства и являются огромной проблемой для общества, в сфере политики и предоставления услуг в этой области происходят большие перемены к лучшему (см. историю успеха).

В странах Евр-А наблюдается устойчивый рост **цереброваскулярных заболеваний** (табл. 9). В странах Евр-В частота

**Таблица 9.**  
Смертность от цереброваскулярных болезней: уровни, диапазон различий и тенденции в Европейском регионе ВОЗ

Группа стран	Число смертей на 100 000 населения, 2002 г		Изменения в 1990–2002 гг. (%)
	Средние уровни	Диапазон показателей по странам (самый низкий–самый высокий)	
<b>Евр-А</b>			
Всего	61,15	54–145	–32,3
Женщины	55,71	49–126	–32,4
Мужчины	68,05	60–173	–32,8
<b>Евр-В</b>			
Всего	153,04	88–272	7,1
Женщины	139,62	73–247	6,7
Мужчины	168,85	109–298	6,3
<b>Евр-С</b>			
Всего	258,11	122–307	16,6
Женщины	227,12	112–270	12,6
Мужчины	302,66	137–359	17,5

Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" (3).

## *Улучшение психического здоровья в Бывшей Югославской Республике Македонии: от стационарной помощи к обслуживанию на уровне местных сообществ*

В Бывшей Югославской Республике Македонии к людям с серьезными психическими расстройствами традиционно относились как к людям, не способным принимать участие в общественной жизни. Считалось, что такие люди неспособны ни к самостоятельной жизни, ни к работе, ни к социальной жизни. Кроме того, считалось, что эти люди нуждаются в длительном лечении в психиатрических больницах.

Реформирование системы охраны психического здоровья в 2000 г. открыло новые возможности. В стране начали изменяться отношения медицинской и широкой общественности в направлении от оказания стационарной помощи к проведению лечения на уровне местных сообществ. Реформы в этом направлении были поддержаны проектом ВОЗ по охране психического здоровья (22), помощь которому оказывал страновой офис ВОЗ в Бывшей Югославской Республике Македонии.

Все эти преобразования способствовали созданию нового вида службы, появившейся благодаря трансформации крупных психиатрических больниц. Центры охраны психического здоровья по месту жительства были созданы в четырех городах: два – в Скопье (столица) и по одному – в городах Тетово, Прилеп и Гевгелия. Впервые в трех городах страны были построены специальные квартиры, которые позволяли людям с хроническими психическими болезнями жить рядом со своими соседями. Открытие социального кооператива (по уборке помещений и парикмахерским услугам) дало возможность людям с психическими расстройствами

выйти на рынок труда. Для укрепления роли лиц с психическими расстройствами была начата работа по созданию трех социальных клубов и неправительственных учреждений.

На уровне страны политическая приверженность процессу реформирования служб охраны психического здоровья поддерживается межотраслевой национальной комиссией по охране психического здоровья, созданной в мае 2003 г., под эгидой министра здравоохранения. Разработаны и представлены для одобрения правительством национальная политика и законодательство по охране психического здоровья.

Создание новых служб психического здоровья способствовало внедрению изменений в местном сообществе. Трансформация системы лечения психических больных способствовала также изменению взглядов на этот вид лечения на уровне местных сообществ. Создание альтернативных служб инициировало процесс, способствующий развитию динамических взаимоотношений между различными группами и учреждениями. Затем был начат процесс обсуждений, переговоров и, наконец, выработан консенсус между различными заинтересованными сторонами: государственными и неправительственными учреждениями, пользователями служб, семьями, профессиональными учреждениями и международными организациями. Данный процесс носит длительный характер, и эта история успеха продолжается.

случаев этих заболеваний увеличивалась в начале 1990-х годов; но в последние годы она стабилизировалась, и сейчас, может быть, даже снижается. В странах Евр-С этот вид заболеваемости значительно повысился в начале 1990-х годов – с определенными колебаниями между отдельными странами, но тенденции к его снижению не наблюдается.

**Нарушения, связанные с употреблением алкоголя,** это один из компонентов группы нейropsychических расстройств. Они включают прямое бремя алкогольной зависимости и вредного для здоровья употребления спиртного, связанного с такими состояниями, как алкогольные психозы и синдром зависимости, а также острое опьянение, вызванное чрезмерно большим приемом алкоголя. В эту категорию не входит бремя других болезней или травм, в которых употребление алкоголя было одним из причинных факторов.

Анализ, приведенный в “Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2004 г.” (19), показывает, что бремя болезней, приписываемое нарушениям, связанным с употреблением алкоголя, составило в Европейском регионе в 2002 г. 4,6 миллиона DALYs или 3,1% от общего их числа. Эти нарушения являются прямой причиной около

37% общего числа DALYs, приходящихся на употребление алкоголя, но в случае смертей их вклад меньше, так как эти нарушения приводят к большому числу нелетальных состояний, подрывающих здоровье людей. По всем критериям, бремя этого вида болезней у мужчин в 4–5 раз выше, чем у женщин. Что касается компонента бремени болезней, приходящегося на инвалидизацию, то эти уровни у мужчин являются одними и теми же во всех трех группах стран и, по-видимому, имеют тенденцию к снижению, в то время как у женщин наблюдается обратная тенденция.

В целом, смертность от **хронических респираторных заболеваний** стабильно снижается в Регионе и в странах Евр-А и -В с 1990 г. В странах Евр-С этот вид смертности значительно повысился, достигнув пика в начале 1990-х годов, а затем он снизился до уровней, характерных для периода, предшествующего 1990 г. (табл. 10).

В 2003 г. причиной 18% всех случаев смерти в Регионе были злокачественные новообразования. С 1990 г. во всех частях Региона наблюдается тенденция к снижению этого вида заболеваемости. Эта тенденция также прослеживается и применительно к ведущей причине онкологической смертности: раку легких, на который в Регионе приходится 22% всех случаев смерти от рака. Однако общая тенденция к снижению смертности от рака легких были обусловлена сокращением этого показателя у мужчин, в то время как у женщин в странах Евр-А и -В (табл. 11) этот показатель увеличился, главным образом, из-за курения. Поскольку распространенность курения среди женщин продолжает оставаться высокой, а в Восточной Европе она, по-видимому, даже повышается, смертность от рака легких будет возрастать, если только не удастся достичь быстрого улучшения показателей отказа от курения.

**Таблица 10.**  
Смертность от хронических респираторных заболеваний: уровни, диапазон различий и тенденции в Европейском регионе ВОЗ

Группа стран	Число смертей на 100 000 населения, 2002 г		Изменения в 1990–2002 гг. (%)
	Средние уровни	Диапазон показателей по странам (самый низкий–самый высокий)	
<b>Евр-А</b>			
Всего	20,2	14–29	–24,2
Женщины	13,0	5–45	–12,6
Мужчины	32,5	14–49	–31,4
<b>Евр-В</b>			
Всего	26,4	7–95	–23,3
Женщины	17,7	6–82	–22,6
Мужчины	39,3	9–164	–23,9
<b>Евр-С</b>			
Всего	34,8	11–53	–12,1
Женщины	16,6	5–40	–28,6
Мужчины	69,6	23–105	–6,7

Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" (3).

**Таблица 11.**  
Смертность от рака легких: уровни, диапазон различий и тенденции в Европейском регионе ВОЗ

Группа стран	Число смертей на 100 000 населения, 2002 г		Изменения в 1990–2002 гг. (%)
	Средние уровни	Диапазон показателей по странам (самый низкий–самый высокий)	
<b>Евр-А</b>			
Всего	37,06	23–47	–7,4
Женщины	16,39	6–30	21,0
Мужчины	63,88	42–88	–16,1
<b>Евр-В</b>			
Всего	31,67	10–53	–3,8
Женщины	11,29	4–20	13,7
Мужчины	58,39	16–101	–6,7
<b>Евр-С</b>			
Всего	36,23	24–63	–17,4
Женщины	9,28	5–32	–16,6
Мужчины	79,16	46–112	–19,8

Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" (3).

## Травмы

Преднамеренные и непреднамеренные травмы продолжают оставаться значительной проблемой общественного здравоохранения, которая к тому же во многих странах сильно недооценивается или даже вообще игнорируется. Одной из основных причин такого положения дел является относительное незнание людей о масштабах этой проблемы и уже имеющихся мерах для эффективной борьбы с нею (как это показано в истории успеха, приведенной ниже).

Причины	Евр-А		Евр-В		Евр-С		Регион	
	Случаи смерти	DALYs	Случаи смерти	DALYs	Случаи смерти	DALYs	Случаи смерти	DALYs
Непреднамеренные травмы	137	3 042	76	3 123	321	8 317	534	14 482
Дорожно-транспортные травмы	46	1 233	22	641	59	1 732	127	3 606
Отравления	6	126	6	126	99	1 885	110	2 137
Падения	47	615	9	481	24	939	80	2 035
Пожары	3	57	3	153	18	425	24	635
Утопления	4	74	6	167	28	649	38	890
Другие	32	937	31	1 556	94	2 686	156	5 179
Преднамеренные травмы	53	1 039	33	935	170	4 489	257	6 463
Преднамеренные самоповреждения	48	890	23	532	92	1 969	164	3 391
Насилие	4	134	8	255	61	1 912	73	2 301
Военные действия	0	14	2	130	17	605	19	749
Итого по всем причинам	190	4 081	110	4 058	492	12 806	791	20 945
Итого по всем причинам (в пересчете на 1000 населения)	0,5	9,8	0,5	18,2	2,1	53,4	0,9	23,9

Таблица 12. Случаи смерти (в тысячах) и бремя болезней (в тысячах DALYs) от травм в Европейском регионе ВОЗ в разбивке по причинам и группам стран, 2002 г.

Источник: "Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2004 г. – Изменить ход истории" (19).

Согласно имеющимся данным, в Европейском регионе ВОЗ в 2002 г. травмы были причиной потери 21 миллиона лет здоровой жизни (табл. 12). На непреднамеренные травмы пришлось 14,5 миллиона DALYs (69%), а на преднамеренные – 6,5 миллиона DALYs (31%).

Распределение основных причин утраты лет здоровой жизни, связанной с травматизмом, различается между группами стран. Ведущими причинами являются следующие:

- дорожно-транспортные травмы, преднамеренные самоповреждения, падения, насилие и отравления в странах Евр-А и -В; но
- преднамеренные самоповреждения, насилие, отравления, дорожно-транспортные травмы и падения в странах Евр-С.

Повышение показателей насилия и отравлений в странах Евр-С следует рассматривать в конкретном контексте: общие показатели травматизма в пересчете на DALYs в этих странах в пять раз выше, чем в странах Евр-А. Соответствующий показатель в Евр-В в два раза выше, чем в Евр-А. Это выраженное различие в показателях деструктивного и самодеструктивного поведения свидетельствует о том, что страны восточной части Региона особенно нуждаются в стратегиях предупреждения травм и насилия и что все такие стратегии в Регионе следует разрабатывать с учетом конкретных особенностей физической и социальной среды обитания, а также культурных установок и традиций.

Следует особо отметить, что у мужчин общая доля DALYs, обусловленных травматизмом, почти в два раза выше, чем у женщин, несмотря на наличие определенных различий по типам травм. Это половое различие проявляется уже в раннем детстве. Для того, чтобы проводить целенаправленную практическую работу, соответствующим органам необходимо понимать и учитывать целый ряд факторов, например, конкретные особенности половых ролей, связанные с этим рискованное поведение, риски и сопутствующие факторы, относящиеся к каждому типу условий и травм в конкретных странах, такие, например, как время получения травмы, тип семьи и/или профессиональный статус пострадавших и т.д. Более того, показатели смертности и инвалидности непосредственно связаны с такими факторами, как бедность и социально-экономические лишения. Предполагается, что, если нынешняя тенденция не будет остановлена, в глобальном масштабе к 2020 г. показатели травматизма снизятся на 30% по сравнению с уровнями 2000 г. в странах с более высокими доходами, но повысятся на 80% в странах с меньшими уровнями доходов (23).

## Предотвращение дорожно-транспортных происшествий в Швеции

Осуществляемый в Швеции проект “Цель-Ноль”, направленный на сведение к нулю числа смертельных исходов или серьезных травм на дорогах, является формой реализации политики обеспечения безопасности на дорогах, разработанной в конце 1990-х годов и основывающейся на следующих четырех элементах: этика; ответственность; поддержка и реализация концепции безопасности; создание механизмов, способствующих внедрению необходимых преобразований. Парламент Швеции проголосовал за принятие этой политики в октябре 1997 г. За прошедший период примеру Швеции последовали также несколько других стран.

### Этические принципы

Ценности жизни и здоровья людей должны стоять во главе иерархии наших ценностей. Согласно концепции проекта “Цель-Ноль”, в долгосрочной перспективе развитие системы дорожного транспорта в интересах повышения мобильности населения не должно ставить под угрозу задачи сохранения жизни и здоровья людей. Таким образом, мобильность и обеспечение доступности мест жилья, работы и учебы должны быть функциями внутренней безопасности транспортной системы, а не самоцелью, что часто имеет место на сегодняшний день.

### Ответственность

До недавнего времени ответственность за принятие мер, предупреждающих дорожно-транспортные происшествия и травмы, возлагалась, главным образом, на пользователей дорог. Согласно проекту “Цель-Ноль”, эту ответственность должны нести не только участники дорожного движения, но и ведомства, отвечающие за создание, функционирование и регулирование транспортной системы, к которым относятся дорожные службы, автомобильная промышленность и дорожная полиция. В то же время пользователи дорог должны соблюдать основные правила дорожного движения, в частности они не должны нарушать скоростной режим и садиться за руль любых автотранспортных средств только в трезвом виде. Если пользователи дорог не выполняют эти правила, разработчики дорожной инфраструктуры несут ответственность за ее модификацию, включая модификацию дорожных правил и нормативов.

### Концепция безопасности

Так же как и в случае с дорожно-транспортными происшествиями и травмами, ранее считалось, что пользователи дорог сами отвечают за свою

безопасность. В рамках проекта “Цель-Ноль” используется другой подход, который уже был успешно применен и в других областях. Две основные предпосылки этой концепции включают следующее:

- людям свойственно делать ошибки;
- имеется определенный критический рубеж, после которого выживание и восстановление здоровья после травмы уже невозможны.

Службы дорожного транспорта должны быть в состоянии учитывать человеческие ошибки и компенсировать их таким образом, чтобы это позволяло предупреждать случаи смерти и серьезных травм. С другой стороны, необходимо осознавать, что определенное число дорожно-транспортных происшествий и даже незначительных травм – это неизбежное явление.

### Создание механизмов внедрения необходимых преобразований

Изменение системы транспорта и обеспечение безопасности на дорогах предусматривают принятие действий по первым трем элементам утвержденной политики. Основные меры, принимаемые в Швеции, включают следующее:

- постановка целей обеспечения безопасности для различных элементов дорожно-транспортной системы;
- постановка акцента на повышение безопасности пользователей автотранспортных средств в случае аварии, а также оказание поддержки программе информирования потребителей в рамках европейской программы оценки новых автомобилей;
- обеспечение более широкого применения ремней безопасности и установки в новых автомобилях звуковых устройств напоминания о непристегнутом ремне безопасности;
- установка по центру сельских дорог центральных разграничивающих барьеров, предупреждающих лобовые столкновения;
- стимулирование местных органов власти к тому, чтобы они создавали внутри населенных пунктов зоны с разрешенной скоростью движения не выше 30 км в час;
- более широкое использование видеокамер контроля скорости;
- расширение практики проведения дыхательных тестов на алкоголь у водителей; и
- содействие включению в контракты, относящиеся к дорожному транспорту, различных элементов повышения безопасности как важной составляющей, повышающей конкурентоспособность любого проекта.

*Источник: Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма (23).*

Дорожно-транспортные травмы входят в число десяти ведущих причин бремени болезней во всех частях Региона. В 2002 г. они соответственно были причиной 3,0 лет здоровой жизни на 1000 населения в странах Евр-А и 2,9 и 7,2 на 1000 населения

в странах Евр-В и -С. Как уже упоминалось, эти цифры могут свидетельствовать о том, что в странах могут наблюдаться различные феномены и факторы риска, требующие детального анализа.

Показатели смертности от всех видов дорожно-транспортные травмы, представляющиеся более сравнимыми в рамках Региона, достигли пика примерно в 1990 г. во всех группах стран, но затем они стали последовательно снижаться в странах Евро-А и -В. В странах Евр-С эти показатели снижались до 1997 г., после чего они повышались в течение шести лет, оставаясь, однако, ниже пикового значения 30 на 100 000 населения, имевшего место в 1991 г. Причинами этого явления может быть тот факт, что оживление экономики в этих странах не сопровождалось улучшениями в инфраструктуре дорог и поведении водителей, так как профилактические программы не были полностью осуществлены. Пешеходы чаще погибают в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) в странах Евр-В и -С, чем в странах Евр-А. Смертность от дорожных происшествий с участием автотранспорта характеризуется такими же тенденциями: снижение с 25 на 100 000 в 1991 г. до 16 на 100 000 в 1997 г., с последующей относительной стабилизацией на уровне 18 на 100 000 населения (табл. 13).

Экономические потери, связанные с ДТП, также являются высокими. Согласно имеющимся оценкам, в ряде западных стран Региона они составляют около 2% ВВП. В этой связи следует отметить, что некоторые эффективные меры предотвращения ДТП, такие, например, как обеспечение соблюдения запретов на вождение в нетрезвом состоянии и обязательное ношение шлемов велосипедистами и использование ремней безопасности водителями и пассажирами автотранспортных средств, не требуют больших затрат.

Успех ряда государств-членов в снижении дорожно-транспортного травматизма также подтверждает вывод о том, что ключевым условием для успеха в этой области является политическая приверженность и принятие комплексных мер (см. историю успеха). Отрасль здравоохранения должна использовать этот опыт как возможность для анализа и, возможно, расширения своих функций и обязанностей как партнера других отраслей и ведомств, отвечающих, например, за вопросы транспорта, финансирования, правосудия и охраны окружающей среды (24).

## Инфекционные заболевания

На инфекционные заболевания приходится 9% бремени болезней, измеренного в DALYs, при этом причиной несколько более половины этого бремени являются ВИЧ и туберкулез (ТБ), но это не должно служить основным критерием при принятии решения об их важности для общественного здравоохранения. Инфекционные болезни продолжают сохранять большую значимость ввиду следующих факторов:

Группа стран	Число смертей на 100 000 населения, 2002 г		Изменения в 1990–2002 гг. (%)
	Средние уровни	Диапазон показателей по странам (самый низкий–самый высокий)	
<b>Евр-А</b>			
Всего	9,9	4–19	–29,6
Женщины	4,64	1–8	–32,8
Мужчины	15,38	7–22	–29,1
<b>Евр-В</b>			
Всего	9,88	6–14	–47,8
Женщины	4,45	3–6	–42,2
Мужчины	15,78	10–23	–49,2
<b>Евр-С</b>			
Всего	17,92	12–23	–26,6
Женщины	8,7	6–10	–12,5
Мужчины	28,45	20–38	–30,1

Таблица 13. Смертность от дорожных происшествий с участием автотранспорта: уровни, диапазон различий и тенденции в Европейском регионе ВОЗ

Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" (3).

- широкая распространенность ТБ и рост показателей ВИЧ-инфицированности в ряде стран, особенно в СНГ;
- по-прежнему сохраняющаяся угроза для общественного здоровья, которую представляют, главным образом, инфекционные болезни, могущие приобрести эпидемический характер;
- появление новых болезней.

В Европейском регионе ВОЗ было зарегистрировано 34 случая тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС) в 10 странах. Это свидетельствует о том, что в связи с процессами глобализации торговли и передвижения людей перед Регионом стоит угроза завоза в него как новых, так и возвращающихся болезней. Новые патогенные микроорганизмы будут появляться и в будущем, и они могут быстро стать серьезной угрозой для общественного здоровья на всех континентах. Риск террористических актов с использованием биологических агентов еще более усугубляет опасность, связанную с природным возникновением и развитием инфекционных болезней.

Факторы, усиливающие эпидемиологические риски и создающие двойное бремя болезней, которое несут некоторые страны, включают следующие: бедность и недостаточно финансируемые государственные службы, что снижает доступность для населения базовых санитарно-гигиенических услуг, здоровой и безопасной пищи и питьевой воды, а также лечебно-профилактической помощи.

Все страны должны иметь возможность выявлять, анализировать и сдерживать риски, связанные с инфекционными болезнями. В последние годы велась систематическая работа по обзору систем эпидемиологического надзора. Результаты этой работы можно резюмировать следующим образом.

В странах Евр-А системы эпиднадзора, как правило, хорошо развиты и включают сложные системы отчетности, иногда даже основанные на Интернет. В них также обычно хорошо развиты системы раннего предупреждения. Однако в связи с недавно проведенными реформами по децентрализации систем здравоохранения, не вся эпидемиологическая информация попадает своевременно на национальный и международный уровни. Системы эпидемиологического надзора в большинстве новых государств ЕС представляют собой комбинацию систем, характерных для СНГ или западноевропейских стран. Они хорошо разработаны и основаны на международных определениях случаев болезней. Однако многим странам необходимо пересмотреть свое устаревшее национальное законодательство по инфекционным болезням.

В странах Евр-В и -С уровень развития систем эпидемиологического надзора различается в очень широкой степени. В некоторых странах используются хорошо развитые системы, сочетающие эпидемиологический надзор за популяцией с эпиднадзором за средовыми детерминантами. Однако переход от централизованной к рыночной экономике и связанные с этим социальные потрясения означают, что многие из этих систем более не функционируют и практически разрушены. Свою эффективность сохранили только очень небольшое число программ борьбы с инфекционными болезнями, поддерживаемых международным сообществом. Страны СНГ, по-видимому, больше всего пострадали от переходного периода, и их системы эпидемиологического надзора почти полностью лишены необходимой инфраструктуры. Там, где системы эпидемиологического надзора функционируют, местные системы здравоохранения не используют систематическим образом информацию, собранную для облегчения процесса принятия решений, и от

них поступает мало обратной информации относительно собранных данных и направленных им докладов. Кроме того, потенциал лабораторных служб в ряде стран СНГ также является очень ограниченным.

## **ВИЧ/СПИД**

ВИЧ/СПИД быстро становится серьезной угрозой для здоровья, экономической стабильности и человеческого развития во многих частях Европейского региона ВОЗ (25). Согласно оценке ВОЗ и Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), в конце 2003 г. в Европейском регионе ВОЗ число людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, достигло 1,88 млн., 1,3 млн. из которых проживают в СНГ (26). Расчетная распространенность ВИЧ среди взрослых превысила 1% в трех странах – Эстонии, Российской Федерации и Украине (26). Эти три страны вместе с Латвией входят в число стран мира с самыми высокими уровнями ВИЧ-инфицированности.

Для эпидемии ВИЧ/СПИДа в Регионе характерно наличие больших различий между группами стран. В Западной Европе наиболее высокие показатели ВИЧ-инфицирования наблюдались в 1983 г. (среди мужчин, имеющих секс с мужчинами) и в 1987/1988 гг. (среди пользователей инъекционных наркотиков), после чего наступил период относительного снижения и стабилизации этих показателей. К сожалению, частота вновь диагностированных ВИЧ-инфекций снова начала повышаться (27). Частота инфицирования через гетеросексуальные контакты существенно возросла в 2002 и 2003 гг., что, главным образом, касалось случаев инфицирования, диагностированных у гетеросексуальных людей, приехавших из стран с генерализованной эпидемией (прежде всего, из стран Африки к югу от Сахары), которые были, по-видимому, инфицированы в этих странах (28). К числу стран Западной Европы, в которых отмечается такое повышение, относятся Бельгия, Германия, Дания, Ирландия, Соединенное Королевство, Швеция и Швейцария (28). Число случаев ВИЧ-инфицирования среди мужчин, имеющих секс с мужчинами, также возросло в странах Западной Европы в 2002 и 2003 гг. (28). После внедрения и широкого использования высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) в этих странах частота заболевания СПИДом и число смертей от него резко снизились в середине/конце 1990-х годов (29), и они продолжают снижаться, хотя и с заметным выравниванием кривой снижения после 1998 г. Недавно отмеченное увеличение числа случаев ВИЧ-инфицирования и СПИДа в некоторых странах Западной Европы вызывает озабоченность относительно уязвимости мигрантов, возросшего рискованного поведения мужчин, имеющих секс с мужчинами, самоуспокоенности, связанной с появлением методов лечения (в частности, это отражается в том, что в связи с возможностью излечения СПИДа люди опять начинают вести рискованный образ жизни), ослабления поддержки работы в этом направлении со стороны правительств и ослабления профилактической работы.

В странах Центральной и Восточной Европы общие показатели вновь диагностированных случаев ВИЧ-инфекции и СПИДа в последние годы были относительно низкими и стабильными. К концу 2003 г. в этом регионе Европы было зарегистрировано около 21 000 новых случаев ВИЧ-инфекции. Три четверти всех случаев имели место в Румынии и Польше. В тот же период времени были зарегистрированы 12 791 случай СПИДа и 5869 случаев смерти от СПИДа (27). Тенденции показателей вновь регистрируемых случаев ВИЧ-инфекции и смертей от СПИДа в последнее десятилетие стабилизировались, в то время как число



## Программы профилактики ВИЧ и снижения вреда в Российской Федерации: проект “Возрождение” в Республике Татарстан

Все большее число регионов в Российской Федерации включают программы снижения вреда от ВИЧ в свои стратегии профилактики заболеваний, нацеливая их на социально значимые болезни. Это свидетельствует о том, что действия по профилактике ВИЧ могут внедряться в существующие инфраструктуры, не зависящие от финансирования со стороны доноров.

Примером успеха в этой области может послужить проект “Возрождение”, который был начат в 1999 г. в Республике Татарстан в виде небольшой инициативы с внешней финансовой поддержкой и который развился в общереспубликанскую программу снижения вреда, проводимую в девяти городах и финансируемую из регулярного бюджета. Уже на первых этапах реализации этого проекта он заручился поддержкой не только министерства здравоохранения, но и других министерств, прежде всего министерства внутренних дел. Этот проект нацелен, прежде всего, на потребителей инъекционных наркотиков, работников коммерческого секса и заключенных. Проводимые в его рамках мероприятия включают следующее: программы обмена игл и шприцев; бесплатное

распространение презервативов, дезинфицирующих средств и других материалов; информационно-просветительная деятельность и активная работа с группами риска; свободное и анонимное тестирование на ВИЧ и инфекции, передаваемые половым путем, и лечение от них; врачебные консультации по другим вопросам. В 2004 г. в рамках программы снижения вреда была начата работа по диагностике и лечению ТБ, включающая, в частности, оказание поддержки мерам, направленным на обеспечение соблюдения режима лечения и проведение программы ДОТС (лечение ТБ под непосредственным наблюдением).

Хорошее понимание нужд и условий жизни целевых групп населения способствовало оптимальной разработке и осуществлению проекта. Самое важное заключается в том, что отношение правоохранительных органов к этим высокоуязвимым группам населения прошло путь от репрессивного к поддерживающему. В 2002 г. программа снижения вреда была юридически санкционирована правительством Республики Татарстан. Ежегодные показатели вновь регистрируемых случаев ВИЧ-инфекции снизились в 1,9 раза в 2002 г. и в 1,6 раза в 2003 г.

зарегистрированных случаев СПИДа медленно снижалось в последние шесть лет. Однако в ряде стран имеются такие условия для потенциально опасных для общественного здоровья эпидемий ВИЧ/СПИДа, как низкий уровень знаний и информированности, а также слаборазвитые лечебно-профилактические службы (30).

В странах Балтии и многих странах СНГ свыше 80% зарегистрированных случаев ВИЧ-инфицирования приходится на потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) (31). Хорошо задокументированные эпидемии ВИЧ среди ПИН были зарегистрированы в Беларуси, Латвии, Литве, Казахстане, Республике Молдова, Российской Федерации, Украине и Эстонии. В Российской Федерации число новых случаев ВИЧ-инфекции удваивалось каждые 6–12 месяцев в период с 1995 по 2001 гг. (см. историю успеха одной республики в деле борьбы с этой эпидемией). Кроме того, в этих странах наблюдается самая высокая частота ТБ и ТБ с множественной лекарственной устойчивостью в масштабах всего Региона. Коинфекция ТБ/ВИЧ связана с более высокой заболеваемостью и смертностью и повышенным риском передачи ТБ среди населения в целом. Согласно имеющимся оценкам, в 2000 г. в Российской Федерации ТБ стал причиной 35% всех случаев смерти среди взрослых больных СПИДом (32).

### Малярия

Во всех частях Региона малярия находится под контролем, однако для сохранения и улучшения ситуации в этой области ключевым условием является наличие необходимой политической воли. В последние два десятилетия от малярии пострадало десять стран Региона (33–37). Число случаев малярии возросло с 8884 в 1990 г. до 90 506 в 1995 г., а

затем уменьшилось до 37 170 в 1999 г. Согласно последним имеющимся цифрам (15 983 случая в 2003 г.), этот показатель продолжает снижаться.

Малярия возвратилась в страны Кавказа и Центральной Азии, что объясняется значительными политическими и социально-экономическими переменами, происшедшими в этих странах, а также большим передвижением населения, широкомасштабными проектами развития и почти полным прекращением работы по профилактике и борьбе с малярией в начале 1990-х годов. Подлинные масштабы этой проблемы неизвестны. Пораженные страны Региона и далее будут оставаться подверженными риску возрастания проблем общественного здравоохранения, связанных с малярией, если страны и международные сообщества вместе не предпримут устойчивые усилия для борьбы с этой болезнью.

### **Туберкулез**

Среди инфекционных заболеваний туберкулез является ведущей причиной смерти молодых взрослых в Европейском регионе (38–41). Большинство больных ТБ – это люди в возрасте 15–54 лет, а пик этого вида заболеваемости приходится на людей в возрасте 45–54 года. Заболеваемость туберкулезом среди мужчин в три раза выше, чем среди женщин. Тенденции этой эпидемии сопоставимы с тенденциями, наблюдаемыми в африканских странах, наиболее пораженных эпидемией ВИЧ/СПИДа; число зарегистрированных новых случаев ТБ в Регионе возросло с 231 608 в 1991 г. до 360 741 в 2003 г. (42).

Ситуация в этой области является критической во всех государствах Балтии, странах СНГ и Румынии. На эти 16 стран приходится четыре пятых всех случаев ТБ, зарегистрированных в Регионе. Однако туберкулез представляет проблему общественного здравоохранения и в других странах с промежуточными и низкими показателями заболеваемости ТБ, где кривая их снижения выровнялась в результате военных действий, гражданских конфликтов и нестабильности или появления групп высокого риска среди иммигрантов.

Основные факторы, лежащие в основе этой эпидемии, включают бедность, ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (ТБ МЛУ), коинфекцию ВИЧ/ТБ и передачу ТБ среди заключенных.

В настоящее время мы располагаем бесспорными доказательствами того, что срывается на практике. Напоминая о резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения ВНА53.1 (43), в которой признается, что туберкулез – это одно из важнейших препятствий для социально-экономического развития и одна из главных причин случаев преждевременной смерти и человеческих страданий в глобальном масштабе, Европейский региональный комитет ВОЗ (40) призвал в сентябре 2002 г.:

- активизировать работу по осуществлению стратегии краткосрочной терапии под непосредственным наблюдением (ДОТС) в целях выполнения поставленных на 2005 г. глобальных задач борьбы с ТБ (70-процентное выявление бациллярных больных ТБ и 85-процентный успех лечения), а также предупреждения появления новых случаев ТБ МЛУ.
- содействовать осуществлению стратегии ДОТС ПЛЮС для борьбы с ТБ МЛУ в странах с высокими показателями этой формы туберкулеза.

Основными барьерами на пути к успешной реализации этой проверенной стратегии являются недостаточная политическая воля в ряде стран, дефицит финансовых средств и слабость инфраструктуры общественного здравоохранения.

## Основные предотвратимые факторы риска

Как уже отмечалось, важнейшими причинами большинства неинфекционных заболеваний в Европейском регионе ВОЗ являются лишь семь факторов риска: высокое артериальное давление, употребление табака, злоупотребление алкоголем, высокие уровни холестерина, избыточная масса тела, низкое потребление фруктов и овощей, недостаточная физическая активность. Во всех трех группах стран именно на эти факторы приходится основная часть утраченных лет здоровой жизни (табл. 5 Приложения).

Вышеуказанные факторы также являются семью ведущими предотвратимыми факторами риска в большинстве стран. Из этого правила есть только два основных исключения. Во-первых, в некоторых странах Западной Европы в число семи ведущих факторов риска входит употребление незаконных наркотических средств, которое чаще всего замещает такой фактор риска, как недостаточное потребление фруктов и овощей. Во-вторых, в республиках Центральной Азии в число ведущих семи факторов риска входят три экологических фактора, имеющих особую значимость для здоровья детей, а именно: небезопасная вода и санитарно-гигиенические условия, дым внутри помещений в результате сжигания твердых видов топлива, недостаточная масса тела у детей и матерей.

Важнейшими причинами большинства неинфекционных заболеваний в Европейском регионе ВОЗ являются только семь факторов риска: высокое артериальное давление, употребление табака, злоупотребление алкоголем, высокие уровни холестерина, избыточная масса тела, низкое потребление фруктов и овощей, недостаточная физическая активность.

Для того чтобы уменьшить воздействие этих факторов риска, во всех странах Региона необходимо предпринять скоординированные, комплексные и многоотраслевые действия, направленные на изменение поведения населения.

### Эффективные подходы

И в этом случае, комбинированное воздействие любой группы известных факторов риска зачастую меньше, чем сумма их отдельных взаимодействий. Тем не менее, многофакторный характер НИЗ часто дает странам возможность, во-первых, выбирать из различных профилактических стратегий те, которые наиболее экономически эффективны для их условий, а, во-вторых, получать максимально возможную выгоду от одновременного проведения ряда мероприятий. Так, например, по оценкам ВОЗ, даже незначительное и одновременное сокращение в масштабах всего населения уровней артериального давления, ожирения, холестерина и употребления табака позволит в два раза уменьшить частоту сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) (см. историю успеха). Ликвидация 20 ведущих факторов риска, которые во многом предотвратимы, позволит добиться значительного увеличения ожидаемой продолжительности здоровой жизни: соответственно свыше 5, 8 и 10 лет в странах Евр-А, -В и -С. Это позволит существенно сократить различия в состоянии здоровья населения между странами.

Значимость этих факторов риска определяется рядом экономических, социальных,

гендерных, политических, поведенческих и средовых детерминантов. Поведенческие детерминанты во многом зависят от основных составляющих психического здоровья. При разработке экономически эффективных стратегий профилактики и лечения НИЗ следует тщательно учитывать все эти детерминанты и факторы.

Для первичной профилактики характерна постановка более долгосрочных задач, в то время как реальных и быстрых улучшений можно добиться с помощью лечения людей, подвергающихся высокому риску, например, лиц с установленным диагнозом ишемической болезни сердца. Необходимо сделать больше для обеспечения того, чтобы лица, которые могут получить пользу от лекарственной терапии, действительно ее получали. В частности, высокоэффективными с точки зрения снижения риска заболеваемости и смертности от ССЗ являются такие группы лекарств, как бета-блокаторы, ацетилсалициловая кислота и липидоснижающие препараты.

Комбинация мер, направленных одновременно на население в целом и лиц высокого риска, также является очень важной, как об этом свидетельствуют нижеприведенные обсуждения. Например, позитивную оценку получили два вида мер по снижению ССЗ:

## Профилактика НИЗ в Финляндии

Проведенный в Финляндии проект “Северная Карелия” показывает, как в течение 25 лет могут существенно измениться уровни ряда выбранных факторов риска. Среди мужского населения Северной Карелии было отмечено резкое снижение показателей курения и существенное изменение пищевых привычек. Так, доля курящих мужчин среднего возраста в Северной Карелии снизилась с 52% в 1972 г. до 31% в 1997 г.

В начале 1970-х годов употребление овощей и продуктов на основе растительного масла было очень редким явлением, а сейчас оно стало очень распространенным. В 1972 г. около 90% населения Северной Карелии сообщали, что хлеб они в основном ели со сливочным маслом. Сегодня соответствующий показатель составляет менее 7%. Такие изменения в пищевых привычках привели к снижению примерно на 17% среднего уровня холестерина в крови среди всего населения. Существенно улучшилась ситуация с высоким артериальным давлением, а физическая активность населения в свободное время увеличилась.

У женщин были отмечены аналогичные изменения в пищевых привычках и уровнях холестерина и артериального давления, однако показатели курения среди них несколько повысились – хотя и с низкого уровня.

Эти изменения в уровнях факторов риска не ограничились границами Северной Карелии, а были перенесены и во все другие части Финляндии. В 1980-х годах тенденции в Северной Карелии выровнялись, однако замечательные изменения продолжали наблюдаться и далее, особенно в плане перехода на потребление продуктов питания со сниженными уровнями холестерина, что привело к значительному снижению концентрации холестерина в крови на популяционном уровне.

В 1995 г. ежегодная смертность от ишемической болезни сердца у мужчин среднего возраста (взрослые до 65 лет) в Северной Карелии сократилась примерно на 73% по сравнению с показателем, характерным для периода, предшествовавшего началу проекта (1967–1971 гг.). Это снижение носило особенно выраженный характер в 1970-х годах и затем после середины 1980-х годов. Смертность от ишемической болезни сердца у мужчин Северной Карелии сокращалась примерно на 8% в год в течение последних 10 лет. Среди женщин Северной Карелии снижение показателей смертности от ССЗ в этот период времени было аналогичным.

После 1980-х годов эти положительные сдвиги стали происходить во всей Финляндии. К 1995 г. ежегодные показатели смертности от ишемической болезни сердца среди мужчин в Финляндии снизились на 65%. Смертность от рака легких за этот же период также снизилась более чем на 70% в Северной Карелии и почти на 60% в Финляндии в целом.

Благодаря сильно сниженным показателям смертности от ССЗ и рака, показатель общей смертности от всех причин снизился на примерно 45%, благодаря чему увеличилась ожидаемая продолжительность жизни, примерно на 7 лет для мужчин и 6 – для женщин. Благодаря позитивным изменениям в распространенности факторов риска и в образе жизни общее здоровье людей значительно улучшилось. Отдельный анализ показал, что наибольшую долю снижения смертности от ишемической болезни сердца можно объяснить изменением на популяционном уровне распространенности выбранных факторов риска и что сокращение уровней холестерина имело важнейшее значение.

*Источник: Successful prevention of noncommunicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland (44).*

т.е. как популяционные вмешательства, направленные на сокращение потребления соли и холестерина, и снижение индекса массы тела, так и профилактическая работа среди групп высокого риска, например, с помощью такой методологии, как оценка абсолютного риска и принятие соответствующих мер.

В нижеследующих разделах представлены данные о распространенности основных факторов риска НИЗ в Регионе. Основное внимание следует уделять борьбе с теми факторами риска, в отношении которых имеются эффективные профилактические стратегии. Профилактические мероприятия следует проводить как на индивидуальном, так и на популяционном уровнях. Людей следует побуждать и усиливать их возможности принимать решения, направленные на снижение таких факторов риска, как курение, употребление алкоголя, нездоровый рацион питания, небезопасный секс. Для уменьшения связанных с этими факторами риска уровней смертности и инвалидности от НИЗ необходим многоотраслевой подход, обеспечивающий мобилизацию энергии, ресурсов и знаний всех заинтересованных сторон. Необходимо, чтобы правительства, местные сообщества и отдельные лица предпринимали скоординированные усилия при поддержке неправительственных организаций, средств массовой информации и других общественных сил.

В мае 2004 г., приняв резолюцию WHA57.17 (45), Всемирная ассамблея здравоохранения одобрила Глобальную стратегию по рациону питания, физической активности и здоровью (46). Она побуждает правительства основываться на уже имеющихся структурах и процессах, относящихся к различным аспектам рациона питания и физической активности, и создавать национальные координирующие механизмы, позволяющие успешно решать эти вопросы в рамках комплексного плана профилактики НИЗ и укрепления здоровья населения. В резолюции WHA57.17 промышленность рассматривается как одна из сторон, участие которой необходимо для решения этого вопроса, и рекомендуется сотрудничество с пищевой промышленностью (45) для улучшения ситуации в этой области. Для того чтобы делать информированный выбор, потребители нуждаются в точной и понятной информации. Многие правительства в настоящее время пересматривают свои законоположения, относящиеся к маркировке продуктов питания и рекламным заявлениям об их пользе для здоровья, понимая, что в случаях, когда эти заявления основаны на научных данных, они могут помочь населению делать здоровый выбор.

Министерство здравоохранения несет ответственность за координацию и содействие того вклада, который другие министерства и государственные учреждения и ведомства вносят в национальные стратегии здравоохранения. В число этих партнеров отрасли здравоохранения входят министерства и государственные структуры, отвечающие за стратегии в области пищевых продуктов, сельского хозяйства, молодежи, досуга, спорта, образования, торговли и промышленности, финансов, транспорта, общественного информирования и коммуникации, социальных дел, а также экологического и городского планирования (46).

Достоверные и сравнимые эпидемиологические данные по этим вопросам – большая редкость. Правительствам настоятельно предлагается оказать поддержку сбору данных о факторах риска во временной динамике и в различных группах населения. В целом, показатели распространенности болезней, по-видимому, медленно снижаются, о чем свидетельствуют данные проекта МОНИКА (многонациональный мониторинг динамики и детерминантов сердечно-сосудистой заболеваемости),

которые, несмотря на свою ограниченность по охвату, продолжают оставаться одним из наиболее стандартизированных источников такой информации (47, 48). С привлечением небольшого объема дополнительной информации сложившуюся ситуацию можно охарактеризовать следующим образом.

## **Высокое артериальное давление**

Высокое артериальное давление – одна из важнейших предотвратимых причин преждевременной смерти. Люди с повышенным давлением крови подвергаются значительно более высокому риску инсульта, ишемической болезни сердца, другим сердечным заболеваниями и почечной недостаточности. Этот риск связан с нездоровым рационом питания (особенно с высоким потреблением соли), недостаточным уровнем физической активности, излишней массой тела и опасным для здоровья употреблением алкоголя. Проблема высокого артериального давления наблюдается как в богатых, так и в бедных странах. Согласно оценкам, в большинстве стран до 30% населения страдают от высокого артериального давления, а еще 50–60% населения могли бы иметь лучшее здоровье, если бы они уменьшили свое артериальное давление посредством повышения двигательной активности, поддержания более оптимальной массы тела, а также потребления большего количества фруктов и овощей (49).

В Европейском регионе высокое артериальное давление играет роль самого важного фактора риска с точки зрения доли, приписываемых ему DALYs (12,8%). Эта проблема широко недооценивается, а часто на нее просто не обращают внимания. Данные проекта МОНИКА свидетельствуют об очень выраженных различиях в уровнях артериального давления различных популяций. К счастью, эти уровни, по-видимому, снижаются в значительно большем числе популяций по сравнению с популяциями, в которых они повышаются. Странам следует сотрудничать друг с другом, чтобы создать сравнимые базы данных для мониторинга этого и других основных факторов риска.

## **Табак**

Употребление табака стало самой важной предотвратимой причиной смерти. Курение – второй по важности фактор риска в Регионе (на него приходится 12,3% от общего числа DALYs), а показатели его распространенности продолжают повышаться в странах с меньшими уровнями доходов и в неблагополучных социально-экономических группах населения.

Несмотря на то, что нынешняя распространенность табакокурения это только косвенный показатель имевшего в прошлом воздействия табачного дыма на людей, она служит общим индикатором той стадии, которой данная популяция достигла с точки зрения развития эпидемии курения. В странах Западной Европы эта эпидемия замедляется, в то время как в странах восточной части Региона ее рост продолжается (50).

Смерть половины курящих будет обусловлена связанными с табаком болезнями. Заболеваемость или ухудшение состояния здоровья в связи с табакокурением – еще более распространенное явление. Поскольку большинство этих смертей имеет место в среднем возрасте, потеря доходов и последствия хронических болезней оказывают выраженное негативное влияние на качество жизни и благополучие семей потребителей табака. Кроме того, показатели курения являются наиболее высокими среди бедных слоев населения, которые больше, чем богатые, страдают от последствий табакокурения и располагают меньшими ресурсами для борьбы с ними.

## Прекращение курения в городе Ковентри, Соединенное Королевство

Служба оказания помощи желающим бросить курить в городе Ковентри – одна из наиболее успешных в Англии. В частности, на протяжении четырех лет она ежегодно значительно перевыполняет задачи, поставленные в этой области правительством, и помогает тысячам людей бросить вредную привычку. Когда в 2000 г. правительство поставило конкретные задачи в области снижения курения, организаторы здравоохранения города рассчитывали оказать помощь 150–200 человекам в год.

Доверительный фонд Ковентри “Обучение методам оказания первичной медико-санитарной помощи”, который осуществляет контроль за функционированием этой службы, обнаружил, что свыше 1800 человек, прибегших к помощи этой службы в период с апреля 2003 г. по март 2004 г., бросили курить уже через четыре недели после обращения за помощью. Из этого числа примерно 700 человек навсегда отказались от вредной привычки. Поскольку половина

всех курящих умирают от болезней, связанных с курением, медицинские эксперты считают, что им удалось спасти около 350 жизней.

За последние четыре года цели в области снижения курения были увеличены почти в десять раз, и каждый год бригада, оказывающая в Ковентри помощь желающим бросить курить, превышала установленные цели. Менеджеры здравоохранения говорят, что те, кто сумел навсегда покончить с этой вредной привычкой, получают пользу от целого ряда положительных эффектов, включающих, в частности, ежедневную экономию в 4,5 фунтов стерлингов, ранее расходуемых на сигареты. Было подсчитано, что те 700 человек, которые бросили курить в прошлом году, уже сэкономили в целом свыше 1 млн. фунтов стерлингов, и что большая часть этих денег была израсходована на местном уровне на другие цели.

*Источники: Coventry Evening Telegraph (51) и Coventry Teaching Primary Trust (52).*

Анализ всех факторов и аспектов, связанных с употреблением табака, свидетельствует о том, что в целом это наносит экономике ощутимый вред. В то же время следует отметить, что мы уже располагаем высокоэффективными мерами общественного здравоохранения, позволяющими снизить распространенность курения (см. историю успеха и ключевые моменты, которые должны учитываться лицами, определяющими политику). Однако мы редко располагаем сравнимыми данными о распространенности курения. Странам настоятельно рекомендуется собирать надежные, достоверные и сопоставимые данные о курении – особенно в разбивке по половозрастным и социально-экономическим признакам – с тем чтобы обеспечить более целенаправленный характер мер общественного здравоохранения и их мониторинг.

Один из важнейших инструментов борьбы с эпидемией курения – это Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ), являющаяся первым в истории человечества договором по общественному здравоохранению (54). Сороковое государство – член ВОЗ (Перу) ратифицировало эту Конвенцию в ноябре 2004 г., благодаря чему она вступила в силу в феврале 2005 г. В число этих первых сорока стран входили восемь стран Европейского региона (Армения, Венгрия, Исландия, Мальта, Норвегия, Сан-Марино, Словакия, Франция). Европейский регион сыграл очень важную роль в процессе переговоров по РКБТ, который начался в 2000 г. Сейчас перед нами стоят задачи активного вовлечения в этот процесс других стран, а также обеспечения реализации Конвенции.

### Алкоголь

Европейский регион характеризуется самым высоким уровнем потребления алкоголя из всех регионов ВОЗ. Устойчивое снижение уровня потребления алкоголя,

## Научно обоснованный анализ ключевых моментов, которые должны учитываться лицами, принимающими решения: табак

Несмотря на то, что число людей, умирающих от табака, в глобальном масштабе повышается, в ряде мест, благодаря проведению стратегий борьбы против табака, показатели курения удалось снизить.

Если нам удастся обеспечить реализацию эффективных стратегий борьбы с курением, то мы сможем предотвратить миллионы случаев заболеваний и преждевременной смерти.

Повышение цен на табачную продукцию является одним из наиболее эффективных способов сокращения табакокурения. Повышение цен на табак на 10% приводит к уменьшению курения на 2,5–5% в ближайшей, и возможно, до 10% – в долгосрочной перспективе, если цены повышаются соразмерно росту инфляции. Уровни снижения табакокурения среди молодежи могут быть в 2–3 раза больше, чем в более старших возрастных группах. Благодаря этому, число случаев смерти, связанных с курением, может быть снижено на 0,5–2 млн. в странах с более высоким уровнем доходов в западной части Региона и на 0,6–1,8 млн. в странах восточной части Региона с меньшими уровнями доходов. В ряде стран

налоги на табак были повышены до 70–80% от стоимости пачки сигарет, что позволило добиться статистически достоверного снижения уровней табакокурения. В то же время следует отметить, что даже меньшее повышение налогов также позволяло добиться заметного улучшения ситуации.

Противники повышения цен на табачные изделия чаще всего утверждают, что это может привести:

- к снижению государственных доходов и потере рабочих мест;
- может резко возрасти контрабанда табачными изделиями;
- повышение цен может несоразмерно тяжелым бременем лечь на курильщиков, относящихся к категории лиц с более низкими доходами.

Однако эти аргументы либо ложны, либо преувеличены, так как экономические выгоды и польза для здоровья населения от повышения цен на табак в целом перевешивают любые потери такого рода.

Главной рекомендацией для лиц, определяющих политику, является то, что программы борьбы против табака должны

быть всеобъемлющими с целью как можно большего сокращения курения и должны включать:

- постоянное увеличение цен, которое должно быть пропорционально росту инфляции;
- введение всеобъемлющих запретов на рекламу и пропаганду табачной продукции;
- принятие твердых мер для ограничения курения в местах работы и в общественных местах;
- проведение образовательно-просветительных кампаний, противостоящих рекламе табачных фирм;
- улучшение вида и текста предупреждений о вреде табака, размещаемых на упаковках табачных изделий;
- улучшение доступа к курсам терапии, предназначенным для желающих бросить курить.

Различные меры, по-видимому, могут иметь взаимоусиливающий эффект, и сформировалось общее мнение о том, что их комплексное применение – это наиболее эффективный способ уменьшения употребления табака.

*Источник: Сеть фактических данных по вопросам здоровья (53).*

наблюдавшееся с 1980-х годов, прекратилось в середине 1990-х годов. С тех пор уровни потребления алкоголя не изменились.

В странах Региона наблюдается отчетливая тенденция к сближению показателей потребления алкоголя на уровне их средних значений. Потребление алкоголя как фактор риска имеет два аспекта: средний объем и характер употребления спиртных напитков. Средние показатели потребления алкоголя скрывают резкие различия между индивидуальными уровнями его потребления и питательными привычками. Однако неблагоприятные последствия употребления алкогольных напитков не ограничиваются немногочисленными группами легко выявляемых лиц, страдающих от чрезмерного или неумеренного употребления алкоголя или от алкогольной зависимости. Многие люди, употребляющие алкогольные напитки в умеренных дозах или от случая к случаю, также страдают от проблем, связанных с алкоголем, в особенности когда алкогольные напитки используются в качестве средства для достижения состояния опьянения.

Употребление алкоголя приводит к результатам, которые нередко воспринимаются как положительные, однако согласно имеющимся оценкам, оно является причиной 5,5%



всех смертных случаев и 10,1% суммарного значения DALYs в Регионе, что намного выше, чем глобальные показатели, согласно которым с употреблением алкоголя связано 3,2% всех смертных случаев и 4,0% суммарного значения DALYs (55–57). Самое высокое бремя болезней, связанных с употреблением алкоголя, в мире отмечается в странах Евр-С. Уровень этого бремени намного выше среди мужчин, чем среди женщин, при этом алкоголь является важнейшим фактором риска смерти и заболеваемости среди молодежи.

Данные научных исследований указывают на причинную взаимосвязь между уровнем употребления алкоголя и более чем 60 видами заболеваний и травм. Хотя появляются все новые данные о возможном существовании положительной взаимосвязи между употреблением алкоголя и некоторыми заболеваниями, в частности ишемической болезнью сердца, результаты исследований на агрегированном уровне не подтверждают этого. В развитых странах, в отличие от большинства других факторов риска, таких как табак, гипертензия или высокий уровень холестерина, алкоголь оказывает

## Научно обоснованный анализ ключевых моментов, которые должны учитываться лицами, принимающими решения: алкоголь

На популяционном уровне наиболее эффективным подходом к решению проблем, связанных с алкоголем, является осуществление множественных стратегий, предусматривающих повышение цен на алкогольные напитки, ограничение их доступности, а также борьбу с вождением транспортных средств в нетрезвом виде и употреблением спиртных напитков несовершеннолетними.

