



ЕВРОПА

Обзорная сводка о состоянии здоровья
в Туркменистане
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
TURKMENISTAN

EUR/05/5046415U
<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	12
Основные факторы риска	12
Смертность	13
Младенческая, неонатальная и детская смертность	13
Материнская смертность	15
Избыточная смертность	16
Основные причины смерти	18
Библиография	23
Приложения	25
<i>Приложение. Возрастная пирамида</i>	25
<i>Приложение. Отдельные показатели смертности</i>	26
<i>Приложение. Детальные данные о смертности</i>	27
Технические примечания	30
Словарь терминов	33

Резюме: основные фактические данные и стратегические соображения

Ожидаемая продолжительность жизни

По расчетным оценкам, жители Туркменистана, родившиеся в 2003 г., могут рассчитывать прожить в среднем 60 лет (женщины – 65, мужчины – 56 лет), что составляет самый низкий показатель ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) в Европейском регионе ВОЗ. По официальным данным, величина ОПЖ для Туркменистана на 2–3 года меньше, чем в среднем по Евр-В+С (68,8 лет), при условии, что этот показатель остается на уровне 1998 г. Однако по оценкам ВОЗ на 2003 г., значение ОПЖ существенно ниже: оно прибл. на 8 лет не достигает соответствующего усредненного показателя для Евр-В+С; это означает, что уровень ОПЖ в Туркменистане, по всей вероятности, на 17 лет ниже, чем в среднем по Евр-А (79,0 лет).

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

По состоянию на 1998 г., официальный уровень младенческой смертности в Туркменистане был крайне высоким: 33 на 1000 живорожденных. Среднее значение по Евр-В+С в 2003 г. составляло 19,9; самая низкая младенческая смертность в этой группе стран была зарегистрирована в Литве (6,7). Несмотря на значительные трудности в оценке динамики показателей вследствие короткого периода наблюдения, данные свидетельствуют о том, что уровень младенческой смертности за период с 1990 по 1997 г. снизился на одну треть – это хорошее достижение, учитывая сложный период перестройки экономики и низкий уровень дохода страны.

За последние годы данные по неонатальной смертности отсутствуют. Значение за 1997 г. составляет около 8 случаев смерти на 1000 живорожденных: это могло бы служить очень хорошим показателем, однако данные не поддаются международным сравнениям. 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.

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)

Основные причины смерти

Интенсивные показатели смертности в Туркменистане в целом соответствуют средним значениям для Евр-В+С – в два раза выше, чем аналогичные показатели в странах Евр-А. Смертность среди детей и молодежи превышает средние уровни, главным образом за счет смертности от внешних причин. Однако по совокупности возрастных групп нет избыточной смертности от внешних

причин по сравнению со средними показателями для Евр-В+С, что выгодно отличается от ряда других стран СНГ. Как и можно было ожидать, избыточная смертность обусловлена инфекционными болезнями, а также болезнями органов дыхания и пищеварения. Наиболее значительную роль играют инфекционные и паразитарные болезни, смертность от которых в 2,5 раза превышает средние значения для Евр-В+С и в 6 раз выше, чем в странах Евр-А.

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)

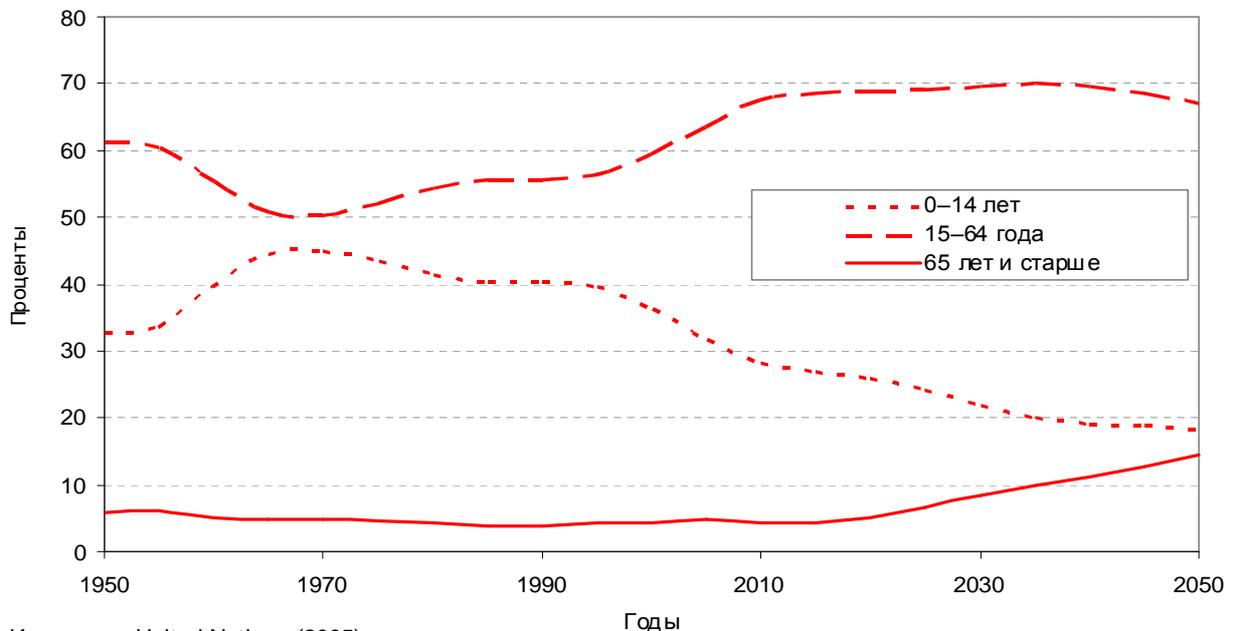
Каковы преимущества и недостатки реструктурирования системы здравоохранения в целях ее большей ориентации на службы первичной медико-санитарной помощи? (Health Evidence Network, 2004)

Избранная демографическая и социально-экономическая информация

Профиль населения

По состоянию на середину 2003 г. в Туркменистане проживало около 4,9 млн человек. Городское население составляет около 45% – меньше, чем в среднем в Евр-В+С. Доля населения в возрасте 0–14 лет была относительно стабильной в течение 1980-х годов, затем она снизилась с прилб. 41% населения в 1990 г. до 32% в 2005 г. (по оценочным данным), однако все еще остается одной из самых высоких в Евр-В+С. Напротив, процент населения старше 65 лет в Туркменистане существенно ниже, чем средние показатели для Евр-В+С. По прогнозам, к 2030 г. 8% населения Туркменистана будут составлять люди в возрасте 65 лет и старше (Приложение. Возрастная пирамида). В 2003 г. уровень рождаемости в Туркменистане был среди наиболее высоких в Евр-В+С.

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



Источник: United Nations (2005).

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

Показатели	Туркменистан	Евр-В+С		
		В среднем	Минимум	Максимум
Население (в тыс.)	4867.0	–	–	–
0–14 лет (%) ^б	39.2	–	–	–
15–64 года (%) ^б	56.9	–	–	–
65 лет и старше (%) ^б	3.8	–	–	–
Городское население (%) ^а	45.1	63.7	25.0	73.3
Живорождения (на 1000 чел.) ^б	21.1	12.8	8.6	27.1
Естественный прирост населения (на 1000 чел.)	–	0.8	–7.5	23.0
Миграционный прирост населения (на 1000 чел.)	–	1.8	–6.6	2.1

^а 2002 г.; ^б 1998 г.

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

Социально-экономические показатели

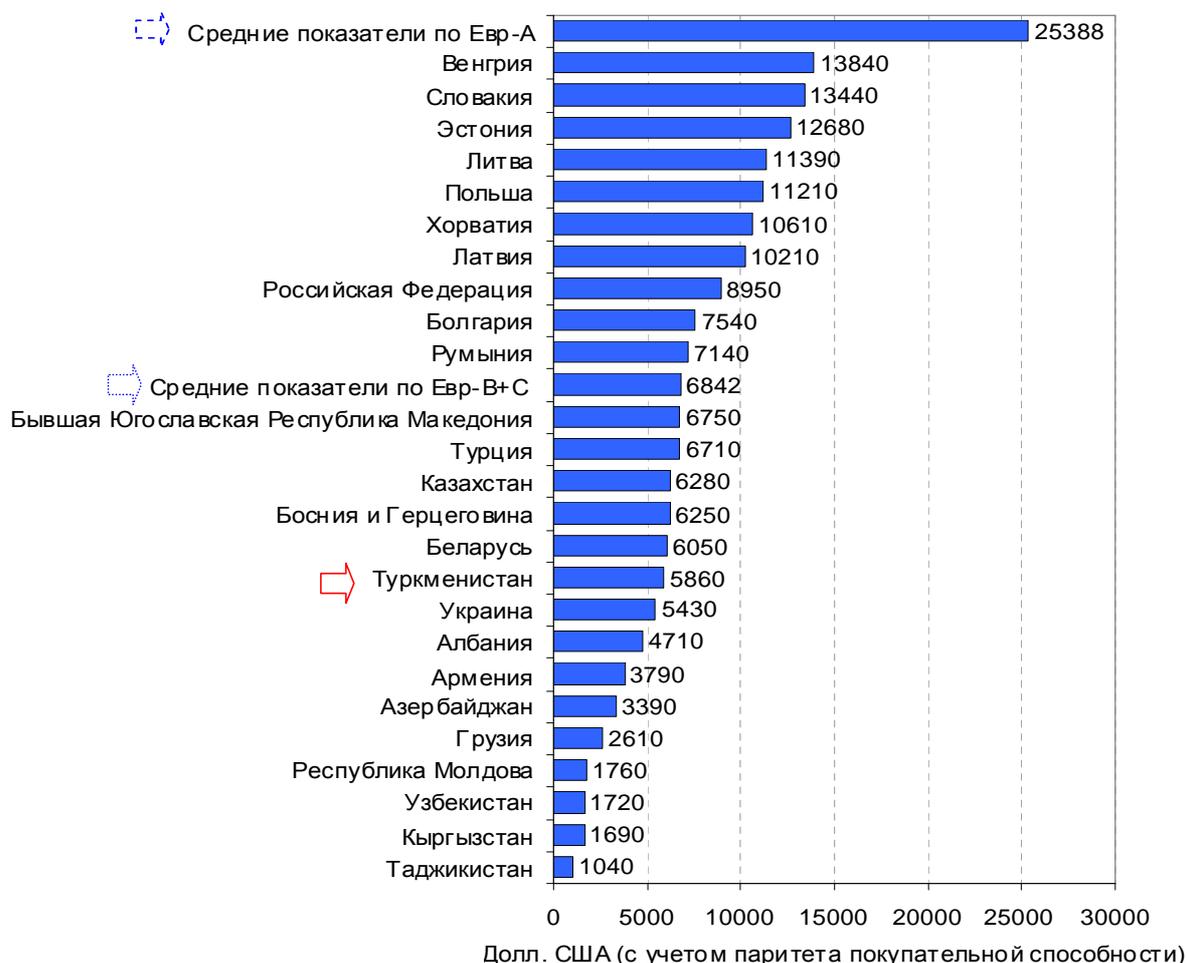
Показатели здоровья находятся под влиянием различных факторов, как индивидуальных, так и действующих на уровне семьи и всего населения. Очевидными примерами таких факторов являются характер питания, образ жизни, доступ к чистой воде, санитарии и медико-санитарным услугам. Немаловажную роль при этом играют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

Доход: абсолютная бедность, относительная бедность и распределение дохода

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

Валовой национальный доход на душу населения составил в Туркменистане в 2003 г. 5860 долл. США (с учетом паритета покупательной способности), что ниже средних цифр для Евр-В+С.

