



ЕВРОПА

Обзорная сводка о состоянии здоровья
в Грузии
2005



**Highlights on
health**

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
GEORGIA

EUR/05/5046415G
<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.....	12
Основные виды нарушений здоровья.....	13
Основные факторы риска.....	13
Смертность.....	14
Младенческая, неонатальная и детская смертность.....	14
Магистеринская смертность	15
Избыточная смертность	17
Основные причины смерти.....	20
Библиография	25
Приложения	27
<i>Приложение. Возрастная пирамида</i>	<i>27</i>
<i>Приложение. Отдельные показатели смертности</i>	<i>28</i>
<i>Приложение. Детальные данные о смертности</i>	<i>29</i>
Технические примечания.....	32
Словарь терминов.....	35

Резюме: основные фактические данные и стратегические соображения

Ожидаемая продолжительность жизни

По оценкам ВОЗ жители Грузии, родившиеся в 2003 г., могут рассчитывать прожить в среднем 71 год (женщины – 75 лет, мужчины – 67 лет). ОПЖ для всего населения примерно на 3 года превышает средние показатели для Евр-В+С и на 8 лет ниже соответствующего уровня для Евр-А. По официальным данным на 2001 г. усредненное значение ОПЖ для всего населения составляет 76,1 лет: для женщин – 78,7 лет, для мужчин – 73,5 года. Разница между оценочными показателями ВОЗ и официальными цифрами обусловлена, главным образом, неполной регистрацией детской смертности.

Оценки ВОЗ свидетельствуют также о том, что жители Грузии, родившиеся в 2002 г., могут рассчитывать прожить в среднем 64,4 года без нарушений здоровья: женщины – 66,6 лет, мужчины – 62,2 года. Это приблизительно на 7,2 лет меньше по сравнению со средними показателями по Евр-А, но на 3,9 года больше, чем в среднем по Евр-В+С. Самая значительная доля бремени болезней среди лиц обоего пола приходится на сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) и нервно-психические расстройства. Основными факторами риска для мужчин являются табак и повышенное артериальное давление. Ведущие факторы риска для женщин – повышенное артериальное давление и избыточная масса тела. В Грузии 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 Грузии, по всей вероятности, являются заниженными. За период с 1990 по 2001 г. показатели младенческой смертности снизились на одну треть. Официальный уровень неонатальной смертности в по состоянию на 1999 г., составлял около 12 на 1000 живорожденных. Официальные показатели смертности детей до 5 лет за 2001 г. составляют около половины от оценочных значений ВОЗ.

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: 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)

Какова эффективность дородовой помощи? (дополнение) (Health Evidence Network, 2005)

Материнская смертность

За период с 1990 по 2002 г. материнская смертность (МС) выросла в Грузии почти на 80%, при этом максимальные значения отмечались в 1997 г. За период с 1997 по 2002 г. показатель снизился на 22%. Для того, чтобы достичь к 2015 г. цели, поставленной в Декларации тысячелетия ООН, стране необходимо добиться снижения материнской смертности еще на 86%.

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 2001 г. 87% всей смертности в Грузии было обусловлено неинфекционной патологией; внешние причины составили 3,5%, инфекционные болезни – 1,1%, неточно обозначенные состояния – 3,6%.

Делая скидку на возможную неполноту данных, можно утверждать, что суммарный уровень смертности в Грузии, во всех возрастных группах среди детей и взрослых обоих полов ниже, чем в среднем по Евр-В+С. Однако официальные показатели смертности от определенных состояний, относящихся к перинатальному периоду, находятся на высоком уровне – примерно на 50% выше, чем в среднем по Евр-В+С. В возрастной группе 15–29 лет смертность от болезней органов дыхания примерно в 3 раза превышает уровень Евр-В+С, в то время как суммарный уровень смертности (от всех причин) приблизительно вдвое ниже, чем в Евр-В+С.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) – ведущая причина смерти в Грузии (2002 г.): на их долю приходится 70% всей смертности. Приблизительно половина смертности от ССЗ обусловлена ишемической болезнью сердца и около одной трети – цереброваскулярными болезнями.

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)

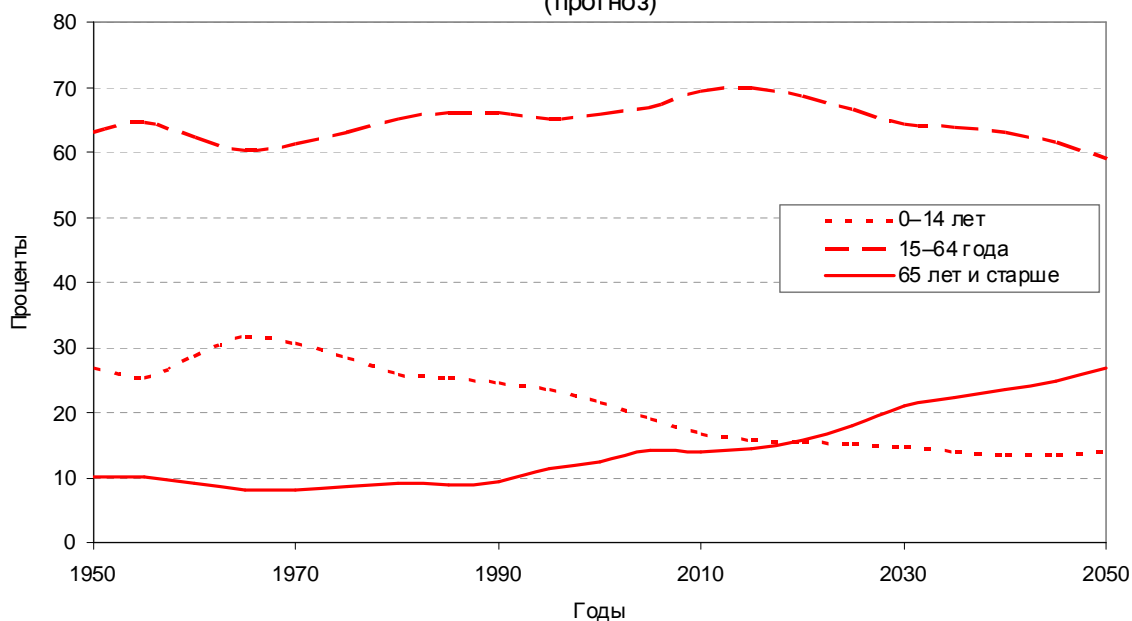
Избранная демографическая и социально-экономическая информация

Профиль населения

По состоянию на середину 2003 г. в Грузии проживало около 4,3 млн человек. Городское население составляло около 52%, меньше, чем в среднем в Евр-В+С на тот же период.

Доля населения в возрасте 0–14 лет была относительно стабильной в течение 1980-х годов, однако затем она снизилась с прибл. 25% в 1990 г. до 20% в 2001 г. Этот показатель несколько ниже среднего уровня для Евр-В+С. Процент населения старше 65 лет в Грузии, напротив, несколько выше, чем средние показатели для Евр-В+С. По прогнозам, люди в возрасте 65 лет и старше будут к 2030 г. составлять 21% населения Грузии (Приложение. Возрастная пирамида).

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



Источник: United Nations (2005).

Показатель рождаемости в Грузии в 2003 г. немного не достигал соответствующего среднего уровня для стран Евр-В+С. Естественный прирост населения положительный, однако его уровень несколько ниже, чем в среднем в Евр-В+С. Имеет место миграционная убыль населения, и этот процесс выражен сильнее, чем во всех остальных странах Евр-В+С.

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

Индикаторы	Грузия	Евр-В+С		
		В среднем	Минимум	Максимум
Население (в тыс.)	4328,9	–	–	–
0–14 лет (%)	20,4	–	–	–
15–64 года (%)	65,5	–	–	–
65 лет и старше (%)	14,2	–	–	–
Городское население (%) ^a	52,2	63,7	25,0	73,3
Живорождения (на 1000 чел.)	10,8	12,8	8,6	27,1
Естественный прирост населения (на 1000 чел.)	0,3	0,8	–7,5	23,0
Миграционный прирост населения (на 1000 чел.)	–6,6	1,8	–6,6	2,1

^a2002 г..

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

Социально-экономические показатели

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

В последующих разделах приведен обзор трех ключевых социально-экономических показателей для Грузии и, по мере необходимости, их усредненные значения для стран Евр-В+С, что позволяет проводить сравнения.

Доход: абсолютная бедность, относительная бедность и распределение дохода

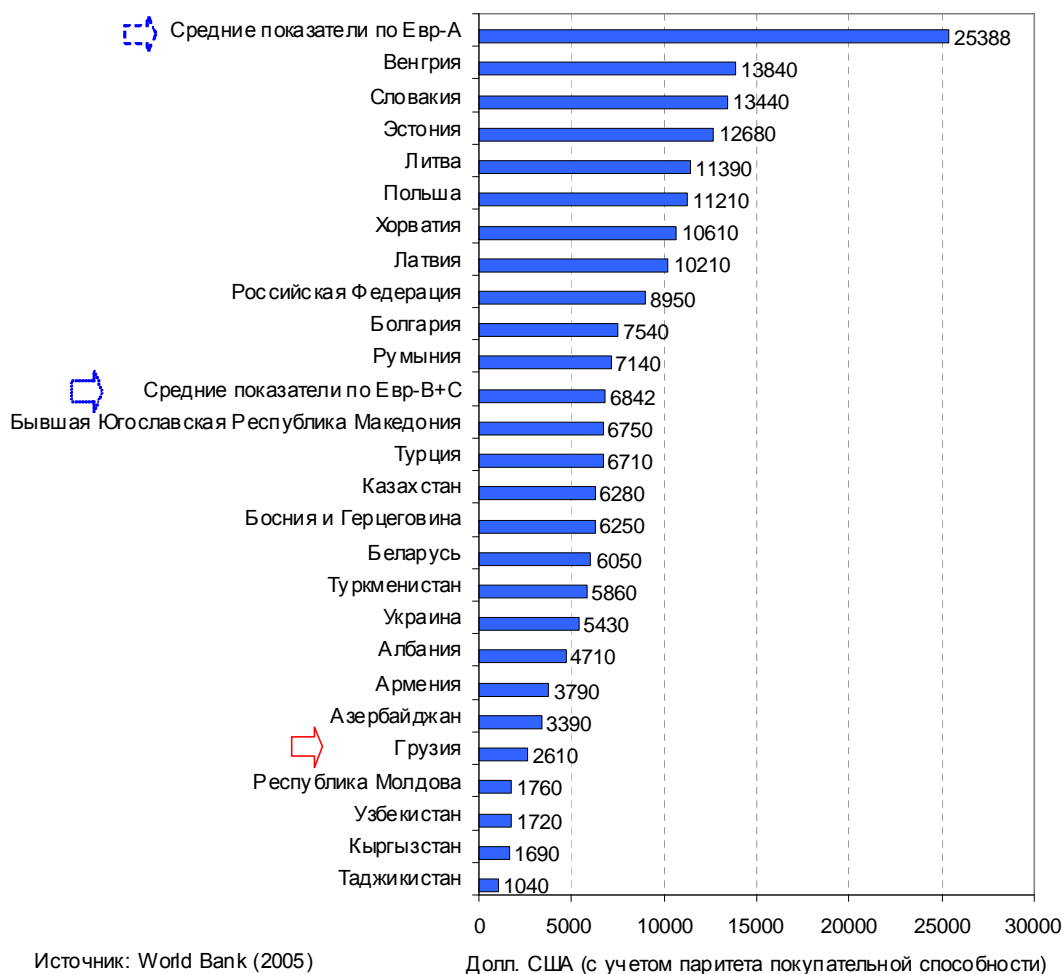
Различия в уровне дохода оказывают влияние на здоровье: у представителей бедных слоев населения состояние здоровья в среднем хуже, и они умирают раньше по сравнению с более обеспеченными группами. Люди с достаточно высоким уровнем дохода имеют, например, больше возможностей пользоваться благами и услугами, 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 в Грузии в 2003 г. был равен 2610

долл. США (с учетом паритета покупательной способности), что соответствовало пятому месту снизу среди стран Евр-В+С.

Валовой национальный доход на душу населения, 2003 г.



Результаты ежегодных обследований домашних хозяйств, проведенных в Грузии с 1996 по 2001 г. с применением критериев абсолютной бедности для Европы, рекомендованных Всемирным банком, показали, что с каждым годом число людей, живущих в бедности, увеличивается. В 1996 г. 8,5% жителей Грузии могли тратить на удовлетворение своих минимально необходимых жизненных потребностей не более 2,15 долл. США; к 2001 г. эта доля возросла почти до 16%. При использовании значения черты бедности в 4,30 долл. США доля населения Грузии, проживающего в условиях абсолютной бедности, составляла по данным опроса 1996 г. – 30,8%, по данным на 2001 г. – почти 50% (World Bank, 2005).

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 Грузии составляло 36,9 – одно из наиболее высоких значений среди стран Евр-В+С, представивших данные. 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).

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), посещающий среднюю школу.

Последние имеющиеся данные по степени чистого охвата средним образованием в Грузии относятся к 1998 г., когда этот показатель составлял 71,1% и был ниже, чем в 1995 г. и 1996 г. Для сравнения: в 2000 г. коэффициент чистого охвата средним образованием в 14 странах Евр-В+С, представивших данные, составляла 81,2%, а в странах Евр-А – 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.