### Цены

Накоплен значительный объем фактических данных, указывающих на то, что повышение цен на спиртные напитки способствует снижению уровня их потребления и остроты проблем, связанных с алкоголем. В большинстве стран, в особенности в странах с низкими налогами на спиртные напитки, повышение цен на них путем увеличения налоговых ставок приводит к росту налоговых поступлений и сокращению государственных расходов, связанных с ущербом, наносимым употреблением алкоголя. Повышение цен, равно как и другие меры борьбы с алкоголем, в разных странах могут приводить к разным результатам в зависимости от таких факторов, как преобладающая культура употребления алкоголя в стране и уровень общественной поддержки

строгих мер борьбы с ним. Влияние повышения цен на снижение ущерба, связанного с алкоголем, очевидно, и введение этой меры не требует значительных затрат, что делает ее экономически целесообразной.

### Доступность

Эффективными мерами борьбы являются более строгое регулирование потребления алкоголя – в особенности путем законодательного введения возрастных ограничений на покупку спиртных напитков, установление государственной монополии на розничную торговлю и введение ограничений на торговлю спиртными напитками по времени и по количеству торговых точек.

### Вождение транспортных средств в нетрезвом виде

Высокоэффективными также считаются большинство мер, направленных на борьбу с вождением транспортных средств в нетрезвом виде – таких, как пункты контроля на трезвость, выборочная проверка “на выдох”, снижение уровня допустимой концентрации алкоголя в крови, временное лишение водительских прав, системы градации водительских удостоверений для начинающих водителей, а также краткие рекомендации в

случаях употребления алкоголя, сопряженного с высоким риском вредных последствий. Указанные меры применимы в большинстве стран, не требуют значительных затрат и обеспечивают получение устойчивых результатов.

### Употребление алкоголя несовершеннолетними

Если рассматривать проблему пьянства среди молодежи как отдельный аспект политики в отношении алкоголя, наиболее эффективной мерой непосредственного вмешательства является поднятие возрастного ценза на приобретение или продажу алкогольных напитков. Разработан целый ряд методик по проведению просветительной работы в целях снижения потребления алкоголя. Хотя их популярность все более возрастает, полученные доказательства их эффективности немногочисленны. Аналогичным образом результаты проводимых в настоящее время исследований показывают, что использование рекламы алкоголя или запрета на такую рекламу дает ограниченный эффект в отношении потребления алкоголя.

*Источник: Сеть фактических данных по вопросам здоровья (59).*

отрицательное воздействие на здоровье на относительно раннем этапе жизни, в то время как его возможные защитные эффекты в отношении сосудистых заболеваний отмечаются на более поздних этапах жизни. С точки зрения общественного здравоохранения, политика в отношении алкоголя, в рамках которой не уделяется внимания вопросам снижения вреда, может иметь серьезные последствия не только в отношении масштаба проблем, но также и структуры заболеваемости и смертности в различных возрастных группах (58).

Алкоголь наносит вред здоровью людей и обществу, который затрагивает не только тех, кто употребляет спиртные напитки. Стратегии, направленные на снижение вреда, связанного с употреблением алкоголя, не только способствуют улучшению состояния здоровья и сохранению жизни тех, кто употребляет алкогольные напитки, но может также оказывать более широкое воздействие на здоровье и благополучие семей, местных сообществ и всего общества в целом (см. ниже анализ ключевых моментов).

## **Повышенный уровень холестерина**

Холестерин играет важную роль в поддержании здоровья человека. Необходимое количество холестерина производится печенью, он содержится в некоторых продуктах питания, в особенности в яичном желтке, мясе, птице, рыбе, морепродуктах и молочных продуктах, полученных из цельного молока. Фрукты, овощи и зерновые продукты не содержат холестерина. Высокий уровень холестерина в крови играет важную роль в развитии атеросклероза, при котором на внутренних стенках артерий накапливаются жировые отложения. Это служит основной причиной, почему холестерин увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Согласно имеющимся оценкам, в 2000 г. высокий уровень холестерина являлся причиной 18% случаев цереброваскулярных заболеваний (в большинстве случаев не приводящих к летальному исходу) и 56% случаев ишемической болезни сердца в мире. В целом, это составляет около 4,4 млн. случаев смерти (7,9% от общего числа) и 40,4 млн. DALYs (2,8% от общего числа) (20). Восемнадцать процентов общего бремени болезней приходится на долю стран Евр-С. В Европейском регионе 8,7% DALYs связаны с отклонениями от оптимальных уровней содержания холестерина. В большинстве районов показатели смертности, связанной с холестерином, среди женщин несколько выше, чем среди мужчин (60).

Для снижения повышенных уровней холестерина эффективны как популяционные, так и индивидуальные подходы.

Целью подходов, ориентированных на население в целом, является снижение средних уровней холестерина в крови путем принятия мер, побуждающих людей к снижению потребления насыщенных жиров и холестерина, увеличению физической активности и борьбе с лишним весом. Предполагается, что санитарное просвещение, осуществляемое с помощью различных средств массовой информации, может привести к снижению общего уровня холестерина в целом на 2%. Популяционные стратегии, направленные на снижение уровня холестерина, очень эффективны с точки зрения затрат. Однако их суммарное воздействие с точки зрения увеличения числа здоровых лет жизни относительно невелико, хотя этот вывод основан на результатах исследований, охватывающих относительно короткий период последующего наблюдения. Долгосрочные эффекты на протяжении нескольких поколений могут быть более значительными, поскольку изменения культурных традиций в отношении питания в целом могут проявлять самоусиливающийся эффект (60).

При индивидуальном подходе основное внимание уделяется выявлению, лечению и просвещению лиц, у которых риск развития сердечно-сосудистых заболеваний значительно выше в связи с повышенным уровнем холестерина. Сочетание лечения с применением препаратов, снижающих уровень холестерина, четырех посещений медицинского учреждения в год с целью оценки и один или два амбулаторных визита ежегодно в рамках программ санитарного просвещения доказало свою экономическую эффективность (60). Другой эффективной мерой вмешательства является обучение пациентов: результаты, полученные в ходе масштабного систематического обзорного исследования, показывают, что консультативная помощь пациентам может способствовать улучшению их привычек питания, включая уменьшение потребления как жиров в целом, так и насыщенных жиров и увеличение потребления фруктов и овощей. Более интенсивное консультирование и консультативная помощь пациентам с высоким уровнем риска в целом приводят к более выраженным изменениям, чем менее интенсивные меры вмешательства, осуществляемые в отношении групп населения с низким уровнем риска (60).

Как и в случае других факторов риска, анализируемых в данном докладе, для достижения устойчивых изменений на популяционном уровне необходим многоотраслевой подход. Данный процесс должен предусматривать установление рабочих взаимоотношений между местными сообществами и органами власти, обеспечивать участие сельскохозяйственного сектора и пищевой промышленности и способствовать развитию местных инициатив на уровне школ и мест работы.

## **Избыточная масса тела и ожирение**

Избыточная масса тела является причиной около 7,8% общего числа DALYs в Европейском регионе ВОЗ. Она является фактором риска при целом ряде патологий, включая диабет, сердечно-сосудистые заболевания, болезни суставов и онкологические заболевания. В целом, согласно оценкам, избыточная масса тела является причиной 5% всех случаев заболевания раком в ЕС. Ожирение оказывает сильное отрицательное воздействие на качество жизни. В ряде стран уровень затрат, связанных с этой проблемой, достигает 7% всех средств, выделяемых на нужды здравоохранения.

Глобальная эпидемия ожирения и избыточной массы тела – это одна из важнейших проблем, мешающих успешной профилактике инфекционных заболеваний (см. ниже анализ ключевых моментов, которые должны учитываться лицами, принимающими решения). Во многих странах Европейского региона у более чем половины взрослых масса тела превышает норму, а у 20–30% взрослого населения поставлен диагноз ожирения. Например, ожирением страдает каждый пятый взрослый в Финляндии, Германии и Соединенном Королевстве. Эти цифры еще выше в восточной части Региона. Эти тенденции в большинстве случаев нарастают, хотя темпы роста могут быть различными.

Информация о развитии событий в этой области в Регионе за последнее время приводится в разделе, касающемся избыточной массы тела и ожирения среди детей в Части 3 (с. 79–81).

## **Низкий уровень потребления фруктов и овощей**

Низкий уровень потребления фруктов и овощей является одним из серьезных факторов риска, на долю которого может быть отнесено 4,4% DALYs в Регионе.

## Научно обоснованный анализ ключевых моментов, которые должны учитываться лицами, принимающими решения: ожирение

Развитие ожирения во многом зависит от генетических факторов. Генетическая предрасположенность к ожирению – это явление, широко распространенное среди населения. В группе лиц, генетически предрасположенных к ожирению, решающую роль в развитии ожирения играют факторы образа жизни (такие как рацион питания и физическая активность), а также социальные, поведенческие и культурные факторы.

В то же время информация об экономической эффективности различных методов борьбы с ожирением является ограниченной. Ввиду очень широкого разнообразия результатов применения профилактических методов, представляется невозможным определить их экономическую эффективность. В отношении методов лечения, затраты, необходимые для достижения снижения массы тела, относительно ниже при применении

таких методов, как консультирование по вопросам питания, поведенческая терапия, применение диетических заместительных продуктов с низкокалорийным содержанием и хирургическое лечение, однако значительно выше при применении фармакологической терапии.

### Рекомендации в отношении политики

Согласно результатам проведенных научных оценок, большинство профилактических программ, ориентированных на все население в целом, не оказывают какого-либо благоприятного воздействия на распространенность ожирения. В то же время некоторые программы дают успешные результаты как для взрослых, так и для детей, по крайней мере в краткосрочной перспективе. Необходимо разработать и провести оценку новых стратегий, направленных на распространение знаний о причинах

и факторах риска ожирения, на изменение привычек питания людей и на повышение их мотивации для увеличения физической активности. Одновременно имеется необходимость в стратегиях и программах снижения распространенности ожирения на уровне всего населения.

Риск, связанные с ожирением, может быть снижен посредством уменьшения массы тела, независимо от того, какой способ был использован для этой цели. Однако даже в тех случаях, когда уменьшить массу тела не удастся, риск, связанный с ожирением, может быть снижен посредством усиления физической активности, отказа от курения и более эффективных мер борьбы с диабетом, гипертонией и гиперлипидемией.

*Источник: Сеть фактических данных по вопросам здоровья (61).*

Фрукты и овощи являются важным компонентом здорового рациона питания и могут способствовать профилактике серьезных заболеваний, таких как сердечно-сосудистые заболевания и рак желудочно-кишечного тракта. Низкое потребление фруктов и овощей может считаться причиной примерно 18% случаев рака желудочно-кишечного тракта, примерно 28% случаев ишемической болезни сердца и 18% случаев инсульта в Европейском регионе.

Увеличение потребления фруктов и овощей может принести значительную пользу для здоровья. В 15 странах, входивших в состав ЕС до мая 2004 г., и в трех странах, являющихся новыми членами ЕС, согласно оценкам, увеличение среднего уровня потребления фруктов и овощей, являющегося в настоящее время недостаточным, до уровня групп, объем потребления в которых является наивысшим, позволит предотвращать около 23 000 случаев смерти ежегодно от ишемической болезни сердца и основных видов онкологических заболеваний среди лиц в возрасте до 65 лет. Рацион питания является одним из наиболее важных поддающихся изменению факторов риска заболевания раком среди большей части некурящего населения.

ВОЗ рекомендует потреблять в день в среднем 400 г фруктов и овощей (49, 62, 63). Имеющиеся данные, начиная с 1995 г., показывают, что средний уровень ежедневного потребления фруктов и овощей в Регионе колеблется от немногим более 200 г в Соединенном Королевстве и Австрии до примерно 500 г в Греции и Финляндии. Средний уровень потребления в Финляндии увеличился почти в три раза за относительно короткий период времени (см. историю успеха выше). Обычно различия

наблюдаются между севером и югом, при этом более высокий уровень потребления отмечается на юге.

Характер потребления пищевых продуктов связан с уровнем национального благосостояния (62, 63). Он изменяется со временем, и на уровне домашних хозяйств может зависеть от возможностей доступа и наличия продуктов питания. Быстрые темпы изменения образа жизни, связанные с индустриализацией, урбанизацией, экономическим развитием и рыночной глобализацией, значительно влияют на состояние питания отдельных групп населения. На глобальном уровне имеется значительный объем данных, указывающих на изменения в питании, вызывающие тревогу, при которых увеличение национального благосостояния сопровождается изменениями в рационе питания, характеризуемыми возрастанием потребления продуктов животного происхождения, жиров и растительного масла и снижением потребления зерновых продуктов и овощей. В Европейском регионе в таких странах, как Греция, Португалия и Испания, наблюдаются определенные признаки медленного развития процесса перехода от того, что называется средиземноморской диетой, богатой зерновыми продуктами, фруктами и овощами, к рациону питания, принятому в странах Северной Европы, с высоким содержанием мяса и молочных продуктов. В то же время рацион питания населения стран СНГ подвергается резким изменениям в связи со значительными социальными и технологическими переменами, оказывающими влияние на продовольственное снабжение.

Таким образом, стратегии здравоохранения должны быть направлены на осуществление позитивных изменений в характере питания. Они должны побуждать к переходу к здоровому рациону питания и обеспечивать его доступность по средствам, а также способствовать отказу от нездоровых привычек питания и повышению эффективности борьбы с болезнями, связанными с питанием, такими как сердечно-сосудистые заболевания, рак, ожирение и инсулиннезависимый диабет.

## Недостаточная физическая активность

Недостаточная физическая активность является причиной 3,5% общего числа DALYs в Европейском регионе ВОЗ. Индустриализация, урбанизация и механизированные средства передвижения способствовали снижению физической активности. В настоящее время более 60% населения земного шара проявляют недостаточную физическую

### Научно обоснованный анализ ключевых моментов, которые должны учитываться лицами, принимающими решения: недостаточная физическая активность

Hillsdon & Thorogood (65) провели анализ стратегий, направленных на усиление физической активности. Они изучили компьютеризированные базы данных и справочные материалы и запрашивали у экспертов информацию о проводимой ими в настоящее время работе. В число рассмотренных исследований

вошли рандомизированные контролируемые исследования здоровых взрослых людей, проживающих в собственных домах, при которых физическая нагрузка являлась зависимой переменной.

Авторы установили, что меры, способствующие более активной ходьбе пешком и не требующие посещения спортивных центров, с

большой вероятностью приводят к устойчивому увеличению общей физической активности. Активная ходьба обеспечивает наибольшие возможности для повышения уровня активности лиц, ведущих малоподвижный образ жизни в целом, и отвечает рекомендациям в области общественного здравоохранения.

активность (61). В странах Западной Европы более 30% взрослого населения недостаточно физически активны, и уровни их физической активности продолжают снижаться (64).

В то же время существуют трудности с получением достоверных данных в этой области. Имеется очень небольшой объем сравнительных фактических данных для разных групп населения. Большая часть информации получена по результатам исследований на основе самооценки с использованием различных стандартов и вопросов; кроме того, группы населения, предоставляющие ответы на эти вопросники, характеризуются разными критериями и ожиданиями в отношении здоровья.

Меры по повышению физической активности населения – это, по-видимому, одним из наиболее экономически эффективных подходов общественного здравоохранения, так как это позволяет:

- снизить риск развития таких проблем здоровья, как сердечно-сосудистые заболевания, инсулиннезависимый диабет и ожирение;
- улучшить координацию движений, равновесие и физическую выносливость человека, снизить риск травматизма и предупредить, например, случаи падения среди лиц пожилого возраста;
- улучшить состояние физического благополучия (см. ниже анализ ключевых моментов по этому вопросу).

Вместе с другими международными и национальными организациями ВОЗ призывает уделять не менее 30 минут в день физической активности, которая определяется как любое движение тела, в результате которого происходит расход энергии. Таким образом, физическая активность включает занятия спортом, но также, например, ходьбу (см. историю успеха), езду на велосипеде, игры, уборку по дому или ходьбу по лестнице.

## Программа ходьбы для пожилых в Израиле

В Израиле действует национальная программа, призывающая пожилых больше ходить. В рамках всей страны на местном уровне проводятся мероприятия, направленные на повышение уровня информированности пожилых о том, что ходьба полезна для их здоровья, а также на то, чтобы создавались группы любителей ходьбы. Координатор программы в каждом городе или районе набирает добровольцев для выполнения функций лидеров групп: людей в возрасте старше 60 лет, которые любят ходить пешком. Эти добровольцы участвуют в учебных семинарах, после чего создают под своим руководством группы любителей ходьбы для пожилых, живущих поблизости.

Кроме того, данная программа способствует усилению безопасности пешеходов пожилого и преклонного возраста, которые являются одной из основных групп риска на дорогах. Люди в возрасте 60 лет и старше составляют 11% населения

в целом, но на их долю приходится 40% случаев травматизма среди пешеходов. Для развития навыков безопасной ходьбы, а также для укрепления здоровья ведомство по обеспечению дорожной безопасности снабжает пешеходов верхними головными уборами, рефлекторами, членскими карточками и буклетами с информацией о мерах безопасности.

Помимо деятельности на местном уровне, два раза в год руководящий комитет проводит специальные спортивные мероприятия, предусматривающие ходьбу пешком: региональные марши во Всемирный день здоровья (7 апреля) и проведение национального дня в октябре, который совпадает с Международным днем пожилых людей. В этих мероприятиях принимают участие тысячи людей, и их число возрастает с каждым годом. В 2001 г. в них приняли участие около 6000 человек.

Источник: Racioppi F. et al. (64).

## Библиография

1. *World development indicators 2005*. Washington, DC, World Bank, 2005 (<http://www.worldbank.org/data/wdi2005/>, по состоянию на 2 мая 2005 г.).
2. *Human development report 2004. Cultural liberty in today's diverse world*. New York, United Nations Development Programme, 2004 г. (<http://hdr.undp.org/reports/global/2004/>, по состоянию на 2 мая 2005 г.).
3. Европейская база данных “Здоровье для всех” [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 г. (<http://www.euro.who.int/hfadb>, по состоянию на 2 мая 2005 г.).
4. Hertzman C, Siddiqi A. Health and rapid economic change in the late twentieth century. *Social Science and Medicine*, 2000, 51:809–819.
5. Valkonen T. Trends in differential mortality in European countries. In: Vallin J et al., eds. *Trends in mortality and differential mortality*. Strasbourg, Council of Europe Publishing, 2001:185–328 (Population Studies No. 36).
6. Wilkinson R, Marmot M, eds. *Социальные условия и здоровье. Убедительные факты*, 2-е изд. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2003 г. (<http://www.euro.who.int/document/e81384r.pdf>, по состоянию на 27 апреля 2005 г.).
7. Wall S, Persson G, Weinehall L. Public health in Sweden: facts, vision and lessons. In: Beaglehole R, ed. *Global public health: a new era*. Oxford, Oxford University Press, 2003.
8. Berkman LF. Seeing the forest and the trees: new visions in social epidemiology. *American Journal of Epidemiology*, 2004, 160:1–2.
9. Marmot M, Wilkinson RG. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *BMJ*, 2001, 322:1233–1236.
10. Simonato L et al. Avoidable mortality in Europe 1955–1994: a plea for prevention. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1998, 52:624–630.
11. Treurniet HF et al. Avoidable mortality in Europe (1980–1997): a comparison of trends. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2004, 58:290–295.
12. Andreev EM et al. The evolving pattern of avoidable mortality in Russia. *International Journal of Epidemiology*, 2003, 32:437–446.
13. Andreev EM et al. Health expectancy in the Russian Federation: a new perspective on the health divide in Europe. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81(11):778–787.
14. Bajekal M et al. Healthy life expectancy at health authority level. *Health Statistics Quarterly*, 2002, 16:25–37 ([http://www.statistics.gov.uk/articles/HSQ/HealthLifeExpectancy\\_HSQ16.pdf](http://www.statistics.gov.uk/articles/HSQ/HealthLifeExpectancy_HSQ16.pdf), по состоянию на 27 апреля 2005 г.).
15. *Healthy life expectancy in Scotland. Executive summary*. Edinburgh, Information and Statistics Division, NHS Scotland, 2004 ([http://www.isdscotland.org/isd/files/HLE%20\\_exec\\_summary.pdf](http://www.isdscotland.org/isd/files/HLE%20_exec_summary.pdf), по состоянию на 27 апреля 2005 г.).

16. Murray CJL et al. A critical examination of summary measures of population health. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78(8):981–994 (<http://www.who.int/docstore/bulletin/pdf/2000/issue8/99-0102.pdf>, по состоянию на 27 апреля 2005 г.).
17. Murray CJL et al., eds. *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545518.pdf>, по состоянию на 27 апреля 2005 г.).
18. Ezzati M et al. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Geneva, World Health Organization, 2004.
19. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2004 г. – Изменить ход истории*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 г. ([http://www.who.int/whr/2004/en/overview\\_ru.pdf](http://www.who.int/whr/2004/en/overview_ru.pdf), по состоянию на 27 апреля 2005 г.).
20. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2002 г. – Уменьшение риска, содействие здоровому образу жизни*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2002 г.: 248 ([http://www.who.int/whr/2002/en/Overview\\_Russ.pdf](http://www.who.int/whr/2002/en/Overview_Russ.pdf), по состоянию на 27 апреля 2005 г.).
21. Ezzati et al. Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors. *Lancet*, 2003, 362(9380):271–280.
22. *Humanitarian assistance: mental health in the Balkans*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 ([http://www.euro.who.int/mentalhealth/CtryInfo/20030723\\_1](http://www.euro.who.int/mentalhealth/CtryInfo/20030723_1), по состоянию на 27 апреля 2005 г.).
23. *Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 г. ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/5777701582\\_rus.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/5777701582_rus.pdf), по состоянию на 27 апреля 2005 г.).
24. Racioppi F et al. *Preventing road traffic injury: a public health perspective for Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/E82659.pdf>, по состоянию на 27 апреля 2005 г.).
25. *Averting AIDS crises in eastern Europe and central Asia*. Washington, DC, World Bank, 2003.
26. *Report on the global AIDS epidemic: 4<sup>th</sup> global report*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2004 (UNAIDS/04.16E).
27. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (EuroHIV). *HIV/AIDS surveillance in Europe. End-year Report 2003, No. 70*. Saint Maurice, Institut de Veille Sanitaire, 2004 (<http://www.eurohiv.org>, по состоянию на 27 апреля 2005 г.).
28. Hamers FF, Downs AM. The changing face of the HIV epidemic in western Europe: what are the implications for public health policies? *Lancet*, 2004, 364(9428):83–94.
29. Mocroft A et al. Changes in the cause of death among HIV positive subjects across Europe: results from the EuroSIDA study. *AIDS*, 2002, 16:1663–1671.



30. Hamers FF, Downs AM. HIV in central and eastern Europe. *Lancet*, 2003, 361(9362):1035–1046.
31. Dehne K et al. The HIV/AIDS epidemic in eastern Europe: recent patterns and trends and their implications for policy-making. *AIDS*, 1999, 13:741–749.
32. Corbett EL et al. The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with HIV epidemic. *Archives of Internal Medicine*, 2003, 163:1009–1021.
33. *Progress with Roll Back Malaria in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000.
34. *Progress with Roll Back Malaria in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (<http://www.euro.who.int/document/E73499.pdf>, по состоянию на 27 апреля 2005 г.).
35. *Strategy to Roll Back Malaria in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (<http://www.euro.who.int/document/e67133.pdf>, по состоянию на 27 апреля 2005 г.).
36. *Усиление деятельности по борьбе с малярией в Европейском регионе ВОЗ*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002 г. (Резолюция Европейского регионального комитета EUR/RC52/R10; [http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2002/20021231\\_3?language=Russian](http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2002/20021231_3?language=Russian), по состоянию на 27 апреля 2005 г.).
37. *Malaria vectors and approaches to their control in malaria-affected countries of the WHO European Region. Report of the Regional Meeting on Vector Biology and Control*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001.
38. *Global tuberculosis control*. Geneva, World Health Organization, 2004 ([http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/en/](http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/), по состоянию на 27 апреля 2005 г.).
39. *DOTS expansion plan to stop TB in the WHO European Region 2002–2006*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (WHO/НТМ/ТВ/2004.331; <http://www.euro.who.int/document/E77477.pdf>, по состоянию на 27 апреля 2005 г.).
40. *Усиление противотуберкулезной деятельности в Европейском регионе ВОЗ*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002 г. (Резолюция Европейского регионального комитета EUR/RC52/R8; [http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2002/20021231\\_5?language=Russian](http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2002/20021231_5?language=Russian), по состоянию на 27 апреля 2005 г.).
41. *European framework to decrease the burden of TB/HIV*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (<http://www.euro.who.int/document/E81794.pdf>, по состоянию на 27 апреля 2005 г.).
42. *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2005*. Geneva, World Health Organization, 2005 ([http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/en/](http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/), по состоянию на 12 мая 2005 г.).
43. *Инициатива “Остановить туберкулез”*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2000 г. (Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA53.1; [http://ftp.who.int/gb/pdf\\_files/WHA53/ResWHA53/r1.pdf](http://ftp.who.int/gb/pdf_files/WHA53/ResWHA53/r1.pdf), по состоянию на 27 апреля 2005 г.).

44. *Successful prevention of noncommunicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland*. Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://www.who.int/hpr/successful.prevention.1.shtml>, по состоянию на 27 апреля 2005 г.).
45. *Global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva, World Health Organization, 2004 (World Health Assembly resolution WHA57.17; [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_R17-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf), по состоянию на 2 мая 2005 г.).
46. *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Geneva, World Health Organization, 2004 (WHA57.17, [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_R17-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf), по состоянию на 27 апреля 2005 г.).
47. The WHO MONICA project [web site]. Helsinki, National Public Health Institute (KTL), 2005 (<http://www.ktl.fi/monica>, по состоянию на 12 мая 2005 г.).
48. Tunstall-Pedoe H, ed. *MONICA monograph and multimedia sourcebook. World's largest study of heart disease, stroke, risk factors and population trends 1979–2002*. Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562234.pdf>, по состоянию на 9 мая 2005 г.).
49. Mackay J et al. *The atlas of heart disease and stroke*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562768.pdf>, по состоянию на 27 апреля 2005 г.).
50. *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*. Geneva, World Health Organization, 1998.
51. *Coventry Evening Telegraph*, 29 July 2004 ([http://iccoventry.icnetwork.co.uk/0100news/0100localnews/tm\\_objectid=14474488%26method=full%26siteid=50003-name\\_page.html](http://iccoventry.icnetwork.co.uk/0100news/0100localnews/tm_objectid=14474488%26method=full%26siteid=50003-name_page.html), по состоянию на 27 апреля 2005 г.).
52. Coventry Teaching Primary Care Trust [web site]. Coventry, National Health Service (<http://www.coventryrct.nhs.uk/>, по состоянию на 27 апреля 2005 г.).
53. Health Evidence Network. *Which are the most effective and cost-effective interventions for tobacco control?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 ([http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/HEN/Syntheses/tobcontrol/20030822\\_1](http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/HEN/Syntheses/tobcontrol/20030822_1), по состоянию на 2 мая 2005 г.).
54. *WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www.who.int/tobacco/framework/en/>, по состоянию на 2 мая 2005 г.).
55. Rehm J et al. Alcohol as a risk factor for global burden of disease. *European Addiction Research*, 2003, 9:157–164.
56. Rehm J et al., eds. *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors*. Geneva, World Health Organization, 2004:959–1108.
57. *Global status report on alcohol 2004*. Geneva, World Health Organization, 2004:48–49 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562722\\_\(425KB\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562722_(425KB).pdf), по состоянию на 27 апреля 2005 г.).

58. Ashley MJ et al. Beyond ischemic heart disease: are there other health benefits from drinking alcohol? *Contemporary Drug Problems*, 2000, 27:735–777.
59. Health Evidence Network. *What are the most effective and cost-effective interventions in alcohol control?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 ([http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/HEN/Syntheses/alcohol/20040219\\_3](http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/HEN/Syntheses/alcohol/20040219_3), по состоянию на 2 мая 2005 г.).
60. Ammerman A et al. *Counseling to promote a healthy diet*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2002.
61. Health Evidence Network. *Which are the known causes and consequences of obesity, and how can it be prevented?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 ([http://www.euro.who.int/hen/syntheses/short/20040908\\_1](http://www.euro.who.int/hen/syntheses/short/20040908_1), по состоянию на 2 мая 2005 г.).
62. Robertson A et al., eds. *Питание и здоровье в Европе: новая основа для действий*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004 г. (Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия № 96; [http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20040130\\_8?language=Russian](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20040130_8?language=Russian), по состоянию на 16 декабря 2004 г.).
63. *Питание и здоровье в Европе: новая основа для действий – резюме*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002 г. ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20030224\\_1?language=Russian](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20030224_1?language=Russian), по состоянию на 16 декабря 2004 г.).
64. Racioppi F et al. *A physically active life through everyday transport. With a special focus on children and older people and examples and approaches from Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (<http://www.who.dk/document/e75662.pdf>, по состоянию на 27 апреля 2005 г.).
65. Hillsdon M, Thorogood M. A systematic review of physical activity promotion strategies. *British Journal of Sports Medicine*, 1996, 30(2):84–89.

# ЧАСТЬ 3

**ЗДОРОВЬЕ И  
РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ И  
ПОДРОСТКОВ**

## Целесообразность ориентации на детей

В данном докладе используется определение *ребенка*, содержащееся в Конвенции Организации Объединенных Наций о правах ребенка: “Каждое человеческое существо до достижения 18-летнего возраста” (1). Общий термин *здоровье детей* охватывает грудных детей, детей дошкольного возраста, детей более старшего возраста и подростков. Эти группы включают также подгруппы, различающиеся по этапам развития, рискам для здоровья и его детерминантам, а также потребностям в отношении служб и мер общественного здравоохранения.

Третья часть данного доклада имеет структуру, сходную с общим обзором, содержащимся в Части 2. В ней рассматриваются показатели смертности, суммарные показатели бремени болезней (в DALYs) и отдельные показатели заболеваемости. Приводятся примеры надлежащих стратегических действий и конкретных практических мер. В конце Части 3 приводится краткое содержание результатов систематического обзора (проведенного в связи с подготовкой данного доклада во взаимодействии с Сетью фактических данных по вопросам здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ) фактических данных о факторах, влияющих на эффективную реализацию программ профилактики болезней и укрепления здоровья детей.

### Пробелы в области охраны здоровья детей

Как указано в Части 2, большинство показателей свидетельствуют о том, что за последние десятилетия системам общественного здравоохранения удалось добиться улучшения состояния здоровья на уровне всего населения в Европейском регионе ВОЗ и в глобальном масштабе, однако неравенства в отношении здоровья внутри стран и между странами все еще недопустимо большие и продолжают увеличиваться (2). Имеющиеся данные четко указывают на то, что большая часть этих неравенств связана с социальными факторами (3–5) и что люди, относящиеся к социально

Состояние здоровья в детском возрасте определяет состояние здоровья на протяжении всей жизни и оказывает влияние на здоровье следующих поколений. Несмотря на общее улучшение ситуации в этой области, состояние здоровья детей в Европейском регионе характеризуется значительными различиями как внутри стран, так и между отдельными странами в связи с возрастом, полом, географическим местонахождением и социально-экономическим положением. Во всех странах, особенно в восточной части Региона, возрастает социальное неравенство.

Поскольку деятельность, направленная на достижение оптимального здоровья и развития всех детей, представляет собой все более сложную задачу для стран, Европейское региональное бюро ВОЗ разрабатывает новый подход для оказания им содействия: стратегию охраны здоровья детей и подростков в Европейском регионе. Кроме того, все страны нуждаются в лучшей информации о здоровье детей, а также в системах мониторинга, в особенности в связи с социальными неравенствами.

незащищенным группам, заболевают и умирают в более раннем возрасте, чем лица с более высоким социальным положением (6). Поэтому действия в области общественного здравоохранения, направленные на борьбу с основными причинами бремени болезней, будут по-прежнему менее эффективными, чем это необходимо и возможно, до тех пор, пока не будет обеспечена их большая направленность на устранение коренных причины заболеваемости и смертности.

Этот общий вывод является справедливым и для охраны здоровья детей. Например, уровни смертности и недостаточности питания среди детей продолжают снижаться во всем мире, однако значительные неравенства между бедными и более обеспеченными детьми сохраняются как между странами, так и внутри стран. Эти неравенства, как представляется, усиливаются. В связи с этим ВОЗ приняла решение, что здоровье детей и матерей должно быть восстановлено в качестве важного вопроса в повестке дня министерств здравоохранения и образования, а также в деятельности Организации Объединенных Наций и других организаций (7,8).

### **Более широкие и лучше ориентированные практические меры**

Во многих областях хорошо известно, что делать, – например, снижать детскую смертность или пропагандировать здоровое поведение, однако существующие эффективные практические меры не обеспечивают достаточного охвата населения или не ориентированы на тех, кто в наибольшей мере нуждается в них (9). Практические меры должны охватывать большее число детей и матерей; их масштабы должны быть расширены, обеспечивая высокий уровень охвата, в особенности среди уязвимых групп населения. В более долгосрочной перспективе все партнеры по улучшению здоровья детей, включая правительства, а также международные и неправительственные организации, должны принять на себя обязательства по укреплению потенциала программ здравоохранения на местном уровне. Чрезвычайно важно, чтобы меры, направленные на снижение заболеваемости и спасение жизней, учитывали социальные детерминанты здоровья, так как эти факторы определяют, достигают ли имеющиеся знания и ресурсы тех, кто в них нуждается. К сожалению, недостаточное внимание к этим факторам продолжает подрывать усилия по улучшению здоровья (10).

Улучшение здоровья молодых людей внесет значительный вклад в достижение Целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия (11).

1. Ликвидация крайней нищеты и голода
2. Обеспечение всеобщего начального образования
3. Поощрение равенства мужчин и женщин и расширение прав и возможностей женщин
4. Сокращение детской смертности
5. Улучшение охраны материнства
6. Борьба с ВИЧ/СПИДом и другими заболеваниями
7. Обеспечение экологической устойчивости
8. Формирование глобального партнерства в целях развития.

Главы стран всего мира приняли эти цели в качестве ориентиров, которых можно и необходимо достичь, и поставили перед общественным здравоохранением задачу разработать программу для их достижения. В рамках этих Целей борьба с нищетой и развитие человеческого потенциала являются основой устойчивого социального и экономического прогресса (см. также сс. 98–100).

Первые семь Целей уделяют основное внимание борьбе с нищетой во всех ее формах. Они предназначены для того, чтобы разорвать порочный круг бедности и нездоровья. Улучшение состояния здоровья тесно связано с повышением уровня образования, которое, в свою очередь, приводит к улучшению состояния здоровья. Как образование, так и здоровье обеспечивают возможности для увеличения доходов, что позволяет получать больший доступ к лучшему образованию и медицинской помощи, а также к среде, способствующей укреплению здоровья. Все Цели имеют непосредственное отношение к здоровью, благополучию и развитию детей.

### **Причины ориентации на детей**

Настоящий доклад сосредоточен на здоровье детей по двум причинам: во-первых, как указывается в Части 2, число детей, рождающихся в Европейском регионе ВОЗ, уменьшается, и у них выше вероятность того, что они будут жить долго. Таким образом, необходимо делать все возможное для того, чтобы эти дети росли здоровыми и сохраняли здоровье до преклонного возраста. Во-вторых, детство является лучшим периодом жизни для осуществления активных действий. В этот период предпринимаемые действия наиболее эффективны с точки зрения укрепления здоровья и профилактики заболеваний в детском возрасте и на последующих этапах жизни.

Здоровье в детском возрасте определяет состояние здоровья на протяжении всей жизни, а также жизни следующих поколений. Первые годы жизни закладывают фундамент для того, чтобы люди могли достигнуть своего потенциала здоровья. Развитие мозга в ранний период жизни определяет, будет ли человек располагать навыками для борьбы с риском заболеваний в последующие периоды жизни (12). Проблемы развития в раннем детстве тесно связаны с неинфекционными заболеваниями у взрослых. Укрепление здоровья является наиболее эффективным в ранние годы жизни.

Кроме того, меры профилактики болезней и борьбы с ними должны противодействовать отрицательному влиянию различных факторов на здоровье на как можно более ранних этапах жизни для того, чтобы эти проблемы не сохранялись на более поздних стадиях развития. В значительной мере каждая стадия развития ребенка подготавливает почву для следующего этапа. Поэтому необходимо предвидеть риски на той стадии, когда возможно их возникновение. Это означает, что наиболее разумной политикой в области охраны здоровья детей является ориентация на ранние и хорошо ориентированные практические меры.

Помимо целесообразности для общественного здравоохранения и моральных обязательств, инвестиции в здоровье детей эффективны с экономической точки зрения, так как они окупаются как для отдельных людей, так и для общества в целом. Таким образом, такие инвестиции должны являться обязанностью общества и выходить за рамки отрасли здравоохранения.

Среди детей в Регионе наблюдаются значительные различия в состоянии здоровья в зависимости от возраста, пола, географического местонахождения и социально-экономического положения, как внутри, так и между странами, поэтому общие подходы должны быть адаптированы для их устойчивой реализации с учетом самых различных обстоятельств жизни детей и семей. Как указывалось выше, общее улучшение средних показателей состояния здоровья населения скрывает возрастающие социальные неравенства во всех странах, в особенности в восточной части Региона. Согласно

оценкам, даже в 15 наиболее обеспеченных странах, которые входили в состав ЕС до мая 2004 г., примерно 30–50% всех случаев смерти и проблем здоровья среди детей связаны с низким социально-экономическим положением родителей (13). Кроме того, социальные различия обычно более выражены внутри стран, чем между ними. Таким образом, перед системами здравоохранения, безусловно, стоит все более сложная задача по обеспечению условий для достижения оптимального здоровья и развития всех детей.

## Новая стратегия

На международном уровне растет понимание необходимости нового подхода для решения этой задачи. С целью выполнения принятой в 2003 г. резолюции Регионального комитета ВОЗ (14) Европейское региональное бюро ВОЗ разрабатывает Европейскую стратегию “Здоровье и развитие детей и подростков” (15). Цель этой работы заключается не в том, чтобы навязать Региону какую-то жесткую программную модель, а в том, чтобы помочь государствам-членам разрабатывать их собственные стратегии и программы. В данной стратегии определены основные задачи в области охраны здоровья детей и подростков и, что наиболее важно, предлагаются варианты, основанные на фактических данных и на опыте, накопленном ВОЗ за последние годы. Европейская стратегия и ее инструментарий помогут государствам-членам выявить пробелы в их планах и уточнить их приоритеты для будущих инвестиций. Ввиду существующих различий каждая страна Региона должна определить свои собственные приоритеты. Страны самостоятельно будут определять собственные задачи с учетом своих обстоятельств и ресурсов. Хотя принципы и подходы к проблеме охраны здоровья детей и подростков и их развитию носят универсальный характер, их применение может варьироваться от страны к стране в таком сложном и разнообразном Регионе.

Все эти подходы имеют общие основные характеристики: они должны основываться на фактических данных, носить широкий характер и быть более ориентированными на малоимущие группы населения (более подробное обсуждение факторов успеха см. на сс. 98–103). Хотя для успешной реализации имеющихся эффективных мер необходимы более активные усилия и, разумеется, ресурсы, ясно одно: задержки в действиях, связанных с охраной здоровья и развитием детей, объясняются не отсутствием доказательств о необходимости таких действий, а скорее отсутствием стремления приложить все усилия для обеспечения значительных улучшений. В частности, экономический рост, наблюдавшийся за последнее время в большинстве стран восточной части Региона, позволяет расширить масштабы деятельности в интересах здоровья и развития детей, затраты на которую окупятся в будущем.

Целью стратегии является обеспечение полного охвата детей из всех социальных и этнических групп как можно более высокими услугами общественного здравоохранения, что должно, естественно, дополняться доступностью к высококачественным медицинским услугам, необходимым в каждом конкретном случае. В данном кратком докладе не содержится описания всего объема служб медицинской помощи, а ставится задача рассмотреть показатели, представляющие интерес для общественного здравоохранения, на уровне всего населения. В ходе подготовки этого доклада были выявлены многие ограничения в отношении наличия адекватной информации о здоровье детей, как это указывается ниже. В целом, всем странам необходима лучшая информация о здоровье детей и системы мониторинга, в особенности в связи с социальными неравенствами.



## Информация о здоровье детей

Как это ни удивительно, в большинстве случаев хорошие данные о здоровье детей по-прежнему получить трудно. К сожалению, существующие данные часто являются неточными, неполными или непоследовательными. Методы, используемые для доступа к данным и их представления, значительно варьируются между странами, что еще более затрудняет анализ. Отсутствие данных об общей численности детей (т.е. всех детей в возрасте от 0 до 17 лет) является особой проблемой. Более стандартизированный подход не только позволит создать базу фактических данных о здоровье и развитии детей, но и повысит уровень доверия политиков к имеющейся информации в поддержку политики.

В частности, смертность новорожденных, детей грудного и раннего возраста не полностью регистрируется в ряде стран, главным образом на Кавказе и в Центральной Азии, которые лишь недавно начали использовать международное определение живорождений. Неполная регистрация является также проблемой в некоторых странах Балканского полуострова. Обследования домашних хозяйств, проведенные в некоторых из этих стран в 1990-е годы, дали оценки смертности, которые являются гораздо более высокими, чем официальные цифры, основанные на регистрации. Показатели иммунизации детей, указанные в официальных источниках, также иногда отличаются от показателей, полученных на основе обследований домашних хозяйств (16).

Принимая во внимание эти различия, в мае 2004 г. ВОЗ, Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Отдел Организации Объединенных Наций по народонаселению и Всемирный банк согласились проводить регулярную совместную деятельность по улучшению оценки показателей смертности. В соответствии с этим ВОЗ и ЮНИСЕФ подготовили последовательный комплект данных о коэффициентах смертности для детей в возрасте до пяти лет по странам за период 1990–2003 гг.; они не были составлены непосредственно на основе зарегистрированных данных и должны интерпретироваться скорее как наилучшие оценки ВОЗ, чем официальные мнения государств-членов. ВОЗ опубликовала эти данные с интервалами неопределенности для представления вероятного диапазона между верхними и нижними оценками для каждой страны (8). На рис. 5 показаны интервалы неопределенности в связи с официально зарегистрированными данными. В ряде стран групп Евр-В и Евр-С, главным образом на Кавказе и в Центральной Азии, даже нижняя оценка ВОЗ значительно выше, чем официальные цифры (см. табл. 2 Приложения, где указаны оценки ВОЗ средних значений интервалов неопределенности). Хотя показатели в группе Евр-А составляют приблизительно пять случаев смерти на 1000 живорожденных, соответствующие показатели для некоторых республик Центральной Азии, согласно оценкам, составляют более 100 на 1000.

К сожалению, медико-санитарные данные по социально-экономическим подгруппам получены, в основном, на основе научных исследований или обследований населения. По этой причине средние значения по странам обычно скрывают различия между такими группами, например в отношении здоровья в подгруппах с мобильным образом жизни, включая бездомных и беженцев; или в отношении воздействия инвалидности на доступ к услугам, таким как образование.

Другим аспектом, вызывающим серьезную обеспокоенность, является отсутствие достаточной информации на уровне населения о положительных аспектах здоровья и развития детей.

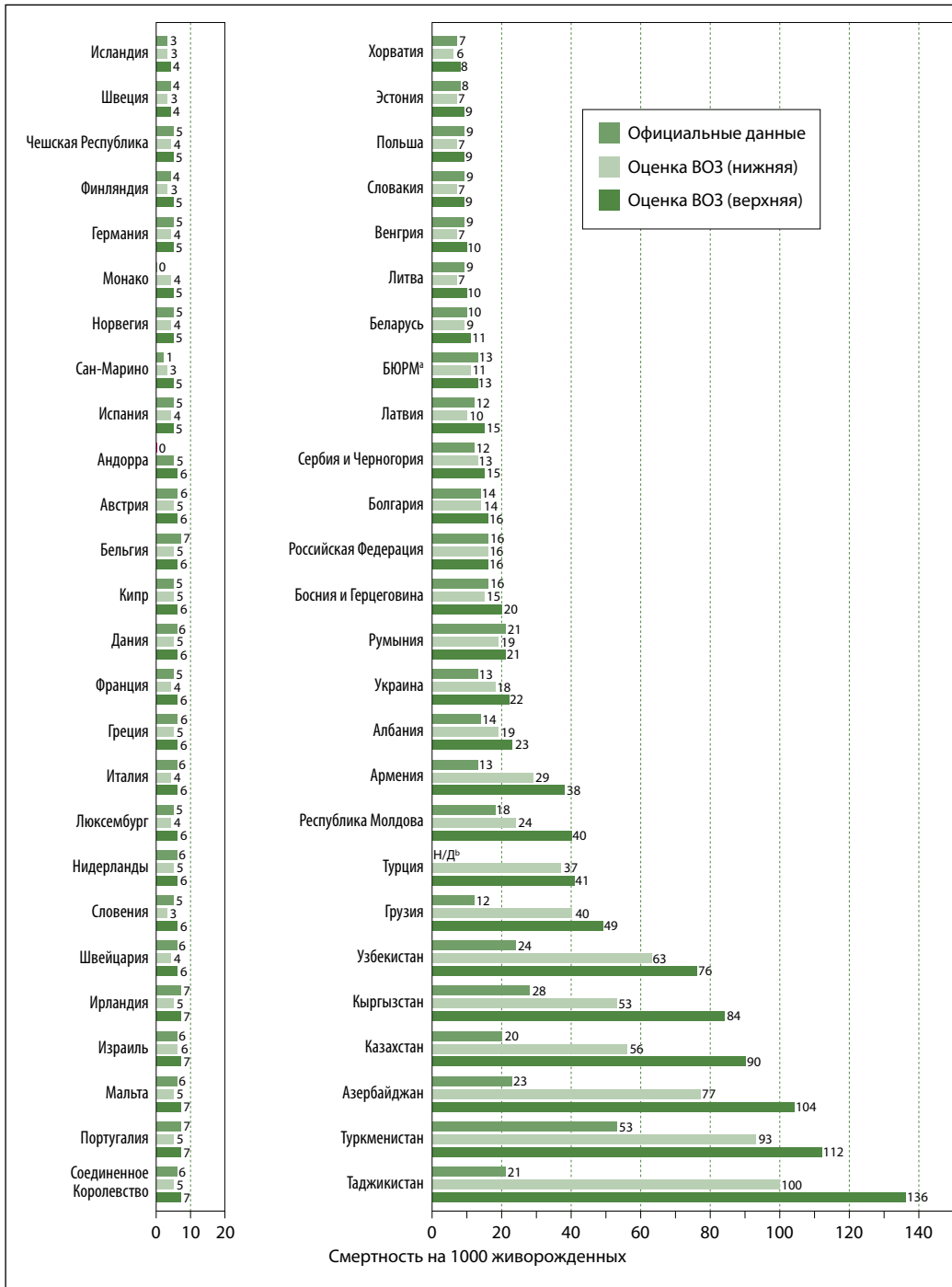


Рисунок 5. Случаи смерти детей в возрасте до 5 лет в Европейском регионе ВОЗ, 2003 г., согласно официальным данным и по оценкам ВОЗ

<sup>а</sup> Бывшая Югославская Республика Македония.  
<sup>б</sup> Н/Д – данные отсутствуют.  
 Источник: Официальные данные взяты из Европейской базы данных "Здоровье для всех" (17); оценки ВОЗ взяты из "Доклада о состоянии здравоохранения в мире, 2005 г. – Не оставим без внимания каждую мать, каждого ребенка" (8).

Европейское региональное бюро ВОЗ провело специальное мероприятие по сбору данных в поддержку перехода к более ориентированному на детей подходу в сборе и представлении данных о здоровье детей. Региональное бюро направило спецификации данных, основанные на рекомендациях Проекта по медико-санитарным показателям жизни и развития ребенка (CHILD) (18, 19), всем 52 государствам - членам Региона и предложило им назначить координаторов; назначенные координаторы представили

данные, которыми они располагали на сентябрь 2004 г. Эти данные были добавлены к данным, уже имевшимся в Региональном бюро. В анализе, сделанном для настоящего доклада, все данные использовались выборочно (см. табл. 6 Приложения).

Общий вывод по результатам этой работы состоит в том, что ни в одной стране необходимые данные не являются легкодоступными в рамках единой централизованной базы данных, и их получение требует специальных усилий и ресурсов. Таким образом, существующие данные о здоровье детей, вероятнее всего, используются недостаточно.

Процесс подготовки настоящего доклада носил интерактивный характер. В нем принимали участие различные отделы и программы Регионального бюро, штаб-квартира ВОЗ, некоторые другие организации и отдельные эксперты. В частности, базы данных штаб-квартиры ВОЗ Global Burden of Disease Database (20) (Глобальная база данных о бремени болезней) и WHO Global InfoBase (Глобальная база данных ВОЗ) (21) предоставили оценки о бремени болезней среди детей для каждого государства-члена в Европейском регионе ВОЗ.

# Основные причины бремени болезней

## Обзор

В целом, состояние здоровья детей в 52 странах Европейского региона ВОЗ отражает увеличивающиеся различия между востоком и западом, которые наблюдаются среди взрослых, при этом показатели здоровья ухудшаются при переходе от Евр-А к -В, а затем к -С. Однако в отличие от этой картины, высокие показатели респираторных и инфекционных болезней означают, что общая детская смертность выше в группе Евр-В, чем в группе Евр-С. В группе Евр-А смертность от таких причин уже является очень низкой, что означает меньшее общее бремя болезней, однако структура заболеваемости включает пропорционально большее число НИЗ, возникающих в результате сложного взаимодействия генетических, поведенческих и экологических факторов, к которым относятся, например, астма и аллергия, диабет, ожирение и психоневрологические расстройства.

В целом, страны Региона добились значительного прогресса в уменьшении смертности и заболеваемости от острых состояний, хотя во многих странах в группах Евр-В и Евр-С, особенно в Турции и странах Кавказа и Центральной Азии, сохраняются значительные проблемы.

Непреднамеренные и преднамеренные травмы по-прежнему происходят слишком часто во всех странах. Кроме того, имеется все больше данных о растущих неравенствах в отношении здоровья во многих странах.

Данный раздел Части 3 начинается с анализа смертности в возрастной группе от 0 до 14 лет, что дает очень важную картину состояния здоровья детей. Анализ оценок индекса DALY для этой возрастной группы приведен ниже и дает полезную дополнительную информацию. Этот раздел завершается изучением дополнительных показателей здоровья ребенка двух типов – в значительной степени предотвращаемых состояний и состояний очень сложного характера.

## Смертность среди детей

Смерть ребенка – это событие, которое труднее всего понять и принять и которое может омрачать жизнь семьи в течение многих и многих лет. Кроме того, детская смертность – это показатель, особенно чувствительный к воздействию как непосредственных, так и более косвенных детерминантов здоровья, включая политику, связанную со здоровьем, а также к неравенствам в этом отношении. В этом разделе обсуждаются вопросы смертности среди детей в различных возрастных группах.

Результаты в отношении общих показателей смертности несколько лучше в группе Евр-С, чем в группе Евр-В, в которую входят многие страны с более высокими

Причины (и показатели) случаев смерти и потери здоровья среди детей значительно варьируются во всем Регионе. В целом, восточные страны имеют более высокие показатели смертности и показатели респираторных и инфекционных болезней, а также травм и отравлений. В западных странах, которые имеют более низкую смертность, резко возрастает распространенность астмы и ожирения. Болезни, предупреждаемые с помощью вакцин, продолжают вызывать обеспокоенность во всем Регионе. Различные характеристики здоровья детей и подростков вызывают необходимость для стран разработать дополнительные стратегии в отношении здоровья обеих групп.

уровнями детской смертности. Как показано в Части 2, среди взрослого населения, в целом, наблюдается обратная картина. Однако с глобальной точки зрения, группы Евр-В и -С имеют низкую детскую смертность. Кроме того, различия между этими двумя группами являются небольшими по сравнению с различиями между ними и группой Евр-А, в которой детская смертность является очень низкой. Различия в характеристиках здоровья детей и взрослых подчеркивают необходимость разработать для стран дополнительные стратегии в отношении здоровья как детей, так и взрослых.

### **Дети в возрасте до 5 лет**

В целом, смертность как грудных детей, так и детей в возрасте от 1 до 4 лет, уменьшилась в большинстве стран Европейского региона, хотя это уменьшение и происходило различными темпами. В частности, большинство стран на Кавказе и в Центральной Азии, которые имеют очень высокую смертность среди детей в возрасте до 5 лет, в период 1995–2003 гг. добились очень незначительного прогресса (8). Это привело к увеличению различий между странами Региона.