Валовой национальный доход на душу населения в долл. США, 2003 г.



Источник: World Bank (2005)

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.

Результаты обследований домашних хозяйств, проведенных в Туркменистане с 1988 по 1998 г. с применением критериев абсолютной бедности для Европы, рекомендованных Всемирным банком, показали, что доля населения, живущего в условиях абсолютной бедности, увеличивается. В 1988 г. 62,0% населения не имело возможности тратить на удовлетворение минимально необходимых жизненных потребностей более 4,30 долл. США, почти 10% населения – жило на 2,15 долл. США или менее в день. По данным последнего обследования, в 1998 г., уже 79,4%

населения жило на 4,30 долл. США в день и почти 44% – на 2,15 долл. США в день (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.

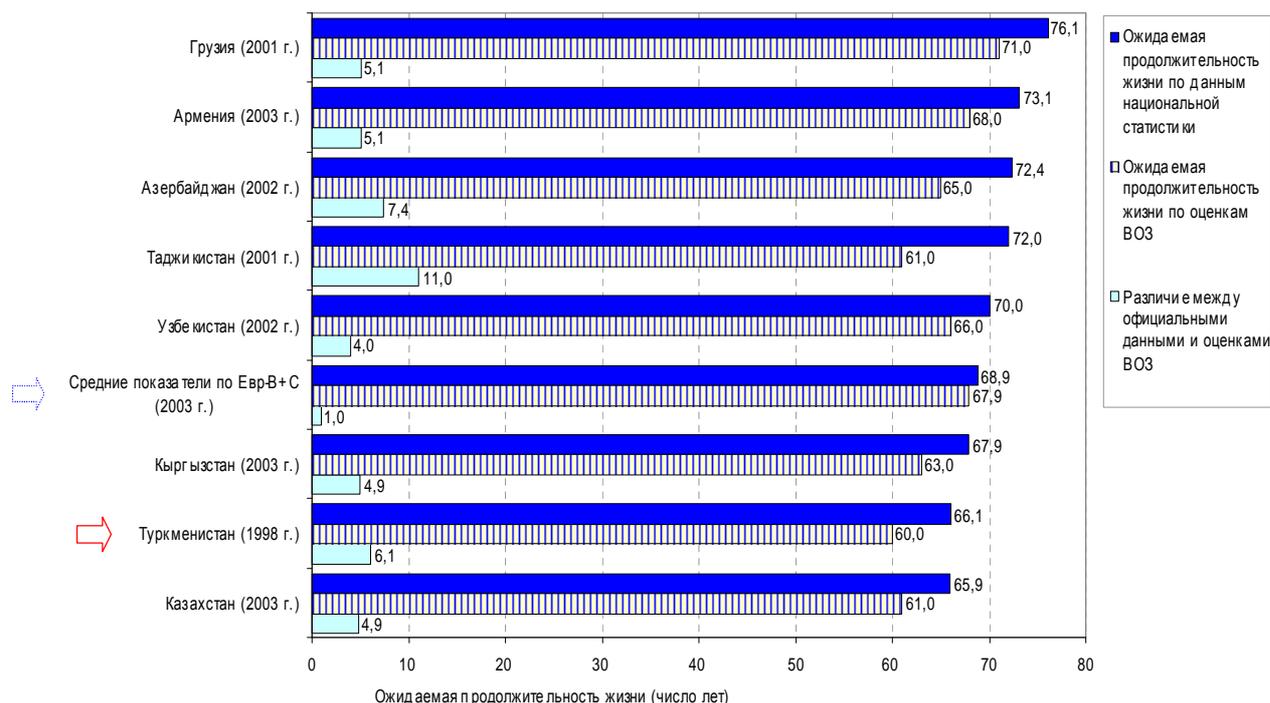
Наиболее недавно рассчитанное (на 1998 г.) значение индекса Гини для Туркменистана составляет 40,7. Соответствующие показатели для 15 стран Евр-В+С на 2000–2002 гг. распределяются от 26,1 в Боснии и Герцеговине (2001 г.) до 45,6 в Российской Федерации (2000 г.) (World Bank, 2005).

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

По расчетным оценкам ВОЗ (WHO, 2003с), жители Туркменистана, родившиеся в 2003 г., могут рассчитывать прожить в среднем 60 лет (женщины – 65, мужчины – 56 лет), что составляет самый низкий показатель ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) в Регионе. Однако официальные цифры ОПЖ, основанные на текущей регистрации смертности в стране, на 6 лет превышают оценочные показатели ВОЗ – значительное расхождение для страны Региона, обусловленное главным образом неполной регистрацией детской смертности. Предполагается, что официальные цифры по взрослому населению носят более достоверный характер и достаточно надежно для целей данного обзора отражают основную картину смертности, хотя и не всегда обеспечивают полную точность в оценке количественных уровней. Исходя из этого, а также поскольку имеются полные сведения с разбивкой по всем возрастам и по полу, именно эти (официальные) данные приведены в подавляющем большинстве случаев в настоящей сводке. Последние поступившие в ВОЗ официальные цифры государственной статистики смертности относятся к 1998 г. Для того чтобы читатель мог получить более достоверное представление о реально существующей ситуации, особенно в отношении показателей материнской и ранней детской смертности, дополнительно приводятся оценочные данные ВОЗ.

Менее явная, но важная проблема, помимо полноты регистрации смерти, касается правильности указания причины смерти в официальном свидетельстве. Имеются многочисленные указания на существующие в этой области недостатки, которые влияют на достоверность выводов и трактовок, основанных на текущей статистике смертности, особенно там, где вопрос касается международных сравнений. С учетом вышеизложенных соображений, данные о смертности в целом свидетельствуют о следующем. По официальным данным величина ОПЖ для Туркменистана на 2–3 года меньше, чем в среднем по Евр-В+С (68,8 лет), при условии, что этот показатель остается на уровне 1998 г. Однако по оценкам ВОЗ за 2003 г., значение ОПЖ существенно ниже: оно прикл. на 8 лет не достигает соответствующего усредненного показателя для Евр-В+С, рассчитанного исключительно на основании оценочных значений ВОЗ для всех стран этой группы (2002 г.). Это означает, что уровень ОПЖ в Туркменистане, по всей вероятности, на 17 лет ниже, чем в среднем по Евр-А (79,0 лет).

Различия в оценках ожидаемой продолжительности жизни (годы), основанные на национальных данных и на прогнозах ВОЗ в отдельных странах

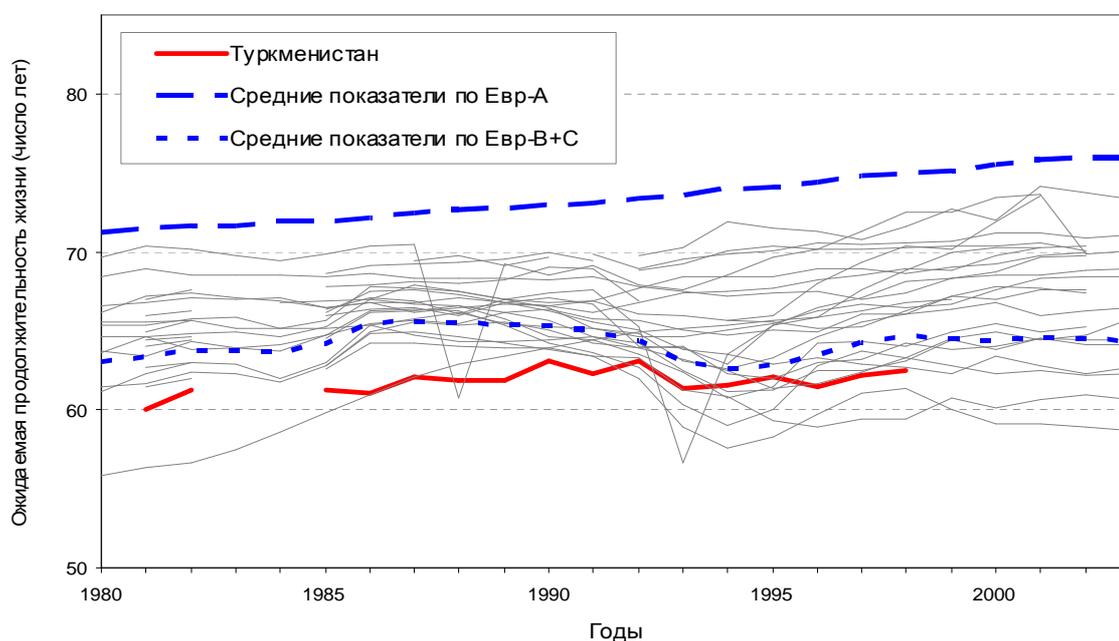


Источники: WHO Regional Office for Europe (2005); WHO (2005)

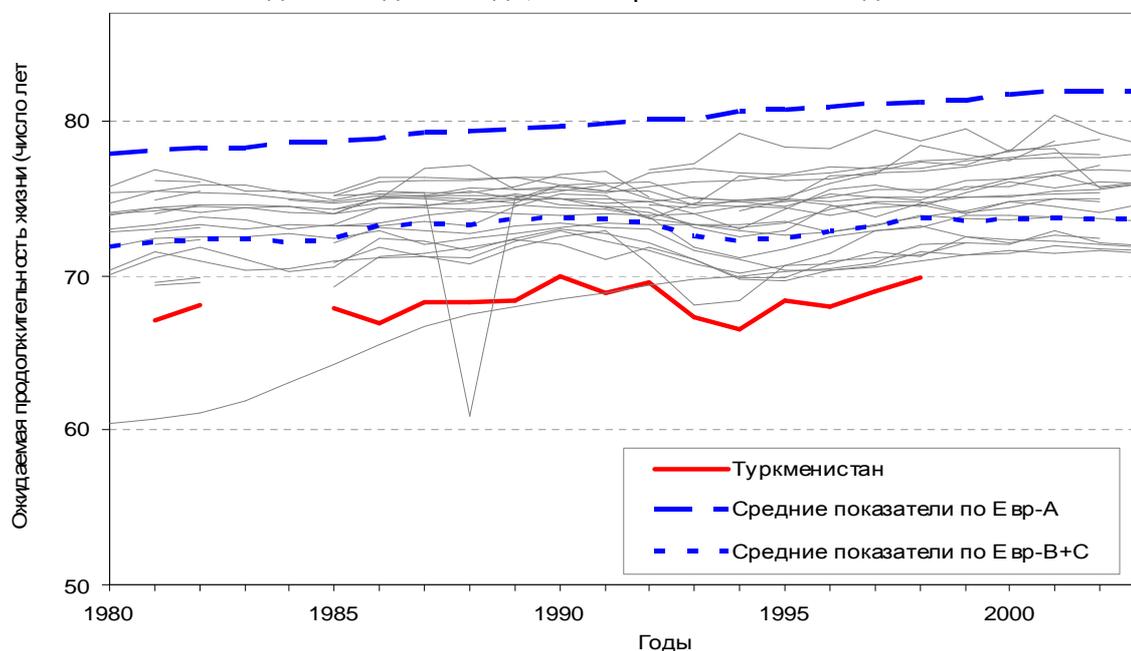
В 1990 г. официальный уровень ОПЖ в Туркменистане был примерно на 3 года ниже, чем в среднем по странам Евр-В+С, и составлял около 70 лет. После приобретения государственной независимости наблюдалось типичное для стран СНГ снижение ОПЖ до примерно 64 лет (1994 г.). Однако уже к 1997 г. этот показатель практически восстановился до прежнего уровня.