Общий уровень безработицы в Грузии в 2001 г. составлял 11%, 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». Безработица среди молодежи, в возрастной группе 15–24 года, в том же году составляла в Грузии 20,1%, по сравнению с 25,2% для девяти стран Евр-В+С, представивших данные за 2001 г. (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 Грузии, родившиеся в 2003 г., могут рассчитывать прожить в среднем 71 год: женщины – 75 лет, мужчины – 67 лет.

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.

При рассмотрении демографических показателей во всех странах СНГ требуется большая осторожность по причине огромных масштабов внутренней миграции в пределах СНГ, а также произошедших изменений в системах государственной статистической отчетности.

Особенно искажены данные о численности населения в Грузии в начале 1990-х годов вследствие имевших место в этот период вооруженных конфликтов и неучтенной миграции. С 1992 по 1994 г. в государственную статистику смертности и других показателей здоровья населения не были включены данные по регионам Абхазии и Цхинвали (Южной Осетии), которые не находятся под контролем центрального правительства. При расчете коэффициентов смертности и других показателей в Европейской базе данных «Здоровье для всех» были предприняты усилия по максимально возможной коррекции значений численности населения с учетом отсутствия сведений от вышеуказанных регионов, а также с учетом миграции. Тем не менее, риск значительных искажений остается, и рассматривать статистику смертности и других показателей в Грузии после 1990 г. следует с большой осторожностью ввиду относительно низкой достоверности значений как числителя, так и знаменателя в формулах расчета соответствующих коэффициентов.

Результаты научных исследований (Badurashvili et al., 2001) также указывают на то, что по-прежнему нет ясного представления о ситуации в странах Закавказья, при этом информация, касающаяся Грузии, носит наиболее фрагментарный характер, поскольку пятая часть страны находится вне сферы правительственного контроля. Кроме того, после 1991 г. отмечается массивная миграция населения, а введение платы за регистрацию рождения и смерти привело к снижению степени достоверности официальной статистики. Авторам вышеупомянутого исследования (Badurashvili et al., 2001) не удалось рассчитать точное значение ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) для населения Грузии, однако они указывают на то, что завышенность официальных данных ОПЖ при рождении вероятно составляет вплоть до 8 лет.

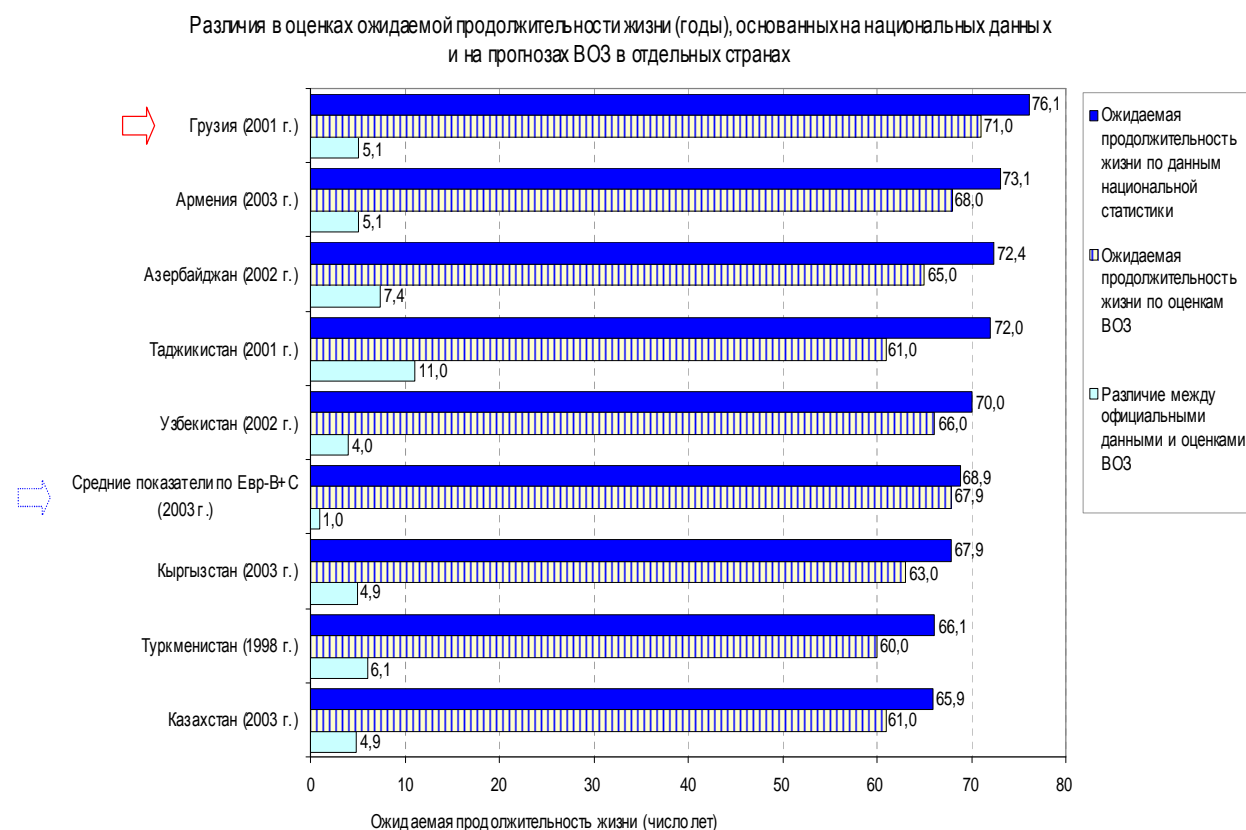
Оценочные данные ВОЗ на пять лет ниже, чем официальные показатели страны на 2001 г., в соответствии с которыми ожидаемая продолжительность жизни в Грузии составляет 76,1 лет: для женщин – 78,7 лет, для мужчин – 73,5 года. Расхождение обусловлено, главным образом, неполной регистрацией детской смертности. При этом предполагается, что информация о смертности среди взрослых носит более достоверный характер. В целом, однако, около 75% информации, на основе которой проводится оценка состояния здоровья населения Грузии, страдает значительной неопределенностью.

Тем не менее, данный документ, равно как и другие Обзорные сводки о состоянии здоровья, составлен исходя из предпосылки, что официальные данные достаточно верно отражают общую картину смертности в Грузии, хотя возможно и не обеспечивают полную точность в оценке количественного уровня показателей. С учетом этих оговорок, а также поскольку официальная статистика дает сведения с разбивкой по возрастам и по полу, именно официальные данные приведены в подавляющем большинстве случаев в настоящей сводке. Для того чтобы читатель

мог получить более достоверное представление о существующей ситуации в отношении здоровья населения, дополнительно приводятся оценочные данные ВОЗ.

Проблема неполноты регистрации смертности, может быть не столь очевидная для читателя данной сводки, заключается в риске неправильного определения и кодирования причины смерти в свидетельствах о смерти, на основе которых ведется статистика смертности. Как и в других странах юга СНГ, в Грузии имеются указания на наличие подобных ошибок, масштаб которых трудно поддается количественной оценке. Такие ошибки неминуемо влияют на достоверность текущей национальной статистики, особенно там, где вопрос касается международных сравнений.

С учетом вышеизложенного, основные черты картины смертности в Грузии можно кратко охарактеризовать следующим образом. По национальным данным, уровень ОПЖ в Грузии прибрл. на 7,3 года превышает официальный средний показатель по Евр-В+С (68,8 лет). Однако по оценкам ВОЗ, значение ОПЖ для Грузии лишь примерно на 3 года выше по сравнению с усредненным показателем для Евр-В+С (68 лет), рассчитанным на основании оценочных значений ВОЗ для всех стран этой группы. Исходя из этого, уровень ОПЖ в Грузии, по всей вероятности, примерно на 8 лет ниже, чем в среднем по Евр-А (79,0 лет). Данный разрыв свидетельствует о наличии потенциала для средне- и долгосрочного улучшения ситуации в Грузии, при условии адекватного применения современных достижений науки и практики. На приведенном ниже графике видно, что ОПЖ в Грузии на три года больше, чем в Армении и на шесть лет больше, чем в Азербайджане, что свидетельствует об относительно более удовлетворительном состоянии здоровья населения.



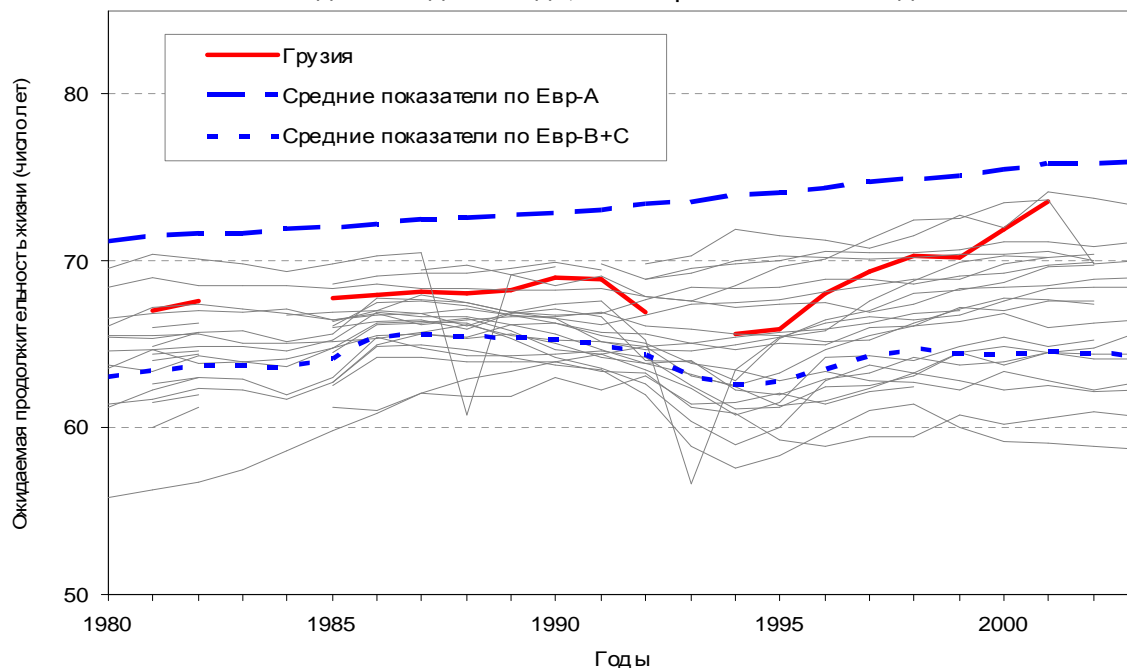
Источники: WHO Regional Office for Europe (2005); WHO (2005)

За период с середины 1980-х годов официальные значения ОПЖ подверглись существенным колебаниям. В середине 1980-х годов этот показатель на 2-3 года превышал средний уровень по Евр-В+С (70 лет). В течение последующего периода он менялся параллельно изменениям среднего уровня ОПЖ по странам Евр-В+С, обусловленным экономическими и социальными сдвигами в Восточной Европе и, в частности, в СНГ. Приблизительно к 1997 г. официальные цифры ОПЖ достигли уровня 1990 г. (73 года). За период с 1997 по 2001 г. этот показатель повысился на 3 года.

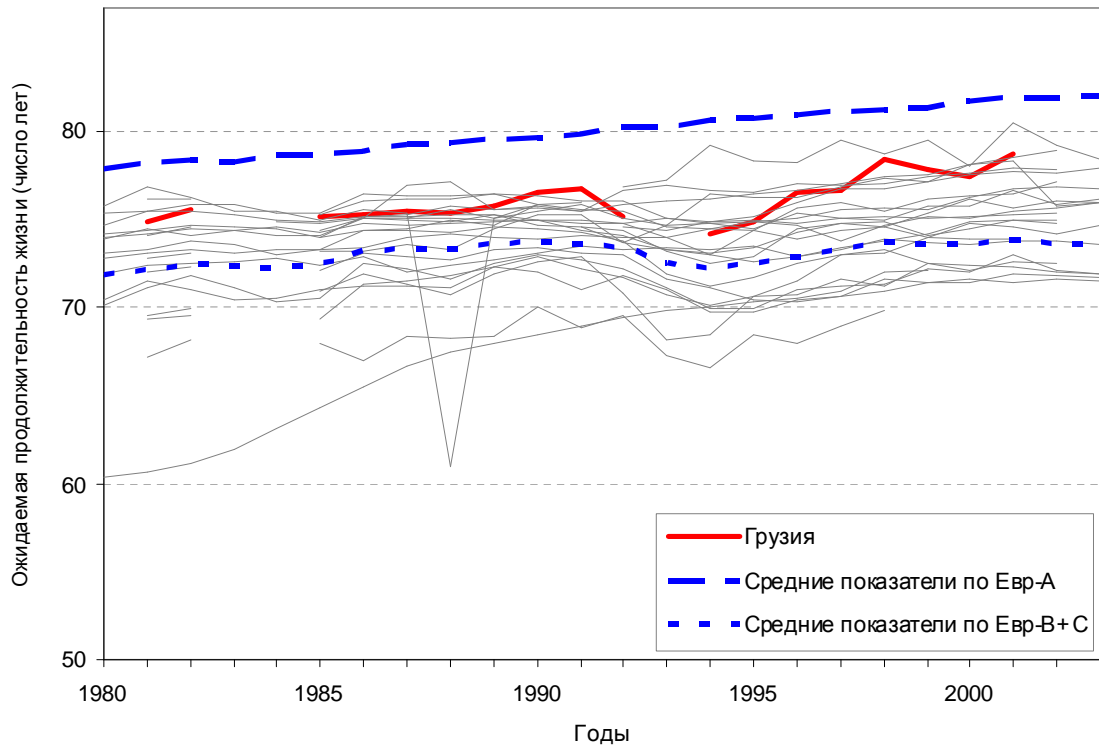
При анализе динамики смертности следует учитывать, что на 1994–1995 гг. пришелся пик кризиса смертности в странах СНГ (как следствие распада СССР). Поэтому относительно недавние тенденции, после 1995 г., являются более благоприятными, чем общая динамика за весь период с 1990 по 2003 г.

