



ЕВРОПА

Обзорная сводка о состоянии здоровья
в Кыргызстане
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
KYRGYZSTAN

EUR/05/5046415J
<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	15
Избыточная смертность	16
Основные причины смерти	21
Библиография	28
Приложения	30
Приложение. Возрастная пирамида	30
Приложение. Отдельные показатели смертности	31
Приложение. Детальные данные о смертности	32
Технические примечания	35
Словарь терминов	38

Резюме: основные фактические данные и стратегические соображения

Ожидаемая продолжительность жизни

По оценкам ВОЗ жители Кыргызстана, родившиеся в 2003 г., могут рассчитывать прожить в среднем 63 года (женщины – 68 лет, мужчины – 59 лет). Оценочные прогнозы ВОЗ относительно ожидаемой продолжительности жизни значительно ниже, чем официальные данные на 2003 г., основанные на национальной статистике смертности: в среднем 67,9 лет (71,9 лет для женщин и 64,1 – для мужчин). Разница между оценочными показателями ВОЗ и официальными цифрами обусловлена главным образом неполной регистрацией детской смертности.

В Кыргызстане необходимо принимать меры по укреплению здоровья и профилактике болезней среди лиц трудоспособного возраста.

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 младенческой и неонатальной смертности, а также о смертности детей в возрасте до 5 лет в Кыргызстане, по всей вероятности, являются заниженными. За период с 1995 по 2003 г. показатели младенческой смертности снизились приблизительно на 25%. Уровень неонатальной смертности в 2003 г. составлял 11 на 1000 живорожденных (среднее значение для Евр-В+С – 7,3). 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 прил. на 1% 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)

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

Материнская смертность

В соответствии с официальными данными страны за период с 1990 по 2002 г. уровень материнской смертности в Кыргызстане снизился лишь на 12% по причине наблюдавшегося подъема этого показателя с 1990 г. до пика в 1993 г. С 1993 по 2002 г. уровень материнской смертности снизился на 30%. Для того, чтобы достичь к 2015 г. цели, поставленной в Декларации тысячелетия ООН, стране необходимо добиться снижения материнской смертности еще на 72%.

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 2003 г. 86% всей смертности в Кыргызстане было обусловлено неинфекционной патологией; внешние причины составили около 7%, инфекционные болезни – около 3%. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) – ведущая причина смерти (2003 г.): на их долю приходится 54% всей смертности. Приблизительно половина смертности от ССЗ обусловлена ишемической болезнью сердца и около одной трети – цереброваскулярными болезнями. За период с 1990 г. показатели значительно выросли и, как и в большинстве других стран СНГ, продолжают повышаться.

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

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

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

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

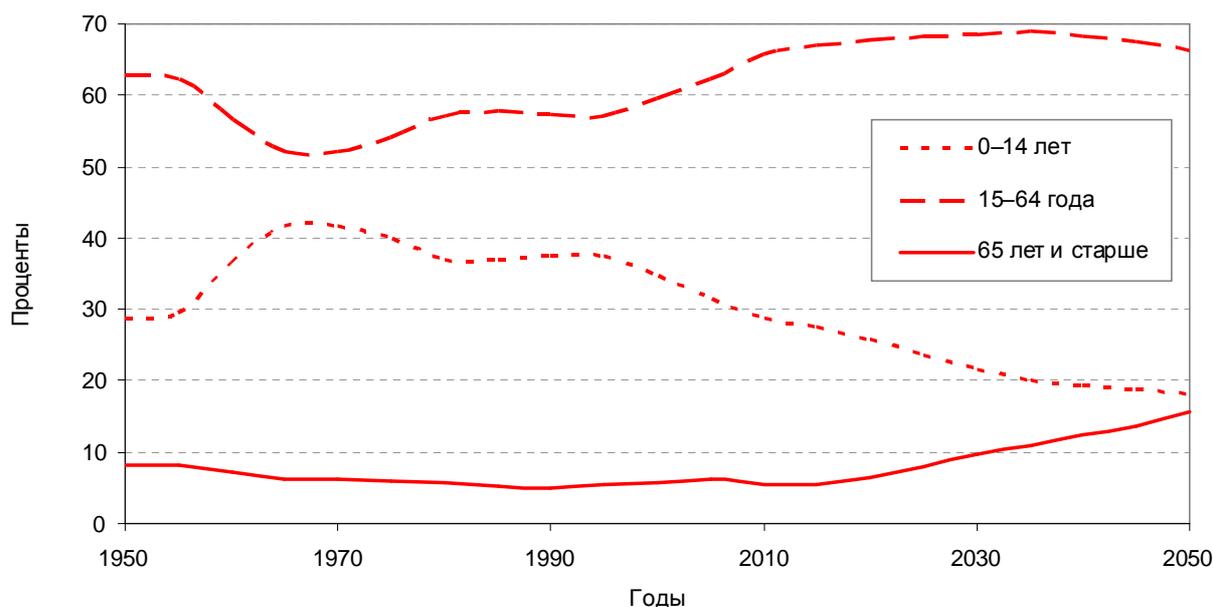
Избранная демографическая и социально-экономическая информация

Профиль населения

По состоянию на середину 2003 г. в Кыргызстане проживало около 5 млн человек. Городское население составляет около 34%, что является одним из наиболее низких показателей урбанизации среди стран Евр-В+С.

В течение 1980-х годов доля населения в возрасте 0–14 лет была относительно стабильной, однако за последующее десятилетие она снизилась с прикл. 38% в 1990 г. до 33% к 2002 г. Тем не менее этот показатель все еще остается одним из самых высоких среди стран Евр-В+С. Напротив, процент населения старше 65 лет в Кыргызстане существенно ниже, чем средние показатели для Евр-В+С. По прогнозам, к 2030 г. люди старше 65 лет будут составлять 10% населения Кыргызстана (см. Приложение. Возрастная пирамида) (График. Динамика возрастных показателей).

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



Источник: United Nations (2005)

В 2003 г. в Кыргызстане отмечался один из наиболее высоких уровней рождаемости среди стран Евр-В+С. Естественный прирост населения положительный, и его уровень значительно превышает средние значения для Евр-В+С.

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

Показатели	Кыргызстан	Евр-В+С		
		В среднем	Минимум	Максимум
Население (в тыс.)	5010.8	–	–	–
0–14 лет (%)	32.5	–	–	–
15–64 года (%)	62.0	–	–	–
65+ лет (%)	5.5	–	–	–
Городское население (%) ^a	34.0	63.7	25.0	73.3
Живорождения (на 1000 чел.)	21.1	12.8	8.6	27.1
Естественный прирост населения (на 1000 чел.)	13.9	0.8	–7.5	23.0
Миграционный прирост населения (на 1000 чел.)	–	1.8	–6.6	2.1

^a2002

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

Социально-экономические показатели

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

Доход: абсолютная бедность, относительная бедность и распределение дохода

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.

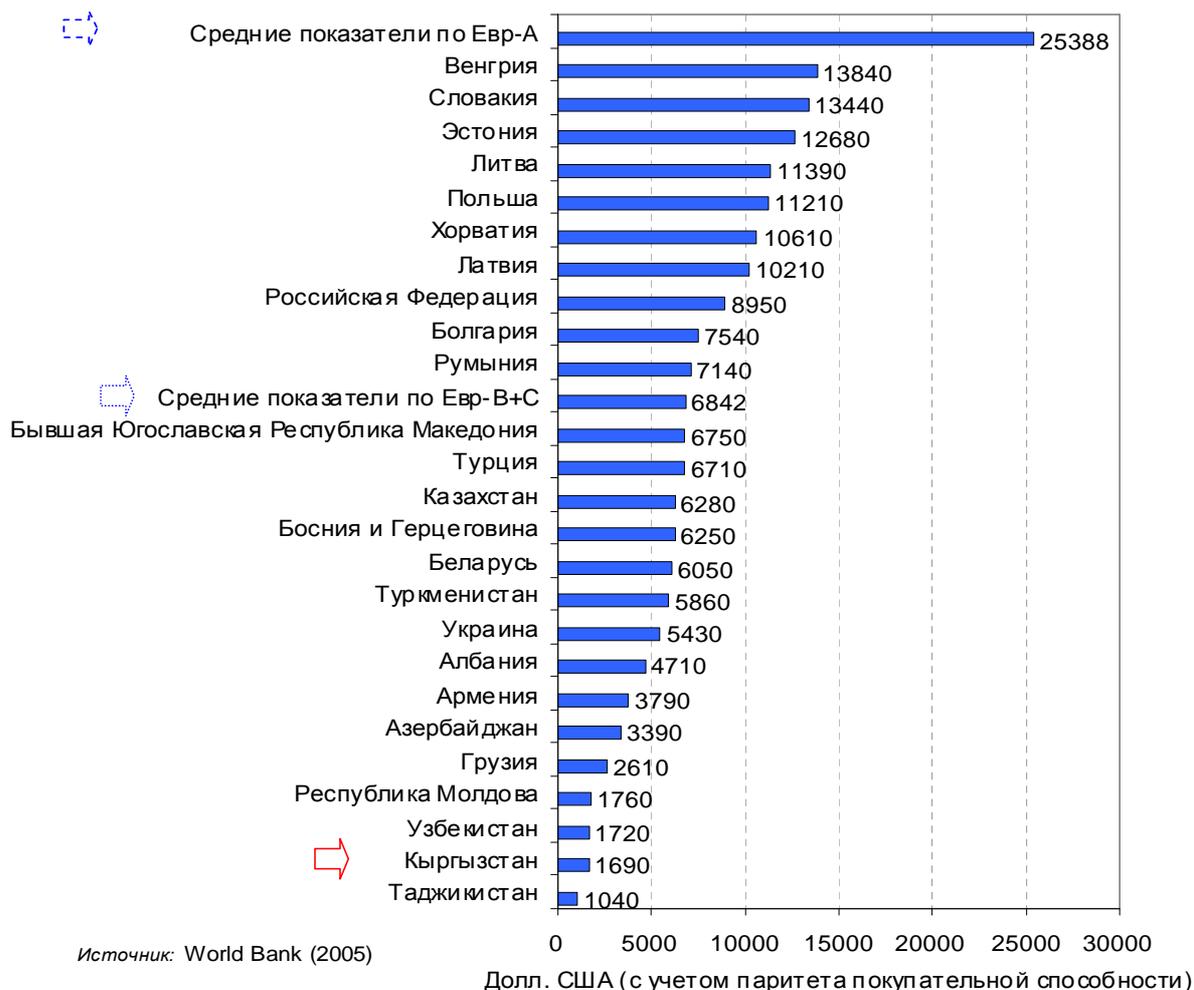
Если доход недостаточен даже для приобретения минимума жизненно необходимых товаров и услуг, то речь идет об абсолютной бедности. Всемирный банк в настоящее время для обозначения порога абсолютной бедности использует уровни дохода в 2,15 и 4,30 долл. США в день на душу населения для стран Европейского 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.

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.

В 2001 г. значение индекса Гини для Кыргызстана составляло 29,0, что соответствовало степени распространения бедности в стране. Значения индекса Гини для 15 стран Евр-В+С на 2000–2002 гг. распределяются от 26,1 в Боснии и Герцеговине (2001 г.) до 45,6 в Российской Федерации (2000 г.) (World Bank, 2005).

Валовой национальный доход составил в Кыргызстане в 2003 г. 1040 долл. США (с учетом паритета покупательной способности) на душу населения; по этому показателю страна занимает второе место снизу в группе Евр-В+С.

Валовой национальный доход на душу населения, 2003 г.



В 1999 г. 64,1% населения Кыргызстана проживало за национальной чертой бедности (World Bank, 2005). Результаты ежегодных обследований домашних хозяйств, проведенных с 1993 по 2000 г. с применением критериев абсолютной бедности для Европы, рекомендованных Всемирным банком, показали, что с каждым годом число людей, живущих в бедности, увеличивается. В 1993 г. 17,2% жителей Кыргызстана могли тратить на удовлетворение своих минимально необходимых жизненных потребностей не более 2,15 долл. США; к 2000 г. эта доля возросла вдвое – до 34%. По результатам обследования 1993 г. 34,7 процентов населения проживало за чертой абсолютной бедности (доход/потребление не более 4,30 долл. США на одного человека в день), к 2000 г. – уже 81,1%. В 2001 г. показатели бедности снизились до 27,1% населения, проживающего за чертой 2,15 долл. США в день и до 77,2% – за чертой 4,30 долл. США в день (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 охвата средним образованием рассчитывается как процентная доля всех детей школьного возраста (разные страны могут устанавливать различные возрастные границы), посещающих среднюю школу.

Сведений об уровне чистого охвата детей в Кыргызстане школьным обучением не имеется. Коэффициент общего охвата населения средним образованием (отношение числа всех учащихся средней школы вне зависимости от возраста к численности возрастной группы, официально соответствующей периоду получения среднего образования) составляла в 2001 г. 85,3%. В соседних странах коэффициент общего охвата в том же году составлял в Казахстане – 88,7%, в Таджикистане – 82,0%, в Узбекистане – 98,6%.

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.

Общий уровень безработицы в Кыргызстане в 2001 г. составлял 7,8%, по сравнению с 12,9% в среднем по Евр-В+С за тот же период. Следует учитывать, что национальные данные по уровню безработицы основаны на оценочной численности людей, ищущих трудоустройства, и что в разных странах приняты различные определения понятий «трудовые ресурсы» и «безработица» (ILO, 2005).