#### **Дети грудного возраста**

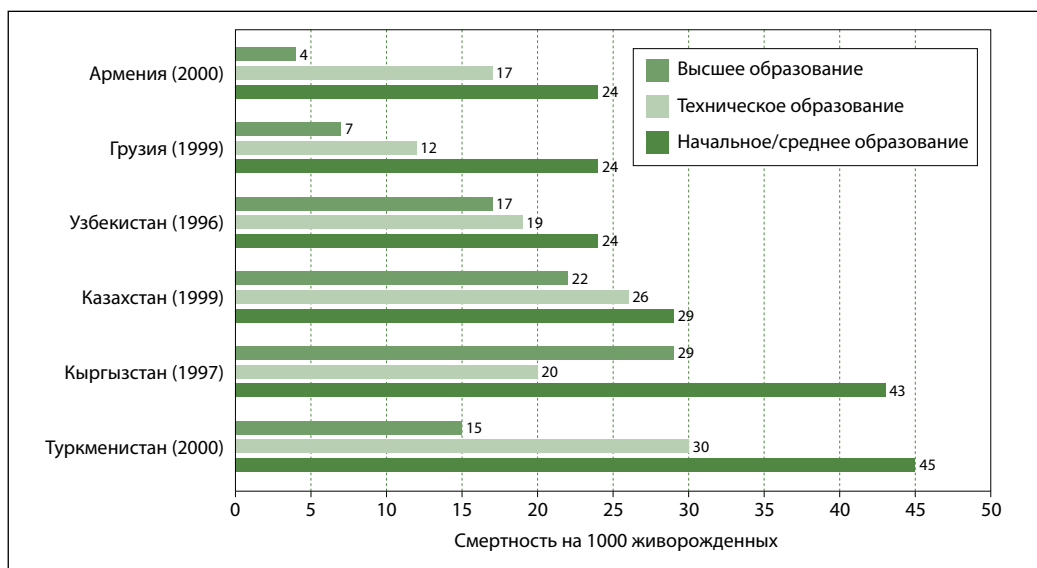
Показатели смертности детей в возрасте до 1 года в Регионе в целом продолжают снижаться. Средняя величина этого показателя в Евр-А составляет приблизительно 4,6 случаев смерти на 1000 живорожденных. В странах Евр-В этот показатель остается очень высоким (25,8 на 1000), и в период 1998–2002 гг. улучшения в них практически не происходило. С другой стороны, в странах Евр-С средний показатель младенческой смертности значительно улучшился, достигнув в 2003 г. 11,7 на 1000 живорожденных.

Что касается индивидуальных причин, то на перинатальные состояния приходится 50%, 35% и 44% случаев младенческой смерти в Евр-А, -В и -С соответственно. Смертность от инфекционных и паразитарных болезней в Евр-А (8 на 100 000 детей в возрасте до 1 года) составляет всего лишь одну пятнадцатую от уровня в группе Евр-В (126 на 100 000). Евр-С находится на уровне между ними: 58 на 100 000. Разница является еще большей, если принять во внимание коэффициенты смертности от респираторных болезней. Они составляют приблизительно 6,6 на 100 000 в странах Евр-А, однако 480 в Евр-В и 119 в Евр-С.

Как уже упоминалось, анализ социально-экономических различий в смертности и других показателях здоровья детей пока еще не получил широкого распространения, хотя как ученые, так и правительства объявили о том, что борьба с социальным неравенством является одной из приоритетных задач общественного здравоохранения. В качестве примера, подчеркивающего значение социальных факторов, на рис. 6 показана постнеонатальная смертность в шести странах СНГ в зависимости от уровня образования матерей. Эти коэффициенты оценивались по результатам обследований населения. Они показывают, что различия в некоторых странах достигают 1:3 или даже 1:5.

#### **Дети в возрасте от 1 года до 4 лет**

Отчетность по детям в возрасте от 1 до 4 лет представляется достаточно полной в странах Региона, располагающих системами официальной регистрации, и поэтому для целей анализа, проведенного при подготовке данного доклада, достоверность различий в общих коэффициентах смертности по группам стран не вызывала сомнений, как



**Рисунок 6. Уровни постнеонатальной смертности в 6 странах СНГ в зависимости от уровня образования матерей.**

*Примечание.* Цифры показывают уровень постнеонатальной смертности за 10 лет, предшествующих обследованию.  
*Источник:* Данные взяты из работы *Reproductive, maternal and child health in eastern Europe and Eurasia: a comparative report (22)*.

об этом свидетельствуют показатели, приведенные на рис. 7, в этой области имеются значительные возможности для улучшения положения дел, особенно в странах Евр-В.

В этой возрастной группе коэффициенты смертности являются самыми низкими в группе Евр-А. Общие коэффициенты смертности в Евр-В и -С превышают уровень Евр-А приблизительно в шесть раз и три раза, соответственно, а случаи смерти от внешних причин происходят приблизительно в четыре раза чаще.

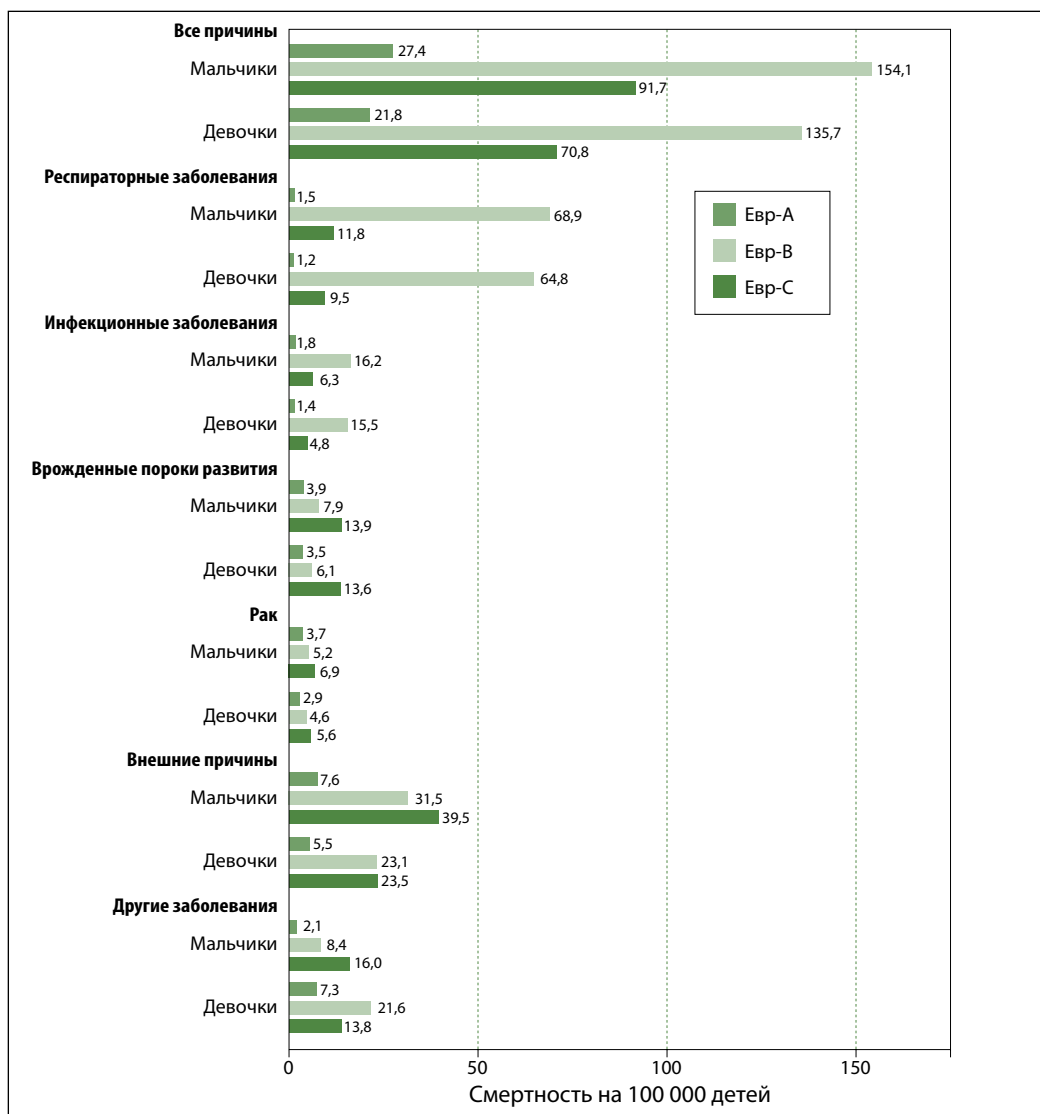
Респираторные заболевания являются главной причиной смерти в Евр-В, и на их долю приходится 45% всех случаев смерти. Собственно говоря, избыточная смертность от этих болезней является главной причиной более высокой общей смертности в Евр-В, чем в Евр-С. Различия в показателях смертности от отдельных причин (таких как острые респираторные инфекции, пневмония и грипп) в этой группе между странами достигают трехзначных величин.

Смертность от инфекционных и паразитарных болезней (которые относительно легко предотвратить) является более высокой в Евр-В, тогда как смертность от врожденных пороков выше в Евр-С, но находится в том же диапазоне величин. Смертность от рака относительно равномерно распределена по Региону.

#### Практические меры в отношении детей в возрасте до 5 лет

В странах с высокой смертностью детей в возрасте до пяти лет возможно применение целого ряда основанных на фактических данных и практически осуществимых мер. Проведенные анализы свидетельствуют, что последовательное осуществление ряда практических мероприятий при высоких уровнях охвата может предотвратить приблизительно две трети таких случаев смерти. ВОЗ объединила ряд таких мероприятий в рамках комплексных руководящих принципов и разработала практические средства для содействия их совместному осуществлению. Основной набор средств имеется в наличии, и в настоящее время разрабатываются другие стратегии, которые направлены на повышение квалификации работников здравоохранения, усиление потенциала систем здравоохранения и оказание помощи на уровне семьи и общины. Эти стратегии включают:

Рисунок 7.  
Смертность  
детей в возрасте  
от 1 года до 4 лет  
в Евр-А, -В и  
-С по основным  
причинам и полу,  
2003 г.



Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" (17).

- комплексное ведение беременности и родов (23), включая дородовую помощь, квалифицированную помощь при родах, оказание помощи после родов и поддержку надлежащей практики оказания помощи на дому;
- интегрированное ведение болезней детского возраста (ИББДВ) (24), включая ведение случаев заболевания детей в возрасте от 0 до 4 лет и поддержку надлежащей практики оказания помощи на дому;
- Расширенная программа иммунизации (25); и
- Глобальная стратегия по питанию детей грудного и раннего возраста (26).

В партнерстве с ЮНИСЕФ Европейское региональное бюро ВОЗ в 1997 г. разработало стратегию ИББДВ в Европейском регионе (24). Эта стратегия предусматривает улучшенное ведение детских болезней в сочетании с элементами, касающимися вопросов питания, иммунизации и других областей деятельности, которые влияют на здоровье детей. Цели ИББДВ заключаются в уменьшении случаев смерти, сокращении частоты и тяжести заболеваний и инвалидности и в содействии росту и развитию

детей. Основные практические мероприятия включают комплексное преодоление пяти основных причин детской смертности: острых респираторных инфекций, диареи, кори, малярии и недостаточности питания.

Интегрированное ведение включает широкий диапазон профилактических и лечебных мер, направленных на улучшение практики как в медицинских учреждениях, так и дома. Сочетание практических мер адаптируется к условиям отдельных стран с учетом местных условий, а также эпидемиологических и других важных аспектов.

### **Дети в возрасте 5–14 лет**

Смертность детей более старшего возраста обсуждается реже, однако такой анализ имеет важное значение для лучшего понимания здоровья детей на этих стадиях развития и в целом. Как показано на рис. 8, общие коэффициенты смертности для этой возрастной группы в странах Евр-В и -С превышают коэффициенты смертности в странах Евр-А соответственно в 2,6 и 3 раза. В Евр-В наблюдается исключительно высокая смертность от инфекционных и респираторных заболеваний, которая превышает очень высокие показатели смертности от внешних причин, тогда как страны Евр-С страдают главным образом от смертности от внешних причин и от категории других болезней и расстройств.

Внешние причины смерти являются наиболее важной группой причин во всем Регионе, но особенно в группе Евр-С, в которой на них приходится свыше 50% всех случаев смерти. Коэффициенты смертности в группах Евр-В и -С превышают эти показатели в группе Евр-А в 2,6 раза и 4,6 раза соответственно. Избыточная смертность от внешних причин (травм и отравлений) является главной причиной более высокой общей смертности в группе Евр-С, чем в группе Евр-В. Эта ситуация в значительной степени вызвана исключительно высокими показателями в Российской Федерации и ее относительно крупной численностью населения (см. с. 88, на которой приведены данные о практических мероприятиях по сокращению травматизма). Смертность почти от всех других причин является более низкой в группе Евр-С, чем в группе Евр-В.

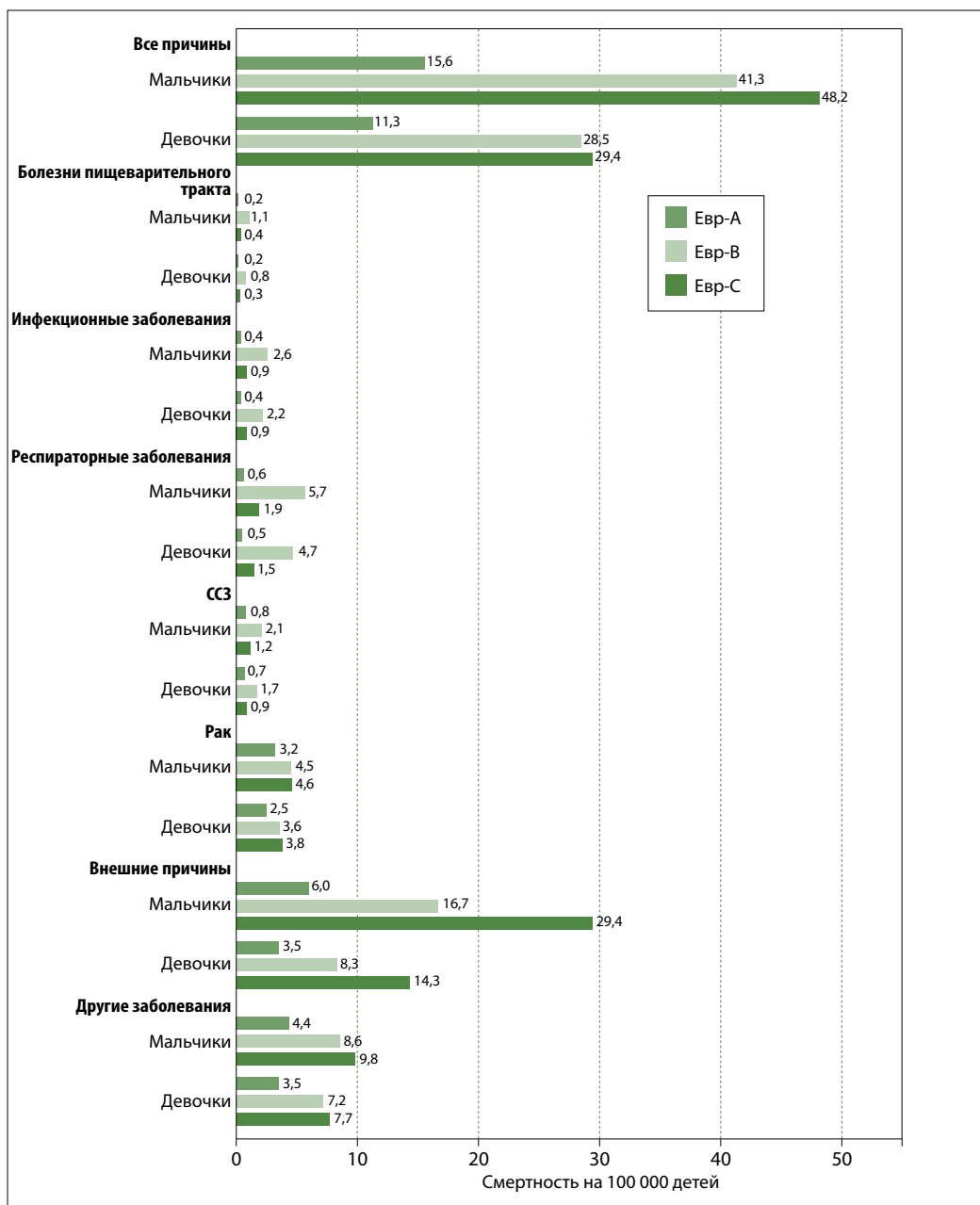
ССЗ становятся важной причиной смерти в этой возрастной группе, тогда как врожденные пороки отступают на второй план. Также относительно меньшее значение имеют инфекционные, паразитарные и респираторные болезни. Тем не менее, смертность от инфекционных болезней в группах Евр-В и -С выше, чем в группе Евр-А, в 6 раз и 2,4 раза соответственно, а смертность от респираторных болезней в группах Евр-В и -С превышает этот показатель в группе Евр-А в 10 раз и 3 раза соответственно. Смертность от рака по-прежнему относительно равномерно распределена по всем группам стран.

### **Общая смертность в возрастной группе 0–14 лет**

В табл. 14 кратко представлены обсужденные выше повозрастные колебания смертности детей. Смертность от всех причин в группах Евр-В и -С выше, чем в группе Евр-А, приблизительно в 3,4 раза и 2,8 раза соответственно. Болезни респираторной системы являются главной причиной смерти детей в возрасте от 0 до 14 лет в Регионе в целом и особенно в группе Евр-В, где этот коэффициент в 47 раз превышает показатели в группе Евр-А. Несмотря на то, что за последние два десятилетия в каждой из трех страновых групп число случаев смерти от респираторных болезней уменьшилось наполовину, эта причина остается одним из главных приоритетов в группе Евр-В.



Рисунок 8.  
Смертность детей  
в возрасте 5–14  
лет в группах Евр-  
А, -В и -С,  
по основным  
причинам и полу,  
2003 г.



Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" (17).

Безусловно, факторы риска, связанные с болезнями респираторной системы, остаются очень важной причиной различий в смертности детей во всем Регионе.

Следуя после респираторных болезней, врожденные пороки по-прежнему вызывают очень высокую смертность в большинстве стран, особенно в странах Евр-С, хотя и возникают главным образом, среди детей в возрасте до 5 лет. Смертность от этой причины трудно сравнивать и интерпретировать из-за различий в регистрации, а также из-за различий в процедурах скрининга, специализированном лечении и национальной политике в отношении детей с пороками развития.

Сразу же вслед за ними идут внешние причины – травмы и отравления. Смертность от этих причин в странах Евр-С в пять раз выше, чем в странах Евр-А. Несколько

меньшие показатели этого вида смертности в Евр-В, чем в Евр-С, отчасти, по-видимому, объясняются более низким числом мототранспортных средств на душу населения в этих странах, однако, как указано в разделе о травмах и насилии в Части 2 (с. 30–33), определяющую роль в этой области играют общие социальные условия.

К сожалению, имеется мало информации о наличии факторов, способствующих высокой частоте случаев и летальности от травм.

Хотя возрастная группа 15–19 лет здесь не анализируется, в большинстве стран показатели смертности от травм и отравлений среди подростков более старшего возраста в 3–5 раз выше, чем в возрастной группе 10–14 лет, (рис. 9). Кроме того, их значения в отдельных странах варьируются; например, в 2002 г. в 80% стран они колебались от 18 до 65 на 100 000 человек.

Кроме того, смертность детей в возрасте 0–14 лет от инфекционных и паразитарных болезней, которая, вероятно, отражает общие условия жизни более непосредственно, чем любая другая причина смерти, остается высокой в странах Евр-В и -С. В частности, средняя величина для Евр-В в 10 раз выше, чем для Евр-А. Подавляющее большинство этих случаев избыточной смертности также могли быть предотвращены.

Различия в отношении рака как причины смертности детей относительно невелики во всем Регионе. Их трудно интерпретировать из-за низкого числа случаев смерти и возможных различий в регистрации и частоте заболеваний. Тем не менее, благодаря детальному анализу регулярно регистрируемых данных о смертности можно получить сведения о наличии соответствующего медицинского лечения на основе высоких технологий, а также доступности такого лечения. В недавнем крупном исследовании, основанном на высококачественных данных из 63 европейских популяционных регистров рака, было обнаружено, что общее число случаев заболевания раком среди детей за последние три десятилетия увеличилось, но в то же время значительно улучшилась выживаемость, хотя больше на западе, чем на востоке (28). В 1990-е годы общий пятилетний коэффициент выживаемости для детей составил 64% в восточных и 75% в западных странах, причем различия между востоком и западом наблюдались практически в отношении всех групп опухолей.

Итак, более высокая средняя смертность в странах Евр-В, чем Евр-С, вызвана, главным образом, острыми респираторными и инфекционными болезнями, которые в значительной степени компенсируют относительно более низкие коэффициенты смертности от врожденных пороков и травм. Как уже было упомянуто, различия между этими двумя группами теряют значение, если в качестве основы для сравнения взять очень низкие показатели смертности в странах Евр-А от практически всех причин.

### Утраченные детьми годы здоровой жизни (DALYs)

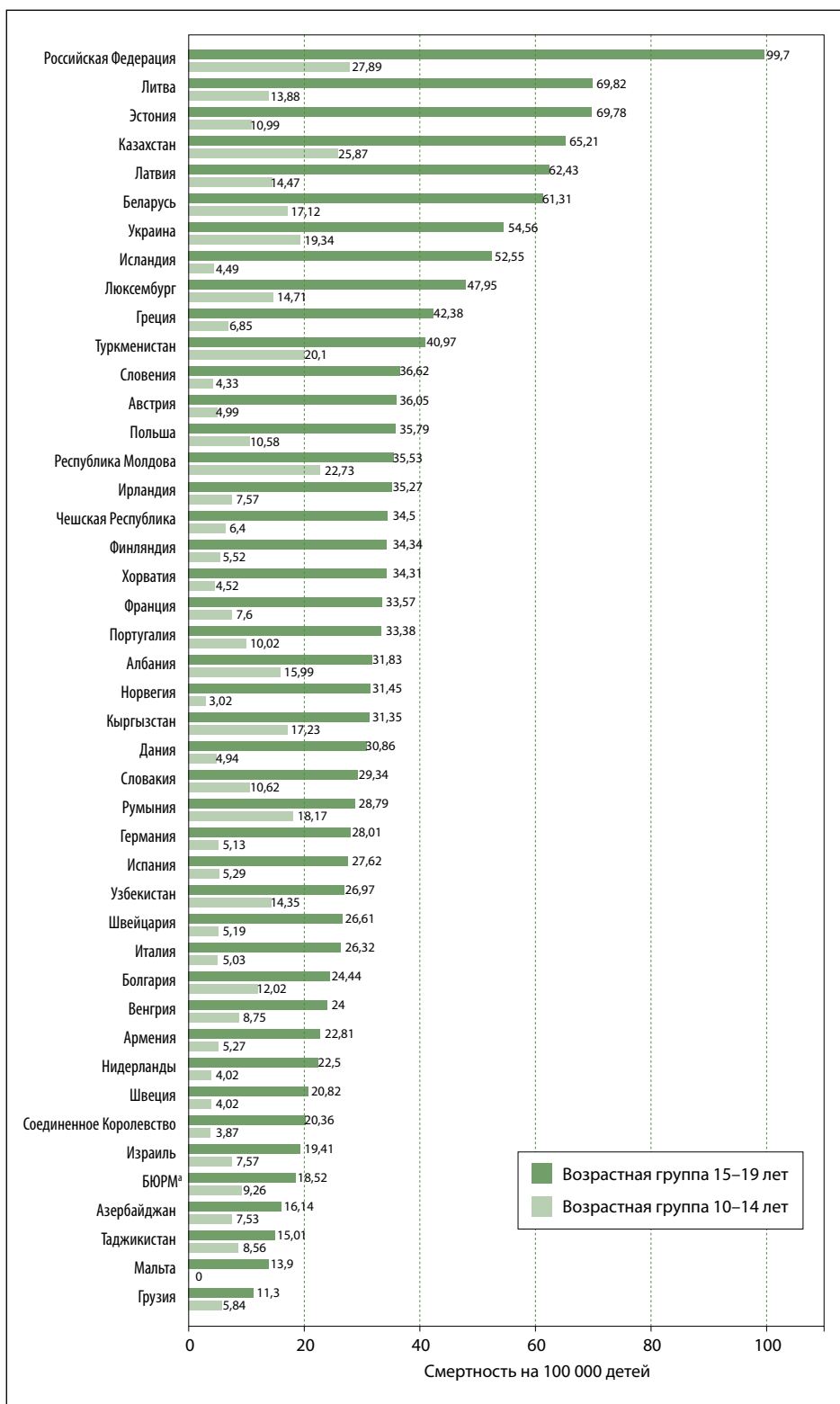
В табл. 7 Приложения представлены оценки DALY для возрастной группы 0–14 лет. В рамках проекта по глобальному бремени болезней (20) были впервые предоставлены

Причины	Число случаев смерти на 100 000 чел			
	Евр-А	Евр-В	Евр-С	Регион
Все причины	49,4	169,7	136,1	102,4
Респираторные болезни	1,2	56,1	12,6	17,9
Врожденные пороки	10,8	17,6	27,2	17,0
Инфекционные и паразитарные болезни	1,3	14,8	6,4	5,9
Рак	3,0	4,3	5,0	3,9
ССЗ	1,4	4,1	2,0	2,2
Внешние причины	5,8	18,4	28,7	15,1
Другие болезни	25,9	54,4	54,2	40,4

Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" (17).

Таблица 14. Смертность в возрастной группе 0–14 лет в Европейском регионе ВОЗ по основным причинам смерти, 2003 г.

**Рисунок 9. Число случаев смерти от травм и отравлений в двух группах молодых людей в большинстве стран Европейского региона ВОЗ, 2002 г. или последний год, по которому имеются данные**



<sup>а</sup> Бывшая Югославская Республика Македония.  
 Источник: База данных ВОЗ о смертности (27).

данные по странам. Однако интерпретировать эти данные следует с осторожностью<sup>1</sup>, особенно в отношении их сопоставимости между странами. На данном этапе имеющиеся оценки DALY следует использовать, главным образом, в качестве дополнительных данных для понимания масштабов и процентного распределения бремени детских болезней и, возможно, для формирования на основе показателей смертности и распространенности конкретных заболеваний определенных выводов относительно приоритетных направлений деятельности и достигнутых успехов. С учетом этого на основе анализа данных получена следующая общая картина.

В целом, на заболеваемость новорожденных приходится самая крупная доля бремени болезней среди детей в Европейском регионе. В настоящем докладе она включает низкую массу тела при рождении, асфиксию при рождении и родовую травму, которые в значительной степени можно предотвратить. Показатели DALYs на 1000 детей в возрасте 0–14 лет находятся в диапазоне от 1,5 в Швеции до 41,6 в Кыргызстане. Хотя страны и добились весьма значительного снижения заболеваемости новорожденных, дальнейшие существенные успехи могут быть достигнуты при относительно низких затратах. Значительные колебания этого показателя в рамках как Региона, так и выделенных групп стран, указывают на то, что эффективные системы здравоохранения и социальной защиты позволяют добиться значительного успеха в их снижении.

Респираторные инфекции являются второй по значимости общей причиной с точки зрения DALYs, но они относятся к числу 10 самых распространенных причин лишь в 20 из 52 стран Региона. В этих 20 странах величина DALYs, которая приходится на их долю, находится в диапазоне от 1,5 на 1000 детей в Боснии и Герцеговине, Словакии и Украине до 59,1 на 1000 в Туркменистане.

Врожденные пороки развития относятся к 10 ведущим причинам бремени болезней во всех странах Региона и к трем важнейшим из них для всего Региона в целом. Оцениваемое бремя на страновом уровне варьируется от 1,7 до 14,1 DALYs на 1000 детей. Уже упоминались некоторые ограничения в отношении данных о врожденных аномалиях. Однако в целом, фактические данные свидетельствуют о наличии множественных причин для сохранения относительно высоких показателей этого бремени. К ним относятся увеличение среднего возраста матерей, неравномерный прогресс в отношении первичной профилактики (например, поощрение беременных женщин принимать добавки, содержащие фолиевую кислоту, и расширение программ дородового скрининга, которые должны эффективно учитывать культурные различия), а также неудовлетворенные потребности в консультировании и выборе профилактических мероприятий. Кроме того, социально-экономические различия, как представляется, увеличились из-за того, что более низкие социально-экономические группы населения имеют меньше знаний о наличии профилактических мер или им не хватает средств для полного извлечения выгод из этих мер. Даже страны группы Евр-А не используют полностью преимущества применения добавок, содержащих фолиевую кислоту.

---

<sup>1</sup> Краткие таблицы данных о DALY для стран Европейского региона ВОЗ относятся к 2002 г. с некоторыми изменениями, внесенными в декабре 2004 г., для включения обновленных данных ЮНЭЙДС в отношении оценок ВИЧ в странах Восточной Европы за этот год. Несмотря на то, что оценки DALY в целом основаны на наилучшей имеющейся в настоящее время у ВОЗ информации, неопределенность на страновом уровне является большей, чем на уровне Региона, и в некоторых случаях она может быть улучшена с помощью дополнительной работы и внесения данных по странам.

Психоневрологические расстройства относятся к 10 ведущим причинам бремени болезней среди детей во всех странах и в Регионе в целом. В настоящем докладе эти расстройства включают униполярные депрессивные расстройства, шизофрению и мигрень. Другими основными причинами бремени болезней для детей Региона являются недостаточность йода, непреднамеренные травмы и астма. Первая и третья из них обсуждаются ниже.

Общая картина в отношении DALY значительно варьируется по всем группам стран. Вкратце, данные, представленные в табл. 7 Приложения, свидетельствуют о следующем:

1. Общее бремя болезней для возрастной группы 0–14 лет варьируется по странам в 6 раз. На уровне отдельных стран это бремя является самым высоким в Таджикистане (224 DALYs на 1000 детей) и самым низким в Швеции (36 DALYs на 1000 детей).
2. Психоневрологические расстройства являются ведущей причиной бремени болезней в странах Евр-А, но имеют меньшую значимость в странах Евр-В и -С. Кроме того, различия между странами в числе DALYs, обусловленных этими состояниями, являются относительно небольшими, в отличие от различий в долях бремени, вызванного инфекционными болезнями и другими острыми состояниями. Поскольку острые патологические состояния становятся лучше контролируруемыми в Центральноазиатских и в некоторых других странах, относительное значение психоневрологических проблем будет здесь увеличиваться, так же как и в Регионе в целом.
3. Схожая ситуация наблюдается и в отношении врожденных пороков развития. Они относятся к 10 ведущим причинам во всех странах, но их бремя является меньшим в западных и центральных странах Региона, чем в остальной его части.
4. Заболеваемость новорожденных является серьезной проблемой во всех странах, хотя ее доля в бремени болезней значительно варьируется.
5. Астма относится к 10 ведущим причинам во всех странах группы Евр-А, однако всего лишь в половине стран групп Евр-В и -С.
6. Непреднамеренные травмы относятся к 10 ведущим причинам бремени болезней среди детей почти во всех странах Региона.

## **Другие показатели здоровья детей**

Анализ общего бремени болезней с помощью показателей смертности и DALY позволяет представить в обобщенной форме наиболее характерные особенности ситуации в отношении здоровья детей, а также тенденции в этой области, но эти показатели не отражают или лишь частично отражают некоторые аспекты и процессы развития здравоохранения в Регионе. При анализе ряда проблем здоровья не следует ограничиваться лишь рассмотрением смертности или заболеваемости, так как по причине их клинических или иных особенностей или неадекватного их мониторинга они требуют особого внимания и использования специальных показателей. В частности, такие специальные показатели могут включать индекс массы тела (ИМТ), позволяющий оценивать массу тела с учетом роста человека, и распространенность симптомов астмы. В настоящем разделе рассматриваются два вида таких проблем здоровья.

Первый вид включает в значительной степени предупреждаемые состояния, которые находятся или должны находиться под контролем при условии, что рекомендованные профилактические программы работают достаточно хорошо, например, управляемые

инфекции, туберкулез и недостаточность питательных микроэлементов. Второй вид включает сложные состояния, которые могут быть менее понятны и тесно взаимосвязаны с социальными и экологическими изменениями. Некоторые из них принимают форму “ползучих” (или молчаливых) эпидемий, но, тем не менее, могут преодолеваться в значительной степени с помощью ранней профилактики, диагностики и лечения. Обсуждаемыми здесь примерами являются проблемы психического здоровья, астма и ожирение.

Оба вида проблем здоровья представлены здесь с помощью небольшого числа примеров и не были отобраны на основе всестороннего анализа. Несмотря на то, что некоторые имеющиеся хорошие показатели здоровья детей не могли быть включены, например по диабету, всесторонний анализ всех источников соответствующих данных и показателей по странам будет очень трудно провести, так как число имеющихся в настоящее время показателей для международных сравнений является очень небольшим. По многим показателям, как свидетельствует опыт, имеются серьезные пробелы в имеющихся базах данных, и в большинстве стран необходимо улучшить качество данных. Это является одной из основных предпосылок для улучшения служб общественного здравоохранения для всех детей и семей.

## **В значительной степени предотвращаемые состояния**

### **Управляемые инфекции**

Иммунизация спасает миллионы жизней ежегодно посредством предотвращения случаев смерти и инвалидности от инфекционных болезней при незначительных затратах по сравнению со стоимостью лечения. Каждый ребенок имеет право быть защищенным от болезней, предупреждаемых с помощью вакцин, посредством сильной и эффективной системы иммунизации. Иммунизация является не только эффективным средством предупреждения смерти и болезней среди детей: ее положительный эффект сохраняется и в подростковом возрасте и после достижения зрелости.

В условиях стабильного и высокого охвата вакцинацией болезни отступают, как об этом свидетельствуют имеющая историческое значение сертификация Европейского региона как свободного от полиомиелита в 2002 г. и радикальное сокращение зарегистрированных случаев кори с 200 000 в 1994 г. до 30 000 в 2003 г. Однако для создания сильных служб иммунизации необходимо решить много задач как в странах, осуществляющих реформу здравоохранения, так и в странах, имеющих стабильные и хорошо финансируемые системы первичной медико-санитарной помощи. На фоне отсутствия управляемых инфекций значимость иммунизации в глазах медицинской и широкой общественности утрачивает свое приоритетное значение. Из-за недостаточного охвата вакцинацией вспышки серьезных болезней, таких как корь, продолжают возникать в Регионе, приводя к заболеваемости и смертности, которых можно было бы избежать. Кроме того, в связи с увеличением числа женщин, достигающих детородного возраста и не имеющих иммунитета от краснухи, увеличивается риск рождения детей с врожденными пороками развития. Это является результатом неадекватного охвата прививками от краснухи, кори и паротита в детском возрасте.

Кроме того, иммунизация помогает уменьшить неравенства в отношении здоровья, особенно в уязвимых группах населения, подвергающихся высокому риску. Во всех странах Региона некоторые дети продолжают подвергаться риску инфицирования

болезнями, поддающимися предупреждению, из-за того, что они не имеют доступа к хорошим службам иммунизации. Причинами этого могут быть социально-экономические и географические факторы или же просто непонимание людьми, ухаживающими за детьми, значения своевременной иммунизации и рисков, связанных с непроведением прививок.

Иммунитет населения и уменьшение распространенности болезней можно обеспечить посредством поддержания ключевых компонентов систем иммунизации, таких как:

- политическая приверженность выделению достаточных и устойчивых ресурсов для обеспечения всего населения высококачественными вакцинами;
- эффективная система обеспечения и распределения вакцин, включающая службы, нацеленные на охват наиболее уязвимых групп населения;
- предоставление надлежащей информации и организация соответствующего обучения как работников здравоохранения, так и широких слоев населения;
- эффективная система мониторинга и анализа данных для эффективного руководства национальными программами иммунизации, основанными на фактических данных.

### Туберкулез

Туберкулез является недооцениваемой причиной заболеваемости и смерти детей в возрасте 0–14 лет. Эпидемиология детского туберкулеза значительно варьируется между странами. Во всем мире доля всех случаев туберкулеза среди детей оценивается в диапазоне от 2–7% в промышленно развитых западных странах до 15–40% в странах с низкими доходами. В Европейском регионе ВОЗ эти цифры, вероятнее всего, варьируются между 2% и 10%: например, 4,2% в Российской Федерации и 8,4% в Латвии.

Сообщения об увеличении распространенности детского туберкулеза поступают из многих стран Региона, включая Австрию, Израиль, Данию, Латвию, Соединенное Королевство, Российскую Федерацию и Швецию (29). Это увеличение, вероятно, происходит в тех странах, в которых увеличивается распространенность туберкулеза среди взрослых, так как ухудшение борьбы с этой болезнью быстро влияет на самые молодые группы населения.

Социально-экономические факторы риска, включая нищету и перенаселенность, по-прежнему связаны с большим риском возникновения туберкулеза у детей. Факторы риска в Регионе включают также иммиграцию, особенно в западные страны, где туберкулез в значительной степени ограничен группами высокого риска, включая этнические меньшинства. Исследования в странах с низкими и средними доходами подтвердили связи с нищетой и недостаточностью питания как факторами риска.

Инфицированные дети представляют собой резервуар для будущей болезни, так что мероприятия, специально направленные на детей, могут значительно содействовать сокращению бремени туберкулеза в будущем. К сожалению, политические документы по борьбе с туберкулезом редко касаются детского туберкулеза как проблемы общественного здравоохранения (30). Это может быть побочным следствием того факта, что подтверждение диагноза туберкулеза у ребенка с помощью микроскопии мокроты редко является возможным. Тем не менее, хотя дешевые и эффективные методы лечения туберкулеза у детей существуют, возможно, они не достигают многих из тех, кто в них нуждается, особенно среди наиболее обездоленных с социальной точки зрения групп.

До тех пор пока туберкулез и миграция населения будут оставаться на высоком уровне во всем мире, можно ожидать, что Европейский регион ВОЗ будет испытывать неизменное или даже увеличивающееся бремя туберкулеза среди детей. Как правило, к такому увеличению приводит слабая инфраструктура общественного здравоохранения. Однако в ряде стран СНГ следует учитывать два дополнительных фактора, которые усугубляют эту ситуацию: эпидемия ВИЧ/СПИДа, которая усиливает бремя туберкулеза, и исключительно большое число покинутых, бездомных детей или детей, остающихся без внимания.

### Недостаточность железа

На недостаточность железа в Европейском регионе приходится 0,7% DALYs. Она может привести к нарушению умственного развития среди младенцев и дефициту внимания и уменьшению познавательных способностей как среди детей, так и среди взрослых. Плохая практика кормления, включая низкую распространенность грудного вскармливания, является одной из основных причин недостаточности железа у грудных детей и детей раннего возраста в Регионе. Недоношенность и заражение паразитами или гельминтами в результате плохой гигиены и санитарии также способствуют усилению этой проблемы.

Недостаточность железа является одной из основных причин анемии. Высокая распространенность слабых и умеренных (но не тяжелых) форм анемии зарегистрирована среди детей в Боснии и Герцеговине, Центральноазиатских республиках и в отдельных частях Западной Европы. Кроме того, подростки могут быть предрасположены к недостаточности железа. Такая высокая распространенность частично может объясняться значительными социально-экономическими лишениями, хотя, вероятно, и не во всех странах. ЮНИСЕФ и ВОЗ (31) изучили проблему недостаточности железа в Центральноазиатских странах и рекомендовали применять комплексный подход, который включает:

- улучшение практики кормления детей грудного и раннего возраста (исключительно грудное вскармливание в течение шести месяцев и своевременное введение надлежащих продуктов, богатых железом, таких как фруктовые и овощные пюре и доведенная до пюреобразного состояния печенка);
- содействие положительному изменению рациона питания у женщин;
- обогащение зерновых продуктов (таких как мука) и детского питания железом и другими питательными микроэлементами;
- применение пероральных препаратов железа;
- более эффективная борьба с инфекциями; и
- мониторинг осуществления программ.

Эти практические меры должны быть связаны с программами общественного здравоохранения, например, с программами планирования семьи, пропаганды грудного вскармливания, улучшения здоровья матерей, обеспечения безопасной беременности (32) и ИВБДВ (24). Правительствам следует взять на себя твердые обязательства по разработке стабильных программ предотвращения недостаточности железа. Действия должны охватывать всех участников, включая пищевую промышленность, сектор образования, организации гражданского общества и средства массовой информации.



### Недостаточность йода

Недостаточность йода продолжает оставаться проблемой общественного здравоохранения в большей части Европейского региона ВОЗ. Она является главной причиной таких предотвратимых проблем, как умственная отсталость и церебральные нарушения, уменьшение выживаемости ребенка, появление зоба и нарушение роста и развития. Недостаточность йода у беременных женщин вызывает самопроизвольный аборт, мертворождения и другие осложнения. Дети с йододефицитными нарушениями (ЙДН) могут отставать в росте, быть апатичными, умственно отсталыми и страдать расстройствами двигательных функций, речи или слуха (33). В Европейском регионе 60% детей в возрасте 6–12 лет и 57% всего населения имеют недостаточное потребление йода, что отражают средние уровни содержания йода в моче, которые составляют менее 100 мкг/л. В таких группах населения недостаточность йода считается проблемой общественного здравоохранения (34).

Использование йодированной соли для ликвидации ЙДН является высокоэффективной мерой. Доля домашних хозяйств, использующих такую соль, находится в отрицательной корреляции с распространенностью низкого потребления йода. Среди регионов ВОЗ Регион стран Америки имеет наибольшую долю домашних хозяйств, употребляющих йодированную соль (90%), а также самую низкую долю населения с недостаточным потреблением йода, а Европейский регион имеет самое низкое потребление домашними хозяйствами йодированной соли (27%) и самую высокую долю населения с недостаточным потреблением йода.

За последнее десятилетие мир добился значительного прогресса в ликвидации недостаточности йода. Улучшенное потребление йода отражает обоснованность стратегии ВОЗ (основанной на йодировании соли в сочетании с применением йодных препаратов в отдаленных районах или среди групп населения с выраженной йодной недостаточностью), а также эффективное осуществление странами программ борьбы с ЙДН. Например, Туркменистан в ноябре 2004 г. добился всеобщей йодизации соли и получил сертификат ЮНИСЕФ и ВОЗ. Необходимо предпринимать все усилия к тому, чтобы обеспечить продолжение охвата этими программами населения, подвергающегося риску, с тем чтобы ликвидировать ЙДН.

### Три сложные проблемы здоровья

Расстройства психического здоровья, нанесение вреда своему здоровью и самоубийства

Исследования в Соединенном Королевстве свидетельствуют о том, что почти 10% детей в возрасте 5–15 лет страдают психическими расстройствами (35). Из них у 5% наблюдаются расстройства поведения, у 4% – эмоциональные расстройства и у 1% – расстройства, связанные с гиперактивностью. Распространенность самоубийств среди людей в возрасте до 20 лет за последние два десятилетия увеличилась во многих странах, более выражено среди мужчин, чем среди женщин, и особенно в ряде стран группы Евр-А. Однако в связи с неполной регистрацией действительную распространенность самоубийств трудно установить.

Мы располагаем фактическими данными о том, что программы скрининга только что родивших женщин позволяют выявлять случаи послеродовой депрессии и что последующая патронажная помощь позволяет улучшить состояние их здоровья. Также имеются некоторые данные об эффективности программ, обучающих родителей

тому, что нужно делать в случае появления у их детей расстройств поведения (36).

Многие широко используемые программы предупреждения самоубийств никогда не подвергались научной оценке, в результате чего неизвестно, какие из них являются эффективными (37). Во всей популяции школьников программы предупреждения самоубийств, основанные на работе в школе, которые сосредоточены на изменении поведения и стратегиях преодоления трудностей, связаны с более низкой распространенностью попыток самоубийств и улучшением развития личности и навыков преодоления трудностей. Среди учащихся, подвергающихся высокому риску, основанные на работе в школах программы приобретения навыков преодоления трудностей и программы социальной поддержки являются эффективными для уменьшения факторов риска и усиления защитных факторов. Однако, по-видимому, ни одно отдельное мероприятие не является эффективным в сокращении распространенности самоубийств. Необходимо, чтобы эффективные стратегии предотвращения использовали широкий диапазон мероприятий, направленных на различные факторы риска на разных уровнях.

Учитывая уязвимость и потребности молодых людей, деятельность по укреплению их психического здоровья, предупреждению проблем психического здоровья и оказанию помощи должна иметь высокий приоритет. Однако многие страны имеют неадекватные возможности в этой области, а службы и сотрудники зачастую плохо подготовлены к преодолению проблем, связанных с развитием и возрастными изменениями.

Поскольку психические расстройства в детском возрасте могут быть серьезным предвестником таких расстройств у взрослых, поддержка психического здоровья детей должна рассматриваться как стратегическая инвестиция со многими долгосрочными преимуществами для отдельных людей, систем здравоохранения и общества в целом. Таким образом, Европейский план действий по охране психического здоровья на 2005 г. (35) призывает государства-члены предпринять следующие действия:

- обеспечить, чтобы политика в области психического здоровья включала в качестве приоритетов психическое здоровье детей и их благополучие;
- включить закрепленные в международных договорах и конвенциях (1) права детей в законодательство о психическом здоровье;
- как можно больше привлекать молодых людей к установлению приоритетов в деятельности по укреплению психического здоровья, а также по предупреждению проблем психического здоровья и оказанию помощи; и
- уделять особое внимание маргинализированным группам, включая детей в семьях мигрантов.

Проблемы психического здоровья у подростков тесно связаны с другими проблемами здоровья, включая употребление наркотиков и алкоголя. Понимание распространенности проблем психического здоровья в различных группах может помочь провести целенаправленные мероприятия: например, ориентировать профилактические меры на людей с высоким риском самоубийства, особенно страдающих от расстройств поведения, шизофрении, основных аффективных расстройств, употребления наркотиков и алкоголя и нервной анорексии (39). Современные исследования свидетельствуют о том, что ранняя оценка и лечение даже более серьезных и длительных психических расстройств могут снизить бремя некоторых связанных с ними состояний на более поздних этапах жизни (40).

## Астма

За последние три десятилетия распространенность аллергических заболеваний и астмы увеличилась во всем Европейском регионе. Они значительно увеличивают бремя болезней. Однако распространенность сильно варьируется, причем коэффициенты распространенности симптомов астмы в западных странах в 10 раз выше, чем в восточных. Некоторую долю различий, вероятно, можно отнести на счет факторов окружающей среды (41). Недавно опубликованный глобальный краткий обзор (42) содержит оценки в отношении детей в возрасте 13–14 лет по 30 странам Региона; эти оценки находятся в диапазоне от менее 5% в таких странах, как Албания, Грузия, Греция, Румыния и Российская Федерация, до более 30% в Соединенном Королевстве.

Аллергии и астма являются многофакторными заболеваниями; они возникают в результате сложных взаимодействий генов и окружающей среды (40). Воздействие загрязнителей воздуха внутри помещений (таких как дым от сгорания твердого топлива) может увеличить остроту или частоту астматических симптомов и риск респираторного заболевания и связано с ухудшением функционирования легких. Известно, что табачный дым в окружающей среде повышает риск астмы и респираторных инфекций и нарушает функционирование легких. Кроме того, загрязнение атмосферного воздуха (например, наличие озона и твердых взвешенных частиц) увеличивает риск приступов астмы и оказывает отрицательное воздействие на респираторное здоровье.

Факторы, связанные со все более западным образом жизни (таким как меньший уровень воздействия инфекций, меньшее число братьев и сестер или потребление определенных питательных веществ), могут вызвать дефицит определенных воздействий на развивающуюся иммунную систему, что приводит к снижению иммунореактивности, тем самым увеличивая риск развития у ребенка атопических заболеваний. Влияние многих факторов окружающей среды на естественное развитие астмы и аллергий пока еще хорошо не исследовано, и это делает трудным выбор профилактических мер.

Для сокращения распространенности и тяжести астмы и аллергических состояний в детском возрасте в настоящее время пропагандируются следующие меры, направленные на предупреждение повышения чувствительности, особенно грудных детей, подвергающихся риску развития аллергических заболеваний (в семейном анамнезе которых имеются атопические заболевания) (41):

- недопущение воздействия табачного дыма в окружающей среде до и после рождения;
- исключительно грудное вскармливание в течение 4–6 месяцев (см. также сс. 83–85) в сочетании с недопущением приема твердых продуктов питания (43);
- содействие здоровой окружающей среде внутри помещений, включая дизайн и конструкцию хорошо вентилируемых и низкоаллергенных жилищ;
- меры по предупреждению загрязнения воздуха внутри помещений;
- недопущение воздействия таких аллергенов, как частицы шерсти животных, полевые клещи и плесени (44), веществ, которые вызывают раздражение при контакте с кожей, а также металлов, используемых при пирсинге, и т.д.;
- принятие мер для уменьшения или предупреждения воздействия на детей загрязненного атмосферного воздуха.

Вторичная профилактика среди детей, имеющих астму, должна включать просвещение по таким вопросам, как избегать факторов окружающей среды,

которые могут вызвать приступы и симптомы. Согласно оценкам, во всем мире лучшее просвещение в отношении того, как потенциально летальные риски аллергии (анафилаксия) и астма, особенно у детей, и расширение диалога между семьями и врачами могут предотвратить приблизительно 25 000 случаев детской смерти от астмы ежегодно (45).

Значительное уменьшение воздействия загрязнения воздуха от дорожного движения (46,47) и других источников внутри помещений и снаружи может улучшить респираторное здоровье детей в долгосрочном плане. Этого можно достичь с помощью:

- технического совершенствования транспортных средств и топлива;
- регулирования транспорта на местном уровне;
- предотвращения загрязнения воздуха внутри помещений, например, возникающего в результате сгорания твердого топлива;
- предупреждения воздействия на детей окружающего табачного дыма.

Несмотря на то, что значительное число эпидемиологических и клинических данных подтверждает некоторые из этих рекомендаций, преимущества их реализации в большинстве случаев пока еще не оценены. Для изучения воздействия мер по снижению загрязнения воздуха на респираторное здоровье детей необходимы оперативные исследования, включающие систематический подход к рассмотрению социальных лишений и риска множественного воздействия, например, дорожного движения и табачного дыма (48).

### Избыточная масса тела и ожирение

Чрезмерная масса тела (избыточная масса тела, включая ожирение, определяемая с помощью эквивалентных показателей ИМТ для детей) является наиболее распространенной проблемой детского здоровья в Европейском регионе и быстро становится серьезной проблемой во всем мире (49). В ряде стран Западной Европы ее распространенность увеличилась приблизительно с 10% в начале 1980-х годов до приблизительно 20% к концу 1990-х. В некоторых районах Южной Европы один ребенок из трех имеет избыточную массу тела. В целом, более низкая распространенность наблюдается в центральноевропейских и восточноевропейских странах, что отчасти связано с экономическими трудностями 1990-х годов. Избыточная масса тела более распространена среди детей в семьях с более высокими доходами в менее промышленно развитых странах, особенно по мере того, как они переезжают в городские районы, а также в семьях с более низкими доходами в более промышленно развитых странах.

Избыточная масса тела у детей ведет к риску развития неинфекционных заболеваний (НИЗ), а также к низкой самооценке, депрессии и социальному исключению. Ожирение в детском возрасте связано с рядом проблем, таких как нарушение толерантности к глюкозе и повышенный риск инсулиннезависимого диабета, гипертензии и приступов апноэ во сне, но самыми крупными проблемами являются повышенные коэффициенты распространенности среди взрослых таких НИЗ, как сердечно-сосудистые заболевания, диабет, некоторые виды рака, остеоартрит и расстройства желчного пузыря и эндокринной системы.

Ожирение создает серьезное финансовое бремя для служб здравоохранения. На связанные с ожирением расстройства приходится до 7% непосредственных расходов служб здравоохранения в западных странах Региона и 5% – в восточных (50,51).

Профилактика является единственным практически осуществимым подходом и имеет важное значение для всех стран. ВОЗ (49,52) рекомендует разработать многосекторальные стратегии для действий в поддержку увеличения наличия надлежащих продуктов питания, уменьшения зависимости от моторизованного транспорта, увеличения доступа к рекреационным возможностям и обеспечения такого положения, при котором медико-санитарная информация будет понятной, уместной, соответствующей и широкодоступной (см. недавние изменения политики, а также сс. 90–91). Необходимо, чтобы практические мероприятия в школах происходили одновременно с изменениями социального и культурного контекста. Системам здравоохранения и образования, родителям, пищевой промышленности, средствам массовой информации, градостроителям и политикам на всех уровнях необходимо будет координировать свои усилия.

