



ЕВРОПА

Обзорная сводка о состоянии здоровья в
Таджикистане
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
TAJIKISTAN

EUR/05/5046415S
<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

Стр.

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.....	10
Основные виды нарушений здоровья.....	10
Основные факторы риска.....	11
Смертность.....	12
Младенческая, неонатальная и детская смертность.....	12
Материнская смертность	13
Избыточная смертность	14
Основные причины смерти.....	18
Библиография.....	26
Приложения.....	28
Приложение. Возрастная пирамида.....	28
Приложение. Отдельные показатели смертности	29
Приложение. Детальные данные о смертности.....	30
Технические примечания.....	33
Словарь терминов.....	36

Резюме: основные фактические данные и стратегические соображения

Ожидаемая продолжительность жизни

По оценкам ВОЗ, жители Таджикистана, родившиеся в 2003 г., могут рассчитывать прожить в среднем 61 год (женщины – 63 года, мужчины – 59 лет). По показателю ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) Таджикистан занимает второе от конца место среди стран Региона. Однако эти оценочные данные существенно отличаются от официальных показателей ОПЖ, основанных на систематической регистрации смертности структурами государственной статистики, в соответствии с которыми суммарное значение ОПЖ для обоих полов составляет 72 года (73,9 лет для женщин и 70,2 лет для мужчин).

Официальное значение ОПЖ для Таджикистана приблизительно на три года превышает усредненный показатель для Евр-В+С (68,8 лет), но при этом приблизительно на 18 лет ниже по сравнению с усредненным значением для Евр-А (79,0 лет). Данный значительный разрыв свидетельствует о наличии в Таджикистане огромного потенциала для улучшения ситуации, при условии адекватного применения современных достижений науки и практики.

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

В 2001 г. показатели младенческой смертности в Таджикистане были крайне высокими: 28 случаев смерти на 1000 живорожденных; среднее значение по Евр-В+С 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 резких колебаний значений за различные годы, складывается общее впечатление, что уровень младенческой смертности за период с 1990 г. снизился на 30–50% – замечательное достижение, учитывая крайне сложный период гражданской войны и перестройки экономики в этой самой нуждающейся стране Региона.

За последние годы данные по неонатальной смертности отсутствуют. Значение за 1997 г. составляет около 8 случаев смерти на 1000 живорождений: 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, 2003)

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

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

Основные причины смерти

За небольшими исключениями, смертность от ведущих причин во всех основных возрастных группах ниже, чем соответствующие средние показатели для Евр-В+С. Как было упомянуто выше, необходимо соблюдать известную осторожность при интерпретации данных по смертности от различных причин.

В 2003 г. 85% всей смертности в Таджикистане было обусловлено неинфекционной патологией; внешние причины составили около 3%, инфекционные болезни – около 4%, неуточненные состояния – около 8%. В целом по группе Евр-В+С средняя доля смертности от внешних причин значительно выше (10,6%), смертность от неуточненных причин и инфекционных болезней занимает меньшее место, а доля смертности от неинфекционной патологии такая же, как в Таджикистане.

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, 2004a)

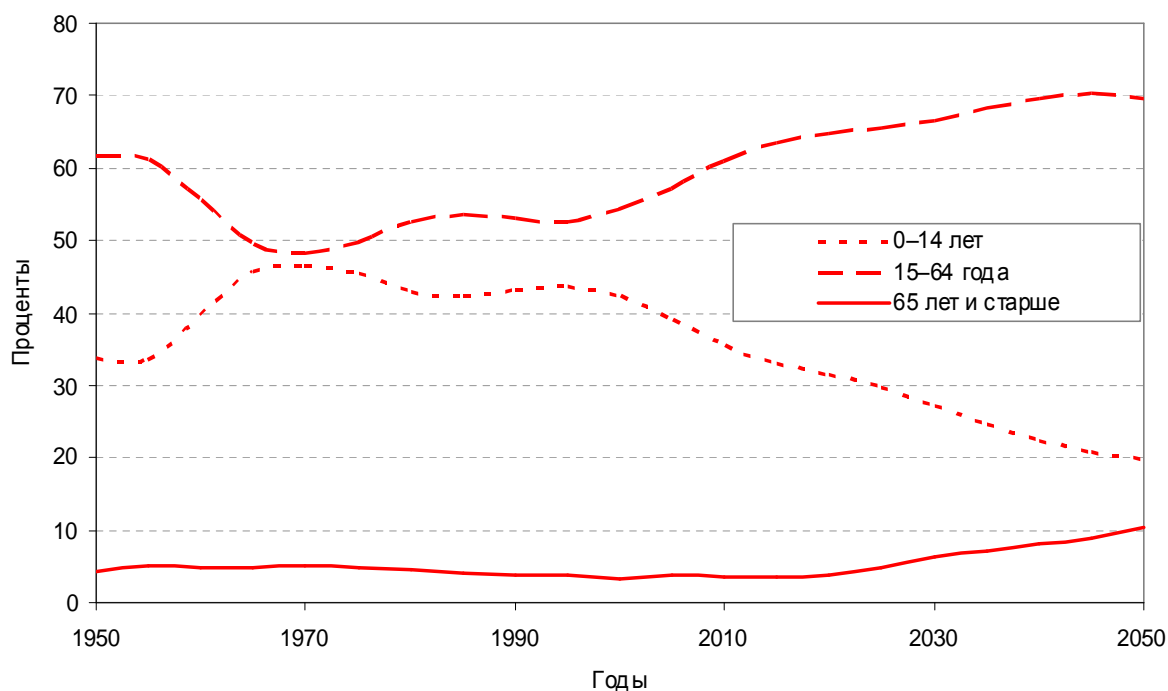
Избранная демографическая и социально-экономическая информация

Профиль населения

По состоянию на середину 2003 г. в Таджикистане проживало около 6,6 млн человек. Городское население составляет около 25%, что является самым низким показателем среди стран Евр-В+С.

Доля населения в возрасте 0–14 лет была относительно стабильной в течение 1980-х годов, за последующее десятилетие она снизилась с прибл. 43% населения в 1990 г. до 39% в 2001 г., однако все еще остается самой высокой в Евр-В+С. Напротив, процент людей старше 65 лет в Таджикистане самый низкий среди стран Евр-В+С. По прогнозам, в 2030 г. в Таджикистане доля населения старше 65 лет составит 6% (Приложение. Возрастная пирамида). (График. Динамика возрастных показателей).

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



Источник: United Nations (2005)

В 2003 г. Таджикистан имел наивысший коэффициент рождаемости среди стран Евр-В+С. Естественный прирост населения положительный, и его уровень самый высокий в Евр-В+С. (Таблица. Отдельные демографические показатели).

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

Показатели	Таджикистан	Евр-В+С		
		В среднем	Минимум	Максимум
Население (в тыс.)	6573,2	–	–	–
0–14 лет (%)	39,4	–	–	–
15–64 года (%)	56,7	–	–	–
65 лет и старше (%)	4,0	–	–	–
Городское население (%) ^а	25,0	63,7	25,0	73,3
Живорождения (на 1000 чел.)	27,1	12,8	8,6	27,1
Естественный прирост населения (на 1000 чел.) ^б	23,0	0,8	–7,5	23,0
Миграционный прирост населения (на 1000 чел.)	–	1,8	–6,6	2,1

^а 2002; ^б 2001.

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

Социально-экономические показатели

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

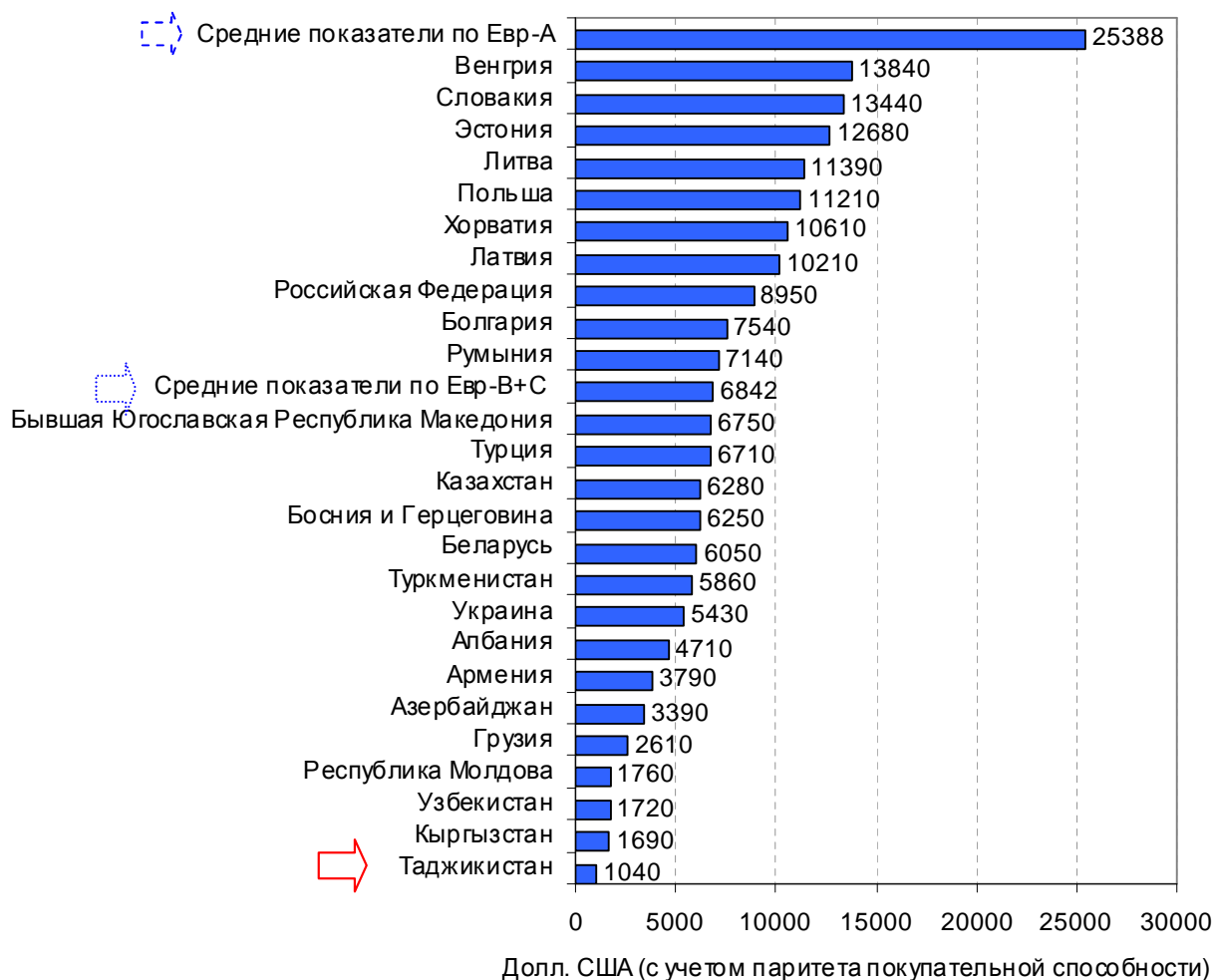
Доход: абсолютная бедность, относительная бедность и распределение дохода

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

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

Валовой национальный доход составил в Таджикистане в 2003 г. 1040 долл. США на душу населения, что является самым низким показателем среди стран Евр-В+С, имевших в среднем 6842 долл. США на душу населения (График. Валовой национальный доход на душу населения).

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



Источник: World Bank (2005)

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 обследования домашних хозяйств, проведенного в 1999 г. с применением критериев абсолютной бедности для Европы, рекомендованных Всемирным банком, показали, что 92,2% населения Таджикистана тратит на основные жизненные нужды не более 4,30 долл. США в день, а 58,6% – не более 2,15 долл. США в день. В ходе последнего опроса, в 2003 г., 42,8% населения сообщили, что они могут тратить на удовлетворение основных жизненных нужд не более 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 Таджикистана составляет 34,7. 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).

Образование

Если человек более образован, он получает лучшие возможности в плане трудоустройства. Это, в свою очередь, способствует росту дохода, что в конечном счете оказывает благоприятное влияние на состояние здоровья. Образование также позволяет человеку более эффективно пользоваться информацией о рациональном поведении в отношении своего здоровья, в частности вовремя обращаться к врачу в случае необходимости. Более низкий образовательный уровень, вне зависимости от индивидуального дохода, коррелирует с ухудшенной способностью противостоять стрессу, с депрессией и проявлениями враждебности, а также с различными нарушениями здоровья.

В качестве показателя доступа к образованию используют коэффициент охвата детей школьным обучением. Коэффициент охвата средним образованием рассчитывается как процентная доля всех детей школьного возраста (разные страны могут устанавливать различные возрастные границы), посещающих среднюю школу.