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

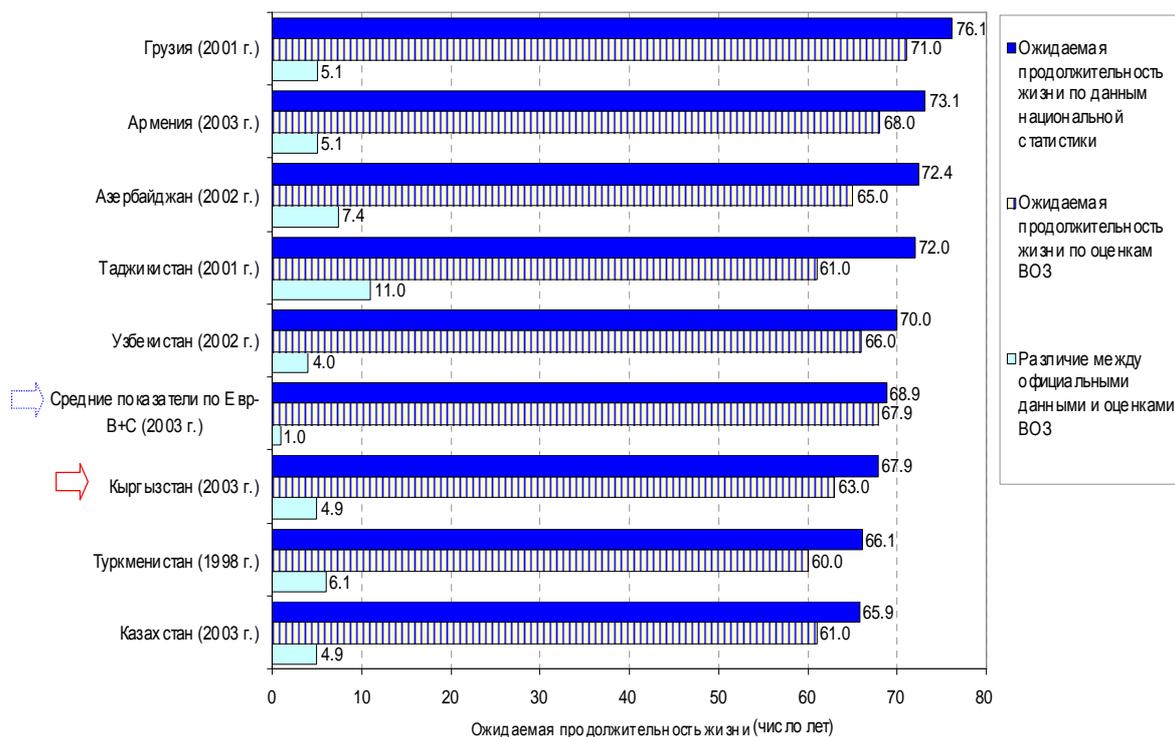
Ожидаемая продолжительность жизни

По унифицированным расчетным оценкам ВОЗ, основанным не только на официальной статистике государств-членов и позволяющим сравнивать различные страны, жители Кыргызстана, родившиеся в 2003 г., могут рассчитывать прожить в среднем 63 года (женщины – 68, мужчины – 59 лет) (WHO, 2005). В соответствии с этими оценками, только в трех других странах Региона отмечаются еще более низкие показатели ожидаемой продолжительности жизни. Однако прогнозы ВОЗ относительно ожидаемой продолжительности жизни значительно ниже, чем официальные данные на 2003 г., основанные на национальной статистике: в среднем 67,9 лет (71,9 лет для женщин и 64,1 – для мужчин).

Наряду с этим, при сравнении оценочных данных ВОЗ и вероятности смерти в возрасте от 15 до 60 лет с цифрами официальной статистики смертности взрослого населения значительных расхождений не выявляется. Таким образом, разница в 5 лет между оценочными показателями ВОЗ и официальными цифрами ОПЖ – довольно существенная для страны Региона – обусловлена, в основном, неполной регистрацией детской смертности. Отсюда можно заключить, что официальные данные смертности взрослого населения являются достаточно достоверными для целей данного обзора. Именно эти (официальные) данные приведены в подавляющем большинстве случаев в настоящей сводке, за исключением показателей материнской и ранней детской смертности, где помимо статистики страны даны также оценочные цифры ВОЗ (см. таблицу сравнительных данных ниже). Имеются основания предполагать, что существует проблема правильности кодирования по ряду причин смерти. Это обстоятельство следует иметь в виду при проведении международных сравнений уровней смертности от различных причин.

В то время как по официальным данным ОПЖ в Кыргызстане лишь приблизительно на 1 год не достигает среднего уровня по Евр-В+С, рассчитанного по показателям текущей регистрации смертности (68,8 лет), оценки ВОЗ дают значительно более низкие цифры ОПЖ – приблизительно на 5 лет ниже усредненного показателя для Евр-В+С (2002 г.). Это означает, что отставание Кыргызстана по ОПЖ от среднего уровня стран Евр-А (79,0 лет) вероятно составляет около 16 лет и что общее состояние здоровья населения и положение Кыргызстан в сравнении с другими странами менее благоприятны, чем исходя из данных официальной статистики. Следует, однако, отметить, что ОПЖ в Кыргызстане ощутимо выше, чем в ряде других стран с более высоким уровнем дохода, что характерно и для ряда других стран СНГ.

Различия в оценках ожидаемой продолжительности жизни, основанных на национальных данных и на прогнозах ВОЗ в отдельных странах



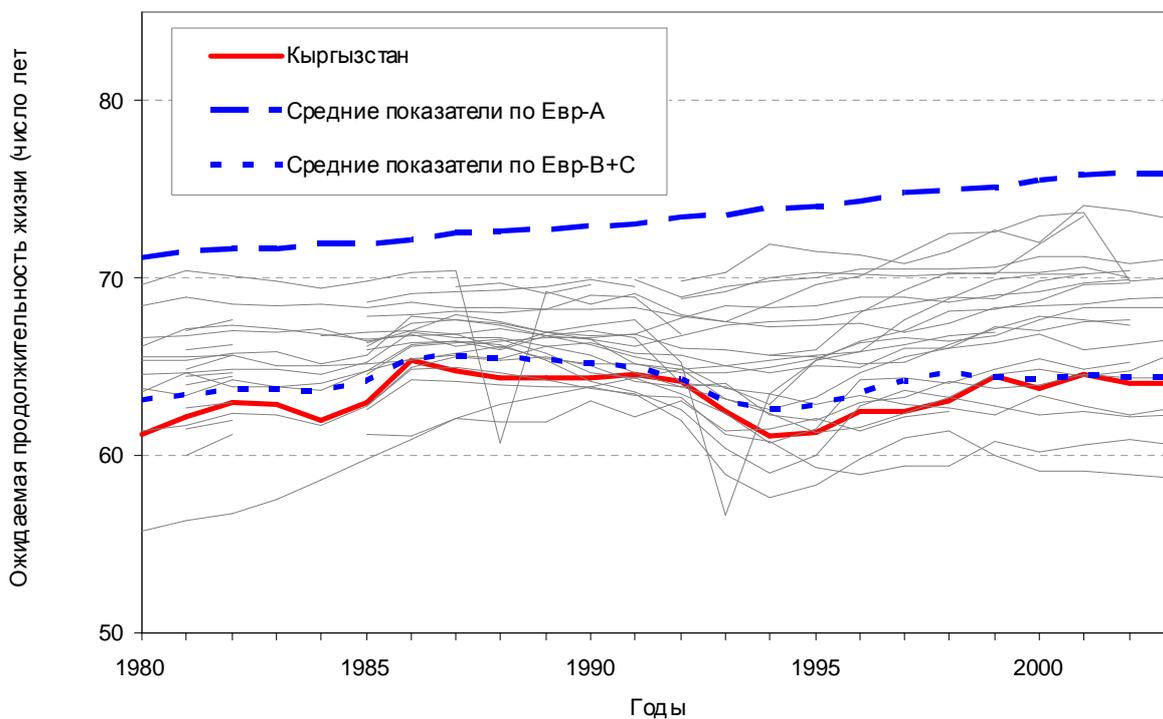
Источники: WHO Regional Office for Europe (2005); WHO (2005)

Официальные показатели ОПЖ в течение последних двух десятилетий продолжают оставаться несколько ниже, чем в среднем по Евр-В+С, хотя в середине 1990-х годов разрыв был более выраженным. Динамика изменения ОПЖ для обоих полов практически повторяет кривые соответствующих средних значений для Евр-В+С.

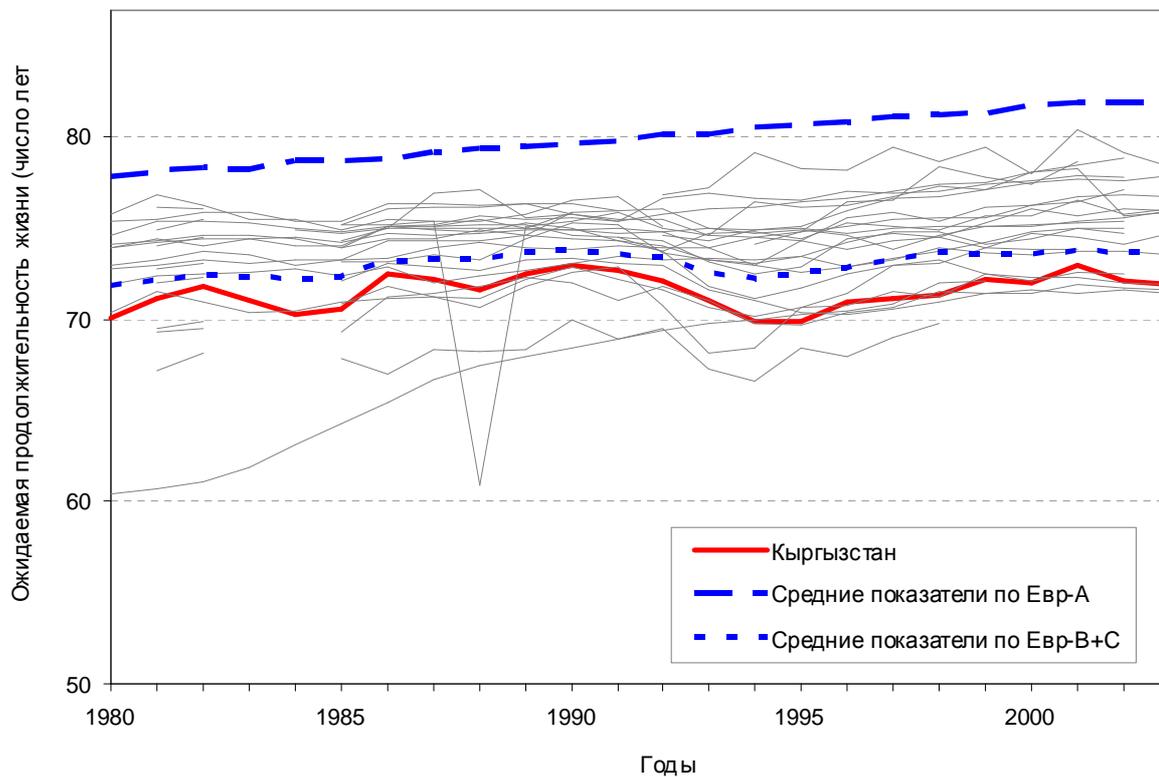
Следует также отметить, что разница в ОПЖ между кыргызскими мужчинами и женщинами составляет лишь 7,8 лет – меньше чем в большинстве других стран СНГ. Среднее различие в ОПЖ между мужчинами и женщинами по странам Евр-В+С составляет 9 лет, по странам Евр-А – 6 лет.

Динамика ОПЖ в странах с низким и средним уровнем дохода, как правило, тесно зависит от показателей ВВП. Однако, в то время как реальный показатель ВВП в Кыргызстане все еще не достиг уровня 1990 г. и по последним оценкам (2002 г.) он равен 1620 долл. США с учетом ППС, что составляет менее половины от уровня 1990 г., показатели ОПЖ за период после 1995 г. улучшились. Это улучшение носит более выраженный характер, чем в среднем по странам СНГ, несмотря на крайне напряженную экономическую ситуацию в стране. Причины такого, относительно благоприятного, развития не вполне объяснимы; данный вопрос нуждается в дальнейшем изучении, с учетом ранее отмеченных проблем, связанных с качеством регистрации демографических показателей.

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



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

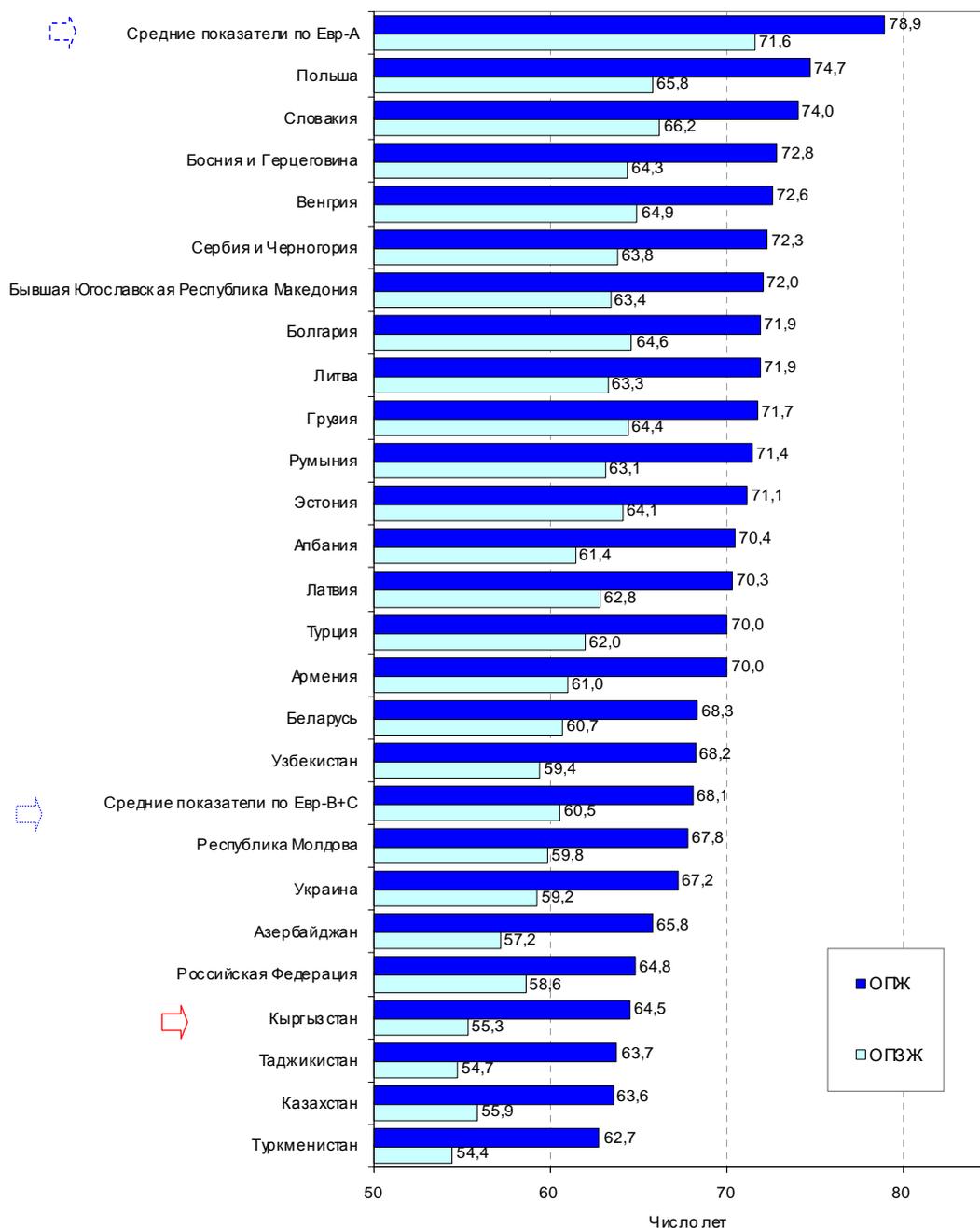


Ожидаемая продолжительность здоровой жизни

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.