В рамках систематического обзора 10 исследований (57) в области профилактики ожирения в детском возрасте была проведена оценка эффективности просветительных мероприятий, мер укрепления здоровья и/или психологической, семейной, поведенческой терапии, консультирования и организации мероприятий, касающихся рациона питания, физической активности и/или образа жизни, а также социальной поддержки. Ввиду ограниченного объема данных высокого качества сделать какие-либо обобщенные выводы не представляется возможным, хотя уделение особого внимания стратегиям, которые поощряют борьбу с сидячим образом жизни и увеличение физической активности, может дать результаты. Тем не менее, результаты исследований показывают, что большинство детей подвергаются риску увеличения массы тела,

## Недавние изменения политики в странах

Политика в области пищевых продуктов и питания может защитить и укрепить здоровье и уменьшить бремя болезней, связанных с неправильным рационом питания, содействуя в то же время социально-экономическому развитию и устойчивой окружающей среде (46). Различные отрасли и секторы играют взаимодополняющую роль в формулировании и осуществлении такой политики. Она обычно включает стратегии в отношении пищевых продуктов, питания и устойчивого снабжения пищевыми продуктами (продовольственной безопасности). В Европейском регионе имеется несколько хороших примеров политики в области пищевых продуктов и питания.

### Нидерланды

Несмотря на то, что в Нидерландах ожидаемая продолжительность жизни увеличивается, нездоровый образ жизни замедляет прогресс в этой области. В политике здравоохранения Нидерландов большое внимание в частности уделяется такой крупной проблеме, как ожирение, способствующее развитию целого ряда заболеваний (53).

### Словения

Для улучшения привычек питания и сокращения вреда, наносимого болезнями, связанными с нездоровым питанием и нездоровым образом жизни, Словения

в марте 2005 г. начала осуществление национальной политической программы в области питания (54).

### Испания

Изменения в привычках питания и образе жизни являются главными причинами увеличения ожирения в Испании. Страна приняла стратегию в области питания, физической активности и предупреждения ожирения (55), в которой признается многофакторный характер ожирения и которая направлена на улучшение рациона питания и поощрение регулярной физической активности всех граждан, при этом особое внимание уделяется профилактике в детском возрасте.

### Соединенное Королевство

В информационном документе правительства по вопросам общественного здравоохранения (56) перечисляются новые меры, включающие:

- ограничение рекламы нездоровых продуктов питания, ориентированной на детей;
- четкая, ясная маркировка о питательности пищевых продуктов;
- предоставление отдельным гражданам рекомендаций по улучшению образа жизни, чем занимаются специальные инструкторы национальной службы здравоохранения; и
- принятие широкого круга мер, направленных на устранение социальных и географических неравенств в отношении здоровья.

и превентивные стратегии, предусматривающие меры, ориентированные на все население, окажут положительное влияние на состояние здоровья всех детей.

Признавая, что ожирение является серьезной угрозой для общественного здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ включило его в число приоритетных направлений работы в предстоящие годы. Конференция на уровне министров, запланированная на конец 2006 г., будет иметь целью как повышение уровня осознания этой проблемы в Регионе, так и обеспечение политической поддержки для ее решения.

## Детерминанты здоровья детей и стратегические меры по их улучшению

Независимо от уровня развития страны бедность представляет собой наибольшую угрозу для здоровья детей (58). В настоящем разделе рассматриваются различные детерминанты здоровья, включая ряд мероприятий, доказавших свою эффективность в плане улучшения этих детерминантов (см. также табл. 6 Приложения). В следующем разделе (сс. 98–103) анализируются все упомянутые здесь факторы, с тем чтобы определить те из них, которые характерны для всех успешных подходов.

### Детерминанты на ранних стадиях развития

#### Связь со здоровьем матери

Детское здоровье тесно связано с политикой в отношении охраны здоровья матери. Условия жизни матери коренным образом влияют на здоровье ребенка. Кроме того, на начальном этапе работа по охране и укреплению здоровья ребенка – например, посредством адекватной помощи новорожденным и применения исключительно грудного вскармливания – может осуществляться только в рамках служб охраны материнства.

Как уже отмечалось, основа для хорошего здоровья закладывается даже до зачатия, а первые годы развития имеют решающее значение для формирования здоровья человека. Например, врожденные аномалии можно предотвратить посредством:

1. приема женщинами добавок, содержащих фолиевую кислоту, в период, предшествующий зачатию, что оказывает сильное защитное воздействие, препятствуя развитию пороков нервной трубки у плода (59);
2. расширения программ для вакцинации младенцев и/или девочек раннего возраста от краснухи;
3. обеспечения как можно лучшей клинической помощи беременным женщинам с эпилепсией или диабетом и осуществление стратегий по борьбе с риском, связанным с ожирением матери;
4. усиления как тестирования фармацевтических препаратов до их поступления в продажу, так и пострегистрационного мониторинга их эффективности и безопасности;
5. уменьшения потребления родителями алкоголя и таких рекреационных наркотиков, как кокаин;
6. развития служб генетического консультирования; и
7. применения принципа предосторожности по отношению к воздействию

Нищета является самой большой угрозой для здоровья детей, независимо от уровня развития страны. Распространенность болезней и опасное для здоровья поведение тесно связаны с социально-экономическими факторами, которые включают неудовлетворительное состояние здоровья новорожденных (например, в результате недостаточности питания), отсутствие доступа к медицинской помощи, нездоровая или небезопасная окружающая среда и такие поведенческие факторы, как раннее курение, употребление алкогольных напитков или наркотиков.

некоторых факторов окружающей среды, например за счет принятия мер по уменьшению большого воздействия побочных продуктов хлорирования питьевой воды, химических веществ, нарушающих эндокринную систему, веществ, высвобождающихся в местах удаления отходов, и пестицидов.

Здоровое питание и снабжение чистой водой имеют важное значение на каждой стадии развития, от зачатия до более поздних этапов жизни. Плохое питание связано с уменьшением резистентности к болезням, нарушением физического и психологического развития, а также с заболеваемостью и смертностью детей грудного возраста.

Неонатальный период имеет определяющее значение. Опыт показывает, что применение сложных технологий не является главным фактором. Здоровье новорожденных в значительной степени зависит от социально-экономических условий, доступа к надлежащим дородовым и родовым службам, а также от образования родителей. Улучшение социально-экономических условий тех, кто подвергается наибольшему риску, является эффективным в сочетании с мерами по укреплению здоровья и профилактике болезней. Выживание новорожденного зависит, главным образом, не от дорогостоящих медицинских средств, а от доступности основных медицинских услуг.

Низкая масса тела при рождении (менее 2500 г) повышает риск плохого состояния здоровья у новорожденного ребенка и на более поздних этапах жизни. Она связана с увеличением распространенности ишемической болезни сердца, инсульта, гипертензии и инсулиннезависимого диабета. Распространенность этого состояния находится в диапазоне от приблизительно 4% до приблизительно 16% во всем Регионе. Дети с низкой массой тела чаще рождаются у молодых женщин, а также у курящих женщин. Последнее, по-видимому, является главным фактором риска в этом отношении в рамках Региона. Кроме того, низкая масса тела при рождении может свидетельствовать о неадекватном питании матери.

### **Грудное вскармливание**

Грудное вскармливание является эффективным и недорогостоящим средством улучшения благополучия грудных детей. Низкая распространенность и раннее прекращение грудного вскармливания:

- имеет серьезные негативные последствия для здоровья и социального функционирования;
- способствует повышению расходов на медицинскую помощь на национальном уровне;
- усиливают неравенства в отношении здоровья (60).

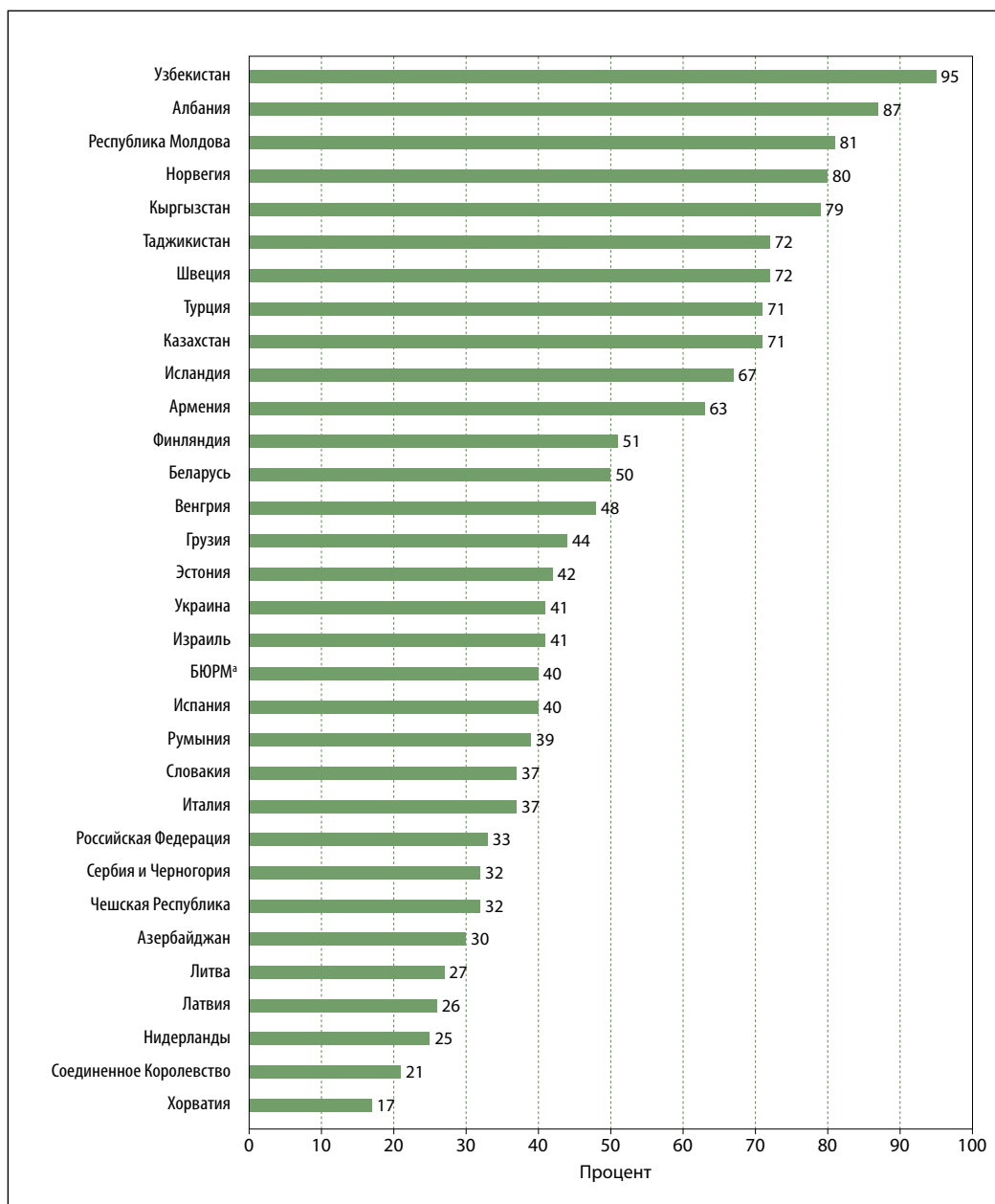
Во всех государствах-членах слишком мало матерей вскармливают грудью своих младенцев до возраста 6 месяцев (рис. 10); ВОЗ рекомендует исключительно грудное вскармливание в течение этого периода.

Поддержку практике грудного вскармливания можно оказывать с помощью разнообразных мер, таких как консультирование, передовая практика приема на работу и оплачиваемый отпуск по беременности и родам. Средства массовой информации и органы просвещения могут играть определенную роль в поощрении



социальных норм, которые содействуют этим мерам. Обзор фактических данных свидетельствует о том, что все формы дополнительной поддержки матерей оказывают положительное воздействие на продолжительность как исключительного, так и частичного грудного вскармливания. Дополнительная профессиональная поддержка приносит пользу для любого вида грудного вскармливания, а поддержка со стороны широкой общественности является эффективной в сокращении случаев прекращения исключительно грудного вскармливания. Профессиональная поддержка со стороны надлежащим образом проинструктированного персонала, как свидетельствует опыт, приносит пользу здоровью, включая значительное уменьшение риска желудочно-кишечных инфекций и атопической экземы. Исследования показывают, что всеобщая

**Рисунок 10.**  
Доля по крайней мере частично вскармливаемых грудью детей в возрасте 6 месяцев в 32 странах Европейского региона ВОЗ, 2000 г.



ª Бывшая Югославская Республика Македония.  
Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" (17).

поддержка практики грудного вскармливания увеличивает как число кормящих матерей, так и продолжительность кормления (61).

Имеется консенсус относительно того, как наилучшим образом поощрять грудное вскармливание. Документ, содержащий рекомендации для действий (60) при финансовой поддержке Европейской комиссии, основывается на глобальной стратегии ВОЗ по кормлению детей грудного и раннего возраста (26). В нем содержится призыв разработать национальные стратегии, которые ставят особый акцент на преобразование политики в практику. При этом необходимо внимательно относиться к тому, чтобы, например, обеспечить продолжение выполнения рекомендаций Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока (62).

### **Практика кормления**

Неправильная практика кормления может быть серьезной причиной недостаточности питания у детей раннего возраста. Главным признаком этого в Регионе является низкий вес по отношению к возрасту (задержка в росте). Доля низкорослых детей в возрасте до 5 лет в период 1997–2003 гг. (см. табл. 2 Приложения) была наивысшей в Албании и Таджикистане (свыше 35%), будучи, однако, значительной и в ряде других стран с большой численностью детского населения. Статистически значимые отставания в росте наблюдаются также среди более бедных групп населения в более обеспеченных странах, таких как Соединенное Королевство.

Задержка в росте увеличивает риск плохого состояния здоровья и связана с нарушением когнитивного развития и на более поздней стадии жизни уменьшает работоспособность. Задержка в росте является также чувствительным показателем бедности. Дети, родившиеся с низкой массой тела, с большей степенью вероятности будут иметь задержку в росте (63). Плохое питание на ранних этапах жизни связано с увеличением предрасположенности к гипертензии, диабету и ССЗ. Девочки с низкой массой тела с большей вероятностью станут низкорослыми матерями, которые, в свою очередь, подвергаются большему риску родить детей с низкой массой тела (49).

Практика питания зависит от экономических обстоятельств и социальных норм. На социальные нормы можно повлиять с помощью образования и коммуникативных инициатив, усиливаемых действиями в общине и профессиональной консультативной помощью. Изменения в продовольственном снабжении могут потребовать от правительств принятия мер на национальном уровне и участия пищевой промышленности, сектора образования, организаций гражданского общества и средств массовой информации.

### **ВИЧ-инфекция**

Поскольку число ВИЧ-инфицированных женщин в Европейском регионе постоянно увеличивается, также увеличивается передача этой инфекции новорожденным. Тем не менее, стратегические основы для предупреждения ВИЧ-инфекции среди грудных детей (64) дают возможность ликвидировать эту проблему в Регионе. Профилактика выходит за пределы клинической помощи и должна включать целый ряд мероприятий по оказанию помощи и защите как в медицинских учреждениях, так и в общине. Эти основы разработаны с учетом опыта стран Региона. В них излагаются стратегии осуществления на страновом уровне действий, способствующих достижению целей, изложенных в Дублинской декларации о партнерстве в целях борьбы с ВИЧ/СПИДом в

Европе и Центральной Азии (65). Этот документ призывает к следующему:

- включить работу по предупреждению ВИЧ-инфекции у грудных детей в службы охраны здоровья матери и ребенка и другие службы охраны репродуктивного здоровья;
- обеспечить охват женщин, которые имеют ограниченный или поздний доступ к таким службам;
- расширить службы высококачественного консультирования и тестирования, а также увязать их с другими службами по предупреждению ВИЧ и оказанию помощи.

### **Детерминанты, связанные с окружающей средой**

Воздействие вредных факторов среды обитания вносит существенный вклад в детскую заболеваемость, однако очень серьезной проблемой продолжает оставаться дефицит знаний о масштабах и распределении связанного с окружающей средой бремени болезней среди молодых людей. Кроме того, определенную обеспокоенность вызывает воздействие этих факторов на будущих родителей до зачатия и во время развития плода.

Неблагоприятные условия окружающей среды оказывают самое непосредственное влияние на здоровье и развитие детей раннего возраста. Наибольшему риску при этом подвергаются дети из самых неимущих семей. Бедность и деградация среды обитания – это два неразлучных спутника. Для неблагополучных местных сообществ характерны такие проблемы, как воздействие свинца, не отвечающее стандартам жилье, плохое качество атмосферного воздуха и недостаточность питания. Кроме того, дети из бедных семей подвергаются более высокому риску дорожно-транспортных и бытовых травм. Случаи смерти от утопления и в связи с пожарами преобладают среди детей более раннего возраста, не посещающих детских учреждений.

### **Бремя экологически обусловленных болезней**

В 2004 г. Европейское региональное бюро ВОЗ провело исследование экологически обусловленных заболеваний, которое представляло собой первую попытку оценить воздействие окружающей среды на здоровье ребенка в Европейском регионе (66). Основное внимание в этом исследовании уделялось опасностям, связанным с хорошо документированным воздействием на здоровье четырех основных экологических факторов риска (загрязнение воздуха внутри и вне помещений, плохое водоснабжение и санитария и свинец), а также травм. (Оно не рассматривало такие области, как воздействие веществ, разрушающих эндокринную систему, в отношении которых все еще имеется много неопределенностей, но воздействие которых на здоровье детей вызывает большую обеспокоенность.) Цель исследования состояла в том, чтобы оценить улучшение здоровья, которого можно достичь в результате сокращения воздействия этих факторов риска на детскую популяцию в Регионе.

Исследование показало, что на долю экологических факторов риска и травм в 2001 г. приходилась одна треть общего бремени болезней среди населения в возрасте 0–19 лет (66). Оно дало также оценку числа жизней и DALYs, которые можно было спасти в Регионе в результате уменьшения воздействия на детей этих опасных факторов. В целом, среди детей в возрасте 0–4 года на загрязнение атмосферного воздуха приходилось 1,8–6,4% случаев смерти от всех причин; на острые инфекции нижних дыхательных

путей, связанные с загрязнением воздуха внутри помещений, – 4,6% всех случаев смерти и 3,1% DALYs; а на легкую умственную отсталость в результате воздействия свинца – 4,4% DALYs. В возрастной группе 0–14 лет на диарею, связанную с неадекватным водоснабжением и санитарией, приходилось 5,3% случаев смерти и 3,5% DALYs. В возрастной группе 0–19 лет травмы были причинами 22,6% случаев смерти и 19,0% DALYs.

Эти данные показали, что в абсолютном выражении в 2001 г. до 13 000 детей в возрасте до 5 лет умерли от загрязнения атмосферного воздуха твердыми взвешенными частицами; 10 000 – умерли от использования в быту твердого топлива; а отравление свинцом было ответственно за более чем 150 000 DALYs. На плохое водоснабжение и плохую санитарию приходилось 13 000 случаев смерти детей в возрасте до 15 лет.

Это бремя является гораздо большим в странах Евр-В и -С, чем в Евр-А, в связи с различными сочетаниями плохих жилищных условий, загрязненной окружающей среды и меньшим доступом к программам профилактики болезней, предупреждения травматизма и медицинской помощи.

### **Необходимость в многоотраслевых ответных мерах**

Дети, находящиеся в особо плохих условиях, такие как бедные, покинутые, живущие на улице, эксплуатируемые или являющиеся объектом торговли, или же страдающие от последствий вооруженных конфликтов, имеют наибольший риск травм и воздействия окружающей среды, а также психологических травм, острых и хронических инфекций и неинфекционных заболеваний, нарушений роста и развития, инвалидности и смертности. Несмотря на то, что понимание характера и величины воздействия на здоровье детей является неполным, уже имеются свидетельства того, что меры по уменьшению воздействия факторов риска, связанных с окружающей средой, и по предупреждению травм (см. ниже анализ ключевых моментов по данному вопросу) могут помочь добиться существенного улучшения общественного здоровья.

На основе этих данных министры здравоохранения и окружающей среды стран Европейского региона ВОЗ, собравшиеся в июне 2004 г. на Четвертую конференцию по окружающей среде и охране здоровья, согласились увеличить масштабы действий по охране здоровья детей от вредного воздействия окружающей среды. Они приняли Европейский план действий “Окружающая среда и здоровье детей” (68), в котором изложены четыре региональные приоритетные задачи для действий, направленных на борьбу с болезнями и инвалидностью, возникающими в результате воздействия химических, физических и биологических агентов. Этот План действий является рамками, в которых страны могут составлять национальные планы действий, адаптированные к их условиям и потребностям (69).

### **Детерминанты, связанные с поведением**

Недавний доклад ВОЗ содержит важную информацию о жизни молодых людей (70). В нем приводятся результаты самого последнего исследования поведения детей школьного возраста в отношении здоровья (HBSC), которое охватило почти 162 000 молодых людей в возрасте 11, 13 и 15 лет в 35 странах Европейского региона ВОЗ и Северной Америки. Помимо социальных и экономических факторов, доклад охватывает такие вопросы, как употребление алкоголя, табака и марихуаны, травмы, физическую активность, моббинг и сексуальное поведение.

## Научно обоснованный анализ ключевых моментов, которые должны учитываться лицами, принимающими решения: предупреждение травм у детей

Травматизм является серьезной, но в значительной степени недооцениваемой проблемой общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ; наибольшее бремя ложится на молодых и пожилых людей, а также на людей, живущих в наиболее неблагоприятных условиях. Причины травм являются многогранными и взаимосвязанными и, следовательно, требуют широкомасштабных политических решений. Основные на просвещении подходы являются гораздо более эффективными, если они применяются в сочетании с законодательными мерами и изменением среды обитания, так как их последствия взаимодействуют между собой. Конкретно для детей необходимо рассмотреть следующие подходы.

### Просвещение и развитие навыков

Учебные программы по развитию навыков дорожного движения для пешеходов, которые включают приобретение практического опыта на дорогах, доказали свою эффективность улучшения навыков у детей.

Мы располагаем убедительными данными о том, что обучение, ориентированное как на родителей, так и на детей, привело к изменению поведения. Помимо этого мы располагаем некоторыми данными о том, что такое обучение позволило снизить показатели травматизма.

Имеются некоторые данные о том, что схемы практического обучения могут улучшить поведение детей, пользующихся велосипедами.

Кампании по предупреждению несчастных случаев в быту посредством просвещения родителей могут привести к некоторому сокращению частоты травм, требующих оказания медицинской помощи, среди детей раннего возраста или же к изменениям поведения и среды обитания.

### Содействие использованию защитных устройств

Имеются некоторые данные, свидетельствующие об уменьшении числа травм в результате осуществления программ по распространению детекторов дыма.

Имеется огромное количество данных об эффективности программ пропаганды велосипедных шлемов. Пропагандистские кампании, особенно включающие стратегии разнообразных практических мер, могут быть эффективными в расширении использования таких шлемов.

Просветительские кампании, направленные на обеспечение более широкого использования устройств для защиты детей в транспортных средствах (например ремней безопасности), позволили повысить уровень их применения, однако мы не располагаем какими-либо фактическими данными относительно

их воздействия на показатели травматизма. Для уменьшения числа падений эффективным средством является установление в домах оконных решеток.

### Патронажная помощь на дому

Некоторые данные указывают на то, что консультативная и патронажная помощь на дому, оказываемая работниками здравоохранения или добровольцами, способствует изменению поведения людей и/или среды обитания, что ведет к снижению бытовых факторов риска.

### Изменения среды обитания

Широкомасштабные программы обеспечения безопасности (предусматривающие, например, применение мер уменьшения скорости и интенсивности местного дорожного движения и ряда других мер, таких как "лежащие полицейские" и кольцевые развязки) являются эффективными в плане снижения дорожно-транспортного травматизма, особенно среди детей-пешеходов и велосипедистов. Создание зон с ограниченной скоростью движения – это эффективный подход к снижению как скорости движения транспортных средств, так и уменьшению дорожно-транспортного травматизма.

*Источник: Сеть фактических данных по вопросам здоровья (67).*

## Курение

Курение – это привычка, которая обычно складывается или усиливается в подростковом возрасте; приблизительно 80% взрослых курильщиков начинают курить до достижения 18 лет. Курящие более одного раза в неделю составляют 11–57% мальчиков и 12–67% девочек в возрасте 15 лет (70); большинство из них курят ежедневно. Хотя среди мальчиков наблюдается тенденция к тому, чтобы начинать курение в более раннем возрасте, в ряде стран растет доля курящих девочек. В Восточной Европе в возрасте 15 лет курят больше мальчиков, чем девочек, тогда как в северной и западной частях Региона наблюдается обратная картина. Показатели распространенности курения являются схожими для обоих полов в странах Южной и Центральной Европы.

Наиболее эффективными мерами общественного здравоохранения являются увеличение цен на сигареты и запрет на рекламу сигарет, как описано в Части 2 (с. 43). Имеется мало фактических данных о том, что школьные программы являются эффективными в предупреждении начала курения среди молодых людей, хотя они в некоторой мере способствуют эффективности мероприятий на уровне местных сообществ, проводимых для решения этой задачи (60). Для борьбы с табачной эпидемией среди молодежи, безусловно, следует приложить больше усилий. При этом следует помнить, что успех такой борьбы зависит от использования всего диапазона стратегических мер, которыми располагают правительства, а именно: повышение налогов на табак; запрет курения в общественных местах; гендерно ориентированные программы среди подростков; кампании в средствах массовой информации; развертывание служб оказания помощи желающим бросить курить.

### **Алкоголь**

Употребление алкоголя является обычным явлением в жизни многих европейских подростков. Почти 30% 15-летних подростков сообщают о регулярном употреблении алкоголя (70), хотя во всем Регионе наблюдаются значительные различия. Как представляется, молодые люди во многих странах начинают употреблять алкогольные напитки в более раннем возрасте, чем прежде. Исследования показали, что это связано с большей вероятностью как алкогольной зависимости, так и связанного с употреблением алкоголя травматизма на более поздних этапах жизни. Свыше 50% 15-летних подростков сообщают о ежедневном употреблении алкогольных напитков в Англии, Нидерландах и Уэльсе, однако этот показатель является ниже 17% в Латвии, Португалии, Франции и Финляндии. Во всех странах доля подростков, еженедельно употребляющих алкогольные напитки, выше среди мальчиков, чем среди девочек.

Опасное и вредное употребление алкоголя может быть как симптомом, так и причиной проблем психического здоровья. Оно часто связано с насилием среди молодежи, что способствует повышению уровня стрессогенности в рамках как семей, так и местных сообществ. Употребление алкоголя связано со смертью 55 000 молодых людей в Европейском регионе ежегодно, и разработано много проектов практических мероприятий, направленных на содействие разумному употреблению алкоголя среди молодежи. Многие программы предусматривают проведение просветительной деятельности, часто в рамках учебных заведений. Хотя просвещение может изменить позиции и убеждения людей, само по себе оно, как правило, оказывает небольшое воздействие на поведение в отношении употребления алкогольных напитков.

Как и в других областях, в борьбе с алкоголем формулой успеха является сочетание различных стратегических подходов и инициатив, которые в частности должны включать следующие: налогообложение, введение возрастного ценза на приобретение и/или употребление спиртного, введение ограничений на рекламу алкоголя, применение мер контроля за его употреблением в общественных местах, пропаганда и просвещение в средствах массовой информации.

### **Незаконное употребление наркотиков**

Употребление марихуаны распространено в некоторых странах Региона, таких как Англия и Швейцария (70). Хотя вероятность употребления марихуаны ниже среди

девочек, чем среди мальчиков, в будущем разрыв между ними может сократиться. Увеличивается доля подростков, считающих рекреационное употребление марихуаны нормальным поведением.

Высокий уровень потребления, определяемый как употребление марихуаны более 40 раз в год, может быть связан с депрессией и рискованным поведением. Конкретные меры должны быть направлены на относительно небольшое число молодых людей, сообщающих об интенсивном употреблении, так как они могут подвергаться особому риску.

Кроме того, данные из некоторых стран свидетельствуют о том, что употребление наркотиков инъекционным путем происходит во все более раннем возрасте. Средний возраст первой инъекции в странах Восточной Европы и Центральной Азии составляет 16–19 лет, хотя некоторые подростки начинают употреблять инъекционные наркотики до достижения ими 15 лет. По оценкам, потребители инъекционных наркотиков, многие из которых являются молодыми людьми, составляют до 1% численности населения в некоторых странах Региона и до 5% в некоторых городах Восточной Европы.

### **Физическая активность и питание**

Инвестиции в следующие поколения заключаются в поощрении положительного, здорового образа жизни, а также преодолении плохого состояния здоровья. Физическая активность и здоровое питание входят в число основных факторов, обеспечивающих психическое и физическое благополучие. Физическая активность является важным фактором укрепления сердечно-сосудистой системы, поддержания нормальной массы тела и обеспечения оптимального роста и развития скелетной структуры. К сожалению, значительное число молодых людей во всех странах, в которых было проведено обследование HBSC, не соблюдают существующие рекомендации, предусматривающие необходимость ежедневной физической активности в течение не менее 60 минут. Кроме того, уровни активности уменьшаются с возрастом, особенно среди девочек (70).

Широко признано, что правильную практику питания и физическую активность следует поощрять на как можно более ранних стадиях жизни и что знания, позиция и поведение родителей играют важную роль в формировании образцов для подражания (51). В настоящее время работа по улучшению питания и увеличению физической активности, как правило, сосредоточена на просветительских мероприятиях в школах во всем Регионе, например, в рамках программы, проводимой Европейской сетью школ укрепления здоровья (71). Имеются некоторые данные, свидетельствующие о том, что многогранные школьные программы, объединяющие усиление физической активности, изменение рационов питания и сокращение сидячего образа жизни, могут помочь уменьшить распространенность ожирения среди школьников, особенно среди девочек (72). Хотя информация о здоровом питании и достигает подростков, необходимы практические меры, чтобы помочь им преобразовать эту информацию в здоровое поведение.

Любая стратегия, предназначенная для улучшения физической активности среди молодых людей, должна учитывать ряд факторов. Чрезвычайно важны мнения молодых людей. Они могут описать препятствия к занятию физическими упражнениями, используя такие слова и выражения, которые характерны для их

культуры и возрастной группы. Следует также учитывать гендерные различия. Особое значение имеют социальные аспекты участия, а также доступ к возможностям для занятий физическими упражнениями, и их стоимость.

Люди часто сохраняют привычки питания, сложившиеся в детстве и отрочестве, и в зрелом возрасте. Правильное питание помогает уменьшить частоту случаев избыточной массы тела и ожирения, зубного кариеса и анемии. Высококачественный рацион питания содействует правильному росту и развитию и способствует улучшению обучаемости молодых людей. На рацион питания влияют многочисленные социальные, культурные и коммерческие факторы. Сверстники, как правило, оказывают больше влияния, чем родители, и реклама зачастую ориентирована на детей.

Уровень потребления фруктов и овощей среди детей недопустимо низкий во всех частях Региона. Обследование HBSC (70) показало, что только 30% мальчиков и 37% девочек в возрасте 13–15 лет употребляют фрукты ежедневно. Потребление овощей имеет сходную картину. Молодые люди из менее обеспеченных слоев населения имеют большую тенденцию к тому, чтобы пропускать завтрак, есть меньше фруктов и овощей и чаще есть сладкие продукты и закуски.

### **Подростковая беременность**

Подростковая беременность и раннее отцовство и материнство могут приводить к низкому уровню образования, неудовлетворительному состоянию физического и психического здоровья, нищете и социальной изоляции матерей и их детей. Распространенность подростковой беременности варьируется во всем Европейском регионе, причем в восточноевропейских странах в целом наблюдаются более высокие показатели распространенности, чем в западных, хотя их структура колеблется в значительных пределах. Распространенность в большинстве западноевропейских стран находится в диапазоне от 13 до 25 случаев беременности на 1000 девочек в возрасте 15–19 лет, а пиковые значения достигают приблизительно 50 на 1000. В некоторых странах Центральной и Восточной Европы наблюдаются схожие цифры. В ряде других стран этот показатель в 2–4 раза выше и достигает более 100 на 1000 девочек в Украине.

Факторы, которые относительно тесно связаны с показателями рождаемости среди подростков в странах всего Региона, включают: распространенность подростковых браков, общее благосостояние и распределение доходов, среднюю продолжительность обучения и влияние религии. Неблагоприятные социально-экономические условия могут быть как причиной, так и следствием родительского статуса в молодом возрасте. Как и в случае других факторов риска для здоровья детей для решения проблемы подростковой беременности необходима широкая программа самых разнообразных мер (см. ниже анализ ключевых моментов по данному вопросу).

### **Детерминанты, связанные с семьей и местным сообществом**

Укрепление семей и местных сообществ, в которых они живут, находится в центре деятельности в области здоровья и развития ребенка. Как указывалось в Части 2, за последние десятилетия во многих странах структура семьи заметно изменилась. Увеличилось количество семей с одним родителем или семей, в которых один из родителей является неродным. Резко увеличился коэффициент разводимости, так же, как и число детей, родившихся вне брака. Миграция из сельской местности в



## Научно обоснованный анализ ключевых моментов, которые должны учитываться лицами, принимающими решения: подростковая беременность

Опыт работы в Европейском регионе свидетельствует о том, что уделение особого внимания следующим подходам может быть эффективным для уменьшения распространенности и отрицательных последствий подростковой беременности:

- предупреждение случаев нежелательного зачатия, а не снижение показателей беременности за счет большей частоты аборт;
- усиление мер вторичной профилактики – образования, занятости и поддержки – для оказания помощи матерям и детям, особенно матерям-одиночкам;
- интеграция профилактических мероприятий в деятельность других взаимосвязанных служб;
- обеспечение полового просвещения до того, как молодые люди станут сексуально активными, что обеспечит открытость и положительный подход к сексуальному здоровью и к сексуальным отношениям.

Стратегия работы в этой области должна включать следующие элементы:

1. уделение особого внимания более широкому и эффективному использованию противозачаточных средств и, по крайней мере, еще одной формы поведения, способствующей предотвращению беременности и инфекций, передаваемых половым путем;
2. обеспечение на долгосрочной основе оказания услуг и проведение мероприятий, нацеленных на удовлетворение потребностей молодых людей, особенно групп высокого риска;
3. предоставление четкой и недвусмысленной информации;
4. развитие навыков межличностного общения, например, навыков ведения переговоров и отказа;
5. своевременное принятие профилактических и просветительных мер, например, когда подросток получает из клиники отрицательный результат теста на беременность;
6. разработка научно обоснованных образовательных программ с четкими целями и результатами в отношении поведения и

- с использованием методов обучения, предусматривающих активное участие обучаемых;
7. обеспечение доступности мероприятий и служб для молодых людей;
  8. подбор и подготовка персонала, приверженного целям программы и соблюдающего конфиденциальность;
  9. работа с лидерами подростков, в том числе и в группах сверстников;
  10. обеспечение того, чтобы проводимые мероприятия были адаптированы к потребностям и особенностям соответствующей возрастной группы;
  11. формирование местной культуры, позволяющей обсуждать вопросы секса, сексуальности и контрацепции;
  12. координация работы служб по предотвращению беременности с другими службами, предназначенными для молодых людей, и работа в партнерстве с общиной.

*Источник: Сеть фактических данных по вопросам здоровья (73).*

города продолжается, часто приводя к потере традиционной сети поддержки со стороны расширенной семьи. Во многих странах у матерей больше вероятности найти оплачиваемую работу, чем это было у предыдущих поколений. Вследствие всех этих факторов социальная система, которая использовалась для поддержки молодых семей, сейчас отсутствует в одинаковой степени во многих частях Европейского региона ВОЗ.

### Необходимость создания в семье условий, укрепляющих здоровье

Функционирование семьи является неотъемлемой частью здорового развития молодых людей. Определение семьи расширилось; модели идеальных родителей не существует. Качество взаимоотношений внутри семьи имеет более важное значение, чем ее структура. Положительные взаимоотношения с родителями увеличивают ощущение благополучия и уменьшают вероятность поведения, наносящего ущерб здоровью, например курения.

Дети грудного и раннего возраста особенно нуждаются в безопасных, стабильных и поддерживающих домашних условиях. Создание хорошего климата для их развития является инвестицией с пожизненными дивидендами: он не только защитит детей от

физических проблем для здоровья, но и окажет необходимую поддержку их физическому, социальному и эмоциональному развитию.

Семьи живут в условиях общины и более широкой окружающей среды. Ряд факторов определяет доступ каждой семьи к товарам и услугам, связанным со здоровьем; это такие факторы, как время, деньги, транспорт, знания и навыки, а также наличие товаров и услуг. Имеющиеся ресурсы ограничивают возможности семей для действий. Образование, занятость и материальные условия жизни имеют чрезвычайно важное значение для способности семьи поддерживать и улучшать свое здоровье. Люди считают здоровье роскошью, если живут в условиях борьбы за выживание.

Как уже упоминалось, в наибольшей поддержке нуждаются самые неблагополучные семьи. Любые инвестиции в лучшее жилье, расширение возможностей для образования или лучшее питание будут усиливать возможности детей из бедных семей для здоровой жизни. Целенаправленные социальные пособия могут смягчить наиболее разрушительные последствия нищеты, если они организованы таким образом, чтобы приносить выгоду непосредственно детям.

### **Предотвращение жестокого обращения с детьми (74–80)**

Инвестирование в здоровье детей должно включать в себя меры по предотвращению жестокого обращения с детьми, которое можно подразделить на следующие четыре широкие категории:

1. отсутствие заботы о детях: постоянное или вопиющее отсутствие заботы о ребенке или неспособность обеспечить его защиту от любой опасности;
2. физическое насилие: нанесение фактической физической травмы (или высокая степень ее нанесения) ребенку или неспособность обеспечить защиту ребенка от травм или страданий;
3. сексуальное насилие: фактическая или вероятная сексуальная эксплуатация ребенка;
4. эмоциональное (психическое) насилие: фактическое или выраженное негативное воздействие на эмоциональное и поведенческое развитие ребенка, вызванное психологически жестоким обращением с ребенком или его неприятием.

Нет никакой достоверной информации для определения тенденций в отношении частоты случаев жестокого обращения с детьми. Наблюдаемые изменения могут быть вызваны изменениями в сборе данных. Тем не менее, регистры смертности показали резкое увеличение в 1990-е годы случаев убийства детей и взрослых во многих странах восточной части Европейского региона ВОЗ, особенно в СНГ. Это может быть связано с разрушением общинных, здравоохранительных и социальных служб в результате политических, социальных и экономических изменений; случаи детской смерти в результате насилия над детьми в течение этого периода в западной части Региона продолжали оставаться на низком и относительно постоянном уровне. С 2000 г. этот вид смертности в Центральной и Восточной Европе вновь снизился, возможно, в связи с перестройкой служб здравоохранения и социальных служб.

Предотвращение жестокого обращения с детьми следует рассматривать в более широком контексте обеспечения благополучия детей на уровне семей и местных сообществ. Применительно к службам здравоохранения это требует внедрения передового опыта (например, программ патронажной работы и других форм поддержки

семей) в работу служб для семей и детей, включая услуги, направленные на семьи с большим числом факторов риска в отношении насилия над детьми. Эти факторы риска носят как индивидуальный, так и общесоциальный характер. Например, дети младшего возраста подвергаются более высокому риску физического насилия, в то время как случаи сексуального насилия более вероятны в отношении подростков. Мальчики чаще становятся жертвами избиения, в то время как девочки подвергаются большему риску сексуального насилия и пренебрежительного обращения. Кроме того, лица, совершающие насилие над детьми, нередко сами в прошлом подвергались насилию или употребляли наркотики. К общесоциальным факторам риска относятся перенаселенность жилища, недостаточный объем доходов семьи, другие примеры насилия в доме, а также высокая распространенность нищеты и слабость социальных служб на уровне общины.

Вместе с тем, при использовании подхода, основанного на рисках, следует проявлять определенную осторожность. Уделение внимания одному фактору риска или определенному сочетанию факторов риска в отношении насилия над детьми может приводить к стигматизации семей, подпадающих под эти характеристики, что может выразиться в маргинализации семьи и детей, а также будет отвлекать внимание от насилия в других семьях. Кроме того, поскольку ни один фактор риска сам по себе не предсказывает в достаточной степени возможность насилия над ребенком, профилактические меры, вероятнее всего, будут эффективными, если будут ориентированы на несколько уровней риска одновременно.

## **Основные социальные детерминанты**

Большое число потенциально предотвратимых болезней и смертей, обусловленных социальными факторами и расширяющимся неравенством, свидетельствуют о необходимости уделения первоочередного внимания работе, направленной на уменьшение бедности и достижение Целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия (11) (см. с. 60). В этом контексте ВОЗ вновь подчеркнула, что снижение заболеваемости и спасение жизни людей возможно только тогда, когда принимаемые меры основаны на должном учете социальных детерминантов здоровья (10). Несмотря на то, что сейчас уже многое известно об этих детерминантах, знания о них нуждаются в дальнейшем развитии, обобщении и распространении, так как только в этом случае могут быть предприняты еще более эффективные действия. Для удовлетворения этой потребности в марте 2005 г. ВОЗ учредила комиссию по социальным детерминантам здоровья, перед которой поставлена задача разработать практические рекомендации о том, как улучшить здоровье населения посредством улучшения социальных детерминантов. Доклад о результатах работы этой комиссии должен быть представлен в 2008 г. (81).

## **Необходимость борьбы с бедностью и неравенством**

Наиболее эффективным способом защиты и улучшения здоровья детей во всех странах является ликвидация бедности и социально-экономического неравенства со всеми вытекающими из них последствиями (58). В данной публикации уже было обсуждено то влияние на здоровье, которое оказывают материальные лишения, связанные с неадекватным питанием, нездоровой средой обитания и недостаточной доступностью высококачественной медицинской помощи. Несмотря на то, что в

более богатых странах Региона абсолютная бедность, непосредственно угрожающая жизни людей, практически ликвидирована, в них не исчезла проблема относительной бедности, так как определенные члены общества все еще не могут пользоваться благами жизни, доступными для других граждан. Поэтому во всех случаях при определении общих потребностей, связанных с проблемой бедности, необходимо учитывать масштабы как абсолютной, так и относительной бедности.

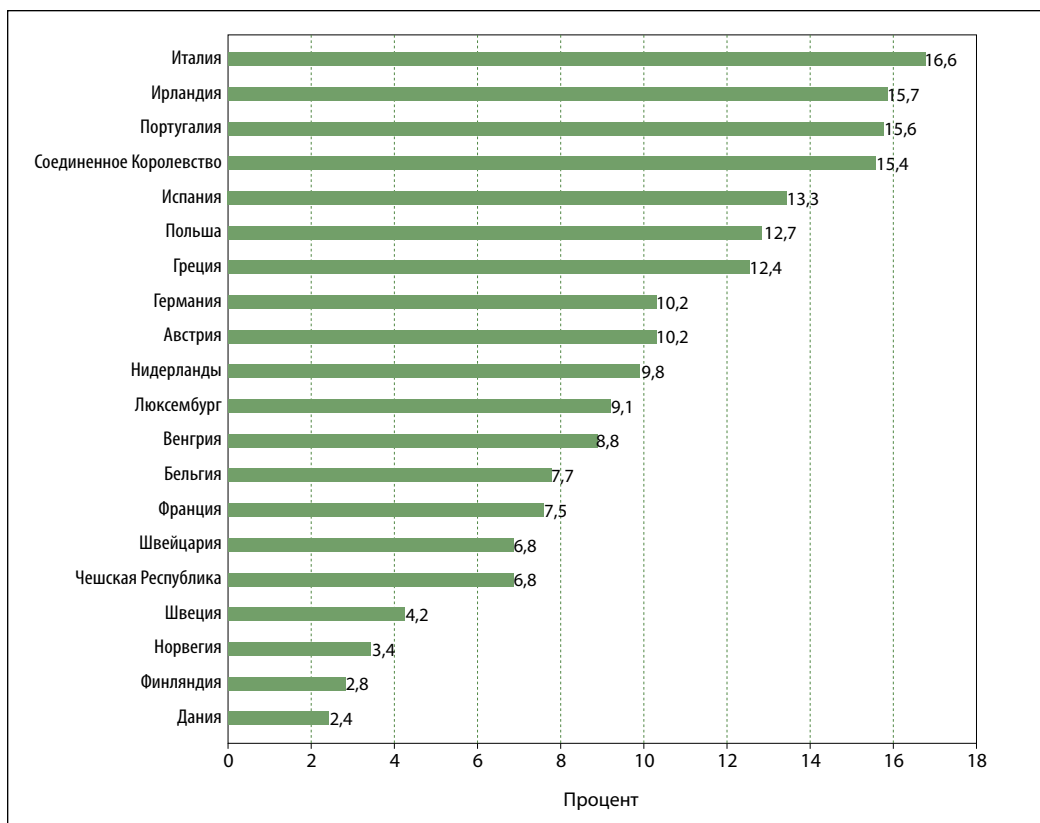
В странах с низким и средним уровнем доходов, расположенных в восточной части Региона, абсолютная детская бедность – нередкое явление, но, к сожалению, получение достоверных статистических данных о масштабах и характере данной проблемы на индивидуальном уровне связано со значительными трудностями. С другой стороны, ЮНИСЕФ (82) провел оценку риска бедности для детей на макроуровне. Критерием для отнесения той или иной страны к группе стран с этой проблемой служила либо величина валового национального дохода (ВНД) на душу населения до 765 долл. США в 2003 г., либо не изменяющийся или отрицательный среднегодовой рост ВВП на душу населения в 1990–2003 гг. В 2003 г. шесть стран СНГ, согласно этой оценке, отвечали критериям бедности, представляющей угрозу для детей, а именно: Грузия, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан и Украина. В то же время в докладе ЮНИСЕФ (82) подчеркивается, что бедность – это более широкое явление, чем только материальные лишения и что по сравнению со взрослыми для детей она имеет другие характеристики и последствия.

По мере движения в западном направлении, то есть к странам Региона с более высокими уровнями доходов, характер и статистические показатели бедности изменяются. Проведенный в 2005 г. обзор ЮНИСЕФ, посвященный проблеме бедности детей в богатых странах (83), показал, что доля детей (0–18 лет), живущих в относительной бедности в промышленно развитых странах, за последнее десятилетие увеличилась, независимо от того, какие из традиционных критериев бедности использовались для ее оценки. На рис. 11 показана доля детей, живущих в относительной бедности (семьи с доходом ниже 50% от среднего национального уровня доходов семьи) в 20 странах Региона, которые, согласно классификации ЮНИСЕФ, относятся к разряду богатых.

На рис. 11 показано, что показатели детской бедности варьируются от ниже 5% в Скандинавских странах до свыше 15% в Ирландии, Италии и Соединенном Королевстве. Такое колебание показателей отражает различия в национальных стратегиях, относящихся к социальным изменениям. Более высокие уровни государственных инвестиций на выплату семейных и социальных пособий четко ассоциируются с более низкими показателями детской бедности. Однако даже в странах с самыми низкими уровнями таких инвестиций правительствам удается уменьшить на 80% или более детскую бедность, которая бы имела место, если бы рыночные силы должным образом не контролировались (83).

Более того, показатели состояния здоровья также характеризуются социальным градиентом по шкале от самых бедных до самых богатых. Там, где материальные лишения являются выраженными, различия по социальному градиенту могут начинаться со степени абсолютной бедности, в то время как социальный градиент в более богатых странах отражает уровень относительной бедности, которая ограничивает право людей на реализацию потенциала своего здоровья с точки зрения способностей и функционирования. Ввиду вышеуказанного, физические и

Рисунок 11.  
Дети, живущие  
в условиях  
относительной  
бедности,  
в некоторых  
развитых  
странах  
Европейского  
региона ВОЗ,  
2005 г



Источник: данные  
Инновационного  
научно-  
исследовательского  
центра ЮНИСЕФ (83).

психосоциальные потребности являются, по-видимому, важными составляющими градиента состояния здоровья населения (84).

В частности, имеются убедительные доказательства того, что такие факторы, как рацион питания, курение, употребление алкоголя и физическая активность во многом определяют социальные и экономические условия жизни и в конечном итоге состояние здоровья взрослых. Что касается детского населения, то мы уже располагаем убедительными знаниями о роли непосредственных детерминантов здоровья детей (9), особенно применительно к смертности, недостаточному питанию и другим проблемам раннего детского возраста. Причиной различий в этих детерминантах является социальное неравенство, которое взаимодействует с другими детерминантами. Кроме того, фактические данные свидетельствуют о том, что некоторые проблемы психического здоровья, такие, например, как агрессивное поведение, низкая самооценка и неспособность справляться с жизненными трудностями, непосредственно связаны с низким социально-экономическим статусом. Таким образом, социально-экономические условия могут также повлиять на здоровье в результате того психосоциального влияния на людей, которое оказывает относительная бедность.

Принятие мер для улучшения социальных детерминантов здоровья – важнейшая задача для всех стран. Такие действия должны включать меры по уменьшению бедности, но они также должны быть направлены на достижение более широкой цели улучшения условий жизни и работы людей. Для успешной работы в этом направлении также необходимы знания о том влиянии на здоровье, которое социальные и экономические стратегии всех отраслей оказывают на здоровье. Предполагается, что работа комиссии

ВОЗ по социальным детерминантам здоровья позволит расширить эти знания. Хотя отрасль здравоохранения и будет, как и раньше, играть ключевую роль, для обеспечения успеха в этой области необходимы действия множества отраслей, ведомств и секторов как на государственном, так и на общественном уровнях.

Улучшение и поддержание здоровья требует участия всех сторон. С другой стороны, работа в этом направлении принесет пользу всем ее участникам. Главная задача при этом заключается в том, чтобы здоровый выбор стал для людей самым легким выбором.

## Основные факторы, обеспечивающие успешное осуществление стратегий и мероприятий

При разработке эффективной политики необходимо учитывать целый ряд факторов, определяющих полезность и эффективность любых последующих планов практических действий. В настоящее время возможности для разработки и осуществления основанной на фактических данных политики представляются лучше, чем когда-либо прежде. На основании имеющихся знаний о том, как лучше всего улучшить здоровье детей и возможности для их развития, можно сделать ряд следующих общих выводов.

- Точная и надежная информация должна лежать в основе планирования, мониторинга и оценки стратегий и программ.
- Наличие той или иной политики в отрыве от ее реализации не имеет какого-либо практического смысла, и поэтому при разработке политики и стратегий необходимо учитывать имеющийся потенциал их осуществления.
- Необходимо принять меры к тому, чтобы сами дети могли принимать участие в разработке стратегий и программ.
- Цели, ставящиеся в стратегиях и программах, должны быть четкими и последовательными.
- В отрыве от других методов образовательные подходы, по-видимому, будут иметь лишь ограниченную эффективность. Они должны стать одной из составляющих широкого пакета инициатив, предусматривающих использование всего комплекса организационно-методических и стратегических подходов, которыми располагают лица, принимающие решения.
- Несмотря на всю важность отрасли здравоохранения в этой области, она является лишь одной из сторон, согласованная работа которых необходима для улучшения здоровья населения. Многоотраслевые действия – необходимое условие успеха, а для обеспечения скоординированной работы различных министерств нужны соответствующие механизмы.
- Любые учреждения, структуры и программы, предназначенные для детей, должны учитывать в своей работе культурные особенности, отношения, знания

Несмотря на широкие различия в проблемах здоровья детей в различных частях Европейского региона ВОЗ, для успешных программ укрепления здоровья и профилактики болезней характерен ряд общих факторов. В частности, наиболее успешными действиями являются те, которые:

- проводятся как часть комплексного национального плана и основываются на убедительных доказательствах;
- направлены на борьбу с общими причинами нездоровья, а также с отдельными факторами риска;
- предусматривают многоотраслевое, многоаспектное и многоуровневое сотрудничество государственных структур и других заинтересованных сторон с применением всего арсенала имеющегося организационно-методического и стратегического инструментария;
- нацелены на наиболее нуждающиеся группы населения и адаптированы к местным потребностям, ресурсам и условиям.

и представления детей. Наиболее эффективными службами являются те, которые основаны на принципах доброжелательного отношения к детям.

