



**ЕВРОПА**

Обзорная сводка о состоянии здоровья в  
Армении  
2005

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

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

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

## Ключевые слова

HEALTH STATUS  
BURDEN OF DISEASE  
COMPARATIVE STUDY  
ARMENIA

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

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

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

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

### © Всемирная организация здравоохранения, 2006 г.

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

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

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

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

## Содержание

	<i>Стр.</i>
Резюме: основные фактические данные и стратегические соображения .....	1
Избранная демографическая и социально-экономическая информация .....	3
Профиль населения .....	3
Социально-экономические показатели .....	4
Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) и ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ) .....	7
Бремя болезней .....	11
Основные виды нарушений здоровья .....	12
Основные факторы риска .....	12
Смертность .....	13
Младенческая, неонатальная и детская смертность .....	13
Материнская смертность .....	14
Избыточная смертность .....	16
Основные причины смерти .....	18
Библиография .....	20
Приложения .....	22
Приложение. Возрастная пирамида .....	22
Приложение. Отдельные показатели смертности .....	23
Приложение. Детальные данные о смертности .....	24
Технические примечания .....	27
Словарь терминов .....	30



---

## Резюме: основные фактические данные и стратегические соображения

### Ожидаемая продолжительность жизни

По оценкам ВОЗ, жители Армении, родившиеся в 2003 г., могут рассчитывать прожить в среднем 68 лет (женщины – 72 года, мужчины – 65 лет). Ожидаемая продолжительность жизни для населения Армении на три года больше, чем в Азербайджане и на три года меньше, чем в Грузии. Оценочные данные ВОЗ на пять лет ниже, чем официальные показатели страны, в соответствии с которыми ожидаемая продолжительность жизни в Армении составляет 73 года: для женщин – 76 лет, для мужчин – 70 лет.

Оценки ВОЗ свидетельствуют также о том, что жители Армении, родившиеся в 2002 г., могут рассчитывать прожить в среднем 61 год без нарушений здоровья: женщины – 63 года, мужчины – 59 лет. Это значение приближается к средним показателям для Евр-В+С и примерно на 10 лет ниже соответствующего уровня для Евр-А. Самая значительная доля бремени болезней среди лиц обоего пола приходится на сердечно-сосудистые заболевания и нервно-психические расстройства. Основными факторами риска для мужчин являются табак и повышенный уровень холестерина, для женщин – избыточная масса тела и повышенное артериальное давление.

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

*Ageing and employment policies* (OECD, 2004)

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

### Младенческая смертность

Официальные сведения о смертности детей в возрасте до 5 лет, а также о младенческой и неонатальной смертности в Армении, по всей вероятности, являются заниженными. За период с 1990 по 2003 г. показатели младенческой смертности снизились приблизительно на одну треть. Неонатальная смертность с 1991 г. остается на уровне прикл. 8 на 1000 живорожденных (среднее значение для Евр-В+С – 7 на 1000 живорожденных). Что касается смертности детей в возрасте до 5 лет, то по оценкам ВОЗ, за период с 2000 по 2003 г. происходило снижение этого показателя в среднем прикл. на 3,3% в год, в то время как темпы снижения в целом по Европейскому региону составляли 3,5%.

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

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

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

---

## Материнская смертность

За период с 1990 по 2002 г. официальные показатели материнской смертности снизились прилб. на 36%. Для того, чтобы достичь к 2015 г. цели, поставленной в Декларации тысячелетия ООН, стране потребуется снизить материнскую смертность еще на 61%.

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

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

## Основные причины смерти

В 2002 г. 83% всей смертности в Армении было обусловлено неинфекционной патологией; внешние причины составили около 3%, инфекционные болезни – менее 1%, неточно обозначенные состояния – около 4%. В целом, показатели смертности в Армении прилб. на 20% ниже, чем в среднем по Евр-В+С.

Смертность по всем группам патологии среди взрослого населения Армении ниже, чем соответствующие средние показатели по Евр-В+С. Для многих, если не для большинства видов нарушений здоровья, показатели смертности в Армении соответствуют показателям группы стран Евр-А. С соответствующими поправками на неполноту данных это означает, что уровень здоровья взрослого населения в целом выше, чем в ряде других стран СНГ. Однако в возрастной группе 0–14 лет, смертность в два раза превышает уровень Евр-А, хотя и остается прилб. на 25% ниже, чем в Евр-В+С.

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

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

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

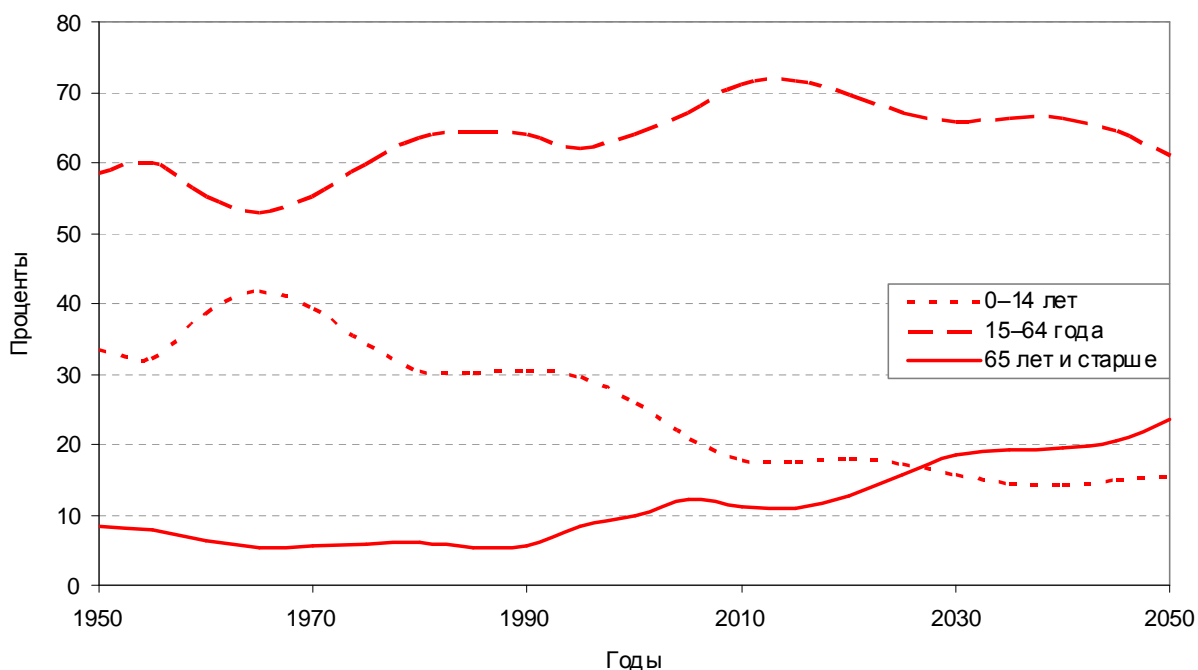
*Каковы преимущества и недостатки реструктурирования системы здравоохранения в целях ее большей ориентации на службы первичной медико-санитарной помощи (Health Evidence Network, 2004)*

## Избранная демографическая и социально-экономическая информация

### Профиль населения

По состоянию на середину 2003 г. в Армении проживало около 3,2 млн человек. Городское население составляло около 65%, что соответствует среднему уровню для стран Евр-В+С. Доля детского населения (0–14 лет) была относительно стабильной в течение 1980-х годов, за последующее десятилетие она снизилась с прил. 30% населения в 1990 г. до 23% в 2003 г., однако все еще несколько превышает средний уровень для Евр-В+С. Напротив, процент населения в возрасте 65 лет и старше в Армении несколько ниже, чем в среднем по Евр-В+С. По прогнозам, люди в возрасте 65 лет и старше будут к 2030 г. составлять 19% населения Армении (см. Приложение. Возрастная пирамида. График. Демографические тенденции).

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



Источник: United Nations (2005)

Коэффициент рождаемости в Армении в 2003 г. ненамного превышал соответствующий средний уровень для стран Евр-В+С. Естественный прирост населения положительный, его уровень также превышает средние значения для Евр-В+С. Имеет место миграционная убыль населения, и этот процесс выражен в большей степени, чем в среднем по Евр-В+С (Таблица. Отдельные демографические показатели).

**Некоторые демографические показатели в Армении и ЕВР-В+С  
за 2003 г. или за последний год, за который имеются данные**

Индикаторы	Армения	ЕВРО-В+С		
	Значение	В среднем	Минимум	Максимум
Население (в тыс.)	3211.3	–	–	–
0–14 лет (%)	23.0	–	–	–
15–64 года (%)	66.9	–	–	–
65 лет и старше (%)	10.1	–	–	–
Городское население (%) <sup>a</sup>	64.6	63.7	25.0	73.3
Живорождение (на 1000 чел.)	11.2	12.8	8.6	27.1
Естественный прирост населения (на 1000 чел.)	3.1	0.8	–7.5	23.0
Миграционный прирост населения (на 1000 чел.)	–2.4	1.8	–6.6	2.1

<sup>a</sup> 2002 г.

Источники: Совет Европы (2005 г.), Европейское региональное бюро ВОЗ (2005 г.).

### **Социально-экономические показатели**

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

#### **Доход: абсолютная бедность, относительная бедность и распределение дохода**

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

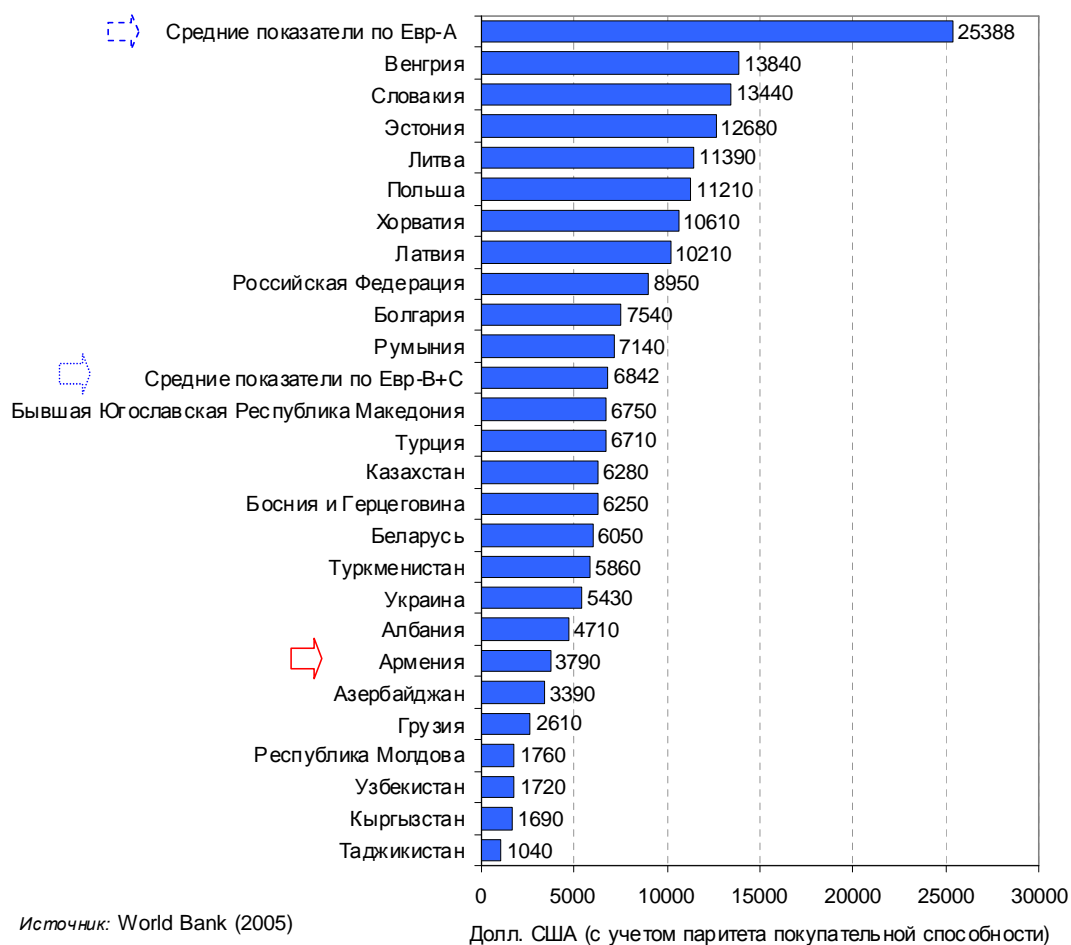
Если доход недостаточен даже для приобретения минимума жизненно необходимых товаров и услуг, то речь идет об абсолютной бедности. Всемирный банк в настоящее время для обозначения порога абсолютной бедности использует уровни дохода в 2,15 и 4,30 долл. США в день на душу населения для стран Европейского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

В тех случаях, когда уровень дохода в определенной степени ниже среднего дохода по стране (обычно на 50%), речь идет об относительной бедности. В экономически высоко развитых странах



относительная бедность является гораздо более распространенным явлением по сравнению с абсолютной.