По оценкам ВОЗ на 2002 г. (WHO, 2004), средняя продолжительность здоровой жизни для населения Кыргызстана составляет 55,3 лет (58,4 для женщин и 52,2 для мужчин), что на 16,3 лет меньше, чем в среднем по Евр-А (71,6 лет) и на 4,5 лет меньше, чем в среднем по Евр-В+С (60,5 лет). Следует, однако, учитывать, что настоящие оценки содержат некоторую дозу статистической неопределенности и поэтому их нельзя расценивать как абсолютно точные. Наилучшие результаты в Регионе по данному показателю достигнуты в Швеции: 73,3 года (74,8 для женщин, 71,9 для мужчин). Для жителей Кыргызстана в возрасте 60 лет ожидаемая продолжительность здоровой жизни составляет 12,6 лет для женщин и 9,8 лет для мужчин, в то время как в Швеции эти усредненные значения равны соответственно 19,6 и 17,1 годам. Альтернативный способ представления тех же самых данных – оценить ожидаемую продолжительность жизни с теми или иными нарушениями здоровья. В Кыргызстане этот показатель составляет 10,6 лет для женщин и 8,2 лет для мужчин. Соответствующие средние значения для Швеции – 7,9 и 6,2 лет.

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



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 Кыргызстане. Самая значительная доля бремени болезней среди лиц обоего пола приходится на сердечно-сосудистые заболевания. На втором месте для мужчин находятся непреднамеренные травмы, для женщин – нервно-психические расстройства. Поскольку смертность от нервно-психических расстройств невысокая, основная часть обусловленного ими бремени болезней связана с нарушениями повседневной жизнедеятельности таких больных.

Десять ведущих групп стойких нарушений здоровья и инвалидности мужчин и женщин в Кыргызстане, (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	17.4	Сердечно-сосудистые заболевания	17.4
2	Непреднамеренные травмы	14.2	Нервно-психические расстройства	17.3
3	Нервно-психические расстройства	12.1	Состояния, возникающие в перинатальном периоде	8.1
4	Инфекционные и паразитарные болезни	9.5	Инфекционные и паразитарные болезни	7.4
5	Состояния, возникающие в перинатальном периоде	8.1	Респираторные инфекции	7.3
6	Респираторные инфекции	6.8	Непреднамеренные травмы	6.1
7	Болезни органов пищеварения	6.2	Болезни органов дыхания	5.1
8	Болезни органов дыхания	5.5	Болезни органов пищеварения	5.0
9	Преднамеренные травмы	4.3	Злокачественные новообразования	4.7
10	Злокачественные новообразования	4.0	Болезни органов чувств	4.3

Источник: WHO, 2003с

Основные факторы риска

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

Десять ведущих факторов риска по отношению к бремени болезней в Кыргызстане (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	10,3	Повышенное артериальное давление	7,1
2	Алкоголь	9,3	Высокий индекс массы тела	6,2
3	Высокий уровень холестерина	5,6	Дым в помещениях от сжигания твёрдого топлива	5,2
4	Повышенное артериальное давление	5,3	Высокий уровень холестерина	5,1
5	Высокий индекс массы тела	4,8	Недостаточная масса тела детей и матерей	3,5
6	Дым в помещениях от сжигания твёрдого топлива	4,1	Недостаток железа в организме	2,8
7	Недостаточная масса тела у детей и матерей	2,9	Алкоголь	2,6
8	Недостаточное потребление фруктов и овощей	2,7	Недостаточное потребление фруктов и овощей	2,5
9	Недостаточная физическая активность	2,4	Недостаточная физическая активность	2,4
10	Небезопасная вода, неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия	1,8	Небезопасная вода, неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия	2,2

Источник: WHO, 2003с

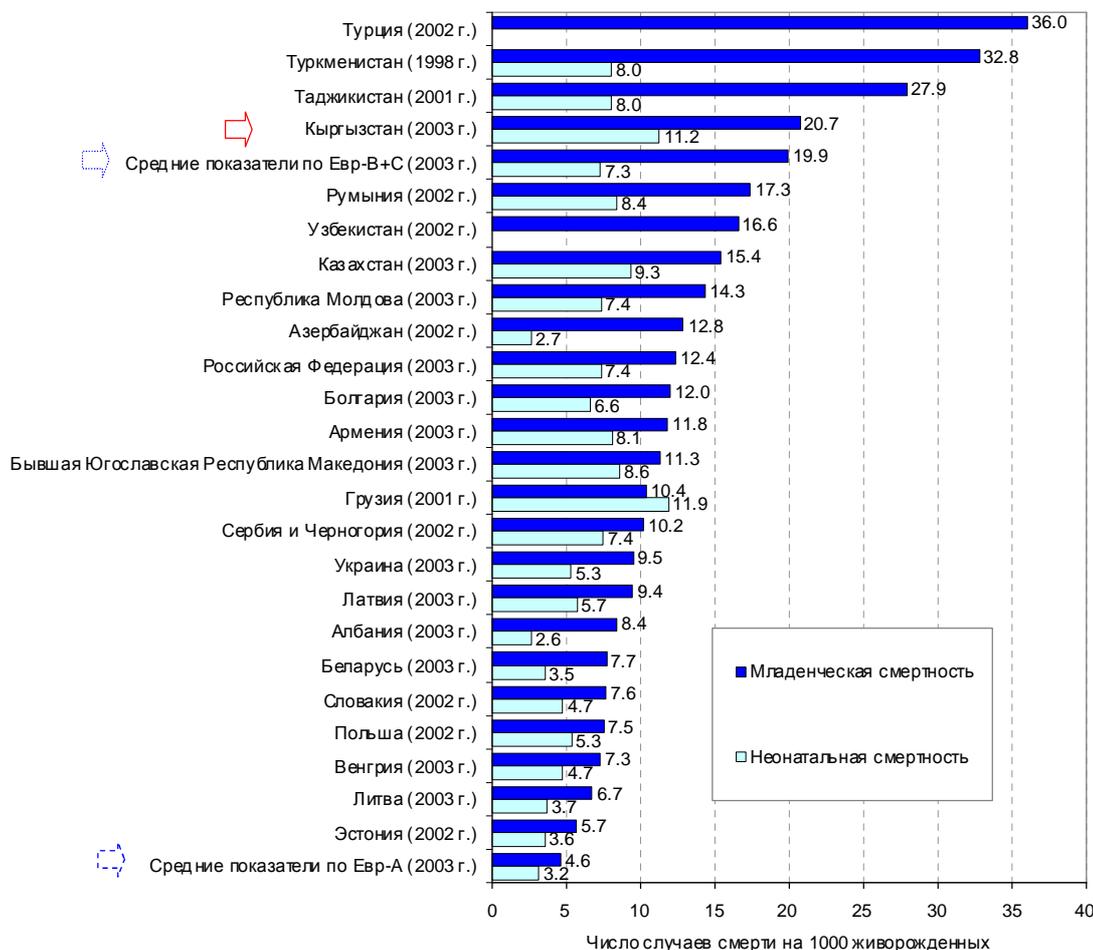
Смертность

Младенческая, неонатальная и детская смертность

Национальные данные и оценки ВОЗ за 2002 г. показывают, что в Кыргызстане из каждых 1000 детей, родившихся живыми, в среднем 29 умирают не достигнув пятилетнего возраста. В соответствии с Целями в области развития, сформулированными в Декларации тысячелетия (ЦРТ) в отношении смертности детей в возрасте до 5 лет для Европы и Центральной Азии, этот показатель к 2015 г. должен быть снижен до 15 на 1000 живорожденных. С учетом имеющихся погрешностей в национальных данных (неполная регистрация рождений и смертей), уровень смертности детей до 5 лет в Кыргызстане по последним оценкам ВОЗ составляет 59 на 1000 живорожденных. Для соседних Казахстана и Узбекистана оценочные показатели ВОЗ ниже: соответственно 33 и 32. Исходя из оценочных данных ВОЗ, представляется маловероятным, что Кыргызстану удастся достичь ЦРТ к 2015 г., даже несмотря на то, что нельзя с полной определенностью экстраполировать имеющиеся на сегодняшний день данные ВОЗ. В наиболее благоприятном положении среди стран Евр-В+С по оценкам ВОЗ находятся Словакия и Эстония, где данный показатель составляет 8 на 1000 живорожденных.

В 2003 г. официальный уровень младенческой смертности в Кыргызстане составлял 20,7 на 1000 живорожденных, приближаясь к среднему значению для Евр-В+С (19,9). Наилучшим показателем среди стран Евр-В+С обладает Литва (6,7). За период с 1995 по 2003 г. показатели младенческой смертности снизились приблизительно на 25%, что является заметным достижением с учетом имевшихся значительных экономических трудностей. Следует также отметить, что согласно имеющимся данным, младенческая смертность с 1985 г. постоянно снижается.

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



Уровень неонатальной смертности по данным текущей регистрации составлял в 2003 г. около 11 на 1000 живорожденных. Это могло бы служить очень хорошим результатом, однако данные не поддаются международным сравнениям, а также отсутствует информация о динамике показателей. В 2003 г. среднее значение по Евр-В+С составляло 7,3. Наиболее вероятное оценочное значение для группы Евр-А – около 3 или 4 на 1000 живорожденных.

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.

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

Показатель	Национальные данные^а	Оценочные данные ВОЗ
Младенческая смертность, на 1000 живорождённых, 2000 г. (показатель ЦРТ)	23	52 ^б
Неонатальная смертность, на 1000 живорожденных, 2000 г.	11.2	31 ^в
Смертность детей в возрасте до 5 лет, на 1000 живорождённых (показатель ИРТ)	27.5	68 (53–84) ^в
Материнская смертность, на 100 000 живорожденных, 2000 г. (показатель ЦРТ)	46.5	110 ^в

^аWHO Regional Office for Europe (2005); ^бWHO (2004); ^вWHO (2005)

Данные демонстрируют явную заниженность официальных сведений о смертности детей в возрасте до 5 лет в Кыргызстане. Это говорит о том, что данные по младенческой и неонатальной смертности также занижены, поскольку неполная регистрация касается главным образом детей в возрасте до одного года. Это заключение подтверждается другими данными в помещенной выше таблице. Тем не менее, по оценкам ВОЗ, за период с 2000 по 2003 г. происходило снижение смертности детей до пяти лет в среднем прилб. на 1% в год, тогда как темпы снижения этого показателя в целом по Европейскому региону составляли 3,5%. Таким образом, темпы улучшения ситуации в Кыргызстане отстают от средних показателей, в то время как относительно высокие уровни смертности детей в возрасте до 5 лет требуют более интенсивного прогресса невзирая на имеющийся дефицит ресурсов (WHO, 2005).

Материнская смертность

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

Несмотря на трудность достоверного определения уровня 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.

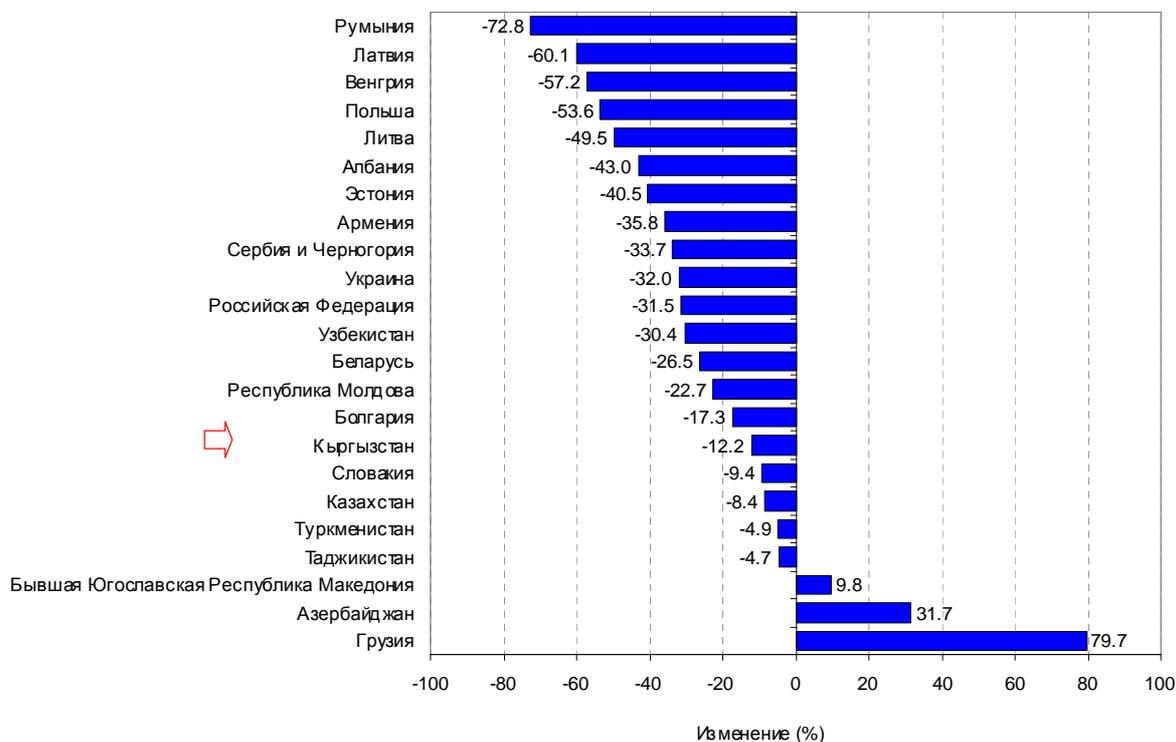
За период с 1990 по 2002 г. уровень материнской смертности в Кыргызстане снизился лишь на 12% по причине наблюдавшегося подъема этого показателя с 1990 г. до пика в 1993 г., когда МС достигала почти 77 на 100 000 живорожденных. При этом с 1993 по 2002 г. этот показатель снизился на 30%. Для достижения ЦРТ уровень материнской смертности должен упасть еще на 72% по отношению к показателям 2002 г.