В данном докладе дается описание ключевых детерминантов здоровья и основных причин бремени болезней, а также стратегий и программ профилактики заболеваний и укрепления здоровья, главным образом на основе использования конкретных примеров. В этой связи очень важно рассмотреть вопрос о том, какие фактические данные указывают на общие предпосылки успеха практической работы в различных странах и группах населения. Эти предпосылки относятся как к виду мероприятий, так и к условиям, в которых они проводятся.

Согласно результатам обзора имеющихся фактических данных, проведенного Сетью фактических данных по вопросам здоровья (85), предпосылками успеха являются следующие.

### **Характер и масштабы используемых подходов**

Два основных подхода к укреплению здоровья и профилактике заболеваний нацелены на борьбу с:

1. общими детерминантами нездоровья, такими как бедность и социально-экономическое неравенство;
2. конкретными факторами риска развития проблем здоровья, такими, например, как недостаточная физическая активность, некоторые виды ожирения и недостаточный контроль артериального давления (что приводит к развитию гипертензии), которые увеличивают риск развития атеросклероза и, следовательно, ишемической болезни сердца.

Эти два подхода являются взаимосвязанными, так как бедность и социально-экономическое неравенство являются ключевыми детерминантами многих факторов риска. Тем не менее, в рамках каждого из этих подходов используются различные виды деятельности. Второй подход предусматривает прежде всего развертывание санитарного просвещения на уровне отдельных лиц, направленное на повышение ими осознания важности и необходимости оздоровления своего образа жизни. Действия в рамках первого подхода требуют более комплексных общественных усилий, основанных на демократическом процессе и направленных на такое изменение политики, которое приведет к справедливому распределению ресурсов.

В целом, имеющиеся фактические данные свидетельствуют о том, что наиболее эффективными программами общественного здравоохранения как для детского, так и для взрослого населения являются те, которые проводятся государственными структурами, поддерживаются общественностью и направлены на борьбу с бедностью и социальным неравенством.

Действия, направленные на решение многоаспектных и широких вопросов, как правило, оказываются более успешными. Наименее эффективными являются те действия, направленные на укрепление здоровья населения, которые:

- посвящены решению только одной проблемы;
- имеют негативную окраску;
- применимы только к определенному виду условий.



Примером таких действий могут послужить проводящиеся в школах кампании, в которых школьникам рекомендуется не курить.

Помимо этого, в эффективных мероприятиях используется широкий диапазон имеющихся организационно-методических и стратегических подходов, проводимых, главным образом, государственными структурами либо при их участии. В данном докладе приведен ряд примеров успешной работы по вопросам, относящимся к употреблению табака и алкоголя, питанию, физической активности и ожирению.

Помимо этого, имеются доказательства того, что общие кампании укрепления здоровья являются более эффективными тогда, когда они являются комплексными и многоуровневыми, то есть тогда, когда одновременные и многоаспектные усилия предпринимаются на национальном, местном и индивидуальном уровнях.

### **Потребность в фактических данных**

Одной из предпосылок успешной работы являются надежные и убедительные научные данные о том, что те или иные действия общественного здравоохранения эффективны и срабатывают на практике. Для этого нужны, по крайней мере, два вида фактических данных или доказательств:

1. доказательства того, что те или иные меры действительно срабатывают;
2. доказательства того, что программа практических действий срабатывает в различных эпидемиологических и культурных условиях и в рамках различных систем здравоохранения на протяжении длительного времени.

Имеется очень мало документированных данных о достоверных научных исследованиях о возможности адаптации и проведения тех или иных мероприятий в различных условиях. Необходимо в срочном порядке обеспечить систематическое проведение таких исследований, так как охват населения эффективными стратегиями, как правило, является наименьшим в бедных странах и среди беднейших групп населения.

Поскольку любые действия должны быть адаптированы к местным условиям, необходима оценка потенциала системы здравоохранения страны на различных уровнях. Так, например, целесообразно задать вопрос о том, в какой степени региональные потребности в охране здоровья детей учитываются на национальном уровне или, например, каким образом, перераспределяются ресурсы на проведение программ, имеющих большую социальную значимость, например, программ профилактики СПИДа. Другие факторы, подлежащие тщательному учету, включают следующее:

- степень развития и особенности организации системы здравоохранения страны (например, ориентированность на национальные системы или местные и частные системы здравоохранения);
- сильные и слабые стороны системы здравоохранения, ее инфраструктура, а также охват медицинскими услугами и их востребованность;
- характер обращаемости за медицинской помощью, которая во многом определяется социально-экономическими и культурными факторами;
- различные модели финансирования;
- имеющиеся людские и финансовые ресурсы.

Кроме того, для того чтобы знать, следует ли предпринимать те или иные меры и, насколько они эффективны, нужны соответствующие и достоверные данные о группе населения, на которую эти меры направлены. Такие данные следует собирать на национальном, региональном и/или местном уровнях, и они нужны для того, чтобы правильно оценить эпидемиологическую ситуацию, политическую готовность к действиям, способность системы здравоохранения принять активное участие в них, а также предпочтения самого населения. Обоснование тех или иных мер общественного здравоохранения возможно только при наличии таких данных.

## Тактические подходы

Ключевым условием для успеха является целенаправленная работа с конкретными группами населения. Так, например, некоторые категории детей и взрослых более уязвимы к рискованным видам поведения, таким как курение, употребление алкоголя, неправильное питание и недостаточная физическая активность. К этим категориям относятся люди, живущие в бедности, культурные меньшинства, социально-маргинальные лица, а также люди с проблемами психического здоровья.

Люди, планирующие и выполняющие программы, должны тщательно учитывать возраст и стадию развития целевой группы населения. Так, например, программы профилактики наркомании могут быть нацелены на детей в возрасте 9–10 лет, а программы минимизации вреда – на старшую возрастную группу тинейджеров, которые, может быть, уже употребляют незаконные наркотические вещества.

Кроме того, для того чтобы те или иные меры были эффективными, при их проведении следует учитывать различные культурные, религиозные и гендерные факторы. В частности, при решении вопросов, относящихся к предупреждению нежелательной беременности, методы работы с мужчинами и женщинами могут различаться. С другой стороны, подходы к решению других вопросов, например, таких как снижение курения посредством введения запретов на рекламу сигарет и повышение цен на табачные продукты, могут быть одинаковыми и для мужчин, и для женщин, несмотря на то, что их поведение может различаться.

Более того, любые меры наиболее успешны тогда, когда население считает, что они направлены на решение проблем, являющихся значительным бременем для общества, семьи и отдельных лиц, что находит отражение в их широкой распространенности, большом экономическом воздействии и высокой политической значимости. Кроме того, в программах должны быть учтены различающиеся представления о факторах риска среди различных групп населения. Так, например, во многих обществах взрослые расценивают курение, прежде всего, как угрозу для здоровья, в то время как для подростков долгосрочный риск для их здоровья, имеет гораздо меньше значение, чем та привлекательность и ценность, которую они придают курению (70).

Имеются определенные данные о том, что вовлечение в эту работу средств массовой информации (СМИ) может быть весьма эффективным. Важнейшими факторами, определяющими успех СМИ в этой области, по-видимому, являются образовательный уровень населения, длительность и интенсивность программ СМИ, а также то, в какой степени люди доверяют источнику приводимой информации.

## Выводы

Для обеспечения успеха тех или иных мер общественного здравоохранения, необходимо учитывать все их прямые и косвенные воздействия на здоровье детей, а сами они должны быть комплексными и осуществляться силами многих отраслей, ведомств и секторов. Разработанные меры осуществляются наиболее успешно тогда, когда они основаны на процессе комплексного национального планирования, в котором:

- принимают участие сами дети;
- предусматривается использование ресурсов и возможностей семей и местных сообществ, школ, СМИ, системы здравоохранения и государственных структур;
- используется комплекс политических, законодательных и нормативных механизмов.

Работа в этом направлении может проводиться в рамках национального совместного плана или программы (см. историю успеха).

### Ирландская программа действий в интересах детей

Ирландская программа действий в интересах детей (86), первоначально известная под названием "Наилучшее здоровье для детей", – это многоотраслевая инициатива, которую реализуют совместно все советы здравоохранения Ирландии и которая пользуется поддержкой всех главных исполнительных директоров, ключевых неправительственных организаций, работающих в интересах детей и молодежи, а также правительства – через его департамент здравоохранения и по делам детей.

Поставив перед собой те или иные задачи, участники этой инициативы апробируют потенциальные программы их решения в рамках своей повседневной работы, прежде чем

рекомендовать официальное их принятие в качестве желательных стратегий. Благодаря такому подходу, в рамках данной инициативы был подготовлен ряд документов по наилучшей практике, которые основаны на доказательствах эффективности, полученных благодаря проведению оценки (87). Программа "Наилучшее здоровье для детей" на данный момент включена исполнительным директором советов здравоохранения Ирландии в число совместных национальных программ. Важнейшие задачи программы действий в интересах детей включают управление проектами, относящимися к детскому населению, обеспечение справедливости используемых подходов и адаптацию предлагаемых мероприятий с учетом местных потребностей.

Все эти предпосылки успеха имеют непосредственное отношение к четырем руководящим принципам Европейской стратегии "Здоровье и развитие детей и подростков" (15) (см. с. 59):

- справедливость: устранение или уменьшение проявлений неравенства и содействие обеспечению соблюдения прав человека, включая обеспечение доступности соответствующих служб для наиболее нуждающихся лиц;
- межотраслевые действия: улучшение основных детерминантов здоровья на основе межведомственного, межотраслевого подхода к вопросам общественного здравоохранения;
- обеспечение участия общественности и молодежи: вовлечение их в процесс планирования, реализации и мониторинга стратегий, программ и услуг;
- использование подхода, учитывающего все этапы жизни человека и предусматривающего разработку и осуществление таких стратегий и программ, которые направлены на решение проблем здоровья людей на каждом этапе их роста и развития.

В заключение, можно отметить, что успех в сфере планирования, проведения и оценки тех или иных мер в различных условиях зависит от понимания проблем здравоохранения и характера разработанных мер с учетом концептуальной системы, описанной в Части 1 настоящего доклада и подчеркивающей сложный характер взаимоотношений между множеством общих детерминантов, отдельными факторами риска и здоровьем людей. При таком широком подходе к охране здоровья предполагается, что органы здравоохранения учитывают в своей работе не только известные факторы риска и профилактические мероприятия, но и основные средовые, поведенческие и социальные факторы, влияющие на здоровье населения самыми различными способами и в самых различных условиях. Понимание и использование этих знаний – один из важнейших элементов искусства и науки общественного здравоохранения.

## Библиография

1. Конвенция о правах ребенка. Женева, Управление Верховного комиссара ООН по правам человека, 1989 г. (<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm>; по состоянию на 25 мая 2005 г.).
2. *The world health report 2003 – Shaping the future*. Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://www.who.int/whr/2003/en>, по состоянию на 25 мая 2005 г.).
3. Braveman P, Gruskin S. Poverty, equity, human rights and health. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81(7): 539–545.
4. Marmot M, Wilkinson R. *Social determinants of health*. New York, Oxford University Press, 1999.
5. Momas I et al. *Rapport de la Commission d'orientation du plan national santé-environnement*. Paris, Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale, 2004.
6. Labonte R. Globalization, trade and health: unpacking the links and defining health policy options. In: Hofrichter R, ed. *Health and social justice: politics, ideology and inequity in the distribution of disease*. San Francisco, Jossey Bass, 2003.
7. Lee J-W. Child survival: a global health challenge. *Lancet*, 2003, 362(9389):262.
8. *The world health report 2005 – Make every mother and child count*. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www.who.int/whr/2005/en>, по состоянию на 25 мая 2005 г.).
9. Wagstaff A et al. Child health: reaching the poor. *American Journal of Public Health*, 2004, 94(5):726–736 (<http://www.ajph.org/cgi/content/full/94/5/726>, по состоянию на 25 мая 2005 г.).
10. Lee J-W. Public health is a social issue. *Lancet*, 2005, 365(9464):1005–1006.
11. Организация Объединенных Наций. *Цели в области развития, поставленные в Декларации тысячелетия*. Нью-Йорк, ООН, 2000 г. (<http://www.un.org/millenniumgoals>, по состоянию на 15 февраля 2005 г.).
12. *Determinants of Health Working Group synthesis report*. Ottawa, Health Canada, 2003 ([http://www.hc-sc.gc.ca/english/care/health\\_forum/publications/finvol2/determinants](http://www.hc-sc.gc.ca/english/care/health_forum/publications/finvol2/determinants); по состоянию на 25 мая 2005 г.).
13. Coleman RJ. *Reducing social inequalities in health among children and young people*. Brussels, European Commission, 2002 ([http://europa.eu.int/comm/dgs/health\\_consumer/library/speeches/speech156\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/dgs/health_consumer/library/speeches/speech156_en.pdf), по состоянию на 25 мая 2005 г.).
14. *Здоровье детей и подростков в Европейском регионе ВОЗ*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2003 г. (резолюция Европейского регионального комитета EUR/RC53/R7; [http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2003/20030925\\_3?language=Russian](http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2003/20030925_3?language=Russian), по состоянию на 25 мая 2005 г.).
15. *Европейская стратегия “Здоровье и развитие детей и подростков”*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (в печати).

16. *A decade of transition: the MONEE Project CEE/CIS/Baltics*. Florence, UNICEF Innocenti Research Centre, 2001 (Regional Monitoring Report No. 8; <http://www.unicef-icdc.org/publications/pdf/monee8/eng/3.pdf>, по состоянию на 25 мая 2005 г.).
17. Европейская база данных “Здоровье для всех” [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 г. (<http://www.euro.who.int/hfadb>; по состоянию на 25 мая 2005 г.).
18. Rigby M, Köhler L. *Child Health Indicators of Life and Development (CHILD): report to the European Commission*. Keele, Centre for Health Planning and Management, 2000 ([http://www.europa.eu.int/comm/health/ph/programmes/monitor/fp\\_monitoring\\_2000\\_frep\\_08\\_en.pdf](http://www.europa.eu.int/comm/health/ph/programmes/monitor/fp_monitoring_2000_frep_08_en.pdf), по состоянию на 25 мая 2005 г.).
19. Rigby MJ et al. Child health indicators for Europe – A priority for a caring society. *European Journal of Public Health*, 2003, 13(Suppl. 3):38–46 ([http://www3.oup.co.uk/eurpub/hdb/Volume\\_13/Supplement\\_01/13s10038.sgm.abs.html](http://www3.oup.co.uk/eurpub/hdb/Volume_13/Supplement_01/13s10038.sgm.abs.html), по состоянию на 25 мая 2005 г.).
20. Mathers C et al. *Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*. Geneva, World Health Organization, 2004 ([http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,nce,burden,burden\\_gbd2000docs,burden\\_gbd2000docs\\_DP54&language=english](http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,nce,burden,burden_gbd2000docs,burden_gbd2000docs_DP54&language=english), по состоянию на 27 апреля 2005 г.).
21. WHO Global InfoBase [online database]. Geneva, World Health Organization, 2005 ([http://www.who.int/ncd\\_surveillance/infobase/web/en/](http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/en/), по состоянию на 25 мая 2005 г.).
22. *Reproductive, maternal and child health in eastern Europe and Eurasia: a comparative report*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, and Calverton, MD, ORC Macro, 2003 (<http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/OD28/00FrontMatter.pdf>, по состоянию на 25 мая 2005 г.).
23. *Integrated management of pregnancy and childbirth*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 ([http://www.euro.who.int/pregnancy/manuals/20030129\\_7](http://www.euro.who.int/pregnancy/manuals/20030129_7); по состоянию на 25 мая 2005 г.).
24. *Integrated Management of Childhood Illness*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 ([http://www.euro.who.int/childhealthdev/imci/20020319\\_2](http://www.euro.who.int/childhealthdev/imci/20020319_2), по состоянию на 25 мая 2005 г.).
25. *Core information for the development of immunization policies. 2002 update*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF02/www557.pdf>, по состоянию на 25 мая 2005 г.).
26. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva, World Health Organization, 2003 ([http://www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/NUTRITION/gsiyfc.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/gsiyfc.pdf), по состоянию на 25 мая 2005 г.).
27. WHO mortality database [online database]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis,mort&language=english>, по состоянию на 25 мая 2005 г.).

28. Steliarova-Foucher E et al. Geographical patterns and time trends of cancer incidence and survival among children and adolescents in Europe since the 1970s (the ACCIS project): an epidemiological study. *Lancet*, 2004, 364(9451):2097–2105.
29. Nelson LJ, Wells CD. Global epidemiology of childhood tuberculosis. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2004, 8(5):636–647 (<http://thesis.ingentaselect.com/vl=1406159/cl=55/nw=1/rpsv/ij/iatld/10273719/v8n5/s23/p636>, по состоянию на 25 мая 2005 г.).
30. Donald PR. Childhood tuberculosis: the hidden epidemic. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2004, 8(5):627–629 (<http://thesis.ingentaselect.com/vl=1406159/cl=55/nw=1/rpsv/ij/iatld/10273719/v8n5/s21/p627>, по состоянию на 25 мая 2005 г.).
31. *Complementary feeding of young children in developing countries. A review of the current scientific knowledge*. Geneva, World Health Organization, 1998 ([http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_NUT\\_98.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_98.1.pdf), по состоянию на 25 мая 2005 г.).
32. *Making Pregnancy Safer in the European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/pregnancy>, по состоянию на 25 мая 2005 г.).
33. International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorder. *IDD problem statement*. Charlottesville, University of Virginia, 2004 (<http://www.people.virginia.edu/%7Ejtd/iccidd/aboutidd.htm#problem>; по состоянию на 25 мая 2005 г.).
34. de Benoist B et al. *Iodine status worldwide: WHO Global Database on Iodine Deficiency*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://nutrition.tufts.edu/conferences/childhood/iodine/iodinewho.pdf>, по состоянию на 25 мая 2005 г.).
35. Meltzer H et al. *Mental health of children and adolescents in Great Britain*. London, Office of National Statistics, 2000.
36. Barlow J. *Systematic review of effectiveness of training programmes in improving behavioural problems in children aged 3–10 years*. Oxford, Department of Public Health. Health Services Research Unit, 1999.
37. Health Evidence Network. *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 ([http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/HEN/Syntheses/suicideprev/20040712\\_2](http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/HEN/Syntheses/suicideprev/20040712_2), по состоянию на 25 мая 2005 г.).
38. *Mental Health Action Plan for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc07.pdf>; по состоянию на 25 мая 2005 г.).
39. Royal College of Psychiatrists. *Prevention in psychiatry: report of the Public Policy Committee Working Party*. London, Royal College of Physicians, 2002.
40. Birchwood M et al. Early intervention in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 1997, 170:2–5.
41. Tamburlini G, von Ehrenstein O, Bertollini R, eds. *Children's health and environment: a review of evidence*. Copenhagen, European Environment Agency, 2002 (Environmental

- Issue Report No. 29; <http://www.euro.who.int/document/e75518.pdf>, по состоянию на 25 мая 2005 г.).
42. Masoli M et al. *Global burden of asthma – Summary*. Bethesda, MD, Global Initiative for Asthma, 2004 ([http://207.159.65.33/wadsetup/boa\\_sum.pdf](http://207.159.65.33/wadsetup/boa_sum.pdf), по состоянию на 25 мая 2005 г.).
  43. Businco L et al. An ESPACI position paper. Hydrolysed cow's milk formulae. Allergenicity and use in treatment and prevention. *Pediatric Allergy and Immunology*, 1993, 4:101–111.
  44. Hide DW et al. Allergen avoidance in infancy and allergy at 4 years of age. *Allergy*, 1996, 51:89–93.
  45. *Bronchial asthma. The scale of the problem*. Geneva, World Health Organization, 2000 (Fact Sheet No. 206; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs206/en/>, по состоянию на 25 мая 2005 г.).
  46. Künzli N et al. Public-health impact of outdoor and traffic-related air pollution: a European assessment. *Lancet*, 2000, 356(9232):795–801.
  47. Krzyzanowski M, Kuna-Dibbert B, Schneider J, eds. *Health effects of transport-related air pollution*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050601\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050601_1), по состоянию на 25 мая 2005 г.).
  48. Bruce N, Perez-Padilla R, Albalak R. Indoor air pollution in developing countries: a major environmental and public health challenge. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78:1078–1092.
  49. Robertson A et al., eds. *Питание и здоровье в Европе: новая основа для действий*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004 г. (Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия № 96; [http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20040130\\_8?language=Russian](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20040130_8?language=Russian), по состоянию на 25 мая 2005 г.).
  50. Kurscheid T, Lauterbach K. The cost implications of obesity for health care and society. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 1998, 22(Suppl. 1):S3–S5.
  51. Lobstein T. How much does obesity cost? *The Food Magazine*, 2004, 65.
  52. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation*. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO Technical Series, No. 916; [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_916.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916.pdf), по состоянию на 25 мая 2005 г.).
  53. *Living longer in good health also a question of healthy lifestyle. Netherlands health-care prevention policy*. The Hague, Ministry of Health, Welfare and Sport, 2004 (International Publication Series Health, Welfare and Sport, No. 19; [http://www.minvws.nl/images/Living%20longer%20in%20good%20health\\_tcm11-53021.pdf](http://www.minvws.nl/images/Living%20longer%20in%20good%20health_tcm11-53021.pdf), по состоянию на 25 мая 2005 г.).
  54. *National nutrition policy programme for Slovenia 2005–2010. Resolution approved by the National Assembly of the Republic of Slovenia*. Ljubljana, Ministry of Health of the Republic of Slovenia, 2005.



55. *Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad* [Strategy for nutrition, physical activity and the prevention of obesity]. Madrid, Ministry of Health and Consumer Affairs, 2005. (<http://www.calidadalimentaria.com/uploads/noticias/maqueta%20NAOS.pdf>; по состоянию на 25 мая 2005 г.).
56. *Choosing health: making healthier choices easier*. London, H.M. Government, 2004 ([http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT\\_ID=4094550&chk=aN5Cor](http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4094550&chk=aN5Cor); по состоянию на 25 мая 2005 г.).
57. Campbell K et al. Interventions for preventing obesity in children. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002, 2:CD001871.
58. Spencer N. *Poverty and child health*, 2nd ed. Abingdon, Radcliffe Medical Press, 2000.
59. Lumley J et al. Peri-conceptual supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2004, 1.
60. *Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action*. Brussels, European Commission, 2004 ([http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_projects/2002/promotion/fp\\_promotion\\_2002\\_a3\\_18\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_a3_18_en.pdf), по состоянию на 25 мая 2005 г.).
61. Sikorski J et al. Support for breastfeeding mothers. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002, 1:CD001141.
62. *Международный свод правил сбыта заменителей грудного молока*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1981 г. ([http://www.who.int/nut/documents/code\\_english.PDF](http://www.who.int/nut/documents/code_english.PDF), по состоянию на 25 мая 2005 г.).
63. Jepson R. *The effectiveness of interventions to change health related behaviours: a review of reviews*. Glasgow, MRC Social and Public Health Sciences Unit, 2000 (Occasional Paper No. 3).
64. *Strategic Framework for the Prevention of HIV Infection in Infants*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/E84804.pdf>, по состоянию на 25 мая 2005 г.).
65. *Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia*. Dublin, Government of Ireland, 2004 ([http://www.eu2004.ie/templates/meeting.asp?sNavlocator=5,13&list\\_id=25](http://www.eu2004.ie/templates/meeting.asp?sNavlocator=5,13&list_id=25), по состоянию на 25 мая 2005 г.).
66. Valent F et al. Burden of disease attributable to selected environmental factors and injury among children and adolescents in Europe. *Lancet*, 2004, 363(9426):2032–2039.
67. Health Evidence Network. *How can injuries in children and older people be prevented?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 ([http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/HEN/Syntheses/injuries/20041016\\_1](http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/HEN/Syntheses/injuries/20041016_1); по состоянию на 25 мая 2005 г.).
68. *Европейский план действий “Окружающая среда и здоровье детей”*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004 г. (<http://www.euro.who.int/document/e83338r.pdf>, по состоянию на 25 мая 2005 г.).

69. Licari L, Nemer L, Tamburlini G. *Children's health and environment. Developing action plans*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/E86888.pdf>, по состоянию на 12 октября 2005 г.).
70. Currie C et al., eds. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; [http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationresources/publications/catalogue/20040518\\_1](http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationresources/publications/catalogue/20040518_1), по состоянию на 25 мая 2005 г.).
71. European Network of Health Promoting Schools [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/ENHPS/Home>, по состоянию на 25 мая 2005 г.).
72. Gortmaker SL et al. Impact of school-based interdisciplinary interventions on diet and physical activity among urban primary school children: eat well and keep moving. *Archives of Paediatrics and Adolescent Medicine*, 1999, 153:975–983.
73. Health Evidence Network. *What are the most effective strategies for reducing the rate of teenage pregnancies?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 ([http://www.euro.who.int/hen/syntheses/short/20040423\\_6](http://www.euro.who.int/hen/syntheses/short/20040423_6); по состоянию на 25 мая 2005 г.).
74. Bannon M, Carter Y, eds. *Protecting children from abuse and neglect in primary care*. Oxford, Oxford University Press, 2002.
75. Browne KD. Child protection. In: Rutter M, Taylor E, eds. *Child and adolescent psychiatry: modern approaches*, 4th ed. London, Blackwell, 2002.
76. Browne KD et al. *Early prediction and prevention of child abuse: a handbook*. Chichester, Wiley, 2002.
77. *Report of the consultation on child abuse prevention. WHO, Geneva, 29–31 March 1999*. Geneva, World Health Organization, 1999 ([http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO\\_HSC\\_PVI\\_99.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_HSC_PVI_99.1.pdf), по состоянию на 25 мая 2005 г.).
78. *First Meeting on Strategies for Child Protection, Padua, Italy, 29–31 October 1998*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 (<http://www.euro.who.int/Document/E63395.pdf>, по состоянию на 25 мая 2005 г.).
79. Krug EG et al., eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf>, по состоянию на 25 мая 2005 г.).
80. *Improving maternal, infant and child health in the Russian Federation*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003.
81. *Commission on Social Determinants of Health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 ([http://www.euro.who.int/socialdeterminants/commision/20050705\\_2](http://www.euro.who.int/socialdeterminants/commision/20050705_2), по состоянию на 25 июля 2005 г.).
82. Bellamy C. *The state of the world's children 2005*. New York, UNICEF, 2005 (<http://www.unicef.org/sowc05/english/sowc05.pdf>, по состоянию на 30 мая 2005 г.).

83. UNICEF Innocenti Research Centre. *Child poverty in rich countries 2005*. Florence, United Nations Children's Fund (Report Card No. 6; <http://www.unicef-icdc.org/publications/pdf/repcard6e.pdf>, по состоянию на 25 мая 2005 г.).
84. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 2005, 365(9464):1099–1104.
85. Health Evidence Network. *What are the main factors that influence the implementation of disease prevention and health promotion programmes in children and adolescents?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 ([http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/HEN/Syntheses/KeyElementsHP/20050615\\_10](http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/HEN/Syntheses/KeyElementsHP/20050615_10), по состоянию на 22 июня 2005 г.).
86. Programme of Action for Children [веб-сайт]. Tullamore, The Health Boards Executive, 2004 (<http://www.hebe.ie/ProgrammesProjects/ProgrammeofActionforChildren>, по состоянию на 25 мая 2005 г.).
87. Rigby M et al. The span in information from researching new tools to accessible presentation – Experience from child and adolescent health. In: Kirch W, ed. *Public health in Europe – 10 Years of EUPHA*. Berlin, Springer, 2003:275–292.

# ПРИЛОЖЕНИЕ

СТАТИСТИЧЕСКИЕ  
ТАБЛИЦЫ

## Примечание, относящееся к оценкам бремени болезней и факторов риска в странах

В табл. 4 и 5 Приложения представлены первые страновые оценки причин бремени болезней и соответствующих факторов риска с точки зрения как смертности, так и утраченных лет здоровой жизни (DALYs) в Европейском регионе ВОЗ. В табл. 7 Приложения приводится бремя болезней в DALYs у детей в возрасте 0–14 лет. Эти ориентировочные оценки были подготовлены в 2004 г. специально для данного доклада проектом “Глобальное бремя болезней” в рамках Глобальной программы ВОЗ по фактическим данным для политики здравоохранения.

Расчетные показатели бремени болезней основываются на результатах проведенного в 2000 г. исследования глобального бремени болезней (1), которые были опубликованы в докладах о состоянии здравоохранения в мире в 2003 и 2004 гг. (2,3), а также на самой свежей дополнительной информации, которой ВОЗ располагала в 2004 г.

Расчетные показатели атрибутивного риска основываются на анализе сравнительного риска, проведенном при подготовке “Доклада о состоянии здравоохранения в мире, 2002 г.” (4), а также на обновленных данных стран о бремени болезней, связанном примерно с четырьмя факторами риска. Методы и результаты, изложенные в докладе 2002 г., который был опубликован Ezzati et al. (5), были незначительно скорректированы.

Эти предварительные расчетные показатели следует рассматривать как наилучшие расчетные показатели ВОЗ, а не как официальные показатели государств-членов. Они были рассчитаны с использованием стандартных категорий и методов в целях обеспечения международной сопоставимости, и они могут отличаться от официальных национальных показателей, рассчитанных с использованием других, но потенциально не менее достоверных методов. Желающие могут получить документацию и сводные таблицы по исследованию “Глобальное бремя болезней” (6), равно как и программное обеспечение и руководство, помогающие провести исследования национального бремени болезней (7).

## Библиография

1. Mathers C et al. *Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*. Geneva, World Health Organization, 2004 ([http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden\\_gbd2000docs,burden\\_gbd2000docs\\_DP54&language=english](http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden_gbd2000docs,burden_gbd2000docs_DP54&language=english), по состоянию на 27 апреля 2005 г.).
2. *The world health report 2003 – Shaping the future*. Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://www.who.int/whr/2003/en>, по состоянию на 25 мая 2005 г.).
3. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2004 г. – Изменить ход истории*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 г. ([http://www.who.int/whr/2004/en/overview\\_ru.pdf](http://www.who.int/whr/2004/en/overview_ru.pdf), по состоянию на 27 апреля 2005 г.).
4. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2002 г. – Уменьшение риска, содействие здоровому образу жизни*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2002 г. ([http://www.who.int/whr/2002/en/Overview\\_Russ.pdf](http://www.who.int/whr/2002/en/Overview_Russ.pdf), по состоянию на 27 апреля 2005 г.).
5. Ezzati M et al. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Geneva, World Health Organization, 2004.
6. The Global Burden of Disease project: results for 2002 and earlier years, methods, documentation and publications. Manuals, resources and software for carrying out national burden of disease studies [web site]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www.who.int/evidence/bod>, по состоянию на 25 мая 2005 г.).
7. Mathers CD et al., eds. *National burden of disease studies. A practical guide. Edition 2.0*. Geneva, World Health Organization, 2001 ([http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden\\_manual&language=english](http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden_manual&language=english), по состоянию на 25 мая 2005 г.).



Таблица 1. Население Европейского региона ВОЗ, 1990–2015 гг. (прогнозируемые показатели)

Государства-члены	Общее население (млн. чел.)			Среднегодовой прирост населения (%)		Городское население (% от общего)		Население в возрасте до 15 лет (% от общего)		Население в возрасте 65 лет и старше (% от общего)		Общий коэффициент фертильности, 2000–2005
	1990	2003	2015	1990–2003	2003–2015	2002	2015	2003	2015	2003	2015	
	Австрия	7,7	8,1	8,1	0,4	0,0	65,8	67,2	16,2	12,4	16,0	
Азербайджан	7,2	8,2	9,0	1,1	0,7	50,2	51,3	27,0	23,5	7,5	5,9	2,1
Албания	3,3	3,2	3,5	-0,3	0,8	43,2	51,2	27,3	2,9	7,3	0,1	2,3
Андорра	-	-	-	-	-	91,9	91,1	-	-	-	-	-
Армения	3,5	3,1	3,0	-1,1	-0,1	64,6	64,2	20,5	14,4	10,2	9,9	1,2
Беларусь	10,2	9,9	9,3	-0,2	-0,5	70,5	75,2	16,8	14,1	14	14,3	1,2
Бельгия	10,0	10,4	10,5	0,3	0,1	97,2	97,5	17	15,5	16,8	19,5	1,7
Болгария	8,7	7,8	7,2	-0,8	-0,7	69,4	74,0	14,4	12,6	16,4	18,0	1,1
Босния и Герцеговина	4,5	4,1	4,2	-0,6	0,2	43,9	51,1	17,2	14,1	10,9	13,6	1,3
БЮРМ <sup>a</sup>	1,9	2,0	2,2	0,6	0,5	59,4	62,0	21,5	20,0	10,7	12,2	1,9
Венгрия	10,4	10,1	9,6	-0,2	-0,5	64,7	70,0	16,3	13,3	14,7	17,4	1,2
Германия	79,4	82,5	80,6	0,3	-0,2	87,9	90,0	14,9	13,2	17,3	20,8	1,4
Греция	10,2	11,0	11,0	0,6	0,0	60,6	65,2	14,7	13,2	18,7	20,9	1,3
Грузия	5,5	5,1	4,7	-0,5	-0,7	52,2	51,6	18,4	15,2	14,3	14,9	1,4
Дания	5,1	5,4	5,4	0,4	0,1	85,2	86,8	18,6	16,3	14,9	19,2	1,8
Израиль	4,7	6,7	7,9	2,8	1,4	91,6	92,4	27,4	24,8	9,7	11,4	2,7
Ирландия	3,5	4	4,4	1,0	0,8	59,6	63,6	21,3	20,3	11,2	13,4	1,9
Исландия	-	-	-	-	-	92,7	94,1	-	18,7	-	13,5	2,0
Испания	38,8	41,1	41,5	0,4	0,1	76,4	78,1	15,0	13,2	17,1	19,2	1,2
Италия	56,7	57,6	55,1	0,1	-0,4	67,3	69,2	14,0	12,3	19,0	22,3	1,2
Казахстан	16,3	14,9	15,5	-0,7	0,3	55,8	58,2	24,5	21,4	8,1	8,4	2,0
Кипр	-	-	-	-	-	69,0	71,6	-	18,9	-	14,9	1,9
Кыргызстан	4,4	5,1	5,8	1	1,1	34,0	35,4	31,7	26,4	6,1	5,9	2,6
Латвия	2,7	2,3	2,1	-1,1	-0,7	66,3	66,3	15,1	13,0	15,5	18,3	1,1
Литва	3,7	3,5	3,3	-0,5	-0,4	66,8	67,5	17,7	16,0	14,2	16,4	1,3
Люксембург	-	-	-	-	-	91,6	94,1	-	17,6	-	14,4	1,7
Мальта	-	-	-	-	-	91,4	93,7	-	17,0	-	18,0	1,8
Монако	-	-	-	-	-	100,0	100,0	-	-	-	-	-
Нидерланды	15,0	16,2	16,6	0,6	0,2	65,4	71,4	18,3	16,4	14,0	17,4	1,7
Норвегия	4,2	4,6	4,7	0,6	0,3	77,6	86,4	19,7	16,6	14,9	18,0	1,8
Польша	38,1	38,2	37,9	0,0	-0,1	61,8	64,0	17,6	14,6	12,5	14,8	1,3
Португалия	9,9	10,4	10,5	0,4	0,0	54,1	60,9	17,3	15,3	15,2	18,0	1,5
Республика Молдова	4,4	4,2	4,1	-0,2	-0,2	45,9	50,0	20,4	16,5	11,1	10,9	1,4
Российская Федерация	148,3	143,4	134,5	-0,3	-0,5	73,3	74,3	16,3	13,7	13,2	14,3	1,1
Румыния	23,2	21,7	21,1	-0,5	-0,3	54,5	56,4	16,6	15,4	13,9	14,8	1,3
Сан-Марино	-	-	-	-	-	88,8	89,1	-	-	-	-	-
Сербия и Черногория	10,5 <sup>b</sup>	8,1	10,7	0,1 <sup>c</sup>	2,3	51,8	55,5	19,6	16,9	14	14,9	1,7
Словакия	5,3	5,4	5,3	0,2	-0,1	57,2	60,8	18,2	15,4	11,4	13,6	1,3
Словения	2,0	2,0	2,0	0,0	-0,1	50,8	52,6	15,0	12,1	14,6	18,5	1,1
Соединенное Королевство	57,6	59,3	60	0,2	0,1	89,0	90,2	18,2	15,9	16	17,8	1,6
Таджикистан	5,3	6,3	7,2	1,3	1,1	25,0	24,4	36,5	28,5	4,6	4,6	3,1
Туркменистан	3,7	4,9	5,7	2,2	1,3	45,1	50,0	33,8	27,4	4,5	4,6	2,7
Турция	56,2	70,7	81,2	1,8	1,2	65,8	71,9	28,3	25,0	5,9	6,7	2,4
Узбекистан	20,5	25,6	30,1	1,7	1,3	36,8	37,0	33,3	26,2	4,9	5,0	2,4
Украина	51,9	48,4	44,7	-0,5	-0,7	67,2	68,9	16	13,2	15,1	16,1	1,2
Финляндия	5,0	5,2	5,3	0,3	0,1	61,0	62,1	17,6	15,8	15,3	20,3	1,7
Франция	56,7	59,8	61,8	0,4	0,3	76,1	79,0	18,6	17,8	16,1	18,5	1,9
Хорватия	4,8	4,4	4,3	-0,6	-0,3	58,6	64,6	16,2	16,5	15,8	17,8	1,7
Чешская Республика	10,4	10,2	9,9	-0,1	-0,2	74,2	75,7	15,5	13,2	13,9	18,6	1,2
Швейцария	6,7	7,4	7,6	0,7	0,2	67,6	68,7	16,6	12,6	15,6	22,0	1,4
Швеция	8,6	9,0	9,0	0,3	0,1	83,3	84,3	17,5	15,7	17,5	21,4	1,6
Эстония	1,6	1,4	1,3	-1,1	-0,5	69,4	71,4	16,1	14,2	15,2	18,2	1,2

<sup>a</sup> Бывшая Югославская Республика Македония.

<sup>b</sup> Включает население Косово до 2001 г.

<sup>c</sup> Данные за 1990–2001 гг.

Источники: World development indicators 2005. Washington, DC, World Bank, 2005 (<http://www.worldbank.org/data/wdi2005/>; по состоянию на 25 мая 2005 г.), и Human development report 2004. Cultural liberty in today's diverse world. New York, United Nations Development Programme (<http://hdr.undp.org/reports/global/2004/>; по состоянию на 25 мая 2005 г.).



**Таблица 2. Основные показатели общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ**  
Расходы на здравоохранение, иммунизация, нездоровье

Государства-члены	Общие расходы на здравоохранение, 2002 г.		Общие государственные расходы на здравоохранение, 2002 г.		Иммунизированное население в возрасте одного года (%), 2003 г.		Лечение ТБ с помощью стратегии ДOTS	
	% от ВВП	На душу населения (в международных долларах)	% от общих расходов на здравоохранение	% от общих государственных расходов	АКДС-3	Вакцина против кори	Выявленные случаи ТБ (%), 2003	Успех лечения (%), 2002
Австрия	7,7	2220	70	11	84	79	87 <sup>a</sup>	64 <sup>b</sup>
Азербайджан	3,7	120	22	3	97	98	25	84
Албания	6,1	302	39	8	97	93	28	90
Андорра	6,5	1908	71	27	99	96	75	100
Армения	5,8	232	23	6	94	94	58	79
Беларусь	6,4	583	74	11	86	99	98	–
Бельгия	9,1	2515	71	13	90	75	73	69
Болгария	7,4	499	53	10	96	96	90	86
Босния и Герцеговина	9,2	322	50	9	87	84	76	95
БЮРМ <sup>c</sup>	6,8	341	85	14	96	96	75	79
Венгрия	7,8	1078	70	10	99	99	88	55
Германия	10,9	2817	79	18	89	92	97	69
Греция	9,5	1814	53	11	88	88	0	–
Грузия	3,8	123	27	6	76	73	99	65
Дания	8,8	2583	83	13	96	96	88	77
Израиль	9,1	1890	66	11	97	95	83	80
Ирландия	7,3	2367	75	16	85	78	0	–
Исландия	9,9	2802	84	18	97	93	63	100
Испания	7,6	1640	71	14	98	97	0	–
Италия	8,5	2166	76	13	96	83	101	79
Казахстан	3,5	261	53	9	99	99	120	78
Кипр	7,0	883	41	7	98	86	102	75
Кыргызстан	4,3	117	51	10	98	99	97	82
Латвия	5,1	477	64	9	98	99	97	76
Литва	5,9	549	73	14	94	98	108	72
Люксембург	6,2	3066	85	12	98	91	98	–
Мальта	9,7	965	72	14	94	90	26	60
Монако	11,0	4258	80	15	99	99	–	–
Нидерланды	8,8	2564	66	12	98	96	102	68
Норвегия	9,6	3409	84	18	90	84	128	80
Польша	6,1	657	72	10	99	97	81	86
Португалия	9,3	1702	71	14	99	96	86	82
Республика Молдова	7,0	151	58	13	98	96	55	61
Российская Федерация	6,2	535	56	10	98	96	13	67
Румыния	6,3	469	66	13	97	97	45	76
Сан-Марино	7,7	3094	79	20	96	91	58	0
Сербия и Черногория	8,1	305	63	11	89	87	51	91
Словакия	5,9	723	89	10	99	99	69	84
Словения	8,3	1547	75	15	92	94	75	85
Соединенное Королевство	7,7	2160	83	16	91	80	0	–
Таджикистан	3,3	47	28	6	82	89	8	78
Туркменистан	4,3	182	71	12	98	97	56	77
Турция	6,5	420	66	10	68	75	–	–
Узбекистан	5,5	143	46	7	98	99	34	80
Украина	4,7	210	71	9	97	99	0	–
Финляндия	7,3	1943	76	11	98	97	0	–
Франция	9,7	2736	76	14	97	86	0	–
Хорватия	7,3	630	81	12	94	95	0	–
Чешская Республика	7,0	1118	91	15	97	99	92	73
Швейцария	11,2	3446	58	19	95	82	0	–
Швеция	9,2	2512	85	14	98	94	98	73
Эстония	5,1	604	76	11	94	95	85	67

<sup>a</sup> 2002 г.

<sup>b</sup> 2001 г.

<sup>c</sup> Бывшая Югославская Республика Македония.

Примечание: В целях обеспечения сопоставимости вышеприведенных показателей ВОЗ рассчитала их с помощью стандартных методов; они необязательно являются официальными статистическими показателями государств-членов, которые могут использовать для расчета этих показателей альтернативные, но не менее достоверные методы.

Ожидаемая продолжительность жизни и смертность

Задержка роста у детей в возрасте до 5 лет (5%) 1997–2003	Низкая масса тела при рождении (%), 2000–2002	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (годы), 2003 г.		Показатель смертности среди взрослых (на 1000 человек в возрасте 15–60 лет), 2003 г.		Показатель смертности у детей в возрасте до 5 лет (на 1000 живорожденных)		Показатель материнской смертности (на 100 000 живорожденных)		Охват системой регистрации смертей (%), 2003 г. или последний год, по которому имеются данные
		Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	До 5 лет, 2003	До 28 дней, 2000	По оценке ВОЗ, 2000	По сообщенным данным, 1995–2003	
–	7	76	82	115	59	6	3	5	3	100
13,3	11	62	68	220	120	91	36	94	29	72
35,1	3	69	75	167	92	21	12	55	20	94
–	–	78	84	107	41	5	4	–	–	46
12,9	7	65	72	240	108	33	17	55	34	78
–	5	63	75	370	130	10	5	36	20	98
–	8	75	82	125	66	5	3	10	7	100
–	10	69	76	216	91	15	8	32	16	100
9,7	4	69	76	190	89	17	11	31	–	88
6,9	5	69	75	202	86	12	9	13	10	90
–	9	68	77	257	111	9	6	11	7	100
–	7	76	82	115	59	5	3	9	5	100
–	8	76	81	118	48	6	4	10	4	90
11,7	6	67	75	195	76	45	25	32	51	64
–	5	75	80	121	73	5	4	7	12	100
–	8	78	82	92	51	6	4	13	5	100
–	6	76	81	100	60	6	4	4	4	98
–	4	78	82	81	53	3	2	0	15	91
–	6	76	83	116	46	5	3	5	4	100
–	6	78	84	93	47	5	3	5	3	98
9,7	8	56	67	419	187	73	32	210	54	79
–	–	76	81	99	47	6	4	47	7	83
24,8	7	59	68	339	160	68	31	110	51	71
–	5	66	76	306	120	13	7	61	22	100
–	4	66	78	302	106	9	5	19	13	100
–	8	76	82	115	63	4	4	28	11	100
–	6	76	81	84	49	6	5	–	15	100
–	–	78	85	110	47	4	3	–	–	–
–	–	76	81	93	66	6	4	16	8	100
–	5	77	82	96	58	4	3	10	6	98
–	6	71	79	202	81	8	6	10	5	100
–	8	74	81	150	63	6	3	8	6	100
–	5	63	71	303	152	32	16	36	30	83
–	6	58	72	480	182	16	9	65	37	97
10,1	9	68	75	239	107	20	9	58	32	100
–	–	78	84	73	32	4	2	–	–	>75
5,1	4	70	75	186	99	14	9	9	7	90
–	7	70	78	204	77	8	5	10	8	100
–	6	73	81	165	69	5	4	17	14	100
–	8	76	81	103	64	6	4	11	5	100
36,2	15	59	63	225	169	118	38	100	42	50
22,3	6	56	65	352	171	102	35	31	–	76
16	16	68	73	176	111	39	22	70	–	43
21,1	7	63	69	226	142	69	27	24	33	80
15,9	5	62	73	384	142	20	9	38	23	99
–	4	75	82	134	57	4	2	5	5	100
–	7	76	84	132	59	5	3	17	9	100
–	6	71	78	173	70	7	5	10	13	99
–	7	72	79	166	74	5	2	9	7	100
–	6	78	83	90	50	5	3	7	5	100
–	4	78	83	79	50	4	2	8	4	100
–	4	65	77	319	114	8	6	38	19	100

Источники: The world health report 2005 – Make every mother and child count. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www.who.int/whr/2005/en>, по состоянию на 25 мая 2005 г.) и World health statistics 2005. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/>, по состоянию на 30 мая 2005 г.).

Таблица 3. Уровень и распределение доходов в Европейском регионе ВОЗ

Государства-члены	ВВП на душу населения (ППС в долл. США), 2002	Среднегодовой прирост ВВП (%)		Доля доходов или потребления (%)				Показатели неравенства	
		1980–1990	1990–2003	Беднейшие 10%	Беднейшие 20%	Богатейшие 20%	Богатейшие 10%	Соотношение доли доходов или потребления богатейших 10% насел. и беднейших 10% насел.	Индекс Гини
Австрия	29 220	2,3	2,1	3,1	8,1	38,5	23,5	7,6	30,0
Азербайджан	3 210	–	–1,5	3,1	7,4	44,5	29,5	9,7	36,5
Албания	4 830	1,5	4,6	3,8	9,1	37,4	22,4	5,9	28,2
Андорра	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Армения	3 120	–	1,5	2,6	6,7	45,1	29,7	11,5	37,9
Беларусь	5 520	–	0,6	3,5	8,4	39,1	24,1	6,9	30,4
Бельгия	27 570	2,1	2,1	2,9	8,3	37,3	22,6	7,8	25,0
Болгария	7 130	3,4	–0,2	2,4	6,7	38,9	23,7	9,9	31,9
Босния и Герцеговина	–	–	–	3,9	9,5	35,8	21,4	5,4	26,2
БЮРМ <sup>a</sup>	6 470	–	–0,1	3,3	8,4	36,7	22,1	6,8	28,2
Венгрия	13 400	1,3	2,4	4,0	9,5	36,5	22,2	5,6	26,9
Германия	27 100	2,3	1,5	3,2	8,5	36,9	22,1	6,9	28,3
Греция	18 720	0,9	2,7	2,9	7,1	43,6	28,5	10,0	35,4
Грузия	2 260	0,4	–3,1	2,3	6,4	43,6	27,9	12,0	36,9
Дания	30 940	2,0	2,3	2,6	8,3	35,8	21,3	8,1	24,7
Израиль	19 530	3,5	4,3	2,4	6,9	44,3	28,2	11,7	35,5
Ирландия	36 360	3,2	7,7	2,8	7,1	43,3	27,6	9,7	35,9
Исландия	29 750	–	–	–	–	–	–	–	–
Испания	21 460	3,1	2,8	2,8	7,5	40,3	25,2	9,0	32,5
Италия	26 430	2,5	1,6	2,3	6,5	42,0	26,8	11,6	36,0
Казахстан	5 870	–	–0,6	3,2	7,8	40,0	24,4	7,6	32,3
Кипр	18 150	–	–	–	–	–	–	–	–
Кыргызстан	1 620	–	–1,4	3,2	7,7	43,0	27,9	8,7	34,8
Латвия	9 210	3,2	1,0	2,8	7,3	41,1	26,1	9,3	33,6
Литва	10 320	–	–0,1	3,2	7,9	40,0	24,9	7,9	31,9
Люксембург	61 190	–	–	3,5	8,4	38,9	23,8	6,8	30,8
Мальта	17 640	–	–	–	–	–	–	–	–
Монако	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Нидерланды	29 100	2,4	2,7	2,5	7,6	38,7	22,9	9,2	30,9
Норвегия	36 600	3,0	3,5	3,9	9,6	37,2	23,4	6,1	25,8
Польша	10 560	–	4,2	3,1	7,6	41,9	26,7	8,6	34,1
Португалия	18 280	3,2	2,6	2,0	5,8	45,9	29,8	15,0	38,5
Республика Молдова	1 470	2,8	–5,9	2,7	6,8	44,1	28,4	10,5	36,9
Российская Федерация	8 230	–	–1,8	3,3	8,2	39,3	23,8	7,2	31,0
Румыния	6 560	1,3	0,1	3,2	7,9	41,0	26,1	8,2	30,3
Сан-Марино	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Сербия и Черногория	–	–	1,4	–	–	–	–	–	–
Словакия	12 840	2,0	2,5	3,1	8,8	34,8	20,9	6,7	25,8
Словения	18 540	–	3,1	3,6	9,1	35,7	21,4	5,9	28,4
Соединенное Королевство	26 150	3,2	2,7	2,1	6,1	44,0	28,5	13,8	36,0
Таджикистан	980	2,0	–5,3	3,3	7,9	40,8	25,6	7,8	32,6
Туркменистан	4 250	–	0,9	2,6	6,1	47,5	31,7	12,3	40,8
Турция	6 390	5,3	3,1	2,3	6,1	46,7	30,7	13,3	40,0
Узбекистан	1 670	–	1,2	3,6	9,2	36,3	22,0	6,1	26,8
Украина	4 870	–	–5,3	3,7	8,8	37,8	23,2	6,4	29,0
Финляндия	26 190	3,3	2,8	4,0	9,6	36,7	22,6	5,6	26,9
Франция	26 920	2,4	1,9	2,8	7,2	40,2	25,1	9,1	32,7
Хорватия	10 240	–	1,7	3,4	8,3	39,6	24,5	7,3	29,0
Чешская Республика	15 780	–	1,4	4,3	10,3	35,9	22,4	5,2	25,4
Швейцария	30 010	2,0	1,2	2,6	6,9	40,3	25,2	9,9	33,1
Швеция	26 050	2,5	2,3	3,6	9,1	36,6	22,2	6,2	25,0
Эстония	12 260	2,2	2,1	1,9	6,1	44,0	28,5	14,9	37,2

<sup>a</sup> Бывшая Югославская Республика Македония.

Примечание. В целях обеспечения сопоставимости вышеприведенных показателей ВОЗ рассчитала их с помощью стандартных методов; они не обязательно являются официальными статистическими показателями государств-членов, которые могут использовать для расчета этих показателей альтернативные, но не менее достоверные методы. Источники: World development indicators 2005. Washington, DC, World Bank, 2005 (<http://www.worldbank.org/data/wdi2005/>; по состоянию на 2 мая 2005 г.) и Human development report 2004. Cultural liberty in today's diverse world. New York, United Nations Development Programme (<http://hdr.undp.org/reports/global/2004/>; по состоянию 2 мая 2005 г.).

Таблица 4. Случаи смерти и DALYs, приходящиеся на 10 ведущих причин, в Европейском регионе ВОЗ, 2002 г.