Валовой национальный доход на душу населения, 2003 г.



Другой мерой относительной бедности, основанной на оценке уровня дохода, является индекс Гини. Этот показатель отражает степень неравномерности общего распределения доходов (или, в некоторых случаях, потребления). Значение «0» соответствует идеально равномерному распределению, значение «100» – абсолютной неравномерности.

Валовой национальный доход на душу населения составил в Армении в 2003 г. 3790 долл. США (с учетом паритета покупательной способности), что ниже средних цифр для Евр-В+С (6842 долл. США). (График. Валовой национальный доход на душу населения). В 1999 г. 53,7% населения Армении проживало за национальной чертой бедности. Результаты обследования домашних хозяйств, проведенного в 1996 г. с применением критериев абсолютной бедности для Европы, рекомендованных Всемирным банком, показали, что 31,5% населения Армении могли тратить на основные жизненные нужды не более 2,15 долл. США в день. Среднегодовое обследование по состоянию на 1998 г. выявило повышение этого показателя почти до 49%. При оценке результатов опроса 1996 г. с использованием значения черты бедности в 4,30 долл. США (дневной доход/потребление) доля населения Армении, проживающего в условиях абсолютной бедности, составляла 68%. Соответствующий показатель по результатам опроса 1998 г. – около 86% (World Bank, 2005).

## Образование

Если человек более образован, он получает лучшие возможности в плане трудоустройства. Это, в свою очередь, способствует росту дохода, что в конечном счете оказывает благоприятное влияние

на состояние здоровья. Образование также позволяет человеку более эффективно пользоваться информацией о рациональном поведении в отношении своего здоровья, в частности вовремя обращаться к врачу в случае необходимости. Более низкий образовательный уровень, вне зависимости от индивидуального дохода, коррелирует с ухудшенной способностью противостоять стрессу, с депрессией и проявлениями враждебности, а также с различными нарушениями здоровья.

В качестве показателя доступа к образованию используют коэффициент охвата детей школьным обучением. Коэффициент чистого охвата средним образованием рассчитывается как процент всего детского населения школьного возраста (разные страны могут устанавливать различные возрастные границы), посещающего среднюю школу.

Коэффициент чистого охвата средним образованием в Армении в 2000 г. составлял 75,6% от численности детей школьного возраста, что ниже соответствующего среднего уровня для стран Евр-В+С (81,2%). Однако в 2001 г. этот показатель в Армении резко вырос, достигнув 84,6%. В качестве сравнения, уровень охвата средним образованием в странах Евр-А в 2000 г. составлял 88,5% (UNESCO, 2005).

### **Трудоустройство**

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

В 1998 г. (последние из имеющихся данных) общий уровень безработицы в Армении составлял 9,4%. Этот показатель был одним из наиболее низких среди стран Евр-В+С, представивших сведения за тот же период. Следует учитывать, что национальные данные по уровню безработицы основаны на оценочной численности людей, ищущих трудоустройства, и что в разных странах приняты различные определения понятий «трудовые ресурсы» и «безработица» (ILO, 2005).

---

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

### **Ожидаемая продолжительность жизни**

По унифицированным расчетным оценкам ВОЗ, основанным не только на официальной статистике государств-членов и позволяющим сравнивать различные страны, жители Армении, родившиеся в 2003 г., могут рассчитывать прожить в среднем 68 лет: женщины – 72 года, мужчины – 65 лет (WHO, 2005). Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) для населения Армении на 3 года больше, чем в Азербайджане и на 3 года меньше, чем в Грузии.

Имеется два типа данных о смертности: (1) поступающая в ВОЗ национальная статистика смертности, рассчитанная в стране на основе текущей регистрации смертей системой государственной статистической отчетности; (2) международные оценочные показатели смертности, параллельно рассчитываемые в рамках ВОЗ с целью компенсации возможных погрешностей учета, сравнимости и других аспектов качества данных, предоставляемых страной.

Следует подчеркнуть, что в настоящее время вследствие значительных изменений общей численности населения Армении крайне сложно анализировать и интерпретировать динамику показателей. В 2002 г. была проведена первая после приобретения Арменией государственной независимости перепись населения. Ее результаты показали значительное снижение общей численности населения по сравнению с ранее принятыми цифрами: с 3,8 млн до 3,2 млн человек. Это вызвало резкие изменения в показателях смертности за 2002 г. по отношению к 2001 г. Так, например, исключительно вследствие использования обновленных значений численности населения при расчете смертности официальный уровень ОПЖ снизился на 3 года. Когда будут получены ретроспективные скорректированные данные по численности населения за период до 2002 г., Европейское региональное бюро ВОЗ произведет соответствующий пересчет показателей.

Оценочные данные ВОЗ относительно среднего уровня ОПЖ на 5 лет ниже, чем официальные показатели страны на 2003 г., в соответствии с которыми ожидаемая продолжительность жизни в Армении составляет 73,1 года: для женщин – 75,9 лет, для мужчин – 70,0 лет. Разница между оценочными показателями ВОЗ и официальными цифрами обусловлена главным образом неполной регистрацией детской смертности (данные о смертности среди взрослого населения рассматриваются как значительно более надежные). Таким образом, предполагается, что последние официальные данные (2003 г.) достаточно верно отражают наиболее общие черты структуры смертности в Армении, хотя и не всегда обеспечивают полную точность в оценке количественного уровня тех или иных показателей. С учетом этих оговорок, а также поскольку официальная статистика дает сведения с разбивкой по всем возрастам и по полу, именно официальные данные приведены в подавляющем большинстве случаев в настоящей сводке. Однако для того чтобы читатель мог получить более достоверное представление о существующей ситуации в отношении здоровья населения – особенно детского, дополнительно приводятся оценочные данные ВОЗ.

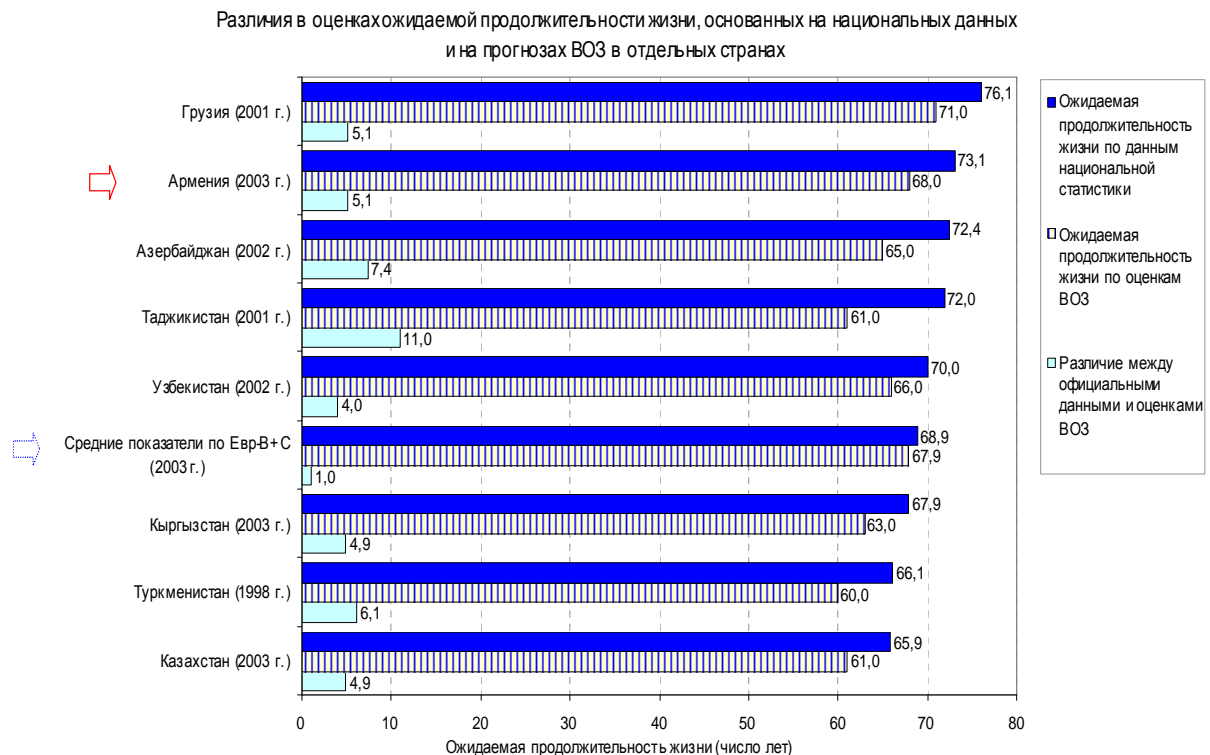
Менее очевидная проблема, касающаяся исходных данных, – это вопрос ошибок при кодировании причин смерти, который весьма трудно поддается количественной оценке. Имеющиеся расхождения неминуемо влияют на достоверность выводов и трактовок, основанных на текущей статистике смертности, особенно там, где вопрос касается международных сравнений. Все это необходимо учитывать при использовании данной обзорной сводки.

По официальным данным (2003 г.), уровень ОПЖ в Армении прилб. на 4 года превышает аналогичный средний показатель по Евр-В+С (68,8 лет). Однако по оценкам ВОЗ, значение ОПЖ для Армении точно соответствует усредненному показателю для Евр-В+С (68 лет), рассчитанному на основании оценочных значений ВОЗ для всех стран этой группы. Исходя из этого, уровень ОПЖ в Армении, по всей вероятности, на 11 лет ниже, чем в среднем по Евр-А (79,0 лет). Данный значительный разрыв свидетельствует о наличии огромного потенциала для средне- и долгосрочного улучшения ситуации в Армении, при условии адекватного применения

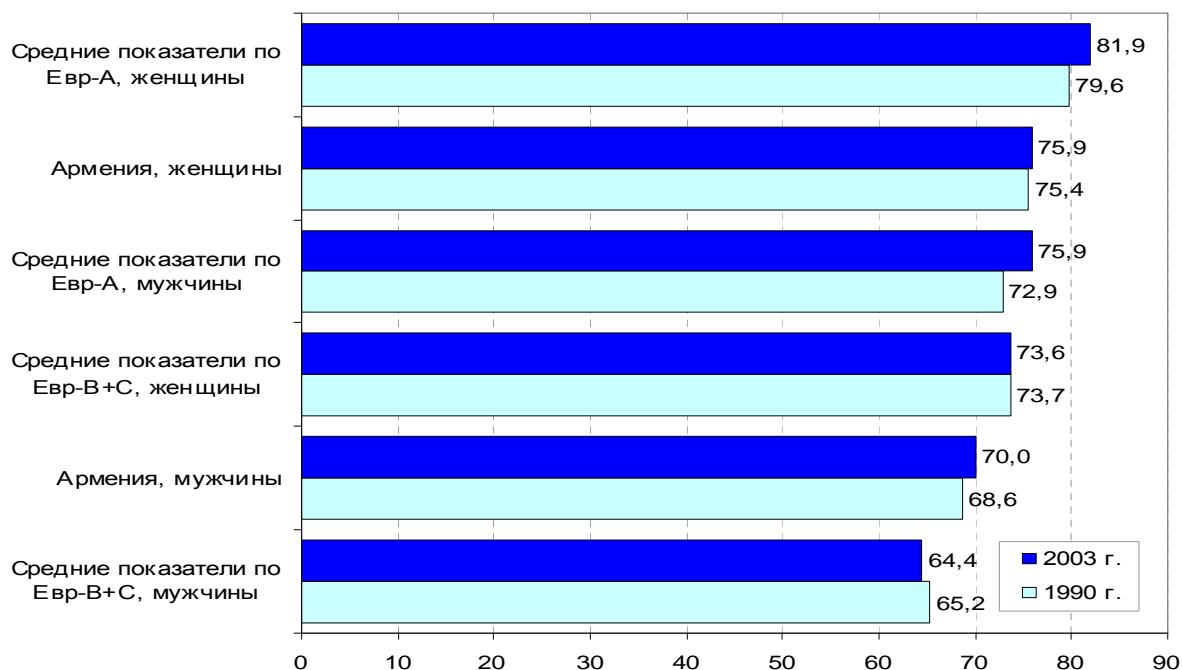
современных достижений науки и практики. (График. Различия в оценках ожидаемой продолжительности жизни).