Точный учет материнской смертности представляет собой весьма трудную задачу даже в странах с надежными системами регистрации, при этом степень неполноты регистрации в

Кыргызстане с трудом поддается оценке. Тем не менее следует отметить, что по представленным сведениям в 2003 г. величина этого показателя составляла 52 на 100 000, в то время как в 1990 г. она была равна 63 (исходное значение для расчета показателей ЦРТ).

Из каждых 59 случаев материнской смертности, зарегистрированных в 2002 г., пять были связаны с абортами.

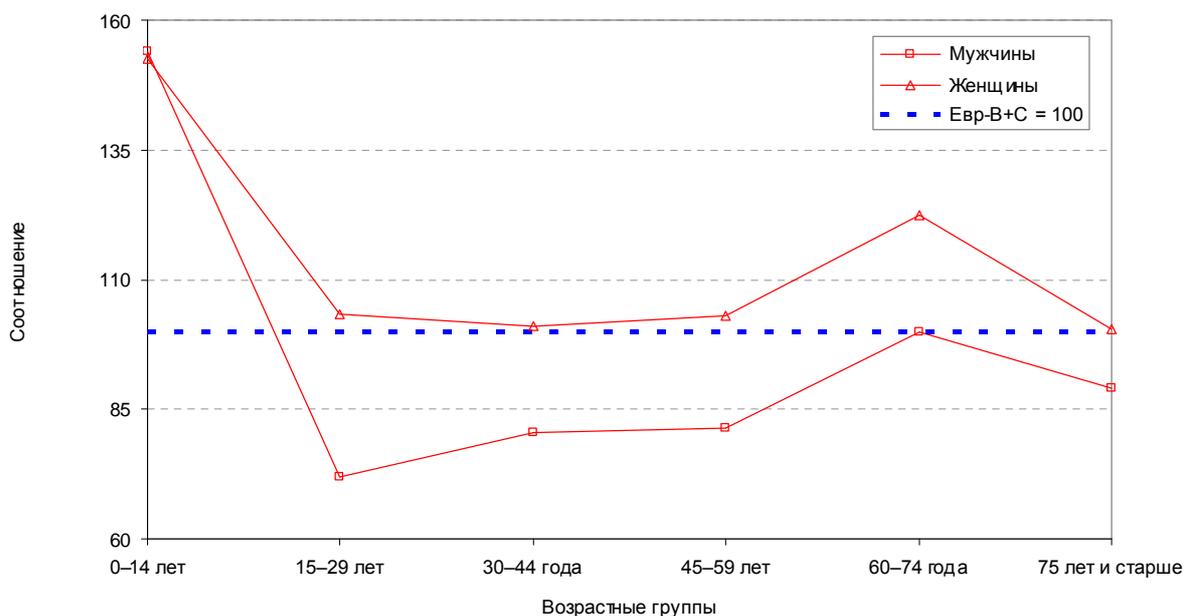
Процентные изменения материнской смертности (скользящие средние показатели за 3 года) с 1990 г. по 2002 г., или до последнего года, за который имеются сведения



Избыточная смертность

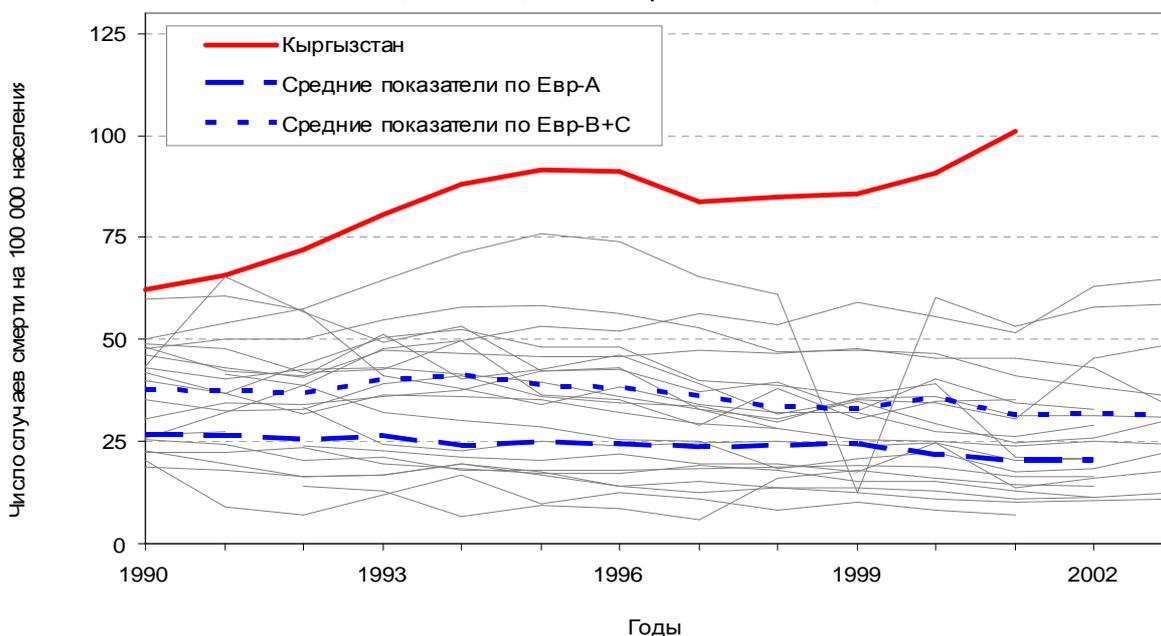
Показатели смертности в Кыргызстане в целом соответствуют средним значениям для Евр-В+С, однако в два раза выше, чем аналогичные показатели в странах Евр-А (См. Приложение. Отдельные показатели смертности).

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



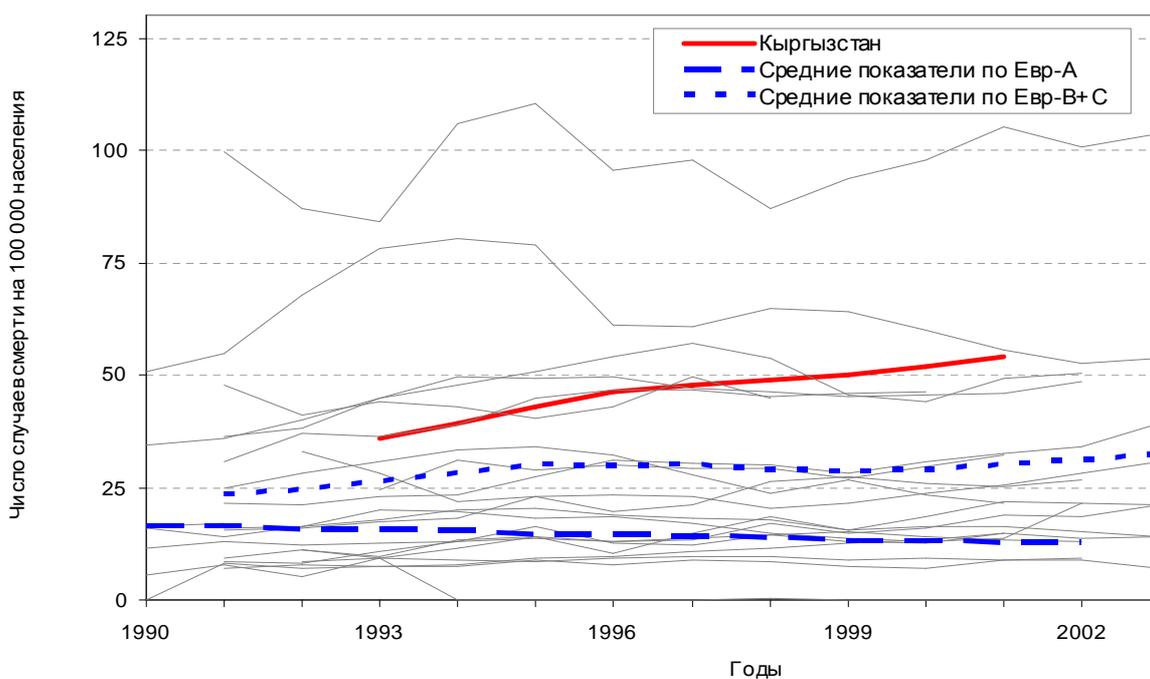
Сравнение с другими странами Евр-В+С показывает, что во всех возрастных группах наивысшая избыточная смертность обусловлена не внешними причинами (в отличие от ряда других стран СНГ), а болезнями органов дыхания, за которыми следуют болезни органов пищеварения и инфекционные болезни. Среди нозологических форм единственной наиболее заметной причиной избыточной смертности являются хронические болезни нижних дыхательных путей. Несмотря на то, что в эту категорию могут попадать и другие причины смерти, по-видимому, важное значение имеет ряд неблагоприятных экологических (применение твердых видов топлива) и поведенческих факторов (курение). Относительно частой причиной смерти являются хронические болезни печени и цирроз печени, что свидетельствует о высоком уровне потребления алкоголя со всеми вытекающими из этого пагубными последствиями. Однако эти данные не подкреплены сведениями о высокой смертности от внешних причин. Отсутствие данного параллелизма может служить основанием для последующего более глубокого анализа в области профилактики несчастных случаев и травматизма.

Стандартизированный коэффициент смертности (СКС) от хронических болезней нижних дыхательных путей у людей всех возрастов в Кыргызстане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения



имечание: данные по Кыргызстану представляют собой скользящие средние показатели за 5 лет.

СКС от хронических болезней печени и цирроза печени среди людей всех возрастов в Кыргызстане, а также средние показатели Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения

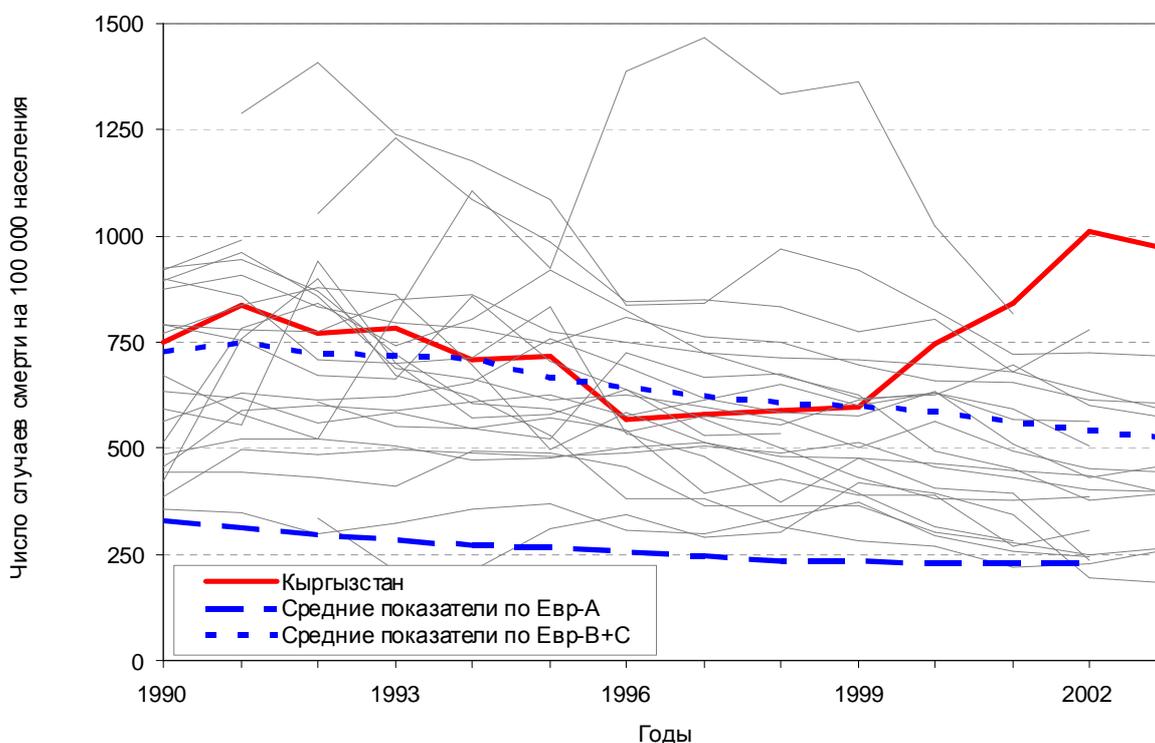


Примечание: данные по Кыргызстану представляют собой скользящие средние показатели за 5 лет.

Сравнительный анализ различных показателей смертности по возрасту, полу, возможно и другим социально-экономическим параметрам, может дать дополнительные сведения о причинах избыточной смертности в стране. Следует отметить, что на 1994–1995 гг. пришелся пик кризиса смертности в странах СНГ (как последствие распада СССР), в результате чего динамика данного показателя за период 1995–2003 гг. имеет более благоприятный характер по сравнению с периодом 1990–2003 гг. (Приложение. Детальные данные о смертности).