Госу- дарства- члены	Смертность			DALYs		
	Причины	Общее число смертей	% от общего числа	Причины	Общее число DALYs	% от общего числа
АВСТРИЯ	<b>Все причины</b>	<b>70 450</b>	<b>100,0</b>	<b>Все причины</b>	<b>969 681</b>	<b>100,0</b>
	1. Ишемическая болезнь сердца	15 418	21,9	1. Униполярные депрессивные расстройства	95 118	9,8
	2. Цереброваскулярные заболевания	7 559	10,7	2. Ишемическая болезнь сердца	79 989	8,2
	3. Рак трахеи, бронхов и легких	3 170	4,5	3. Цереброваскулярные заболевания	49 230	5,1
	4. Рак толстой и прямой кишки	2 531	3,6	4. Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	48 850	5,0
	5. Хроническая обструктивная болезнь легких	2 122	3,0	5. Потеря слуха во взрослом возрасте	36 543	3,8
	6. Цирроз печени	1 758	2,5	6. Болезнь Альцгеймера и другие деменции	34 102	3,5
	7. Рак молочной железы	1 633	2,3	7. Хроническая обструктивная болезнь легких	30 652	3,2
	8. Преднамеренные самоповреждения	1 476	2,1	8. Рак трахеи, бронхов и легких	26 882	2,8
	9. Сахарный диабет	1 428	2,0	9. Преднамеренные самоповреждения	26 204	2,7
	10. Гипертоническая болезнь сердца	1 247	1,8	10. Цирроз печени	24 341	2,5
АЗЕРБАЙДЖАН	<b>Все причины</b>	<b>64 213</b>	<b>100,0</b>	<b>Все причины</b>	<b>1 545 013</b>	<b>100,0</b>
	1. Ишемическая болезнь сердца	22 302	34,7	1. Ишемическая болезнь сердца	180 052	11,7
	2. Цереброваскулярные заболевания	6 540	10,2	2. Инфекции нижних дыхательных путей	156 395	10,1
	3. Инфекции нижних дыхательных путей	5 260	8,2	3. Униполярные депрессивные расстройства	99 044	6,4
	4. Гипертоническая болезнь сердца	2 212	3,4	4. Состояния, возникающие в перинатальном периоде	68 795	4,5
	5. Сахарный диабет	1 666	2,6	5. Цереброваскулярные заболевания	60 065	3,9
	6. Состояния, возникающие в перинатальном периоде	1 648	2,6	6. Диарейные заболевания	36 545	2,4
	7. Цирроз печени	1 532	2,4	7. Туберкулез	36 406	2,4
	8. Туберкулез	1 485	2,3	8. Потеря слуха во взрослом возрасте	35 630	2,3
	9. Воспалительные заболевания сердца	1 464	2,3	9. Анемия	35 164	2,3
	10. Рак желудка	1 343	2,1	10. Сахарный диабет	34 711	2,2
АЛБАНИЯ	<b>Все причины</b>	<b>22 096</b>	<b>100,0</b>	<b>Все причины</b>	<b>502 753</b>	<b>100,0</b>
	1. Цереброваскулярные заболевания	4 169	18,9	1. Униполярные депрессивные расстройства	36 939	7,3
	2. Ишемическая болезнь сердца	3 989	18,1	2. Ишемическая болезнь сердца	35 959	7,2
	3. Инфекции нижних дыхательных путей	973	4,4	3. Цереброваскулярные заболевания	33 238	6,6
	4. Рак трахеи, бронхов и легких	933	4,2	4. Состояния, возникающие в перинатальном периоде	21 520	4,3
	5. Рак желудка	572	2,6	5. Инфекции нижних дыхательных путей	18 911	3,8
	6. Рак печени	552	2,5	6. Остеоартрит	12 258	2,4
	7. Состояния, возникающие в перинатальном периоде	540	2,4	7. Падения	10 198	2,0
	8. Гипертоническая болезнь сердца	444	2,0	8. Недостаточность йода	9 376	1,9
	9. Нефрит и нефроз	369	1,7	9. Потеря слуха во взрослом возрасте	9 087	1,8
	10. Хроническая обструктивная болезнь легких	275	1,2	10. Рак трахеи, бронхов и легких	8 828	1,8
АНДОРРА	<b>Все причины</b>	<b>562</b>	<b>100,0</b>	<b>Все причины</b>	<b>8 546</b>	<b>100,0</b>
	1. Ишемическая болезнь сердца	67	12,0	1. Униполярные депрессивные расстройства	715	8,4
	2. Цереброваскулярные заболевания	52	9,3	2. Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	449	5,3
	3. Болезнь Альцгеймера и другие деменции	35	6,2	3. Болезнь Альцгеймера и другие деменции	378	4,4
	4. Рак трахеи, бронхов и легких	30	5,3	4. Ишемическая болезнь сердца	369	4,3
	5. Хроническая обструктивная болезнь легких	25	4,5	5. Цереброваскулярные заболевания	342	4,0
	6. Рак толстой и прямой кишки	22	3,9	6. Потеря слуха во взрослом возрасте	303	3,6
	7. Сахарный диабет	14	2,5	7. Хроническая обструктивная болезнь легких	286	3,3
	8. Инфекции нижних дыхательных путей	13	2,3	8. Дорожно-транспортные происшествия	276	3,2
	9. Рак молочной железы	11	2,0	9. Рак трахеи, бронхов и легких	250	2,9
	10. Дорожно-транспортные происшествия	10	1,9	10. Сахарный диабет	224	2,6

Источник: данные взяты из Mathers C et al. *Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*. Geneva, World Health Organization, 2004 ([http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden\\_gbd2000docs,burden\\_gbd2000docs\\_DP54&language=english](http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden_gbd2000docs,burden_gbd2000docs_DP54&language=english), по состоянию на 25 мая 2005 г.).

Таблица 4 (продолжение)

Госу- дарства- члены	Смертность				DALYs			
	Причины	Общее число смертей	% от общего числа		Причины	Общее число DALYs	% от общего числа	
АРМЕНИЯ	<b>Все причины</b>	<b>26 148</b>	<b>100,0</b>		<b>Все причины</b>	<b>516 208</b>	<b>100,0</b>	
	1. Ишемическая болезнь сердца	8 515	32,6		1.Ишемическая болезнь сердца	65 285	12,6	
	2. Цереброваскулярные заболевания	4 212	16,1		2.Униполярные депрессивные расстройства	38 243	7,4	
	3. Сахарный диабет	1 559	6,0		3.Цереброваскулярные заболевания	34 430	6,7	
	4. Рак трахеи, бронхов и легких	998	3,8		4.Состояния, возникающие в перинатальном периоде	20 268	3,9	
	5. Хроническая обструктивная болезнь легких	782	3,0		5.Сахарный диабет	18 936	3,7	
	6. Воспалительные заболевания сердца	580	2,2		6.Потеря слуха во взрослом возрасте	15 853	3,1	
	7. Гипертоническая болезнь сердца	511	2,0		7.Врожденные аномалии	14 392	2,8	
	8. Рак молочной железы	504	1,9		8.Возрастные расстройства зрения	11 688	2,3	
	9. Рак желудка	502	1,9		9.Рак трахеи, бронхов и легких	10 070	2,0	
	10. Цирроз печени	496	1,9		10.Хроническая обструктивная болезнь легких	8 920	1,7	
БЕЛАРУСЬ	<b>Все причины</b>	<b>143 574</b>	<b>100,0</b>		<b>Все причины</b>	<b>2 192 251</b>	<b>100,0</b>	
	1. Ишемическая болезнь сердца	59 423	41,4		1.Ишемическая болезнь сердца	382 458	17,4	
	2. Цереброваскулярные заболевания	22 790	15,9		2.Цереброваскулярные заболевания	188 174	8,6	
	3. Хроническая обструктивная болезнь легких	5 192	3,6		3.Униполярные депрессивные расстройства	107 552	4,9	
	4. Отравления	3 956	2,8		4.Преднамеренные самоповреждения	78 206	3,6	
	5. Преднамеренные самоповреждения	3 796	2,6		5.Отравления	75 063	3,4	
	6. Рак трахеи, бронхов и легких	3 707	2,6		6.Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	63 271	2,9	
	7. Рак желудка	3 146	2,2		7.Хроническая обструктивная болезнь легких	62 291	2,8	
	8. Рак толстой и прямой кишки	2 550	1,8		8.ВИЧ/СПИД	55 818	2,5	
	9. ВИЧ/СПИД	2 201	1,5		9.Дорожно-транспортные происшествия	52 635	2,4	
	10. Утопления	1 712	1,2		10.Потеря слуха во взрослом возрасте	52 491	2,4	
БЕЛГИЯ	<b>Все причины</b>	<b>102 947</b>	<b>100,0</b>		<b>Все причины</b>	<b>1 357 930</b>	<b>100,0</b>	
	1. Ишемическая болезнь сердца	14 985	14,6		1.Униполярные депрессивные расстройства	131 685	9,7	
	2. Цереброваскулярные заболевания	9 234	9,0		2.Ишемическая болезнь сердца	88 271	6,5	
	3. Рак трахеи, бронхов и легких	7 191	7,0		3.Хроническая обструктивная болезнь легких	66 096	4,9	
	4. Инфекции нижних дыхательных путей	5 043	4,9		4.Цереброваскулярные заболевания	62 978	4,6	
	5. Хроническая обструктивная болезнь легких	4 989	4,8		5.Болезнь Альцгеймера и другие деменции	56 459	4,2	
	6. Болезнь Альцгеймера и другие деменции	4 193	4,1		6.Рак трахеи, бронхов и легких	55 114	4,1	
	7. Рак толстой и прямой кишки	3 471	3,4		7.Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	47 778	3,5	
	8. Рак молочной железы	2 586	2,5		8.Потеря слуха во взрослом возрасте	46 041	3,4	
	9. Преднамеренные самоповреждения	2 148	2,1		9.Преднамеренные самоповреждения	42 090	3,1	
	10. Рак предстательной железы	2 104	2,0		10.Дорожно-транспортные происшествия	36 582	2,7	
БОЛГАРИЯ	<b>Все причины</b>	<b>106 748</b>	<b>100,0</b>		<b>Все причины</b>	<b>1 464 368</b>	<b>100,0</b>	
	1. Ишемическая болезнь сердца	26 638	25,0		1.Ишемическая болезнь сердца	179 532	12,3	
	2. Цереброваскулярные заболевания	21 508	20,1		2.Цереброваскулярные заболевания	164 980	11,3	
	3. Гипертоническая болезнь сердца	4 709	4,4		3.Униполярные депрессивные расстройства	94 865	6,5	
	4. Рак трахеи, бронхов и легких	3 052	2,9		4.Остеoarтрит	40 511	2,8	
	5. Рак толстой и прямой кишки	2 323	2,2		5.Сахарный диабет	36 538	2,5	
	6. Сахарный диабет	1 972	1,8		6.Потеря слуха во взрослом возрасте	33 172	2,3	
	7. Рак желудка	1 783	1,7		7.Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	32 527	2,2	
	8. Инфекции нижних дыхательных путей	1 566	1,5		8.Гипертоническая болезнь сердца	32 470	2,2	
	9. Цирроз печени	1 494	1,4		9.Возрастные расстройства зрения	32 027	2,2	
	10. Преднамеренные самоповреждения	1 347	1,3		10.Рак трахеи, бронхов и легких	31 686	2,2	

Госу- дарства- члены	Смертность				DALYs			
	Причины	Общее число смертей	% от общего числа		Причины	Общее число DALYs	% от общего числа	
БОСНИЯ И ГЕРЦЕГОВИНА	<b>Все причины</b>	<b>34 894</b>	<b>100,0</b>		<b>Все причины</b>	<b>649 408</b>	<b>100,0</b>	
	1. Цереброваскулярные заболевания	6 508	18,7		1.Цереброваскулярные заболевания	63 065	9,7	
	2. Ишемическая болезнь сердца	5 590	16,0		2.Униполярные депрессивные расстройства	51 184	7,9	
	3. Воспалительные заболевания сердца	3 404	9,8		3.Ишемическая болезнь сердца	50 385	7,8	
	4. Рак трахеи, бронхов и легких	1 618	4,6		4.Воспалительные заболевания сердца	26 265	4,0	
	5. Сахарный диабет	646	1,9		5.Остеоартрит	20 224	3,1	
	6. Рак толстой и прямой кишки	587	1,7		6.Рак трахеи, бронхов и легких	17 241	2,7	
	7. Преднамеренные самоповреждения	572	1,6		7.Состояния, возникающие в перинатальном периоде	16 876	2,6	
	8. Рак печени	545	1,6		8.Потеря слуха во взрослом возрасте	15 671	2,4	
	9. Нефрит и нефроз	519	1,5		9.Преднамеренные самоповреждения	12 971	2,0	
	10. Цирроз печени	517	1,5		10.Возрастные расстройства зрения	12 927	2,0	
БЫВШАЯ ЮГОСЛАВСКАЯ РЕСПУБЛИКА МАКЕДОНИЯ	<b>Все причины</b>	<b>18 972</b>	<b>100,0</b>		<b>Все причины</b>	<b>326 031</b>	<b>100,0</b>	
	1. Цереброваскулярные заболевания	3 772	19,9		1.Цереброваскулярные заболевания	30 091	9,2	
	2. Воспалительные заболевания сердца	3 219	17,0		2.Война	26 142	8,0	
	3. Ишемическая болезнь сердца	2 544	13,4		3.Униполярные депрессивные расстройства	24 263	7,4	
	4. Война	803	4,2		4.Ишемическая болезнь сердца	22 280	6,8	
	5. Рак трахеи, бронхов и легких	674	3,6		5.Воспалительные заболевания сердца	17 853	5,5	
	6. Сахарный диабет	615	3,2		6.Состояния, возникающие в перинатальном периоде	10 232	3,1	
	7. Гипертоническая болезнь сердца	475	2,5		7.Остеоартрит	9 167	2,8	
	8. Рак желудка	392	2,1		8.Потеря слуха во взрослом возрасте	7 171	2,2	
	9. Рак толстой и прямой кишки	369	1,9		9.Рак трахеи, бронхов и легких	7 150	2,2	
	10. Хроническая обструктивная болезнь легких	309	1,6		10.Сахарный диабет	6 610	2,0	
ВЕНГРИЯ	<b>Все причины</b>	<b>122 161</b>	<b>100,0</b>		<b>Все причины</b>	<b>1 778 886</b>	<b>100,0</b>	
	1. Ишемическая болезнь сердца	29 420	24,1		1.Ишемическая болезнь сердца	186 226	10,5	
	2. Цереброваскулярные заболевания	16 757	13,7		2.Цереброваскулярные заболевания	121 473	6,8	
	3. Рак трахеи, бронхов и легких	7 569	6,2		3.Униполярные депрессивные расстройства	104 867	5,9	
	4. Цирроз печени	5 652	4,6		4.Цирроз печени	93 358	5,2	
	5. Рак толстой и прямой кишки	4 596	3,8		5.Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	82 576	4,6	
	6. Гипертоническая болезнь сердца	3 816	3,1		6.Рак трахеи, бронхов и легких	76 036	4,3	
	7. Падения	2 853	2,3		7.Потеря слуха во взрослом возрасте	54 648	3,1	
	8. Преднамеренные самоповреждения	2 795	2,3		8.Хроническая обструктивная болезнь легких	48 778	2,7	
	9. Хроническая обструктивная болезнь легких	2 786	2,3		9.Преднамеренные самоповреждения	48 137	2,7	
	10. Рак молочной железы	2 202	1,8		10.Остеоартрит	46 469	2,6	
ГЕРМАНИЯ	<b>Все причины</b>	<b>815 401</b>	<b>100,0</b>		<b>Все причины</b>	<b>10 414 377</b>	<b>100,0</b>	
	1. Ишемическая болезнь сердца	172 717	21,2		1.Ишемическая болезнь сердца	871 228	8,4	
	2. Цереброваскулярные заболевания	79 326	9,7		2.Униполярные депрессивные расстройства	818 642	7,9	
	3. Рак трахеи, бронхов и легких	42 079	5,2		3.Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	521 875	5,0	
	4. Рак толстой и прямой кишки	32 424	4,0		4.Цереброваскулярные заболевания	513 718	4,9	
	5. Хроническая обструктивная болезнь легких	21 948	2,7		5.Потеря слуха во взрослом возрасте	393 423	3,8	
	6. Сахарный диабет	20 873	2,6		6.Болезнь Альцгеймера и другие деменции	377 824	3,6	
	7. Инфекции нижних дыхательных путей	20 608	2,5		7.Рак трахеи, бронхов и легких	353 787	3,4	
	8. Рак молочной железы	19 660	2,4		8.Хроническая обструктивная болезнь легких	334 100	3,2	
	9. Гипертоническая болезнь сердца	18 302	2,2		9.Цирроз печени	264 492	2,5	
	10. Цирроз печени	17 979	2,2		10.Остеоартрит	251 575	2,4	

Таблица 4 (продолжение)

Госу- дарства- члены	Смертность				DALYs			
	Причины	Общее число смертей	% от общего числа	Причины	Общее число DALYs	% от общего числа		
ГРЕЦИЯ	Все причины	113 981	100,0	Все причины	1 393 137	100,0		
	1. Цереброваскулярные заболевания	22 694	19,9	1.Цереброваскулярные заболевания	130 517	9,4		
	2. Ишемическая болезнь сердца	16 825	14,8	2.Ишемическая болезнь сердца	111 885	8,0		
	3. Рак трахеи, бронхов и легких	6 274	5,5	3.Униполярные депрессивные расстройства	72 775	5,2		
	4. Рак толстой и прямой кишки	2 948	2,6	4.Дорожно-транспортные происшествия	51 404	3,7		
	5. Инфекции верхних дыхательных путей	2 375	2,1	5.Потеря слуха во взрослом возрасте	50 397	3,6		
	6. Дорожно-транспортные происшествия	2 152	1,9	6.Болезнь Альцгеймера и другие деменции	50 146	3,6		
	7. Рак печени	2 038	1,8	7.Рак трахеи, бронхов и легких	48 553	3,5		
	8. Рак молочной железы	1 999	1,8	8.Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	48 424	3,5		
	9. Рак желудка	1 831	1,6	9.Сахарный диабет	38 437	2,8		
	10. Хроническая обструктивная болезнь легких	1 784	1,6	10.Остеоартрит	32 509	2,3		
ГРУЗИЯ	Все причины	61 349	100,0	Все причины	892 192	100,0		
	1. Ишемическая болезнь сердца	26 035	42,4	1.Ишемическая болезнь сердца	163 411	18,3		
	2. Цереброваскулярные заболевания	15 680	25,6	2.Цереброваскулярные заболевания	122 449	13,7		
	3. Цирроз печени	1 641	2,7	3.Униполярные депрессивные расстройства	61 490	6,9		
	4. Сахарный диабет	1 202	2,0	4.Состояния, возникающие в перинатальном периоде	37 345	4,2		
	5. Рак трахеи, бронхов и легких	1 193	1,9	5.Остеоартрит	24 362	2,7		
	6. Состояния, возникающие в перинатальном периоде	950	1,5	6.Нарушения, связанные с употреблением наркотиков	21 844	2,4		
	7. Рак молочной железы	879	1,4	7.Цирроз печени	21 203	2,4		
	8. Инфекции нижних дыхательных путей	872	1,4	8.Потеря слуха во взрослом возрасте	19 467	2,2		
	9. Рак желудка	828	1,3	9.Сахарный диабет	17 864	2,0		
	10. Туберкулез	729	1,2	10.Возрастные расстройства зрения	17 793	2,0		
ДАНИЯ	Все причины	57 418	100,0	Все причины	750 197	100,0		
	1. Ишемическая болезнь сердца	10 013	17,4	1.Униполярные депрессивные расстройства	61 059	8,1		
	2. Цереброваскулярные заболевания	4 871	8,5	2.Хроническая обструктивная болезнь легких	57 489	7,7		
	3. Хроническая обструктивная болезнь легких	4 039	7,0	3.Ишемическая болезнь сердца	46 019	6,1		
	4. Рак трахеи, бронхов и легких	3 380	5,9	4.Цереброваскулярные заболевания	35 294	4,7		
	5. Рак толстой и прямой кишки	2 480	4,3	5.Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	35 276	4,7		
	6. Падения	1 637	2,9	6.Рак трахеи, бронхов и легких	25 904	3,5		
	7. Болезнь Альцгеймера и другие деменции	1 591	2,8	7.Болезнь Альцгеймера и другие деменции	25 119	3,3		
	8. Рак молочной железы	1 496	2,6	8.Потеря слуха во взрослом возрасте	23 447	3,1		
	9. Сахарный диабет	1 493	2,6	9.Рак толстой и прямой кишки	17 723	2,4		
	10. Инфекции нижних дыхательных путей	1 476	2,6	10.Сахарный диабет	15 452	2,1		
ИЗРАИЛЬ	Все причины	35 355	100,0	Все причины	658 655	100,0		
	1. Ишемическая болезнь сердца	5 705	16,1	1.Униполярные депрессивные расстройства	82 393	12,5		
	2. Сахарный диабет	2 813	8,0	2.Ишемическая болезнь сердца	29 866	4,5		
	3. Цереброваскулярные заболевания	2 233	6,3	3.Сахарный диабет	22 344	3,4		
	4. Рак толстой и прямой кишки	1 537	4,3	4.Потеря слуха во взрослом возрасте	20 415	3,1		
	5. Рак трахеи, бронхов и легких	1 239	3,5	5.Болезнь Альцгеймера и другие деменции	18 480	2,8		
	6. Рак молочной железы	1 172	3,3	6.Состояния, возникающие в перинатальном периоде	17 569	2,7		
	7. Хроническая обструктивная болезнь легких	968	2,7	7.Цереброваскулярные заболевания	17 345	2,6		
	8. Нефрит и нефроз	956	2,7	8.Врожденные аномалии	16 640	2,5		
	9. Инфекции нижних дыхательных путей	835	2,4	9.Эндокринные нарушения	15 978	2,4		
	10. Лимфомы, множественная миелома	804	2,3	10.Нарушения, связанные с употреблением наркотиков	15 071	2,3		

Госу- дарства- члены	Смертность				DALYs			
	Причины	Общее число смертей	% от общего числа	Причины	Общее число DALYs	% от общего числа		
ИРЛАНДИЯ	Все причины	31 236	100,0	Все причины	487 635	100,0		
	1. Ишемическая болезнь сердца	6 527	20,9	1. Униполярные депрессивные расстройства	40 534	8,3		
	2. Инфекции нижних дыхательных путей	2 667	8,5	2. Ишемическая болезнь сердца	37 464	7,7		
	3. Цереброваскулярные заболевания	2 650	8,5	3. Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	26 143	5,4		
	4. Рак трахеи, бронхов и легких	1 596	5,1	4. Цереброваскулярные заболевания	19 947	4,1		
	5. Хроническая обструктивная болезнь легких	1 558	5,0	5. Хроническая обструктивная болезнь легких	18 711	3,8		
	6. Рак толстой и прямой кишки	1 014	3,2	6. Потеря слуха во взрослом возрасте	14 363	2,9		
	7. Рак молочной железы	742	2,4	7. Болезнь Альцгеймера и другие деменции	12 862	2,6		
	8. Рак предстательной железы	601	1,9	8. Дорожно-транспортные происшествия	12 510	2,6		
	9. Лимфомы, множественная миелома	491	1,6	9. Астма	12 199	2,5		
	10. Преднамеренные самоповреждения	458	1,5	10. Рак трахеи, бронхов и легких	11 995	2,5		
ИСПАНИЯ	Все причины	1 905	100,0	Все причины	28 340	100,0		
	1. Ишемическая болезнь сердца	416	21,8	1. Униполярные депрессивные расстройства	2 900	10,2		
	2. Цереброваскулярные заболевания	189	9,9	2. Ишемическая болезнь сердца	1 940	6,8		
	3. Рак трахеи, бронхов и легких	115	6,0	3. Цереброваскулярные заболевания	1 192	4,2		
	4. Болезнь Альцгеймера и другие деменции	101	5,3	4. Болезнь Альцгеймера и другие деменции	1 117	3,9		
	5. Инфекции нижних дыхательных путей	89	4,7	5. Потеря слуха во взрослом возрасте	1 069	3,8		
	6. Хроническая обструктивная болезнь легких	71	3,7	6. Хроническая обструктивная болезнь легких	1 054	3,7		
	7. Рак толстой и прямой кишки	59	3,1	7. Рак трахеи, бронхов и легких	954	3,4		
	8. Рак молочной железы	48	2,5	8. Преднамеренные самоповреждения	830	2,9		
	9. Рак предстательной железы	46	2,4	9. Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	778	2,7		
	10. Рак поджелудочной железы	39	2,0	10. Дорожно-транспортные происшествия	688	2,4		
ИСПАНИЯ	Все причины	355 695	100,0	Все причины	4 951 588	100,0		
	1. Ишемическая болезнь сердца	45 018	12,7	1. Униполярные депрессивные расстройства	274 925	5,6		
	2. Цереброваскулярные заболевания	34 880	9,8	2. Ишемическая болезнь сердца	254 464	5,1		
	3. Рак трахеи, бронхов и легких	18 298	5,1	3. Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	227 749	4,6		
	4. Болезнь Альцгеймера и другие деменции	17 341	4,9	4. Цереброваскулярные заболевания	220 220	4,4		
	5. Хроническая обструктивная болезнь легких	17 148	4,8	5. Болезнь Альцгеймера и другие деменции	216 950	4,4		
	6. Рак толстой и прямой кишки	13 127	3,7	6. Потеря слуха во взрослом возрасте	179 798	3,6		
	7. Сахарный диабет	9 965	2,8	7. Хроническая обструктивная болезнь легких	165 829	3,3		
	8. Инфекции нижних дыхательных путей	9 805	2,8	8. Дорожно-транспортные происшествия	165 584	3,3		
	9. Рак желудка	6 569	1,8	9. Рак трахеи, бронхов и легких	154 604	3,1		
	10. Дорожно-транспортные происшествия	6 489	1,8	10. Нарушения, связанные с употреблением наркотиков	145 699	2,9		
ИТАЛИЯ	Все причины	570 710	100,0	Все причины	6 789 291	100,0		
	1. Ишемическая болезнь сердца	92 928	16,3	1. Униполярные депрессивные расстройства	464 873	6,8		
	2. Цереброваскулярные заболевания	69 075	12,1	2. Ишемическая болезнь сердца	450 953	6,6		
	3. Рак трахеи, бронхов и легких	32 114	5,6	3. Цереброваскулярные заболевания	385 564	5,7		
	4. Гипертоническая болезнь сердца	20 566	3,6	4. Болезнь Альцгеймера и другие деменции	304 193	4,5		
	5. Хроническая обструктивная болезнь легких	20 042	3,5	5. Потеря слуха во взрослом возрасте	272 459	4,0		
	6. Сахарный диабет	19 335	3,4	6. Сахарный диабет	253 447	3,7		
	7. Рак толстой и прямой кишки	17 875	3,1	7. Рак трахеи, бронхов и легких	238 299	3,5		
	8. Инфекции нижних дыхательных путей	14 604	2,6	8. Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	227 530	3,4		
	9. Болезнь Альцгеймера и другие деменции	13 627	2,4	9. Дорожно-транспортные происшествия	182 555	2,7		
	10. Рак молочной железы	11 625	2,0	10. Остеоартрит	177 068	2,6		



Таблица 4 (продолжение)

Госу- дарства- члены	Смертность		DALYs			
	Причины	Общее число смертей	% от общего числа	Причины	Общее число DALYs	% от общего числа
КАЗАХСТАН	Все причины	184 078	100,0	Все причины	3 752 121	100,0
	1. Ишемическая болезнь сердца	51 948	28,2	1.Ишемическая болезнь сердца	409 227	10,9
	2. Цереброваскулярные заболевания	26 874	14,6	2.Цереброваскулярные заболевания	248 561	6,6
	3. Отравления	9 023	4,9	3.Отравления	186 699	5,0
	4. Преднамеренные самоповреждения	5 746	3,1	4.Униполярные депрессивные расстройства	163 543	4,4
	5. Гипертоническая болезнь сердца	5 639	3,1	5.Преднамеренные самоповреждения	137 970	3,7
	6. Хроническая обструктивная болезнь легких	5 218	2,8	6.Состояния, возникающие в перинатальном периоде	119 481	3,2
	7. Туберкулез	4 828	2,6	7.Туберкулез	118 961	3,2
	8. Рак трахеи, бронхов и легких	4 420	2,4	8.Инфекции нижних дыхательных путей	109 198	2,9
	9. Инфекции нижних дыхательных путей	4 379	2,4	9.Насилие	104 789	2,8
	10. Цирроз печени	4 358	2,4	10.Хроническая обструктивная болезнь легких	97 422	2,6
КИПР	Все причины	7 494	100,0	Все причины	108 491	100,0
	1. Ишемическая болезнь сердца	1 358	18,1	1.Униполярные депрессивные расстройства	7 476	6,9
	2. Цереброваскулярные заболевания	795	10,6	2.Ишемическая болезнь сердца	7 400	6,8
	3. Инфекции нижних дыхательных путей	497	6,6	3.Возрастные расстройства зрения	7 224	6,7
	4. Дорожно-транспортные происшествия	214	2,9	4.Дорожно-транспортные происшествия	5 931	5,5
	5. Рак трахеи, бронхов и легких	182	2,4	5.Потеря слуха во взрослом возрасте	5 480	5,1
	6. Рак молочной железы	126	1,7	6.Катаракта	4 536	4,2
	7. Рак толстой и прямой кишки	107	1,4	7.Сахарный диабет	4 283	3,9
	8. Нефрит и нефроз	99	1,3	8.Цереброваскулярные заболевания	3 609	3,3
	9. Рак мочевого пузыря	76	1,0	9.Инфекции нижних дыхательных путей	2 936	2,7
	10. Рак желудка	74	1,0	10.Шизофрения	2 017	1,9
КЫРГЫЗСТАН	Все причины	45 256	100,0	Все причины	1 141 177	100,0
	1. Ишемическая болезнь сердца	10 850	24,0	1.Состояния, возникающие в перинатальном периоде	92 799	8,1
	2. Цереброваскулярные заболевания	8 366	18,5	2.Цереброваскулярные заболевания	84 183	7,4
	3. Хроническая обструктивная болезнь легких	2 873	6,3	3.Ишемическая болезнь сердца	84 092	7,4
	4. Состояния, возникающие в перинатальном периоде	2 158	4,8	4.Инфекции нижних дыхательных путей	63 417	5,6
	5. Инфекции нижних дыхательных путей	2 116	4,7	5.Униполярные депрессивные расстройства	57 911	5,1
	6. Цирроз печени	1 788	3,9	6.Хроническая обструктивная болезнь легких	47 784	4,2
	7. Туберкулез	1 047	2,3	7.Врожденные аномалии	31 682	2,8
	8. Рак желудка	781	1,7	8.Цирроз печени	31 659	2,8
	9. Нефрит и нефроз	768	1,7	9.Туберкулез	26 126	2,3
	10. Преднамеренные самоповреждения	750	1,7	10.Диарейные заболевания	25 942	2,3
ЛАТВИЯ	Все причины	33 451	100,0	Все причины	482 223	100,0
	1. Ишемическая болезнь сердца	9 928	29,7	1.Ишемическая болезнь сердца	60 445	12,5
	2. Цереброваскулярные заболевания	7 278	21,8	2.Цереброваскулярные заболевания	45 102	9,4
	3. Рак трахеи, бронхов и легких	1 145	3,4	3.Униполярные депрессивные расстройства	24 848	5,2
	4. Преднамеренные самоповреждения	709	2,1	4.Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	20 747	4,3
	5. Рак толстой и прямой кишки	678	2,0	5.Дорожно-транспортные происшествия	15 991	3,3
	6. Воспалительные заболевания сердца	665	2,0	6.Воспалительные заболевания сердца	13 916	2,9
	7. Рак желудка	652	1,9	7.Преднамеренные самоповреждения	13 328	2,8
	8. Дорожно-транспортные происшествия	583	1,7	8.Потеря слуха во взрослом возрасте	12 823	2,7
	9. Падения	450	1,3	9.Остеoarтрит	10 804	2,2
	10. Рак молочной железы	437	1,3	10.Рак трахеи, бронхов и легких	10 139	2,1

Госу- дарства- члены	Смертность				DALYs			
	Причины	Общее число смертей	% от общего числа		Причины	Общее число DALYs	% от общего числа	
ЛИТВА	Все причины	41 060	100,0		Все причины	625 222	100,0	
	1. Ишемическая болезнь сердца	14 662	35,7		1.Ишемическая болезнь сердца	77 874	12,5	
	2. Цереброваскулярные заболевания	5 089	12,4		2.Униполярные депрессивные расстройства	36 789	5,9	
	3. Преднамеренные самоповреждения	1 577	3,8		3.Цереброваскулярные заболевания	34 155	5,5	
	4. Рак трахеи, бронхов и легких	1 467	3,6		4.Преднамеренные самоповреждения	30 657	4,9	
	5. Хроническая обструктивная болезнь легких	963	2,3		5.Дорожно-транспортные происшествия	19 637	3,1	
	6. Рак толстой и прямой кишки	953	2,3		6.Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	18 200	2,9	
	7. Рак желудка	828	2,0		7.Потеря слуха во взрослом возрасте	18 067	2,9	
	8. Дорожно-транспортные происшествия	709	1,7		8.Остеоартрит	15 323	2,5	
	9. Отравления	670	1,6		9.Насилие	14 094	2,3	
	10. Цирроз печени	666	1,6		10.Рак трахеи, бронхов и легких	12 675	2,0	
ЛЮКСЕМБУРГ	Все причины	3 410	100,0		Все причины	55 069	100,0	
	1. Ишемическая болезнь сердца	455	13,3		1.Униполярные депрессивные расстройства	5 255	9,5	
	2. Цереброваскулярные заболевания	390	11,4		2.Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	3 324	6,0	
	3. Рак трахеи, бронхов и легких	183	5,4		3.Цереброваскулярные заболевания	2 971	5,4	
	4. Рак толстой и прямой кишки	128	3,7		4.Ишемическая болезнь сердца	2 778	5,0	
	5. Хроническая обструктивная болезнь легких	109	3,2		5.Потеря слуха во взрослом возрасте	1 915	3,5	
	6. Инфекции нижних дыхательных путей	104	3,0		6.Дорожно-транспортные происшествия	1 800	3,3	
	7. Рак молочной железы	91	2,7		7.Болезнь Альцгеймера и другие деменции	1 779	3,2	
	8. Болезнь Альцгеймера и другие деменции	89	2,6		8.Хроническая обструктивная болезнь легких	1 765	3,2	
	9. Цирроз печени	75	2,2		9.Рак трахеи, бронхов и легких	1 563	2,8	
	10. Преднамеренные самоповреждения	72	2,1		10.Преднамеренные самоповреждения	1 296	2,4	
МАЛЬТА	Все причины	2 962	100,0		Все причины	43 508	100,0	
	1. Ишемическая болезнь сердца	773	26,1		1.Ишемическая болезнь сердца	4 502	10,3	
	2. Цереброваскулярные заболевания	316	10,7		2.Униполярные депрессивные расстройства	3 182	7,3	
	3. Инфекции нижних дыхательных путей	230	7,8		3.Цереброваскулярные заболевания	2 368	5,4	
	4. Рак трахеи, бронхов и легких	133	4,5		4.Сахарный диабет	1 875	4,3	
	5. Рак толстой и прямой кишки	98	3,3		5.Потеря слуха во взрослом возрасте	1 607	3,7	
	6. Сахарный диабет	92	3,1		6.Болезнь Альцгеймера и другие деменции	1 362	3,1	
	7. Рак молочной железы	89	3,0		7.Хроническая обструктивная болезнь легких	1 338	3,1	
	8. Хроническая обструктивная болезнь легких	73	2,5		8.Рак трахеи, бронхов и легких	1 106	2,5	
	9. Болезни кожи	54	1,8		9.Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	1 050	2,4	
	10. Нефрит и нефроз	50	1,7		10.Остеоартрит	1 024	2,4	
МОНАКО	Все причины	261	100,0		Все причины	3 876	100,0	
	1. Ишемическая болезнь сердца	27	10,4		1.Униполярные депрессивные расстройства	337	8,7	
	2. Цереброваскулярные заболевания	22	8,4		2.Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	213	5,5	
	3. Рак трахеи, бронхов и легких	14	5,2		3.Потеря слуха во взрослом возрасте	145	3,7	
	4. Инфекции нижних дыхательных путей	11	4,3		4.Цереброваскулярные заболевания	142	3,7	
	5. Рак толстой и прямой кишки	9	3,3		5.Ишемическая болезнь сердца	139	3,6	
	6. Хроническая обструктивная болезнь легких	8	3,1		6.Болезнь Альцгеймера и другие деменции	138	3,6	
	7. Эндокринные нарушения	6	2,4		7.Хроническая обструктивная болезнь легких	117	3,0	
	8. Рак молочной железы	6	2,3		8.Рак трахеи, бронхов и легких	115	3,0	
	9. Падения	5	2,0		9.Дорожно-транспортные происшествия	107	2,8	
	10. Сахарный диабет	5	1,9		10.Эндокринные нарушения	104	2,7	

Таблица 4 (продолжение)

Госу- дарства- члены	Смертность		DALYs			
	Причины	Общее число смертей	% от общего числа	Причины	Общее число DALYs	% от общего числа
НИДЕРЛАНДЫ	Все причины	139 374	100,0	Все причины	1 868 545	100,0
	1. Ишемическая болезнь сердца	19 045	13,7	1. Униполярные депрессивные расстройства	145 864	7,8
	2. Цереброваскулярные заболевания	12 459	8,9	2. Ишемическая болезнь сердца	116 880	6,3
	3. Рак трахеи, бронхов и легких	9 054	6,5	3. Хроническая обструктивная болезнь легких	97 583	5,2
	4. Инфекции нижних дыхательных путей	8 016	5,8	4. Цереброваскулярные заболевания	86 157	4,6
	5. Хроническая обструктивная болезнь легких	7 226	5,2	5. Рак трахеи, бронхов и легких	72 975	3,9
	6. Болезнь Альцгеймера и другие деменции	5 847	4,2	6. Болезнь Альцгеймера и другие деменции	70 892	3,8
	7. Рак толстой и прямой кишки	5 133	3,7	7. Потеря слуха во взрослом возрасте	69 337	3,7
	8. Рак молочной железы	3 956	2,8	8. Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	68 738	3,7
	9. Сахарный диабет	3 582	2,6	9. Остеоартрит	43 099	2,3
	10. Рак предстательной железы	2 914	2,1	10. Рак молочной железы	42 988	2,3
НОРВЕГИЯ	Все причины	45 207	100,0	Все причины	520 406	100,0
	1. Ишемическая болезнь сердца	8 886	19,7	1. Униполярные депрессивные расстройства	46 167	8,9
	2. Цереброваскулярные заболевания	4 817	10,7	2. Ишемическая болезнь сердца	39 668	7,6
	3. Инфекции нижних дыхательных путей	2 749	6,1	3. Цереброваскулярные заболевания	25 324	4,9
	4. Рак трахеи, бронхов и легких	1 885	4,2	4. Хроническая обструктивная болезнь легких	23 033	4,4
	5. Рак толстой и прямой кишки	1 868	4,1	5. Болезнь Альцгеймера и другие деменции	21 191	4,1
	6. Хроническая обструктивная болезнь легких	1 684	3,7	6. Потеря слуха во взрослом возрасте	18 755	3,6
	7. Рак предстательной железы	1 281	2,8	7. Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	15 226	2,9
	8. Болезнь Альцгеймера и другие деменции	1 087	2,4	8. Рак трахеи, бронхов и легких	14 948	2,9
	9. Падения	943	2,1	9. Нарушения, связанные с употреблением наркотиков	13 063	2,5
	10. Рак молочной железы	892	2,0	10. Рак толстой и прямой кишки	12 637	2,4
ПОЛЬША	Все причины	351 944	100,0	Все причины	5 832 411	100,0
	1. Ишемическая болезнь сердца	77 151	21,9	1. Ишемическая болезнь сердца	533 090	9,1
	2. Цереброваскулярные заболевания	43 032	12,2	2. Униполярные депрессивные расстройства	467 645	8,0
	3. Рак трахеи, бронхов и легких	22 831	6,5	3. Цереброваскулярные заболевания	337 626	5,8
	4. Рак толстой и прямой кишки	11 186	3,2	4. Рак трахеи, бронхов и легких	214 605	3,7
	5. Рак желудка	7 039	2,0	5. Остеоартрит	182 809	3,1
	6. Инфекции нижних дыхательных путей	6 818	1,9	6. Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	178 498	3,1
	7. Преднамеренные самоповреждения	6 692	1,9	7. Дорожно-транспортные происшествия	152 199	2,6
	8. Дорожно-транспортные происшествия	6 012	1,7	8. Потеря слуха во взрослом возрасте	142 890	2,4
	9. Рак молочной железы	5 948	1,7	9. Преднамеренные самоповреждения	137 566	2,4
	10. Хроническая обструктивная болезнь легких	5 941	1,7	10. Возрастные расстройства зрения	127 710	2,2
ПОРТУГАЛИЯ	Все причины	94 312	100,0	Все причины	1 415 476	100,0
	1. Цереброваскулярные заболевания	20 069	21,3	1. Цереброваскулярные заболевания	145 965	10,3
	2. Ишемическая болезнь сердца	10 927	11,6	2. Униполярные депрессивные расстройства	76 723	5,4
	3. Инфекции нижних дыхательных путей	5 384	5,7	3. Ишемическая болезнь сердца	69 821	4,9
	4. Сахарный диабет	3 402	3,6	4. Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	60 323	4,3
	5. Рак толстой и прямой кишки	3 241	3,4	5. Потеря слуха во взрослом возрасте	43 514	3,1
	6. Рак трахеи, бронхов и легких	3 154	3,3	6. Дорожно-транспортные происшествия	43 328	3,1
	7. Рак желудка	2 952	3,1	7. Болезнь Альцгеймера и другие деменции	43 191	3,1
	8. Хроническая обструктивная болезнь легких	2 569	2,7	8. Хроническая обструктивная болезнь легких	42 410	3,0
	9. Рак предстательной железы	1 911	2,0	9. Сахарный диабет	41 896	3,0
	10. Цирроз печени	1 896	2,0	10. ВИЧ/СПИД	36 983	2,6

Госу- дарства- члены	Смертность				DALYs			
	Причины	Общее число смертей	% от общего числа	Причины	Общее число DALYs	% от общего числа		
РЕСПУБЛИКА МОЛДОВА	Все причины	48 206	100,0	Все причины	883 014	100,0		
	1. Ишемическая болезнь сердца	18 559	38,5	1.Ишемическая болезнь сердца	110 615	12,5		
	2. Цереброваскулярные заболевания	7 848	16,3	2.Цереброваскулярные заболевания	72 774	8,2		
	3. Цирроз печени	3 809	7,9	3.Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	61 483	7,0		
	4. Хроническая обструктивная болезнь легких	1 671	3,5	4.Цирроз печени	53 605	6,1		
	5. Рак трахеи, бронхов и легких	950	2,0	5.Униполярные депрессивные расстройства	46 127	5,2		
	6. Инфекции нижних дыхательных путей	845	1,8	6.Хроническая обструктивная болезнь легких	22 884	2,6		
	7. Преднамеренные самоповреждения	782	1,6	7.Врожденные аномалии	20 936	2,4		
	8. Туберкулез	694	1,4	8.Дорожно-транспортные происшествия	20 004	2,3		
	9. Рак толстой и прямой кишки	686	1,4	9.Потеря слуха во взрослом возрасте	19 937	2,3		
	10. Дорожно-транспортные происшествия	670	1,4	10.Инфекции нижних дыхательных путей	17 593	2,0		
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	Все причины	2 405 721	100,0	Все причины	39 409 946	100,0		
	1. Ишемическая болезнь сердца	711 571	29,6	1.Ишемическая болезнь сердца	5 472 308	13,9		
	2. Цереброваскулярные заболевания	533 675	22,2	2.Цереброваскулярные заболевания	3 930 367	10,0		
	3. Отравления	66 930	2,8	3.Униполярные депрессивные расстройства	1 574 695	4,0		
	4. Преднамеренные самоповреждения	59 015	2,5	4.Насилие	1 459 927	3,7		
	5. Рак трахеи, бронхов и легких	58 899	2,4	5.Преднамеренные самоповреждения	1 297 152	3,3		
	6. Насилие	47 461	2,0	6.Дорожно-транспортные происшествия	1 292 752	3,3		
	7. Дорожно-транспортные происшествия	44 580	1,9	7.Отравления	1 272 366	3,2		
	8. Рак желудка	44 557	1,9	8.Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	1 258 936	3,2		
	9. Рак толстой и прямой кишки	38 141	1,6	9.Потеря слуха во взрослом возрасте	765 988	1,9		
	10. Цирроз печени	37 426	1,6	10.Туберкулез	700 997	1,8		
РУМЫНИЯ	Все причины	258 675	100,0	Все причины	4 106 104	100,0		
	1. Ишемическая болезнь сердца	60 718	23,5	1.Цереброваскулярные заболевания	416 656	10,1		
	2. Цереброваскулярные заболевания	52 272	20,2	2.Ишемическая болезнь сердца	403 640	9,8		
	3. Гипертоническая болезнь сердца	16 858	6,5	3.Униполярные депрессивные расстройства	268 936	6,5		
	4. Цирроз печени	10 996	4,3	4.Цирроз печени	159 426	3,9		
	5. Рак трахеи, бронхов и легких	8 904	3,4	5.Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	125 986	3,1		
	6. Инфекции нижних дыхательных путей	6 367	2,5	6.Остеоартрит	107 647	2,6		
	7. Хроническая обструктивная болезнь легких	5 743	2,2	7.Инфекции нижних дыхательных путей	104 787	2,6		
	8. Рак толстой и прямой кишки	4 612	1,8	8.Гипертоническая болезнь сердца	103 018	2,5		
	9. Рак желудка	4 394	1,7	9.Рак трахеи, бронхов и легких	91 790	2,2		
	10. Рак молочной железы	3 392	1,3	10.Потеря слуха во взрослом возрасте	86 627	2,1		
САН-МАРИНО	Все причины	260	100,0	Все причины	3 042	100,0		
	1. Ишемическая болезнь сердца	40	15,4	1.Униполярные депрессивные расстройства	245	8,1		
	2. Цереброваскулярные заболевания	26	9,9	2.Ишемическая болезнь сердца	219	7,2		
	3. Рак трахеи, бронхов и легких	18	6,8	3.Цереброваскулярные заболевания	158	5,2		
	4. Рак желудка	12	4,4	4.Потеря слуха во взрослом возрасте	130	4,3		
	5. Инфекции нижних дыхательных путей	9	3,3	5.Болезнь Альцгеймера и другие деменции	129	4,2		
	6. Лимфомы, множественная миелома	8	3,2	6.Рак трахеи, бронхов и легких	116	3,8		
	7. Рак толстой и прямой кишки	6	2,4	7.Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	107	3,5		
	8. Рак предстательной железы	5	1,9	8.Остеоартрит	84	2,8		
	9. Воспалительные заболевания сердца	5	1,9	9.Дорожно-транспортные происшествия	81	2,7		
	10. Рак молочной железы	4	1,6	10.Сахарный диабет	78	2,6		

Таблица 4 (продолжение)

Госу- дарства- члены	Смертность		DALYs			
	Причины	Общее число смертей	% от общего числа	Причины	Общее число DALYs	% от общего числа
СЕРБИЯ И ЧЕРНОГОРИЯ	Все причины	120 948	100,0	Все причины	1 823 369	100,0
	1. Ишемическая болезнь сердца	23 610	19,5	1.Цереброваскулярные заболевания	182 445	10,0
	2. Цереброваскулярные заболевания	21 756	18,0	2.Ишемическая болезнь сердца	173 717	9,5
	3. Рак трахеи, бронхов и легких	4 986	4,1	3.Униполярные депрессивные расстройства	123 248	6,8
	4. Воспалительные заболевания сердца	4 903	4,1	4.Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	64 796	3,6
	5. Сахарный диабет	3 239	2,7	5.Болезни мочеполовой системы	63 507	3,5
	6. Хроническая обструктивная болезнь легких	2 730	2,3	6.Рак трахеи, бронхов и легких	50 952	2,8
	7. Рак толстой и прямой кишки	2 576	2,1	7.Остеoarтрит	49 912	2,7
	8. Рак молочной железы	1 870	1,5	8.Состояния, возникающие в перинатальном периоде	41 560	2,3
	9. Цирроз печени	1 818	1,5	9.Потеря слуха во взрослом возрасте	40 272	2,2
	10. Болезни мочеполовой системы	1 810	1,5	10.Сахарный диабет	38 588	2,1
СЛОВАКИЯ	Все причины	49 852	100,0	Все причины	834 289	100,0
	1. Ишемическая болезнь сердца	14 609	29,3	1.Ишемическая болезнь сердца	83 412	10,0
	2. Цереброваскулярные заболевания	4 445	8,9	2.Униполярные депрессивные расстройства	65 871	7,9
	3. Гипертоническая болезнь сердца	3 281	6,6	3.Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	33 199	4,0
	4. Рак трахеи, бронхов и легких	2 112	4,2	4.Цереброваскулярные заболевания	31 508	3,8
	5. Рак толстой и прямой кишки	1 801	3,6	5.Остеoarтрит	25 284	3,0
	6. Инфекции нижних дыхательных путей	1 409	2,8	6.Гипертоническая болезнь сердца	22 720	2,7
	7. Цирроз печени	1 313	2,6	7.Цирроз печени	22 621	2,7
	8. Рак молочной железы	852	1,7	8.Потеря слуха во взрослом возрасте	19 526	2,3
	9. Рак желудка	810	1,6	9.Рак трахеи, бронхов и легких	19 263	2,3
	10. Сахарный диабет	783	1,6	10.Возрастные расстройства зрения	16 923	2,0
СЛОВЕНИЯ	Все причины	18 192	100,0	Все причины	282 355	100,0
	1. Ишемическая болезнь сердца	2 803	15,4	1.Униполярные депрессивные расстройства	26 947	9,5
	2. Цереброваскулярные заболевания	2 003	11,0	2.Ишемическая болезнь сердца	17 813	6,3
	3. Рак трахеи, бронхов и легких	982	5,4	3.Цереброваскулярные заболевания	17 284	6,1
	4. Воспалительные заболевания сердца	793	4,4	4.Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	12 595	4,5
	5. Цирроз печени	786	4,3	5.Цирроз печени	12 094	4,3
	6. Рак толстой и прямой кишки	651	3,6	6.Преднамеренные самоповреждения	10 458	3,7
	7. Хроническая обструктивная болезнь легких	608	3,3	7.Рак трахеи, бронхов и легких	9 154	3,2
	8. Преднамеренные самоповреждения	586	3,2	8.Потеря слуха во взрослом возрасте	8 854	3,1
	9. Инфекции нижних дыхательных путей	575	3,2	9.Дорожно-транспортные происшествия	8 247	2,9
	10. Сахарный диабет	564	3,1	10.Хроническая обструктивная болезнь легких	7 919	2,8
СОЕДИНЕННОЕ КОРОЛЕВСТВО	Все причины	599 344	100,0	Все причины	7 555 040	100,0
	1. Ишемическая болезнь сердца	120 530	20,1	1.Ишемическая болезнь сердца	653 004	8,6
	2. Инфекции нижних дыхательных путей	65 395	10,9	2.Униполярные депрессивные расстройства	586 613	7,8
	3. Цереброваскулярные заболевания	59 322	9,9	3.Хроническая обструктивная болезнь легких	366 584	4,9
	4. Рак трахеи, бронхов и легких	33 314	5,6	4.Цереброваскулярные заболевания	365 846	4,8
	5. Хроническая обструктивная болезнь легких	28 421	4,7	5.Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	277 584	3,7
	6. Рак толстой и прямой кишки	19 350	3,2	6.Болезнь Альцгеймера и другие деменции	276 347	3,7
	7. Рак молочной железы	14 989	2,5	7.Потеря слуха во взрослом возрасте	252 668	3,3
	8. Болезнь Альцгеймера и другие деменции	13 162	2,2	8.Рак трахеи, бронхов и легких	229 789	3,0
	9. Рак предстательной железы	10 995	1,8	9.Инфекции нижних дыхательных путей	226 081	3,0
	10. Лимфомы, множественная миелома	8 431	1,4	10.Нарушения, связанные с употреблением наркотиков	162 131	2,1