В 1990 г. по официальным данным уровень ОПЖ в Армении на два года превышал аналогичный средний показатель по Евр-В+С (70 лет). Однако в настоящее время крайне сложно анализировать и интерпретировать динамику показателей вследствие отмеченных выше несоответствий.

По данным за 2003 г. различия между мужчинами и женщинами по уровню ОПЖ в Армении составляли 5,9 лет, что в большей степени приближается к средним показателям для Евр-А (6,0 лет), нежели чем к соответствующему среднему значению для Евр-В+С (9,2 лет). (График. Ожидаемая продолжительность жизни для мужчин и женщин).



Ожидаемая продолжительность жизни для мужчин и женщин в Армении, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С, 1990 и 2003 гг.



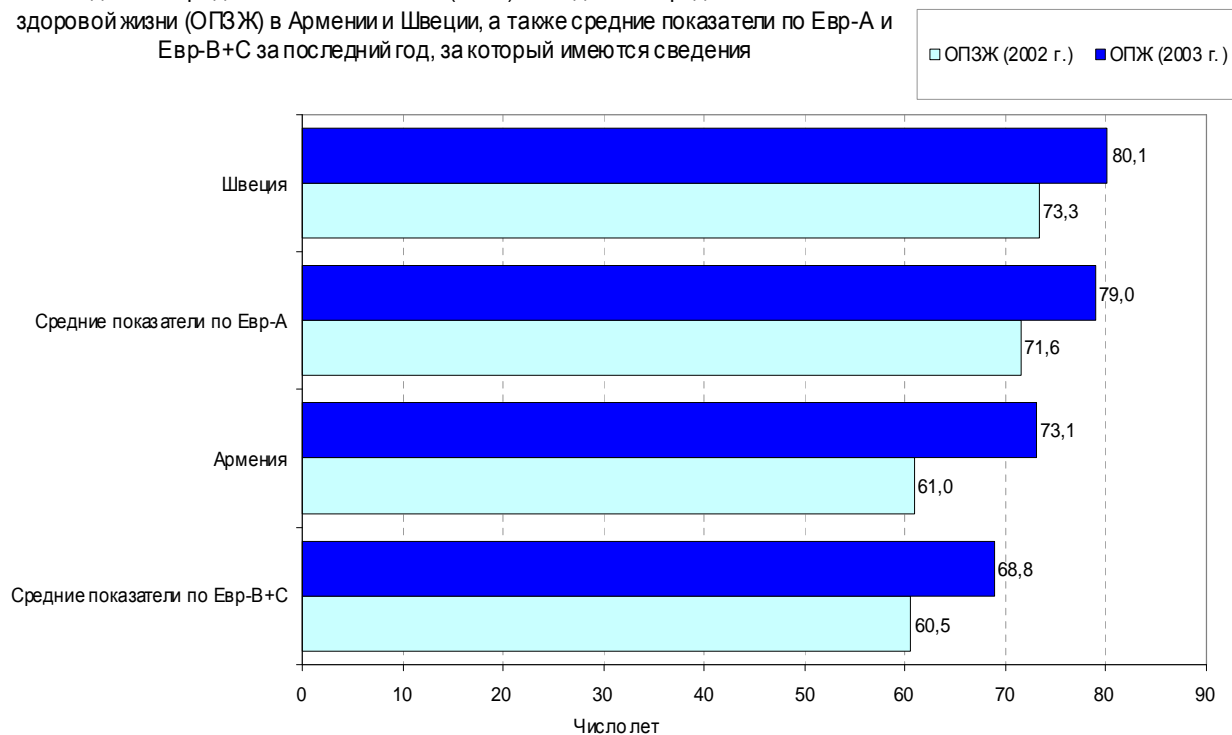
### Ожидаемая продолжительность здоровой жизни

Помимо общей продолжительности жизни становится все более важно знать об ожидаемой продолжительности жизни, проведенной в состоянии хорошего здоровья. Для этой цели ВОЗ использует относительно новый индикатор – ожидаемую продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ), рассчитываемую на основе ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) за вычетом числа лет, прожитых в состоянии болезни и инвалидности. Оценки ОПЗЖ, составленные ВОЗ, следует использовать в сочетании с данными по ОПЖ, основанными только на оценках ВОЗ, но не на официальных данных страны.

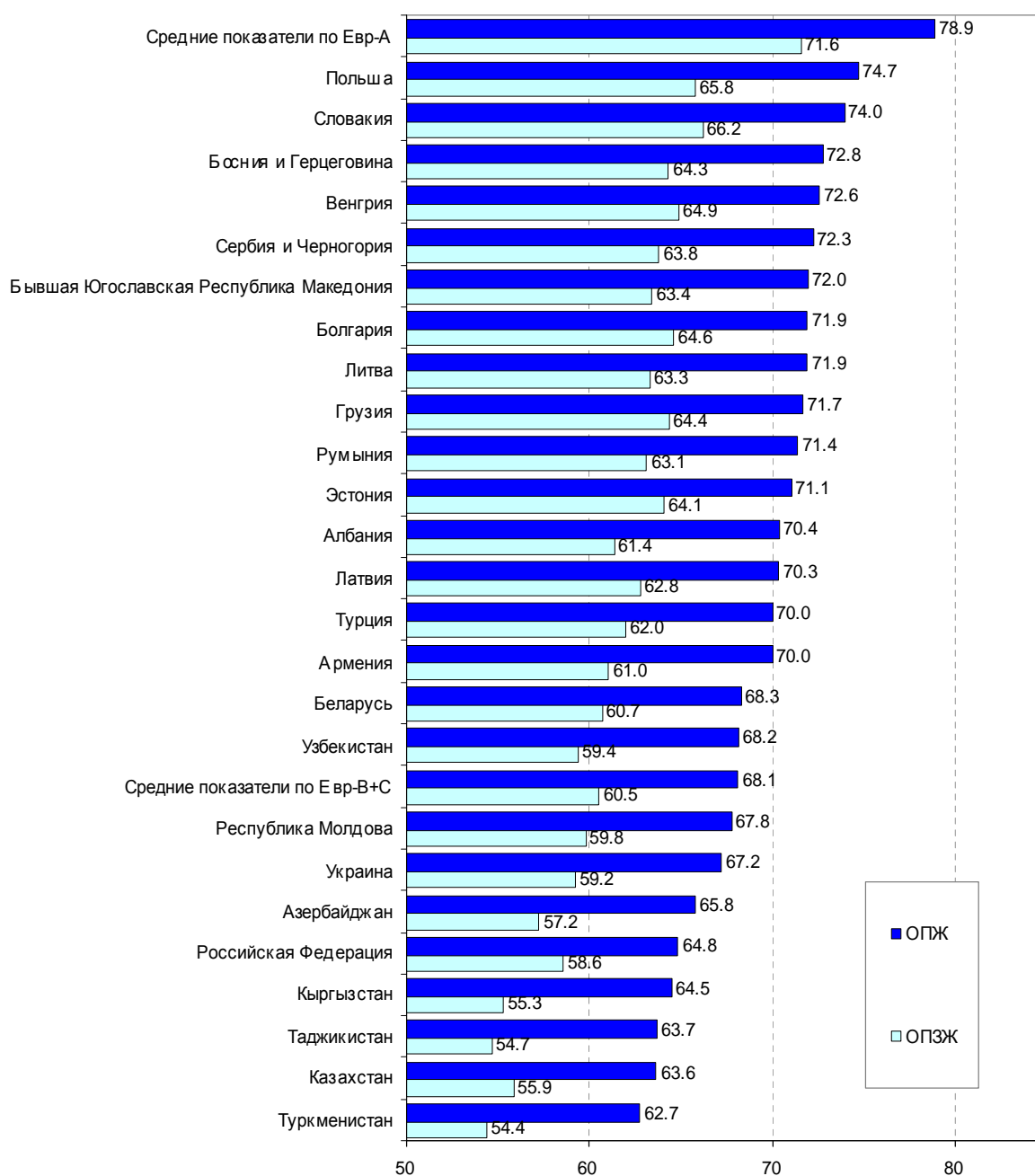
По оценкам ВОЗ (WHO, 2004), жители Армении, родившиеся в 2002 г., могут рассчитывать прожить в среднем 61 год без нарушений здоровья: женщины – 62,6 года, мужчины – 59,4 лет. Это приблизительно на 10,6 лет меньше по сравнению со средними показателями по Евр-А (71,6 года), но несколько больше, чем в среднем по Евр-В+С (60,5 лет). Наилучшие результаты в Регионе по данному показателю достигнуты в Швеции: 73,3 года (74,8 для женщин, 71,9 для мужчин). Для жителей Армении в возрасте 60 лет ожидаемая продолжительность здоровой жизни составляет 13,3 лет для женщин и 10,9 лет для мужчин, в то время как в Швеции эти усредненные значения равны соответственно 19,6 и 17,1 годам. (Графики. ОПЖ и ОПЗЖ).

Альтернативный способ представления тех же самых данных – оценить ожидаемую продолжительность жизни с теми или иными нарушениями здоровья. В Армении этот показатель составляет для женщин – 10,4 лет, для мужчин – 7,6 лет. Соответствующие значения для Швеции: для женщин – 7,9 лет, для мужчин – 6,2 лет.

Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) и ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ) в Армении и Швеции, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С за последний год, за который имеются сведения



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



Источник: WHO (2003с)

Ожидаемая продолжительность жизни (число лет)

## Бремя болезней

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

влияния болезней, инвалидности и смертности на состояние здоровья населения, является показатель DALY (утраченные годы здоровой жизни).