Смертность в возрастной группе 0–14 лет в Кыргызстане составляла в 2003 г. 233 на 100 000, что прилб. на 50% выше по сравнению со средними значениями для Евр-В+С (152) и более чем в четыре раза превышает аналогичный усредненный показатель для стран Евр-А (49). За период с 1995 г. уровень смертности снизился на 4,0%, повторяя динамику снижения в среднем по Евр-В+С (3,8%). Это улучшение носит практически универсальный характер, прослеживаясь по всем причинам смерти как среди мужчин, так и среди женщин, за исключением перинатальной и врожденной патологии. Смертность от перинатальных причин продолжает оставаться в Кыргызстане серьезной проблемой.

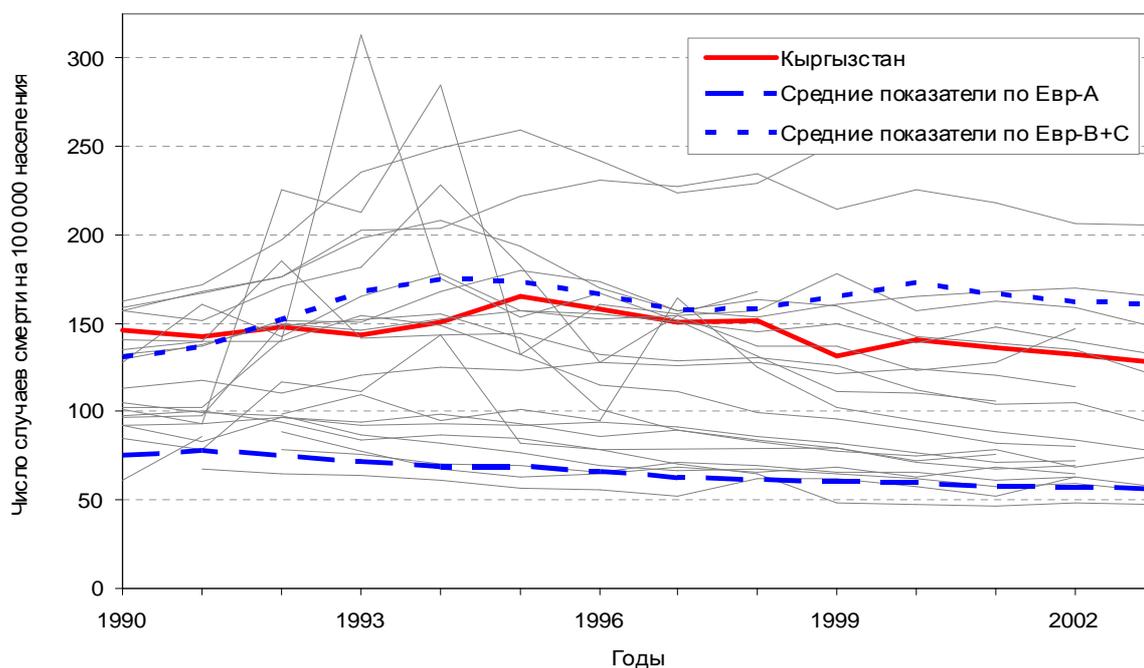
Смертность от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, (оба пола) в Кыргызстане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения



Общая смертность в возрастной группе 15–29 лет составляет 128 на 100 000, что на 20% ниже, чем в среднем по Евр-В+С (161), главным образом за счет более низкой смертности от внешних причин, в особенности от самоубийств и случайных отравлений среди мужчин. Эта особенность является важной, поскольку она указывает на формирующиеся характерные черты поведения, в частности более низкий уровень насилия среди молодежи по сравнению с рядом других стран СНГ. Следует также отметить факт избыточной смертности от инфекционных болезней.

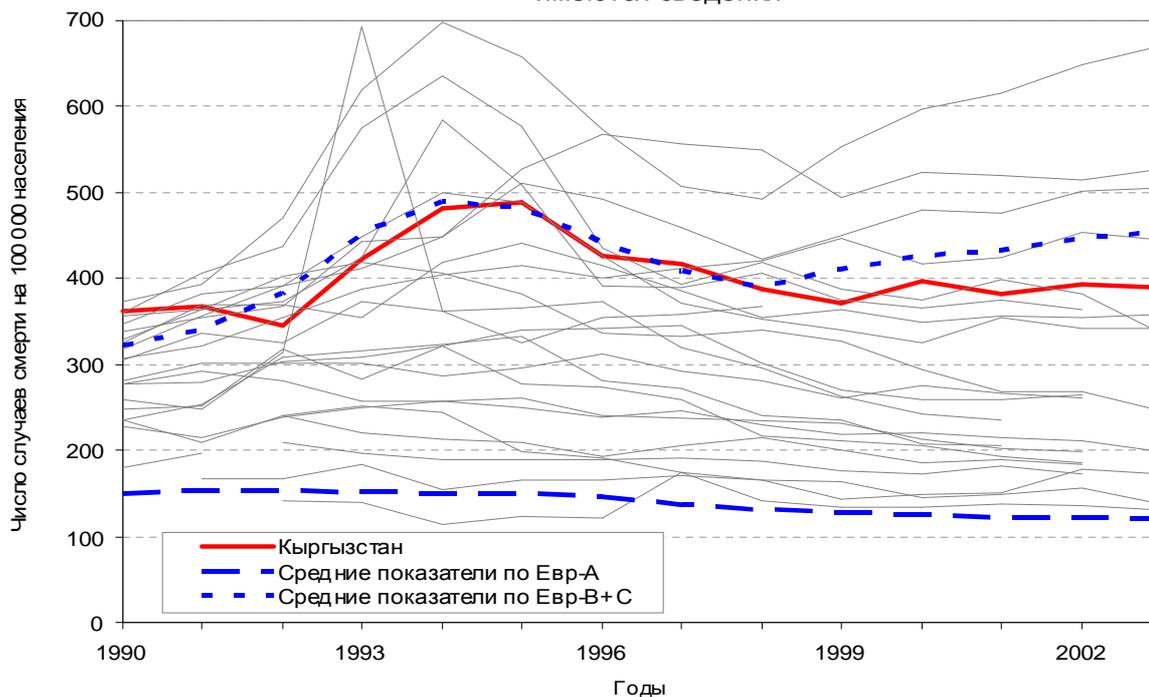
За период с 1995 г. показатели смертности по большинству причин смерти снизились, и, что даже более важно, общие цифры смертности упали ниже уровня 1990 г. – достижение, которого смогли добиться менее половины из числа стран СНГ.

СКС от всех причин в возрастной группе 15–29 лет в Кыргызстане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения



В возрастной группе 30–44 лет показатели смертности аналогичны вышеописанной группе: несколько лучшая ситуация, чем в среднем по Евр-В+С, главным образом за счет существенно более низкой смертности от внешних причин. Кривая динамики смертности приibl. до 1997 г. шла в непосредственной близости от среднего уровня для Евр-В+С, однако затем разрыв стал увеличиваться. Тем не менее смертность не снизилась до уровня 1990 г.

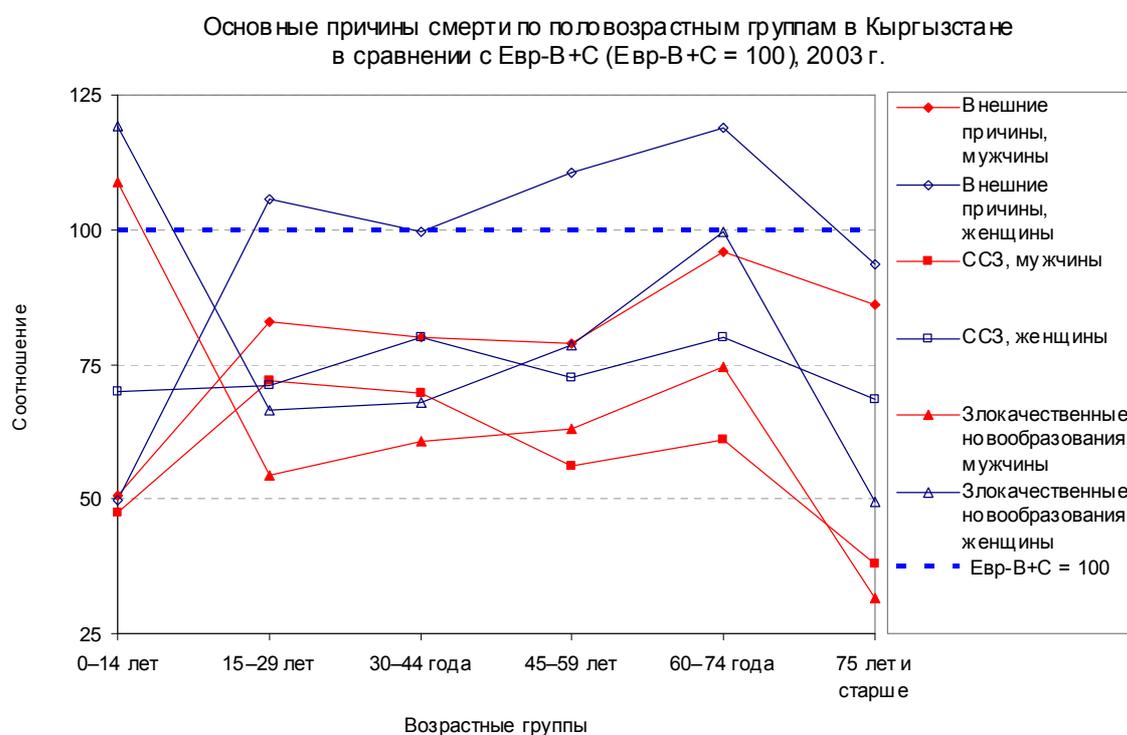
СКС от всех причин в возрастной группе 30–44 года в Кыргызстане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения



В возрастной группе 45–59 лет отмечаются аналогичные тенденции. Основную проблему представляют ССЗ, однако смертность от этой причины не превышает средний уровень для Евр-В+С. Диспропорционально часто, в сравнении со средними показателями Евр-В+С, в качестве причин смерти выступают болезни органов дыхания и органов пищеварения. Динамика показателей для более старших групп носит менее стабильный характер, что, по-видимому, отчасти объясняется неполной регистрацией смертности. Общее впечатление, однако, таково, что показатели смертности превышают средний уровень и выше, чем среди взрослых более молодого возраста.

Основные причины смерти

За небольшими исключениями, смертность от ведущих причин во всех основных возрастных группах ниже, чем соответствующие средние показатели для Евр-В+С, однако ранее упомянутые проблемы с определением и кодированием причин смерти заставляют относиться к представляемым цифрам с известной осторожностью.



В 2003 г. 86% всей смертности в Кыргызстане было обусловлено неинфекционной патологией; внешние причины составили около 7%, инфекционные болезни – около 3% (см. Приложение). Это соотношение весьма близко к распределению усредненных показателей для стран Евр-В+С. При рассмотрении коэффициентов смертности на 100 000 населения видно, что уровни смертности от неинфекционных заболеваний в Кыргызстане вдвое превышают средний уровень для Евр-А.

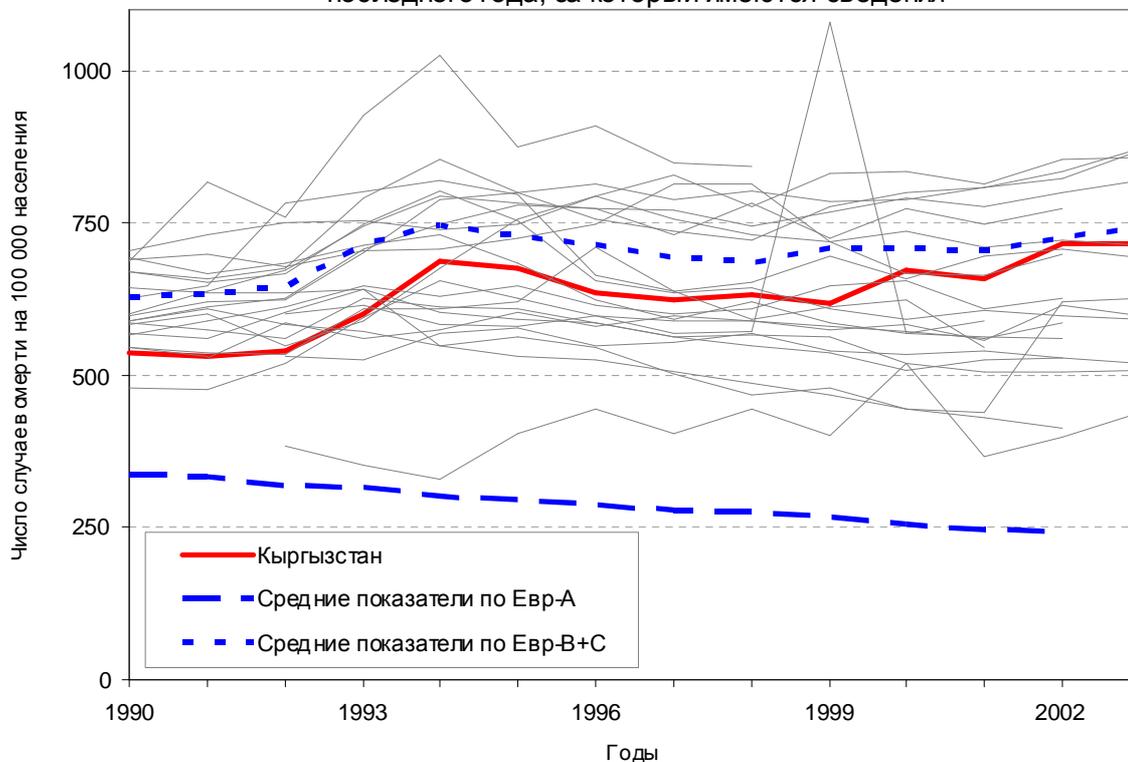
Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ)

Ведущей причиной смерти в Кыргызстане в 2003 г. были сердечно-сосудистые заболевания, на долю которых приходилось 54% всей смертности, что соответствует средним показателям для Евр-В+С. Приблизительно половина смертности от ССЗ обусловлена ишемической болезнью сердца и около одной трети – цереброваскулярными болезнями.