Различие между мужчинами и женщинами по уровню ОПЖ в Грузии относительно невелико и составляет 5,2 лет. Для сравнения: соответствующий средний показатель для Евр-В+С – 9 лет, для Евр-А – 6 лет. Менее выраженная разница между полами по ОПЖ в Грузии стремительным ростом показателя ОПЖ для мужчин после 1997 г.

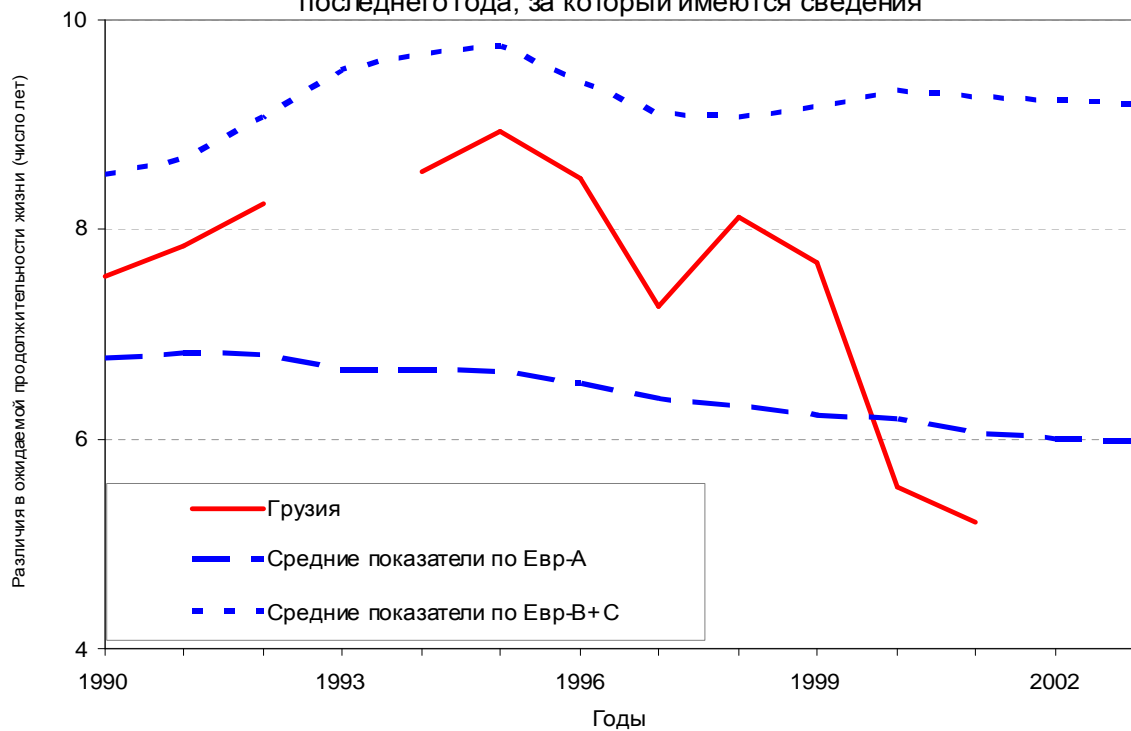
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении для мужчин в Грузии, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1980 г. до последнего года, за который имеются сведения



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



Различия в ожидаемой продолжительности жизни для женщин и мужчин в Грузии, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения



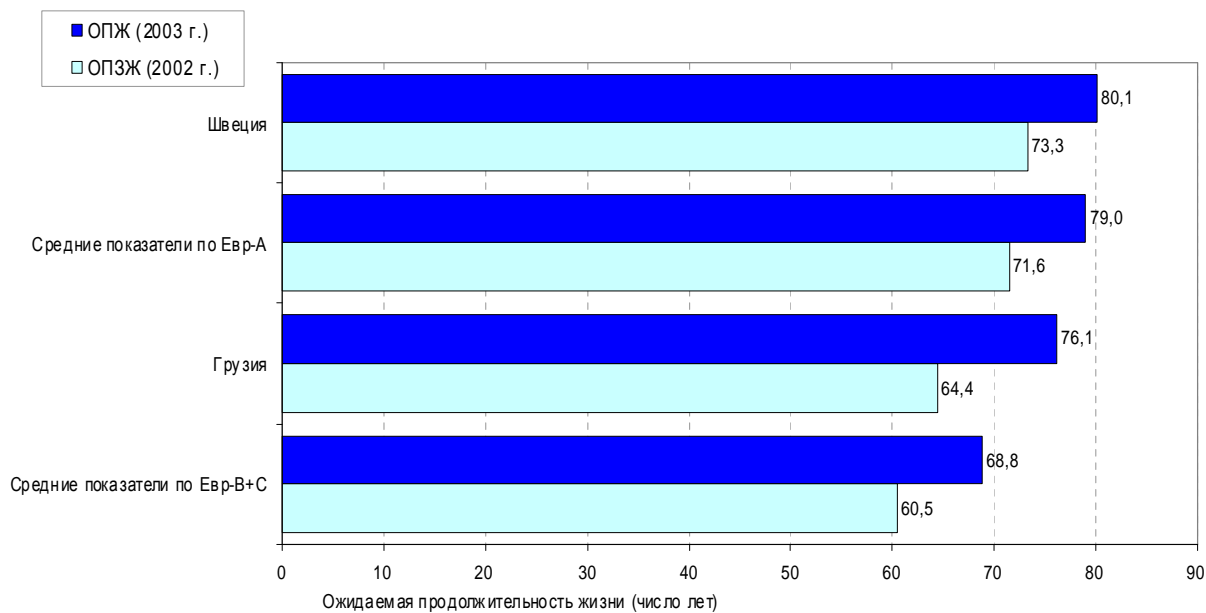
Ожидаемая продолжительность здоровой жизни

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. 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 Грузии, родившиеся в 2002 г., могут рассчитывать прожить в среднем 64,4 года без нарушений здоровья: женщины – 66,6 лет, мужчины – 62,2 года. Это на 7,2 лет меньше по сравнению со средними показателями по Евр-А (71,6 года), но на 3,9 года 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 Грузии в возрасте 60 лет ожидаемая продолжительность здоровой жизни составляет 14,6 лет для женщин и 12,6 лет для мужчин, в то время как в Швеции эти усредненные значения равны соответственно 19,6 и 17,1 годам.

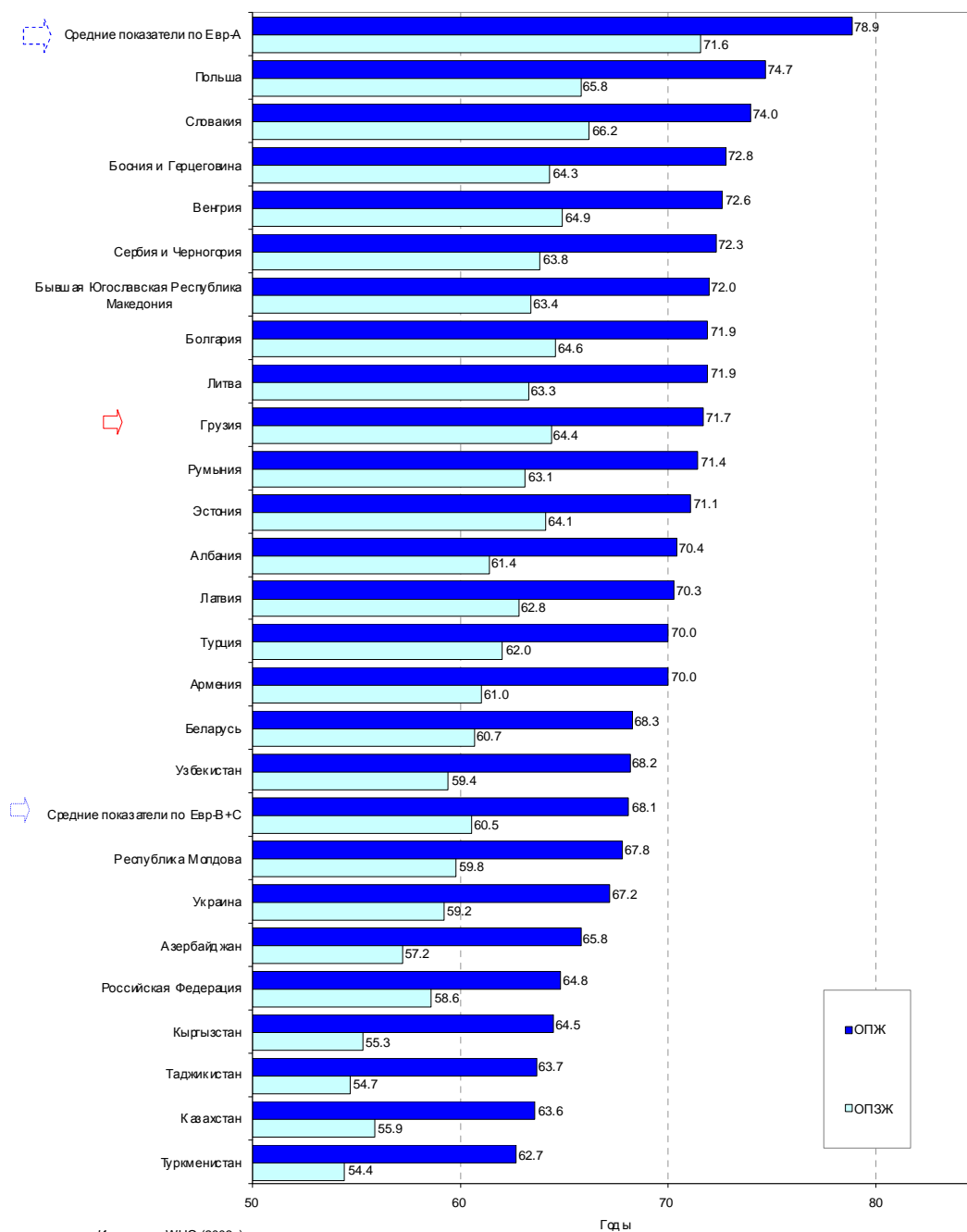
Альтернативный способ представления тех же самых данных – оценить ожидаемую продолжительность жизни с теми или иными нарушениями здоровья. В Грузии этот показатель составляет для женщин – 8,4 лет, для мужчин – 6,2 лет. Соответствующие значения для Швеции: для женщин – 7,9 лет, для мужчин – 6,2 лет.

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



Примечание: сведения по ОПЖ для Грузии даны за 2001г., для Швеции – за 2002 г.

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



Источник: WHO (2003с)

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 Грузии. 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.

Десять ведущих групп стойких нарушений здоровья и инвалидности мужчин и женщин в Грузии (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	36,8	Сердечно-сосудистые заболевания	35,7
2	Нервно-психические расстройства	17,8	Нервно-психические расстройства	21,4
3	Злокачественные новообразования	7,7	Злокачественные новообразования	9,4
4	Непреднамеренные травмы	6,3	Болезни органов чувств	6,3
5	Состояния, возникающие в перинатальном периоде	4,7	Болезни костно-мышечной системы	6,0
6	Болезни органов пищеварения	4,4	Состояния, возникающие в перинатальном периоде	3,7
7	Болезни органов чувств	3,9	Сахарный диабет	2,3
8	Инфекционные и паразитарные болезни	3,7	Инфекционные и паразитарные болезни	2,2
9	Болезни костно-мышечной системы	3,4	Болезни органов пищеварения	2,2
10	Болезни органов дыхания	2,2	Непреднамеренные травмы	1,9

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 Грузии. При измерении в DALY максимальное бремя болезней среди мужчин связано с повышенным артериальным давлением и употреблением табака, среди женщин – с повышенным артериальным давлением и с высоким индексом массы тела.