Госу- дарства- члены	Смертность				DALYs			
	Причины	Общее число смертей	% от общего числа	Причины	Общее число DALYs	% от общего числа		
ТАДЖИКИСТАН	Все причины	54 286	100,0	Все причины	1 374 273	100,0		
	1. Ишемическая болезнь сердца	11 447	21,1	1.Состояния, возникающие в перинатальном периоде	132 906	9,7		
	2. Гипертоническая болезнь сердца	6 276	11,6	2.Инфекции нижних дыхательных путей	125 475	9,1		
	3. Инфекции нижних дыхательных путей	5 474	10,1	3.Ишемическая болезнь сердца	83 634	6,1		
	4. Состояния, возникающие в перинатальном периоде	3 088	5,7	4.Униполярные депрессивные расстройства	68 596	5,0		
	5. Цереброваскулярные заболевания	3 048	5,6	5.Диарейные заболевания	68 332	5,0		
	6. Диарейные заболевания	2 032	3,7	6.Гипертоническая болезнь сердца	47 926	3,5		
	7. Цирроз печени	1 303	2,4	7.Менингит	37 258	2,7		
	8. Туберкулез	1 155	2,1	8.Туберкулез	28 984	2,1		
	9. Менингит	1 096	2,0	9.Хроническая обструктивная болезнь легких	25 759	1,9		
	10. Хроническая обструктивная болезнь легких	1 028	1,9	10.Цереброваскулярные заболевания	25 174	1,8		
ТУРКМЕНИСТАН	Все причины	41 735	100,0	Все причины	1 070 033	100,0		
	1. Ишемическая болезнь сердца	11 671	28,0	1.Инфекции нижних дыхательных путей	114 409	10,7		
	2. Гипертоническая болезнь сердца	5 068	12,1	2.Ишемическая болезнь сердца	102 191	9,6		
	3. Инфекции нижних дыхательных путей	3 720	8,9	3.Униполярные депрессивные расстройства	55 051	5,1		
	4. Цереброваскулярные заболевания	2 182	5,2	4.Гипертоническая болезнь сердца	51 101	4,8		
	5. Туберкулез	1 491	3,6	5.Состояния, возникающие в перинатальном периоде	40 553	3,8		
	6. Цирроз печени	1 421	3,4	6.Диарейные заболевания	38 911	3,6		
	7. Диарейные заболевания	1 097	2,6	7.Туберкулез	36 958	3,5		
	8. Состояния, возникающие в перинатальном периоде	910	2,2	8.Цирроз печени	28 496	2,7		
	9. Преднамеренные самоповреждения	599	1,4	9.Цереброваскулярные заболевания	22 071	2,1		
	10. Сахарный диабет	552	1,3	10.Врожденные аномалии	17 493	1,6		
ТУРЦИЯ	Все причины	436 920	100,0	Все причины	11 449 790	100,0		
	1. Ишемическая болезнь сердца	102 552	23,5	1.Ишемическая болезнь сердца	842 438	7,4		
	2. Цереброваскулярные заболевания	62 782	14,4	2.Униполярные депрессивные расстройства	818 907	7,2		
	3. Состояния, возникающие в перинатальном периоде	19 513	4,5	3.Состояния, возникающие в перинатальном периоде	767 718	6,7		
	4. Хроническая обструктивная болезнь легких	18 221	4,2	4.Цереброваскулярные заболевания	730 232	6,4		
	5. Инфекции нижних дыхательных путей	12 891	3,0	5.Инфекции нижних дыхательных путей	383 673	3,4		
	6. Гипертоническая болезнь сердца	11 680	2,7	6.Хроническая обструктивная болезнь легких	317 991	2,8		
	7. Рак трахеи, бронхов и легких	10 121	2,3	7.Врожденные аномалии	310 417	2,7		
	8. Менингит	7 642	1,7	8.Остеоартрит	252 122	2,2		
	9. Диарейные заболевания	6 942	1,6	9.Менингит	249 240	2,2		
	10. Врожденные аномалии	6 679	1,5	10.Диарейные заболевания	235 894	2,1		
УЗБЕКИСТАН	Все причины	171 512	100,0	Все причины	4 300 427	100,0		
	1. Ишемическая болезнь сердца	55 693	32,5	1.Ишемическая болезнь сердца	379 347	8,8		
	2. Цереброваскулярные заболевания	23 436	13,7	2.Инфекции нижних дыхательных путей	339 614	7,9		
	3. Инфекции нижних дыхательных путей	10 922	6,4	3.Униполярные депрессивные расстройства	294 066	6,8		
	4. Гипертоническая болезнь сердца	9 004	5,2	4.Состояния, возникающие в перинатальном периоде	207 600	4,8		
	5. Цирроз печени	6 695	3,9	5.Цереброваскулярные заболевания	183 670	4,3		
	6. Состояния, возникающие в перинатальном периоде	4 854	2,8	6.Цирроз печени	132 821	3,1		
	7. Воспалительные заболевания сердца	4 479	2,6	7.Туберкулез	107 645	2,5		
	8. Туберкулез	4 384	2,6	8.Врожденные аномалии	92 923	2,2		
	9. Хроническая обструктивная болезнь легких	3 400	2,0	9.Потеря слуха во взрослом возрасте	92 032	2,1		
	10. Сахарный диабет	2 955	1,7	10.Анемия	86 482	2,0		

Таблица 4 (продолжение)

Госу- дарства- члены	Смертность				DALYs			
	Причины	Общее число смертей	% от общего числа	Причины	Общее число DALYs	% от общего числа		
УКРАИНА	Все причины	782 993	100,0	Все причины	11 340 794	100,0		
	1. Ишемическая болезнь сердца	335 610	42,9	1.Ишемическая болезнь сердца	2 067 811	18,2		
	2. Цереброваскулярные заболевания	126 117	16,1	2.Цереброваскулярные заболевания	958 442	8,5		
	3. Хроническая обструктивная болезнь легких	25 304	3,2	3.Униполярные депрессивные расстройства	525 321	4,6		
	4. Рак трахеи, бронхов и легких	18 953	2,4	4.ВИЧ/СПИД	354 531	3,1		
	5. Преднамеренные самоповреждения	17 520	2,2	5.Преднамеренные самоповреждения	339 304	3,0		
	6. Отравления	16 577	2,1	6.Хроническая обструктивная болезнь легких	321 391	2,8		
	7. Рак желудка	12 629	1,6	7.Отравления	312 298	2,8		
	8. Цирроз печени	12 459	1,6	8.Потеря слуха во взрослом возрасте	266 302	2,3		
	9. Рак толстой и прямой кишки	12 413	1,6	9.Насилие	241 668	2,1		
	10. ВИЧ/СПИД	12 223	1,6	10.Цирроз печени	224 442	2,0		
ФИНЛЯДИЯ	Все причины	48 461	100,0	Все причины	667 725	100,0		
	1. Ишемическая болезнь сердца	12 488	25,7	1.Униполярные депрессивные расстройства	72 348	10,8		
	2. Цереброваскулярные заболевания	4 875	10,0	2.Ишемическая болезнь сердца	62 918	9,4		
	3. Болезнь Альцгеймера и другие деменции	3 682	7,6	3.Цереброваскулярные заболевания	35 795	5,4		
	4. Инфекции нижних дыхательных путей	2 375	4,9	4.Болезнь Альцгеймера и другие деменции	30 261	4,5		
	5. Рак трахеи, бронхов и легких	1 934	4,0	5.Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	26 466	4,0		
	6. Преднамеренные самоповреждения	1 215	2,5	6.Преднамеренные самоповреждения	25 330	3,8		
	7. Хроническая обструктивная болезнь легких	1 095	2,3	7.Потеря слуха во взрослом возрасте	22 888	3,4		
	8. Рак толстой и прямой кишки	1 073	2,2	8.Остеоартрит	14 899	2,2		
	9. Падения	1 055	2,2	9.Рак трахеи, бронхов и легких	13 986	2,1		
	10. Рак молочной железы	933	1,9	10.Хроническая обструктивная болезнь легких	13 976	2,1		
ФРАНЦИЯ	Все причины	499 040	100,0	Все причины	7 406 472	100,0		
	1. Ишемическая болезнь сердца	45 501	9,1	1.Униполярные депрессивные расстройства	761 929	10,3		
	2. Цереброваскулярные заболевания	37 246	7,5	2.Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	398 770	5,4		
	3. Рак трахеи, бронхов и легких	26 069	5,2	3.Болезнь Альцгеймера и другие деменции	288 825	3,9		
	4. Инфекции нижних дыхательных путей	19 404	3,9	4.Цереброваскулярные заболевания	259 266	3,5		
	5. Рак толстой и прямой кишки	17 499	3,5	5.Потеря слуха во взрослом возрасте	253 702	3,4		
	6. Болезнь Альцгеймера и другие деменции	16 739	3,4	6.Ишемическая болезнь сердца	248 323	3,4		
	7. Хроническая обструктивная болезнь легких	16 138	3,2	7.Дорожно-транспортные происшествия	245 691	3,3		
	8. Рак молочной железы	12 535	2,5	8.Рак трахеи, бронхов и легких	243 306	3,3		
	9. Сахарный диабет	11 378	2,3	9.Хроническая обструктивная болезнь легких	205 199	2,8		
	10. Падения	10 055	2,0	10.Преднамеренные самоповреждения	174 870	2,4		
ХОРВАТИЯ	Все причины	50 446	100,0	Все причины	709 409	100,0		
	1. Ишемическая болезнь сердца	11 653	23,1	1.Цереброваскулярные заболевания	77 915	11,0		
	2. Цереброваскулярные заболевания	8 653	17,2	2.Ишемическая болезнь сердца	73 783	10,4		
	3. Рак трахеи, бронхов и легких	2 729	5,4	3.Униполярные депрессивные расстройства	52 908	7,5		
	4. Рак толстой и прямой кишки	1 620	3,2	4.Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	33 345	4,7		
	5. Цирроз печени	1 392	2,8	5.Рак трахеи, бронхов и легких	24 818	3,5		
	6. Рак желудка	1 045	2,1	6.Потеря слуха во взрослом возрасте	19 980	2,8		
	7. Рак молочной железы	957	1,9	7.Цирроз печени	19 749	2,8		
	8. Преднамеренные самоповреждения	885	1,8	8.Болезнь Альцгеймера и другие деменции	18 178	2,6		
	9. Инфекции нижних дыхательных путей	869	1,7	9.Дорожно-транспортные происшествия	15 660	2,2		
	10. Гипертоническая болезнь сердца	865	1,7	10.Хроническая обструктивная болезнь легких	15 405	2,2		

Госу- дарства- члены	Смертность				DALYs			
	Причины	Общее число смертей	% от общего числа	Причины	Общее число DALYs	% от общего числа		
ЧЕШСКАЯ РЕСПУБЛИКА	Все причины	103 313	100,0	Все причины	1 474 275	100,0		
	1. Ишемическая болезнь сердца	25 899	25,1	1.Ишемическая болезнь сердца	163 488	11,1		
	2. Цереброваскулярные заболевания	15 663	15,2	2.Цереброваскулярные заболевания	115 113	7,8		
	3. Рак трахеи, бронхов и легких	5 736	5,6	3.Униполярные депрессивные расстройства	104 052	7,1		
	4. Рак толстой и прямой кишки	4 607	4,5	4.Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	63 520	4,3		
	5. Инфекции нижних дыхательных путей	2 291	2,2	5.Рак трахеи, бронхов и легких	51 746	3,5		
	6. Рак молочной железы	1 931	1,9	6.Потеря слуха во взрослом возрасте	44 139	3,0		
	7. Цирроз печени	1 812	1,8	7.Рак толстой и прямой кишки	40 399	2,7		
	8. Хроническая обструктивная болезнь легких	1 774	1,7	8.Болезнь Альцгеймера и другие деменции	38 864	2,6		
	9. Падения	1 758	1,7	9.Хроническая обструктивная болезнь легких	36 750	2,5		
	10. Преднамеренные самоповреждения	1 665	1,6	10.Преднамеренные самоповреждения	31 758	2,2		
ШВЕЙЦАРИЯ	Все причины	60 919	100,0	Все причины	798 617	100,0		
	1. Ишемическая болезнь сердца	10 746	17,6	1.Униполярные депрессивные расстройства	82 410	10,3		
	2. Цереброваскулярные заболевания	4 508	7,4	2.Ишемическая болезнь сердца	49 624	6,2		
	3. Рак трахеи, бронхов и легких	2 893	4,7	3.Болезнь Альцгеймера и другие деменции	37 445	4,7		
	4. Болезнь Альцгеймера и другие деменции	2 867	4,7	4.Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	36 543	4,6		
	5. Инфекции нижних дыхательных путей	2 518	4,1	5.Потеря слуха во взрослом возрасте	33 189	4,2		
	6. Хроническая обструктивная болезнь легких	1 980	3,2	6.Цереброваскулярные заболевания	26 201	3,3		
	7. Сахарный диабет	1 855	3,0	7.Рак трахеи, бронхов и легких	24 504	3,1		
	8. Рак толстой и прямой кишки	1 801	3,0	8.Хроническая обструктивная болезнь легких	22 679	2,8		
	9. Рак предстательной железы	1 514	2,5	9.Преднамеренные самоповреждения	22 172	2,8		
	10. Гипертоническая болезнь сердца	1 374	2,3	10.Остеоартрит	21 426	2,7		
ШВЕЦИЯ	Все причины	91 085	100,0	Все причины	977 415	100,0		
	1. Ишемическая болезнь сердца	20 122	22,1	1.Униполярные депрессивные расстройства	95 031	9,7		
	2. Цереброваскулярные заболевания	9 984	11,0	2.Ишемическая болезнь сердца	86 116	8,8		
	3. Болезнь Альцгеймера и другие деменции	5 024	5,5	3.Цереброваскулярные заболевания	52 520	5,4		
	4. Инфекции нижних дыхательных путей	3 114	3,4	4.Болезнь Альцгеймера и другие деменции	52 277	5,3		
	5. Рак трахеи, бронхов и легких	2 954	3,2	5.Потеря слуха во взрослом возрасте	39 099	4,0		
	6. Рак предстательной железы	2 742	3,0	6.Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	35 028	3,6		
	7. Рак толстой и прямой кишки	2 702	3,0	7.Хроническая обструктивная болезнь легких	28 598	2,9		
	8. Хроническая обструктивная болезнь легких	2 341	2,6	8.Остеоартрит	25 508	2,6		
	9. Сахарный диабет	1 994	2,2	9.Рак трахеи, бронхов и легких	22 603	2,3		
	10. Рак молочной железы	1 637	1,8	10.Преднамеренные самоповреждения	20 218	2,1		
ЭСТОНИЯ	Все причины	18 246	100,0	Все причины	264 152	100,0		
	1. Ишемическая болезнь сердца	6 235	34,2	1.Ишемическая болезнь сердца	33 180	12,6		
	2. Цереброваскулярные заболевания	2 964	16,2	2.Цереброваскулярные заболевания	18 850	7,1		
	3. Рак трахеи, бронхов и легких	664	3,6	3.Униполярные депрессивные расстройства	14 195	5,4		
	4. Отравления	431	2,4	4.Отравления	8 267	3,1		
	5. Преднамеренные самоповреждения	384	2,1	5.Расстройства, связанные с употреблением алкоголя	7 918	3,0		
	6. Рак толстой и прямой кишки	381	2,1	6.Преднамеренные самоповреждения	7 639	2,9		
	7. Гипертоническая болезнь сердца	350	1,9	7.Потеря слуха во взрослом возрасте	7 338	2,8		
	8. Рак желудка	340	1,9	8.Дорожно-транспортные происшествия	6 612	2,5		
	9. Инфекции нижних дыхательных путей	334	1,8	9.Насилие	6 302	2,4		
	10. Воспалительные заболевания сердца	313	1,7	10.Остеоартрит	6 175	2,3		



**Таблица 5. Доля от общего числа смертей и DALYs, которые приписываются 10 ведущим факторам риска в Европейском регионе ВОЗ, 2002 г.**

Государство-член	Смерти		DALYs	
	Фактор риска	% от общего числа	Фактор риска	% от общего числа
АВСТРИЯ	1. Высокое артериальное давление	22,8	1. Табак	11,0
	2. Табак	15,8	2. Алкоголь	9,2
	3. Высокий уровень холестерина	14,3	3. Высокое артериальное давление	8,9
	4. Высокий ИМТ	9,6	4. Высокий ИМТ	6,7
	5. Недостаточная физическая активность	6,0	5. Высокий уровень холестерина	6,6
	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	4,2	6. Недостаточная физическая активность	3,0
	7. Алкоголь	2,2	7. Недостаточное потребление фруктов и овощей	2,2
	8. Незащищенный секс	0,8	8. Запрещенные наркотики	1,8
	9. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	0,5	9. Незащищенный секс	1,0
	10. Запрещенные наркотики	0,4	10. Сексуальное насилие над детьми	0,5
АЗЕРБАЙДЖАН	1. Высокое артериальное давление	21,6	1. Высокий ИМТ	7,8
	2. Высокий уровень холестерина	17,8	2. Табак	6,9
	3. Высокий ИМТ	15,8	3. Высокий уровень холестерина	6,8
	4. Табак	9,9	4. Высокое артериальное давление	6,7
	5. Недостаточное потребление фруктов и овощей	9,0	5. Алкоголь	3,8
	6. Недостаточная физическая активность	8,5	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	3,5
	7. Алкоголь	5,1	7. Недостаточная физическая активность	3,4
	8. Дым в помещениях от сжигания твердого топлива	2,5	8. Дым в помещениях от сжигания твердого топлива	3,3
	9. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	2,0	9. Недостаточная масса тела детей и матерей	2,7
	10. Недостаточная масса тела детей и матерей	1,7	10. Недостаточность железа	2,5
АЛБАНИЯ	1. Высокое артериальное давление	22,0	1. Табак	9,2
	2. Табак	21,6	2. Высокое артериальное давление	7,5
	3. Высокий уровень холестерина	11,0	3. Алкоголь	6,5
	4. Высокий ИМТ	10,0	4. Высокий ИМТ	5,2
	5. Недостаточное потребление фруктов и овощей	6,3	5. Высокий уровень холестерина	4,4
	6. Алкоголь	5,7	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	2,5
	7. Недостаточная физическая активность	5,3	7. Недостаточная физическая активность	2,2
	8. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	1,7	8. Дым в помещениях от сжигания твердого топлива	1,5
	9. Дым в помещениях от сжигания твердого топлива	1,3	9. Недостаточная масса тела детей и матерей	1,3
	10. Свинец	1,1	10. Свинец	1,3
АНДОРРА	1. Табак	16,6	1. Табак	11,2
	2. Высокое артериальное давление	14,5	2. Алкоголь	8,6
	3. Высокий ИМТ	7,5	3. Высокий ИМТ	5,8
	4. Недостаточная физическая активность	4,0	4. Высокое артериальное давление	5,5
	5. Недостаточное потребление фруктов и овощей	2,8	5. Недостаточная физическая активность	2,2
	6. Алкоголь	1,2	6. Запрещенные наркотики	2,2
	7. Незащищенный секс	0,9	7. Недостаточное потребление фруктов и овощей	1,5
	8. Профессиональное воздействие твердых взвешенных частиц	0,7	8. Незащищенный секс	1,4
	9. Запрещенные наркотики	0,6	9. Недостаточность железа	0,6
	10. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	0,5	10. Профессиональное воздействие твердых взвешенных частиц	0,5
АРМЕНИЯ	1. Высокое артериальное давление	22,9	1. Табак	12,3
	2. Табак	19,6	2. Высокий ИМТ	9,9
	3. Высокий ИМТ	18,5	3. Высокое артериальное давление	8,5
	4. Высокий уровень холестерина	17,5	4. Высокий уровень холестерина	7,8
	5. Недостаточная физическая активность	9,2	5. Алкоголь	4,6
	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	9,0	6. Недостаточная физическая активность	4,2
	7. Алкоголь	4,8	7. Недостаточное потребление фруктов и овощей	4,0
	8. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	2,2	8. Незащищенный секс	2,0
	9. Дым в помещениях от сжигания твердого топлива	1,6	9. Недостаточность железа	1,9
	10. Свинец	1,3	10. Дым в помещениях от сжигания твердого топлива	1,2

Источник: данные взяты из Mathers C et al. *Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*. Geneva, World Health Organization, 2004 ([http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden\\_gbd2000docs,burden\\_gbd2000docs\\_DP54&language=english](http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden_gbd2000docs,burden_gbd2000docs_DP54&language=english), по состоянию на 25 мая 2005 г.).

Государство-член	Смерти		DALYs	
	Фактор риска	% от общего числа	Фактор риска	% от общего числа
БЕЛАРУСЬ	1. Высокое артериальное давление	35,3	1. Высокое артериальное давление	16,7
	2. Высокий уровень холестерина	29,2	2. Алкоголь	14,3
	3. Табак	15,4	3. Высокий уровень холестерина	14,1
	4. Недостаточное потребление фруктов и овощей	15,4	4. Табак	11,6
	5. Высокий ИМТ	13,4	5. Высокий ИМТ	9,6
	6. Недостаточная физическая активность	10,9	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	7,9
	7. Алкоголь	10,1	7. Недостаточная физическая активность	5,5
	8. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	1,4	8. Запрещенные наркотики	2,2
	9. Запрещенные наркотики	1,3	9. Незащищенный секс	1,4
	10. Свинец	1,1	10. Свинец	1,1
БЕЛЬГИЯ	1. Табак	23,3	1. Табак	15,8
	2. Высокое артериальное давление	13,4	2. Алкоголь	6,6
	3. Высокий уровень холестерина	11,2	3. Высокий уровень холестерина	6,1
	4. Высокий ИМТ	7,3	4. Высокое артериальное давление	6,1
	5. Недостаточная физическая активность	4,5	5. Высокий ИМТ	5,9
	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	3,3	6. Недостаточная физическая активность	2,6
	7. Профессиональное воздействие твердых взвешенных частиц	0,7	7. Недостаточное потребление фруктов и овощей	1,9
	8. Незащищенный секс	0,7	8. Запрещенные наркотики	1,6
	9. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	0,5	9. Незащищенный секс	0,8
	10. Профессиональные канцерогены	0,5	10. Профессиональное воздействие твердых взвешенных частиц	0,7
БОЛГАРИЯ	1. Высокое артериальное давление	40,0	1. Высокое артериальное давление	20,4
	2. Высокий уровень холестерина	14,3	2. Табак	12,4
	3. Высокий ИМТ	14,2	3. Высокий ИМТ	10,9
	4. Табак	13,5	4. Высокий уровень холестерина	8,4
	5. Недостаточное потребление фруктов и овощей	7,4	5. Алкоголь	7,9
	6. Недостаточная физическая активность	7,1	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	4,3
	7. Алкоголь	6,5	7. Недостаточная физическая активность	4,3
	8. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	2,0	8. Запрещенные наркотики	1,8
	9. Свинец	1,3	9. Свинец	1,3
	10. Незащищенный секс	0,8	10. Незащищенный секс	1,2
БОСНИЯ И ГЕРЦЕГОВИНА	1. Высокое артериальное давление	28,5	1. Табак	14,7
	2. Табак	21,1	2. Высокое артериальное давление	13,3
	3. Высокий уровень холестерина	10,6	3. Высокий ИМТ	7,4
	4. Высокий ИМТ	10,3	4. Высокий уровень холестерина	6,0
	5. Недостаточное потребление фруктов и овощей	5,8	5. Алкоголь	5,8
	6. Недостаточная физическая активность	5,3	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	3,2
	7. Алкоголь	4,0	7. Недостаточная физическая активность	3,0
	8. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	1,9	8. Свинец	1,2
	9. Свинец	1,1	9. Запрещенные наркотики	1,2
	10. Запрещенные наркотики	0,5	10. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	0,8
БЫВАШАЯ ЮГОСЛАВСКАЯ РЕСПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА	1. Высокое артериальное давление	23,6	1. Табак	11,1
	2. Табак	15,9	2. Высокое артериальное давление	10,8
	3. Высокий ИМТ	11,8	3. Высокий ИМТ	7,6
	4. Высокий уровень холестерина	9,4	4. Алкоголь	5,4
	5. Недостаточное потребление фруктов и овощей	5,3	5. Высокий уровень холестерина	5,4
	6. Недостаточная физическая активность	5,1	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	3,0
	7. Алкоголь	3,9	7. Недостаточная физическая активность	2,9
	8. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	2,1	8. Незащищенный секс	1,2
	9. Свинец	1,0	9. Свинец	1,2
	10. Дым в помещениях от сжигания твердого топлива	0,7	10. Запрещенные наркотики	1,0

Таблица 5 (продолжение)

Государство-член	Смерти		DALYs	
	Фактор риска	% от общего числа	Фактор риска	% от общего числа
ВЕНГРИЯ	1. Табак	26,3	1. Табак	20,9
	2. Высокое артериальное давление	26,0	2. Алкоголь	15,5
	3. Высокий уровень холестерина	17,2	3. Высокое артериальное давление	12,2
	4. Алкоголь	11,4	4. Высокий уровень холестерина	8,9
	5. Высокий ИМТ	11,1	5. Высокий ИМТ	7,8
	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	10,3	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	5,7
	7. Недостаточная физическая активность	7,5	7. Недостаточная физическая активность	3,9
	8. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	1,1	8. Незащищенный секс	1,0
	9. Профессиональные канцерогены	0,9	9. Свинец	0,9
	10. Свинец	0,8	10. Инъекции загрязненным шприцем/иглой в медицинских учреждениях	0,8
ГЕРМАНИЯ	1. Высокое артериальное давление	25,9	1. Табак	13,7
	2. Табак	18,3	2. Высокое артериальное давление	11,2
	3. Высокий уровень холестерина	15,1	3. Алкоголь	7,5
	4. Высокий ИМТ	9,9	4. Высокий уровень холестерина	7,2
	5. Недостаточная физическая активность	5,9	5. Высокий ИМТ	7,1
	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	4,1	6. Недостаточная физическая активность	3,2
	7. Незащищенный секс	0,7	7. Недостаточное потребление фруктов и овощей	2,2
	8. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	0,6	8. Запрещенные наркотики	1,7
	9. Профессиональное воздействие твердых взвешенных частиц	0,4	9. Незащищенный секс	0,8
	10. Запрещенные наркотики	0,4	10. Недостаточность железа	0,5
ГРЕЦИЯ	1. Высокое артериальное давление	25,0	1. Табак	12,9
	2. Табак	19,3	2. Высокое артериальное давление	11,8
	3. Высокий уровень холестерина	11,6	3. Высокий ИМТ	8,5
	4. Высокий ИМТ	8,3	4. Высокий уровень холестерина	7,6
	5. Недостаточная физическая активность	5,0	5. Алкоголь	4,3
	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	3,9	6. Недостаточная физическая активность	3,5
	7. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	0,6	7. Недостаточное потребление фруктов и овощей	2,6
	8. Незащищенный секс	0,5	8. Запрещенные наркотики	1,7
	9. Профессиональные канцерогены	0,4	9. Незащищенный секс	0,8
	10. Запрещенные наркотики	0,3	10. Недостаточность железа	0,5
ГРУЗИЯ	1. Высокое артериальное давление	48,8	1. Высокое артериальное давление	23,5
	2. Высокий уровень холестерина	22,9	2. Высокий уровень холестерина	11,9
	3. Высокий ИМТ	17,3	3. Высокий ИМТ	11,9
	4. Недостаточное потребление фруктов и овощей	11,1	4. Табак	9,2
	5. Недостаточная физическая активность	10,6	5. Недостаточное потребление фруктов и овощей	5,8
	6. Табак	9,3	6. Алкоголь	5,8
	7. Алкоголь	4,6	7. Недостаточная физическая активность	5,6
	8. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	2,6	8. Запрещенные наркотики	2,6
	9. Свинец	1,5	9. Незащищенный секс	1,6
	10. Незащищенный секс	0,7	10. Свинец	1,6
ДАНИЯ	1. Табак	25,7	1. Табак	17,7
	2. Высокое артериальное давление	11,8	2. Алкоголь	7,2
	3. Высокий уровень холестерина	11,5	3. Высокий ИМТ	6,3
	4. Высокий ИМТ	8,4	4. Высокий уровень холестерина	5,4
	5. Недостаточная физическая активность	5,1	5. Высокое артериальное давление	5,0
	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	3,4	6. Недостаточная физическая активность	2,7
	7. Профессиональное воздействие твердых взвешенных частиц	0,8	7. Недостаточное потребление фруктов и овощей	1,8
	8. Незащищенный секс	0,8	8. Запрещенные наркотики	1,6
	9. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	0,5	9. Незащищенный секс	1,0
	10. Запрещенные наркотики	0,4	10. Профессиональное воздействие твердых взвешенных частиц	0,8

Государство-член	Смерти		DALYs	
	Фактор риска	% от общего числа	Фактор риска	% от общего числа
ИЗРАИЛЬ	1. Высокий ИМТ	12,5	1. Табак	6,1
	2. Высокое артериальное давление	11,8	2. Высокий ИМТ	6,0
	3. Табак	11,8	3. Высокое артериальное давление	3,8
	4. Высокий уровень холестерина	8,2	4. Алкоголь	3,0
	5. Недостаточная физическая активность	5,5	5. Высокий уровень холестерина	2,9
	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	3,1	6. Запрещенные наркотики	2,7
	7. Незащищенный секс	0,6	7. Недостаточная физическая активность	2,2
	8. Запрещенные наркотики	0,4	8. Недостаточное потребление фруктов и овощей	1,2
	9. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	0,4	9. Незащищенный секс	0,8
	10. Профессиональное воздействие твердых взвешенных частиц	0,4	10. Недостаточность железа	0,7
ИРЛАНДИЯ	1. Табак	23,2	1. Табак	11,8
	2. Высокое артериальное давление	18,0	2. Алкоголь	7,9
	3. Высокий уровень холестерина	14,4	3. Высокое артериальное давление	7,2
	4. Высокий ИМТ	8,4	4. Высокий уровень холестерина	6,4
	5. Недостаточная физическая активность	5,6	5. Высокий ИМТ	5,5
	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	4,1	6. Недостаточная физическая активность	2,8
	7. Запрещенные наркотики	0,6	7. Запрещенные наркотики	2,6
	8. Профессиональное воздействие твердых взвешенных частиц	0,6	8. Недостаточное потребление фруктов и овощей	2,0
	9. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	0,6	9. Незащищенный секс	0,7
	10. Незащищенный секс	0,5	10. Профессиональное воздействие твердых взвешенных частиц	0,6
ИСПАНИЯ	1. Табак	20,8	1. Табак	12,6
	2. Высокий уровень холестерина	15,2	2. Высокий уровень холестерина	5,9
	3. Высокое артериальное давление	15,0	3. Высокий ИМТ	5,4
	4. Высокий ИМТ	8,0	4. Высокое артериальное давление	5,2
	5. Недостаточная физическая активность	5,6	5. Алкоголь	4,8
	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	4,1	6. Недостаточная физическая активность	2,5
	7. Незащищенный секс	0,8	7. Запрещенные наркотики	2,1
	8. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	0,6	8. Недостаточное потребление фруктов и овощей	1,9
	9. Запрещенные наркотики	0,5	9. Незащищенный секс	1,1
	10. Профессиональное воздействие твердых взвешенных частиц	0,4	10. Недостаточность железа	0,7
ИСПАНИЯ	1. Табак	16,8	1. Табак	12,3
	2. Высокое артериальное давление	15,6	2. Алкоголь	7,6
	3. Высокий уровень холестерина	8,9	3. Высокий ИМТ	6,4
	4. Высокий ИМТ	7,9	4. Высокое артериальное давление	5,8
	5. Недостаточная физическая активность	4,2	5. Высокий уровень холестерина	4,5
	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	3,0	6. Запрещенные наркотики	3,9
	7. Незащищенный секс	0,8	7. Недостаточная физическая активность	2,5
	8. Алкоголь	0,8	8. Недостаточное потребление фруктов и овощей	1,7
	9. Профессиональное воздействие твердых взвешенных частиц	0,7	9. Незащищенный секс	1,4
	10. Запрещенные наркотики	0,6	10. Недостаточность железа	0,6
ИТАЛИЯ	1. Высокое артериальное давление	21,7	1. Табак	12,0
	2. Табак	18,8	2. Высокое артериальное давление	8,9
	3. Высокий уровень холестерина	11,1	3. Высокий ИМТ	8,4
	4. Высокий ИМТ	10,0	4. Алкоголь	5,9
	5. Недостаточная физическая активность	5,0	5. Высокий уровень холестерина	5,7
	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	3,5	6. Недостаточная физическая активность	3,1
	7. Незащищенный секс	0,6	7. Запрещенные наркотики	2,2
	8. Алкоголь	0,6	8. Недостаточное потребление фруктов и овощей	2,0
	9. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	0,6	9. Незащищенный секс	1,1
	10. Профессиональное воздействие твердых взвешенных частиц	0,5	10. Недостаточность железа	0,6

Таблица 5 (продолжение)

Государство-член	Смерти		DALYs	
	Фактор риска	% от общего числа	Фактор риска	% от общего числа
КАЗАХСТАН	1. Высокое артериальное давление	29,3	1. Табак	13,4
	2. Высокий уровень холестерина	21,5	2. Алкоголь	12,8
	3. Табак	19,1	3. Высокое артериальное давление	12,3
	4. Высокий ИМТ	12,5	4. Высокий уровень холестерина	9,6
	5. Недостаточное потребление фруктов и овощей	11,8	5. Высокий ИМТ	7,4
	6. Алкоголь	10,9	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	5,5
	7. Недостаточная физическая активность	8,0	7. Недостаточная физическая активность	3,5
	8. Дым в помещениях от сжигания твердого топлива	1,5	8. Дым в помещениях от сжигания твердого топлива	1,7
	9. Свинец	1,2	9. Запрещенные наркотики	1,4
	10. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	1,1	10. Свинец	1,2
КИПР	1. Высокое артериальное давление	23,6	1. Высокое артериальное давление	8,0
	2. Высокий уровень холестерина	9,8	2. Табак	5,6
	3. Табак	9,7	3. Высокий ИМТ	5,2
	4. Недостаточное потребление фруктов и овощей	4,8	4. Высокий уровень холестерина	3,9
	5. Недостаточная физическая активность	4,4	5. Недостаточная физическая активность	2,4
	6. Высокий ИМТ	4,3	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	2,1
	7. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	1,2	7. Недостаточность железа	1,5
	8. Алкоголь	0,9	8. Свинец	1,2
	9. Недостаточность железа	0,4	9. Алкоголь	1,1
	10. Незащищенный секс	0,4	10. Незащищенный секс	1,0
КЫРГЫЗСТАН	1. Высокое артериальное давление	19,5	1. Табак	6,6
	2. Высокий уровень холестерина	14,1	2. Алкоголь	6,4
	3. Высокий ИМТ	11,4	3. Высокое артериальное давление	6,1
	4. Табак	10,7	4. Высокий ИМТ	5,4
	5. Недостаточное потребление фруктов и овощей	7,0	5. Высокий уровень холестерина	5,3
	6. Алкоголь	6,9	6. Дым в помещениях от сжигания твердого топлива	4,6
	7. Недостаточная физическая активность	6,4	7. Недостаточная масса тела детей и матерей	3,2
	8. Дым в помещениях от сжигания твердого топлива	5,2	8. Недостаточное потребление фруктов и овощей	2,6
	9. Недостаточная масса тела детей и матерей	2,1	9. Недостаточная физическая активность	2,4
	10. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	1,9	10. Недоброкачественная вода и неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия	2,0
ЛАТВИЯ	1. Высокое артериальное давление	31,7	1. Алкоголь	15,4
	2. Высокий уровень холестерина	23,0	2. Высокое артериальное давление	14,0
	3. Табак	16,5	3. Табак	12,0
	4. Недостаточное потребление фруктов и овощей	12,4	4. Высокий уровень холестерина	11,0
	5. Высокий ИМТ	11,1	5. Высокий ИМТ	7,8
	6. Алкоголь	10,8	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	6,4
	7. Недостаточная физическая активность	8,9	7. Недостаточная физическая активность	4,4
	8. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	1,2	8. Запрещенные наркотики	1,9
	9. Незащищенный секс	1,0	9. Незащищенный секс	1,3
	10. Свинец	0,9	10. Свинец	0,9
ЛИТВА	1. Высокое артериальное давление	33,0	1. Алкоголь	14,9
	2. Высокий уровень холестерина	23,2	2. Высокое артериальное давление	13,0
	3. Табак	17,8	3. Табак	11,5
	4. Недостаточное потребление фруктов и овощей	12,0	4. Высокий уровень холестерина	9,2
	5. Алкоголь	10,7	5. Высокий ИМТ	6,9
	6. Высокий ИМТ	10,5	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	5,4
	7. Недостаточная физическая активность	9,1	7. Недостаточная физическая активность	3,9
	8. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	1,2	8. Незащищенный секс	1,3
	9. Незащищенный секс	1,1	9. Свинец	0,9
	10. Свинец	0,8	10. Запрещенные наркотики	0,9

Государство-член	Смерти		DALYs	
	Фактор риска	% от общего числа	Фактор риска	% от общего числа
ЛЮКСЕМБУРГ	1. Табак	17,7	1. Табак	11,3
	2. Высокое артериальное давление	15,2	2. Алкоголь	10,8
	3. Высокий уровень холестерина	10,7	3. Высокое артериальное давление	6,0
	4. Высокий ИМТ	7,9	4. Высокий ИМТ	5,6
	5. Недостаточная физическая активность	4,5	5. Высокий уровень холестерина	5,1
	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	3,2	6. Недостаточная физическая активность	2,3
	7. Алкоголь	3,1	7. Запрещенные наркотики	2,2
	8. Незащищенный секс	0,6	8. Недостаточное потребление фруктов и овощей	1,6
	9. Запрещенные наркотики	0,5	9. Незащищенный секс	0,8
	10. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	0,5	10. Недостаточность железа	0,6
МАЛЬТА	1. Высокое артериальное давление	25,0	1. Высокое артериальное давление	11,0
	2. Высокий уровень холестерина	19,9	2. Высокий ИМТ	9,8
	3. Табак	15,4	3. Табак	9,7
	4. Высокий ИМТ	11,7	4. Высокий уровень холестерина	9,4
	5. Недостаточная физическая активность	7,2	5. Недостаточная физическая активность	4,1
	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	4,9	6. Алкоголь	3,0
	7. Незащищенный секс	0,6	7. Недостаточное потребление фруктов и овощей	2,5
	8. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	0,6	8. Незащищенный секс	0,9
	9. Профессиональное воздействие твердых взвешенных частиц	0,4	9. Запрещенные наркотики	0,9
	10. Профессиональные канцерогены	0,3	10. Недостаточность железа	0,6
МОНАКО	1. Табак	15,8	1. Табак	10,4
	2. Высокое артериальное давление	14,2	2. Алкоголь	9,3
	3. Высокий уровень холестерина	8,0	3. Высокий ИМТ	5,6
	4. Высокий ИМТ	6,4	4. Высокое артериальное давление	5,2
	5. Недостаточная физическая активность	3,5	5. Высокий уровень холестерина	3,5
	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	2,5	6. Недостаточная физическая активность	2,0
	7. Алкоголь	2,3	7. Незащищенный секс	1,3
	8. Незащищенный секс	0,8	8. Недостаточное потребление фруктов и овощей	1,3
	9. Запрещенные наркотики	0,4	9. Запрещенные наркотики	1,1
	10. Профессиональное воздействие твердых взвешенных частиц	0,4	10. Недостаточность железа	0,6
НИДЕРЛАНДЫ	1. Табак	23,7	1. Табак	16,7
	2. Высокое артериальное давление	17,4	2. Высокое артериальное давление	7,8
	3. Высокий уровень холестерина	8,1	3. Высокий ИМТ	6,1
	4. Высокий ИМТ	7,8	4. Алкоголь	5,0
	5. Недостаточная физическая активность	4,5	5. Высокий уровень холестерина	4,7
	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	3,2	6. Недостаточная физическая активность	2,7
	7. Профессиональное воздействие твердых взвешенных частиц	0,7	7. Недостаточное потребление фруктов и овощей	1,9
	8. Незащищенный секс	0,6	8. Запрещенные наркотики	1,8
	9. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	0,5	9. Незащищенный секс	0,9
	10. Профессиональные канцерогены	0,4	10. Профессиональное воздействие твердых взвешенных частиц	0,6
НОРВЕГИЯ	1. Высокое артериальное давление	18,8	1. Табак	11,8
	2. Табак	15,4	2. Высокое артериальное давление	7,8
	3. Высокий уровень холестерина	14,9	3. Высокий уровень холестерина	7,0
	4. Высокий ИМТ	7,7	4. Высокий ИМТ	6,1
	5. Недостаточная физическая активность	5,3	5. Алкоголь	4,2
	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	3,6	6. Запрещенные наркотики	3,1
	7. Запрещенные наркотики	1,0	7. Недостаточная физическая активность	2,9
	8. Незащищенный секс	0,6	8. Недостаточное потребление фруктов и овощей	1,9
	9. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	0,5	9. Незащищенный секс	0,8
	10. Профессиональное воздействие твердых взвешенных частиц	0,5	10. Недостаточность железа	0,6

Таблица 5 (продолжение)

Государство-член	Смерти		DALYs	
	Фактор риска	% от общего числа	Фактор риска	% от общего числа
ПОЛЬША	1. Табак	25,3	1. Табак	16,6
	2. Высокое артериальное давление	25,0	2. Высокое артериальное давление	10,4
	3. Высокий уровень холестерина	13,8	3. Алкоголь	9,2
	4. Высокий ИМТ	10,6	4. Высокий ИМТ	7,1
	5. Алкоголь	6,7	5. Высокий уровень холестерина	6,9
	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	6,6	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	3,3
	7. Недостаточная физическая активность	6,1	7. Недостаточная физическая активность	3,1
	8. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	1,7	8. Незащищенный секс	1,3
	9. Незащищенный секс	1,1	9. Запрещенные наркотики	1,2
	10. Свинец	0,9	10. Свинец	1,0
ПОРТУГАЛИЯ	1. Высокое артериальное давление	23,0	1. Высокое артериальное давление	10,5
	2. Табак	12,1	2. Табак	10,4
	3. Высокий уровень холестерина	10,7	3. Алкоголь	8,5
	4. Высокий ИМТ	10,2	4. Высокий ИМТ	7,9
	5. Недостаточная физическая активность	5,0	5. Высокий уровень холестерина	6,1
	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	3,6	6. Запрещенные наркотики	3,3
	7. Алкоголь	3,1	7. Недостаточная физическая активность	2,9
	8. Незащищенный секс	1,6	8. Незащищенный секс	2,5
	9. Запрещенные наркотики	0,9	9. Недостаточное потребление фруктов и овощей	2,1
	10. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	0,5	10. Недостаточность железа	0,5
РЕСПУБЛИКА МОЛДОВА	1. Высокое артериальное давление	33,3	1. Алкоголь	20,8
	2. Высокий уровень холестерина	27,3	2. Высокое артериальное давление	13,1
	3. Алкоголь	17,4	3. Высокий уровень холестерина	10,6
	4. Недостаточное потребление фруктов и овощей	14,1	4. Табак	9,7
	5. Высокий ИМТ	13,1	5. Высокий ИМТ	7,6
	6. Табак	12,5	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	5,9
	7. Недостаточная физическая активность	10,3	7. Недостаточная физическая активность	4,2
	8. Дым в помещениях от сжигания твердого топлива	1,8	8. Дым в помещениях от сжигания твердого топлива	1,6
	9. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	1,3	9. Незащищенный секс	1,2
	10. Инъекции контаминированным шприцем/иглой в медицинских учреждениях	1,2	10. Свинец	1,0
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	1. Высокое артериальное давление	35,5	1. Алкоголь	16,5
	2. Высокий уровень холестерина	23,0	2. Высокое артериальное давление	16,3
	3. Табак	17,1	3. Табак	13,4
	4. Недостаточное потребление фруктов и овощей	12,9	4. Высокий уровень холестерина	12,3
	5. Высокий ИМТ	12,5	5. Высокий ИМТ	8,5
	6. Алкоголь	11,9	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	7,0
	7. Недостаточная физическая активность	9,0	7. Недостаточная физическая активность	4,6
	8. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	1,2	8. Запрещенные наркотики	2,2
	9. Свинец	1,2	9. Свинец	1,1
	10. Запрещенные наркотики	0,9	10. Незащищенный секс	1,0
РУМЫНИЯ	1. Высокое артериальное давление	31,8	1. Высокое артериальное давление	13,8
	2. Табак	16,3	2. Табак	13,1
	3. Высокий уровень холестерина	14,4	3. Алкоголь	12,4
	4. Высокий ИМТ	13,9	4. Высокий ИМТ	9,2
	5. Алкоголь	12,4	5. Высокий уровень холестерина	7,5
	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	7,1	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	3,7
	7. Недостаточная физическая активность	6,6	7. Недостаточная физическая активность	3,5
	8. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	2,1	8. Незащищенный секс	1,6
	9. Свинец	1,3	9. Свинец	1,2
	10. Незащищенный секс	1,2	10. Дым в помещениях от сжигания твердого топлива	0,9

Государство-член	Смерти		DALYs	
	Фактор риска	% от общего числа	Фактор риска	% от общего числа
САН-МАРИНО	1. Высокое артериальное давление	22,2	1. Табак	11,0
	2. Табак	22,0	2. Высокое артериальное давление	9,8
	3. Высокий уровень холестерина	11,2	3. Высокий ИМТ	6,8
	4. Высокий ИМТ	5,8	4. Высокий уровень холестерина	6,4
	5. Недостаточная физическая активность	4,2	5. Алкоголь	4,7
	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	3,6	6. Недостаточная физическая активность	2,9
	7. Незащищенный секс	0,7	7. Недостаточное потребление фруктов и овощей	2,2
	8. Профессиональные канцерогены	0,5	8. Незащищенный секс	1,0
	9. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	0,5	9. Недостаточность железа	0,6
	10. Свинец	0,1	10. Запрещенные наркотики	0,4
СЕРБИЯ И ЧЕРНОГОРИЯ	1. Высокое артериальное давление	34,2	1. Высокое артериальное давление	16,8
	2. Табак	19,7	2. Табак	15,3
	3. Высокий ИМТ	12,1	3. Высокий ИМТ	8,6
	4. Высокий уровень холестерина	11,7	4. Алкоголь	7,2
	5. Недостаточное потребление фруктов и овощей	6,4	5. Высокий уровень холестерина	6,8
	6. Недостаточная физическая активность	6,2	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	3,7
	7. Алкоголь	4,1	7. Недостаточная физическая активность	3,6
	8. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	1,9	8. Свинец	1,2
	9. Свинец	1,1	9. Незащищенный секс	1,2
	10. Дым в помещениях от сжигания твердого топлива	1,1	10. Запрещенные наркотики	1,1
СЛОВАКИЯ	1. Высокое артериальное давление	29,7	1. Алкоголь	13,2
	2. Табак	19,2	2. Табак	12,2
	3. Высокий уровень холестерина	14,3	3. Высокое артериальное давление	11,4
	4. Высокий ИМТ	14,0	4. Высокий ИМТ	8,0
	5. Алкоголь	11,5	5. Высокий уровень холестерина	5,7
	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	7,4	6. Недостаточная физическая активность	3,1
	7. Недостаточная физическая активность	7,2	7. Недостаточное потребление фруктов и овощей	3,1
	8. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	1,9	8. Запрещенные наркотики	1,7
	9. Свинец	1,0	9. Незащищенный секс	1,1
	10. Незащищенный секс	0,9	10. Свинец	1,0
СЛОВЕНИЯ	1. Табак	19,7	1. Табак	13,7
	2. Высокое артериальное давление	17,8	2. Алкоголь	11,4
	3. Высокий уровень холестерина	12,1	3. Высокое артериальное давление	8,2
	4. Высокий ИМТ	10,0	4. Высокий ИМТ	6,8
	5. Алкоголь	6,5	5. Высокий уровень холестерина	6,3
	6. Недостаточная физическая активность	5,1	6. Недостаточная физическая активность	2,8
	7. Недостаточное потребление фруктов и овощей	3,6	7. Недостаточное потребление фруктов и овощей	2,1
	8. Незащищенный секс	0,8	8. Запрещенные наркотики	1,1
	9. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	0,5	9. Незащищенный секс	0,8
	10. Профессиональное воздействие твердых взвешенных частиц	0,5	10. Сексуальное насилие над детьми	0,5
СОЕДИНЕННОЕ КОРОЛЕВСТВО	1. Табак	24,3	1. Табак	14,2
	2. Высокое артериальное давление	19,4	2. Высокое артериальное давление	8,6
	3. Высокий уровень холестерина	13,3	3. Высокий уровень холестерина	6,9
	4. Высокий ИМТ	8,0	4. Высокий ИМТ	6,3
	5. Недостаточная физическая активность	5,5	5. Алкоголь	5,2
	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	4,0	6. Недостаточная физическая активность	3,1
	7. Профессиональное воздействие твердых взвешенных частиц	0,6	7. Запрещенные наркотики	2,6
	8. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	0,6	8. Недостаточное потребление фруктов и овощей	2,2
	9. Незащищенный секс	0,6	9. Незащищенный секс	0,8
	10. Запрещенные наркотики	0,4	10. Профессиональное воздействие твердых взвешенных частиц	0,6



Таблица 5 (продолжение)

Государство-член	Смерти		DALYs	
	Фактор риска	% от общего числа	Фактор риска	% от общего числа
ТАДЖИКИСТАН	1. Высокое артериальное давление	21,4	1. Высокое артериальное давление	5,8
	2. Высокий ИМТ	13,7	2. Высокий ИМТ	5,4
	3. Высокий уровень холестерина	10,5	3. Алкоголь	4,8
	4. Алкоголь	6,1	4. Недоброкачественная вода и неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия	4,3
	5. Недостаточное потребление фруктов и овощей	5,3	5. Дым в помещениях от сжигания твердого топлива	4,2
	6. Недостаточная физическая активность	4,9	6. Недостаточная масса тела детей и матерей	4,0
	7. Дым в помещениях от сжигания твердого топлива	3,4	7. Высокий уровень холестерина	3,5
	8. Недоброкачественная вода и неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия	3,2	8. Табак	2,3
	9. Табак	3,0	9. Недостаточность железа	2,1
	10. Недостаточная масса тела детей и матерей	2,5	10. Недостаточное потребление фруктов и овощей	1,8
ТУРКМЕНИСТАН	1. Высокое артериальное давление	22,8	1. Высокий ИМТ	7,4
	2. Высокий ИМТ	16,5	2. Высокое артериальное давление	7,1
	3. Высокий уровень холестерина	14,1	3. Алкоголь	6,0
	4. Алкоголь	7,7	4. Высокий уровень холестерина	5,5
	5. Табак	6,9	5. Табак	5,1
	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	6,8	6. Недостаточная масса тела детей и матерей	4,4
	7. Недостаточная физическая активность	6,4	7. Дым в помещениях от сжигания твердого топлива	3,6
	8. Недостаточная масса тела детей и матерей	3,1	8. Недоброкачественная вода и неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия	3,1
	9. Дым в помещениях от сжигания твердого топлива	2,9	9. Недостаточное потребление фруктов и овощей	2,7
	10. Недоброкачественная вода и неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия	2,3	10. Недостаточная физическая активность	2,5
ТУРЦИЯ	1. Высокое артериальное давление	20,7	1. Табак	7,0
	2. Табак	11,8	2. Высокое артериальное давление	6,1
	3. Высокий ИМТ	11,6	3. Высокий ИМТ	5,8
	4. Высокий уровень холестерина	10,5	4. Алкоголь	4,3
	5. Недостаточное потребление фруктов и овощей	6,7	5. Высокий уровень холестерина	4,2
	6. Недостаточная физическая активность	6,2	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	2,5
	7. Алкоголь	4,3	7. Недостаточная физическая активность	2,4
	8. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	1,8	8. Недостаточная масса тела детей и матерей	2,1
	9. Недостаточная масса тела детей и матерей	1,4	9. Недоброкачественная вода и неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия	1,8
	10. Недоброкачественная вода и неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия	1,4	10. Свинец	1,3
УЗБЕКИСТАН	1. Высокое артериальное давление	20,0	1. Высокий ИМТ	6,4
	2. Высокий уровень холестерина	16,7	2. Высокое артериальное давление	6,1
	3. Высокий ИМТ	15,0	3. Высокий уровень холестерина	5,4
	4. Недостаточное потребление фруктов и овощей	8,1	4. Алкоголь	4,7
	5. Недостаточная физическая активность	7,7	5. Дым в помещениях от сжигания твердого топлива	3,9
	6. Алкоголь	5,3	6. Недостаточная масса тела детей и матерей	3,7
	7. Табак	4,1	7. Табак	3,1
	8. Дым в помещениях от сжигания твердого топлива	3,3	8. Недостаточное потребление фруктов и овощей	2,6
	9. Недостаточная масса тела детей и матерей	2,3	9. Недостаточная физическая активность	2,5
	10. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	2,1	10. Недостаточность железа	2,3
УКРАИНА	1. Высокое артериальное давление	36,3	1. Высокое артериальное давление	16,6
	2. Высокий уровень холестерина	29,9	2. Высокий уровень холестерина	14,4
	3. Недостаточное потребление фруктов и овощей	15,5	3. Табак	12,8
	4. Табак	14,8	4. Алкоголь	12,3
	5. Высокий ИМТ	13,2	5. Высокий ИМТ	9,0
	6. Недостаточная физическая активность	11,2	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	8,0
	7. Алкоголь	9,2	7. Недостаточная физическая активность	5,6
	8. Запрещенные наркотики	1,4	8. Запрещенные наркотики	3,0
	9. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	1,4	9. Незащищенный секс	1,6
	10. Дым в помещениях от сжигания твердого топлива	1,3	10. Дым в помещениях от сжигания твердого топлива	1,1