Уровень смертности от ССЗ в целом соответствует средним значениям для Евр-В+С и прил. на 50% выше, чем аналогичные показатели в странах Евр-А, что ставит Кыргызстан в несколько более благоприятное положение по сравнению с рядом других стран СНГ. За период с 1990 г.

показатели значительно выросли и, как и в большинстве других стран СНГ, продолжают повышаться.

СКС от сердечно-сосудистых заболеваний среди людей всех возрастов в Кыргызстане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения



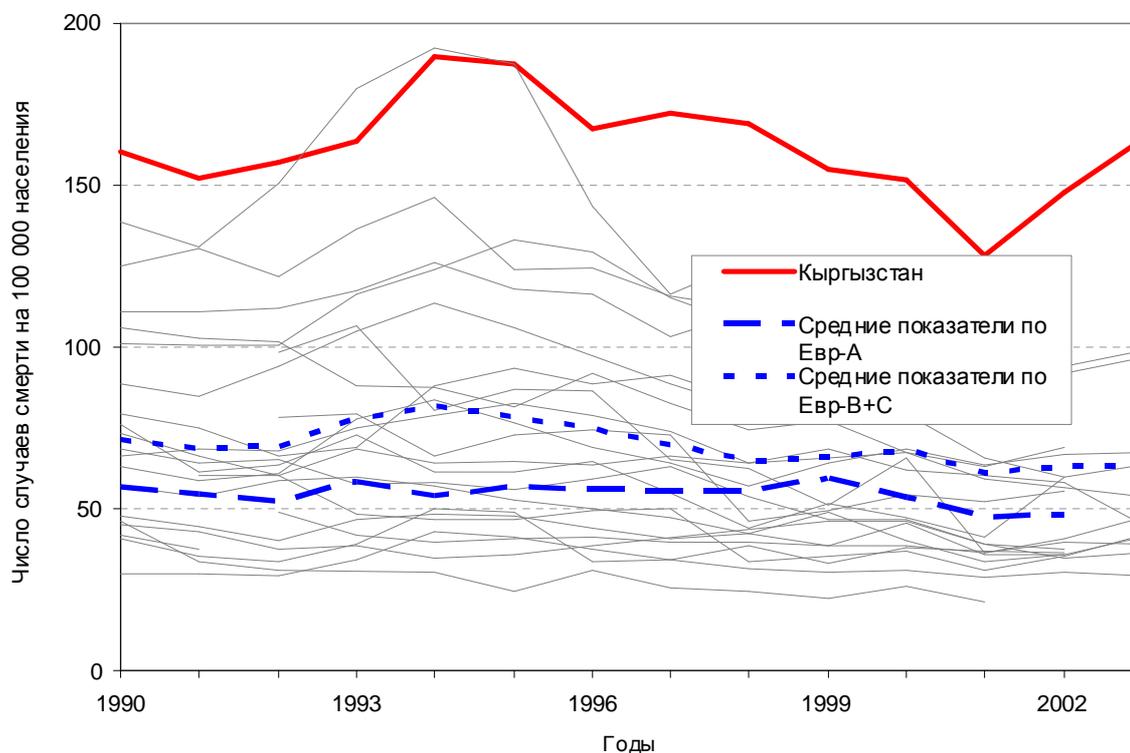
Злокачественные новообразования

Смертность от злокачественных новообразований относительно равномерно распределена по всему Региону. В Кыргызстане этот показатель существенно ниже, чем в среднем по Евр-В+С и Евр-А, однако полнота и точность регистрации вызывают определенные сомнения.

Болезни органов дыхания

Болезни органов дыхания составляют около 12% среди всех причин смертности в Кыргызстане (2003 г.), более чем в два раза превышая аналогичный средний показатель для Евр-В+С; коэффициент смертности на 100 000 населения приibl. в 2,5 раза выше, чем средние показатели по Евр-В+С. Не исключено, что эти цифры завышены за счет неверного кодирования.

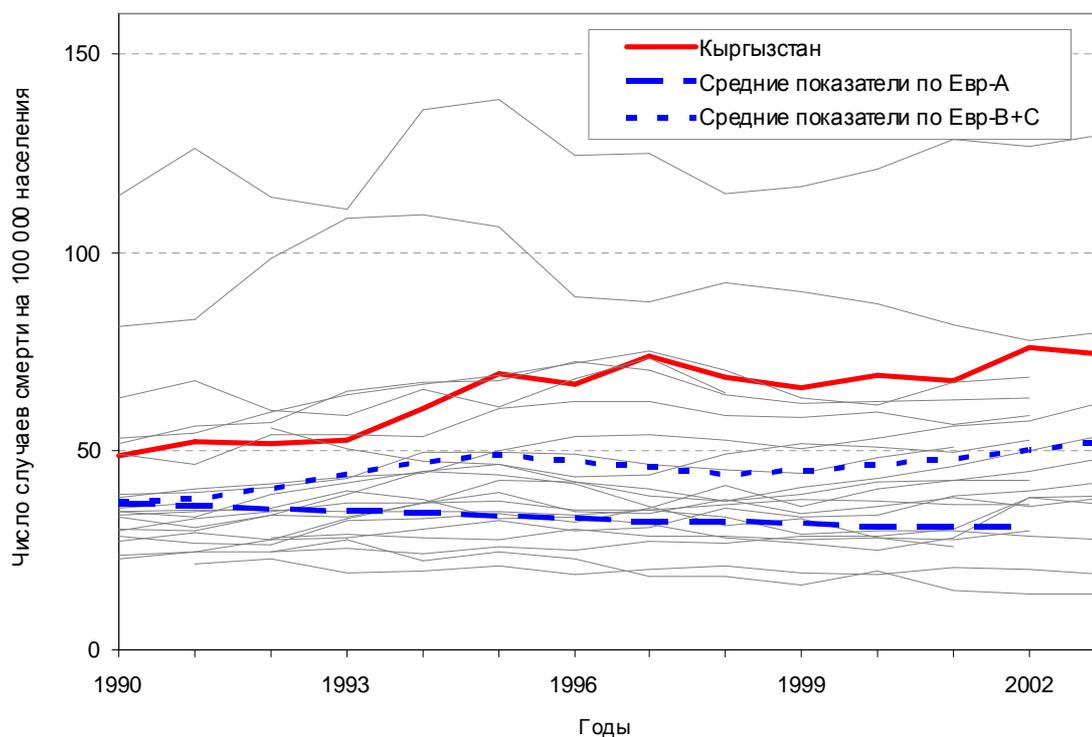
СКС от болезней органов дыхания среди людей всех возрастов в Кыргызстане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения



Болезни органов пищеварения

В странах Евр-А смертность от болезней органов пищеварения в течение последних 20 лет стойко снижается, однако в Евр-В+С и особенно в Кыргызстане данный показатель значительно вырос по сравнению с 1990 г. К 2003 г. значение коэффициента смертности было явно выше, чем в среднем по Евр-В+С и более чем в два раза превышало средний уровень по странам Евр-А. Как уже отмечалось, существенная часть проблемы – это избыточная смертность от хронических болезней печени и цирроза печени. Определенную роль возможно играет высокая заболеваемость гепатитом, осложненная значительным уровнем потребления алкоголя.

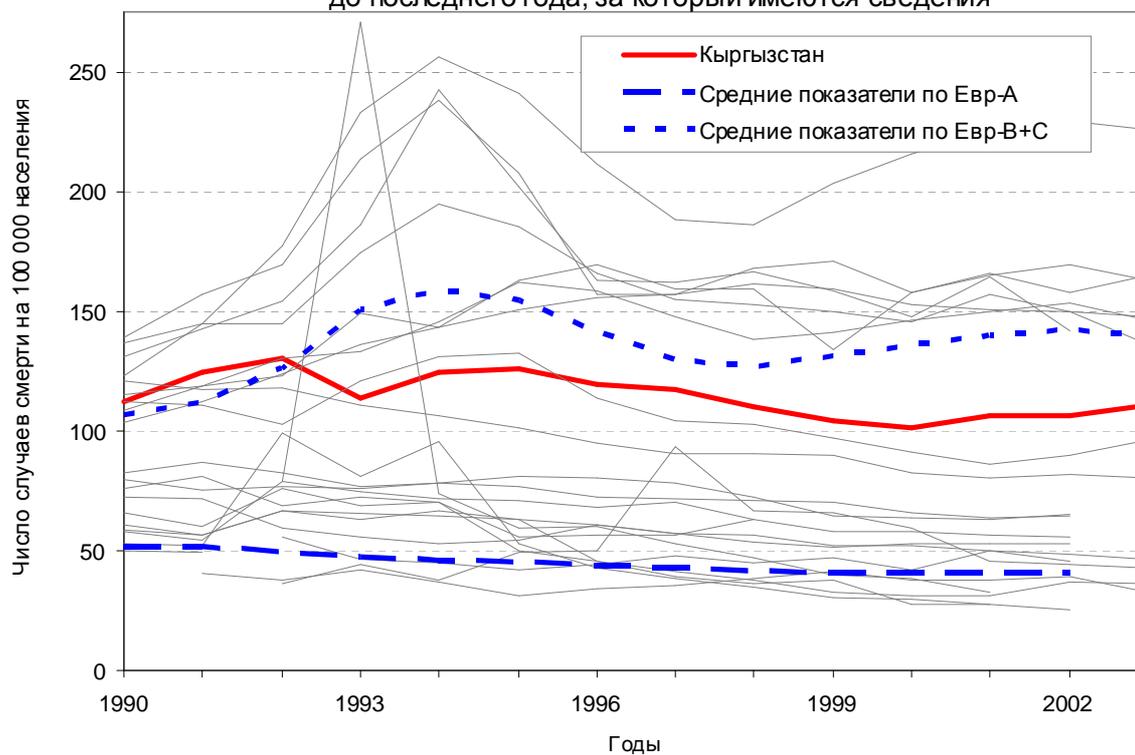
СКС от болезней органов пищеварения среди людей всех возрастов в Кыргызстане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения



Внешние причины

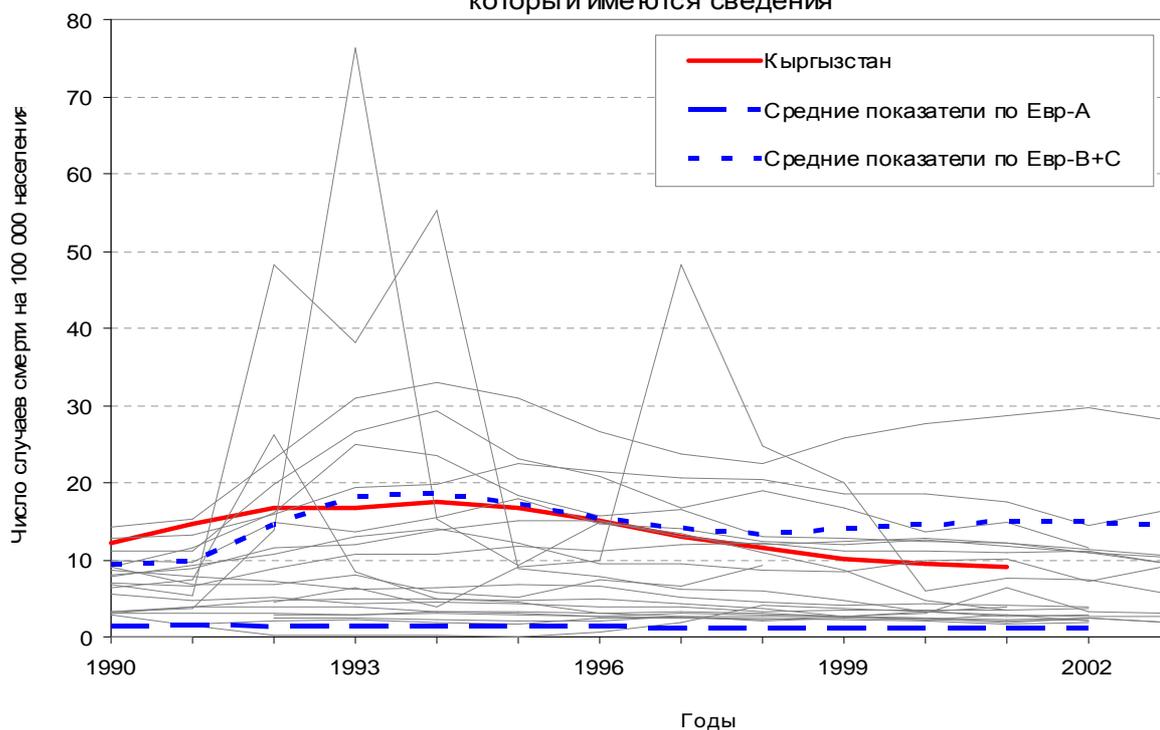
По внешним причинам различают непреднамеренные травмы (транспортный травматизм, отравления, травмы вследствие падений, пожаров, утопление и др.) и преднамеренные травмы (самоповреждения, травмы вследствие насилия и войн и др.). Суммарная смертность от внешних причин составляет в Кыргызстане 96 случаев смерти на 100 000 населения (2003 г.), в то время как аналогичный показатель для Евр-В+С равен 140, а для Евр-А – 40.