Десять ведущих факторов риска по отношению к бремени болезней в Грузии (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	Повышенное артериальное давление	24,4	Повышенное артериальное давление	22,4
2	Табак	15,1	Высокий индекс массы тела	13,3
3	Высокий уровень холестерина	12,8	Высокий уровень холестерина	11,0
4	Высокий индекс массы тела	10,7	Недостаточная физическая активность	5,6
5	Алкоголь	9,9	Недостаточное потребление фруктов и овощей	5,4
6	Недостаточное потребление фруктов и овощей	6,3	Небезопасный секс	2,8
7	Недостаточная физическая активность	5,6	Табак	2,5
8	Запрещённые наркотики	3,8	Запрещённые наркотики	1,4
9	Свинец	2,0	Алкоголь	1,2
10	Загрязнение атмосферного воздуха в городах	1,1	Свинец	1,1

Источник: WHO, 2003с

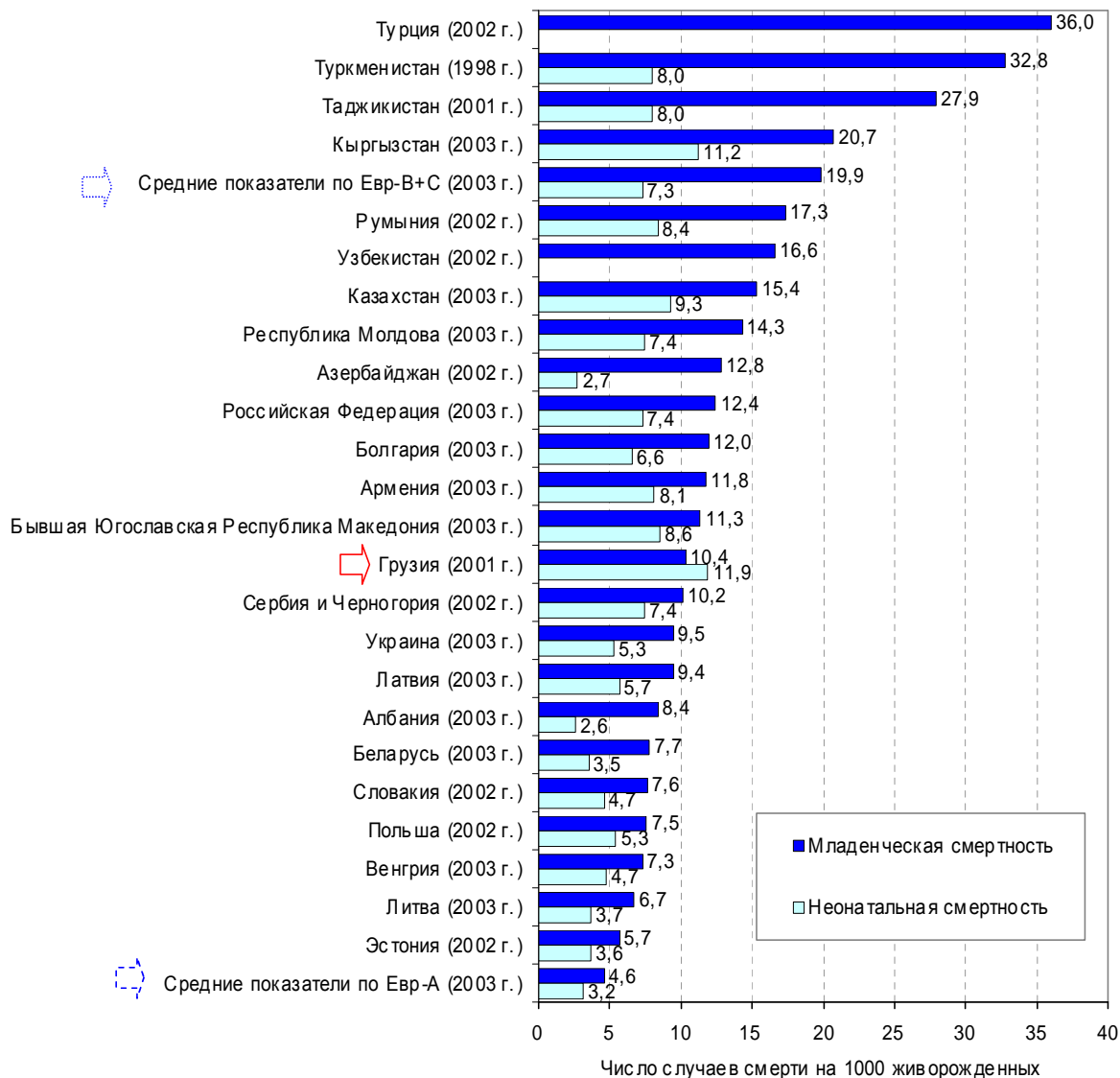
Смертность

Младенческая, неонатальная и детская смертность

По состоянию на 2001 г., официальный уровень младенческой смертности в Грузии составлял 10,4 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 г.

официальные показатели младенческой смертности в Грузии снизились на одну треть. Темпы улучшения приблизительно совпадают с общей динамикой средних показателей по Евр-В+С.

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



По данным страны за 1999 г., показатель неонатальной смертности составлял в Грузии около 12 на 1000 живорожденных (среднее значение для Евр-В+С – 7 на 1000 живорожденных). В наиболее благоприятном положении среди стран Евр-В+С по оценкам ВОЗ находятся Словакия и Эстония, где данный показатель составляет 8 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 трем 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).

Сравнение основных показателей детской и материнской смертности в Грузии по данным официальной регистрации и по расчётам ВОЗ, произведенным с целью обеспечения сравнимости

Показатель	Национальные данные ^a	Оценочные данные ВОЗ
Младенческая смертность, на 1000 живорождённых, 2000 г. (показатель ЦРТ)	23,1	21 ^b
Смертность детей в возрасте до 5 лет, на 1000 живорождённых (показатель ЦРТ)	27,6	45 (40–49) (2003) ^b
Материнская смертность, на 100 000 живорождённых, 2000 г. (показатель ЦРТ)	49,2	32 ^b

^aStatistical Yearbook of Georgia (2004); ^bWHO (2004); ^bWHO (2005).

Из представленных данных видно, что в Грузии, как и в других странах Закавказья, официальные показатели смертности детей до 5 лет (на 1000 живорожденных), по-видимому, составляют около 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.

В соответствии с национальными данными рождаемости и смертности, в 2001 г. риск смерти ребенка до достижения 5-летнего возраста в Грузии составлял 27,6 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 Грузии по последним оценкам ВОЗ составляет 45 на 1000 живорожденных. Поскольку имеющиеся на сегодняшний день оценочные данные ВОЗ экстраполировать невозможно, остается неясным, удастся ли Грузии достичь ЦРТ к 2015 г.

Кроме того, из оценочных данных ВОЗ следует, что за период с 2000 по 2003 г. в Грузии не происходило снижения смертности детей до 5 лет, в то время как соответствующие средние показатели по Европейскому региону в целом снижались прибл. на 3,5% в год (WHO, 2005).

Материнская смертность

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

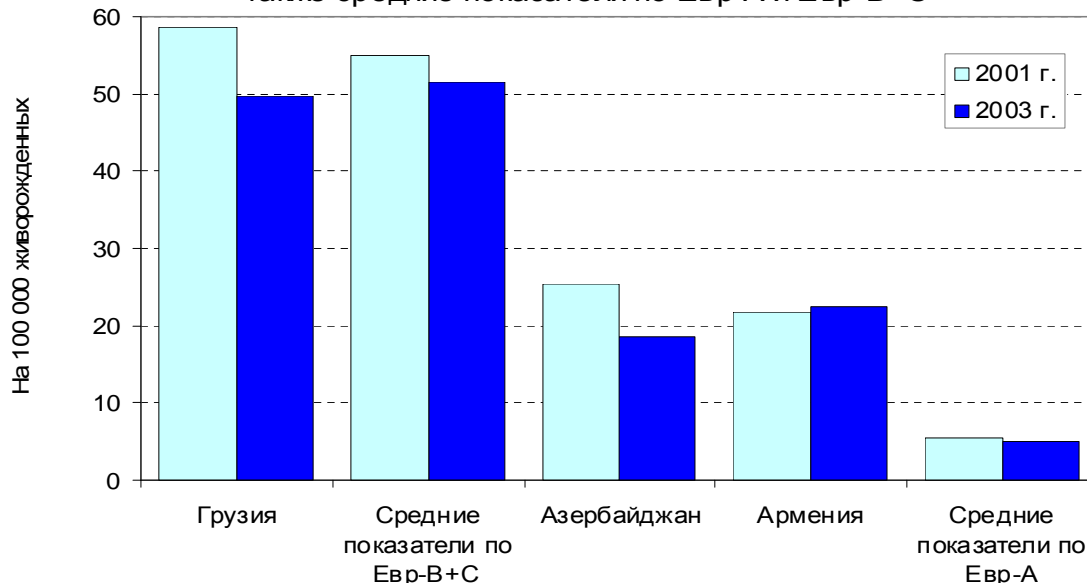
Несмотря на трудность достоверной оценки материнской смертности (МС), для оценки прогресса в достижении ЦРТ (снизить показатель материнской смертности за период с 1990 до 2015 г. на 75%) используются национальные данные. В некоторых странах целевой показатель для 2015 г. может быть равен или ниже среднего 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. Однако, как видно из приведенной выше таблицы, в Грузии имеет место противоположная картина. Причиной этого, по-видимому, послужило использование сведений из различных источников (данные центрального статистического бюро и данные министерства здравоохранения, основанные на медицинской отчетности и выборочных эпидемиологических обследованиях населения). Расхождение сравнительно невелико и фактически свидетельствует о том, что уровень материнской смертности ниже, чем ожидалось. Однако за более длительный ретроспективный период подобных откорректированных данных по материнской смертности рассчитать не удалось, поэтому в настоящее время нет возможности каким-либо образом оценить динамику данного показателя.

Следует подчеркнуть, что в соответствии с ЦРТ, за период до 2015 г. все страны должны добиться снижения показателей материнской смертности на три четверти по сравнению с исходным уровнем 1990 г. Ограниченность сведений о материнской смертности не дает возможности точно оценить масштаб реальных изменений в данной области, однако имеющиеся данные все же свидетельствуют о некотором прогрессе.

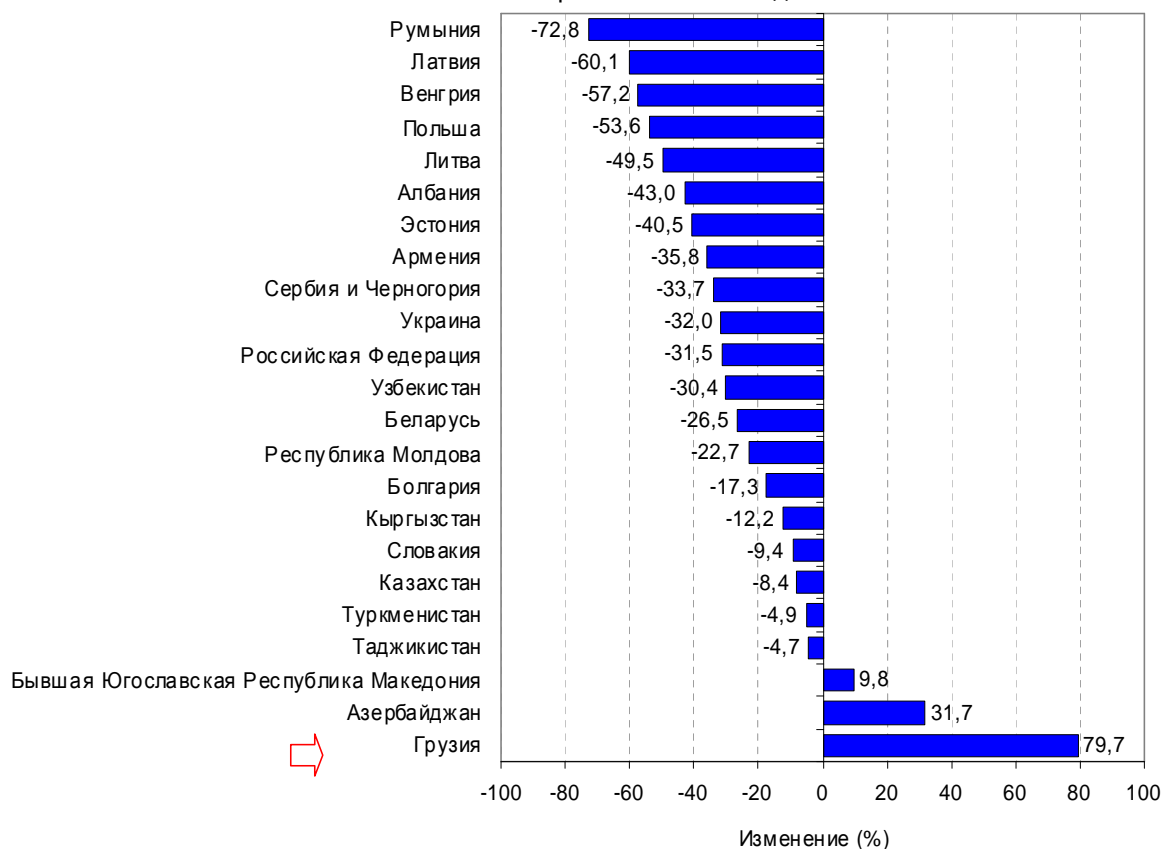
Материнская смертность в Грузии, Азербайджане и Армении, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С



Примечание: средние показатели по Евр-А даны за 2002 г.

В 1990 г. уровень материнской смертности в Грузии составлял менее половины от усредненных показателей для стран Евр-В+С, представивших данные за этот год. Однако за период с 1990 по 2002 г. материнская смертность выросла в Грузии почти на 80% (с 28 до 58 случаев материнской смертности на 100 000 живорожденных) (см. ниже, график). Максимальные цифры были отмечены в 1997 г. – 65,3 случая на 100 000 живорожденных. За период с 1997 по 2002 г. показатель снизился на 22%. Из каждых 24 случаев материнской смертности, зарегистрированных в 2000 г., один был связан с абортom. Для того, чтобы достичь к 2015 г. цели, поставленной в Декларации тысячелетия ООН, стране необходимо добиться снижения материнской смертности еще на 86%.