Государство-член	Смерти		DALYs	
	Фактор риска	% от общего числа	Фактор риска	% от общего числа
ФИНЛЯНДИЯ	1. Высокое артериальное давление	22,0	1. Высокое артериальное давление	9,3
	2. Высокий уровень холестерина	17,3	2. Высокий уровень холестерина	7,9
	3. Табак	13,9	3. Табак	7,7
	4. Высокий ИМТ	8,9	4. Алкоголь	6,9
	5. Недостаточная физическая активность	6,3	5. Высокий ИМТ	6,7
	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	4,5	6. Недостаточная физическая активность	3,2
	7. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	0,6	7. Недостаточное потребление фруктов и овощей	2,3
	8. Запрещенные наркотики	0,5	8. Запрещенные наркотики	1,4
	9. Незащищенный секс	0,5	9. Незащищенный секс	0,7
	10. Профессиональное воздействие твердых взвешенных частиц	0,4	10. Сексуальное насилие над детьми	0,5
ФРАНЦИЯ	1. Табак	16,2	1. Табак	12,4
	2. Высокое артериальное давление	12,8	2. Алкоголь	10,7
	3. Высокий ИМТ	6,5	3. Высокое артериальное давление	4,9
	4. Высокий уровень холестерина	6,4	4. Высокий ИМТ	4,7
	5. Алкоголь	4,6	5. Высокий уровень холестерина	3,1
	6. Недостаточная физическая активность	3,3	6. Недостаточная физическая активность	1,8
	7. Недостаточное потребление фруктов и овощей	2,3	7. Запрещенные наркотики	1,5
	8. Незащищенный секс	0,8	8. Недостаточное потребление фруктов и овощей	1,3
	9. Профессиональное воздействие твердых взвешенных частиц	0,5	9. Незащищенный секс	1,0
	10. Запрещенные наркотики	0,4	10. Недостаточность железа	0,5
ХОРВАТИЯ	1. Высокое артериальное давление	26,4	1. Табак	15,8
	2. Табак	21,3	2. Высокое артериальное давление	13,8
	3. Высокий уровень холестерина	18,3	3. Высокий уровень холестерина	10,7
	4. Высокий ИМТ	11,9	4. Алкоголь	9,7
	5. Недостаточная физическая активность	6,9	5. Высокий ИМТ	9,2
	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	5,2	6. Недостаточная физическая активность	4,1
	7. Алкоголь	4,1	7. Недостаточное потребление фруктов и овощей	3,2
	8. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	0,6	8. Запрещенные наркотики	1,6
	9. Незащищенный секс	0,6	9. Незащищенный секс	0,8
	10. Профессиональные канцерогены	0,4	10. Сексуальное насилие над детьми	0,4
ЧЕШСКАЯ РЕСПУБЛИКА	1. Высокое артериальное давление	26,8	1. Табак	15,5
	2. Табак	21,8	2. Высокое артериальное давление	12,8
	3. Высокий уровень холестерина	18,3	3. Высокий уровень холестерина	9,8
	4. Высокий ИМТ	11,4	4. Высокий ИМТ	8,4
	5. Недостаточная физическая активность	7,3	5. Алкоголь	6,2
	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	5,2	6. Недостаточная физическая активность	4,1
	7. Незащищенный секс	0,9	7. Недостаточное потребление фруктов и овощей	3,0
	8. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	0,6	8. Незащищенный секс	1,2
	9. Профессиональные канцерогены	0,4	9. Запрещенные наркотики	0,9
	10. Запрещенные наркотики	0,3	10. Недостаточность железа	0,5
ШВЕЙЦАРИЯ	1. Высокое артериальное давление	25,2	1. Табак	10,7
	2. Высокий уровень холестерина	14,5	2. Алкоголь	7,2
	3. Табак	10,8	3. Высокое артериальное давление	6,3
	4. Высокий ИМТ	8,4	4. Высокий ИМТ	6,0
	5. Недостаточная физическая активность	5,7	5. Высокий уровень холестерина	4,9
	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	3,8	6. Запрещенные наркотики	2,7
	7. Незащищенный секс	0,6	7. Недостаточная физическая активность	2,4
	8. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	0,5	8. Недостаточное потребление фруктов и овощей	1,7
	9. Профессиональное воздействие твердых взвешенных частиц	0,3	9. Незащищенный секс	1,0
	10. Запрещенные наркотики	0,3	10. Сексуальное насилие над детьми	0,6

Таблица 5 (продолжение)

Государство-член	Смерти		DALYs	
	Фактор риска	% от общего числа	Фактор риска	% от общего числа
ШВЕЦИЯ	1. Высокое артериальное давление	25,2	1. Высокое артериальное давление	10,5
	2. Высокий уровень холестерина	14,5	2. Табак	8,0
	3. Табак	10,8	3. Высокий уровень холестерина	7,1
	4. Высокий ИМТ	8,4	4. Высокий ИМТ	6,8
	5. Недостаточная физическая активность	5,7	5. Алкоголь	4,2
	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	3,8	6. Недостаточная физическая активность	3,2
	7. Незащищенный секс	0,6	7. Недостаточное потребление фруктов и овощей	2,1
	8. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	0,5	8. Запрещенные наркотики	1,2
	9. Профессиональное воздействие твердых взвешенных частиц	0,3	9. Незащищенный секс	0,8
	10. Запрещенные наркотики	0,3	10. Недостаточность железа	0,6
ЭСТОНИЯ	1. Высокое артериальное давление	28,3	1. Алкоголь	15,4
	2. Высокий уровень холестерина	23,7	2. Высокое артериальное давление	12,5
	3. Табак	17,4	3. Табак	11,9
	4. Недостаточное потребление фруктов и овощей	12,6	4. Высокий уровень холестерина	10,1
	5. Высокий ИМТ	11,4	5. Высокий ИМТ	7,5
	6. Алкоголь	10,9	6. Недостаточное потребление фруктов и овощей	5,9
	7. Недостаточная физическая активность	9,1	7. Недостаточная физическая активность	4,1
	8. Загрязнение атмосферного воздуха в городах	1,2	8. Запрещенные наркотики	1,3
	9. Свинец	0,8	9. Незащищенный секс	1,2
	10. Незащищенный секс	0,8	10. Свинец	0,9

**Таблица 6. Основные показатели состояния и детерминантов здоровья детей в Европейском регионе ВОЗ, 2002 г. или последний год, по которому имеются соответствующие данные<sup>а</sup>**  
Состояние здоровья

Государство-член	Смертность от всех причин у детей в возрасте (годы):				Смертность от отдельных причин у детей в возрасте 1–19 лет				Заболеваемость			
	0–1	1–4	5–14	15–19	Инфекционные заболевания	Врожденные аномалии	Рак	Несчастные случаи	Корь, все возрастные группы (1998–2002 гг.)	Частота: Инсулино-зависимый сахарный диабет у детей (0–14 лет)	Рак у детей (0–14 лет)	Распространенность астмы в возрасте 13–14 лет (%)
Австрия	411,8	19,6	11,3	23,5	0,5	2,1	2,4	9,3	–	9,5	–	11,6
Азербайджан	1286,3	248,0	45,3	94,6	7,4	1,5	7,0	11,6	22,6	1,2	–	–
Албания	1157,7	114,3	39,5	62,5	1,9	1,4	4,3	16,3	20,5	3,6	–	2,6
Андорра	–	–	–	–	–	–	–	3,8	12,8	–	–	–
Армения	1285,2	52,6	16,3	31,8	1,8	3,1	5,7	8,0	1,2	–	–	–
Беларусь	911,5	62,2	28,3	49,8	1,8	3,9	4,3	24,0	1,5	5,7	154,4	–
Бельгия	560,1	25,9	14,9	26,5	0,9	1,1	4,2	11,0	–	11,8	–	12,0
Болгария	1349,4	67,2	26,4	40,9	1,1	2,9	4,5	11,7	0,4	8,8	102,7	–
Босния и Герцеговина	1525,1	42,2	27,4	41,8	0,4	2,1	3,7	9,2	20,6	3,5	–	–
БЮРМ <sup>б</sup>	1370,7	46,7	21,9	32,6	1,5	0,7	3,8	10,4	2,2	3,6	–	–
Венгрия	728,5	36,3	18,9	28,3	0,7	3,0	4,4	9,4	0,1	9,6	119,6	–
Германия	421,2	25,3	12,3	23,1	0,8	1,7	3,0	8,2	–	12,2	128,7	13,8
Греция	618,2	27,0	15,3	29,1	0,7	3,1	4,4	15,4	0,4	9,1	–	3,7
Грузия	1187,7	38,5	20,7	35,7	1,6	0,0	2,4	3,8	3,0	8,1	–	3,6
Дания	413,7	21,7	17,6	25,9	0,8	3,9	3,7	10,1	0,3	19,4	149,7	–
Израиль	587,0	35,2	16,0	24,2	0,6	1,7	3,0	7,1	0,3	5,9	–	–
Ирландия	600,9	35,8	14,2	29,1	0,8	2,2	3,0	10,9	12,8	16,3	133,2	29,1
Исландия	238,6	0,0	20,2	22,0	1,2	0,0	5,6	7,0	0,0	13,9	129,2	–
Испания	450,7	26,1	16,3	26,1	1,3	2,0	3,7	11,5	0,5	12,8	137,9	10,3
Италия	451,0	18,9	13,7	21,9	0,3	1,4	4,3	8,2	9,4	9,5	158,0	8,9
Казахстан	1715,5	127,4	46,8	80,8	3,8	5,0	5,6	27,2	4,9	1,2	–	–
Кипр	–	–	–	–	–	–	–	–	–	10,5	–	–
Кыргызстан	2175,8	197,5	43,3	86,4	8,5	4,0	3,2	21,0	12,4	1,2	–	–
Латвия	992,8	84,2	31,8	56,7	2,4	4,8	5,1	29,3	0,0	7,1	–	8,4
Литва	778,6	52,8	27,0	48,1	0,9	3,6	5,3	21,2	1,0	7,8	127,7	–
Люксембург	390,7	30,8	12,7	28,0	1,0	1,0	2,0	13,1	0,4	11,9	–	–
Мальта	588,7	28,4	11,0	20,3	1,0	2,7	6,4	4,9	0,8	–	148,7	16,0
Монако	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Нидерланды	518,0	28,1	13,4	23,4	0,9	1,4	3,6	7,2	4,3	13,0	137,5	–
Норвегия	396,9	21,2	9,4	22,8	0,8	2,0	2,2	7,7	0,1	22,5	139,5	–
Польша	754,5	31,3	18,7	29,4	0,7	2,4	4,5	10,8	1,3	6,7	106,5	8,1
Португалия	565,0	42,6	22,8	38,4	2,1	2,1	4,3	8,3	0,5	11,5	139,4	9,5
Республика Молдова	1472,8	77,2	38,4	54,8	2,0	5,1	7,2	23,7	32,9	5,0	–	–
Российская Федерация	1375,3	85,5	43,6	75,7	2,5	4,8	5,5	33,3	2,9	7,2	–	4,4
Румыния	1747,4	82,6	44,6	54,8	5,7	3,9	6,7	19,9	8,8	5,0	101,8	3,0
Сан-Марино	0,0	0,0	0,0	38,0	0,0	0,0	19,0	19,0	0,9	9,5	–	–
Сербия и Черногория	1336,2	61,0	23,3	37,7	2,7	3,1	3,8	7,6	2,5	8,1	119,4	–
Словакия	627,2	43,9	22,8	33,1	0,5	2,1	5,1	13,1	2,0	9,2	131,5	–
Словения	383,6	26,3	13,7	27,0	0,6	3,3	3,6	9,3	0,1	8,5	119,1	–
Соединенное Королевство	571,2	27,2	13,0	23,8	1,3	1,7	3,3	6,3	0,2	18,9	121,0	32,2
Таджикистан	1419,7	187,1	41,3	80,1	14,6	2,1	2,3	12,6	14,5	1,2	–	–
Туркменистан	3085,0	533,0	64,2	183,6	24,5	2,6	5,1	34,2	7,0	1,2	–	–
Турция	–	–	–	–	–	–	–	–	29,9	3,2	115,6	–
Узбекистан	1837,5	206,0	43,8	89,4	5,8	2,1	4,2	21,3	1,8	1,2	–	9,2
Украина	1110,6	79,7	36,9	58,5	2,1	5,2	6,4	23,0	13,0	8,1	–	–
Финляндия	296,5	16,1	12,1	21,9	0,4	0,7	3,3	9,2	0,0	37,4	154,7	16,0
Франция	441,8	24,7	14,3	26,0	0,5	1,2	3,0	11,5	41,3	8,3	135,6	13,5
Хорватия	698,0	29,1	12,4	25,8	0,6	2,6	4,6	10,1	3,1	6,6	–	–
Чешская Республика	419,8	28,0	15,1	26,4	0,5	1,5	3,2	11,2	0,1	9,8	124,9	–
Швейцария	492,6	22,1	13,9	22,2	0,8	1,8	3,0	8,0	11,6	7,9	146,9	–
Швеция	367,4	18,9	10,2	17,3	0,2	1,5	3,3	5,9	0,2	28,0	154,3	12,9
Эстония	580,9	49,0	27,3	48,3	0,2	2,4	6,3	22,7	0,6	11,4	126,2	10,8

<sup>а</sup> Показатели были рассчитаны ВОЗ с целью обеспечения их сравнимости. Все показатели рассчитаны на 100 000 соответствующего населения, если не указано иначе.

<sup>б</sup> Бывшая Югославская Республика Македония.

Таблица 6 (продолжение)

## Детерминанты здоровья

Государство-член	Здоровье и благополучие (%)				Социально-экономические детерминанты			
	Высокий уровень удовлетворенности жизнью в возрасте 15 лет	Живущие в относительной бедности в возрасте 0–17 лет	Низкий социально-экономический статус в возрасте 11–15 лет	Дети в возрасте 11–15 лет, живущие в семьях с одним родителем	Ожидаемые годы обучения в школе	Дети в возрасте 6 месяцев, вскармливаемые грудью хотя бы частично (%)	Хорошая поддержка со стороны родителей в возрасте 15 лет (%)	Дети в возрасте до 5 лет, подвергающиеся воздействию табачного дыма (%)
Австрия	86,8	10,2	16,8	12,5	14,8	–	72,8	–
Азербайджан	–	–	–	–	10,5	30,4	–	–
Албания	–	–	–	–	10,9	87,0	–	–
Андорра	–	–	–	–	–	–	–	–
Армения	–	–	–	–	8,5	63,0	–	–
Беларусь	–	–	–	–	12,2	50,5	–	–
Бельгия	84,6	7,7	19,1	11,7	16,0	–	68,4	–
Болгария	–	–	–	–	12,7	–	–	–
Босния и Герцеговина	–	–	–	–	–	–	–	68,6
БЮРМ <sup>б</sup>	86,9	–	42,7	6,7	–	40,3	90,4	–
Венгрия	79,9	8,8	38,7	13,4	13,6	48,3	86,4	–
Германия	85,7	10,2	16,4	12,8	15,3	–	75,3	–
Греция	88,6	12,4	28,7	7,5	14,9	–	72,6	–
Грузия	–	–	–	–	6,4	44,2	–	73,0
Дания	88,1	2,4	13,5	16,5	15,0	–	72,0	–
Израиль	84,8	–	27,5	9,3	14,8	41,0	77,7	–
Ирландия	83,2	15,7	20,7	10,3	14,9	–	73,5	–
Исландия	–	–	–	–	16,0	67,2	–	–
Испания	84,8	13,3	22,4	9,1	15,5	40,0	79,0	–
Италия	81,8	16,6	26,0	7,0	14,9	37,8	73,0	–
Казахстан	–	–	–	–	11,7	71,5	–	–
Кипр	–	–	–	–	13,0	–	–	–
Кыргызстан	–	–	–	–	–	79,1	–	–
Латвия	74,7	–	55,9	18,6	13,3	26,4	75,9	63,6
Литва	71,4	–	53,1	13,5	14,2	26,6	69,9	62,9
Люксембург	–	9,1	–	–	13,1	–	–	–
Мальта	78,0	–	43,1	4,8	14,0	–	74,5	–
Монако	–	–	–	–	–	–	–	–
Нидерланды	92,5	9,8	9,0	10,7	16,0	25,0	87,1	–
Норвегия	78,8	3,4	5,8	16,2	16,9	80,0	75,0	–
Польша	72,3	12,7	43,1	10,2	14,7	–	86,4	67,2
Португалия	73,8	15,6	28,9	9,8	–	–	79,1	–
Республика Молдова	–	–	–	–	9,7	81,0	–	–
Российская Федерация	72,1	–	58,3	16,9	–	32,6	79,7	62,9
Румыния	–	–	–	–	11,7	38,9	–	–
Сан-Марино	–	–	–	–	–	–	–	–
Сербия и Черногория	–	–	–	–	10,3	32,0	–	65,0
Словакия	–	–	–	–	13,1	36,8	–	54,5
Словения	82,0	–	20,5	8,7	15,0	–	88,7	47,7
Соединенное Королевство	81,4	15,4	15,7	16,8	16,3	21,0	79,4	–
Таджикистан	–	–	–	–	9,9	72,3	–	–
Туркменистан	–	–	–	–	–	–	–	–
Турция	–	–	–	–	9,5	71,4	–	–
Узбекистан	–	–	–	–	–	95,5	–	–
Украина	–	–	–	–	11,4	41,4	–	58,9
Финляндия	89,3	2,8	17,8	14,6	16,7	51,0	78,6	–
Франция	81,0	7,5	16,1	11,0	15,4	–	78,9	–
Хорватия	72,4	–	43,5	7,4	11,9	17,1	82,4	–
Чешская Республика	83,0	6,8	40,2	13,4	13,6	31,7	74,6	54,0
Швейцария	88,7	6,8	13,1	12,5	15,1	–	77,5	–
Швеция	80,3	4,2	9,2	16,8	15,9	72,4	81,9	–
Эстония	69,6	–	40,1	17,7	14,4	42,1	71,2	59,2

<sup>б</sup> Бывшая Югославская Республика Македония.<sup>с</sup> Показатели рассчитаны с помощью метода регрессии и других аналогичных методов оценки.

Семейные детерминанты				Детерминанты образа жизни среди 15-летних (%)				Детерминанты, относящиеся к медицинской помощи			
Насилие: ожидаемая ежегодная частота перелома костей в возрасте 0–14 лет	Удовлетворительное или плохое здоровье в возрасте 15 лет (%)	Частота самоубийств в возрасте 0–14 лет	DALYs на 1000 детей в возрасте 0–14 лет	Табакорение	Употребление алкоголя	Употребление марихуаны (гашиша)	Избыточная масса тела	Ранняя неонатальная смертность на 1000 живорожденных, 2000 г.	Охват годовалых детей прививкой против гепатита В-3 дозы (%)	Здоровье полости рта (КПУ) в возрасте 12 лет	Выживание больных лейкемией детей (0–14 лет) (%)
400,0	18,2	0,3	39,7	22,1	34,5	11,6	10,8	2	44	1,0	–
–	–	0,2	196,1	–	–	–	–	27 <sup>c</sup>	98	–	–
–	–	0,8	129,8	–	–	–	–	9 <sup>c</sup>	97	3,0	–
–	–	–	47,9	–	–	–	–	3 <sup>c</sup>	84	–	–
–	–	0,1	108,8	–	–	–	–	13	93	–	–
–	–	0,7	73,9	–	–	–	–	3	99	2,7	54,0
–	20,0	–	47,0	18,6	35,3	22,5	10,6	2	50	1,6	–
–	–	0,6	73,6	–	–	–	5	96	4,4	50,0	–
–	–	–	86,7	–	–	–	9	–	6,1	–	–
–	13,3	0,2	78,0	9,8	18,2	3,1	10,1	7	–	3,0	–
–	19,3	0,4	59,3	19,1	24,4	11,8	11,6	5	–	–	54,0
450,0	17,2	0,3	40,1	27,5	39,3	18,3	11,1	2	81	1,2	88,0
–	12,2	0,2	44,3	9,9	27,5	4,1	15,6	3	88	2,2	–
–	–	0,1	84,8	–	–	–	–	19 <sup>c</sup>	49	–	–
90,0	17,5	0,3	49,7	14,8	46,5	21,2	11,7	3	–	0,9	64,0
230,0	13,4	0,3	57,6	9,7	18,1	6,7	10,3	3	98	1,7	90,0
–	18,5	0,2	58,8	15,8	17,4	18,5	11,9	3	–	1,2	79,0
80,0	–	0,0	39,0	13,6	–	–	–	2	–	1,5	84,0
–	13,8	0,2	42,7	20,1	28,3	30,8	15,2	2	83	1,1	59,0
–	18,5	0,2	42,6	16,1	37,1	20,1	13,0	2	97	–	64,0
–	–	1,8	134,4	–	–	–	–	29	99	–	–
–	–	–	65,8	–	–	–	–	3 <sup>c</sup>	88	–	–
–	–	1,0	217,2	–	–	–	–	26	99	–	–
–	34,7	0,7	70,8	17,6	16,7	7,6	6,1	5	98	3,5	50,0
–	35,8	0,6	73,4	19,1	–	6,1	4,1	3	95	2,4	33,0
–	–	0,0	48,2	–	–	–	–	3	49	0,7	–
70,0	24,7	0,0	46,6	8,5	47,3	5,9	22,4	4	70	–	64,0
–	–	–	58,8	–	–	–	–	2 <sup>c</sup>	99	–	–
–	22,5	0,2	48,1	19,2	51,4	21,6	8,9	3	–	0,8	71,0
–	23,9	0,0	42,7	17,8	19,7	–	12,0	2	–	1,5	58,0
30,0	18,9	0,5	55,7	16,3	19,2	14,8	6,6	4	97	3,8	62,0
–	22,9	0,4	51,8	16,5	15,5	19,4	11,7	3	94	3,0	57,0
–	–	0,5	113,7	–	–	–	–	16	99	–	–
–	36,7	1,3	100,5	15,8	21,6	8,3	4,8	7	94	–	–
–	–	1,0	99,9	–	–	–	–	6	98	7,3	28,0
–	–	0,0	36,8	–	–	–	–	2 <sup>c</sup>	96	–	–
–	–	0,4	74,6	–	–	–	–	7	–	3,3	–
240,0	–	0,2	58,7	–	–	–	–	4	99	4,3	49,0
260,0	17,2	0,3	45,6	22,9	34,3	24,4	12,9	3	–	1,8	70,0
430,0	26,5	0,1	49,4	17,7	51,4	33,8	14,5	3	–	0,9	78,4
–	–	0,2	223,8	–	–	–	–	29 <sup>c</sup>	57	–	–
–	–	1,0	200,4	–	–	–	–	26	97	–	–
–	–	–	158,7	–	–	–	–	19	68	–	–
–	–	0,7	132,9	–	–	–	–	21	99	0,9	–
–	–	0,7	95,9	–	–	–	–	9	77	–	–
300,0	14,2	0,3	44,4	22,7	16,8	7,4	13,2	2	–	1,2	53,0
–	–	0,4	48,9	19,8	16,8	27,4	11,0	2	29	1,9	69,0
–	29,0	0,0	57,5	16,9	29,6	13,9	10,4	4	–	3,5	–
–	12,1	0,3	40,4	21,6	28,9	26,9	9,2	2	86	2,5	72,2
–	10,4	0,3	44,1	17,1	33,5	37,9	9,1	3	–	0,9	64,0
310,0	17,6	0,3	35,9	9,8	20,1	4,7	15,2	2	–	1,1	88,7
–	21,7	1,7	64,3	17,3	23,7	14,3	6,9	4	–	2,4	50,0

Источник: Данные взяты из большого числа публикаций и баз данных ВОЗ и других специализированных учреждений Организации Объединенных Наций, а также из книги *Diabetes atlas*, 2nd ed. Brussels, International Diabetes Federation, 2003 (<http://www.eatlas.idf.org>, по состоянию на 25 мая 2005 г.).

Таблица 7. Бремя болезней, обусловленное семью ведущими проблемами здоровья, у детей в возрасте 0–14 лет (DALYs на 1000 человек) в Европейском регионе ВОЗ, 2002 г.

Государство-член	1. Болезни новорож- денных	3. Тяжелые врож-денные аномалии	3. Тяжелые врож-денные аномалии	4. Нейропси- хические расстрой- ства	5. Недоста- точность йода	6. Непредна- меренные травмы	7. Астма	Общее по колон-кам 1–7	Все причины
Австрия	4,3	0,2	2,8	7,5	0,0	1,1	2,7	18,6	39,7
Азербайджан	22,6	56,4	4,9	6,4	1,6	2,6	2,8	97,3	196,1
Албания	12,5	15,9	4,4	6,0	10,2	4,4	1,8	55,1	129,8
Андорра	5,7	0,5	5,6	6,2	0,0	2,7	3,3	23,8	47,9
Армения	23,4	8,0	13,4	6,2	0,6	3,7	2,5	57,7	108,8
Беларусь	3,6	1,2	8,5	6,6	5,5	7,6	1,2	34,1	73,9
Бельгия	3,7	0,3	4,6	7,9	0,0	1,5	3,0	21,0	47,0
Болгария	5,6	5,1	4,4	6,1	6,1	3,7	2,0	33,1	73,6
Босния и Герцеговина	17,9	1,5	3,1	6,2	5,4	2,0	2,1	38,3	86,7
БЮРМ <sup>a</sup>	19,2	2,0	4,1	6,0	0,0	2,2	2,2	35,7	78,0
Венгрия	7,2	0,6	6,5	6,6	2,0	3,5	1,3	27,6	59,3
Германия	4,8	0,2	3,3	6,8	0,1	1,8	3,1	20,1	40,1
Греция	6,8	0,6	4,9	5,5	0,1	2,9	2,0	22,9	44,3
Грузия	32,4	7,1	1,7	6,0	4,3	1,4	2,3	55,1	84,8
Дания	5,2	0,2	5,5	7,4	0,1	2,8	3,7	24,9	49,7
Израиль	7,7	0,4	6,2	7,8	0,0	1,2	3,5	26,8	57,6
Ирландия	5,9	0,7	7,2	6,7	0,1	1,3	5,9	27,7	58,8
Исландия	4,6	0,4	3,8	6,8	0,0	1,8	2,4	19,8	39,0
Испания	4,0	0,3	4,5	5,4	0,1	1,5	2,8	18,4	42,7
Италия	6,3	0,3	4,1	6,1	0,1	1,1	2,7	20,7	42,6
Казахстан	16,8	20,6	10,9	3,7	5,6	3,0	1,2	61,7	134,4
Кипр	6,8	4,7	2,5	5,1	0,0	3,9	2,5	25,5	65,8
Кыргызстан	41,6	42,3	14,1	3,5	1,7	9,5	2,7	115,5	217,2
Латвия	6,7	0,8	7,8	6,6	1,6	8,5	2,1	34,1	70,8
Литва	2,0	1,4	7,4	6,6	8,9	6,8	1,3	34,4	73,4
Люксембург	7,4	0,1	2,5	7,5	0,0	3,1	3,7	24,3	48,2
Мальта	6,3	0,2	4,1	6,0	0,0	1,9	4,2	22,7	46,6
Монако	4,3	0,2	5,9	8,4	0,0	1,5	4,6	24,9	58,8
Нидерланды	4,9	0,4	4,6	6,4	0,0	1,0	4,7	22,0	48,1
Норвегия	2,5	0,3	4,2	7,0	0,0	1,2	3,7	18,8	42,7
Польша	5,3	0,6	3,9	6,0	1,0	4,7	2,7	24,2	55,7
Португалия	5,3	0,7	4,1	5,8	0,1	1,9	3,9	21,8	51,8
Республика Молдова	11,9	9,2	13,3	6,5	10,0	9,2	1,2	61,3	113,7
Российская Федерация	7,8	2,1	8,4	6,4	10,9	7,6	1,2	44,3	100,5
Румыния	8,4	13,7	7,6	5,9	2,1	5,7	1,0	44,4	99,9
Сан-Марино	2,1	0,0	2,7	5,8	0,0	0,9	3,3	14,8	36,8
Сербия и Черногория	14,9	3,9	4,3	6,0	0,9	1,8	2,1	33,9	74,6
Словакия	5,1	1,5	3,3	6,1	1,5	2,8	2,1	22,4	58,7
Словения	3,0	0,4	3,8	7,7	0,1	2,7	3,4	21,1	45,6
Соединенное Королевство	7,2	0,6	3,9	6,8	0,0	1,7	5,8	26,1	49,4
Таджикистан	40,2	38,1	5,4	3,4	1,7	5,3	2,7	96,9	223,8
Туркменистан	18,6	59,1	5,0	3,6	0,2	8,1	2,9	97,5	200,4
Турция	31,1	15,1	9,5	3,5	8,0	3,0	2,5	72,6	158,7
Узбекистан	19,4	32,8	5,2	6,2	1,2	6,6	2,7	74,1	132,9
Украина	8,1	1,5	9,4	6,6	12,2	6,9	1,2	46,0	95,9
Финляндия	1,8	0,4	4,1	8,3	0,0	2,9	4,4	21,9	44,4
Франция	4,2	0,3	4,3	7,6	0,0	3,3	3,3	23,0	48,9
Хорватия	9,0	0,6	6,2	7,3	0,1	2,9	3,6	29,7	57,5
Чешская Республика	3,8	0,9	2,2	6,8	0,0	2,8	3,5	20,0	40,4
Швейцария	3,6	0,2	5,0	7,4	0,0	2,3	3,1	21,7	44,1
Швеция	1,5	0,2	4,0	7,5	0,0	0,8	3,1	17,1	35,9
Эстония	4,6	0,4	6,1	6,5	1,7	5,5	3,1	27,8	64,3
<b>Европейский регион</b>	<b>11,8</b>	<b>7,4</b>	<b>6,3</b>	<b>6,0</b>	<b>3,8</b>	<b>3,3</b>	<b>1,9</b>	<b>40,4</b>	<b>89,6</b>

<sup>a</sup> Бывшая Югославская Республика Македония.

Примечание: 1 = низкая масса тела при рождении, асфиксия при рождении и травма при родах; 2 = инфекции нижних и верхних дыхательных путей; 3 = врожденные пороки (аномалии) сердца, синдром Дауна и spina bifida; 4 = униполярные депрессивные расстройства, шизофрения и мигрень; 6 = падения, дорожно-транспортные происшествия и утопления.

Источник: данные взяты из Mathers C et al. *Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*. Geneva, World Health Organization, 2004 ([http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden\\_gbd2000docs,burden\\_gbd2000docs\\_DP54&language=english](http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden_gbd2000docs,burden_gbd2000docs_DP54&language=english), по состоянию на 25 мая 2005 г.).

## Определения показателей, использованных в таблицах

### Показатель смертности среди взрослых

Вероятность наступления смерти (на 1000 населения) в возрасте 15–60 лет.

*Источник:* World health statistics 2005. Indicators [online database]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#adultmortality>, по состоянию на 15 июня 2005 г.).

### Употребление алкоголя

Доля 15-летних, сообщающих о том, что они употребляют алкоголь (пиво, вино или крепкие напитки) каждую неделю.

*Источник:* Currie C et al., eds. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; [http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationresources/publications/catalogue/20040518\\_1](http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationresources/publications/catalogue/20040518_1), по состоянию на 25 мая 2005 г.).

### Насилие: расчетная ежегодная частота перелома костей

Ежегодное число госпитализаций на 100 000 детей в возрасте 0–14 лет по поводу следующих видов переломов: переломы плечевой кости; множественные переломы ключицы, лопатки и плечевой кости; переломы плечевого сустава и плечевой кости; переломы предплечья (лучевой кости и локтевой кости); переломы бедра (всех частей бедренной кости); переломы голени (большеберцовой кости и малоберцовой кости), включая голеностопный сустав; множественные переломы, включающие переломы вышеуказанных костей.

*Источник:* Rigby M, Köhler L, eds. *Child health indicators of life and development (CHILD). Report to the European Commission*. Luxembourg, Directorate-General for Health and Consumer Protection, 2002 ([http://www.ggd.nl/kennisnet/uploaddb/downl\\_object.asp?atoom=15443&VolgNr=1](http://www.ggd.nl/kennisnet/uploaddb/downl_object.asp?atoom=15443&VolgNr=1), по состоянию на 15 июня 2005 г.).

### Употребление марихуаны

Доля 15-летних, сообщающих о том, что они когда-либо употребляли марихуану и употребляли ее в последние 12 месяцев.

*Источник:* Currie C et al., eds. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; [http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationresources/publications/catalogue/20040518\\_1](http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationresources/publications/catalogue/20040518_1), по состоянию на 25 мая 2005 г.).



### **Дети, живущие в относительной бедности**

Дети, живущие в семьях, чей доход составляет менее 50% национального среднего дохода.

*Источник:* UNICEF Innocenti Research Centre. *Child poverty in rich countries 2005*. Florence, United Nations Children's Fund (Report Card No. 6; <http://www.unicef-icdc.org/publications/pdf/repcard6e.pdf>, по состоянию на 25 мая 2005 г.).

### **Охват системой регистрации смертей**

Соотношение между общим расчетным числом смертей и числом смертей, подсчитанных с помощью системы регистрации рождений и смертей.

*Источник:* World health statistics 2005. Indicators [online database]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#registereddeathcoverage>, по состоянию на 15 июня 2005 г.).

### **Ранняя неонатальная смертность**

Число живорожденных, умерших в течение первой недели жизни, на 1000 живорожденных.

*Источник:* Statistical annex. Explanatory notes. In: *The world health report 2005 – Make every mother and child count*. Geneva, World Health Organization, 2005 ([http://www.who.int/whr/2005/10\\_annexes\\_notes\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2005/10_annexes_notes_en.pdf), по состоянию на 15 июня 2005 г.).

### **Ожидаемые годы обучения в школе**

Общее число лет обучения в школе, на которые может рассчитывать ребенок, при условии, что вероятность его поступления в школу в любом будущем возрасте будет равна соответствующему нынешнему показателю в этом возрасте.

*Источник:* Институт статистики ЮНЕСКО (веб-сайт). Монреаль, Институт статистики ЮНЕСКО, 2005 г. ([http://www.uis.unesco.org/en/stats/statistics/indicators/i\\_pages/indspec/tecspe\\_sle.htm](http://www.uis.unesco.org/en/stats/statistics/indicators/i_pages/indspec/tecspe_sle.htm), по состоянию на 15 июня 2005 г.).

### **Расходы на здравоохранение**

**ВВП** (валовой внутренний продукт) – это совокупная стоимость конечных товаров и услуг, произведенных на территории данной страны (резидентами и нерезидентами), независимо от того, предназначены они для пользователей внутри страны или за рубежом. ВВП соответствует совокупности расходов (на потребление и инвестирование) частных и государственных объектов экономики в течение данного года.

**Общие государственные расходы** включают сводные прямые и косвенные издержки, в том числе капитальные, всех уровней правительства, учреждений социального обеспечения, автономных органов и других внебюджетных фондов.

**Международные доллары** рассчитываются путем деления единицы местной валюты на расчетный показатель паритета покупательной способности (ППС) в сравнении с долларом США, что позволяет свести к минимуму последствия различий в уровнях цен между странами.

**Общие расходы на здравоохранение** – это сумма общих государственных и частных расходов на охрану здоровья в данном году (в международных долларах).

*Источник:* World health statistics 2005. Indicators [online database]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#totexponhealthaspercentofgdp>, по состоянию на 15 июня 2005 г.).

### **Воздействие табачного дыма на детей в их домах**

Доля детей в возрасте 0–4 года, живущих в семьях, в которых имеется хотя бы один курящий.

*Источник:* Rigby M, Köhler L, eds. *Child health indicators of life and development (CHILD). Report to the European Commission*. Luxembourg, Directorate-General for Health and Consumer Protection, 2002 ([http://www.ggd.nl/kennisnet/uploaddb/downl\\_object.asp?atoom=15443&VolgNr=1](http://www.ggd.nl/kennisnet/uploaddb/downl_object.asp?atoom=15443&VolgNr=1), по состоянию на 15 июня 2005 г.).

### **Удовлетворительное или плохое здоровье**

Доля 15-летних, считающих, что их здоровье удовлетворительное или плохое.

*Источник:* Currie C et al., eds. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; [http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationresources/publications/catalogue/20040518\\_1](http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationresources/publications/catalogue/20040518_1), по состоянию на 25 мая 2005 г.).

### **Индекс Гини**

Индекс Гини показывает степень отклонения распределения доходов (или потребления) среди отдельных людей или семей внутри страны от идеально равномерного распределения. Значение, равное нулю, представляет собой абсолютное равенство, а значение, равное 100, представляет собой абсолютное неравенство.

*Источник:* World health statistics 2005. Indicators [online database]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#totexponhealthaspercentofgdp>, по состоянию на 15 июня 2005 г.).

### **Хорошая поддержка со стороны родителей**

Доля 15-летних, которые заявляют, что им легко разговаривать со своими матерями.

*Источник:* Currie C et al., eds. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; [http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationresources/publications/catalogue/20040518\\_1](http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationresources/publications/catalogue/20040518_1), по состоянию на 25 мая 2005 г.).

**Высокий уровень удовлетворенности жизнью (УЖ)**

Доля 15-летних, которые при оценке УЖ по десятибалльной шкале (лестнице Кэнтрила) помещают себя в верхнюю половину шкалы (6 баллов и больше).

*Источник:* Currie C et al., eds. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; [http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationresources/publications/catalogue/20040518\\_1](http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationresources/publications/catalogue/20040518_1), по состоянию на 25 мая 2005 г.).

**Частота инсулинозависимого сахарного диабета**

Рассчитанное ежегодное число вновь диагностированных случаев диабета типа 1 с его развитием в детском возрасте (когда пациентам для выживания необходим инсулин) на 100 000 человек в возрасте 0–14 лет.

*Источник:* *Diabetes atlas*, 2nd ed. Brussels, International Diabetes Federation, 2003.

**Частота кори (средний ежегодный показатель)**

Число всех новых случаев кори в год во всех возрастных группах, о которых ВОЗ получила сообщение от страны, поделенное на общее население страны. Поскольку число таких случаев в год колеблется в значительной степени, в таблице представлено среднее число случаев на 100 000 населения в год за период 1998–2002 гг.

*Источник:* рассчитано Европейским региональным бюро ВОЗ для данного доклада.

**Выживание больных лейкемией**

Расчетный национальный показатель кумулятивного выживания больных лейкемией в течение пяти лет.

*Источник:* Automated Childhood Cancer Information System (ACCIS) [online database]. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2003 (<http://www-dep.iarc.fr/accis/data.htm>, по состоянию на 15 июня 2005 г.).

**Ожидаемая продолжительность жизни при рождении**

Среднее число лет, которые проживет новорожденный ребенок, при условии, что нынешние показатели смертности останутся неизменными.

*Источник:* World health statistics 2005. Indicators [online database]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#lifeexpectancy>, по состоянию на 15 июня 2005 г.).

**Жизнь в семье с одним родителем**

Доля детей в возрасте 11–15 лет, живущих в семье с одним родителем, при условии, что основное место проживания ребенка считается его постоянным домом.

*Источник:* Currie C et al., eds. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; [http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationresources/publications/catalogue/20040518\\_1](http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationresources/publications/catalogue/20040518_1), по состоянию на 25 мая 2005 г.).

[www.euro.who.int/eprise/main/who/informationresources/publications/catalogue/20040518\\_1](http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationresources/publications/catalogue/20040518_1), по состоянию на 25 мая 2005 г.).

### **Низкая масса тела при рождении**

Доля живорожденных младенцев с массой тела менее 2500 г при рождении в данный период времени.

*Источник:* World health statistics 2005. Indicators [online database]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#lowbirthweight>, по состоянию на 15 июня 2005 г.).

### **Низкий социально-экономический статус**

Доля детей в возрасте 11–15 лет, сообщающих о низком материальном благополучии семьи, согласно общему баллу по шкале богатства семьи, в котором учитываются наличие в семье автомобиля, вместимость спальных комнат, характер проведения отпусков и наличие в семье компьютера.

*Источник:* Currie C et al., eds. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; [http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationresources/publications/catalogue/20040518\\_1](http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationresources/publications/catalogue/20040518_1), по состоянию на 25 мая 2005 г.).

### **Материнская смертность**

Число умерших женщин от осложнений беременности, родов и послеродового периода на 100 000 родившихся живыми.

*Источник:* World health statistics 2005. Indicators [online database]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#maternalmortality>, по состоянию на 15 июня 2005 г.).

### **Годовалые дети, получившие прививку против кори**

Доля годовалых детей, получивших по крайней мере одну дозу прививки, содержащей коревую вакцину, в данном году. Для стран, рекомендующих проводить первую прививку против кори в возрасте старше 12 месяцев, этот показатель рассчитывается как доля детей в возрасте до 24 месяцев, получивших первую прививку от кори.

*Источник:* World health statistics 2005. Indicators [online database]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#measles>, по состоянию на 15 июня 2005 г.).

### **Годовалые дети, получившие три дозы АКДС**

Доля годовалых детей, получивших в данном году три дозы комбинированной вакцины от коклюша, дифтерии и столбняка.

*Источник:* World health statistics 2005. Indicators [online database]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#dtp3>, по состоянию на 15 июня 2005 г.).

### **Годовалые дети, получившие прививку от гепатита В (3 дозы)**

Доля годовалых детей, получивших в данном году 3 дозы вакцины от гепатита В.

*Источник:* World health statistics 2005. Indicators [online database]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#hepb>, по состоянию на 15 июня 2005 г.).

### **Здоровье полости рта (индекс КПУ)**

Число кариозных, пломбированных и удаленных зубов в возрасте 12 лет (индекс КПУ в возрасте 12 лет).

*Источник:* Европейская база данных “Здоровье для всех” [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 г. (<http://www.euro.who.int/hfadб>; по состоянию на 2 мая 2005 г.).

### **Избыточная масса тела**

Доля 15-летних, отнесенных к категории людей с избыточным весом (сумма 15-летних с ожирением и массой тела, предшествующей ожирению), с использованием сообщенных детьми данных о своем весе и росте и международных точек отсечки, которые соответствуют индексу массы тела взрослых (ИМТ), равному 25,0–29,0 для избыточного веса и  $\geq 30,0$  для ожирения.  $\text{ИМТ} = \text{вес (кг)}/\text{рост (м)}^2$ .

*Источник:* Currie C et al., eds. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; [http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationresources/publications/catalogue/20040518\\_1](http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationresources/publications/catalogue/20040518_1), по состоянию на 25 мая 2005 г.).

### **Распространенность астмы**

Доля детей в возрасте 13–14 лет, сообщающих о том, что в предыдущие 12 месяцев у них были симптомы астмы.

*Источник:* Tamburlini G, von Ehrenstein O, Bertollini R, eds. *Children's health and environment: a review of evidence*. Copenhagen, European Environment Agency, 2002:44–47 (Environmental Issue Report No. 29; <http://www.euro.who.int/document/e75518.pdf>, по состоянию на 25 мая 2005 г.).

### **Задержка роста детей в возрасте до 5 лет**

Доля детей в возрасте до 5 лет, у которых рост для данного возраста ниже значения, равного –2 стандартных отклонения от эталонной средней, используемой национальным центром США по санитарной статистике и ВОЗ.

*Источник:* World health statistics 2005. Indicators [online database]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#childrenstunted>, по состоянию на 15 июня 2005 г.).

## **Борьба с туберкулезом (ТБ) в рамках стратегии ДОТС**

**Выявление случаев** означает, что заболевание ТБ диагностировано и зарегистрировано.

**Случаи ТБ, выявленные в рамках стратегии ДОТС**, – это доля общего числа случаев ТБ с положительным мазком мокроты, имевших место, согласно оценкам, в масштабах страны в данный год, которые диагностируются (правильно или неправильно) или которые сообщаются национальным органам здравоохранения в рамках стратегии ДОТС.

**Выявление больных в рамках стратегии ДОТС** означает, что в стране или районе практика выявления больных туберкулезом основана на всех элементах международно рекомендуемой стратегии ДОТС: политическая поддержка, непрерывное лекарственное обеспечение, использование микроскопии мазков при диагностике, стандартизированная схема лечения коротким курсом, непосредственное наблюдение за лечением и мониторинг результатов лечения всех (100%) больных туберкулезом.

**Показатель выявления больных ТБ в рамках стратегии ДОТС** – это соотношение числа впервые зарегистрированных больных ТБ с положительным мазком мокроты в рамках программ ДОТС, с одной стороны, и общего числа новых больных ТБ с положительным мазком для данного года и страны. Показатель выявления больных ТБ и показатель выявления больных ТБ в рамках стратегии ДОТС идентичны в тех случаях, когда охват населения стратегией ДОТС равен 100%.

Число случаев ТБ, сообщаемых в органы здравоохранения, обычно меньше расчетного числа новых больных ТБ из-за неполного охвата службами здравоохранения, неполной диагностики или недостатков системы регистрации случаев ТБ и сообщений о них в органы здравоохранения. С другой стороны, расчетный показатель выявления может превысить 100% в тех случаях, когда активная работа по выявлению больных ТБ велась в районе с большим числом невыявленных хронических больных ТБ, когда имели место представление завышенных данных (например, двойной подсчет) или случаи гипердиагностики или когда расчетные оценки заболеваемости являются слишком низкими. Если ожидаемое число новых больных ТБ в год является очень низким, показатель выявления больных ТБ может существенно варьироваться от года к году в силу случайных обстоятельств. Во всех случаях, когда значение индекса приближается к 100% или превышает 100%, ВОЗ прилагает усилия для выяснения того, какое из вышеуказанных объяснений является важным.

**Успех лечения** – это доля больных ТБ, зарегистрированных в рамках стратегии ДОТС в определенный период времени, которые успешно завершили лечение либо с бактериологическим подтверждением успешного лечения (“излечение”) или без него (“лечение закончено”). Для новых больных с положительным мазком мокроты применительно к успеху лечения цель составляет 85%; эта цель основана на том, что может быть действительно достигнуто, допуская, что доля неблагоприятных исходов (смерть, неудача, незавершенное лечение), составляет около 15%.

*Источники:* World health statistics 2005. Indicators [online database]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#dotsdetected> и <http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#dotstreated>, по состоянию на 15 июня 2005 г.) и Methods. Monitoring progress towards the Millennium Development Goals. In: *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2005*. Geneva, World Health Organization, 2005

([http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/2005/methods/en/index.html](http://www.who.int/tb/publications/global_report/2005/methods/en/index.html), по состоянию на 15 июня 2005 г.).

### **Табачокурение**

Доля 15-летних, сообщающих о том, что они курят каждый день.

*Источник:* Currie C et al., eds. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; [http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationresources/publications/catalogue/20040518\\_1](http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationresources/publications/catalogue/20040518_1), по состоянию на 25 мая 2005 г.).

### **Общий коэффициент фертильности**

Среднее число детей, рожденных одной женщиной, прожившей весь репродуктивный период, с учетом повозрастных показателей фертильности, характерных для данной страны и периода.

*Источник:* United Nations Common Database [online database]. New York, United Nations Statistics Division, 2005 ([http://first.sipri.org/www/first\\_un\\_life.html](http://first.sipri.org/www/first_un_life.html), по состоянию на 15 июня 2005 г.).

### **Показатель смертности детей в возрасте до 5 лет**

Вероятность смерти (на 1000 живорожденных) в возрасте до 5 лет в определенный период при условии, что повозрастные показатели смертности для этого периода останутся неизменными.

*Источник:* World health statistics 2005. Indicators [online database]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www3.who.int/statistics/compendium.htm#under5mortality>, по состоянию на 15 июня 2005 г.).

Правительствам и лицам, определяющим политику, в Европейском регионе ВОЗ, известно, что хорошее здоровье – это один из важнейших ресурсов, необходимых для социального и экономического развития. С одной стороны, в Регионе здоровье жителей в целом существенно улучшилось, с другой стороны, в нем увеличиваются различия в состоянии здоровья между его западными и восточными странами, а также между социально-экономическими группами внутри стран. Уменьшение этих различий приобретает все большую значимость. В “Докладе о состоянии здравоохранения в Европе, 2005 г.” показано, что это не только важно, но и возможно. В Докладе подытоживаются основные проблемы общественного здравоохранения, стоящие перед Регионом, особенно в том, что касается детей, а также дается описание эффективных стратегических действий для их решения. Доклад содержит надежную и основанную на фактических данных информацию, необходимую для принятия обоснованных решений в сфере общественного здравоохранения.

В Докладе, основанном на синтезе фактических данных и результатов анализов, которыми располагает ВОЗ и полученных из других источников, отмечается, что неинфекционные заболевания являются основной причиной бремени болезней в Регионе, в то время как инфекционные заболевания являются дополнительным бременем для стран Восточной Европы, в которых ситуация усугубляется такими проблемами, как бедность и недостаточное финансирование служб здравоохранения. В нем показано, что использование хорошо известных комплексных мер борьбы с ведущими факторами риска – табак, алкоголь, высокое артериальное давление, высокие уровни холестерина в крови, избыточная масса тела, недостаточное употребление овощей и фруктов и недостаточная физическая активность – во многом позволит предупредить развитие наиболее распространенных патологических состояний – ишемической болезни сердца, униполярных депрессивных расстройств, цереброваскулярных заболеваний, расстрой, связанных с употреблением алкоголя, хронической болезнью легких, рака легких и дорожно-транспортного травматизма. Все вышесказанное является мощным аргументом в пользу действий в этом направлении.

Особое внимание в “Докладе о состоянии здравоохранения в Европе, 2005 г.” уделяется здоровью детей, так как от этого зависит не только их здоровье на протяжении всей жизни, но и здоровье следующего поколения. В Докладе показаны различия в структуре заболеваемости детского и взрослого населения, а также широкие различия в причинах и показателях заболеваемости и смертности детей в рамках Региона. В нем также показана необходимость дополнительных стратегий охраны здоровья взрослых и детей и сложность задач, стоящих перед странами, в сфере улучшения здоровья детей. Каждая страна должна сама разработать свою собственную политику и программу действий. С другой стороны, в Докладе показано, что бедность и социально-экономическое неравенство представляют самую большую угрозу для здоровья детей, отмечается необходимость усиления работы по охране и укреплению здоровья детей, а также приводится основанный на фактических данных перечень элементов, характеризующих наиболее успешные стратегии и программы. Инвестиции в здоровье детей – это инвестиции в будущее.

## Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark  
Тел.: +45 39 17 17 17. Факс: +45 39 17 18 18  
Эл. почта: [postmaster@euro.who.int](mailto:postmaster@euro.who.int)  
Веб-сайт: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

ISBN 92-890-4376-8



Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г. и основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

### Государства-члены

Австрия  
Азербайджан  
Албания  
Андорра  
Армения  
Беларусь  
Бельгия  
Болгария  
Босния и Герцеговина  
Бывшая Югославская Республика Македония  
Венгрия  
Германия  
Греция  
Грузия  
Дания  
Израиль  
Ирландия  
Исландия  
Испания  
Италия  
Казахстан  
Кипр  
Кыргызстан  
Латвия  
Литва  
Люксембург  
Мальта  
Монако  
Нидерланды  
Норвегия  
Польша  
Португалия  
Республика Молдова  
Российская Федерация  
Румыния  
Сан-Марино  
Сербия и Черногория  
Словакия  
Словения  
Соединенное Королевство  
Таджикистан  
Туркменистан  
Турция  
Узбекистан  
Украина  
Финляндия  
Франция  
Хорватия  
Чешская Республика  
Швеция  
Швейцария  
Эстония