## Основные виды нарушений здоровья

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

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

Ранг	Мужчины		Женщины	
	Группы стойких нарушений здоровья	Всего DALY (%)	Группы стойких нарушений здоровья	Всего DALY (%)
1	Сердечно-сосудистые заболевания	24,2	1 Нервно-психические расстройства	20,7
2	Нервно-психические расстройства	14,7	2 Сердечно-сосудистые заболевания	19,9
3	Непреднамеренные травмы	10,5	3 Злокачественные новообразования	11,5
4	Злокачественные новообразования	10,5	4 Болезни органов чувств	7,4
5	Болезни органов чувств	5,1	5 Сахарный диабет	4,7
6	Инфекционные и паразитарные болезни	5,0	6 Болезни костно-мышечной системы	4,1
7	Болезни органов пищеварения	5,0	7 Болезни органов пищеварения	4,0
8	Состояния, возникающие в перинатальном периоде	4,4	8 Непреднамеренные травмы	3,6
9	Болезни органов дыхания	3,8	9 Инфекционные и паразитарные болезни	3,5
10	Болезни костно-мышечной системы	2,9	10 Состояния, возникающие в перинатальном периоде	3,4

Источник: WHO, 2003с

## Основные факторы риска

В помещенной ниже таблице приведены 10 ведущих факторов риска (в порядке убывания значимости, отдельно для мужчин и женщин) в отношении бремени болезней в Армении. При измерении в DALY максимальное бремя болезней среди мужчин связано с употреблением алкоголя и повышенным содержанием холестерина, среди женщин – с высоким индексом массы тела (ИМТ) и с повышенным артериальным давлением. (Таблица. Десять ведущих факторов риска).

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

Ранг	Мужчины		Женщины	
	Факторы риска	Всего DALY (%)	Факторы риска	Всего DALY (%)
1	Табак	20,3	Высокий ИМТ	11,1
2	Высокий уровень холестерина	9,4	Повышенное артериальное давление	8,8
3	Высокий ИМТ	8,9	Высокий уровень холестерина	6,1
4	Повышенное артериальное давление	8,2	Недостаточная физическая активность	3,9
5	Алкоголь	7,9	Табак	3,5
6	Недостаточное потребление фруктов и овощей	4,8	Недостаточное потребление фруктов и овощей	3,1
7	Недостаточная физическая активность	4,4	Небезопасный секс	2,9
8	Свинец	1,4	Недостаток железа в организме	2,8
9	Небезопасный секс	1,2	Дым в помещениях от сжигания твердого топлива	1,3
10	Дым в помещениях от сжигания твердого топлива	1,2	Алкоголь	1,0

Источник: WHO, 2003с

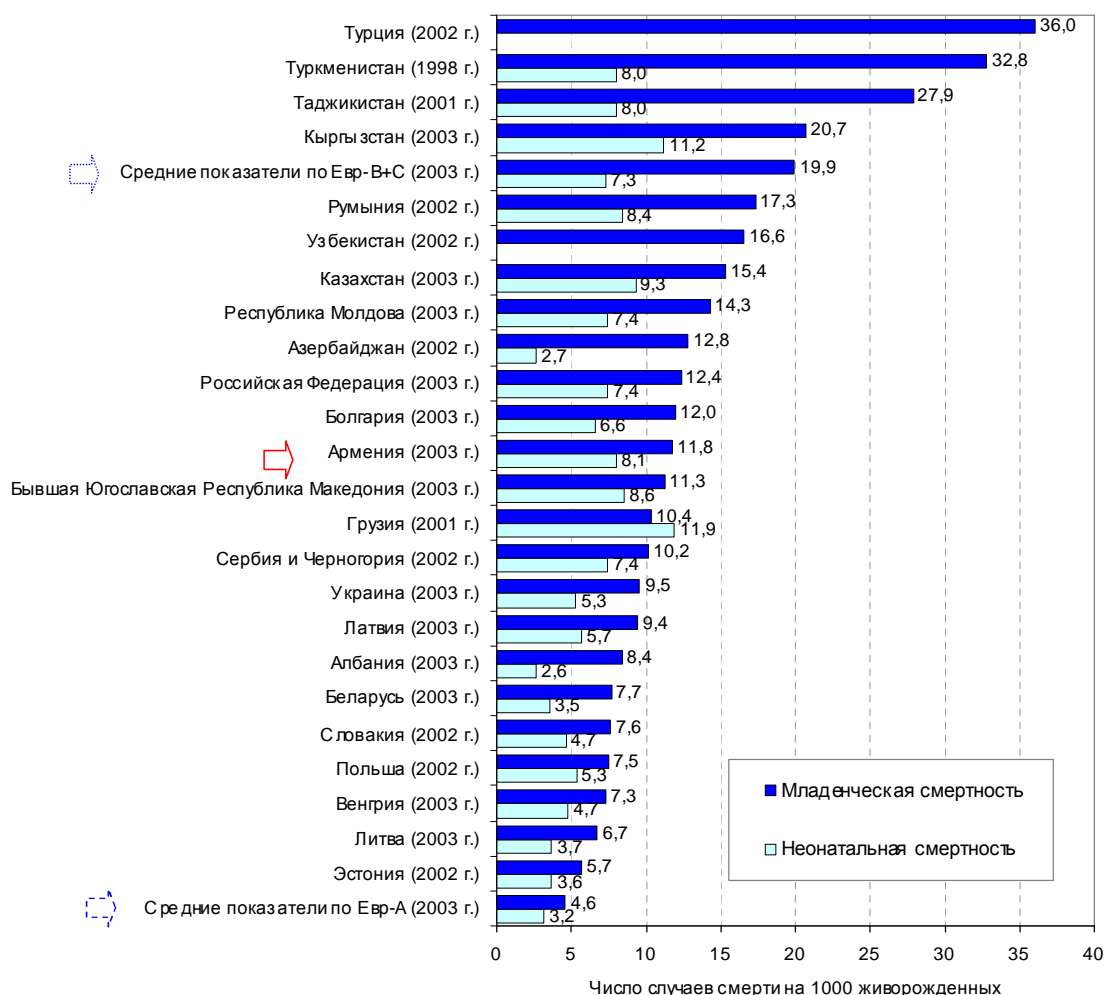


## Смертность

### Младенческая, неонатальная и детская смертность

В соответствии с национальными данными рождаемости и смертности, в 2002 г. риск смерти ребенка до достижения 5-летнего возраста в Армении составлял 16 на 1000 живорожденных. В соответствии с Целями в области развития, поставленными в Декларации тысячелетия (ЦРТ) в отношении смертности детей в возрасте до 5 лет для Европы и Центральной Азии, этот показатель к 2015 г. должен быть снижен до 15 на 1000 живорожденных. С учетом имеющихся погрешностей в национальных данных (неполная регистрация рождений и смертей), уровень смертности детей до 5 лет в Армении по последним оценкам ВОЗ составляет 37 на 1000 живорожденных. Поскольку имеющиеся на сегодняшний день оценочные данные ВОЗ экстраполировать невозможно, остается неясным, удастся ли Армении достичь ЦРТ к 2015 г.

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



По состоянию на 2003 г., официальный уровень младенческой смертности в Армении составлял 11,8 на 1000 живорожденных. Среднее значение по Евр-В+С на тот же период было 19,9 на 1000 живорожденных; самая низкая младенческая смертность в этой группе стран была зарегистрирована в Литве (6,7 случаев смерти на 1000 живорожденных). За период с 1990 по 2003 г. показатели младенческой смертности в Армении снизились на одну треть. (График. Младенческая и неонатальная смертность).

Уровень неонатальной смертности в соответствии с данными официальной регистрации за 2003 г. составляет около 8 случаев смерти на 1000 живорождений: это могло бы служить очень хорошим показателем при условии достоверности в соответствии с международными критериями. Данный показатель сохраняет относительно постоянные значения с 1991 г. Средний уровень по Евр-В+С на 2003 г. составлял 7,3 на 1000 живорожденных; соответствующий показатель для Евр-А по наиболее точным оценкам равен 3–4 случаев смерти на 1000 живорожденных.

Как уже было указано, с целью компенсации возможных погрешностей, обусловленных неполным учетом смертности в официальной статистике, ВОЗ проводит параллельный расчет оценочных показателей, основанный на систематическом анализе дополнительной информации из различных источников, а также на статистическом моделировании. В приведенной ниже таблице представлены сравнения официальных данных и оценок ВОЗ по четырем показателям, особенно подверженным риску неполной регистрации. (Данные ВОЗ базируются на наиболее надежной из имеющейся информации. Поскольку они безусловно носят всего лишь оценочный характер, в них учтена имеющаяся статистическая неопределенность и рассчитаны интервалы неопределенности. Официальные данные, находящиеся за нижней границей интервала неопределенности, следует по всей вероятности рассматривать как заниженные). (Таблица. Сравнение основных показателей детской и материнской смертности).

Сравнение основных показателей детской и материнской смертности в Армении по национальным данным и по оценкам ВОЗ

Показатель	Национальные данные <sup>a</sup>	Оценочные данные ВОЗ
Младенческая смертность, на 1000 живорождённых, 2000 г. (показатель ЦРТ)	16	31 <sup>b</sup>
Неонатальная смертность, на 1000 живорожденных, 2000 г.	10	17 <sup>b</sup>
Смертность детей до 5 лет, на 1000 живорождённых (показатель ЦРТ)	13	33 (29–38) <sup>b</sup>
Материнская смертность, на 100 000 живорождённых, 2000 г. (показатель ЦРТ)	22	55 <sup>b</sup>

<sup>a</sup>WHO Regional Office for Europe (2005); <sup>b</sup>WHO (2004); <sup>c</sup>WHO (2005)

Из представленных данных видно, что официальные показатели смертности детей до 5 лет (на 1000 живорожденных) в Армении, по-видимому, составляют менее половины от предполагаемого реального уровня. Поскольку неполная регистрация детской смертности главным образом касается детей до года, данное несоответствие указывает на то, что и младенческая, и неонатальная смертность также недоучитываются, что видно из приведенной выше таблицы. Однако масштабы заниженности данных сравнительно невелики.

По оценкам ВОЗ, за период с 2000 по 2003 г. происходило снижение смертности детей до 5 лет в среднем прил. на 3,3% в год. Соответствующие темпы снижения по Европейскому региону в целом составляют около 3,5% (WHO, 2005). Хотя отмечаемые темпы улучшения ситуации в Армении не выходят за пределы средних значений для Региона, это очень хороший результат по сравнению с более медленными темпами прогресса в большинстве стран СНГ с высокой детской смертностью.

## Материнская смертность

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

Несмотря на трудность достоверной оценки материнской смертности (МС), для оценки прогресса в достижении ЦРТ (снизить показатель материнской смертности за период с 1990 до 2015 г. на 75%) используются национальные данные. В некоторых странах целевой показатель для 2015 г. может быть равен или ниже среднего значения показателя МС для стран Европейского региона с высоким уровнем дохода (в группе Евр-А среднее значение показателя МС в 2001 г. составляло 5

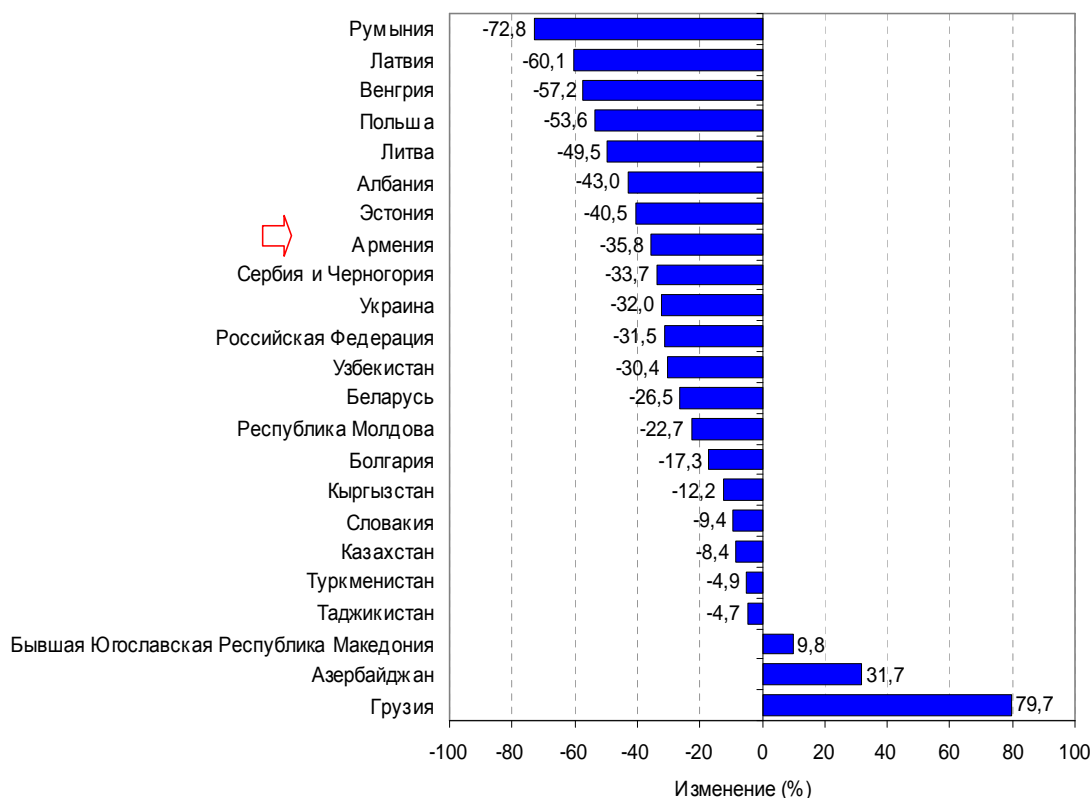
случаев на 100 000 живорожденных). Страны, в которых к 2015 г. МС будет ниже сегодняшних средних значений для Евр-А, будут считаться выполнившими ЦРТ (World Bank, 2004).