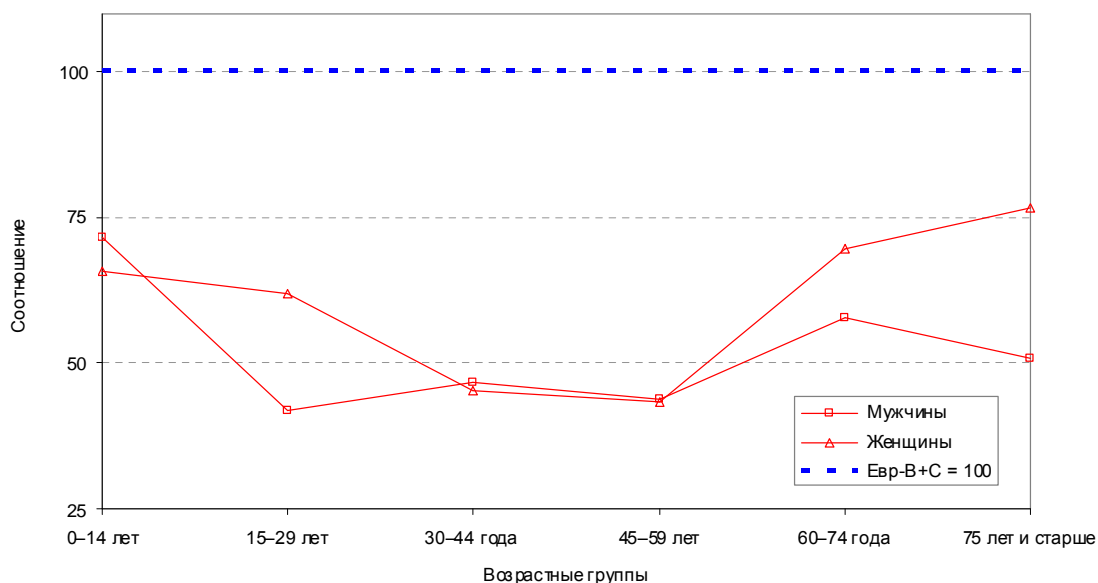
Процентные изменения материнской смертности (скользящие средние показатели за 3-летний период) с 1990 г. по 2002 г., или до последнего года, за который имеются сведения



Избыточная смертность

Показатели смертности в Грузии в целом приibl. на 40% ниже по сравнению со средними значениями для Евр-В+С, однако на 20% выше, чем аналогичные показатели в странах Евр-А (Приложение. Отдельные показатели смертности). Во всех возрастных группах, как среди детей, так и среди взрослых, уровни смертности более низкие, чем в среднем по Евр-В+С. С соответствующими поправками на неполноту данных это означает, что состояние здоровья населения в Грузии вероятно лучше, чем в ряде других стран СНГ (для которых характерны крайне высокие показатели смертности среди людей среднего возраста) и в Центрально-азиатских республиках (где все еще отмечается более высокая детская смертность).

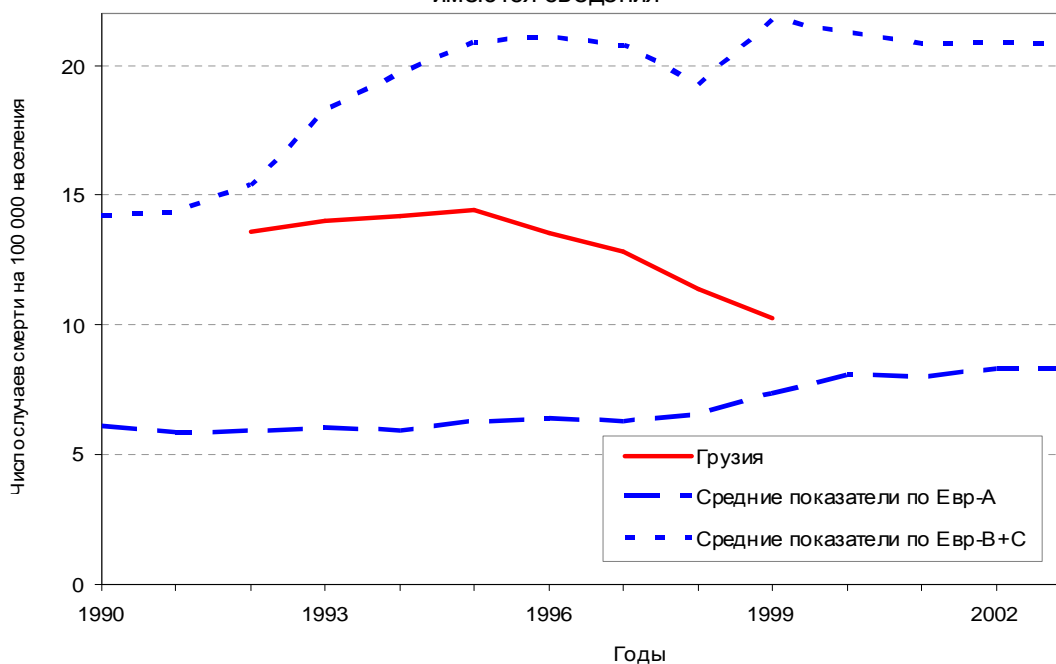
Общая смертность по половозрастным группам в Грузии
в сравнении с Евр-В+С (Евр-В+С = 100), 2003 г.



Важным выводом из представленных данных является отсутствие в Грузии, как и в других странах юга СНГ (Закавказье и Центральная Азия) и в противоположность странам севера СНГ, избыточной смертности от внешних причин; цифры даже ниже, чем в среднем по Евр-А, уже не говоря о Евр-В+С, где данный показатель примерно в 5 раз выше, чем в Грузии.

Поскольку смертность от конкретных причин, равно как и суммарная смертность находятся на относительно низком уровне, а также в связи с ограниченностью имеющихся данных, более детальных выводов относительно избыточной смертности сделать нельзя. На графике ниже показана динамика смертности от инфекционных и паразитарных болезней.

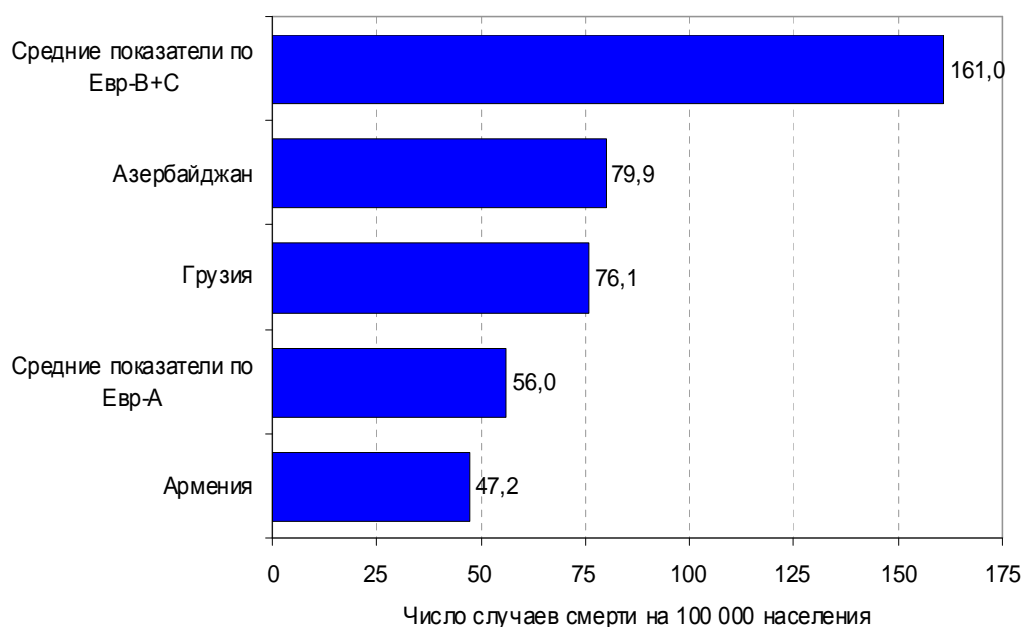
СКС от инфекционных и паразитарных болезней в Грузии, а также средние показатели по Евр-А и Евр В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения



Смертность в возрастной группе 0–14 лет в Грузии составляет 106 на 100 000 (2001 г.), что примерно на одну треть 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) (Приложение. Детальные данные о смертности). Следует отметить, что официальные показатели смертности от определенных состояний, относящихся к перинатальному периоду, находятся на высоком уровне – примерно на 50% выше, чем в среднем по Евр-В+С.

Общая смертность в возрастной группе 15–29 лет в Грузии составляет 76 на 100 000, что в два раза ниже по сравнению со средними значениями для Евр-В+С (161) и соответствует уровням, отмечаемым в других странах Закавказья (Приложение. Детальные данные о смертности). Более благоприятные показатели общей смертности обусловлены, главным образом, крайне низкой смертностью от внешних причин. Следует отметить, однако, что смертность от болезней органов дыхания в этой возрастной группе примерно в три раза выше, чем в среднем по Евр-В+С.

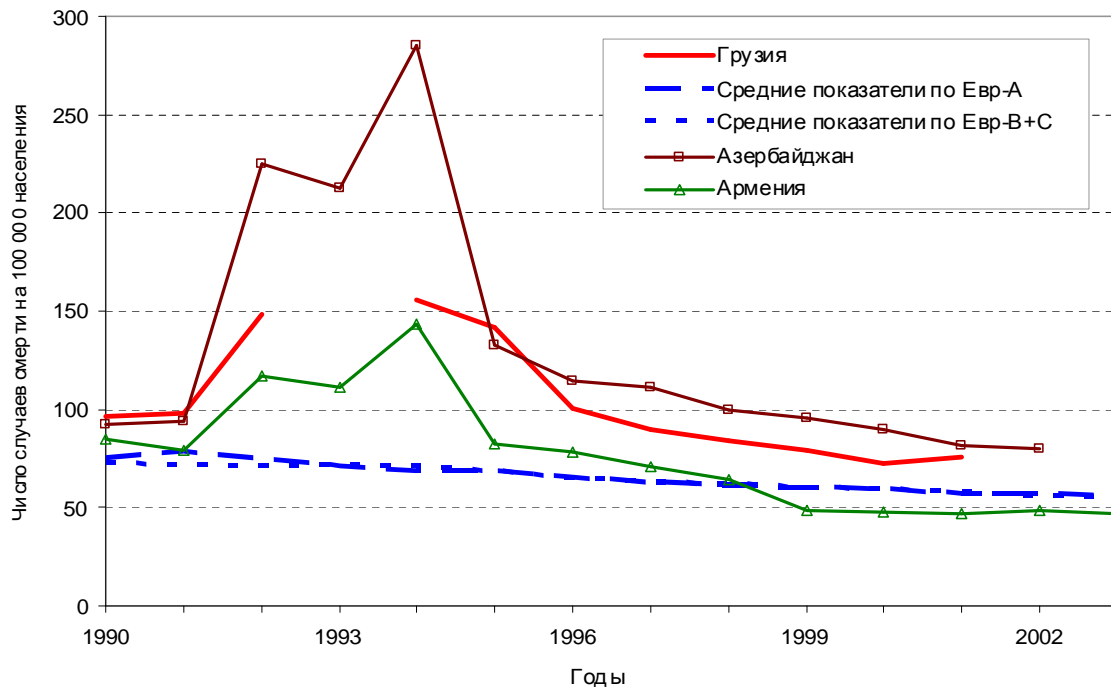
СКС от всех причин в возрастной группе 15–29 лет в Грузии, Армении и Азербайджане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С за последний год, за которой имеются сведения



Общая смертность в возрастных группах 30–44 года и 45–59 лет также существенно ниже по сравнению с соответствующими средними значениями для Евр-В+С (Приложение. Детальные данные о смертности).

Смертность от рака легких находится на необычно низком уровне, что возможно объясняется неполным выявлением или регистрацией случаев. Однако динамика показателей носит последовательный характер и отмечаемые уровни смертности такие же, как в Азербайджане. Это вероятно свидетельствует о том, что данные о смертности в Грузии, несмотря на многочисленные погрешности, отмеченные выше, по крайней мере не менее достоверны, чем в других странах Закавказья.