СКС от внешних причин (травм и отравлений) среди людей всех возрастов в Кыргызстане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения



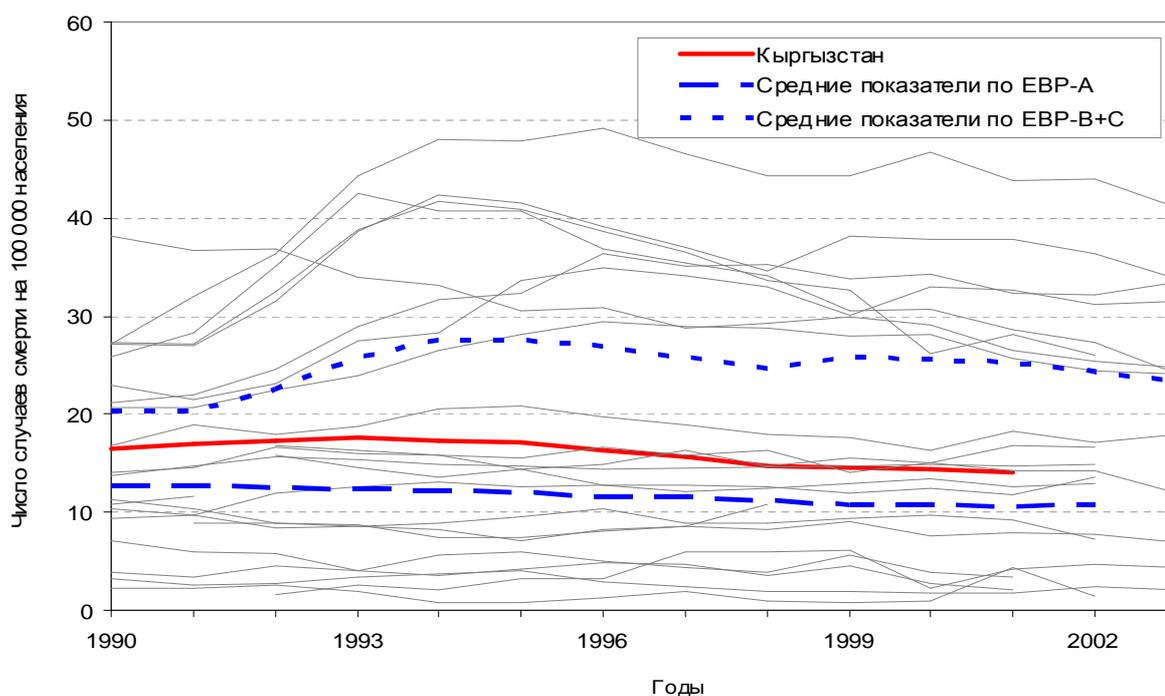
В противоположность общей тенденции для Евр-В+С и по аналогии с рядом других стран СНГ, этот показатель снижался в течение 1990–2003 гг. (не считая общего для всех стран СНГ пика смертности прил. в 1995 г.). Благоприятные результаты, продемонстрированные Кыргызстаном, по-видимому, отражают реальную картину и обусловлены, в первую очередь, снижением частоты случайных отравлений, самоубийств и убийств как прямых последствий потребления алкоголя.

СКС от убийств среди людей всех возрастов в Кыргызстане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения



Примечание: данные по Кыргызстану представляют собой скользящие средние показатели за 5 лет.

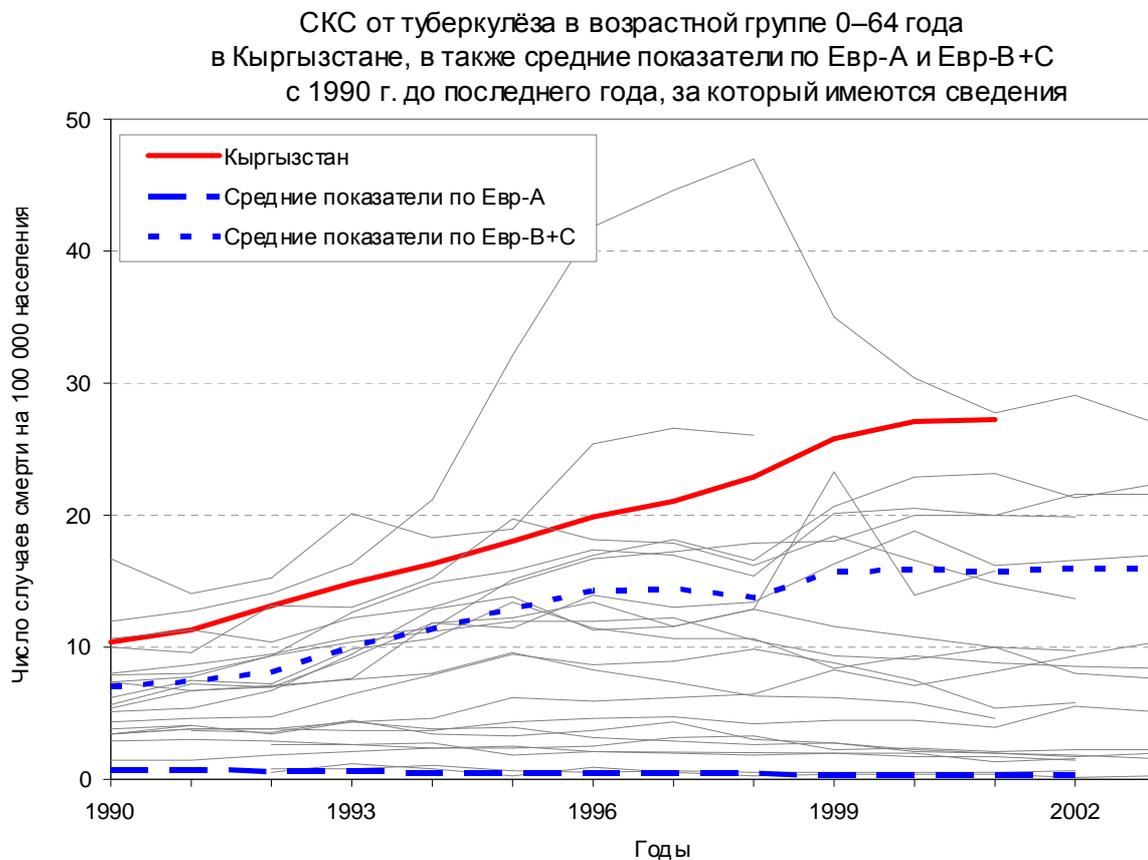
СКС от самоубийств и самоповреждений среди людей всех возрастов в Кыргызстане, в также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения



Примечание: данные по Кыргызстану представляют собой скользящие средние показатели за 5 лет.

Туберкулез

Смертность от туберкулеза за период с 1990 г. явно возросла.



Примечание: данные по Кыргызстану представляют собой скользящие средние показатели за 5 лет.

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, 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).

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, accessed 14 November 2005).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

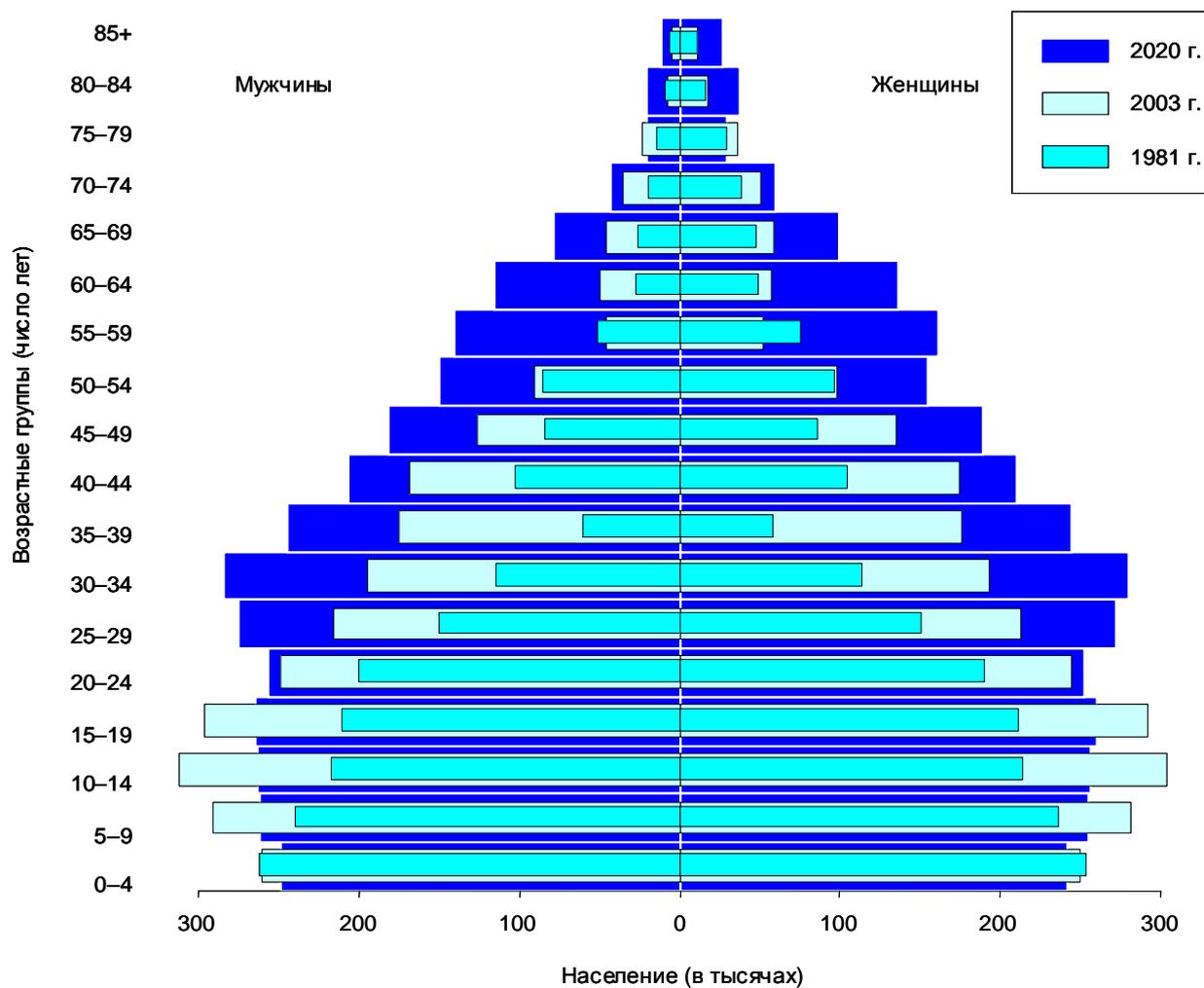
World Bank (2004). *The Millennium Development Goals in Europe and Central Asia*. Washington, DC, World Bank.

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 Кыргызстана



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

Приложение. Отдельные показатели смертности

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

Болезни и патологические состояния	СКС на 100 000 населения		Избыточная смертность в Кыргызстане (%)	Доля в структуре смертности в Кыргызстане (%)	Доля в структуре смертности в Евр-В+С (%)	Средние показатели по Евр-А	Избыточная смертность в Кыргызстане по отношению к Евр-А (%)	Доля в структуре смертности в Евр-А (%)
	Кыргызстан (2003 г.)	Средние показатели по Евр-В+С (2003 г.)						
Отдельные неинфекционные болезни	1090,7	1044,9	4,4	82,3	79,6	533,8	104,3	82,4
Сердечно-сосудистые заболевания	715,7	741,8	-3,5	54,0	56,5	243,4	194,0	37,6
Ишемическая болезнь сердца	389,4	362,7	7,4	29,4	27,6	95,9	306,0	14,8
Цереброваскулярные болезни	261,2	221,7	17,8	19,7	16,9	61,1	327,5	9,4
Нарушения легочного кровообращения другие болезни сердца	31,8	68,9	-63,8	2,4	5,3	56,6	-43,8	8,7
Злокачественные новообразования (рак)	116,5	172,0	-32,3	8,8	13,1	181,5	-35,8	28,0
Рак трахеи бронхов/легких	17,8	33,9	-47,5	1,3	2,6	37,1	-52,0	5,7
Рак молочной железы	16,0	22,1	-27,6	1,2	1,7	27,0	-40,7	4,2
Рак толстой кишки (включая прямую кишку) и анальной области	8,0	19,0	-57,9	0,6	1,4	20,7	-61,4	3,2
Рак предстательной железы	4,6	14,3	-67,8	0,3	1,1	25,1	-81,7	3,9
Болезни органов дыхания	163,9	63,1	159,7	12,4	4,8	47,8	242,9	7,4
Хронические болезни нижних дыхательных путей	129,7	31,2	315,7	9,8	2,4	20,2	542,1	3,1
Пневмония	25,7	23,6	8,9	1,9	1,8	16,2	58,6	2,5
Болезни органов пищеварения	74,1	52,3	41,7	5,6	4,0	30,8	140,6	4,8
Хронические болезни печени и цирроз печени	59,7	32,0	86,6	4,5	2,4	12,6	373,8	1,9
Нервно-психические расстройства	20,4	15,7	29,9	1,5	1,2	30,3	-32,7	4,7
Инфекционные болезни	32,7	20,8	57,2	2,5	1,6	8,4	289,3	1,3
ВИЧ/СПИД	0,1	0,8	-87,5	0,0	0,1	1,1	-90,9	0,2
Внешние причины	96,0	139,6	-31,2	7,2	10,6	40,3	138,2	6,2
Непреднамеренные	75,9	102,2	-25,7	5,7	7,8	28,7	164,5	4,4
Дорожно-транспортный травматизм	16,8	14,7	14,3	1,3	1,1	9,9	69,7	1,5
Падения	3,1	7,5	-58,7	0,2	0,6	6,1	-49,2	0,9
Преднамеренные	20,1	37,4	-46,3	1,5	2,9	11,6	73,3	1,8
Самоповреждения (самоубийства)	12,0	23,2	-48,3	0,9	1,8	10,6	13,2	1,6
Насилие (убийства)	8,0	14,2	-43,7	0,6	1,1	1,0	700,0	0,2
Неточно обозначенные состояния	43,0	64,0	-32,8	3,2	4,9	20,9	105,7	3,2
Всепричины	1325,7	1312,2	1,0	100,0	100,0	647,8	104,6	100,0