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

Точный учет материнской смертности представляет собой крайне трудную задачу даже в странах с вполне надежными системами регистрации. Оценочные данные ВОЗ, рассчитанные на основе регрессионного анализа и аналогичных методов, обычно выше по сравнению с официальными цифрами, поступающими из стран. В отношении Армении также имеются значительные, трудно интерпретируемые расхождения между официальными сведениями и оценочными данными. Поскольку коэффициент материнской смертности является одним из показателей ЦРТ, следует отметить, что по официальным сведениям в 2003 г. его значение составило 22 на 100 000 живорожденных, в то время как в 1990 г. оно было равно 40 (исходное значение для расчета показателей ЦРТ). Каждый восьмой случай материнской смертности, зарегистрированный в 2003 г., был связан с абортom. В соответствии с ЦРТ, за период с 1990 по 2015 г. показатели младенческой смертности должны быть снижены на три четверти.

С 1990 по 2002 г. этот показатель снизился в Армении прилб. на 36%. Для достижения ЦРТ стране необходимо добиться к 2015 г. снижения материнской смертности до 8,14 на 100 000 живорожденных. Таким образом, за период в 13 лет МС должна быть снижена на 61%. (График. Процентные изменения материнской смертности).

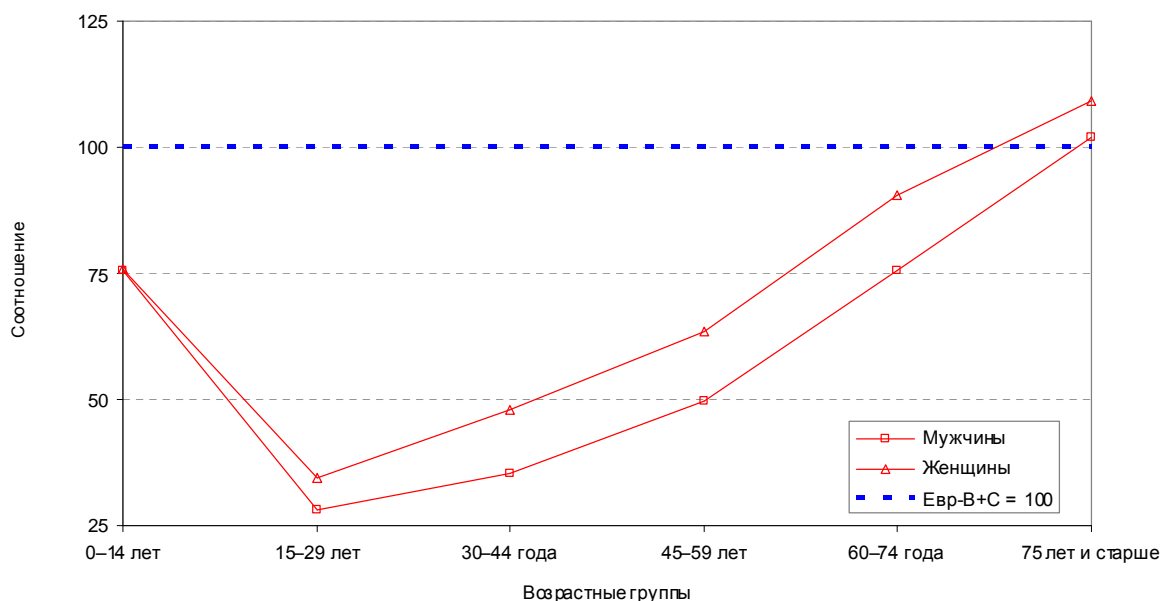
Процентные изменения материнской смертности (сколь зящие средние показатели за 3 года) с 1990 г. по 2002 г., или до последнего года, за который имеются сведения



## Избыточная смертность

Показатели смертности в Армении в целом приibl. на 20% ниже по сравнению со средними значениями для Евр-В+С, однако на 70% выше, чем аналогичные показатели в странах Евр-А (см. Приложение. Отдельные показатели смертности). Во всех возрастных группах моложе 75 лет уровни смертности более низкие, чем в среднем по Евр-В+С. Среди лиц молодого и среднего возраста (15–59 лет) уровень смертности приibl. вдвое ниже, чем в среднем по Евр-В+С. С соответствующими поправками на неполноту данных это означает, что уровень здоровья взрослого населения в Армении в целом гораздо выше, чем в ряде других стран СНГ, для которых характерны крайне высокие показатели смертности среди людей среднего возраста. (График. Общая смертность по половозрастным группам).

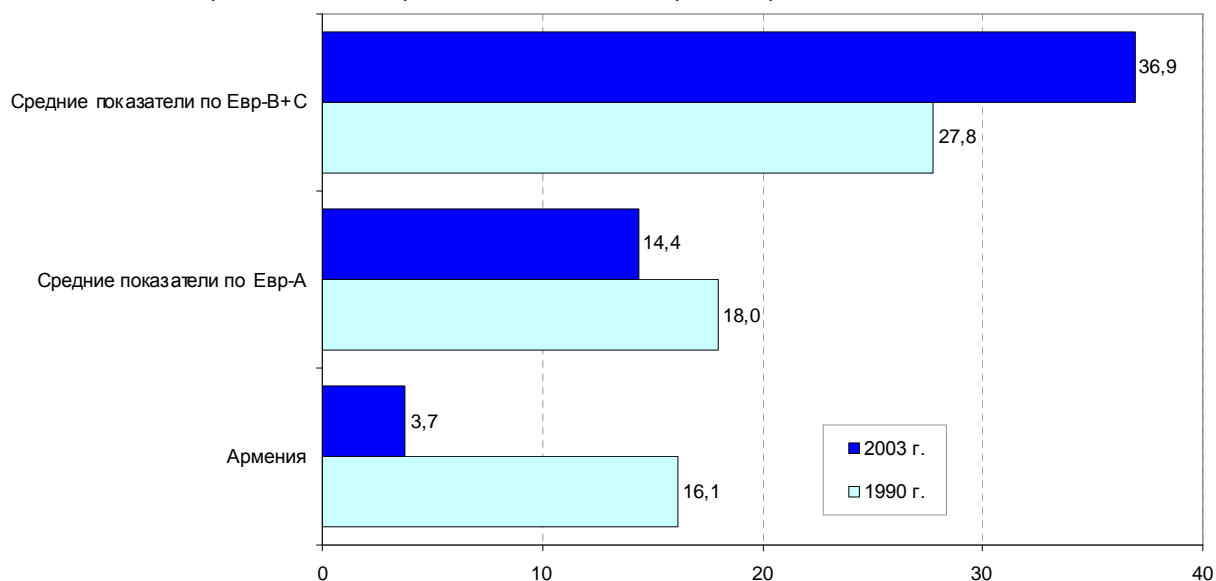
Общая смертность по половозрастным группам в Армении  
в сравнении с Евр-В+С (Евр-В+С = 100), 2003 г.



Важным выводом из представленных данных является отсутствие в Армении, как и в других странах юга СНГ (Закавказье и Центральная Азия) избыточной смертности от внешних причин по сравнению со средними показателями для Евр-В+С. Это существенный плюс, особенно когда речь идет о преднамеренных травмах. По данному показателю Армения стоит в одном ряду со странами Евр-А: смертность от внешних причин находится на среднем уровне Евр-А или даже ниже. Это наблюдение может служить хорошей отправной точкой для анализа и планирования политики и программ по профилактике травматизма в других странах Евр-В+С.

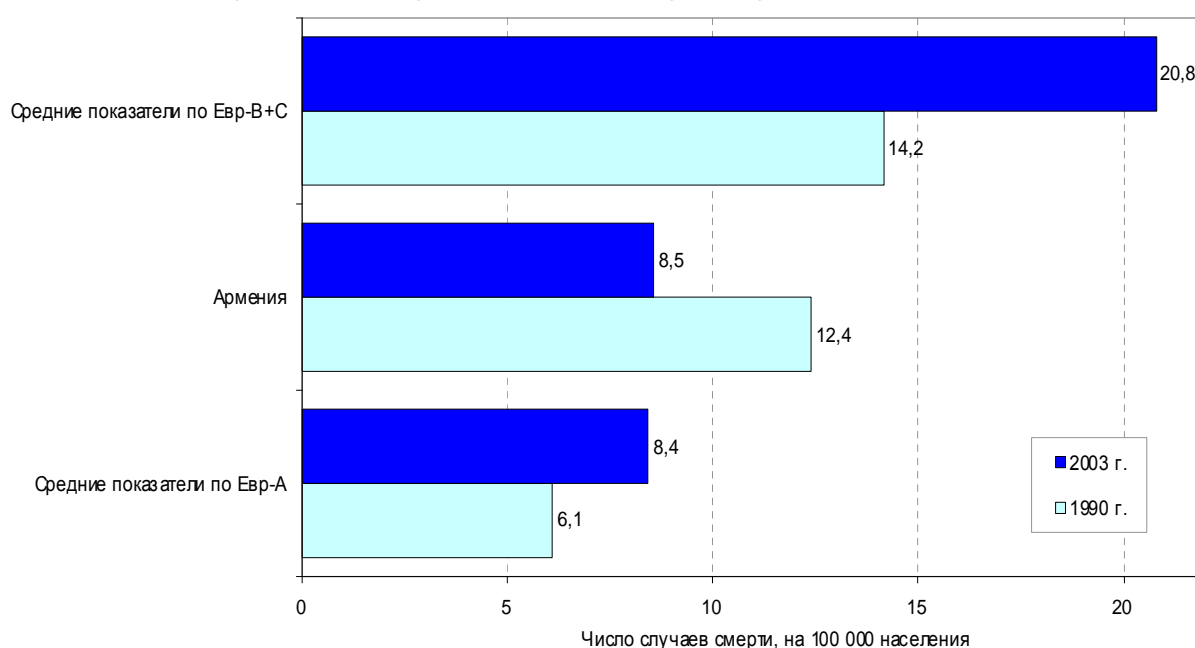
Однако смертность в возрастной группе 0–14 лет в Армении составляет 115 на 100 000 (2003 г.), что лишь примерно на 25% ниже по сравнению со средними значениями для Евр-В+С (152) и приibl. в два раза превышает аналогичный усредненный показатель для стран Евр-А (49 на 100 000) (см. Приложение. Детальные данные о смертности). Состояние здоровья этой возрастной группы в Армении такое же, как и в других странах Евр-В+С. В следующей возрастной группе – среди взрослых молодого возраста – показатели смертности приближаются к Евр-А, и по некоторым причинам смерти они находятся на исключительно низком уровне, например смертность от внешних причин среди женщин. (График. СКС от внешних причин среди женщин в возрастной группе 15–29 лет).