СКС от рака лёгких в возрастной группе 45–59 лет в Грузии, Азербайджане и Армении, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения

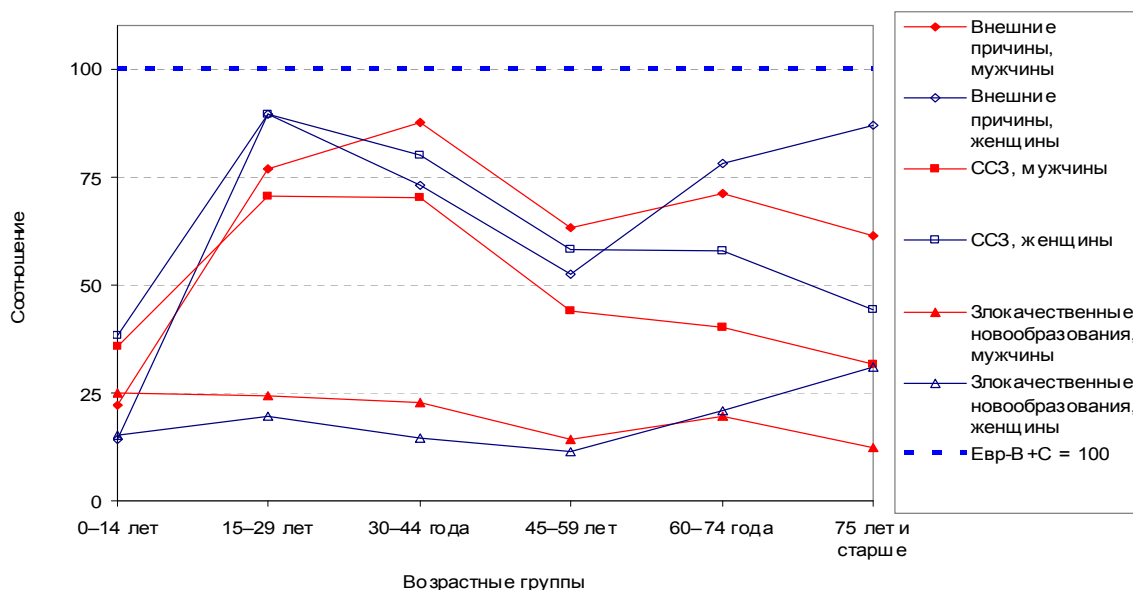


Показатели смертности в возрастных группах старше 60 лет подвержены значительным колебаниям и в целом трудно поддаются оценке вследствие неопределенной степени достоверности данных.

Основные причины смерти

Как показано выше, смертность от ведущих причин во всех основных половозрастных группах ниже, чем соответствующие средние показатели для Евр-В+С. Следует вновь оговориться, что необходимо соблюдать известную осторожность при интерпретации данных по смертности от различных причин.

Основные причины смерти по половозрастным группам в Грузии в сравнении с Евр-В+С (Евр-В+С = 100), 2003 г.



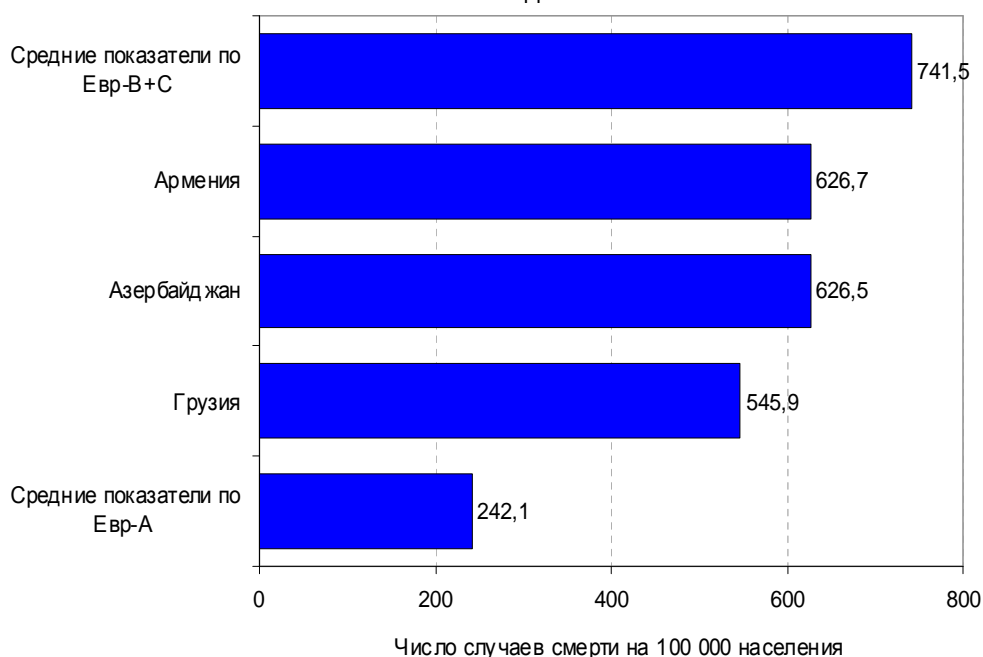
В 2001 г. 87,3% всей смертности в Грузии было обусловлено неинфекционной патологией; внешние причины составили около 3,5%, инфекционные болезни – 1,1%, неточно обозначенные состояния – 3,6% (Приложение. Отдельные показатели смертности). В целом по группе Евр-В+С средняя доля смертности от внешних причин была значительно выше (10,6%), а смертность от неинфекционных болезней занимала несколько меньшее место (79,6%). В Азербайджане и Армении в 2001 г. были зарегистрированы аналогичные цифры смертности.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ)

В 2001 г. сердечно-сосудистые заболевания были ведущей причиной смерти в Грузии: на их долю приходилось 70% всей смертности, в то время как средний уровень для Евр-В+С составляет 57%. Это различие вероятно частично объясняется неправильным кодированием, когда в рубрику ССЗ ошибочно заносят другие состояния.

Приблизительно половина смертности от ССЗ обусловлена ишемической болезнью сердца и около одной трети – цереброваскулярными болезнями. Аналогичное распределение наблюдается и в других странах СНГ, однако уровни смертности от данных причин там ниже, чем в среднем по Евр-В+С. Высокая смертность от ССЗ в Грузии представляет собой наиболее серьезную проблему общественного здравоохранения, с неопределенными перспективами в плане ее разрешения.

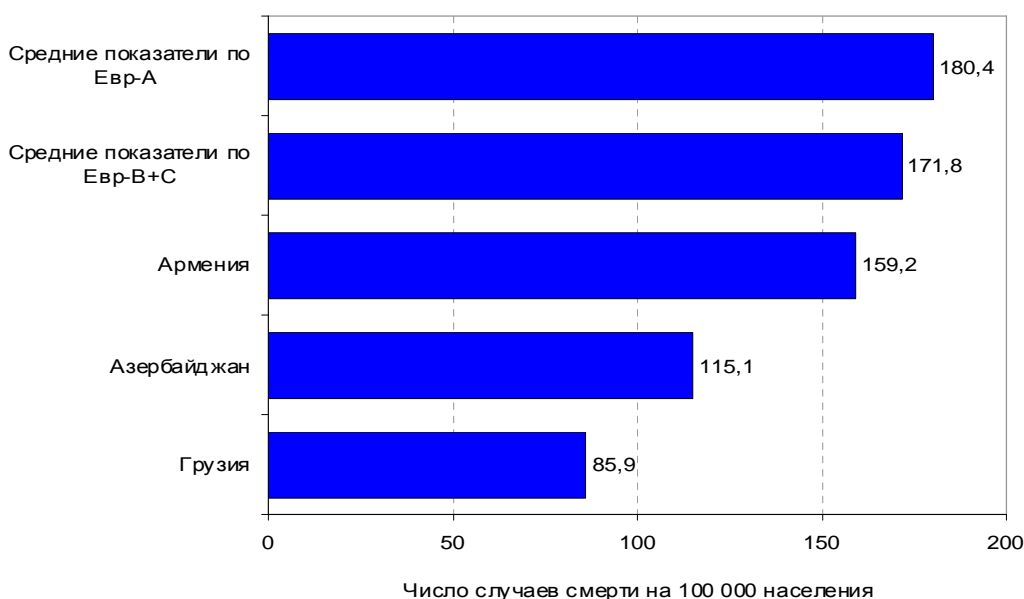
СКС от ССЗ у людей в всех возрастах в Грузии, Азербайджане и Армении, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С за последний год, за который имеются сведения



Злокачественные новообразования

Смертность от злокачественных новообразований распределена относительно равномерно по Европейскому региону, однако в Грузии этот показатель ниже, чем в среднем по Евр-В+С и значительно ниже, чем в Евр-А. Однозначного объяснения этому феномену нет, поскольку возможности детального анализа ограничены степенью полноты и качеством регистрации и кодирования смертельных исходов от рака, что является частой проблемой в странах юга СНГ.

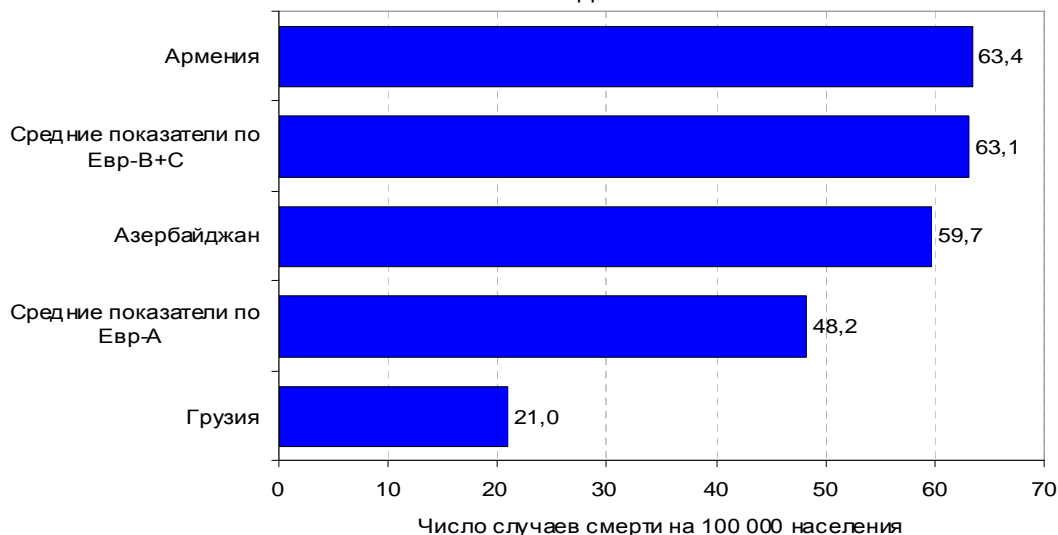
СКС от злокачественных новообразований у людей всех возрастов в Грузии, Азербайджане и Армении, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С за последний год, за который имеются сведения



Болезни органов дыхания

Болезни органов дыхания составляют 2,7% общей смертности в Грузии (2001 г.), что является наименьшим показателем среди всех стран Европейского региона ВОЗ. Это может быть свидетельством хороших достижений, однако не исключено, что реальная смертность находится на более высоком уровне.

СКС от болезней органов дыхания у людей всех возрастов в Грузии, Азербайджане и Армении, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С за последний год, за который имеются сведения

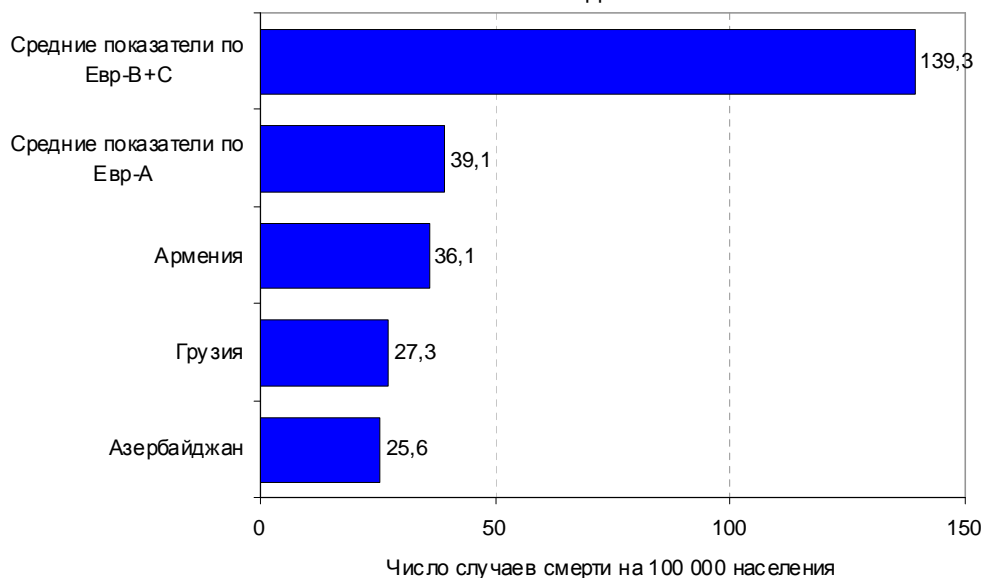


Внешние причины

По внешним причинам смерти различают непреднамеренные травмы (транспортный травматизм, отравления, травмы вследствие падений, пожаров, утопление и др.) и преднамеренные травмы (самоповреждения, травмы вследствие насилия и войн и др.). В 2001 г. суммарная смертность от

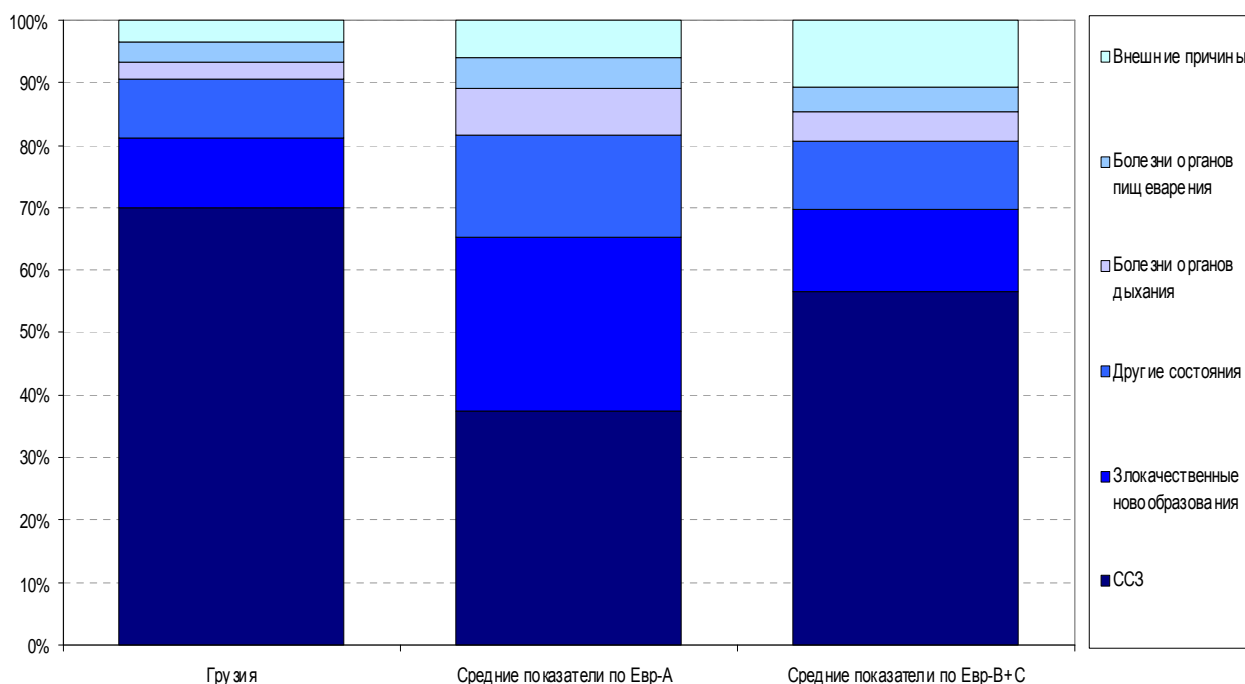
внешних причин составляла в Грузии 27,3 на 100 000 населения, в то время как аналогичный показатель для Евр-В+С был равен 139,6, а для Евр-А – 40,3 случаев смерти на 100 000 населения.