Следует также отметить относительно низкую разницу в ОПЖ между туркменскими мужчинами и женщинами – всего 7,4 лет. Среднее различие в ОПЖ между мужчинами и женщинами по странам Евр-В+С составляет 9 лет, по странам Евр-А – 6 лет.

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

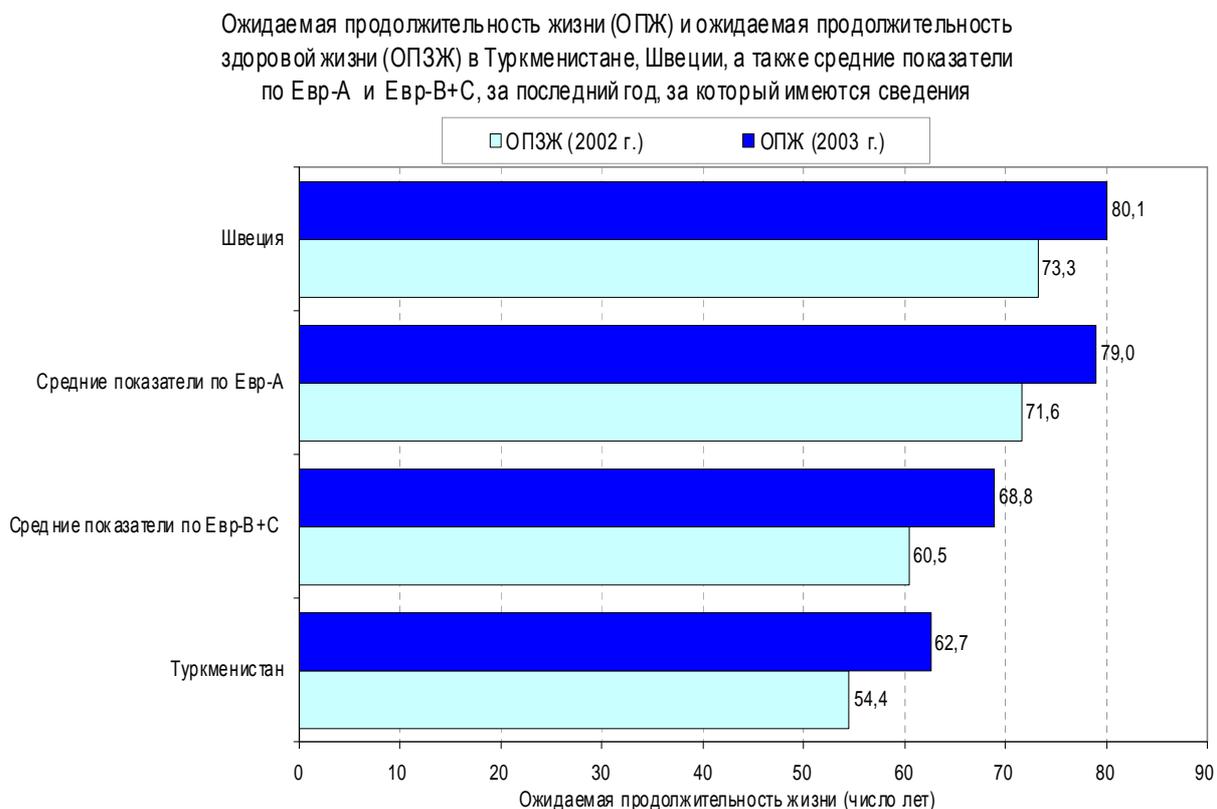


Ожидаемая продолжительность здоровой жизни

По оценкам ВОЗ за 2002 г. (WHO, 2004) жители Туркменистана могут рассчитывать прожить в среднем 54,4 года без нарушений здоровья (женщины – 57,2 лет, мужчины – 51,6 года). Это примерно на 17,2 лет меньше по сравнению со средними показателями по Евр-А (71,6 года) и на 6,1 лет меньше, чем в среднем по Евр-В+С (60,5 лет). Наилучшие результаты в Европейском регионе по данному показателю достигнуты в Швеции: 73,3 года (74,8 для женщин, 71,9 для мужчин). Для жителей Туркменистана в возрасте 60 лет ожидаемая продолжительность здоровой

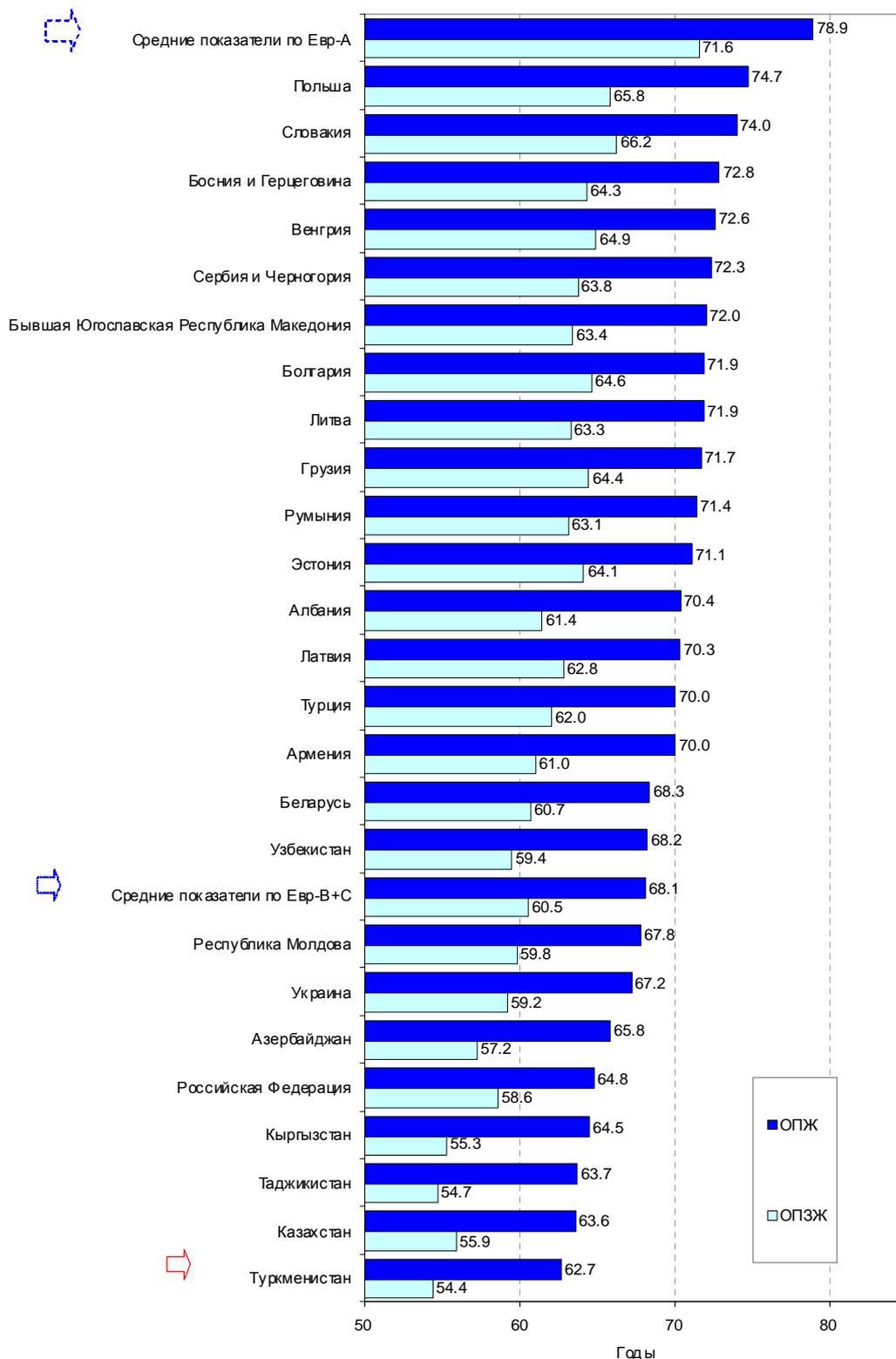
жизни составляет 11,5 лет для женщин и 9,2 лет для мужчин, в то время как в Швеции эти усредненные значения равны соответственно 19,6 и 17,1 годам.

Альтернативный способ представления тех же самых данных – оценить ожидаемую продолжительность жизни с теми или иными нарушениями здоровья. В Туркменистане этот показатель составляет 9,7 лет для женщин и 7,1 лет для мужчин. Соответствующие значения для Швеции: для женщин – 7,9 лет, для мужчин – 6,2 лет.



Примечание: сведения по ожидаемой продолжительности жизни в Швеции даны за 2002 г.

Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) и ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ) в Туркменистане, 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 Туркменистане. Самая значительная доля бремени болезней среди лиц обоего пола приходится на сердечно-сосудистые заболевания, на втором месте по значению для мужчин – непреднамеренные травмы, для женщин – нервно-психические расстройства. Поскольку смертность от нервно-психических расстройств невысокая, основная часть обусловленного ими бремени болезней связана с нарушениями повседневной жизнедеятельности таких больных.

Десять ведущих групп стойких нарушений здоровья и инвалидности мужчин и женщин в Туркменистане (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	22,4	Сердечно-сосудистые заболевания	21,7
2	Непреднамеренные травмы	12,0	Нервно-психические расстройства	17,5
3	Респираторные инфекции	11,5	Респираторные инфекции	10,6
4	Нервно-психические расстройства	11,1	Инфекционные и паразитарные болезни	8,5
5	Инфекционные и паразитарные болезни	10,2	Непреднамеренные травмы	6,7
6	Болезни органов пищеварения	6,8	Болезни органов пищеварения	5,9
7	Преднамеренные травмы	4,6	Злокачественные новообразования	4,2
8	Состояния, возникающие в перинатальном периоде	4,2	Болезни органов чувств	3,8
9	Злокачественные новообразования	3,8	Неполноценное питание	3,3
10	Болезни органов дыхания	2,8	Состояния, возникающие в перинатальном периоде	3,3

Источник: WHO, 2003г

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

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

Ранг	Мужчины		Женщины	
	Факторы риска	Всего DALY (%)	Факторы риска	Всего DALY (%)
1	Алкоголь	8,7	Высокий индекс массы тела	8,4
2	Табак	8,5	Повышенное артериальное давление	8,1
3	Высокий индекс массы тела	6,7	Высокий уровень холестерина	4,7
4	Повышенное артериальное давление	6,4	Недостаточная масса тела у матери и ребенка	4,5
5	Высокий уровень холестерина	6,2	Дым в помещениях от сжигания твёрдого топлива	3,7
6	Недостаточная масса тела у матери и ребенка	4,4	Недоброкачественная вода и неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия	3,3
7	Дым в помещениях от сжигания твёрдого топлива	3,6	Недостаток железа в организме	2,8
8	Неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия	3,1	Алкоголь	2,5
9	Недостаточное потребление фруктов и овощей	2,9	Недостаточное потребление фруктов и овощей	2,4
10	Недостаточная физическая активность	2,6	Недостаточная физическая активность	2,3