Приложение. Детальные данные о смертности

Таблица 1. Отдельные показатели смертности в возрастной группе 0–14 лет с разбивкой по полу в Кыргызстане 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	Кыргызстан (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	232.7	-4.0	49.4	-2.4	151.7	-3.8
	М	262.8	-3.9	55.3	-2.5	170.5	-3.9
	Ж	201.4	-4.1	43.3	-2.4	131.9	-3.8
Инфекционные и паразитарные болезни	М	20.7	-8.0	1.4	-1.1	10.9	-7.0
	Ж	13.3	-8.9	1.1	-3.0	9.5	-6.6
Кишечные инфекции	М	15.9	-7.5	0.2	-0.7	5.1	-8.2
	Ж	8.4	-9.5	0.1	-7.3	4.7	-7.9
Злокачественные новообразования	М	2.4	0.4	3.3	-1.8	5.1	-1.9
	Ж	2.9	-3.2	2.6	-1.8	4.2	-1.9
Сердечно-сосудистые заболевания	М	1.7	-8.3	1.4	-3.1	3.3	1.1
	Ж	1.3	-9.2	1.3	-2.5	2.6	0.1
Болезни органов дыхания	М	81.2	-6.6	1.4	-4.3	35.9	-5.0
	Ж	64.6	-6.8	1.0	-4.2	30.7	-5.0
Пневмония	М	58.2	-5.7	0.5	-6.0	20.9	-4.9
	Ж	47.7	-6.0	0.4	-5.1	17.9	-4.7
Состояния, возникающие в перинатальном периоде	М	1110.9	4.1	255.3	-2.1	607.6	-2.7
	Ж	820.8	5.0	202.3	-1.6	427.5	-2.7
Врожденные аномалии и хромосомные нарушения	М	21.8	6.2	11.6	-2.9	24.2	-2.8
	Ж	20.6	8.2	10.0	-3.3	21.0	-2.6
Неточно обозначенные причины смерти	М	1.8	-8.3	5.0	-3.9	5.6	-0.6
	Ж	1.6	-5.6	3.4	-4.2	4.6	-1.0
Внешние причины (травмы и отравления)	М	31.6	-3.6	7.0	-4.0	29.0	-3.4
	Ж	21.5	-4.0	4.6	-3.2	18.1	-3.1
Дорожно-транспортный травматизм	М	4.5	-2.3	2.5	-4.5	4.7	-2.6
	Ж	2.3	0.8	1.7	-4.8	3.0	-1.6

Таблица 2. Отдельные показатели смертности в возрастной группе 15–29 лет с разбивкой по полу в Кыргызстане 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	Кыргызстан (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	128,0	-2,8	56,0	-2,3	161,0	-0,9
	М	173,7	-2,9	82,0	-2,3	241,7	-1,0
	Ж	81,7	-2,4	29,3	-2,2	79,0	-0,6
Инфекционные и паразитарные болезни	М	18,9	3,5	1,2	1,5	12,3	3,0
	Ж	8,1	-3,1	0,8	1,9	5,1	2,5
Злокачественные новообразования	М	6,3	-3,2	6,2	-1,0	8,8	-1,9
	Ж	5,5	-2,1	4,7	-1,4	7,7	-1,9
Сердечно-сосудистые заболевания	М	14,6	-7,5	4,1	-2,4	17,6	0,0
	Ж	7,7	-7,6	2,3	-2,0	7,3	-0,9
Болезни органов дыхания	М	6,7	-5,0	1,4	-3,6	6,9	0,2
	Ж	4,6	-2,1	0,9	-2,7	3,8	-1,1
Болезни органов пищеварения	М	10,8	3,1	0,9	-3,5	8,0	3,0
	Ж	5,4	7,2	0,5	-3,8	3,7	3,1
Неточно обозначенные причины смерти	М	4,1	-1,4	4,0	-3,1	11,6	7,1
	Ж	1,1	-4,5	1,4	-1,3	3,3	5,8
Внешние причины	М	88,3	-3,2	58,3	-1,4	162,4	-1,6
	Ж	24,6	-2,4	14,4	-1,6	36,9	-0,2
Дорожно-транспортный травматизм	М	23,4	3,8	28,5	-1,3	27,8	-1,5
	Ж	6,6	6,2	7,3	-1,4	8,0	0,3
Случайное утопление	М	7,6	-4,7	1,3	-2,2	10,8	-3,9
	Ж	1,7	-6,0	0,2	-2,1	1,9	-2,2
Случайные отравления	М	5,1	-7,7	2,8	0,0	19,1	3,3
	Ж	2,0	-2,0	0,7	0,8	4,4	2,5
Самоповреждения (самоубийства)	М	17,8	-2,4	12,7	-1,8	36,8	0,0
	Ж	4,6	-6,2	3,1	-2,2	5,8	-1,3

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

Причины смерти	Пол	Кыргызстан (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	389.0	-2.5	120.3	-2.5	453.8	-0.7
	М	563.6	-2.7	161.6	-2.6	700.0	-0.8
	Ж	217.7	-2.3	78.5	-2.1	215.6	-0.2
Злокачественные новообразования (орк)	М	28.0	-3.9	27.6	-2.3	40.2	-2.8
	Ж	35.1	-1.9	31.3	-2.0	43.8	-1.4
Рак трахеи/бронхов/лёгких	М	4.3	-6.0	5.0	-3.4	7.3	-4.2
	Ж	0.8	-8.6	2.8	-0.6	2.2	-1.0
Рак молочной железы	Ж	6.3	-4.6	10.0	-2.6	10.0	-2.3
Сердечно-сосудистые заболевания	М	126.9	-4.3	26.1	-2.5	158.6	-0.4
	Ж	45.1	-5.4	10.4	-2.1	45.3	0.0
Ишемическая болезнь сердца	М	61.5	-3.7	11.8	-3.1	73.7	-2.2
	Ж	9.2	-6.5	2.4	-2.7	14.4	-1.3
Цереброваскулярные болезни	М	28.4	-6.2	4.4	-3.2	24.6	-0.4
	Ж	16.4	-5.0	3.6	-2.5	10.6	-1.3
Болезни органов дыхания	М	27.9	-2.9	3.9	-3.5	34.3	0.9
	Ж	9.9	-3.7	2.2	-2.0	9.8	0.8
Болезни органов пищеварения	М	61.2	-1.1	12.6	-2.4	50.2	1.4
	Ж	28.4	2.0	5.4	-1.7	19.4	4.1
Внешние причины	М	181.9	-4.0	58.8	-1.2	299.5	-1.9
	Ж	40.0	-1.9	15.1	-1.8	58.9	-1.0
Дорожно-транспортный травматизм	М	42.6	3.8	16.0	-0.5	31.4	-1.7
	Ж	8.9	3.9	3.9	-2.0	7.1	-0.5
Самоповреждения (самоубийства)	М	26.0	-4.2	21.2	-1.5	54.9	-2.4
	Ж	4.1	-3.5	5.8	-2.2	7.9	-2.5

Таблица 4. Отдельные показатели смертности в возрастной группе 45–59 лет с разбивкой по полу в Кыргызстане 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	Кыргызстан (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	1144.0	-2.5	435.6	-1.3	1294.9	-0.6
	М	1612.6	-2.1	580.1	-1.4	1981.7	-0.6
	Ж	720.4	-3.0	293.3	-1.0	698.9	-0.5
Злокачественные новообразования (орк)	М	181.7	-3.1	218.2	-1.2	323.2	-1.9
	Ж	134.8	-1.6	155.0	-1.0	186.1	-0.5
Рак трахеи/бронхов/лёгких	М	40.6	-4.8	65.9	-1.5	101.4	-2.9
	Ж	7.1	0.5	21.8	3.4	15.4	1.0
Рак молочной железы	Ж	33.8	-0.2	44.0	-2.2	45.3	0.1
Сердечно-сосудистые заболевания	М	626.2	-2.4	156.4	-2.6	793.1	-0.1
	Ж	300.6	-3.6	50.9	-2.5	271.7	-0.6
Ишемическая болезнь сердца	М	282.5	-2.8	86.2	-3.3	435.3	-0.7
	Ж	85.8	-4.7	17.8	-3.4	111.1	-0.6
Цереброваскулярные болезни	М	238.3	-2.3	23.7	-2.6	168.6	-0.9
	Ж	159.8	-3.1	14.5	-2.1	88.4	-1.4
Болезни органов дыхания	М	132.7	-3.6	20.3	-1.7	108.7	-1.4
	Ж	47.7	-3.7	10.2	-1.3	24.5	-0.7
Болезни органов пищеварения	М	189.0	3.7	49.6	-0.8	129.7	0.7
	Ж	72.5	-1.6	20.3	-0.7	57.3	1.9
Внешние причины	М	257.7	-3.9	62.8	-1.0	409.2	-0.9
	Ж	70.1	-3.3	20.9	-0.9	89.1	-1.1
Дорожно-транспортный травматизм	М	30.8	0.3	13.0	-1.3	28.5	-1.8
	Ж	13.1	7.2	4.1	-2.1	7.5	-1.4
Самоповреждения (самоубийства)	М	34.4	-4.9	23.1	-1.1	68.1	-2.4
	Ж	4.7	-8.2	8.5	-1.2	10.2	-3.4

Таблица 5. Отдельные показатели смертности в возрастной группе 60-74 года с разбивкой по полу в Кыргызстане 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	Кыргызстан (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	3796.2	0.4	1570.9	-1.9	3411.7	-0.1
	М	4995.3	0.2	2156.9	-2.1	4996.4	0.1
	Ж	2860.5	0.3	1069.2	-1.9	2339.0	-0.6
	М	612.0	-0.1	851.3	-1.4	1002.5	-0.8
Злокачественные новообразования (орк)	Ж	351.1	2.2	439.8	-1.1	438.9	-0.7
	М	147.2	-0.1	261.8	-1.9	321.7	-1.5
Рак трахеи/bronхов/лёгких	Ж	32.4	6.7	59.0	0.2	37.1	-1.4
	Ж	48.3	4.7	79.7	-1.6	68.7	1.3
Рак молочной железы	М	2787.1	1.5	744.9	-3.6	2903.0	0.6
	Ж	1793.0	1.7	335.7	-3.9	1507.8	-0.3
Сердечно-сосудистые заболевания	М	1480.3	2.9	381.3	-4.2	1582.2	1.2
	Ж	860.1	3.0	133.5	-4.6	731.4	0.5
Ишемическая болезнь сердца	М	1074.7	0.0	143.3	-3.7	833.7	0.2
	Ж	785.8	0.8	86.7	-4.1	528.9	-0.8
Цереброваскулярные болезни	М	729.6	0.2	144.0	-3.5	303.0	-2.4
	Ж	282.0	-0.8	62.5	-2.4	68.6	-3.6
Болезни органов дыхания	М	303.0	0.4	111.6	-1.6	193.0	0.1
	Ж	172.2	1.7	54.1	-1.7	94.2	0.2
Болезни органов пищеварения	М	238.9	-1.9	79.3	-1.4	320.0	1.0
	Ж	88.3	-1.8	32.1	-2.1	88.7	-0.5
Внешние причины	М	27.3	1.1	14.8	-3.0	24.3	-1.5
	Ж	13.8	0.7	5.9	-3.4	9.5	-1.0
Дорожно-транспортный травматизм	М	35.8	-2.4	24.5	-1.6	60.5	-0.8
	Ж	5.8	-7.6	8.7	-2.6	12.7	-3.1
Самоповреждения (самоубийства)	М						
	Ж						

Таблица 6. Отдельные показатели смертности в возрастной группе 75 лет и старше с разбивкой по полу в Кыргызстане 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	Кыргызстан (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	12039.2	-1.2	8059.6	-1.0	12338.8	0.0
	М	13193.7	-2.2	9832.0	-1.1	14838.0	0.1
	Ж	11485.2	-0.8	7112.5	-0.9	11421.7	0.0
	М	567.2	-1.8	2231.1	-0.4	1489.3	1.2
Злокачественные новообразования (орк)	Ж	493.7	4.6	1136.2	-0.4	721.7	0.8
	М	129.4	4.3	457.1	-0.7	323.5	1.0
Рак трахеи/bronхов/лёгких	Ж	36.4	3.9	102.7	1.5	55.6	0.5
	Ж	51.7	5.9	159.6	-0.4	92.0	3.1
Рак молочной железы	М	8793.0	1.1	4356.2	-2.1	10221.2	0.4
	Ж	8238.8	2.6	3577.9	-1.9	8805.6	0.4
Сердечно-сосудистые заболевания	М	5712.8	2.5	1708.0	-2.2	4925.6	1.4
	Ж	5040.1	4.7	1150.0	-2.2	4028.6	1.2
Ишемическая болезнь сердца	М	2592.0	-1.0	1119.8	-2.5	3004.4	0.7
	Ж	2706.5	-0.4	1026.9	-2.4	2967.6	0.5
Цереброваскулярные болезни	М	2247.2	-0.6	1156.5	-2.4	824.1	-2.1
	Ж	1428.9	1.1	591.9	-2.1	302.3	-3.2
Болезни органов дыхания	М	244.5	-2.5	340.3	-1.1	270.4	0.3
	Ж	235.8	0.2	279.8	-0.4	175.0	1.1
Болезни органов пищеварения	М	190.4	-7.6	275.0	-0.6	604.2	0.1
	Ж	85.4	-2.9	187.8	-1.2	172.4	-1.2
Внешние причины	М	32.3	1.5	28.1	-2.2	34.6	-3.1
	Ж	18.2	7.0	10.0	-3.1	14.7	-1.7
Дорожно-транспортный травматизм	М	17.5	-8.5	49.5	-1.6	86.6	-1.1
	Ж	5.1	-7.6	11.8	-3.2	22.4	-1.9
Самоповреждения (самоубийства)	М						
	Ж						

Технические примечания

Расчет средних показателей

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

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

Источники данных

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

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

Кодирование болезней

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

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

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

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

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

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

Ограниченность данных на национальном уровне

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

Референс-группы для сравнения

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

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

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

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

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

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

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

Словарь терминов

Причины смерти

Дорожно-транспортный травматизм (транспортные несчастные случаи)

Коды в МКБ-10

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/бронхов/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 ¹ .
Нервно-психические расстройства	Нарушения психики, функций нервной системы (в том числе зрения и слуха), а также расстройства, связанные с употреблением веществ, вызывающих наркотическую зависимость.
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 (среднего) уровня.

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