СКС от внешних причин (травм и отравлений) у людей в всех возрастах в Грузии, Азербайджане и Армении, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С за последний год, за который имеются сведения



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 ниже графике отображены как различия, так и сходство в общей картине смертности в Грузии, по сравнению со средними показателями Евр-А и Евр-В+С.

Соотношение смертности от ССЗ, рака, респираторных заболеваний, болезней системы пищеварения, внешних причин и других заболеваний в Грузии, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С за последний год, за который имеются сведения



Основное отличие – меньшая доля смертности от внешних причин (3,5 %), 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.

Значительную долю смертности в Грузии занимают ССЗ (70%), в то время как аналогичные усредненные показатели для Евр-А составляют лишь 37,4%, для Евр-В+С – 56,5 %. Это, возможно, отчасти объясняется несовершенной практикой кодирования, при которой случаи смерти от ССЗ регистрируют под другими причинами. 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 Грузии 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 которой 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 наиболее важных 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.

В качестве общего заключения можно отметить, что, несмотря на крайние трудности переходного периода после достижения государственной независимости, состояние здоровья населения Грузии в целом, по-видимому, относительно лучше, чем в ряде других стран СНГ. На это указывают многие факты, несмотря на то, что анализ крайне затруднен вследствие значительной ограниченности имеющейся информации. По всей вероятности, в Грузии в меньшей степени проявились типичные для СНГ изменения смертности в раннем постсоветском периоде несмотря на то, что страна пережила почти полный развал экономики и пострадала от гражданской войны. За последнее время отмечен ряд признаков улучшения ситуации, однако для подтверждения этих выводов необходимы дальнейшие исследования и аналитические оценки.

Библиография

Badurashvili I et al. (2001). Where there are no data: what has happened to life expectancy in Georgia since 1990? *Public Health*, 115(6):394–400.

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.).

Health Evidence Network (2005). *What is the effectiveness of antenatal care? (Supplement)* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/20030820_1, accessed 15 January 2006).

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, accessed 14 November 2005).

Statistical Yearbook of Georgia (2004). Ministry of Economic Development of Georgia, Department for Statistics (http://www.statistics.ge/index_eng.htm, accessed 16 December 2005).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

WHO Regional Office for Europe (2004b). *К созданию европейской стратегии борьбы с инфекционными 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.).

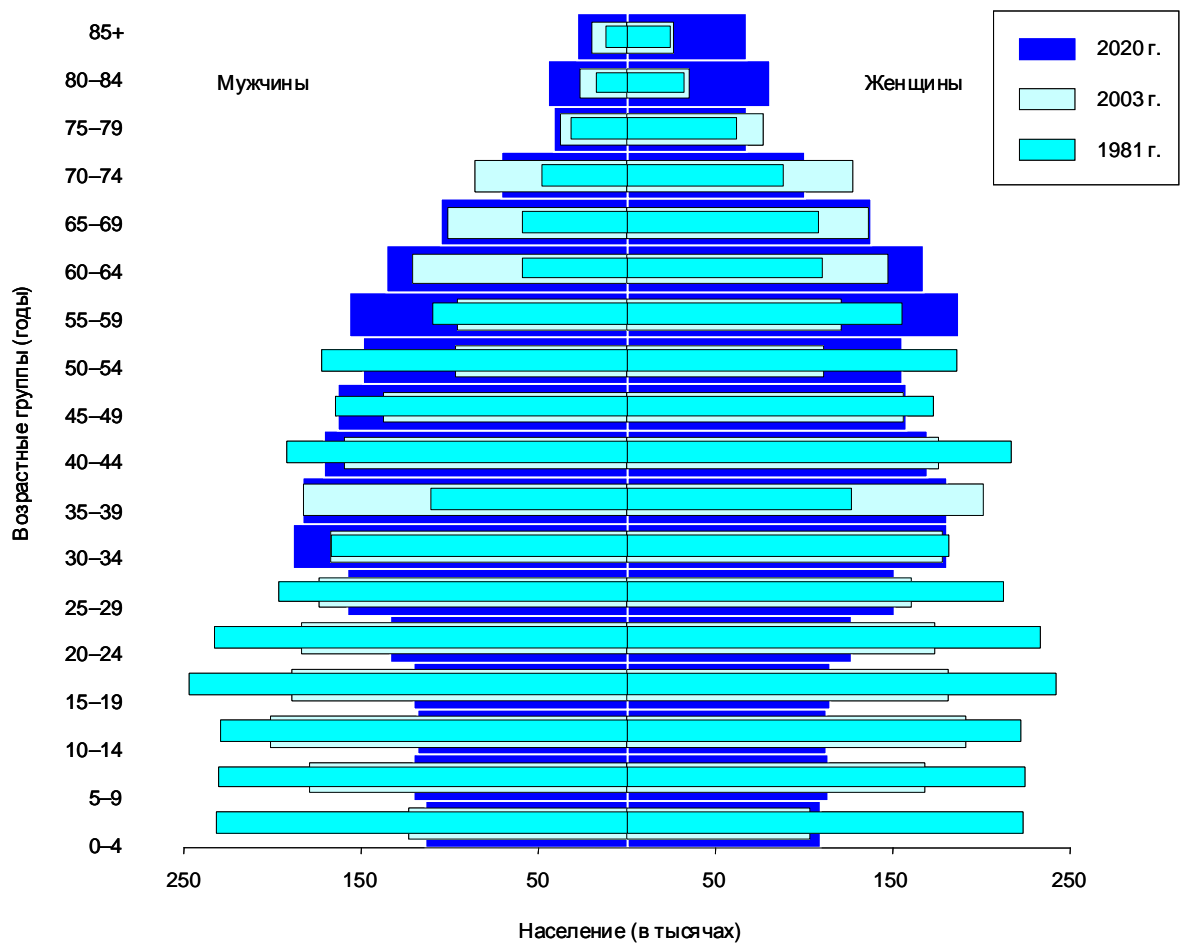
World Bank (2004). *The Millennium Development Goals in Europe and Central Asia*. Washington, DC, World Bank.

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 Грузии



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

Приложение. Отдельные показатели смертности

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

Болезни и патологические состояния	СКС на 100 000 населения		Избыточная смертность в Грузии (%)	Доля в структуре смертности в Грузии (%)	Доля в структуре смертности в Евр-В+С (%)	Средние показатели по Евр-А	Избыточная смертность в Грузии по отношению к Евр-А (%)	Доля в структуре смертности в Евр-А (%)
	Грузия (2002 г.)	Средние						
		показатели по Евр-В+С (2003 г.)						
Отдельные неинфекционные болезни	680,7	1044,9	-34,9	87,3	79,6	533,8	27,5	82,4
<i>Сердечно-сосудистые заболевания</i>	545,9	741,8	-26,4	70,1	56,5	243,4	124,3	37,6
Ишемическая болезнь сердца	303,4	362,7	-16,3	38,9	27,6	95,9	216,4	14,8
Цереброваскулярные болезни	184,3	221,7	-16,9	23,6	16,9	61,1	201,6	9,4
Нарушения лёгочного кровообращения и другие болезни сердца	35,1	68,9	-49,1	4,5	5,3	56,6	-38	8,7
<i>Злокачественные новообразования (рак)</i>	85,9	172,0	-50,1	11,0	13,1	181,5	-52,7	28
Рак трахеи/бронхов/лёгих	16,8	33,9	-50,4	2,2	2,6	37,1	-54,7	5,7
Рак молочной железы	20,1	22,1	-9,0	2,6	1,7	27,0	-25,6	4,2
Рак толстой кишки (включая прямую кишку) и анальной области	7,8	19,0	-58,9	1,0	1,4	20,7	-62,3	3,2
Рак предстательной железы	4,2	14,3	-70,6	0,5	1,1	25,1	-83,3	3,9
<i>Болезни органов дыхания</i>	21,0	63,1	-66,7	2,7	4,8	47,8	-56,1	7,4
Хронические болезни нижних дыхательных путей	7,2	31,2	-76,9	0,9	2,4	20,2	-64,4	3,1
Пневмония	10,8	23,6	-54,2	1,4	1,8	16,2	-33,3	2,5
<i>Болезни органов пищеварения</i>	25,9	52,3	-50,5	3,3	4,0	30,8	-15,9	4,8
Хронические болезни печени и цирроз печени	21,4	32,0	-33,1	2,7	2,4	12,6	69,8	1,9
<i>Нервно-психические расстройства</i>	2,1	15,7	-86,6	0,3	1,2	30,3	-93,1	4,7
Инфекционные болезни	8,4	20,8	-59,6	1,1	1,6	8,4	0,0	1,3
ВИЧ/СПИД	0,0	0,8	-100,0	0,0	0,1	1,1	-100,0	0,2
Внешние причины	27,3	139,6	-80,4	3,5	10,6	40,3	-32,3	6,2
<i>Непреднамеренные</i>	21,3	102,2	-79,2	2,7	7,8	28,7	-25,8	4,4
Дорожно-транспортный травматизм	4,0	14,7	-72,8	0,5	1,1	9,9	-59,6	1,5
Падения	0,4	7,5	-94,7	0,1	0,6	6,1	-93,4	0,9
<i>Преднамеренные</i>	6,0	37,4	-84,0	0,8	2,9	11,6	-48,3	1,8
Самоповреждения (самоубийства)	2,1	23,2	-90,9	0,3	1,8	10,6	-80,2	1,6
Насилие (убийства)	3,9	14,2	-72,5	0,5	1,1	1,0	290,0	0,2
Неточно обозначенные состояния	28,3	64,0	-55,8	3,6	4,9	20,9	35,4	3,2
Все причины	779,3	1312,2	-40,6	100,0	100,0	647,8	20,3	100,0

Приложение. Детальные показатели смертности

Детальные данные о смертности

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

Причины смерти	Пол	Грузия (2002 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	105,6	-7,7	49,4	-2,4	151,7	-3,8
	М	122,0	-7,6	55,3	-2,5	170,5	-3,9
	Ж	86,8	-7,9	43,3	-2,4	131,9	-3,8
<i>Инфекционные и паразитарные болезни</i>	М	6,5	-11,8	1,4	-1,1	10,9	-7,0
	Ж	7,0	-7,2	1,1	-3,0	9,5	-6,6
Кишечные инфекции	М	0,9	-14,7	0,2	-0,7	5,1	-8,2
	Ж	2,2	-12,1	0,1	-7,3	4,7	-7,9
<i>Злокачественные новообразования</i>	М	1,8	-11,3	3,3	-1,8	5,1	-1,9
	Ж	1,6	-10,2	2,6	-1,8	4,2	-1,9
<i>Сердечно-сосудистые заболевания</i>	М	0,7	-15,5	1,4	-3,1	3,3	1,1
	Ж	0,4	-15,7	1,3	-2,5	2,6	0,1
<i>Болезни органов дыхания</i>	М	26,9	-8,6	1,4	-4,3	35,9	-5,0
	Ж	20,8	-7,7	1,0	-4,2	30,7	-5,0
Пневмония	М	21,8	0,8	0,5	-6,0	20,9	-4,9
	Ж	17,4	-0,6	0,4	-5,1	17,9	-4,7
<i>Состояния, возникающие в перинатальном периоде</i>	М	949,5	-1,3	255,3	-2,1	607,6	-2,7
	Ж	659,1	-3,1	202,3	-1,6	427,5	-2,7
Врожденные аномалии и хромосомные нарушения	М	3,3	-12,3	11,6	-2,9	24,2	-2,8
	Ж	2,0	-14,0	10,0	-3,3	21,0	-2,6
<i>Неточно обозначенные причины смерти</i>	М	3,0	-13,0	5,0	-3,9	5,6	-0,6
	Ж	1,6	-13,4	3,4	-4,2	4,6	-1,0
<i>Внешние причины (травмы и отравления)</i>	М	7,3	-11,5	7,0	-4,0	29,0	-3,4
	Ж	2,7	-13,9	4,6	-3,2	18,1	-3,1
Дорожно-транспортный травматизм	М	0,5	-14,6	2,5	-4,5	4,7	-2,6
	Ж	0,7	-10,8	1,7	-4,8	3,0	-1,6