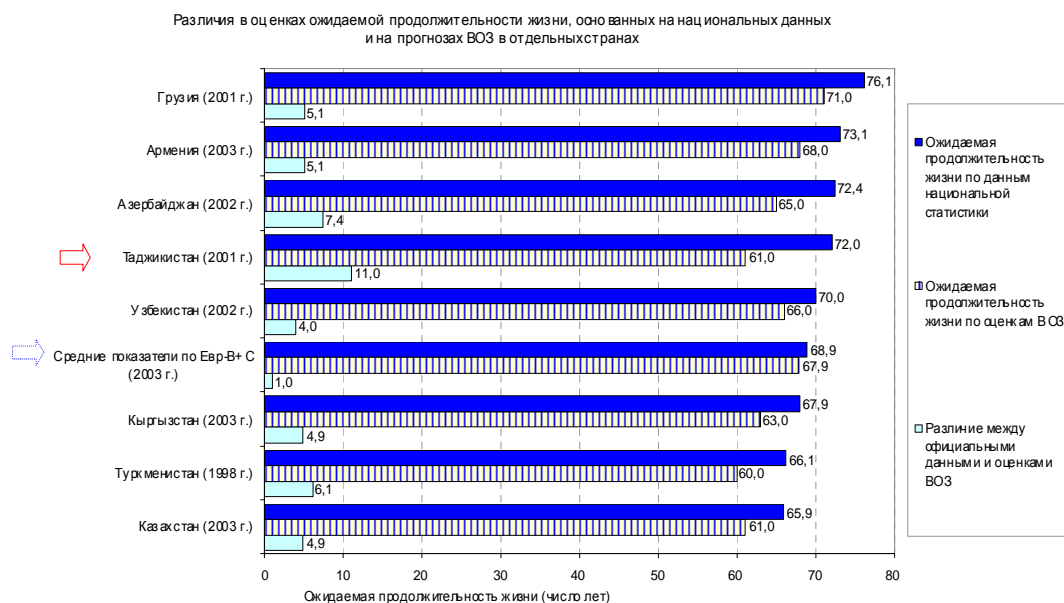
Уровень охвата детей средним образованием по данным на 2000 г. был в Таджикистане ниже, чем в среднем по Евр-В+С; соответствующие показатели составляли 75,6% детей школьного возраста по сравнению с 81,2% для стран Евр-В+С. В 2001 г. этот показатель в Таджикистане вырос до 79,0%. В качестве сравнения, уровень охвата средним образованием в странах Евр-А в 2000 г. составлял 88,5% (UNESCO, 2005).

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

Ожидаемая продолжительность жизни

По расчетным оценкам (ВНО, 2005) жители Таджикистана, родившиеся в 2003 г., могут рассчитывать прожить в среднем 61 год (женщины – 63, мужчины – 59 лет). По показателю ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) Таджикистан занимает второе от конца место среди стран Европейского региона ВОЗ. Однако оценочные данные ВОЗ существенно отличаются от официальных показателей ОПЖ, основанных на систематической регистрации смертности структурами государственной статистики, в соответствии с которыми суммарное значение ОПЖ для обоих полов составляет 72 года (73,9 года для женщин и 70,2 года для мужчин).

Разница в 11 лет между оценочными показателями ВОЗ и официальными цифрами ОПЖ крайне велика для страны Региона и обусловлена главным образом неполной регистрацией детской смертности. Это означает, что официальные данные относительно взрослого населения носят более достоверный характер и достаточно надежно для целей данного обзора отражают основную картину смертности. 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. Для того чтобы читатель мог получить более достоверное представление о существующей ситуации в отношении показателей материнской и младенческой смертности, дополнительно приводятся оценочные данные ВОЗ. Менее явная, но важная проблема касается оценки правильности регистрации причины смерти. 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.

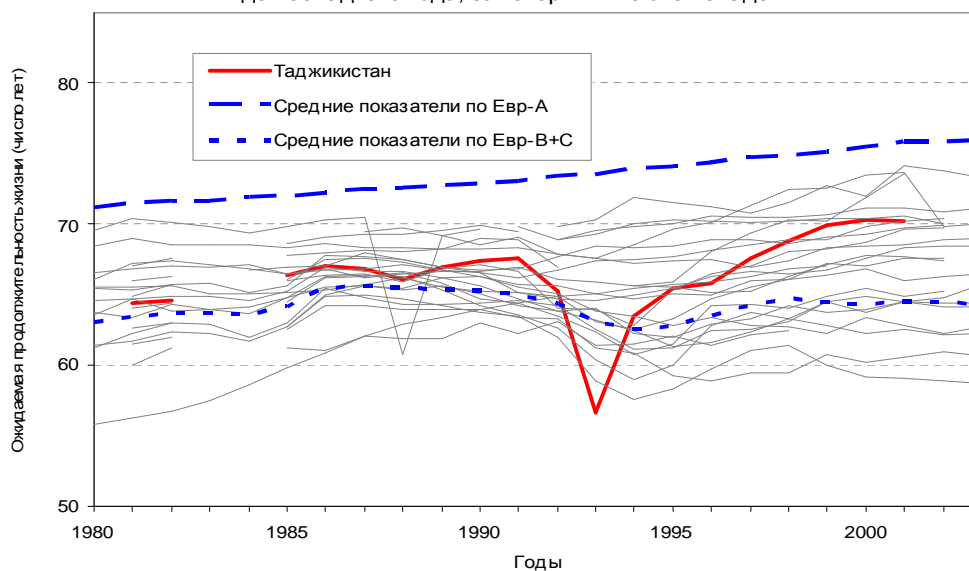


С учетом вышеизложенных соображений, данные о смертности в целом свидетельствуют о следующем. По данным текущей регистрации смертности официальная величина ОПЖ для Таджикистана приблизительно на три года превышает усредненный показатель для Евр-В+С (68,8 лет). Однако по оценкам ВОЗ, значение ОПЖ значительно ниже: оно приibl. на 7 лет не достигает соответствующего усредненного показателя для Евр-В+С (68 лет), рассчитанного исключительно на основании оценочных значений ВОЗ для всех стран этой группы (2002 г.). Это означает, что уровень ОПЖ в Таджикистане, по всей вероятности, на 18 лет ниже, чем в среднем по Евр-А (79,0 лет) (График. Различия в оценках ожидаемой продолжительности жизни).

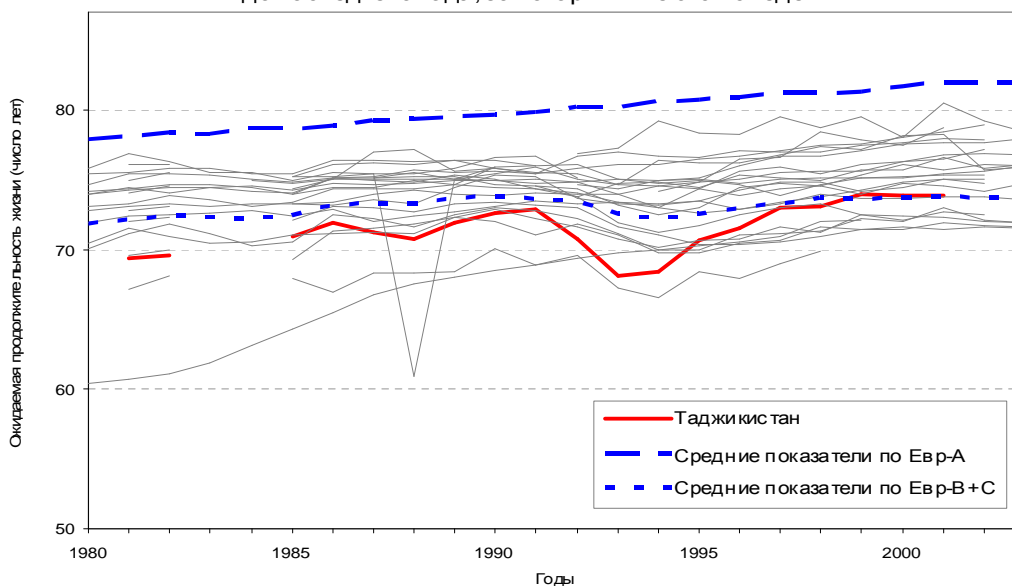
В 1990 г. официальное значение ОПЖ в Таджикистане соответствовало среднему уровню для стран Евр-В+С и составляло около 70 лет. Разразившаяся после провозглашения независимости гражданская война (1992–1997) привела к обострению проблем, вызванных распадом СССР, что послужило причиной резкого падения ОПЖ до прикл. 62 лет в 1993 г. Однако уже к 1997 г. значения ОПЖ вернулись к прежнему уровню. В течение последующих двух лет этот показатель продолжал расти и к 2001 г. уже на три года превышал соответствующие усредненные значения для Евр-В+С.

Следует также отметить, что разница в ОПЖ между таджикскими мужчинами и женщинами составляет лишь 3,6 лет благодаря необычно высокой ОПЖ для мужчин. Это самая низкая разница среди всех стран Европейского региона ВОЗ. Среднее различие в ОПЖ между мужчинами и женщинами по странам Евр-В+С составляет девять лет, по странам Евр-А – шесть лет (График. Ожидаемая продолжительность жизни для мужчин. График. Ожидаемая продолжительность жизни для женщин).

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

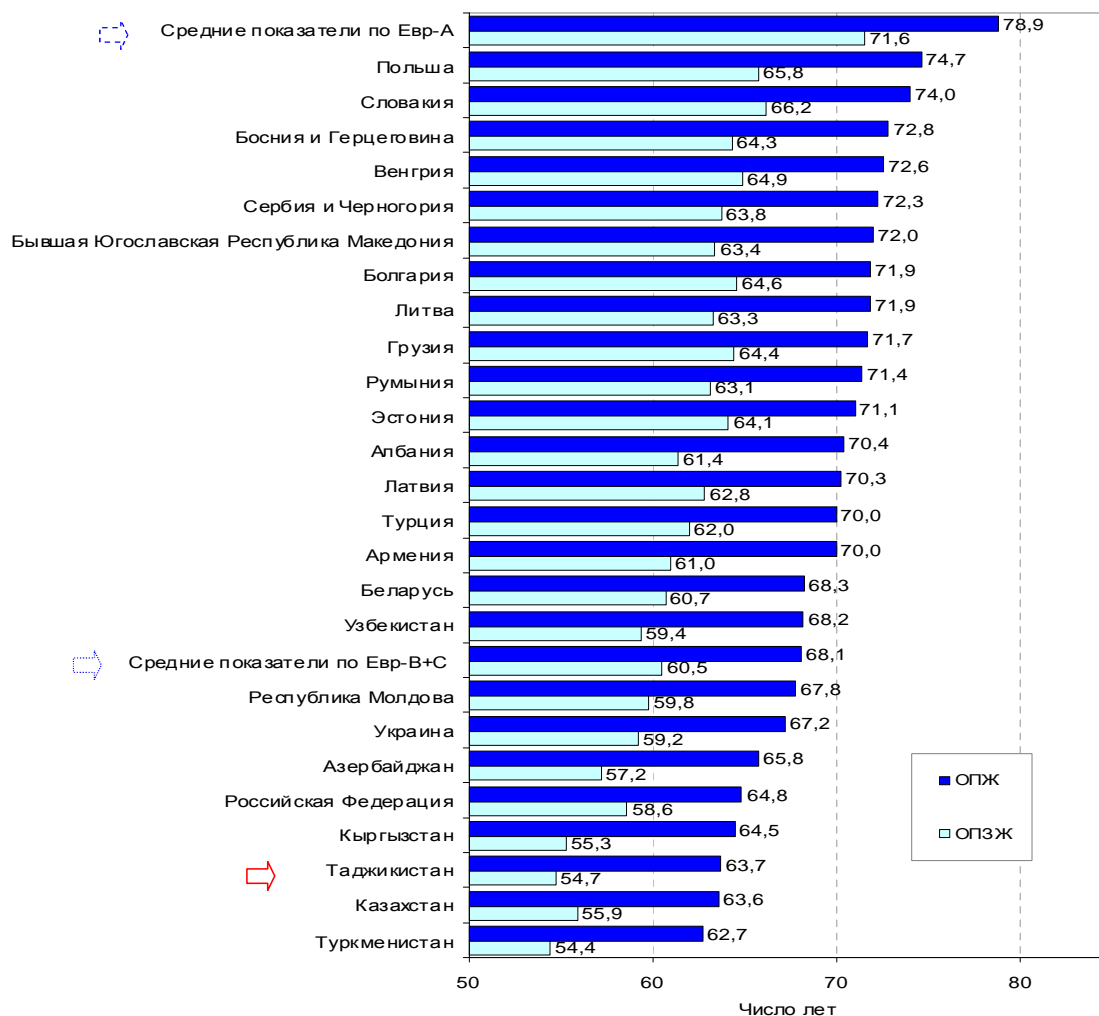


Ожидаемая продолжительность жизни при рождении для женщин в Таджикистане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1980 г. до последнего года, за который имеются сведения



Помимо сведений об общей продолжительности жизни, становится все более важным иметь представление о количестве лет, прожитых в состоянии хорошего здоровья. Для этого используют сравнительно новый индикатор – ожидаемую продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ). Оценки ОПЗЖ, составленные ВОЗ, следует использовать в сочетании с данными по ОПЖ, основанными только на оценках ВОЗ, но не на текущей статистике стран.