Источник: WHO, 2003c

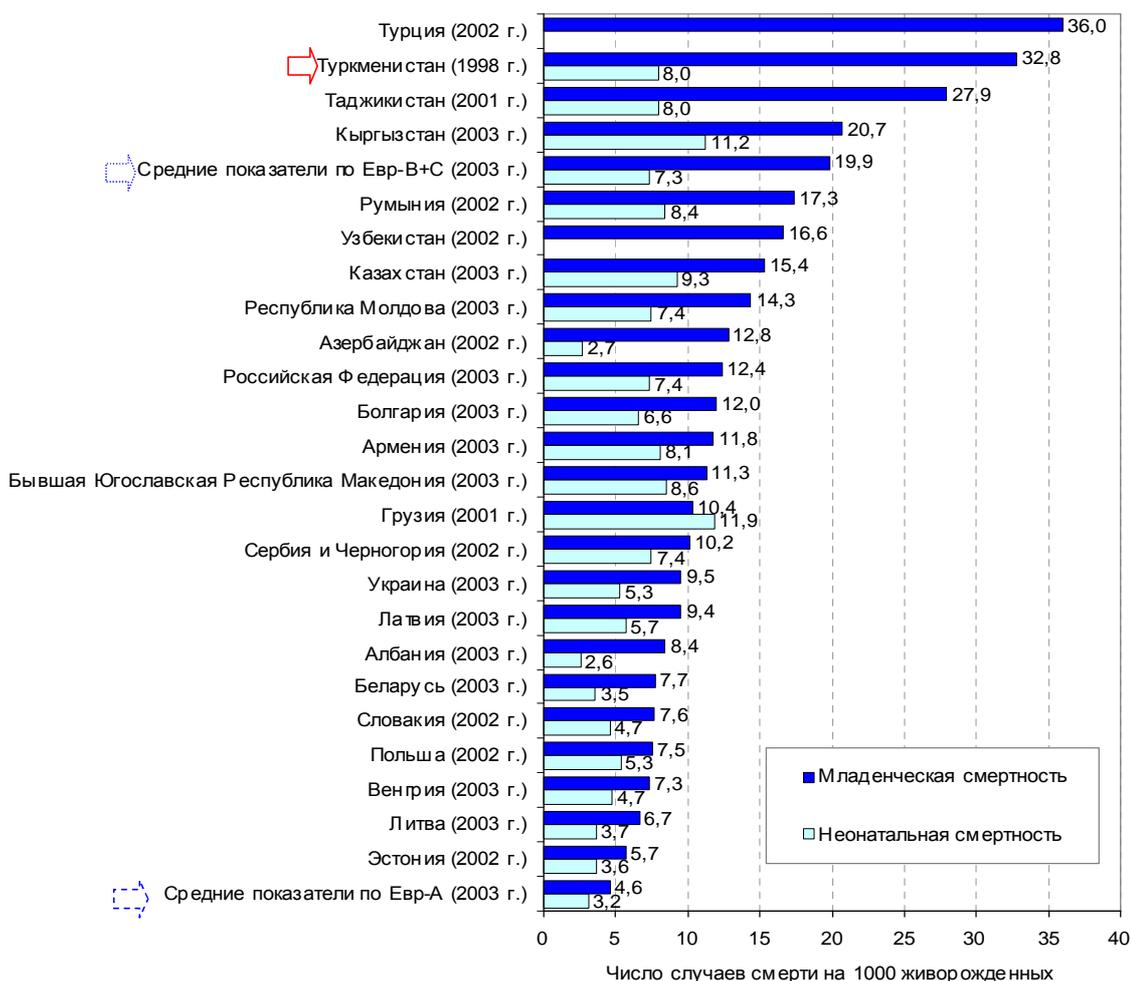
Смертность

Младенческая, неонатальная и детская смертность

По состоянию на 1998 г., официальный уровень младенческой смертности в Туркменистане был крайне высоким: 33 случая смерти на 1000 живорожденных. Несмотря на значительные трудности в оценке динамики показателей вследствие короткого периода наблюдения, данные свидетельствуют о том, что уровень младенческой смертности за период с 1990 по 1997 г. снизился на одну треть – это хорошее достижение, учитывая сложный период перестройки экономики и низкий уровень дохода страны. Однако оценки ВОЗ за 2002 г. показывают, что из каждых 1000 живорожденных в Туркменистане в среднем 55 детей умирают не достигнув пятилетнего возраста. Аналогичный оценочный показатель ВОЗ за 2002 г. для соседнего Узбекистана составлял около 32 случаев смерти на 1000 живорожденных. Среднее значение по Евр-В+С в 2003 г. составляло 19,9; самая низкая младенческая смертность в этой группе стран по оценкам ВОЗ была зафиксирована в Литве в 2003 г. (6,7), а также в Эстонии и Словакии в 2002 г. (8,0).

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. Поскольку неизвестна степень достоверности экстраполяции имеющихся на сегодняшний день оценочных данных ВОЗ, а национальные данные отсутствуют, остается неясным, удастся ли Туркменистану достичь ЦРТ к 2015 г.

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



За последние годы данные по неонатальной смертности отсутствуют. Значение за 1997 г. составляет около 8 случаев смерти на 1000 живорожденных: это могло бы служить очень хорошим показателем, однако данные не поддаются международным сравнениям. 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 Туркменистане по национальным данным и по оценкам ВОЗ

Показатель	Национальные данные ^а	Оценочные данные ВОЗ
Младенческая смертность, на 1000 живорождённых, 2000 г. (показатель ЦРТ)	33 (1998)	51 (2000) ^б
Неонатальная смертность, на 1000 живорожденных, 2000 г.	8 (1998)	35 (2000) ^в
Смертность детей до 5 лет, на 1000 живорождённых (показатель ЦРТ)	53 (1998)	102 (93–112) (2003) ^в
Материнская смертность на 100 000 живорождённых, 2000 г. (показатель ЦРТ)	44 (1996)	31 (2000) ^в

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

Из представленных данных видно, что официальные показатели смертности детей до 5 лет в Туркменистане составляют около половины от предполагаемого реального уровня. Поскольку неполная регистрация детской смертности главным образом касается детей до года, вышеуказанные различия соответствуют и другим данным, содержащимся в таблице, косвенно подтверждая тот факт, что и младенческая, и неонатальная смертность также существенно занижены. Что еще более важно, по оценкам ВОЗ за период с 2000 по 2003 г. наблюдался фактический рост смертности детей до 5 лет в среднем приibl. на 1% в год. По Региону в целом, напротив, отмечается снижение данного показателя примерно на 3,5% ежегодно. Данное ухудшение ситуации в Туркменистане вызывает серьезное беспокойство и требует дальнейшего анализа. В любом случае, подобная динамика является необычной для стран СНГ с высокой детской смертностью (WHO, 2005).

Материнская смертность

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

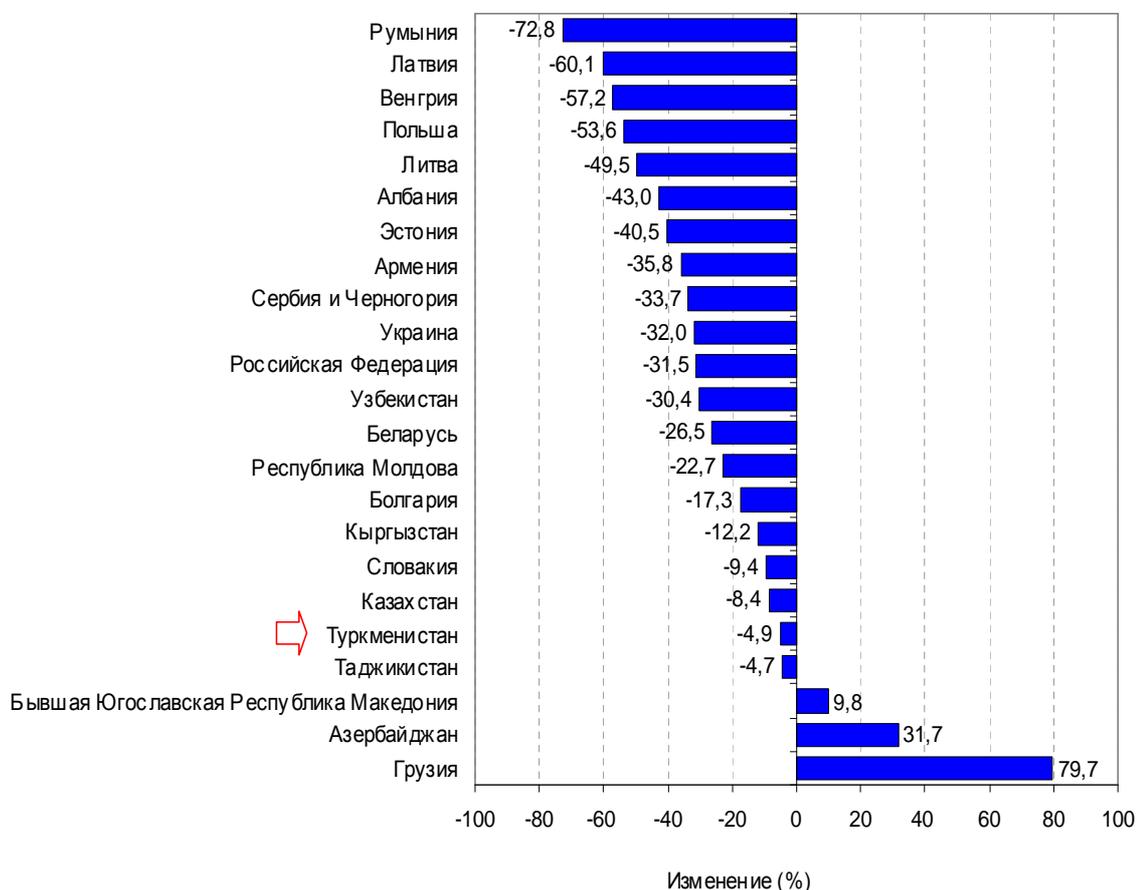
Несмотря на трудность достоверной оценки материнской смертности (МС), для оценки прогресса в достижении ЦРТ (снизить показатель материнской смертности за период с 1990 до 2015 г. на 75%) используются национальные данные. В некоторых странах целевой показатель для 2015 г. может быть равен или ниже среднего 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 трудную задачу даже в странах с вполне надежными системами регистрации. Обычно оценки ВОЗ менее благоприятны по сравнению с отчетами стран, однако, как видно из приведенной выше таблицы, в отношении Туркменистана имеет место противоположная картина. В условиях отсутствия дополнительных сведений из страны и без детального анализа местных условий это явное противоречие объяснить трудно. В соответствии с ЦРТ, за период с 1990 по 2015 г. все страны обязались добиться снижения показателей материнской смертности на три четверти. Трудности в определении точности представляемых сведений о материнской смертности не дают возможности достоверно судить только на их основании о реальном прогрессе в данной области. Тем не менее следует отметить, что в 1996 г. величина этого показателя составляла 44 на 100 000 живорожденных, в то

время как в 1990 г. она была равна 42. Это свидетельствует скорее об ухудшении, чем об улучшении ситуации.