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

Причины смерти	Пол	Грузия (2002 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	76,1	-7,7	56,0	-2,3	161,0	-0,9
	М	101,6	-8,6	82,0	-2,3	241,7	-1,0
	Ж	48,9	-5,0	29,3	-2,2	79,0	-0,6
<i>Инфекционные и паразитарные болезни</i>	М	3,9	-8,9	1,2	1,5	12,3	3,0
	Ж	2,2	-7,8	0,8	1,9	5,1	2,5
<i>Злокачественные новообразования</i>	М	6,2	-5,6	6,2	-1,0	8,8	-1,9
	Ж	6,9	-5,4	4,7	-1,4	7,7	-1,9
<i>Сердечно-сосудистые заболевания</i>	М	13,5	-11,2	4,1	-2,4	17,6	0,0
	Ж	6,5	-11,8	2,3	-2,0	7,3	-0,9
<i>Болезни органов дыхания</i>	М	19,9	107,9	1,4	-3,6	6,9	0,2
	Ж	18,1	73,7	0,9	-2,7	3,8	-1,1
<i>Болезни органов пищеварения</i>	М	2,6	-10,5	0,9	-3,5	8,0	3,0
	Ж	0,6	-10,6	0,5	-3,8	3,7	3,1
<i>Неточно обозначенные причины смерти</i>	М	13,1	4,6	4,0	-3,1	11,6	7,1
	Ж	3,8	6,1	1,4	-1,3	3,3	5,8
<i>Внешние причины</i>	М	39,7	-11,1	58,3	-1,4	162,4	-1,6
	Ж	7,3	-8,8	14,4	-1,6	36,9	-0,2
Дорожно-транспортный травматизм	М	6,8	8,5	28,5	-1,3	27,8	-1,5
	Ж	1,5	13,5	7,3	-1,4	8,0	0,3
Случайное утопление	М	1,6	-12,4	1,3	-2,2	10,8	-3,9
	Ж	0,2	-13,6	0,2	-2,1	1,9	-2,2
Случайные отравления	М	0,6	-14,4	2,8	0,0	19,1	3,3
	Ж	0,4	-11,8	0,7	0,8	4,4	2,5
Самоповреждения (самоубийства)	М	1,9	-11,2	12,7	-1,8	36,8	0,0
	Ж	0,2	-14,4	3,1	-2,2	5,8	-1,3

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

Причины смерти	Пол	Грузия (2002 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	206,5	-6,3	120,3	-2,5	453,8	-0,7
	М	326,3	-6,2	161,6	-2,6	700,0	-0,8
	Ж	97,8	-6,8	78,5	-2,1	215,6	-0,2
Злокачественные новообразования (рак)	М	28,2	-6,7	27,6	-2,3	40,2	-2,8
	Ж	35,0	-5,5	31,3	-2,0	43,8	-1,4
Рак трахеи/бронхов/лёгких	М	7,0	-5,5	5,0	-3,4	7,3	-4,2
	Ж	1,9	8,7	2,8	-0,6	2,2	-1,0
Рак молочной железы	Ж	12,2	-5,1	10,0	-2,6	10,0	-2,3
Сердечно-сосудистые заболевания	М	139,0	-4,9	26,1	-2,5	158,6	-0,4
	Ж	33,2	-7,0	10,4	-2,1	45,3	0,0
Ишемическая болезнь сердца	М	80,7	-6,6	11,8	-3,1	73,7	-2,2
	Ж	18,1	-6,9	2,4	-2,7	14,4	-1,3
Цереброваскулярные болезни	М	35,7	-2,6	4,4	-3,2	24,6	-0,4
	Ж	8,8	-8,7	3,6	-2,5	10,6	-1,3
Болезни органов дыхания	М	8,8	13,7	3,9	-3,5	34,3	0,9
	Ж	3,0	-2,5	2,2	-2,0	9,8	0,8
Болезни органов пищеварения	М	25,1	-6,2	12,6	-2,4	50,2	1,4
	Ж	2,4	-12,1	5,4	-1,7	19,4	4,1
Внешние причины	М	67,8	-9,4	58,8	-1,2	299,5	-1,9
	Ж	8,6	-8,7	15,1	-1,8	58,9	-1,0
Дорожно-транспортный травматизм	М	10,7	19,9	16,0	-0,5	31,4	-1,7
	Ж	0,9	15,6	3,9	-2,0	7,1	-0,5
Самоповреждения (самоубийства)	М	5,2	-5,8	21,2	-1,5	54,9	-2,4
	Ж	0,2	-14,1	5,8	-2,2	7,9	-2,5

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

Причины смерти	Пол	Грузия (2002 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	560,8	-7,4	435,6	-1,3	1294,9	-0,6
	М	866,5	-7,2	580,1	-1,4	1981,7	-0,6
	Ж	303,2	-7,7	293,3	-1,0	698,9	-0,5
Злокачественные новообразования (рак)	М	142,4	-5,8	218,2	-1,2	323,2	-1,9
	Ж	108,5	-5,6	155,0	-1,0	186,1	-0,5
Рак трахеи/бронхов/лёгких	М	47,9	-4,5	65,9	-1,5	101,4	-2,9
	Ж	8,1	-5,0	21,8	3,4	15,4	1,0
Рак молочной железы	Ж	36,4	-4,6	44,0	-2,2	45,3	0,1
Сердечно-сосудистые заболевания	М	502,5	-7,5	156,4	-2,6	793,1	-0,1
	Ж	142,2	-8,6	50,9	-2,5	271,7	-0,6
Ишемическая болезнь сердца	М	313,8	-8,5	86,2	-3,3	435,3	-0,7
	Ж	74,2	-9,7	17,8	-3,4	111,1	-0,6
Цереброваскулярные болезни	М	135,6	-6,6	23,7	-2,6	168,6	-0,9
	Ж	51,8	-7,5	14,5	-2,1	88,4	-1,4
Болезни органов дыхания	М	14,0	-3,6	20,3	-1,7	108,7	-1,4
	Ж	5,5	-3,4	10,2	-1,3	24,5	-0,7
Болезни органов пищеварения	М	69,6	-7,2	49,6	-0,8	129,7	0,7
	Ж	10,6	-10,0	20,3	-0,7	57,3	1,9
Внешние причины	М	58,7	-8,6	62,8	-1,0	409,2	-0,9
	Ж	10,1	-9,4	20,9	-0,9	89,1	-1,1
Дорожно-транспортный травматизм	М	8,3	95,6	13,0	-1,3	28,5	-1,8
	Ж	1,4	16,2	4,1	-2,1	7,5	-1,4
Самоповреждения (самоубийства)	М	3,3	-11,1	23,1	-1,1	68,1	-2,4
	Ж	1,6	-8,5	8,5	-1,2	10,2	-3,4

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

Причины смерти	Пол	Грузия (2002 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	2161,1	-4,6	1570,9	-1,9	3411,7	-0,1
	М	2892,2	-4,4	2156,9	-2,1	4996,4	0,1
	Ж	1632,1	-4,7	1069,2	-1,9	2339,0	-0,6
Злокачественные новообразования (рак)	М	403,9	-0,6	851,3	-1,4	1002,5	-0,8
	Ж	253,9	-0,8	439,8	-1,1	438,9	-0,7
Рак трахеи/bronхов/лёгких	М	133,6	2,0	261,8	-1,9	321,7	-1,5
	Ж	23,1	0,7	59,0	0,2	37,1	-1,4
Рак молочной железы	Ж	62,1	1,0	79,7	-1,6	68,7	1,3
Сердечно-сосудистые заболевания	М	2061,4	-4,8	744,9	-3,6	2903,0	0,6
	Ж	1175,1	-5,3	335,7	-3,9	1507,8	-0,3
Ишемическая болезнь сердца	М	1159,7	-5,9	381,3	-4,2	1582,2	1,2
	Ж	619,6	-6,2	133,5	-4,6	731,4	0,5
Цереброваскулярные болезни	М	714,0	-3,8	143,3	-3,7	833,7	0,2
	Ж	452,3	-5,3	86,7	-4,1	528,9	-0,8
Болезни органов дыхания	М	52,3	-0,1	144,0	-3,5	303,0	-2,4
	Ж	22,5	-3,0	62,5	-2,4	68,6	-3,6
Болезни органов пищеварения	М	120,0	-7,1	111,6	-1,6	193,0	0,1
	Ж	49,3	-7,0	54,1	-1,7	94,2	0,2
Внешние причины	М	62,2	-7,4	79,3	-1,4	320,0	1,0
	Ж	18,5	-9,5	32,1	-2,1	88,7	-0,5
Дорожно-транспортный травматизм	М	8,8	39,0	14,8	-3,0	24,3	-1,5
	Ж	2,6	32,8	5,9	-3,4	9,5	-1,0
Самоповреждения (самоубийства)	М	7,9	-7,3	24,5	-1,6	60,5	-0,8
	Ж	2,7	-2,4	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 Грузии и Евр-В+С: Стандартизированный коэффициент смертности на 100 000 населения и изменения в процентах с 1995 г. до последнего года, за который имеются данные

Причины смерти	Пол	Грузия (2002 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	8131,7	-3,9	8059,6	-1,0	12338,8	0,0
	М	7542,1	-6,5	9832,0	-1,1	14838,0	0,1
	Ж	8764,2	-2,0	7112,5	-0,9	11421,7	0,0
Злокачественные новообразования (рак)	М	473,1	-0,8	2231,1	-0,4	1489,3	1,2
	Ж	319,2	4,4	1136,2	-0,4	721,7	0,8
Рак трахеи/bronхов/лёгких	М	114,2	10,6	457,1	-0,7	323,5	1,0
	Ж	24,8	7,2	102,7	1,5	55,6	0,5
Рак молочной железы	Ж	66,9	2,8	159,6	-0,4	92,0	3,1
Сердечно-сосудистые заболевания	М	6259,3	-7,0	4356,2	-2,1	10221,2	0,4
	Ж	7645,4	-2,4	3577,9	-1,9	8805,6	0,4
Ишемическая болезнь сердца	М	3537,6	-8,2	1708,0	-2,2	4925,6	1,4
	Ж	4217,3	-4,1	1150,0	-2,2	4028,6	1,2
Цереброваскулярные болезни	М	2067,6	-6,3	1119,8	-2,5	3004,4	0,7
	Ж	2571,9	-2,7	1026,9	-2,4	2967,6	0,5
Болезни органов дыхания	М	117,6	-7,4	1156,5	-2,4	824,1	-2,1
	Ж	109,7	0,7	591,9	-2,1	302,3	-3,2
Болезни органов пищеварения	М	184,1	-4,6	340,3	-1,1	270,4	0,3
	Ж	118,2	-2,3	279,8	-0,4	175,0	1,1
Внешние причины	М	75,4	-8,9	275,0	-0,6	604,2	0,1
	Ж	53,5	-6,5	187,8	-1,2	172,4	-1,2
Дорожно-транспортный травматизм	М	8,1	4,7	28,1	-2,2	34,6	-3,1
	Ж	5,1		10,0	-3,1	14,7	-1,7
Самоповреждения (самоубийства)	М	5,3	-8,4	49,5	-1,6	86,6	-1,1
	Ж	5,0	18,4	11,8	-3,2	22,4	-1,9

Технические примечания

Расчет средних показателей

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

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

Источники данных

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

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

Кодирование болезней

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

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

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

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

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

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

Ограниченность данных на национальном уровне

Усредненные данные, рассчитанные для всей страны, особенно демонстрирующие относительно хорошее состояние или динамику показателей здоровья, что характерно для наиболее развитых стран, могут скрывать за собой локальные очаги неблагополучия. Наличие рисков и менее удовлетворительные показатели здоровья в небольших по численности группах населения могут быть выявлены только путем разбивки национальных данных на более мелкие категории. 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 стран², используемые для сравнения носят название «референс-группы» и включают:

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

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

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

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).

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

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 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.
Показатель DALY (утраченные годы здоровой жизни)	Показатель DALY содержит в едином количественном выражении информацию о числе лет, прожитых со стойким нарушением здоровья или инвалидностью, и числе лет жизни, утраченных вследствие преждевременной смертности. 1 DALY можно представить как 1 утраченный год здоровой жизни.
Стандартизированный коэффициент смертности (СКС)	Коэффициент смертности, стандартизированный по возрасту с применением прямого метода; эквивалентен общему коэффициенту смертности в изучаемом населении в том случае, если бы его возрастная структура совпадала с возрастной структурой населения Европы, взятого за стандарт.
Черта бедности (50% от медианного уровня дохода)	Речь идет о процентной доле населения, проживающего за чертой бедности: в данном случае с доходом ниже 50% от медианного (срединного) уровня.

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