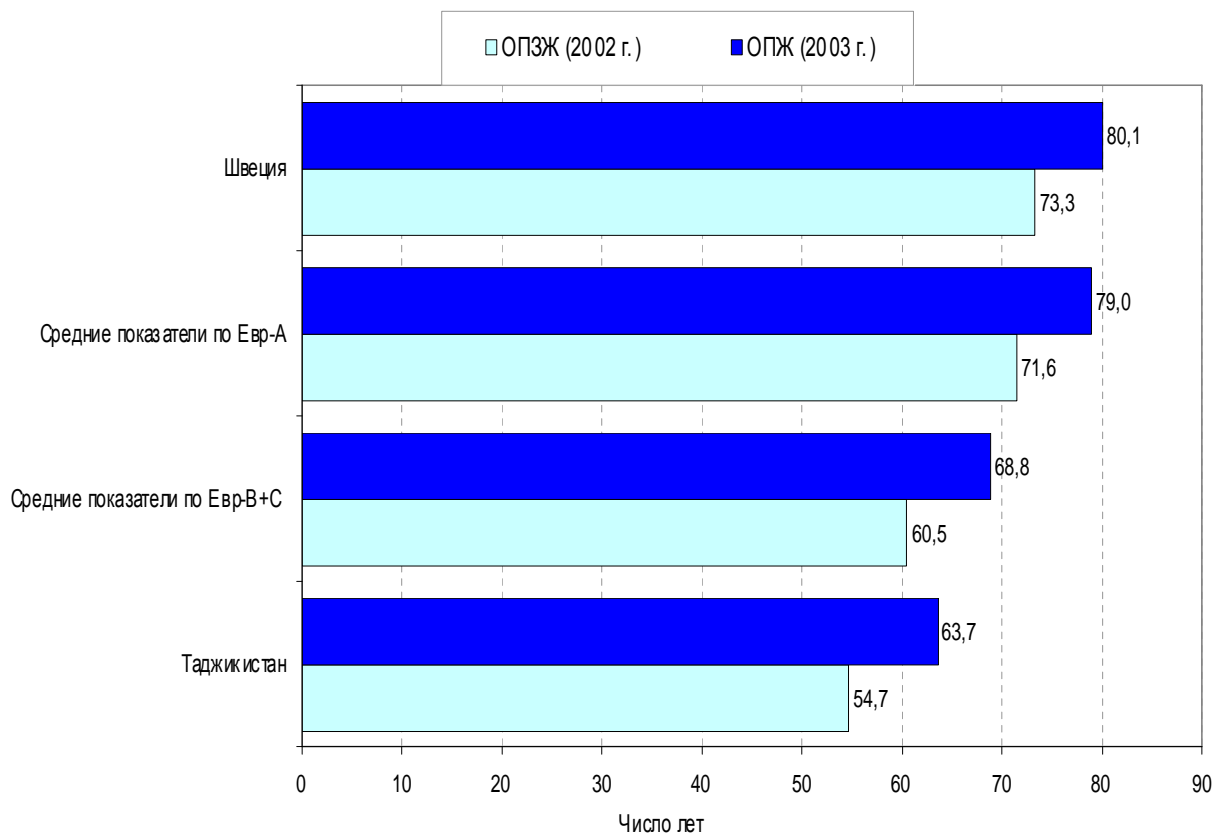
Ожидаемая продолжительность жизни и ожидаемая продолжительность здоровой жизни в Таджикистане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С, 2002 г.



Источник: WHO (2003с).

По оценкам ВОЗ на 2002 г. (WHO, 2004), средняя продолжительность здоровой жизни для населения Таджикистана составляет 54,7 лет (56,4 для женщин и 53,1 для мужчин), что на 16,9 лет меньше, чем в среднем по Евр-А (71,6 лет) и на 5,8 лет меньше, 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 Таджикистана в возрасте 60 лет ожидаемая продолжительность здоровой жизни составляет 11,0 лет для женщин и 9,5 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 Таджикистане этот показатель составляет 10,1 лет для женщин и 7,9 лет для мужчин. Соответствующие средние значения для Швеции – 7,9 и 6,2 лет (График. ОПЖ и ОПЗЖ. График. ОПЖ и ОПЗЖ в Таджикистане).

ОПЖ и ОПЗЖ в Таджикистане, Швеции, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С за последний год, за который имеются сведения



Примечание: сведения по ОПЖ для Швеции даны за 2002 г.

Бремя болезней

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

Основные виды нарушений здоровья

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

Десять ведущих групп стойких нарушений здоровья и инвалидности среди мужчин и женщин в Таджикистане (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	Инфекционные и паразитарные болезни	14,6	Нервно-психические расстройства	16,7
2	Сердечно-сосудистые заболевания	13,8	Сердечно-сосудистые заболевания	14,9
3	Нервно-психические расстройства	13,2	Инфекционные и паразитарные болезни	13,6
4	Перинатальная патология	10,7	Респираторные инфекции	9,7
5	Непреднамеренные травмы	9,9	Перинатальная патология	8,5
6	Респираторные инфекции	9	Болезни органов пищеварения	4,4
7	Преднамеренные травмы	4,5	Патология, связанная с беременностью и родами	4,3
8	Болезни органов пищеварения	4,5	Неполноценное питание	4,2
9	Болезни органов дыхания	3,4	Болезни органов дыхания	3,9
10	Злокачественные новообразования	3,2	Болезни органов чувств	3,3

Источник: WHO, 2003с

Основные факторы риска

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

Десять ведущих факторов риска по отношению к бремени болезней в Таджикистане (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	7,1	Повышенное артериальное давление	6,6
2	Повышенное артериальное давление	5,1	Высокий ИМТ	6,2
3	Высокий ИМТ	4,7	Дым в помещениях от сжигания твердого топлива	4,8
4	Небезопасная вода, неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия	4,3	Небезопасная вода, неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия	4,3
5	Табак	4,0	Пониженная масса тела у матери и ребенка	4,2
6	Пониженная масса тела детей и матерей	3,9	Высокий уровень холестерина	3,2
7	Высокий уровень холестерина	3,8	Недостаток железа в организме	3,1
8	Дым в помещениях от сжигания твердого топлива	3,6	Алкоголь	2,1
9	Недостаточное потребление фруктов и овощей	1,9	Недостаточное потребление фруктов и овощей	1,6
10	Недостаточная физическая активность	1,7	Недостаточная физическая активность	1,6

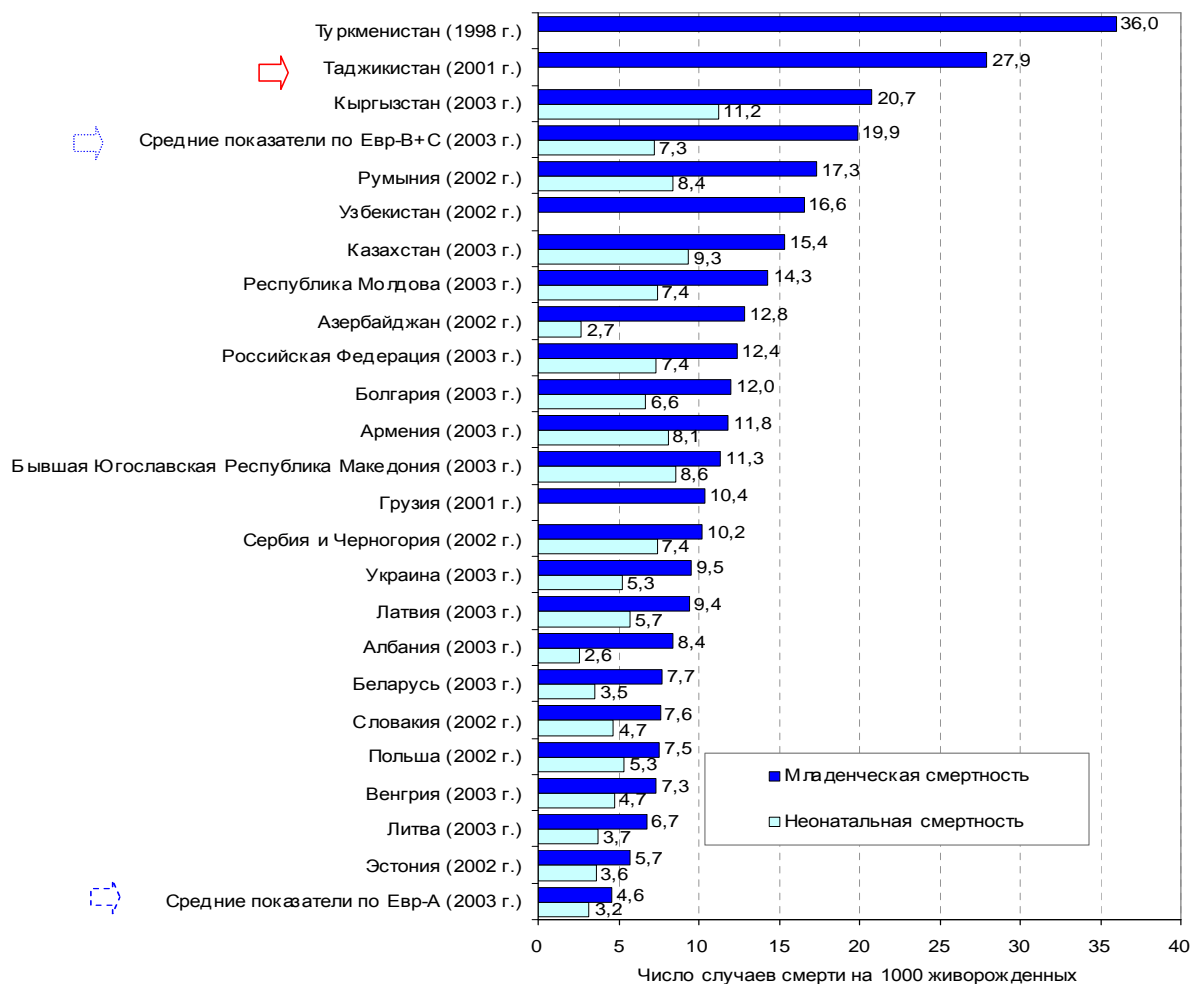
Источник: WHO, 2003с

Смертность

Младенческая, неонатальная и детская смертность

В соответствии с национальными данными о рождениях и смертях, в 2001 г. риск смерти ребенка до достижения 5-летнего возраста составлял в Таджикистане 21 на 1000 живорожденных. В соответствии с Целями в области развития, сформулированными в Декларации тысячелетия (ЦРТ) в отношении смертности детей в возрасте до 5 лет для Европы и Центральной Азии, этот показатель к 2015 г. должен быть снижен до 15 на 1000 живорожденных. С учетом имеющихся погрешностей в национальных данных (неполная регистрация рождений и смертей), уровень смертности детей до 5 лет в Таджикистане в 2001 г. составлял по оценкам ВОЗ 86 на 1000 живорожденных. В 2002 г. этот показатель снизился до 63 на 1000. Для соседнего Узбекистана оценочный показатель ВОЗ составляет 32 на 1000, для Кыргызстана – 59. Исходя из оценочных данных ВОЗ, представляется маловероятным, что Таджикистану удастся достичь ЦРТ к 2015 г., даже несмотря на то, что нельзя с полной определенностью экстраполировать имеющиеся на сегодняшний день данные ВОЗ (График. Младенческая и неонатальная смертность).

Младенческая и неонатальная смертность на 1000 живорожденных в Таджикистане, 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 живорождений: 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.

С целью максимальной 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 (Таблица. Сравнение основных показателей детской и материнской смертности).

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

Показатель	Национальные данные ^а	Оценочные данные ВОЗ
Младенческая смертность, на 1000 живорождённых, 2000 г. (показатель ЦРТ)	15,5	51 ^б
Неонатальная смертность, на 1000 живорожденных, 2000 г.	–	38 ^в
Смертность детей в возрасте до 5 лет, на 1000 живорожденных (показатель ЦРТ)	21	118 (100–136) ^в
Материнская смертность на 100 000 живорождённых, 2000 г. (показатель ЦРТ)	48,4	100 ^в

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

Из представленных данных видно, что официальные показатели смертности детей до 5 лет в Таджикистане по меньшей мере в пять раз, а возможно даже в шесть раз ниже по сравнению с оценочными значениями ВОЗ. Поскольку неполная регистрация смертности главным образом касается детей до года, вышеуказанные различия прослеживаются и по другим данным, содержащимся в таблице, косвенно подтверждая тот факт, что и младенческая, и неонатальная смертность по-прежнему недоучитываются (несмотря на отсутствие за последний период параллельных оценочных данных).

По оценкам ВОЗ, за период с 2000 по 2003 г. происходило снижение смертности детей до пяти лет в среднем прилб. на 0,5% в год. Соответствующие темпы снижения для Региона в целом составляют около 3,5%. Относительно медленные темпы улучшения показателей в странах СНГ с высокой детской смертностью представляют собой достаточно типичное явление, однако следовало бы ожидать более интенсивного прогресса, даже с учетом преобладающих условий дефицита ресурсов (WHO, 2005).