СКС от внешних причин у женщин в возрастной группе 15–29 лет в Армении, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С за 1990 г. и 2003 г.



Среди людей среднего возраста уровни и распределение причин смертности еще в большей степени сходны с соответствующими значениями для Евр-А. Характерно, что даже смертность от ССЗ, как правило высокая в СНГ, в Армении носит умеренный характер. Смертность от инфекционных болезней составляет менее половины от соответствующих средних значений для Евр-В+С и почти точно совпадает со средним уровнем Евр-А, при условии, что кодирование причин смерти осуществлялось достаточно точно. (График. СКС от инфекционных и паразитарных болезней по всем возрастам).

СКС от инфекционных и паразитарных болезней у людей всех возрастов в Армении, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С за 1990 г. и 2003 г.

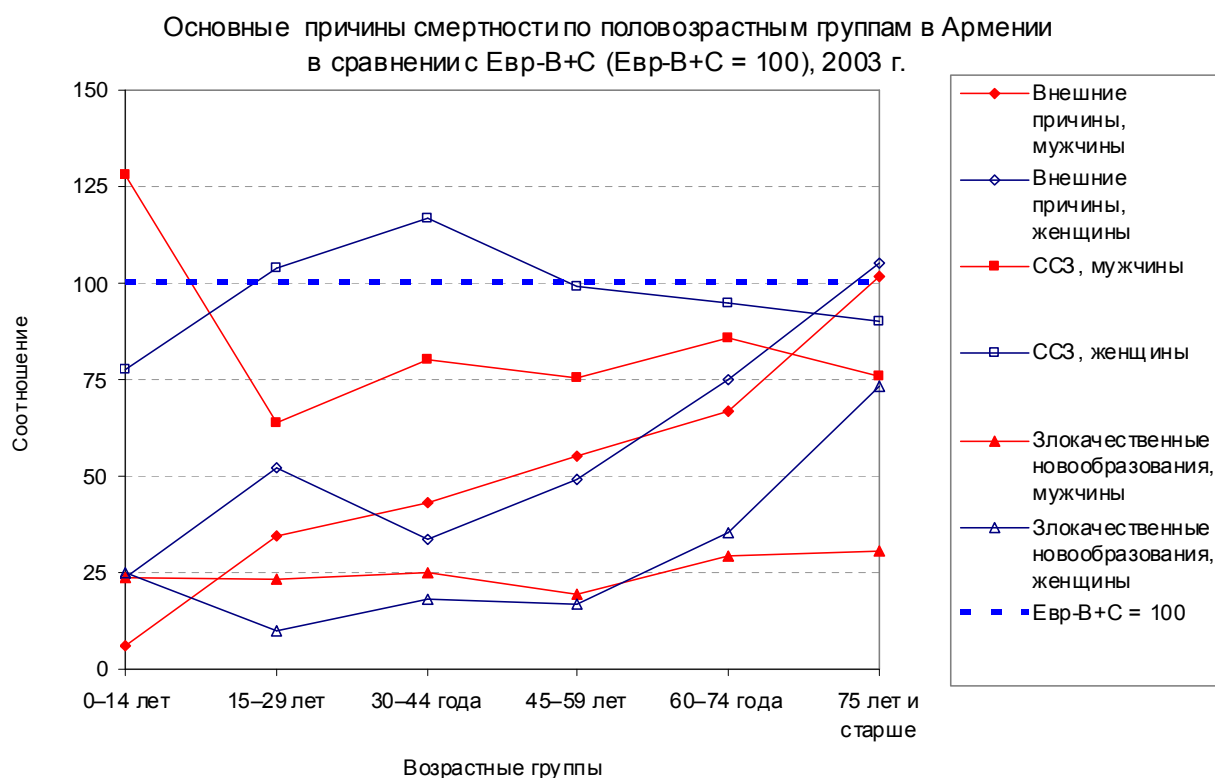


Уровни и структура смертности в более старших группах населения приближаются к средним значениям для Евр-В+С.

Таким образом, общая смертность от всех причин в Армении существенно ниже в сравнении со средними уровнями для Евр-В+С. Причинами избыточной смертности являются только хронические болезни нижних дыхательных путей и злокачественные новообразования молочной железы у женщин. Показатели смертности от ССЗ совпадают со средним уровнем для Евр-В+С. Для многих, если не для большинства видов нарушений здоровья, показатели смертности в Армении соответствуют показателям группы стран Евр-А.

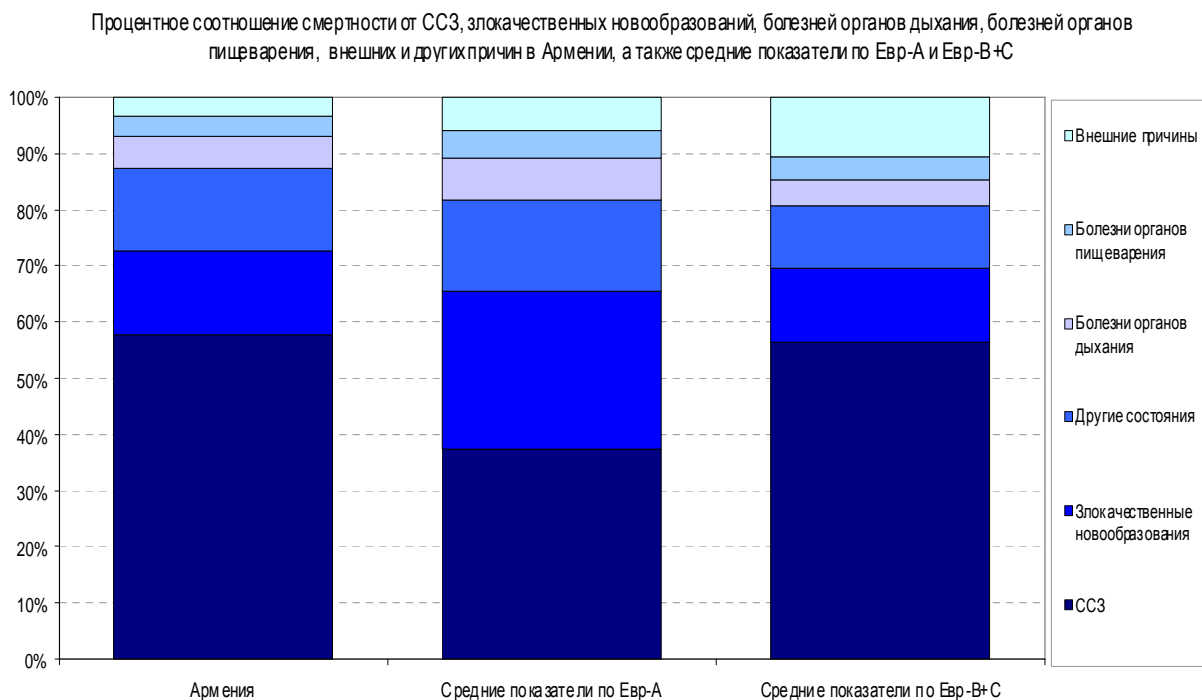
## Основные причины смерти

За исключением ССЗ среди молодых женщин, смертность от ведущих причин во всех возрастных группах ниже, чем соответствующие средние показатели для Евр-В+С. По ряду причин смерти (например злокачественные новообразования и внешние причины) показатели смертности ниже на 50% и более по сравнению со средним уровнем Евр-В+С. (График. Основные причины смертности по половозрастным группам).



В 2002 г. около 83% всей смертности в Армении было обусловлено неинфекционной патологией; внешние причины составили около 3%, инфекционные болезни – менее 1%, неточно обозначенные состояния – около 4% (см. Приложение. Отдельные показатели смертности). В группе Евр-В+С средняя доля смертности от внешних причин значительно выше (10,6%). Однако в целом структура смертности по причинам смерти в Армении в большей степени напоминает усредненную картину Евр-В+С, чем Евр-А. (График. Соотношение смертности от ССЗ, злокачественных новообразований, болезней органов пищеварения, внешних и других причин).

Процентное распределение причин в общей картине смертности позволяет получить хотя и грубое, но достоверное представление о ситуации в стране в условиях недостаточной надежности имеющихся значений интенсивных показателей смертности по возрастным группам и по отдельным причинам смерти. На приведенном выше графике отображены как различия, так и сходство в общей картине смертности в Армении, по сравнению со средними показателями Евр-А и Евр-В+С.



Основное отличие – меньшая доля смертности от внешних причин (3,3%), как в сравнении с Евр-А (6%), так и Евр-В+С (10,6%). Эти данные по всей вероятности достоверно отражают реальность и поэтому представляют большую важность.

Доля смертности от ССЗ (57,9%), хотя и практически соответствует среднему уровню для стран Евр-В+С (56,5%), однако значительно превышает усредненные показатели для Евр-А (37,4%). Это, возможно, отчасти объясняется несовершенной практикой кодирования, при которой в разряд ССЗ попадают случаи смерти от других причин, например от болезней органов пищеварения. Наряду с этим, уровень смертности от ССЗ в интенсивном выражении (СКС) остается ниже, чем в среднем в Евр-В+С.

Следует иметь в виду, что общая структура смертности в Армении весьма близка к усредненным аналогичным показателям для Евр-А и Евр-В+С. Для обеспечения сбалансированности окончательных выводов этот факт нельзя упускать из внимания при изучении данной обзорной сводки – в первую очередь акцентируются имеющиеся отклонения от усредненных показателей. Основное положение заключается в том, что не существует особой структуры смертности, характерной только для богатых стран, и другой специфической структуры – для стран, наиболее нуждающихся в международной помощи. Перечень важнейших причин смертности остается тем же, меняется лишь относительная представленность той или иной группы болезней как по странам, так и по различным регионам внутри одной страны (Marmot et al., 2005).

Поскольку эти различия обусловлены, главным образом, социальными факторами, основная задача заключается в определении конкретных механизмов реализации причинных факторов в те или иные исходы в плане здоровья определенных групп населения, так чтобы формируемая политика могла более эффективно влиять на цепь взаимосвязанных условий и процессов.

## Библиография

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

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

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

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

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

Marmot M, Horton R, Grant M (2005). International Institute for Society and Health. *Lancet*, 366(9494): 1339–1340.

OECD (2004). *Ageing and employment policies*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development ([http://www.oecd.org/document/37/0,2340,en\\_2649\\_201185\\_32019685\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/37/0,2340,en_2649_201185_32019685_1_1_1_1,00.html), accessed 14 November 2005).

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

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

WHO (2002). *The world health report 2002 – reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization ([http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf), accessed 28 September 2005).

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

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

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

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

---



WHO (2005). *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2005 г.: Не оставим без внимания каждую мать, каждого ребенка*. Женева, Всемирная организация здравоохранения (<http://www.who.int/whr/2005/en/index.html>, по состоянию на 12 мая 2006 г.).

WHO Regional Office for Europe (2002). *Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2002 г.*, Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/document/e76907r.pdf>, по состоянию на 12 мая 2006 г.).

WHO Regional Office for Europe (2004a). *Стратегия предупреждения хронических заболеваний в Европе: основное внимание – действиям общества по укреплению общественного здоровья: видение стратегии с позиций CINDI*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/document/e83057r.pdf>, по состоянию на 12 мая 2006 г.).

WHO Regional Office for Europe (2004b). *К созданию европейской стратегии борьбы с неинфекционными болезнями*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/document/rc54/rdoc08.pdf>, по состоянию на 12 мая 2006 г.).

WHO Regional Office for Europe (2005). Европейская база данных «Здоровье для всех» (База данных ЗДВ) (<http://data.euro.who.int/hfad/index.php?lang=ru>, по состоянию на 20 июля 2004 г. и январь 2005 г.).

World Bank (2004). *The Millennium Development Goals in Europe and Central Asia*. Washington, DC, World Bank.