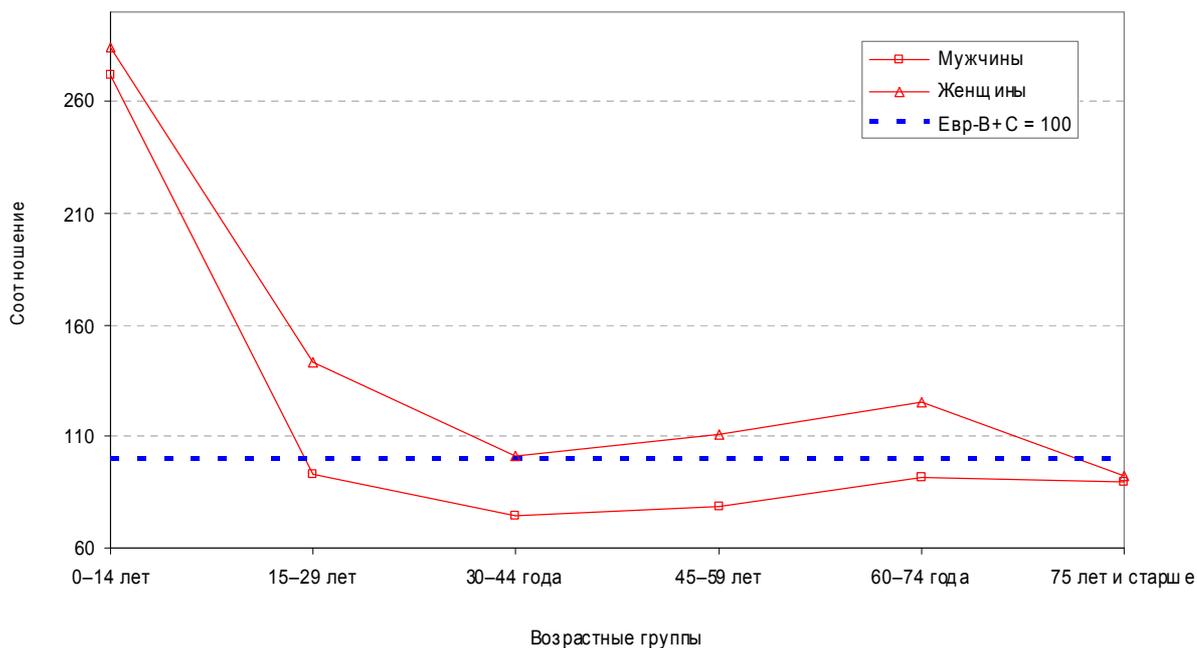
Процентные изменения материнской смертности (скользящие средние показатели за 3-летний период) с 1990 г. по 2002 г., или до последнего года, за который имеются сведения



Избыточная смертность

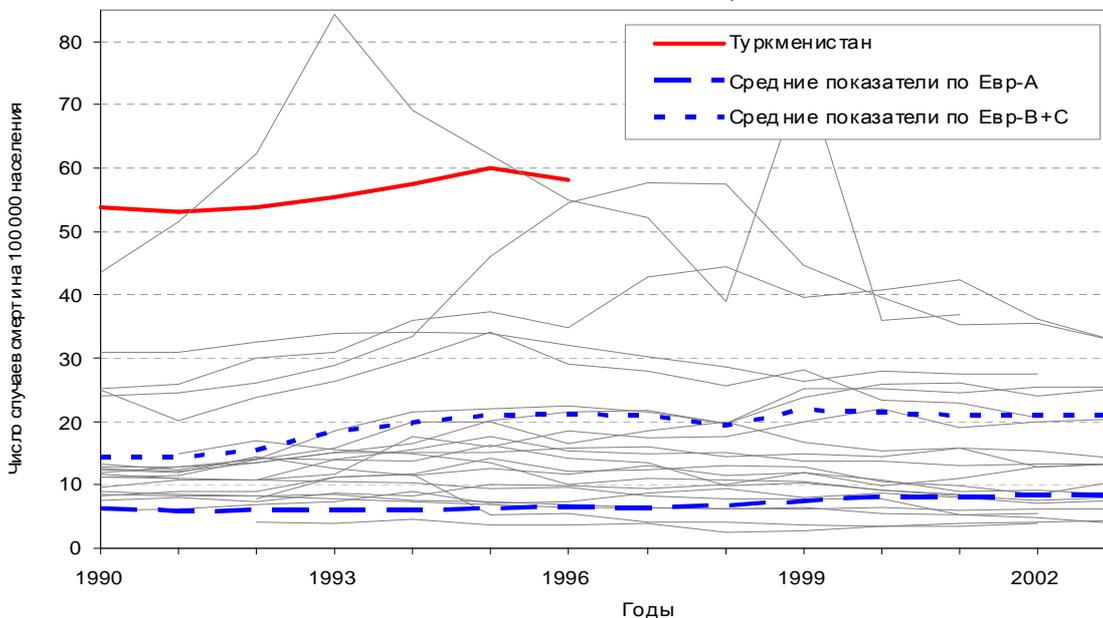
Интенсивные показатели смертности в Туркменистане в целом соответствуют средним значениям для Евр-В+С – в два раза выше, чем аналогичные показатели в странах Евр-А (Приложение. Отдельные показатели смертности). Смертность среди детей и молодежи превышает средние уровни, главным образом за счет внешних причин. Однако по совокупности возрастных групп нет избыточной смертности от внешних причин по сравнению со средними показателями для Евр-В+С, что выгодно отличается от ряда других стран СНГ. Как и можно было ожидать, избыточная смертность обусловлена инфекционными болезнями, а также болезнями органов дыхания и пищеварения.

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



Наибольшее значение среди причин избыточной смертности имеют инфекционные и паразитарные болезни, смертность от которых в 2,5 раза превышает средние значения для Евр-В+С и в 6 раз выше, чем в странах Евр-А.

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



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

Следует учитывать, что на 1994–1995 гг. пришелся пик кризиса смертности в странах СНГ (как следствие распада СССР). Поэтому тенденции за период с 1995 по 2003 гг., в целом выглядят более благоприятными, чем общая динамика за весь период с 1990 по 2003 г.

Суммарная смертность в возрастной группе 0–14 лет в Туркменистане составляет 420 на 100 000 (1998 г.), что прилб. в 3 раза превышает средний уровень по Евр-В+С (152) на 2003 г. (Приложение. Детальные данные о смертности). С 1995 г. показатель улучшился на 6%, однако период наблюдения слишком короток и слишком далек от 2005 г., чтобы можно было делать какие-либо выводы. Уровень смертности от перинатальных причин по официальным данным совпадает со средними цифрами по Евр-В+С, однако вероятно имеется значительное число незарегистрированных случаев смерти.

Общая смертность в возрастной группе 15–29 лет составила в 1998 г. 106 на 100 000 – меньше, чем в среднем по Евр-В+С на 2003 г. (161) (Приложение. Детальные данные о смертности). Важной особенностью является более низкий уровень смертности от внешних причин, по сравнению с Евр-В+С, поскольку это указывает на формирующееся характерное распределение причин смертности среди молодежи, указывающее в частности на более низкий уровень насилия, по сравнению с рядом других стран СНГ. Эти черты становятся еще более заметными в последующих возрастных группах.

Смертность от инфекционных болезней, а также от болезней органов дыхания и пищеварения выше, чем в среднем по Евр-В+С.

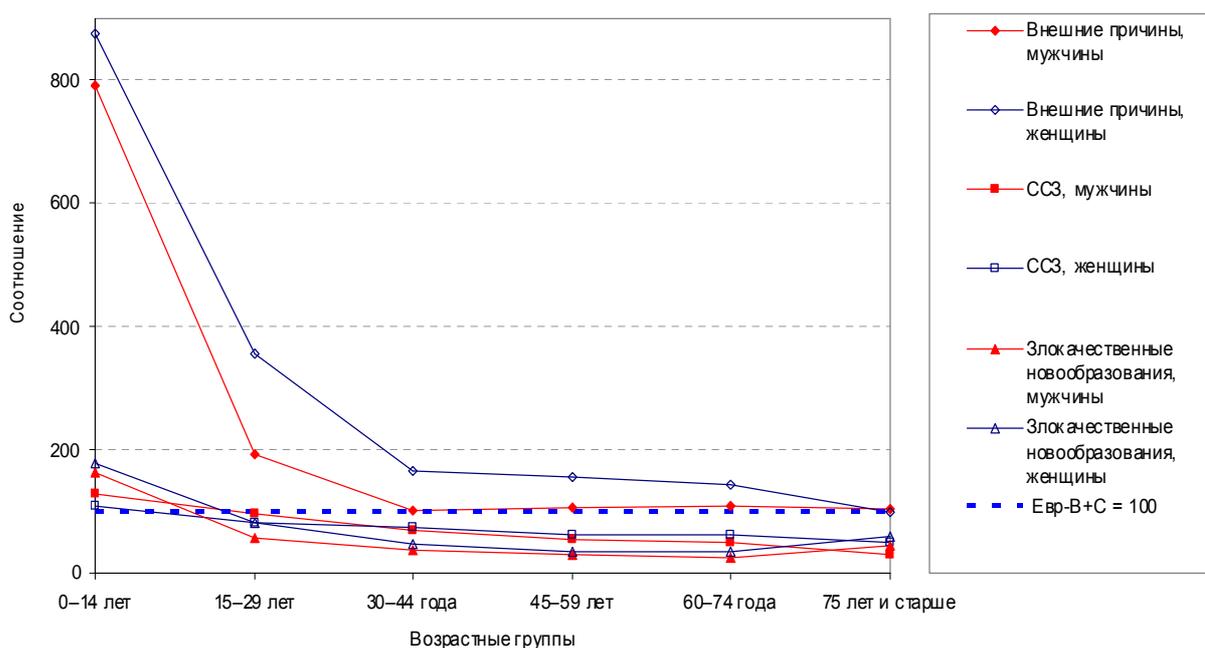
В возрастных группах 30–44 лет и 45–59 лет показатели смертности аналогичны вышеописанной группе: несколько лучшая ситуация, чем в среднем по Евр-В+С, главным образом за счет существенно более низкой смертности от внешних причин (Приложение. Детальные данные о смертности).

В более пожилых возрастных группах цифры смертности весьма близки к средним показателям по Евр-В+С: частой причиной смерти являются ССЗ, внешние причины остаются на низком уровне.

Основные причины смерти

За небольшими исключениями, смертность от ведущих причин во всех основных возрастных группах ниже, чем соответствующие средние показатели для Евр-В+С за исключением смертности от внешних причин среди детей и молодежи. Следует вновь оговориться, что необходимо соблюдать известную осторожность при интерпретации данных по смертности от различных причин.

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



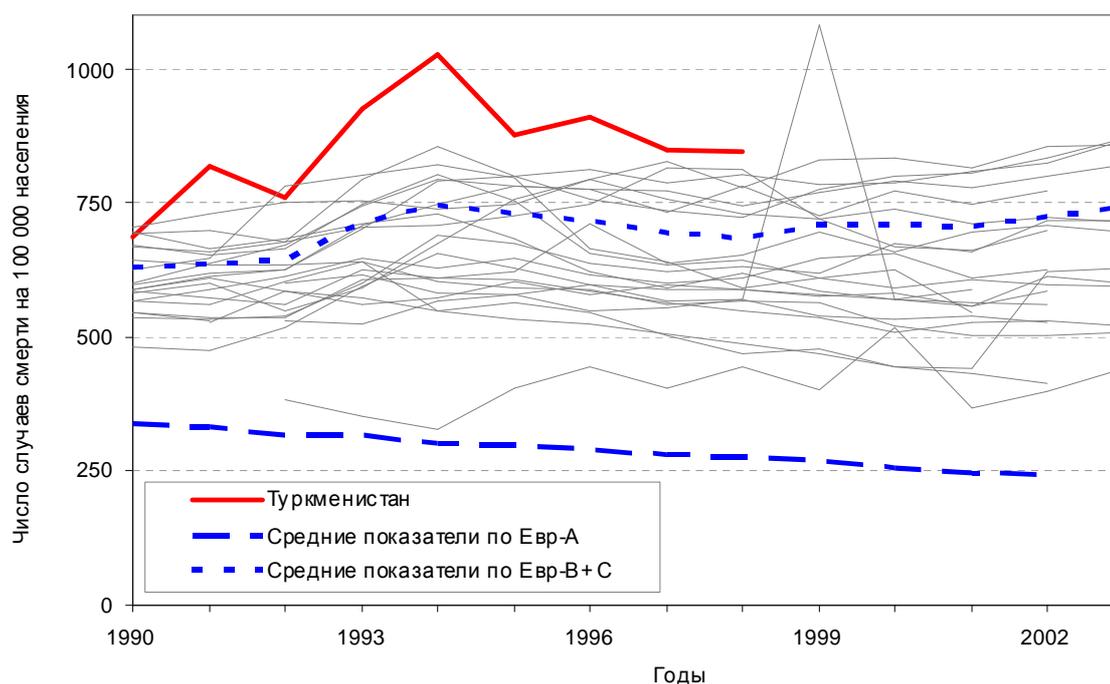
В 1998 г. 88% всей смертности в Туркменистане было обусловлено неинфекционной патологией; внешние причины составили около 5%, инфекционные болезни – около 4%, неточно обозначенные состояния – около 3% (Приложение. Детальные данные о смертности). В целом по группе Евр-В+С средняя доля смертности от внешних причин значительно выше (11%), смертность от неточно обозначенных причин и инфекционных болезней занимает меньшее место, доля смертности от неинфекционной патологии также несколько ниже.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ)

Ведущей причиной смерти в Туркменистане в 1998 г. были сердечно-сосудистые заболевания, на долю которых приходилось 63% всей смертности, что превышает средние показатели для стран Евр-В+С (57%). Приблизительно половина смертности от ССЗ обусловлена ишемической болезнью сердца. Однако доля смертности, обусловленной цереброваскулярными болезнями (6%) расположена ближе к среднему уровню для Евр-А (9%), чем к уровню Евр-В+С (17%). Это возможно свидетельствует о меньшей распространенности в Туркменистане таких факторов риска ССЗ, как повышенное артериальное давление и повышенное содержание холестерина. Для более определенных выводов необходимы дополнительные данные и более детальный анализ.