Материнская смертность

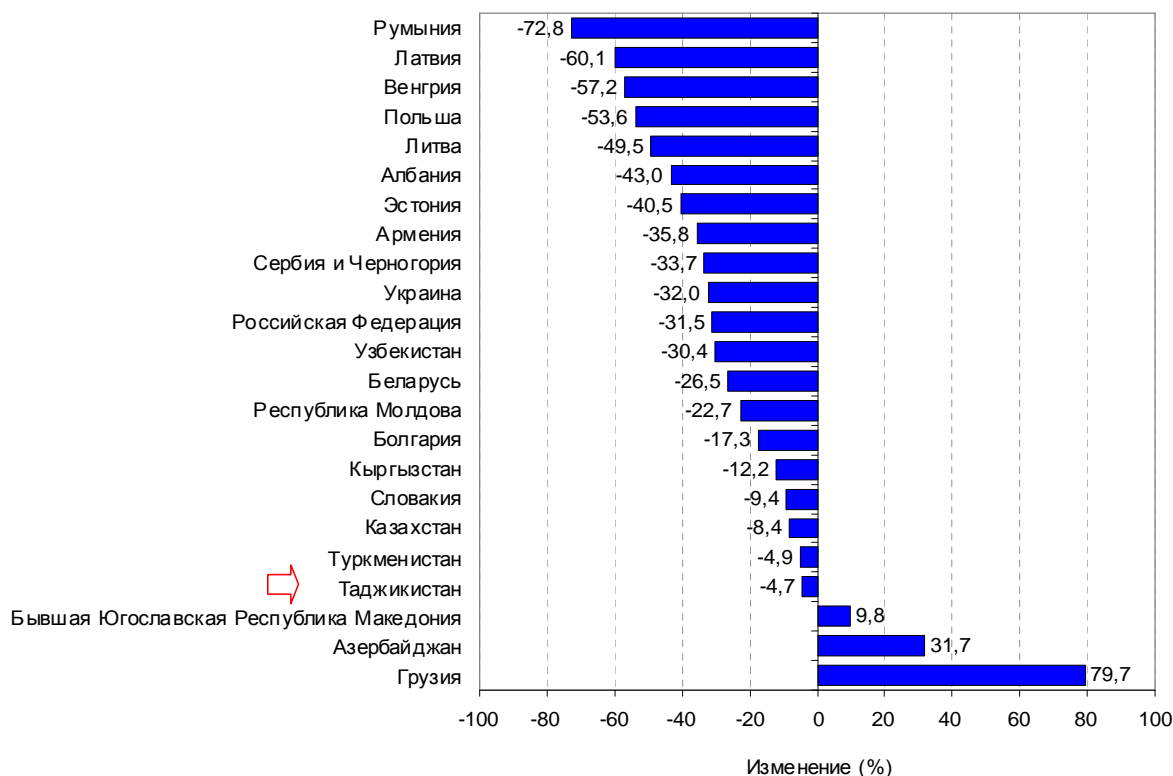
Показатели материнской смертности и Цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия (ЦРТ)

Несмотря на трудность достоверной оценки материнской смертности (МС), используются национальные данные о ходе достижения ЦРТ – снизить показатель МС за период с 1990 г. до 2015 г. на 75%. В некоторых странах целевой показатель для 2015 г. может равняться или быть 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 некоторых странах показатели МС в 2002 г. стали хуже 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 помощи во время беременности и родов. Это даже более важно, чем формальное достижение ЦРТ. В этом направлении уже имеются инициативы,

основанные на фактических данных, с доказанной эффективностью по снижению уровней материнской смертности.

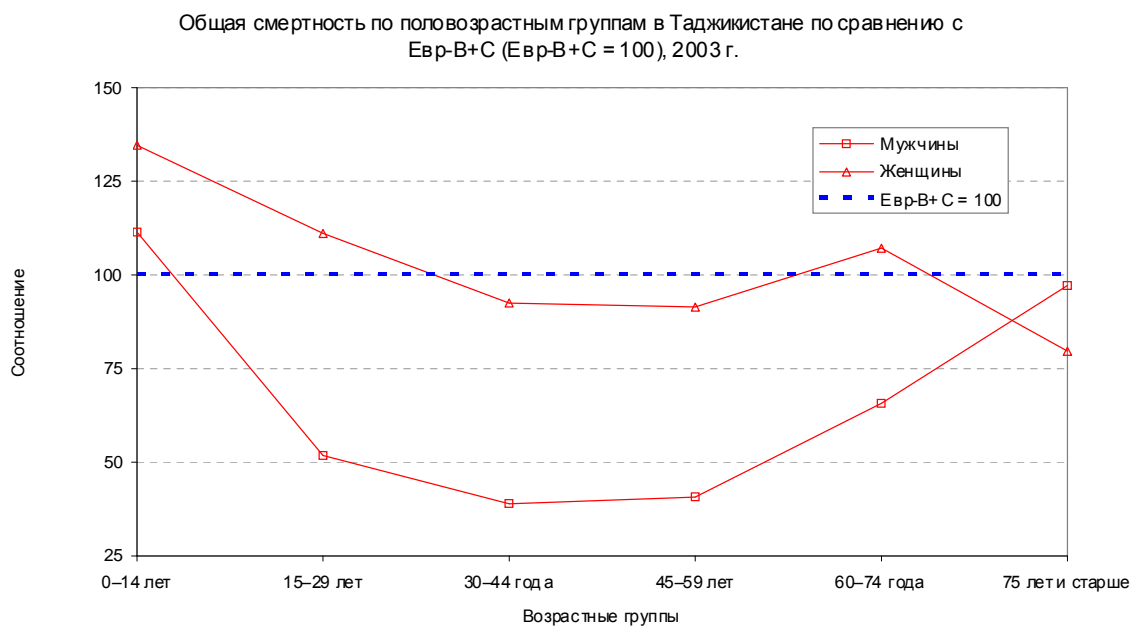
Процентные изменения материнской смертности (скользящие средние показатели за 3 года) с 1990 г. по 2002 г., или до последнего года, за который имеются сведения



Точный учет материнской смертности представляет собой весьма трудную задачу даже в странах с надежными системами регистрации, при этом степень неполноты регистрации в Таджикистане с трудом поддается оценке. Неопределенность представляемых сведений о материнской смертности не дает возможности достоверно судить только на их основании о реальном прогрессе в данной области. Тем не менее следует отметить, что по представленным сведениям в 2003 г. величина этого показателя составляла 52 на 100 000, в то время как в 1990 г. она была равна 63. Из каждых 79 случаев материнской смертности, зарегистрированных в 2001 г., два были связаны с абортами (График. Процентные изменения материнской смертности).

Избыточная смертность

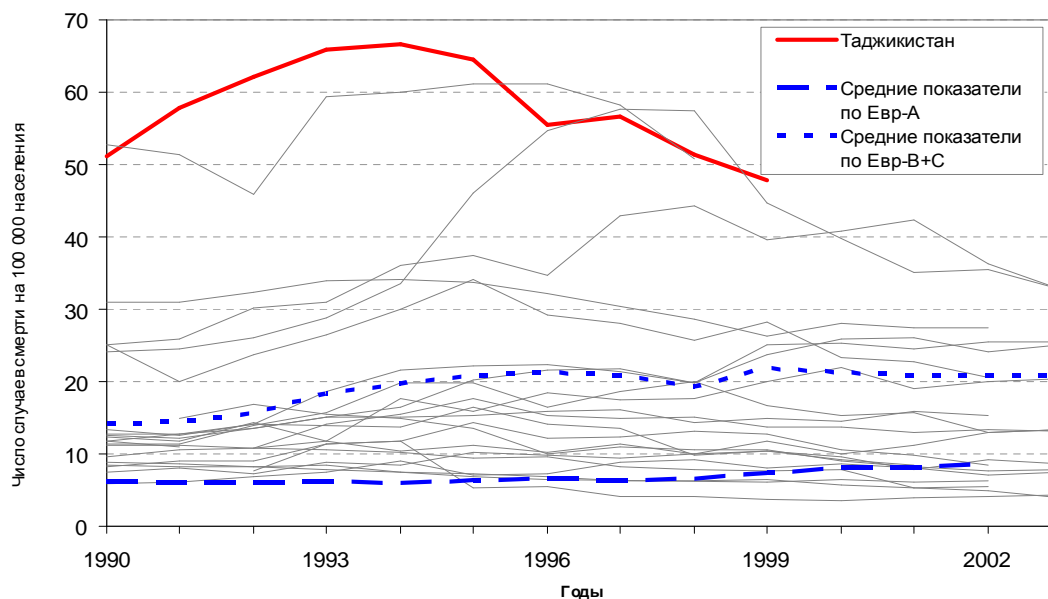
Показатели смертности в Таджикистане в целом приibl. на 20% ниже по сравнению со средними значениями для Евр-В+С, однако на 60% выше, чем аналогичные показатели в странах Евр-А (См. Приложение. Отдельные показатели смертности). Среди мужчин среднего возраста уровень смертности приближается к средним значениям для Евр-А, в то время как смертность среди женщин в этой же возрастной группе ближе к показателям, характерным для Евр-В+С. С соответствующими поправками на неполноту данных это все же означает, что уровень здоровья взрослого населения значительно выше, чем можно было бы ожидать на основании имеющегося уровня дохода (ВВП на душу населения) (График. Общая смертность по половозрастным группам).



Наиболее важным выводом из представленных данных возможно является отсутствие в какой-либо из возрастных групп избыточной смертности от внешних причин по сравнению со средними показателями для Евр-В+С, что выгодно отличается от ряда других стран СНГ. Больше того, смертность от внешних причин среди лиц старше 14 лет в Таджикистане находится на уровне Евр-А или даже ниже.

Смертность от всех остальных причин также ниже, чем в среднем по Евр-В+С, за исключением инфекционных и респираторных заболеваний. Единственной наиболее заметной причиной избыточной смертности является пневмония. Показатели смертности от хронических болезней печени и цирроза печени – на уровне средних показателей для Евр-В+С. Относительно высокая частота смерти от этой причины свидетельствует о значительном уровне потребления алкоголя, однако эти данные не подкреплены сведениями о высокой смертности от внешних причин. Отсутствие этого параллелизма не вполне понятно и, по-видимому, может служить основанием для последующего более глубокого анализа (График. СКС от инфекционных заболеваний, по всем возрастам. График. СКС от хронических болезней печени и цирроза печени, по всем возрастам).

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



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

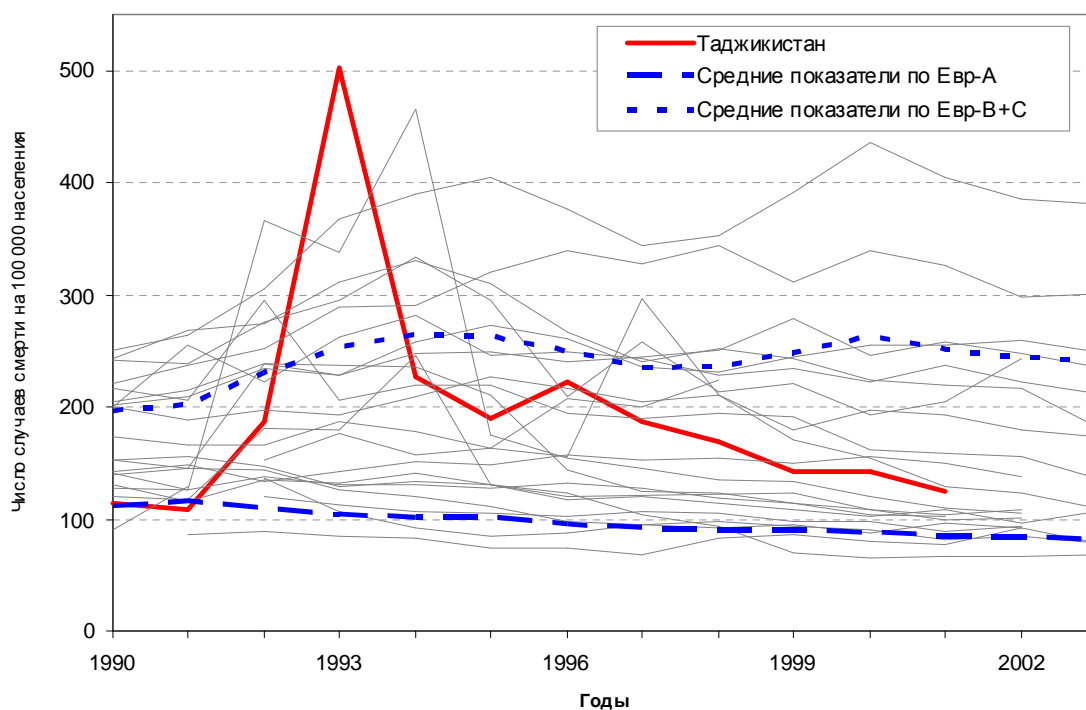
Следует также учитывать, что на 1994–1995 гг. пришелся пик кризиса смертности в странах СНГ (как следствие распада СССР). Поэтому относительно недавние тенденции, с 1995 по 2003 г. являются более благоприятными, чем общая динамика за весь период с 1990 г.

Смертность в возрастной группе 0–14 лет в Таджикистане составляет 184 на 100 000 (2003 г.), что прилб. на 30% выше по сравнению со средними значениями для Евр-В+С (152) и более чем в три раза превышает аналогичный усредненный показатель для стран Евр-А (49) (См. Приложение. Детальные данные о смертности). Однако за период с 1995 г. уровень смертности снизился на 8,0%, в то время как масштаб снижения в среднем по Евр-В+С составил 3,8%. Это улучшение носит универсальный характер, прослеживаясь по всем причинам смерти как среди мужчин, так и среди женщин. Уровень смертности от перинатальных причин по официальным данным составляет половину от среднего значения по Евр-В+С, однако вероятно имеется значительное число незарегистрированных случаев смерти.

Смертность в возрастной группе 15–29 лет (106) также значительно ниже, чем в среднем по Евр-В+С (161) (см. Приложение. Детальные данные о смертности), главным образом за счет более низкой смертности от внешних причин. Эта особенность является важной, поскольку она указывает на формирующиеся характерные черты поведения, в частности более низкий уровень насилия среди молодежи по сравнению с рядом других стран СНГ. Смертность среди мужчин в этой возрастной группе приближается к средним значениям для Евр-А, в то время как смертность среди женщин ближе к показателям, характерным для Евр-В+С.