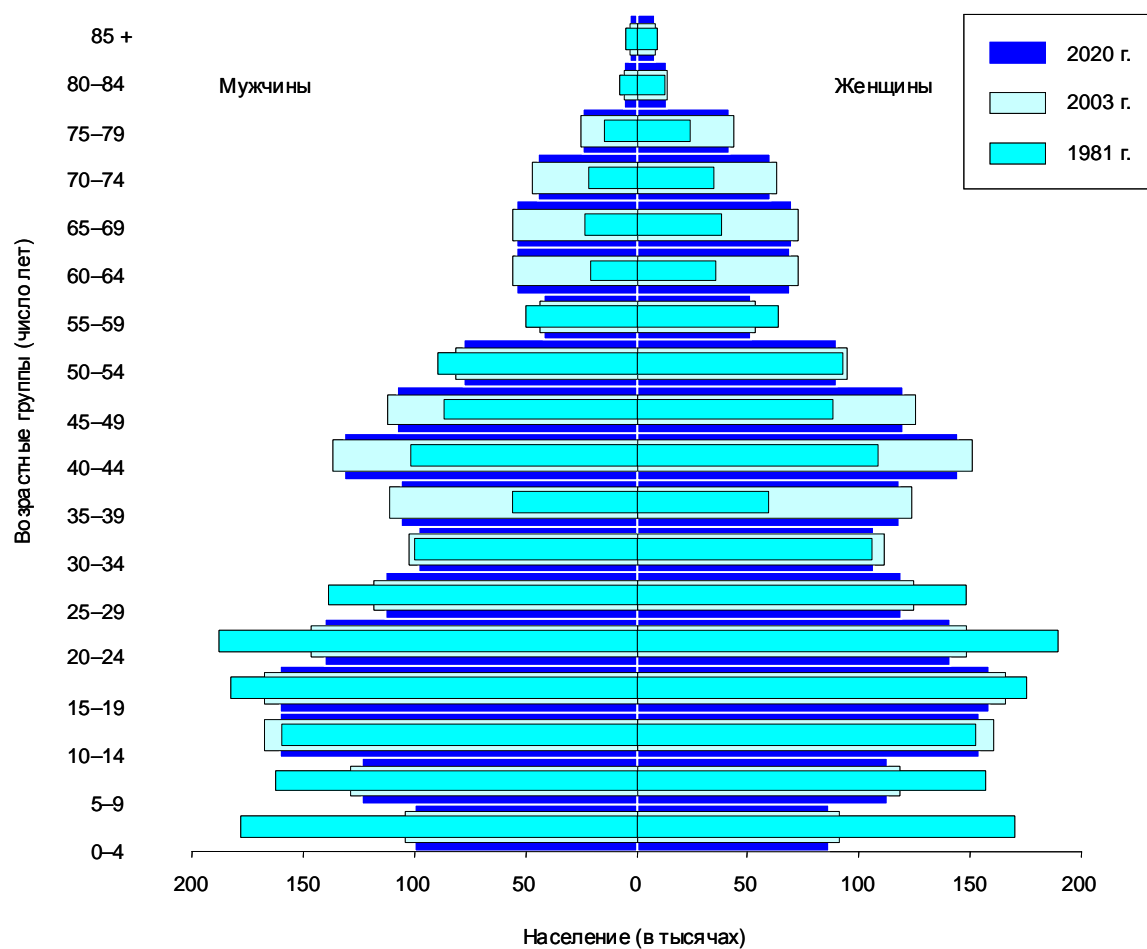
World Bank (2005). *World development indicators 2005*. Washington, DC, World Bank (<http://devdata.worldbank.org/wdi2005/home.htm>, accessed 28 September 2005).

---

## Приложения

### Приложение. Возрастная пирамида

#### Возрастная пирамида для Армении



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

## Приложение. Отдельные показатели смертности

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

Болезни и патологические состояния	СКС на 100 000 населения		Избыточная смертность в Армении (%)	Доля в структуре смертности в Армении (%)	Доля в структуре смертности в Евр-В+С (%)	Средние показатели по Евр-А	Избыточная смертность в Армении по отношению к Евр-А (%)	Доля в структуре смертности в Евр-А (%)
	Армения (2003 г.)	Средние показатели по Евр-В+С (2003 г.)						
<b>Отдельные неинфекционные болезни</b>	895,5	1044,9	-14,3	82,7	79,6	533,8	67,8	82,4
<i>Сердечно-сосудистые заболевания</i>	626,7	741,8	-15,5	57,9	56,5	243,4	157,5	37,6
Ишемическая болезнь сердца	387,3	362,7	6,8	35,8	27,6	95,9	303,9	14,8
Цереbroвазкулярные болезни	176,8	221,7	-20,3	16,3	16,9	61,1	189,4	9,4
Нарушения легочного кровообращения и другие болезни сердца	28,5	68,9	-58,6	2,6	5,3	56,6	-49,6	8,7
<i>Злокачественные новообразования (рак)</i>	159,2	172,0	-7,4	14,7	13,1	181,5	-12,3	28,0
Рак трахеи/бронхов/легких	32,2	33,9	-5,0	3,0	2,6	37,1	-13,2	5,7
Рак молочной железы	29,7	22,1	34,4	2,7	1,7	27,0	10,0	4,2
Рак толстой кишки (включая прямую кишку) и анальной области	13,3	19,0	-30,0	1,2	1,4	20,7	-35,7	3,2
Рак предстательной железы	11,1	14,3	-22,4	1,0	1,1	25,1	-55,8	3,9
<i>Болезни органов дыхания</i>	63,4	63,1	0,5	5,9	4,8	47,8	32,6	7,4
Хронические болезни нижних дыхательных путей	48,9	31,2	56,7	4,5	2,4	20,2	142,1	3,1
Пневмония	8,2	23,6	-65,3	0,8	1,8	16,2	-49,4	2,5
<i>Болезни органов пищеварения</i>	38,6	52,3	-26,2	3,6	4,0	30,8	25,3	4,8
Хронические болезни печени и цитроз печени	20,9	32,0	-34,7	1,9	2,4	12,6	65,9	1,9
<i>Нервно-психические расстройства</i>	7,6	15,7	-51,6	0,7	1,2	30,3	-74,9	4,7
<b>Инфекционные болезни</b>	8,5	20,8	-59,1	0,8	1,6	8,4	1,2	1,3
ВИЧ/СПИД	0,0	0,8	-100,0	0,0	0,1	1,1	-100,0	0,2
<b>Внешние причины</b>	36,1	139,6	-74,1	3,3	10,6	40,3	-10,4	6,2
<i>Непреднамеренные</i>	32,1	102,2	-68,6	3,0	7,8	28,7	11,8	4,4
Дорожно-транспортный травматизм	6,4	14,7	-56,5	0,6	1,1	9,9	-35,4	1,5
Падения	0,9	7,5	-88,0	0,1	0,6	6,1	-85,2	0,9
<i>Преднамеренные</i>	3,9	37,4	-89,6	0,4	2,9	11,6	-66,4	1,8
Самопереждения (самоубийства)	2,1	23,2	-90,9	0,2	1,8	10,6	-80,2	1,6
Насилие (убийства)	1,8	14,2	-87,3	0,2	1,1	1,0	80,0	0,2
<b>Неочно обозначенные состояния</b>	41,7	64,0	-34,8	3,8	4,9	20,9	99,5	3,2
<b>Все причины</b>	1083,3	1312,2	-17,4	100,0	100,0	647,8	67,2	100,0

## Приложение. Детальные данные о смертности

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

Причины смерти	Пол	Армения (2003 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая динамика (%)
Все причины	Оба пола	115.5	-2.8	49.4	-2.4	151.7	-3.8
	М	129.1	-2.6	55.3	-2.5	170.5	-3.9
	Ж	99.9	-3.1	43.3	-2.4	131.9	-3.8
Инфекционные и паразитарные болезни	М	7.6	-7.3	1.4	-1.1	10.9	-7.0
	Ж	7.7	-7.8	1.1	-3.0	9.5	-6.6
Кишечные инфекции	М	2.4	-10.4	0.2	-0.7	5.1	-8.2
	Ж	4.2	-9.2	0.1	-7.3	4.7	-7.9
Злокачественные новообразования	М	6.5	3.5	3.3	-1.8	5.1	-1.9
	Ж	3.3	3.6	2.6	-1.8	4.2	-1.9
Сердечно-сосудистые заболевания	М	0.2	-9.8	1.4	-3.1	3.3	1.1
	Ж	0.6	22.4	1.3	-2.5	2.6	0.1
Болезни органов дыхания	М	14.1	-7.7	1.4	-4.3	35.9	-5.0
	Ж	14.9	-6.3	1.0	-4.2	30.7	-5.0
Пневмония	М	6.4	-7.7	0.5	-6.0	20.9	-4.9
	Ж	6.8	-6.0	0.4	-5.1	17.9	-4.7
Состояния, возникающие в перинатальном периоде	М	708.8	1.6	255.3	-2.1	607.6	-2.7
	Ж	417.0	0.3	202.3	-1.6	427.5	-2.7
Врожденные аномалии и хромосомные нарушения	М	24.6	2.6	11.6	-2.9	24.2	-2.8
	Ж	25.8	5.1	10.0	-3.3	21.0	-2.6
Неточно обозначенные причины смерти	М	11.7	11.6	5.0	-3.9	5.6	-0.6
	Ж	8.3	1.6	3.4	-4.2	4.6	-1.0
Внешние причины (травмы и отравления)	М	6.8	-8.3	7.0	-4.0	29.0	-3.4
	Ж	4.5	-9.4	4.6	-3.2	18.1	-3.1
Дорожно-транспортный травматизм	М	1.3	-7.1	2.5	-4.5	4.7	-2.6
	Ж	0.3	-9.7	1.7	-4.8	3.0	-1.6

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

Причины смерти	Пол	Армения (2003 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая динамика (%)
Все причины	Муж. и жен.	47.2	-5.3	56.0	-2.3	161.0	-0.9
	М	67.7	-6.0	82.0	-2.3	241.7	-1.0
Инфекционные и паразитарные болезни	Ж	27.1	-2.4	29.3	-2.2	79.0	-0.6
	М	3.4	-1.4	1.2	1.5	12.3	3.0
Злокачественные новообразования	Ж	0.8	-5.0	0.8	1.9	5.1	2.5
	М	5.6	-5.8	6.2	-1.0	8.8	-1.9
Сердечно-сосудистые заболевания	Ж	8.0	1.9	4.7	-1.4	7.7	-1.9
	М	6.0	-2.3	4.1	-2.4	17.6	0.0
Болезни органов дыхания	Ж	3.8	6.2	2.3	-2.0	7.3	-0.9
	М	1.3	-7.2	1.4	-3.6	6.9	0.2
Болезни органов пищеварения	Ж	2.0	0.4	0.9	-2.7	3.8	-1.1
	М	0.9	-8.8	0.9	-3.5	8.0	3.0
Неточно обозначенные причины смерти	Ж	0.3	-7.3	0.5	-3.8	3.7	3.1
	М	1.3	-4.3	4.0	-3.1	11.6	7.1
Внешние причины	Ж	1.1	17.4	1.4	-1.3	3.3	5.8
	М	37.5	-6.9	58.3	-1.4	162.4	-1.6
Дорожно-транспортный травматизм	Ж	3.7	-7.6	14.4	-1.6	36.9	-0.2
	М	8.7	3.6	28.5	-1.3	27.8	-1.5
Случайное утопление	Ж	0.5	-7.7	7.3	-1.4	8.0	0.3
	М	1.7	-6.5	1.3	-2.2	10.8	-3.9
Случайные отравления	Ж	0.0	-12.5	0.2	-2.1	1.9	-2.2
	М	1.0	-1.0	2.8	0.0	19.1	3.3
Самоповреждения (самоубийства)	Ж	0.2	-9.3	0.7	0.8	4.4	2.5
	М	1.1	-9.3	12.7	-1.8	36.8	0.0
	Ж	0.0	-12.5	3.1	-2.2	5.8	-1.3