К сожалению, в соответствии с общей тенденцией по Евр-В+С и даже опережая ее, за период с 1990 по 1998 г. в Туркменистане смертность от ССЗ существенно повысилась; этот рост, по всей видимости, будет продолжаться.

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

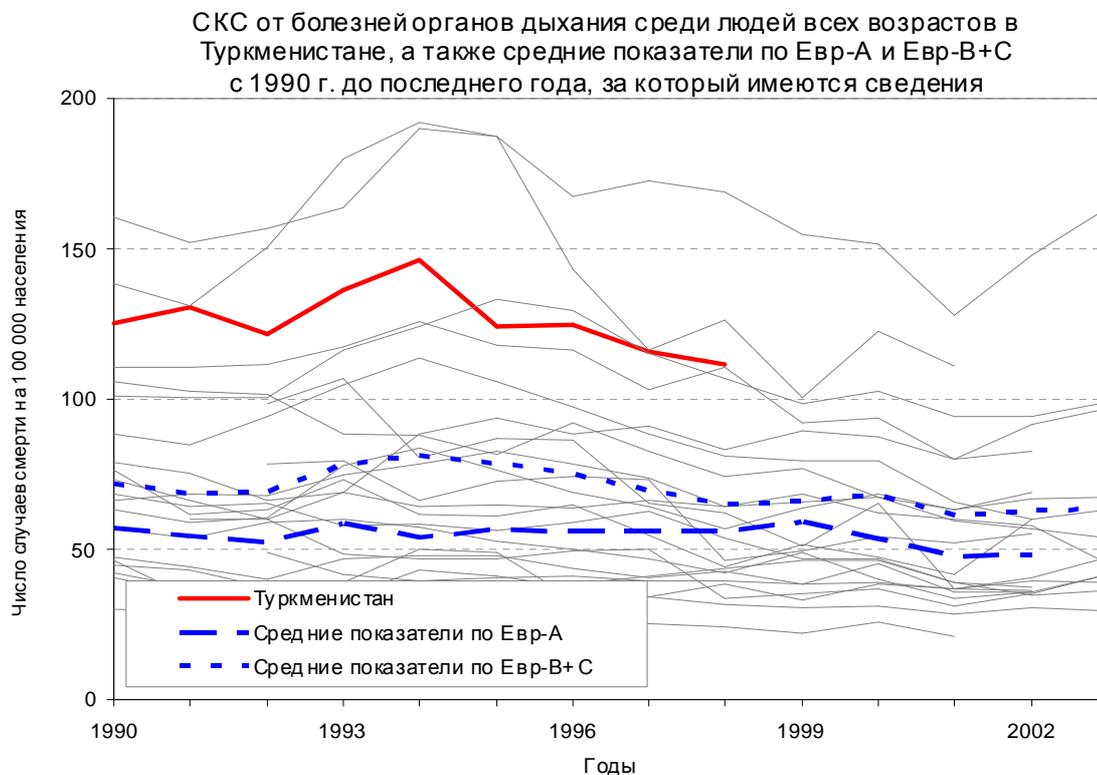


Злокачественные новообразования

Смертность от злокачественных новообразований относительно равномерно распределена по всему Региону. Однако в Туркменистане этот показатель существенно ниже, чем в среднем по Евр-В+С и Евр-А. Однозначного объяснения этого феномена нет, поскольку возможности детального анализа ограничены степенью полноты и качеством регистрации и кодирования смертельных исходов от рака, что является частой проблемой в центрально-азиатских республиках (ЦАР).

Болезни органов дыхания

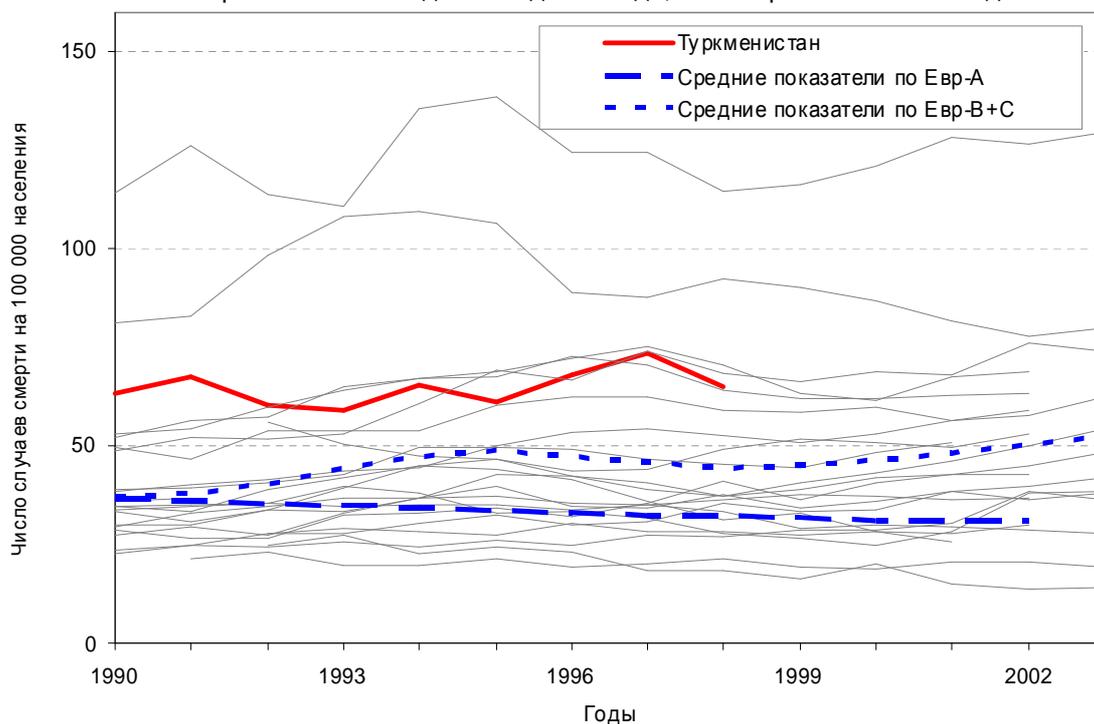
Болезни органов дыхания в 2003 г. составляли около 8% среди всех причин смертности в Туркменистане, значительно превышая аналогичный средний показатель для Евр-В+С. Такая же закономерность прослеживается и в отношении интенсивного показателя смертности, на 100 000 населения.



Болезни органов пищеварения

За период с 1990 г. смертность от болезней органов пищеварения в Евр-В+С явно повысилась. Соответствующие показатели в Туркменистане относительно стабильны, но держатся на весьма высоком уровне. Около двух третей смертности в этой категории обусловлены хроническими болезнями печени и циррозом печени. Определенную роль возможно играет высокая заболеваемость гепатитами, осложненная значительным уровнем потребления алкоголя.

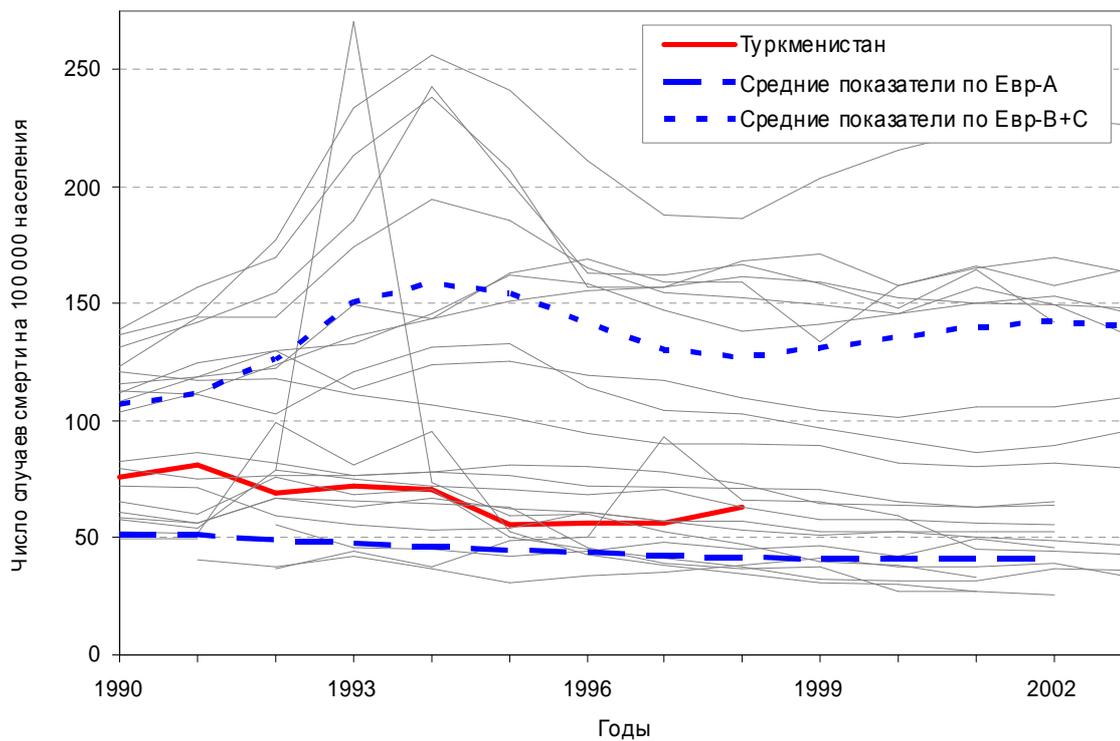
СКС от болезней органов пищеварения среди людей всех возрастов в Туркменистане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения



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 Туркменистане 63 случая на 100 000 населения (1998), 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 Туркменистане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения



Уровень смертности, связанной с насилием, относительно низок.

В противоположность динамике смертности от внешних причин в целом по Евр-В+С, данные показатели в Туркменистане в течение 1990–1998 гг. проявляли тенденцию к снижению.

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.).

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 30 November 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 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.).