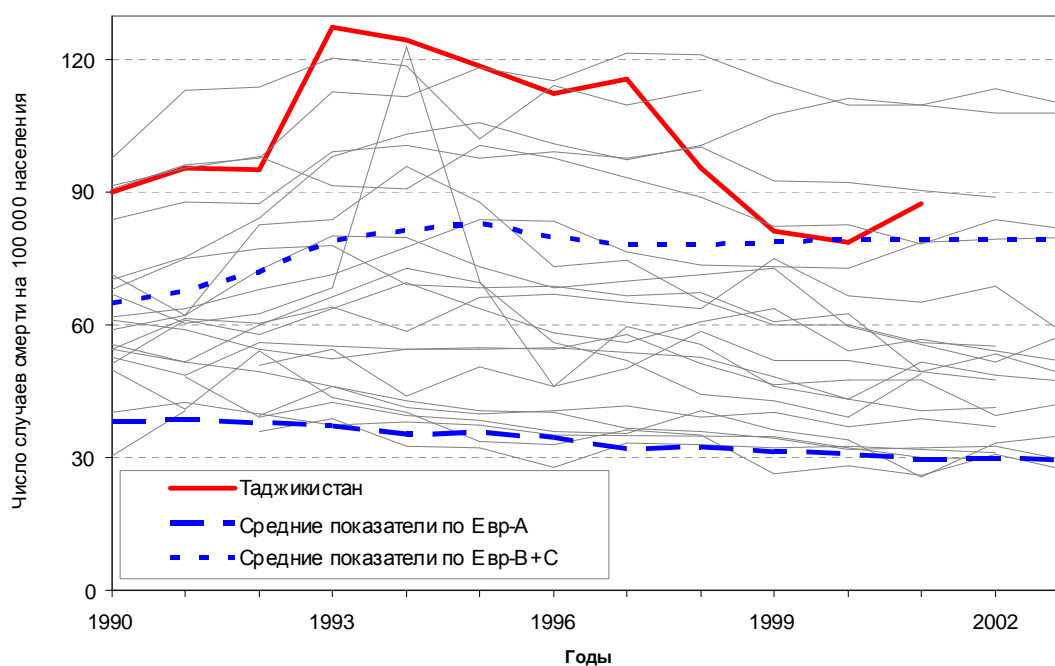
Отмечается относительно высокий уровень смертности от болезней органов дыхания и инфекционных болезней.

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



За период с 1995 г. показатели смертности по большинству причин смерти снизились, и, что даже более важно, общие цифры смертности вернулись к показателям 1990 г. или даже упали ниже этих значений (График. СКС от всех причин среди мужчин в возрастной группе 15-29 лет. График. СКС от всех причин среди женщин в возрастной группе 15-29 лет).

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



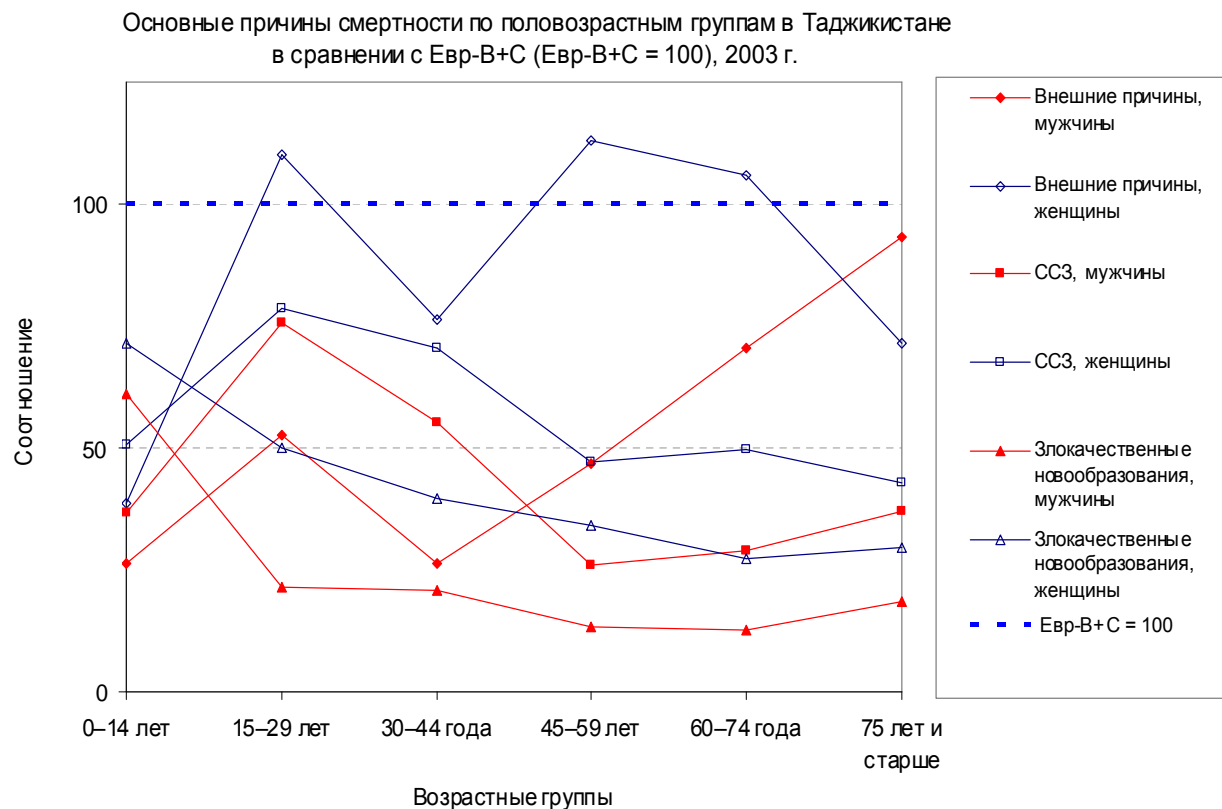
В возрастной группе 30–44 лет показатели смертности аналогичны вышеописанной группе: несколько лучшая ситуация, чем в среднем по Евр-В+С, главным образом за счет существенно более низкой смертности от внешних причин (см. Приложение. Детальные данные о смертности). Кривая динамики смертности прилб. до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

В возрастной группе 45–59 лет ситуация и динамика весьма сходные (см. Приложение. Детальные данные о смертности). Смертность от всех причин ниже, чем в среднем по Евр-В+С, особенно от внешних причин и сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин.

Динамика показателей для более старших групп носит менее стабильный характер, что, по-видимому, отчасти объясняется неполной регистрацией. Общее впечатление, однако, таково, что показатели смертности соответствуют среднему уровню для Евр-В+С, то есть относительно выше, чем среди взрослых более молодого возраста. Это возможно свидетельствует об относительно менее благоприятных жизненных условиях для пожилых в Таджикистане по сравнению с людьми среднего возраста.

Основные причины смерти

За небольшими исключениями, смертность от ведущих причин во всех основных возрастных группах ниже, чем соответствующие средние показатели для Евр-В+С, хотя следует еще раз оговориться, что данные по смертности от отдельных причин следует рассматривать с определенной осторожностью (График. Основные причины смертности по половозрастным группам).

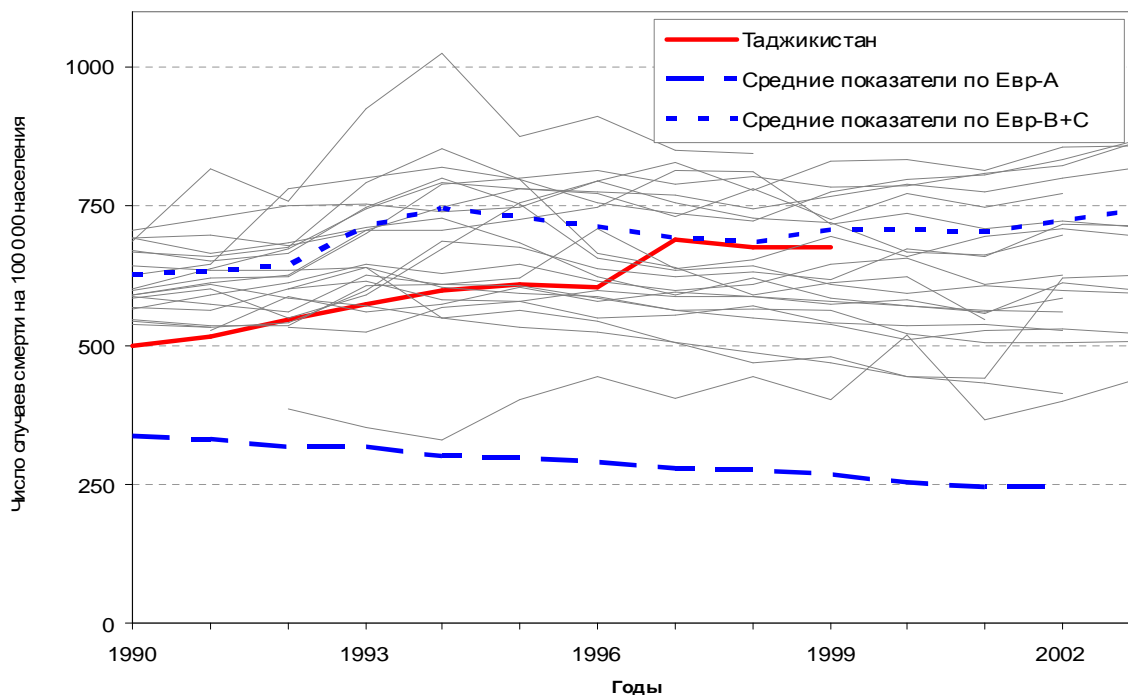


В 2003 г. 85% всей смертности в Таджикистане было обусловлено неинфекционной патологией; внешние причины составили около 3%, инфекционные болезни – около 4%, неуточненные состояния – около 8% (см. Приложение. Отдельные показатели смертности). В целом по группе Евр-В+С средняя доля смертности от внешних причин значительно выше (10,6%), однако смертность от неуточненных причин и инфекционных болезней занимает меньшее место. Доля смертности от неинфекционной патологии такая же.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ)

Сердечно-сосудистые заболевания – ведущая причина смерти в Таджикистане (2003 г.): на их долю приходится 57% всей смертности, что соответствует средним показателям для Евр-В+С. Приблизительно половина смертности от ССЗ обусловлена ишемической болезнью сердца. Доля смертности, обусловленная цереброваскулярными болезнями (8%) находится ближе к среднему уровню для Евр-А (9%), чем к уровню Евр-В+С (17%). Это возможно свидетельствует о меньшей распространенности в Таджикистане таких факторов риска ССЗ, как высокое артериальное давление и повышенное содержание холестерина. В целом ситуация по ССЗ в Таджикистане более благоприятная, чем во многих других странах СНГ. К сожалению, следуя за общей тенденцией по Евр-В+С, за период с 1990 г. в Таджикистане, хотя и в менее выраженной степени, но все же существенно повысилась смертность от этого вида патологии. Так же, как и в большинстве стран СНГ, уровень смертности от ССЗ продолжает повышаться (График. СКС от сердечно-сосудистых заболеваний по всем возрастам).

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



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

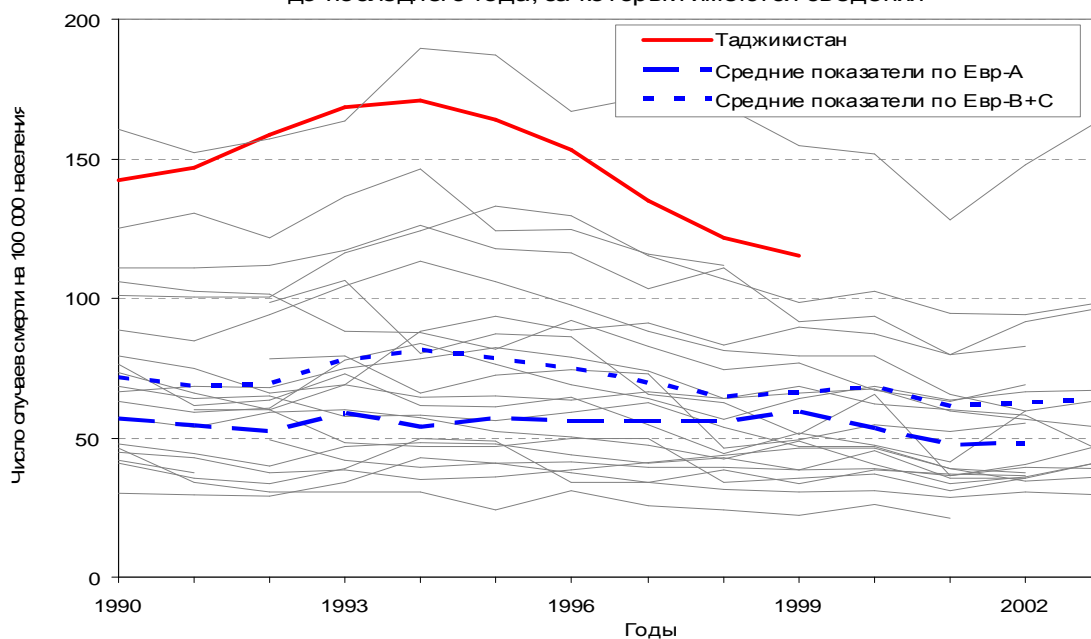
Злокачественные новообразования

Смертность от злокачественных новообразований распределена по всему Региону. Однако в Таджикистане этот показатель значительно 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 центральноазиатских республиках (ЦАР).

Болезни органов дыхания

Болезни органов дыхания составляют около 11% среди всех причин смертности в Таджикистане (2003 г.), прибл. в два раза превышая аналогичный средний показатель для Евр-В+С; то же самое относится и к значениям коэффициента смертности на 100 000 населения. Не исключено, что эти цифры несколько завышены за счет неверного кодирования случаев смерти от других причин в качестве обусловленных болезнями дыхания (График. СКС от болезней органов дыхания по всем возрастам).