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

Причины смерти	Пол	Армения (2003 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая динамика (%)
<b>Все причины</b>	Муж. и жен.	172.2	-1.6	120.3	-2.5	453.8	-0.7
	М	248.1	-2.2	161.6	-2.6	700.0	-0.8
	Ж	103.4	-0.5	78.5	-2.1	215.6	-0.2
<i>Злокачественные новообразования (рак)</i>	М	32.3	-2.0	27.6	-2.3	40.2	-2.8
	Ж	51.2	2.0	31.3	-2.0	43.8	-1.4
Рак трахеи/бронхов/лёгких	М	5.6	-5.3	5.0	-3.4	7.3	-4.2
	Ж	2.0	0.0	2.8	-0.6	2.2	-1
Рак молочной железы	Ж	15.9	0.3	10.0	-2.6	10.0	-2.3
<i>Сердечно-сосудистые заболевания</i>	М	68.4	-3.2	26.1	-2.5	158.6	-0.4
	Ж	15.3	-3.6	10.4	-2.1	45.3	0.0
Ишемическая болезнь сердца	М	48.2	-3.5	11.8	-3.1	73.7	-2.2
	Ж	4.3	-5.3	2.4	-2.7	14.4	-1.3
Цереброваскулярные болезни	М	10.9	2.8	4.4	-3.2	24.6	-0.4
	Ж	5.7	-0.1	3.6	-2.5	10.6	-1.3
<i>Болезни органов дыхания</i>	М	8.9	-0.2	3.9	-3.5	34.3	0.9
	Ж	3.0	3.9	2.2	-2.0	9.8	0.8
<i>Болезни органов пищеварения</i>	М	17.7	-0.6	12.6	-2.4	50.2	1.4
	Ж	2.8	-4.6	5.4	-1.7	19.4	4.1
<i>Внешние причины</i>	М	75.4	-2.6	58.8	-1.2	299.5	-1.9
	Ж	10.8	-3.4	15.1	-1.8	58.9	-1
Дорожно-транспортный травматизм	М	17.9	3.7	16.0	-0.5	31.4	-1.7
	Ж	3.6	2.2	3.9	-2.0	7.1	-0.5
Самоповреждения (самоубийства)	М	6.5	-1.0	21.2	-1.5	54.9	-2.4
	Ж	0.2	-11.6	5.8	-2.2	7.9	-2.5

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

Причины смерти	Пол	Армения (2003 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая динамика (%)
<b>Все причины</b>	Муж. и жен.	690.6	-0.9	435.6	-1.3	1294.9	-0.6
	М	982.4	-1.2	580.1	-1.4	1981.7	-0.6
	Ж	443.1	-0.1	293.3	-1.0	698.9	-0.5
<i>Злокачественные новообразования (рак)</i>	М	243.6	0.1	218.2	-1.2	323.2	-1.9
	Ж	184.6	3.0	155.0	-1.0	186.1	-0.5
Рак трахеи/бронхов/лёгких	М	84.5	-0.5	65.9	-1.5	101.4	-2.9
	Ж	14.4	16.1	21.8	3.4	15.4	1.0
Рак молочной железы	Ж	61.7	5.7	44.0	-2.2	45.3	0.1
<i>Сердечно-сосудистые заболевания</i>	М	437.8	-1.2	156.4	-2.6	793.1	-0.1
	Ж	133.3	-2.9	50.9	-2.5	271.7	-0.6
Ишемическая болезнь сердца	М	310.0	-1.2	86.2	-3.3	435.3	-0.7
	Ж	52.6	-4.1	17.8	-3.4	111.1	-0.6
Цереброваскулярные болезни	М	79.8	-0.2	23.7	-2.6	168.6	-0.9
	Ж	55.2	-0.4	14.5	-2.1	88.4	-1.4
<i>Болезни органов дыхания</i>	М	42.8	-3.4	20.3	-1.7	108.7	-1.4
	Ж	12.5	-1.6	10.2	-1.3	24.5	-0.7
<i>Болезни органов пищеварения</i>	М	63.3	-2.4	49.6	-0.8	129.7	0.7
	Ж	18.6	2.3	20.3	-0.7	57.3	1.9
<i>Внешние причины</i>	М	79.4	-3.4	62.8	-1.0	409.2	-0.9
	Ж	15.1	-2.5	20.9	-0.9	89.1	-1.1
Дорожно-транспортный травматизм	М	12.2	-4.3	13.0	-1.3	28.5	-1.8
	Ж	1.6	-5.2	4.1	-2.1	7.5	-1.4
Самоповреждения (самоубийства)	М	5.3	-6.8	23.1	-1.1	68.1	-2.4
	Ж	1.4	-6.3	8.5	-1.2	10.2	-3.4

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

Причины смерти	Пол	Армения (2003 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая динамика (%)
Все причины	Муж. и жен.	2835.1	0.2	1570.9	-1.9	3411.7	-0.1
	М	3769.0	0.4	2156.9	-2.1	4996.4	0.1
	Ж	2120.6	0.0	1069.2	-1.9	2339.0	-0.6
Злокачественные новообразования (рак)	М	859.1	3.9	851.3	-1.4	1002.5	-0.8
	Ж	416.9	2.9	439.8	-1.1	438.9	-0.7
Рак трахеи/бронхов/лёгких	М	295.6	4.2	261.8	-1.9	321.7	-1.5
	Ж	28.9	1.5	59.0	0.2	37.1	-1.4
Рак молочной железы	Ж	76.7	3.5	79.7	-1.6	68.7	1.3
Сердечно-сосудистые заболевания	М	1935.1	-0.7	744.9	-3.6	2903.0	0.6
	Ж	1129.1	-1.4	335.7	-3.9	1507.8	-0.3
Ишемическая болезнь сердца	М	1225.3	-1.0	381.3	-4.2	1582.2	1.2
	Ж	561.6	-2.7	133.5	-4.6	731.4	0.5
Цереброваскулярные болезни	М	512.3	-0.5	143.3	-3.7	833.7	0.2
	Ж	426.6	-0.6	86.7	-4.1	528.9	-0.8
Болезни органов дыхания	М	316.9	0.6	144.0	-3.5	303.0	-2.4
	Ж	76.8	-2.4	62.5	-2.4	68.6	-3.6
Болезни органов пищеварения	М	195.6	1.6	111.6	-1.6	193.0	0.1
	Ж	80.2	0.3	54.1	-1.7	94.2	0.2
Внешние причины	М	94.4	-2.8	79.3	-1.4	320.0	1.0
	Ж	31.4	-2.0	32.1	-2.1	88.7	-0.5
Дорожно-транспортный травматизм	М	15.7	-4.1	14.8	-3.0	24.3	-1.5
	Ж	5.7	-4.5	5.9	-3.4	9.5	-1.0
Самоповреждения (самоубийства)	М	7.0	-4.5	24.5	-1.6	60.5	-0.8
	Ж	0.8	-8.7	8.7	-2.6	12.7	-3.1

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

Причины смерти	Пол	Армения (2003 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая динамика (%)
Все причины	Муж. и жен.	13335.9	4.1	8059.6	-1.0	12338.8	0.0
	М	15136.9	6.1	9832.0	-1.1	14838.0	0.1
	Ж	12464.3	3.2	7112.5	-0.9	11421.7	0.0
Злокачественные новообразования (рак)	М	1132.3	17.5	2231.1	-0.4	1489.3	1.2
	Ж	650.2	14.5	1136.2	-0.4	721.7	0.8
Рак трахеи/бронхов и лёгких	М	274.3	31.9	457.1	-0.7	323.5	1.0
	Ж	39.0	16.4	102.7	1.5	55.6	0.5
Рак молочной железы	Ж	116.6	27.2	159.6	-0.4	92.0	3.1
Сердечно-сосудистые заболевания	М	10391.6	5.6	4356.2	-2.1	10221.2	0.4
	Ж	9243.5	3.0	3577.9	-1.9	8805.6	0.4
Ишемическая болезнь сердца	М	6774.6	4.3	1708.0	-2.2	4925.6	1.4
	Ж	5821.4	1.8	1150.0	-2.2	4028.6	1.2
Цереброваскулярные заболевания	М	2701.2	7.8	1119.8	-2.5	3004.4	0.7
	Ж	2617.6	4.8	1026.9	-2.4	2967.6	0.5
Респираторные заболевания	М	1306.0	9.2	1156.5	-2.4	824.1	-2.1
	Ж	557.2	2.1	591.9	-2.1	302.3	-3.2
Болезни системы пищеварения	М	389.4	10.0	340.3	-1.1	270.4	0.3
	Ж	282.3	12.0	279.8	-0.4	175.0	1.1
Внешние причины	М	185.0	3.7	275.0	-0.6	604.2	0.1
	Ж	126.4	8.7	187.8	-1.2	172.4	-1.2
Дорожно-транспортный травматизм	М	18.7	-0.7	28.1	-2.2	34.6	-3.1
	Ж	11.6	19.1	10.0	-3.1	14.7	-1.7
Самоубийства	М	6.2	-3.3	49.5	-1.6	86.6	-1.1
	Ж	6.1	4.2	11.8	-3.2	22.4	-1.9

---

## Технические примечания

### Расчет средних показателей

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

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

### Источники данных

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

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

### Кодирование болезней

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

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

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

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

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

---

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

### **Ограниченность данных на национальном уровне**

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

### **Референс-группы для сравнения**

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

Группы стран<sup>2</sup>, используемые для сравнения носят название «референс-группы» и включают:

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

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

По классификации ВОЗ группу из 25 стран с низкими показателями детской смертности и низкими либо высокими показателями смертности среди взрослых обозначают как группу Евр-В+С. В эту группу входят следующие страны: Азербайджан, Албания, Армения, Беларусь, Болгария, Босния и Герцеговина, Бывшая Югославская Республика Македония, Венгрия, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Польша, Республика Молдова, Российская Федерация, Румыния, Сербия и Черногория, Словакия, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан, Украина, Эстония. За исключением особо оговоренных случаев при упоминании Евр-В+С и средних показателей для Евр-В+С речь идет именно об этих странах.

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

В приводимых графиках как правило показана динамика показателей начиная с 1990 г. Эти графики обычно отражают тенденции, характерные для всех стран, входящих в референс-группу. Выделены на графике и обозначены в легенде лишь показатели страны, которой посвящена

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

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



---

обзорная сводка, и средние показатели для референс-групп. Это дает возможность более наглядно проследить тенденции изменения страновых показателей в сравнении с усредненными значениями и динамикой аналогичных показателей для совокупности стран, входящих в ту или иную референс-группу.

---

## Словарь терминов

### Причины смерти

### Коды в МКБ-10

Дорожно-транспортный травматизм (транспортные несчастные случаи )	V02–V04, V09, V12–V14, V19–V79, V82–V87, V89
Злокачественные новообразования (рак) предстательной железы	C61
Злокачественные новообразования (рак) молочной железы у женщин	C50
Злокачественные новообразования (рак) толстого кишечника (включая прямую кишку) и анальной области	C18–C21
Злокачественные новообразования (рак) трахеи/bronхов/легких	C33–C34
Ишемическая болезнь сердца	I20–I25
Нарушения легочного кровообращения и другие болезни сердца	I26–I51
Насилие	X85–Y09
Нервно-психические расстройства (включая болезни глаза и уха)	F00–99, G00–99, H00–95
Падения	W00–W19
Пневмония	J12–J18
Преднамеренные самоповреждения (в т.ч. самоубийство)	X60–X84
Хроническая обструктивная болезнь легких	J40–J47
Хронические болезни печени и цирроз печени	K70, K73, K74, K76
Цереброваскулярные болезни	I60–I69

---

**Специальные термины**

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

---

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

---