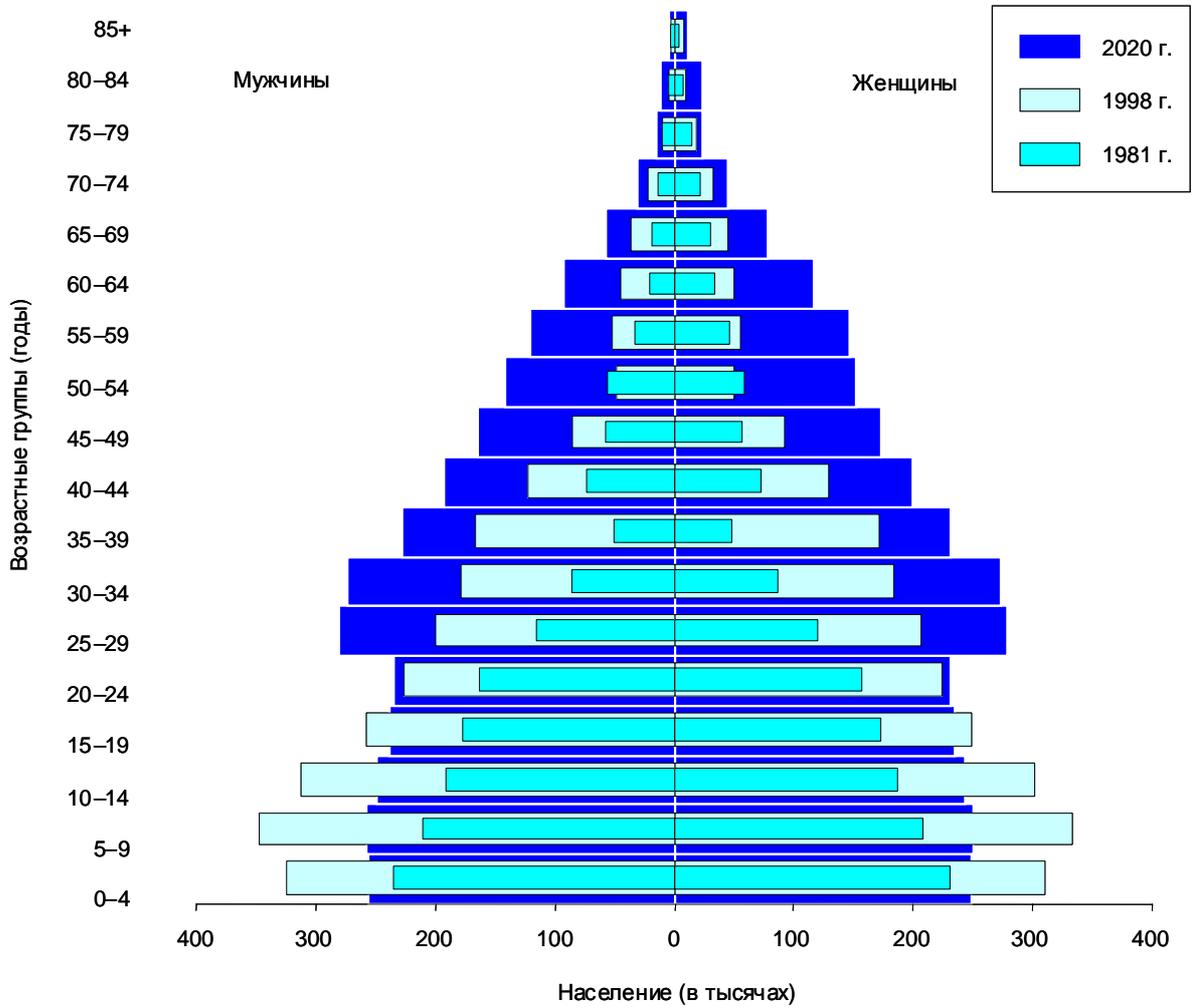
World Bank (2004). *The Millennium Development Goals in Europe and Central Asia*. Washington, DC, World Bank.

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 Туркменистана



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

Приложение. Отдельные показатели смертности.

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

Болезни и патологические состояния	С ИС на 100 000 населения		Избыточная смертность в Туркменистане (%)	Доля в структуре смертности в Туркменистане (%)	Доля в структуре смертности в Евр-В+С (%)	Средние показатели по Евр-А	Избыточная смертность в Туркменистане по отношению к Евр-А (%)	Доля в структуре смертности в Евр-А (%)
	Туркменистан (1998 г.)	Средние показатели по Евр-В+С (2003 г.)						
Отдельные неинфекционные болезни	1132,8	1044,9	8,4	85,1	79,6	533,8	112,2	82,4
Сердечно-сосудистые заболевания	844,4	741,8	13,8	63,4	56,5	243,4	246,9	37,6
Ишемическая болезнь сердца	440,3	362,7	21,4	33,1	27,6	95,9	359,1	14,8
Цереbroваoскулярные болезни	85,6	221,7	-61,4	6,4	16,9	61,1	40,1	9,4
Нарушения лёгочного кровообращения и другие болезни сердца	108,2	68,9	57,0	8,1	5,3	56,6	91,2	8,7
Экoачекoтвенные новообразования (рак)	97,9	172,0	-43,1	7,4	13,1	181,5	-46,1	28,0
Рак трахеи, бронхов, лёгких	10,3	33,9	-69,6	0,8	2,6	37,1	-72,2	5,7
Рак молочной железы	8,7	22,1	-60,6	0,7	1,7	27,0	-67,8	4,2
Рак толстой кишки (включая прямую кишку) и анальной области	4,9	19,0	-74,2	0,4	1,4	20,7	-76,3	3,2
Рак предстательной железы	2,2	14,3	-84,6	0,2	1,1	25,1	-91,2	3,9
Болезни органов дыхания	111,8	63,1	77,2	8,4	4,8	47,8	133,9	7,4
Хронические болезни и нижних дыхательных путей	28,4	31,2	-9,0	2,1	2,4	20,2	40,6	3,1
Пневмония	43,5	23,6	84,3	3,3	1,8	16,2	168,5	2,5
Болезни органов пищеварения	64,8	52,3	23,9	4,9	4,0	30,8	110,4	4,8
Хронические болезни печени и цирроз печени	44,8	32,0	40,0	3,4	2,4	12,6	255,6	1,9
Нервно-психические расстройства	13,9	15,7	-11,5	1,0	1,2	30,3	-54,1	4,7
Инфекционные болезни	50,8	20,8	144,2	3,8	1,6	8,4	504,8	1,3
ВИЧ/СПИД	0,0	0,8	-100,0	0,0	0,1	1,1	-100,0	0,2
Внешние причины	63,1	139,6	-54,8	4,7	10,6	40,3	56,6	6,2
Непреднамеренные	43,1	102,2	-57,8	3,2	7,8	28,7	50,2	4,4
Дорожно-транспортный травматизм	8,5	14,7	-42,2	0,6	1,1	9,9	-14,1	1,5
Падения	1,8	7,5	-76,0	0,1	0,6	6,1	-70,5	0,9
Преднамеренные	20,1	37,4	-46,3	1,5	2,9	11,6	73,3	1,8
Самосреждения (самоубийства)	10,9	23,2	-53,0	0,8	1,8	10,6	2,8	1,6
Насилие (убийства)	9,2	14,2	-35,2	0,7	1,1	1,0	820,0	0,2
Неточно обозначенные состояния	33,8	64,0	-47,2	2,5	4,9	20,9	61,7	3,2
Все причины	1331,0	1312,2	1,4	100,0	100,0	647,8	105,5	100,0

Приложение. Детальные данные о смертности.

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

Причины смерти	Пол	Туркменистан (1998 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	420.2	-6.0	49.4	-2.4	151.7	-3.8
	М	463.9	-6.2	55.3	-2.5	170.5	-3.9
<i>Инфекционные и паразитарные болезни</i>	Ж	374.7	-5.7	43.3	-2.4	131.9	-3.8
	М	76.9	-14.8	1.4	-1.1	10.9	-7.0
Кишечные инфекции	Ж	69.5	-13.1	1.1	-3.0	9.5	-6.6
	М	58.9	-15.5	0.2	-0.7	5.1	-8.2
<i>Злокачественные новообразования</i>	Ж	56.3	-13.6	0.1	-7.3	4.7	-7.9
	М	6.5	13.5	3.3	-1.8	5.1	-1.9
<i>Сердечно-сосудистые заболевания</i>	Ж	4.6	0.9	2.6	-1.8	4.2	-1.9
	М	26.0	60.2	1.4	-3.1	3.3	1.1
<i>Болезни органов дыхания</i>	Ж	22.7	88.1	1.3	-2.5	2.6	0.1
	М	221.1	-5.5	1.4	-4.3	35.9	-5.0
Пневмония	Ж	186.6	-4.7	1.0	-4.2	30.7	-5.0
	М	106.3	-3.7	0.5	-6.0	20.9	-4.9
<i>Состояния, возникающие в перинатальном периоде</i>	Ж	86.5	-3.2	0.4	-5.1	17.9	-4.7
	М	662.3	-1.7	255.3	-2.1	607.6	-2.7
<i>Врожденные аномалии и хромосомные нарушения</i>	Ж	401.9	-3.8	202.3	-1.6	427.5	-2.7
	М	11.9	-9.7	11.6	-2.9	24.2	-2.8
<i>Неточно обозначенные причины смерти</i>	Ж	8.6	-15.1	10.0	-3.3	21.0	-2.6
	М	5.5	-14.7	5.0	-3.9	5.6	-0.6
<i>Внешние причины (травмы и отравления)</i>	Ж	3.9	-20.7	3.4	-4.2	4.6	-1.0
	М	47.1	-4.4	7.0	-4.0	29.0	-3.4
Дорожно-транспортный травматизм	Ж	32.2	0.9	4.6	-3.2	18.1	-3.1
	М	5.0	-5.1	2.5	-4.5	4.7	-2.6
	Ж	2.8	-3.9	1.7	-4.8	3.0	-1.6

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

Причины смерти	Пол	Туркменистан (1998 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	168.3	9.0	56.0	-2.3	161.0	-0.9
	М	224.0	12.5	82.0	-2.3	241.7	-1.0
<i>Инфекционные и паразитарные болезни</i>	Ж	113.2	3.6	29.3	-2.2	79.0	-0.6
	М	31.2	10.7	1.2	1.5	12.3	3.0
<i>Злокачественные новообразования</i>	Ж	14.5	0.3	0.8	1.9	5.1	2.5
	М	8.5	0.8	6.2	-1.0	8.8	-1.9
<i>Сердечно-сосудистые заболевания</i>	Ж	6.2	-1.6	4.7	-1.4	7.7	-1.9
	М	34.0	22.3	4.1	-2.4	17.6	0.0
<i>Болезни органов дыхания</i>	Ж	25.9	16.8	2.3	-2.0	7.3	-0.9
	М	13.1	9.7	1.4	-3.6	6.9	0.2
<i>Болезни органов пищеварения</i>	Ж	8.9	-5.5	0.9	-2.7	3.8	-1.1
	М	16.6	11.1	0.9	-3.5	8.0	3.0
<i>Неточно обозначенные причины смерти</i>	Ж	7.7	9.3	0.5	-3.8	3.7	3.1
	М	13.7	37.5	4.0	-3.1	11.6	7.1
<i>Внешние причины</i>	Ж	3.2	7.4	1.4	-1.3	3.3	5.8
	М	90.7	13.3	58.3	-1.4	162.4	-1.6
Дорожно-транспортный травматизм	Ж	30.3	13.4	14.4	-1.6	36.9	-0.2
	М	11.6	-0.7	28.5	-1.3	27.8	-1.5
Случайное утопление	Ж	1.8	28.0	7.3	-1.4	8.0	0.3
	М	4.5	1.2	1.3	-2.2	10.8	-3.9
Случайные отравления	Ж	2.4	23.4	0.2	-2.1	1.9	-2.2
	М	4.2	39.8	2.8	0.0	19.1	3.3
Самовольные (самоубийства)	Ж	1.3	0.5	0.7	0.8	4.4	2.5
	М	20.5	21.5	12.7	-1.8	36.8	0.0
	Ж	6.9	22.1	3.1	-2.2	5.8	-1.3