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

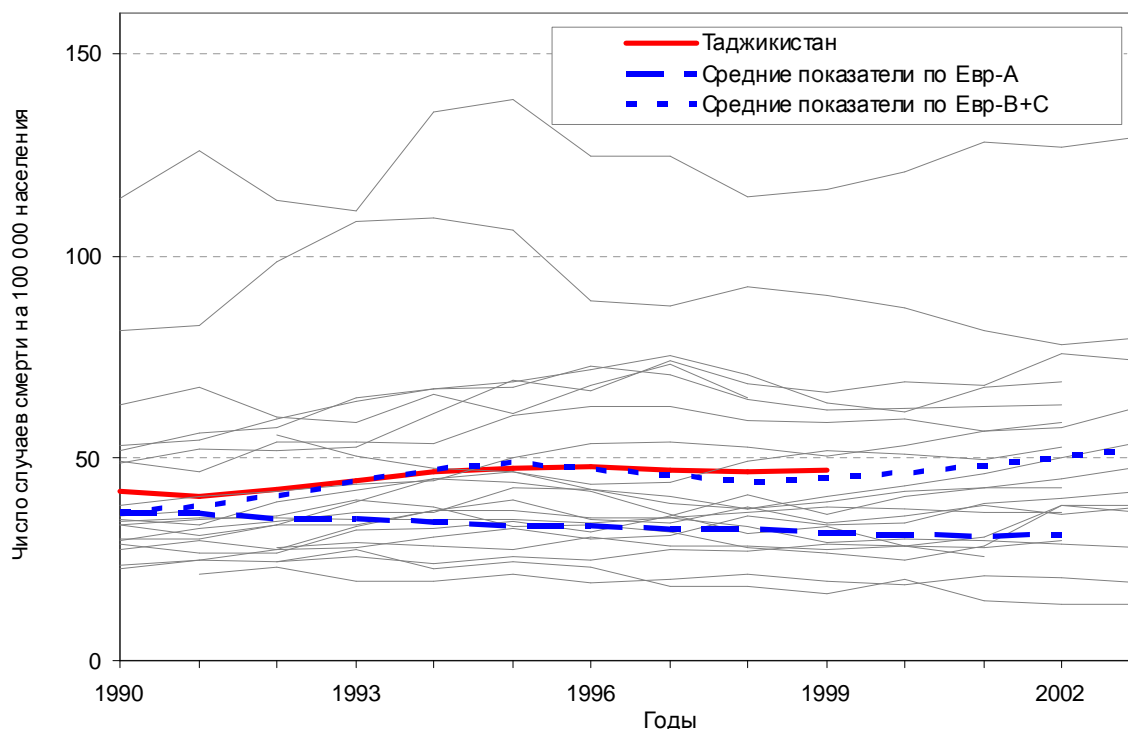


Примечание: данные по Таджикистану представляют собой скользящие средние показатели за 5 лет.

Болезни органов пищеварения

В странах Евр-А смертность от болезней системы пищеварения в течение последних 20 лет стойко снижается, однако в Евр-В+С данный показатель значительно вырос по сравнению с 1990 г., и Таджикистан в этом смысле не явился исключением. К 2003 г. уровень смертности от этой причины соответствовал среднему значению по Евр-В+С. Как уже отмечалось, существенная часть проблемы – это избыточная смертность от хронических болезней печени и цирроза печени. Определенную роль возможно играет высокая заболеваемость гепатитом, осложненная значительным уровнем потребления алкоголя (График. СКС от болезней органов пищеварения по всем возрастам).

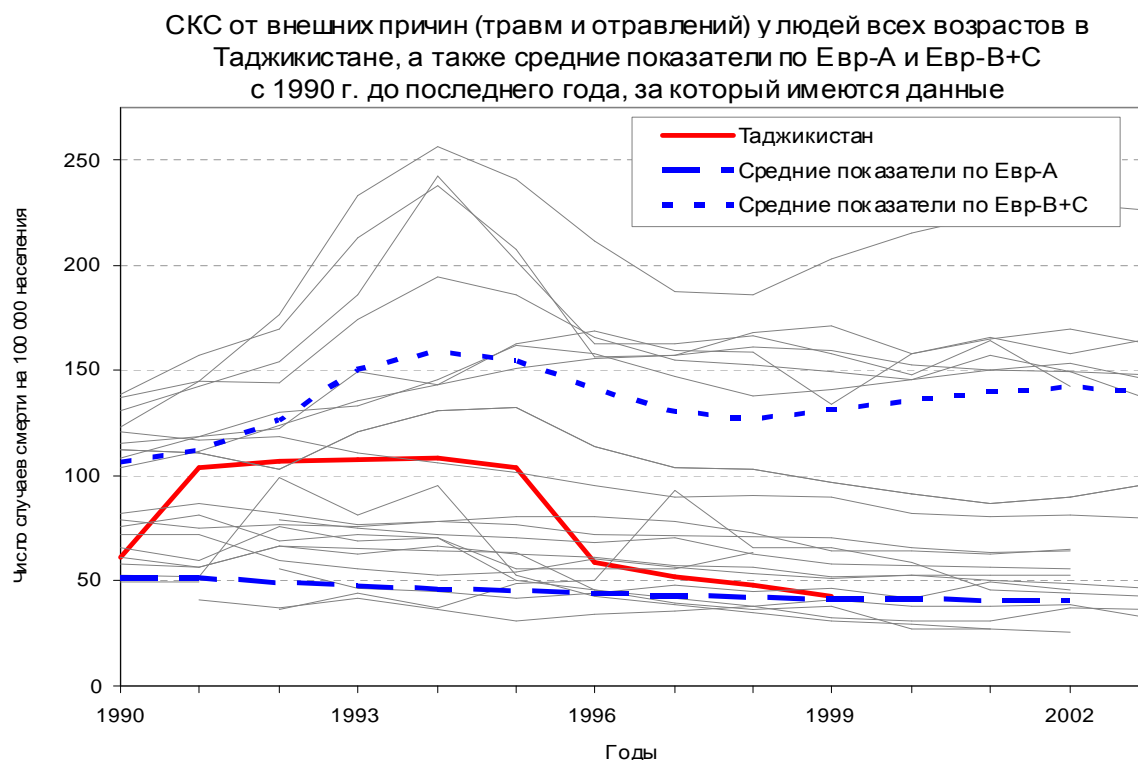
СКС от болезней органов пищеварения среди людей всех возрастов в Таджикистане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения



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

Внешние причины

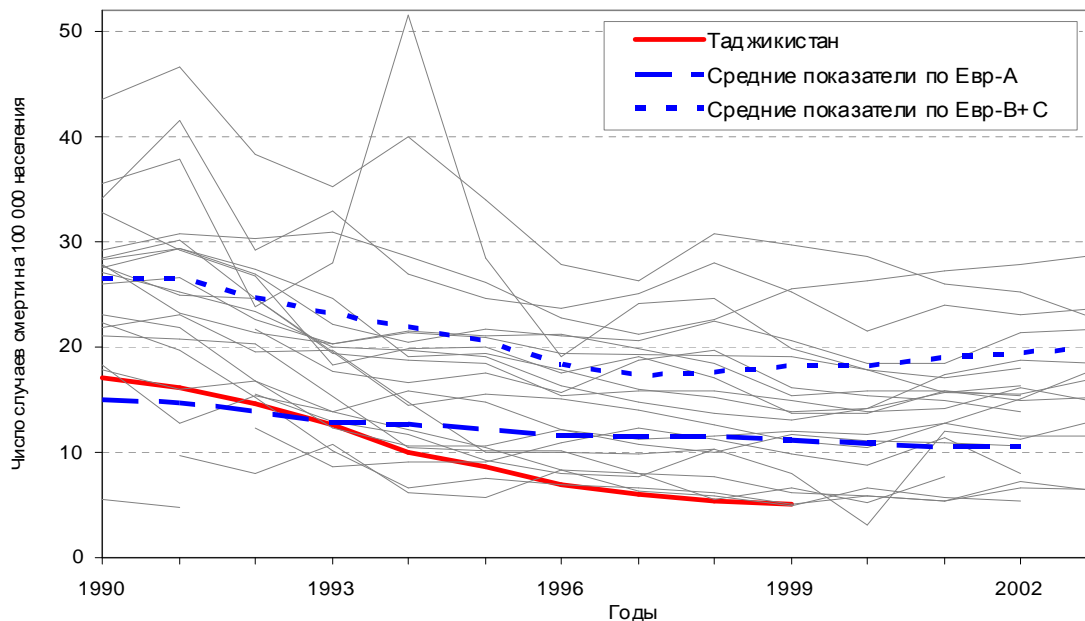
По внешним причинам различают непреднамеренные травмы (транспортный травматизм, отравления, травмы вследствие падений, пожаров, утопление и др.) и преднамеренные травмы (самоповреждения, травмы вследствие насилия и войн и др.). Суммарная смертность от внешних причин составляет в Таджикистане 33 случая смерти на 100 000 населения (2003), в то время как аналогичный показатель для Евр-В+С равен 140, а для Евр-А – 40 (График. СКС от внешних причин (травм и отравлений) по всем возрастам).



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

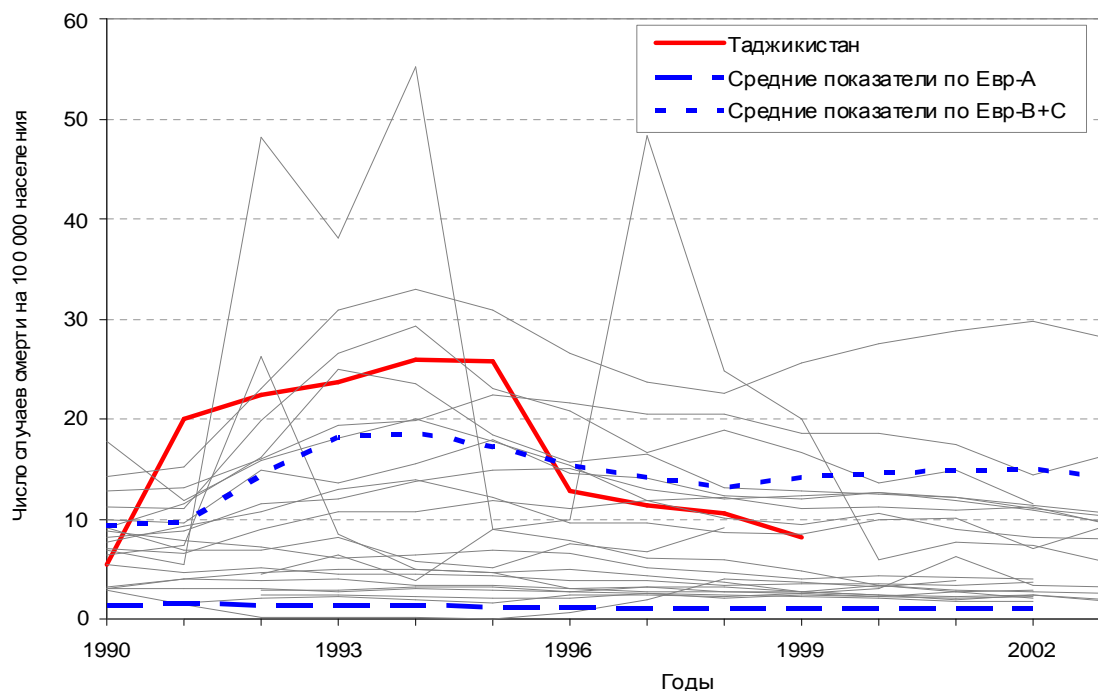
Низкий уровень смертности от насилия – это возможно наиболее яркая особенность картины смертности среди лиц среднего возраста, проживающих в Таджикистане. В противоположность общей тенденции для Евр-В+С, этот показатель снижался в течение 1990–2003 гг. (не считая периода гражданской войны 1992–1997 гг. и общего для всех стран СНГ пика смертности прил. в 1995 г.). Сложившаяся в Таджикистане значительно более благоприятная ситуация по этим показателям в сравнении с Евр-В+С имеет существенное значение для понимания и прогнозирования динамики состояния здоровья населения. Причины этого явления могут лежать в спаде экономики, приведшем к снижению дорожно-транспортного травматизма, либо в характерном для страны движении от городского, индустриального образа жизни к более аграрному укладу. Последний фактор может в какой-то мере служить объяснением для имеющего место снижения смертности и от всех остальных внешних причин, например от случайных отравлений, суицида и убийств. В то время как описанные тенденции социального развития возможно играют определяющую роль, важно отметить, что смертность от всех видов насильственных причин находилась на исходно низком уровне еще в 1980-х годах, а возможно и ранее (График. СКС от дорожно-транспортных несчастных случаев, по всем возрастам. График. СКС от убийств, по всем возрастам. График. СКС от самоубийств и самоповреждений, по всем возрастам).