Таблица 3. Отдельные показатели смертности в возрастной группе 30–44 лет с разбивкой по полу в Туркменистане 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	Туркменистан (1998 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая	В среднем	Средне-годовая
Все причины	Оба пола	367.0	4.3	120.3	-2.5	453.8	-0.7
	М	521.9	6.1	161.6	-2.6	700.0	-0.8
	Ж	218.5	0.8	78.5	-2.1	215.6	-0.2
Злокачественные новообразования (орк)	М	27.7	-6.6	27.6	-2.3	40.2	-2.8
	Ж	32.4	-5.0	31.3	-2.0	43.8	-1.4
Рак трахеи/бронхов/лёгких	М	3.5	-11.9	5.0	-3.4	7.3	-4.2
	Ж	1.5	18.0	2.8	-0.6	2.2	-1.0
Рак молочной железы	Ж	6.6	-10.1	10.0	-2.6	10.0	-2.3
Сердечно-сосудистые заболевания	М	159.5	4.9	26.1	-2.5	158.6	-0.4
	Ж	75.6	8.1	10.4	-2.1	45.3	0.0
Ишемическая болезнь сердца	М	78.1	-0.4	11.8	-3.1	73.7	-2.2
	Ж	24.4	-1.1	2.4	-2.7	14.4	-1.3
Цереброваскулярные болезни	М	9.7	-16.5	4.4	-3.2	24.6	-0.4
	Ж	4.2	-15.6	3.6	-2.5	10.6	-1.3
Болезни органов дыхания	М	31.9	13.9	3.9	-3.5	34.3	0.9
	Ж	12.8	-3.8	2.2	-2.0	9.8	0.8
Болезни органов пищеварения	М	49.0	4.3	12.6	-2.4	50.2	1.4
	Ж	18.5	-4.0	5.4	-1.7	19.4	4.1
Внешние причины	М	113.3	8.1	58.8	-1.2	299.5	-1.9
	Ж	27.7	3.4	15.1	-1.8	58.9	-1.0
Дорожно-транспортный травматизм	М	19.2	0.7	16.0	-0.5	31.4	-1.7
	Ж	5.5	16.2	3.9	-2.0	7.1	-0.5
Самоповреждения (самоубийства)	М	22.7	14.6	21.2	-1.5	54.9	-2.4
	Ж	3.0	1.9	5.8	-2.2	7.9	-2.5

Таблица 4. Отдельные показатели смертности в возрастной группе 45–59 лет с разбивкой по полу в Туркменистане 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	Туркменистан (1998 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая	В среднем	Средне-годовая
Все причины	Оба пола	1156.0	-0.2	435.6	-1.3	1294.9	-0.6
	М	1560.0	0.9	580.1	-1.4	1981.7	-0.6
	Ж	776.6	-1.9	293.3	-1.0	698.9	-0.5
Злокачественные новообразования	М	176.2	-3.5	218.2	-1.2	323.2	-1.9
	Ж	115.6	-5.7	155.0	-1.0	186.1	-0.5
Рак трахеи/бронхов/лёгких	М	29.6	-9.0	65.9	-1.5	101.4	-2.9
	Ж	6.7	-8.9	21.8	3.4	15.4	1.0
Рак молочной железы	Ж	18.4	-7.2	44.0	-2.2	45.3	0.1
Сердечно-сосудистые болезни	М	842.0	0.4	156.4	-2.6	793.1	-0.1
	Ж	421.2	-2.8	50.9	-2.5	271.7	-0.6
Ишемическая болезнь сердца	М	427.0	-3.3	86.2	-3.3	435.3	-0.7
	Ж	142.6	-9.3	17.8	-3.4	111.1	-0.6
Цереброваскулярные заболевания	М	65.1	-19.2	23.7	-2.6	168.6	-0.9
	Ж	49.3	-17.2	14.5	-2.1	88.4	-1.4
Респираторные заболевания	М	86.4	7.9	20.3	-1.7	108.7	-1.4
	Ж	41.4	6.8	10.2	-1.3	24.5	-0.7
Болезни органов пищеварения	М	135.2	8.5	49.6	-0.8	129.7	0.7
	Ж	78.5	8.4	20.3	-0.7	57.3	1.9
Внешние причины	М	118.1	-0.2	62.8	-1.0	409.2	-0.9
	Ж	30.0	0.2	20.9	-0.9	89.1	-1.1
Дорожно-транспортный травматизм	М	13.5	-6.0	13.0	-1.3	28.5	-1.8
	Ж	4.9	-9.3	4.1	-2.1	7.5	-1.4
Самоповреждения (самоубийства)	М	33.0	20.9	23.1	-1.1	68.1	-2.4
	Ж	4.8	36.6	8.5	-1.2	10.2	-3.4

Таблица 5. Отдельные показатели смертности в возрастной группе 60–74 лет с разбивкой по полу в Туркменистане 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	Туркменистан (1998 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая	В среднем	Средне-годовая
Все причины	Оба пола	3664.1	-1.6	1570.9	-1.9	3411.7	-0.1
	М	4572.8	-1.9	2156.9	-2.1	4996.4	0.1
	Ж	2937.8	-1.9	1069.2	-1.9	2339.0	-0.6
<i>Злокачественные новообразования</i>	М	498.1	-4.4	851.3	-1.4	1002.5	-0.8
	Ж	269.8	-6.2	439.8	-1.1	438.9	-0.7
Рак трахеи/бронхов/лёгких	М	77.4	-5.4	261.8	-1.9	321.7	-1.5
	Ж	18.7	-3.3	59.0	0.2	37.1	-1.4
Рак молочной железы	Ж	21.9	-3.4	79.7	-1.6	68.7	1.3
<i>Сердечно-сосудистые болезни</i>	М	3171.1	-1.1	744.9	-3.6	2903.0	0.6
	Ж	2156.3	-0.1	335.7	-3.9	1507.8	-0.3
Ишемическая болезнь сердца	М	1685.0	-4.9	381.3	-4.2	1582.2	1.2
	Ж	1007.1	-4.6	133.5	-4.6	731.4	0.5
Цереброваскулярные заболевания	М	327.2	-14.0	143.3	-3.7	833.7	0.2
	Ж	257.0	-15.1	86.7	-4.1	528.9	-0.8
<i>Респираторные заболевания</i>	М	283.0	-1.8	144.0	-3.5	303.0	-2.4
	Ж	129.1	-8.8	62.5	-2.4	68.6	-3.6
<i>Болезни органов пищеварения</i>	М	243.6	-0.7	111.6	-1.6	193.0	0.1
	Ж	153.7	-0.3	54.1	-1.7	94.2	0.2
<i>Внешние причины</i>	М	79.4	-2.2	79.3	-1.4	320.0	1.0
	Ж	31.4	-10.8	32.1	-2.1	88.7	-0.5
Дорожно-транспортный травматизм	М	12.4	-8.4	14.8	-3.0	24.3	-1.5
	Ж	4.0	-20.3	5.9	-3.4	9.5	-1.0
Самовольные убийства (самоубийства)	М	8.6	-9.7	24.5	-1.6	60.5	-0.8
	Ж	3.2	-12.1	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 Туркменистане 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	Туркменистан (1998 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая	В среднем	Средне-годовая
Все причины	Оба пола	11381.9	-3.0	8059.6	-1.0	12338.8	0.0
	М	13294.6	-1.4	9832.0	-1.1	14838.0	0.1
	Ж	10532.3	-3.7	7112.5	-0.9	11421.7	0.0
<i>Злокачественные новообразования</i>	М	428.7	-8.5	2231.1	-0.4	1489.3	1.2
	Ж	358.5	2.4	1136.2	-0.4	721.7	0.8
Рак трахеи/бронхов/лёгких	М	36.2	3.5	457.1	-0.7	323.5	1.0
	Ж	10.9	-6.1	102.7	1.5	55.6	0.5
Рак молочной железы	Ж	23.2	-3.4	159.6	-0.4	92.0	3.1
<i>Сердечно-сосудистые болезни</i>	М	10552.8	-1.2	4356.2	-2.1	10221.2	0.4
	Ж	8685.1	-3.5	3577.9	-1.9	8805.6	0.4
Ишемическая болезнь сердца	М	6418.1	-4.6	1708.0	-2.2	4925.6	1.4
	Ж	4929.3	-6.0	1150.0	-2.2	4028.6	1.2
Цереброваскулярные заболевания	М	903.3	-12.7	1119.8	-2.5	3004.4	0.7
	Ж	957.8	-17.2	1026.9	-2.4	2967.6	0.5
<i>Респираторные заболевания</i>	М	738.3	-6.5	1156.5	-2.4	824.1	-2.1
	Ж	529.5	-2.0	591.9	-2.1	302.3	-3.2
<i>Болезни органов пищеварения</i>	М	276.6	3.8	340.3	-1.1	270.4	0.3
	Ж	227.2	-7.0	279.8	-0.4	175.0	1.1
<i>Внешние причины</i>	М	273.2	36.3	275.0	-0.6	604.2	0.1
	Ж	101.7	33.8	187.8	-1.2	172.4	-1.2
Дорожно-транспортный травматизм	М	42.9	3.5	28.1	-2.2	34.6	-3.1
	Ж	13.8	15.6	10.0	-3.1	14.7	-1.7
Самовольные убийства (самоубийства)	М	14.5	13.1	49.5	-1.6	86.6	-1.1
	Ж	21.3	264.8	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. Выделены на графике и обозначены в легенде лишь показатели страны, которой посвящена

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).

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

Словарь терминов

Причины смерти

Дорожно-транспортный травматизм (транспортные несчастные случаи)

Злокачественные новообразования (рак) предстательной железы

Злокачественные новообразования (рак) молочной железы у женщин

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

Злокачественные новообразования (рак) трахеи/bronхов/легких

Ишемическая болезнь сердца

Нарушения легочного кровообращения и другие болезни сердца

Насилие

Нервно-психические расстройства (включая болезни глаза и уха)

Падения

Пневмония

Преднамеренные самоповреждения (в т.ч. самоубийство)

Хроническая обструктивная болезнь легких

Хронические болезни печени и цирроз печени

Цереброваскулярные болезни

Коды в МКБ-10

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

C61

C50

C18–C21

C33–C34

I20–I25

I26–I51

X85–Y09

F00–99, G00–99, H00–95

W00–W19

J12–J18

X60–X84

J40–J47

K70, K73, K74, K76

I60–I69

Специальные термины

Естественный прирост населения	Уровень рождаемости за вычетом уровня смертности.
Индекс Гини	отражает степень неравномерности общего распределения доходов или потребления. Значение «0» соответствует идеально равномерному распределению, значение «100» – абсолютной неравномерности. В Европейском регионе ВОЗ нижние значения индекса колеблются в пределах от 23 до 25; верхние значения – от 35 до 36 ¹ .
Нервно-психические расстройства	Нарушения психики, функций нервной системы (в том числе зрения и слуха), а также расстройства, связанные с употреблением веществ, вызывающих наркотическую зависимость.
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.).