СКС от дорожно-транспортных несчастных случаев у людей всех возрастов в Таджикистане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются данные



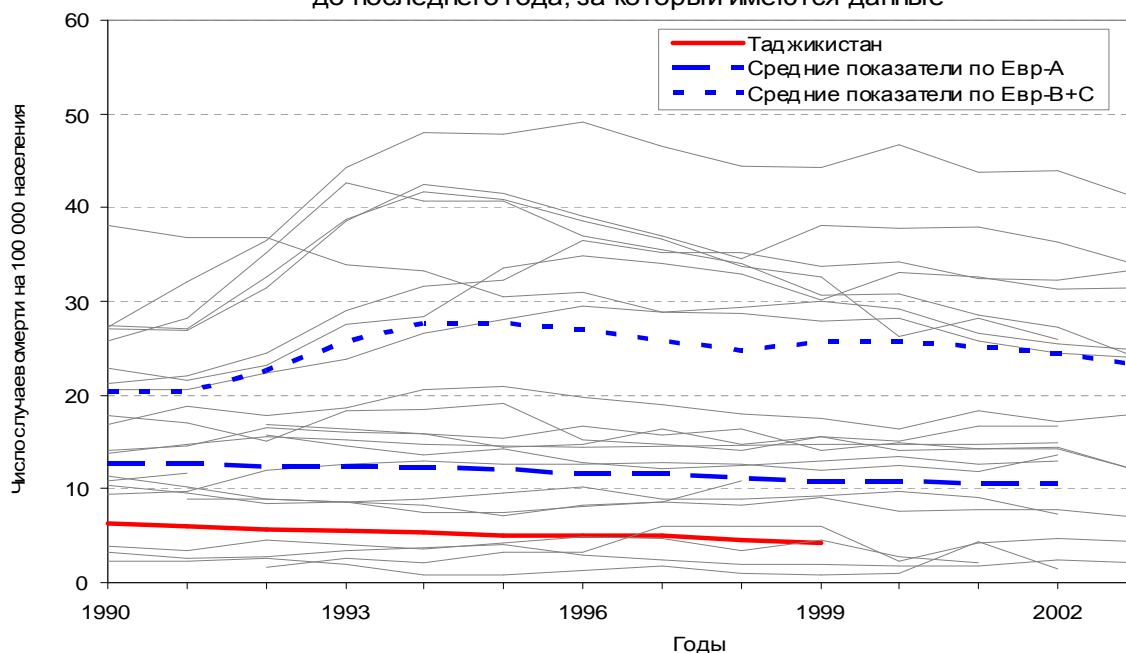
Примечание: данные по Таджикистану представляют собой скользящие средние показатели за 5 лет.

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



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

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

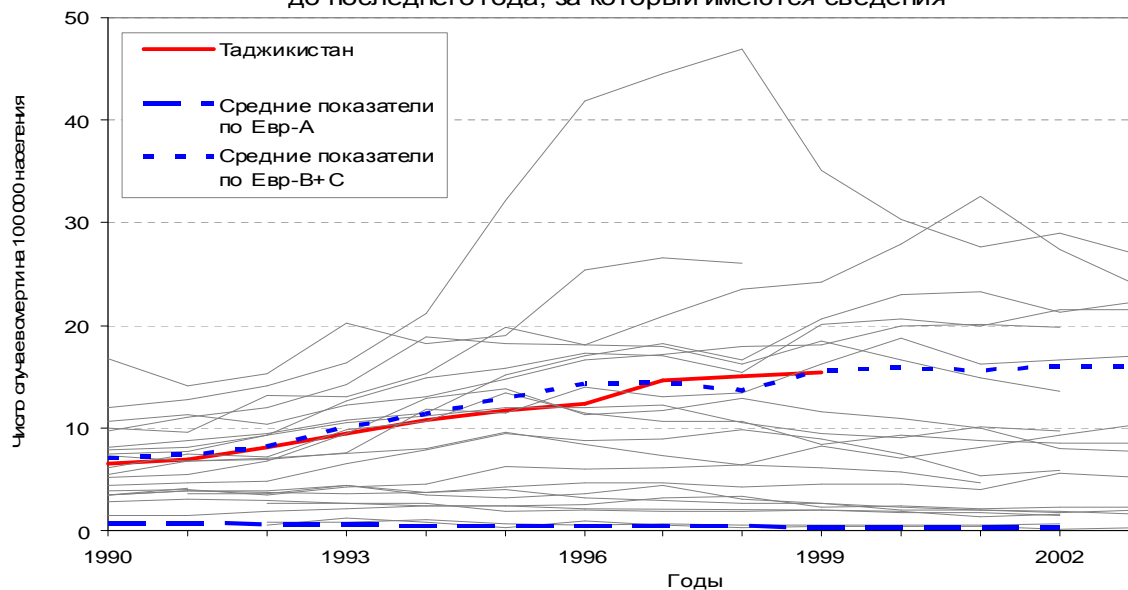


Примечание: данные по Таджикистану представляют собой скользящие средние показатели за 5 лет.

Туберкулез

За период с 1990 г. смертность от туберкулеза в Таджикистане явно повысилась, повторяя общую тенденцию в странах Евр-В+С (График. СКС от туберкулеза в возрастной группе 0-64 лет).

СКС от туберкулеза в возрастной группе 0-64 года, в Таджикистане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения



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

Библиография

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

Health Evidence Network (2003a). Сеть фактических данных по вопросам здоровья. 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). Сеть фактических данных по вопросам здоровья. 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). Сеть фактических данных по вопросам здоровья. 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).

UNESCO Institute for Statistics (2005). *Country/Regional profiles* [web site]. Montreal (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 неинфекционными болезнями. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/document/rc54/rdoc08.pdf>, по состоянию на 12 мая 2006 г.).

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

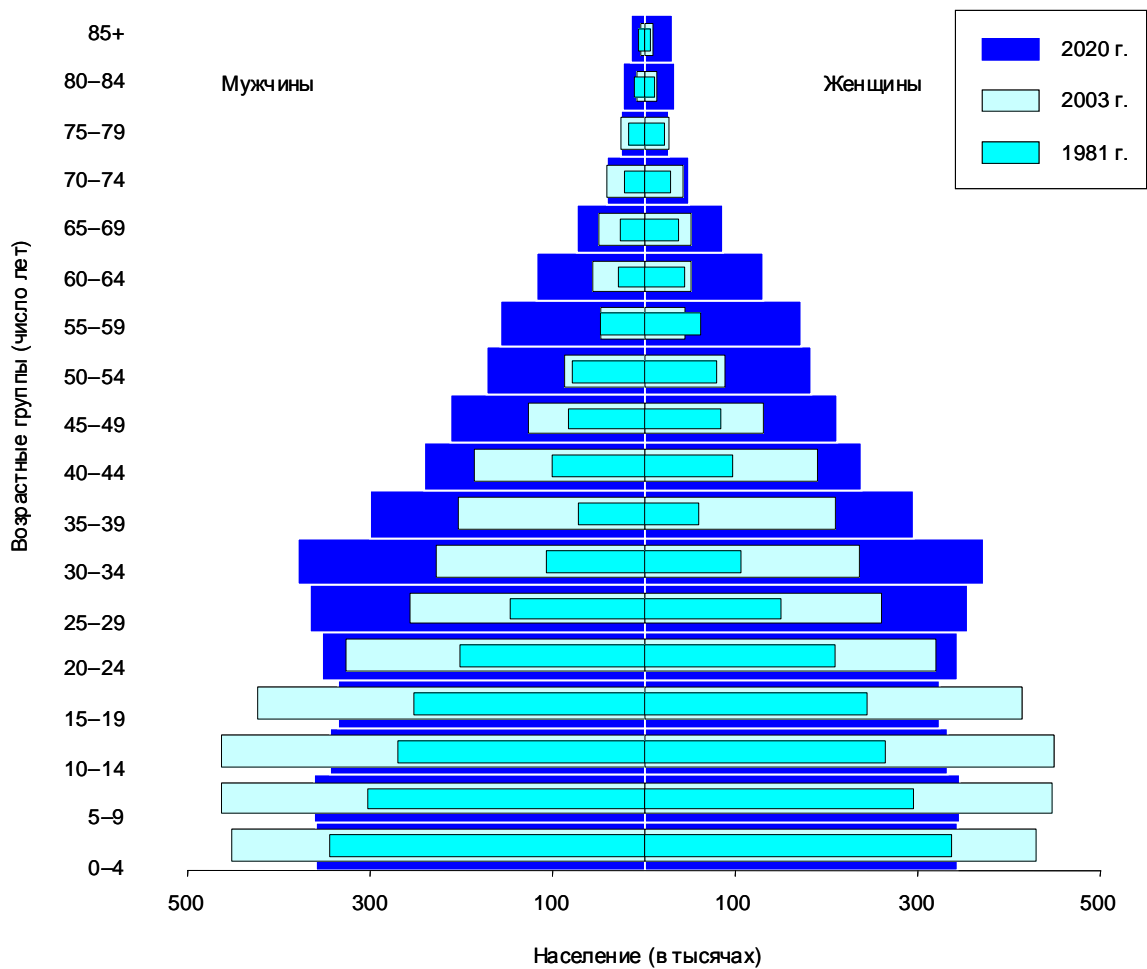
World Bank (2004). The Millennium Development Goals in Europe and Central Asia. Washington, DC, World Bank.

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

Приложения

Приложение. Возрастная пирамида

Возрастная пирамида для Таджикистана



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

Приложение. Отдельные показатели смертности

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

Болезни и патологические состояния	СКС на 100 000 населения		Избыточная смертность в Таджикистане (%)	Доля в структуре смертности в Таджикистане (%)	Доля в структуре смертности в Евр-В+С (%)	Средние показатели по Евр-А	Избыточная смертность в Таджикистане по отношению к Евр-А (%)	Доля в структуре смертности в Евр-А (%)
	Таджикистан (2001 г.)	Средние показатели по Евр-В+С (2003 г.)						
Отдельные неинфекционные болезни	832,8	1044,9	-20,3	80,3	79,6	533,8	56,0	82,4
Сердечно-сосудистые заболевания	589,5	741,8	-20,5	56,9	56,5	243,4	142,2	37,6
Ишемическая болезнь сердца	260,7	362,7	-28,1	25,1	27,6	95,9	171,8	14,8
Цереброваскулярные болезни	80,6	221,7	-63,6	7,8	16,9	61,1	31,9	9,4
Нарушения лёгочного кровообращения и другие болезни сердца	20,2	68,9	-70,7	1,9	5,3	56,6	-64,3	8,7
Экологически новые образ жизни (рак)	70,8	172,0	-58,8	6,8	13,1	181,5	-61,0	28,0
Рак трахеи/бронхов/лёгких	5,0	33,9	-85,3	0,5	2,6	37,1	-86,5	5,7
Рак молочной железы	7,3	22,1	-67,0	0,7	1,7	27,0	-73,0	4,2
Рак толстой кишки (включая прямую кишку) и анальной области	2,9	19,0	-84,7	0,3	1,4	20,7	-86,0	3,2
Рак предстательной железы	3,9	14,3	-72,7	0,4	1,1	25,1	-84,5	3,9
Болезни органов дыхания	111,3	63,1	76,4	10,7	4,8	47,8	132,8	7,4
Хронические болезни нижних дыхательных путей	35,3	31,2	13,1	3,4	2,4	20,2	74,8	3,1
Пневмония	44,9	23,6	90,3	4,3	1,8	16,2	177,2	2,5
Болезни органов пищеварения	51,1	52,3	-2,3	4,9	4,0	30,8	65,9	4,8
Хронические болезни печени и цирроз печени	32,3	32,0	0,9	3,1	2,4	12,6	156,3	1,9
Нервно-психические расстройства	10,2	15,7	-35	1,0	1,2	30,3	-66,3	4,7
Инфекционные болезни	37,0	20,8	77,9	3,6	1,6	8,4	340,5	1,3
ВИЧ/СПИД	0,0	0,8	-100,0	0,0	0,1	1,1	-100,0	0,2
Внешние причины	32,9	139,6	-76,4	3,2	10,6	40,3	-18,4	6,2
Непреднамеренные	26,1	102,2	-74,5	2,5	7,8	28,7	-9,1	4,4
Дорожно-транспортный травматизм	4,1	14,7	-72,1	0,4	1,1	9,9	-58,6	1,5
Падения	1,3	7,5	-82,7	0,1	0,6	6,1	-78,7	0,9
Преднамеренные	6,8	37,4	-81,8	0,7	2,9	11,6	-41,4	1,8
Самосмерждения (самоубийства)	3,4	23,2	-85,3	0,3	1,8	10,6	-67,9	1,6
Насилие (убийства)	3,4	14,2	-76,1	0,3	1,1	1,0	240,0	0,2
Неточно обозначенные состояния	78,0	64,0	21,9	7,5	4,9	20,9	273,2	3,2
Все причины	1036,9	1312,2	-21,0	100,0	100,0	647,8	60,1	100,0

Приложение. Детальные данные о смертности

Таблица 1. Отдельные показатели смертности в возрастной группе 0–14 лет с разбивкой по полу в Таджикистане 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	Таджикистан (2001 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Изменение (%)	В среднем	Изменение (%)	В среднем	Изменение (%)
Все причины	Оба пола	184.0	-8,4	49.4	-2,4	151.7	-3,8
	М	190.3	-8,8	55.3	-2,5	170.5	-3,9
	Ж	177.5	-7,8	43.3	-2,4	131.9	-3,8
<i>Инфекционные и паразитарные болезни</i>	М	39.8	-10,7	1.4	-1,1	10.9	-7,0
	Ж	40.6	-9,4	1.1	-3,0	9.5	-6,6
Кишечные инфекции	М	32.9	-10,3	0.2	-0,7	5.1	-8,2
	Ж	33.6	-9,1	0.1	-7,3	4.7	-7,9
<i>Злокачественные новообразования</i>	М	1.9	5,4	3.3	-1,8	5.1	-1,9
	Ж	2.1	49,0	2.6	-1,8	4.2	-1,9
<i>Сердечно-сосудистые заболевания</i>	М	0.9	-12,6	1.4	-3,1	3.3	1,1
	Ж	1.0	-12,7	1.3	-2,5	2.6	0,1
<i>Болезни органов дыхания</i>	М	64.7	-10,2	1.4	-4,3	35.9	-5,0
	Ж	60.8	-9,8	1.0	-4,2	30.7	-5,0
Пневмония	М	27.1	-9,9	0.5	-6,0	20.9	-4,9
	Ж	26.2	-9,3	0.4	-5,1	17.9	-4,7
<i>Состояния, возникающие в перинатальном периоде</i>	М	295.2	-8,2	255.3	-2,1	607.6	-2,7
	Ж	267.8	-5,8	202.3	-1,6	427.5	-2,7
<i>Врожденные аномалии и хромосомные нарушения</i>	М	10.4	5,5	11.6	-2,9	24.2	-2,8
	Ж	9.4	7,5	10.0	-3,3	21.0	-2,6
<i>Неточно обозначенные причины смерти</i>	М	14.3	-3,9	5.0	-3,9	5.6	-0,6
	Ж	13.1	-3,9	3.4	-4,2	4.6	-1,0
<i>Внешние причины (травмы и отравления)</i>	М	17.7	-4,7	7.0	-4,0	29.0	-3,4
	Ж	12.9	-1,4	4.6	-3,2	18.1	-3,1
Дорожно-транспортный травматизм	М	1.7	-4,9	2.5	-4,5	4.7	-2,6
	Ж	0.8	-7,1	1.7	-4,8	3.0	-1,6

Таблица 2. Отдельные показатели смертности в возрастной группе 15–29 лет с разбивкой по полу в Таджикистане 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	Таджикистан (2001 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Изменение (%)	В среднем	Изменение (%)	В среднем	Изменение (%)
Все причины	Оба пола	106.3	-5,2	56.0	-2,3	161.0	-0,9
	М	125.1	-5,7	82.0	-2,3	241.7	-1,0
	Ж	87.6	-4,3	29.3	-2,2	79.0	-0,6
<i>Инфекционные и паразитарные болезни</i>	М	20.3	-1,0	1.2	1,5	12.3	3,0
	Ж	13.5	-6,1	0.8	1,9	5.1	2,5
<i>Злокачественные новообразования</i>	М	6.6	-1,9	6.2	-1,0	8.8	-1,9
	Ж	6.0	-2,6	4.7	-1,4	7.7	-1,9
<i>Сердечно-сосудистые заболевания</i>	М	9.3	-3,7	4.1	-2,4	17.6	0,0
	Ж	8.0	-4,5	2.3	-2,0	7.3	-0,9
<i>Болезни органов дыхания</i>	М	12.5	-5,3	1.4	-3,6	6.9	0,2
	Ж	9.8	-6,6	0.9	-2,7	3.8	-1,1
<i>Болезни органов пищеварения</i>	М	7.5	-6,6	0.9	-3,5	8.0	3,0
	Ж	6.1	-1,9	0.5	-3,8	3.7	3,1
<i>Неточно обозначенные причины смерти</i>	М	14.0	-4,0	4.0	-3,1	11.6	7,1
	Ж	5.7	-7,4	1.4	-1,3	3.3	5,8
<i>Внешние причины</i>	М	34.7	-9,7	58.3	-1,4	162.4	-1,6
	Ж	18.4	0,7	14.4	-1,6	36.9	-0,2
Дорожно-транспортный травматизм	М	3.2	-9,3	28.5	-1,3	27.8	-1,5
	Ж	1.4	-2,9	7.3	-1,4	8.0	0,3
Случайное утопление	М	2.9	-6,0	1.3	-2,2	10.8	-3,9
	Ж	2.3	13,5	0.2	-2,1	1.9	-2,2
Случайные отравления	М	2.3	-3,9	2.8	0,0	19.1	3,3
	Ж	1.4	29,5	0.7	0,8	4.4	2,5
Самоповреждения (самоубийства)	М	4.2	-4,2	12.7	-1,8	36.8	0,0
	Ж	3.6	3,8	3.1	-2,2	5.8	-1,3

Таблица 3. Отдельные показатели смертности в возрастной группе 30–44 года с разбивкой по полу в Таджикистане 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	Таджикистан (2001 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Изменение (%)	В среднем	Изменение (%)	В среднем	Изменение (%)
Все причины	Оба пола	235.3	-6,0	120.3	-2,5	453.8	-0,7
	М	272.0	-6,8	161.6	-2,6	700.0	-0,8
	Ж	199.5	-4,6	78.5	-2,1	215.6	-0,2
Злокачественные новообразования	М	22.2	-4,3	27.6	-2,3	40.2	-2,8
	Ж	30.9	0,6	31.3	-2,0	43.8	-1,4
Рак трахеи/бронхов/лёгких	М	1.3	3,0	5.0	-3,4	7.3	-4,2
	Ж	1.5	-1,9	2.8	-0,6	2.2	-1,0
Рак молочной железы	Ж	6.5	12,8	10.0	-2,6	10.0	-2,3
Сердечно-сосудистые заболевания	М	41.8	-8,0	26.1	-2,5	158.6	-0,4
	Ж	34.5	-7,1	10.4	-2,1	45.3	0,0
Ишемическая болезнь сердца	М	21.8	-9,2	11.8	-3,1	73.7	-2,2
	Ж	13.2	-6,6	2.4	-2,7	14.4	-1,3
Цереброваскулярные болезни	М	3.9	-9,4	4.4	-3,2	24.6	-0,4
	Ж	5.1	-6,5	3.6	-2,5	10.6	-1,3
Болезни органов дыхания	М	22.5	-7,9	3.9	-3,5	34.3	0,9
	Ж	24.8	-6,9	2.2	-2,0	9.8	0,8
Болезни органов пищеварения	М	23.2	-6,0	12.6	-2,4	50.2	1,4
	Ж	12.5	-6,1	5.4	-1,7	19.4	4,1
Внешние причины	М	61.8	-9,1	58.8	-1,2	299.5	-1,9
	Ж	23.3	-0,3	15.1	-1,8	58.9	-1,0
Дорожно-транспортный травматизм	М	5.3	-11,7	16.0	-0,5	31.4	-1,7
	Ж	3.1	-5,4	3.9	-2,0	7.1	-0,5
Самоповреждения (самоубийства)	М	6.4	-6,2	21.2	-1,5	54.9	-2,4
	Ж	4.4	9,1	5.8	-2,2	7.9	-2,5

Таблица 4. Отдельные показатели смертности в возрастной группе 45–59 лет с разбивкой по полу в Таджикистане 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	Таджикистан (2001 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Изменение (%)	В среднем	Изменение (%)	В среднем	Изменение (%)
Все причины	Оба пола	725.5	-4,9	435.6	-1,3	1294.9	-0,6
	М	808.8	-5,9	580.1	-1,4	1981.7	-0,6
	Ж	638.8	-3,2	293.3	-1,0	698.9	-0,5
Злокачественные новообразования	М	83.9	-4,5	218.2	-1,2	323.2	-1,9
	Ж	87.4	-1,7	155.0	-1,0	186.1	-0,5
Рак трахеи/бронхов/лёгких	М	11.9	-2,0	65.9	-1,5	101.4	-2,9
	Ж	3.5	-1,9	21.8	3,4	15.4	1,0
Рак молочной железы	Ж	14.4	-0,6	44.0	-2,2	45.3	0,1
Сердечно-сосудистые заболевания	М	369.7	-5,3	156.4	-2,6	793.1	-0,1
	Ж	306.8	-2,5	50.9	-2,5	271.7	-0,6
Ишемическая болезнь сердца	М	190.9	-5,8	86.2	-3,3	435.3	-0,7
	Ж	117.3	-3,4	17.8	-3,4	111.1	-0,6
Цереброваскулярные болезни	М	37.8	-9,7	23.7	-2,6	168.6	-0,9
	Ж	46.9	-6,5	14.5	-2,1	88.4	-1,4
Болезни органов дыхания	М	59.1	-9,0	20.3	-1,7	108.7	-1,4
	Ж	49.9	-7,1	10.2	-1,3	24.5	-0,7
Болезни органов пищеварения	М	73.3	-5,1	49.6	-0,8	129.7	0,7
	Ж	55.4	-1,0	20.3	-0,7	57.3	1,9
Внешние причины	М	54.8	-9,5	62.8	-1,0	409.2	-0,9
	Ж	30.5	3,4	20.9	-0,9	89.1	-1,1
Дорожно-транспортный травматизм	М	11.3	-5,6	13.0	-1,3	28.5	-1,8
	Ж	2.4	-9,9	4.1	-2,1	7.5	-1,4
Самоповреждения (самоубийства)	М	5.1	-11,8	23.1	-1,1	68.1	-2,4
	Ж	3.9	0,3	8.5	-1,2	10.2	-3,4

Таблица 5. Отдельные показатели смертности в возрастной группе 60–74 года с разбивкой по полу в Таджикистане 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	Таджикистан (2001 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Изменение (%)	В среднем	Изменение (%)	В среднем	Изменение (%)
Все причины	Оба пола	2888.1	-1,0	1570.9	-1,9	3411.7	-0,1
	М	3284.7	-1,6	2156.9	-2,1	4996.4	0,1
	Ж	2503.0	-0,5	1069.2	-1,9	2339.0	-0,6
Злокачественные новообразования	М	290.8	-1,2	851.3	-1,4	1002.5	-0,8
	Ж	217.7	3,2	439.8	-1,1	438.9	-0,7
Рак трахеи/бронхов/лёгких	М	25.1	-5,2	261.8	-1,9	321.7	-1,5
	Ж	14.5	7,3	59.0	0,2	37.1	-1,4
Рак молочной железы	Ж	18.2	6,3	79.7	-1,6	68.7	1,3
Сердечно-сосудистые заболевания	М	2042.9	-1,1	744.9	-3,6	2903.0	0,6
	Ж	1594.0	-1,3	335.7	-3,9	1507.8	-0,3
Ишемическая болезнь сердца	М	902.2	-3	381.3	-4,2	1582.2	1,2
	Ж	653.3	-2,5	133.5	-4,6	731.4	0,5
Цереброваскулярные болезни	М	314.5	-3,8	143.3	-3,7	833.7	0,2
	Ж	240.5	-5,5	86.7	-4,1	528.9	-0,8
Болезни органов дыхания	М	330.6	-4,3	144.0	-3,5	303.0	-2,4
	Ж	240.5	-2,6	62.5	-2,4	68.6	-3,6
Болезни органов пищеварения	М	206.5	3,4	111.6	-1,6	193.0	0,1
	Ж	140.7	3,0	54.1	-1,7	94.2	0,2
Внешние причины	М	40.7	-10,2	79.3	-1,4	320.0	1,0
	Ж	24.1	-1,9	32.1	-2,1	88.7	-0,5
Дорожно-транспортный травматизм	М	8.6	-7,1	14.8	-3,0	24.3	-1,5
	Ж	4.2	14,6	5.9	-3,4	9.5	-1,0
Самоповреждения (самоубийства)	М	2.8	-13	24.5	-1,6	60.5	-0,8
	Ж	2.0	-7,3	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 Таджикистане 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	Таджикистан (2001 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Изменение (%)	В среднем	Изменение (%)	В среднем	Изменение (%)
Все причины	Оба пола	10826.1	-0,6	8059.6	-1,0	12338.8	0,0
	М	14433.8	2,0	9832.0	-1,1	14838.0	0,1
	Ж	9088.9	-1,9	7112.5	-0,9	11421.7	0,0
Злокачественные новообразования	М	553.5	8,9	2231.1	-0,4	1489.3	1,2
	Ж	309.6	7,0	1136.2	-0,4	721.7	0,8
Рак трахеи/бронхов/лёгких	М	21.0	-10,7	457.1	-0,7	323.5	1,0
	Ж	14.7	2,9	102.7	1,5	55.6	0,5
Рак молочной железы	Ж	20.3	-1,2	159.6	-0,4	92.0	3,1
Сердечно-сосудистые заболевания	М	9528.9	3,2	4356.2	-2,1	10221.2	0,4
	Ж	6276.1	-1,0	3577.9	-1,9	8805.6	0,4
Ишемическая болезнь сердца	М	4237.8	1,4	1708.0	-2,2	4925.6	1,4
	Ж	2853.7	-1,8	1150.0	-2,2	4028.6	1,2
Цереброваскулярные болезни	М	1191.6	-4,3	1119.8	-2,5	3004.4	0,7
	Ж	807.7	-6,6	1026.9	-2,4	2967.6	0,5
Болезни органов дыхания	М	1469.8	-6,2	1156.5	-2,4	824.1	-2,1
	Ж	968.5	-6,7	591.9	-2,1	302.3	-3,2
Болезни органов пищеварения	М	360.6	12,0	340.3	-1,1	270.4	0,3
	Ж	267.0	9,0	279.8	-0,4	175.0	1,1
Внешние причины	М	111.7	-5,0	275.0	-0,6	604.2	0,1
	Ж	51.0	-7,7	187.8	-1,2	172.4	-1,2
Дорожно-транспортный травматизм	М	21.9	-6,1	28.1	-2,2	34.6	-3,1
	Ж	2.2	-13,8	10.0	-3,1	14.7	-1,7
Самоповреждения (самоубийства)	М	4.0	-13,7	49.5	-1,6	86.6	-1,1
	Ж	5.2	-8,6	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.).