



**ЕВРОПА**

Обзорная сводка о состоянии здоровья  
в Узбекистане  
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  
UZBEKISTAN

EUR/05/5046415W  
<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
Ожидаемая продолжительность здоровой жизни .....	9
Бремя болезней .....	11
Основные виды нарушений здоровья .....	11
Основные факторы риска .....	12
Смертность .....	12
Младенческая, неонатальная и детская смертность .....	12
Материнская смертность .....	14
Избыточная смертность .....	15
Основные причины смерти .....	20
Библиография .....	25
Приложения .....	27
<i>Приложение. Возрастная пирамида</i> .....	27
<i>Приложение. Отдельные показатели смертности</i> .....	28
<i>Приложение. Детальные данные о смертности</i> .....	29
Технические примечания .....	32
Словарь терминов .....	35



---

## Резюме: основные фактические данные и стратегические соображения

### Ожидаемая продолжительность жизни

По оценкам ВОЗ, жители Узбекистана, родившиеся в 2003 г., могут рассчитывать прожить в среднем 66 лет (женщины – 68 лет, мужчины – 63 года). Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) для жителей Узбекистана самая высокая среди Центрально-азиатских республик, что свидетельствует о лучшем состоянии здоровья населения.

Официальная величина ОПЖ для Узбекистана приблизительно на 1 год превышает усредненный показатель для Евр-В+С (68,8 лет). Однако, по оценкам ВОЗ, уровень ОПЖ в Узбекистане прикл. на 2 года ниже среднего значения, рассчитанного ВОЗ для стран Евр-В+С (68 лет). Это означает, что хотя показатели смертности в Узбекистане в целом ниже, чем в остальных Центрально-азиатских республиках, они все же превышают средний уровень для Евр-В+С. ОПЖ в Узбекистане, по всей вероятности, на 13 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

В 2002 г. уровень младенческой смертности в Узбекистане составлял около 17 на 1000 живорожденных; для сравнения, средний уровень по Евр-В+С – 19,9, самый низкий показатель в данной группе стран у Литвы – 6,7. За период с 1990 г. младенческая смертность в Узбекистане снизилась вдвое; при этом темпы улучшения ситуации выше, чем в среднем по Евр-В+С и выше, чем в среднем по Центрально-азиатским республикам.

Одним из важнейших аспектов медицинского обслуживания является оказание дородовой помощи. Однако ее стоимость может быть неадекватно высокой, предпринимаемые вмешательства порой слишком интенсивны, 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)

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

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

### Основные причины смерти

Показатели смертности в Узбекистане в целом примерно на 10% ниже средних значений для Евр-В+С, но на 80% выше, чем в Евр-А. Смертность среди взрослых ниже, чем в среднем в странах Евр-В+С, в то время как детская смертность превышает средний уровень. С соответствующими поправками на неполноту данных, это означает, что состояние здоровья взрослого населения в Узбекистане лучше, чем в ряде других стран СНГ, для которых характерны крайне высокие показатели смертности среди людей среднего возраста.

---

Как и в других республиках Центральной Азии, в Узбекистане нет избыточной смертности от внешних причин по сравнению со средними показателями для Евр-В+С. Смертность от внешних причин среди лиц старше 14 лет находится фактически на уровне Евр-А и значительно ниже средних показателей по Евр-В+С.

Как и можно было предполагать, смертность от злокачественных новообразований также ниже, чем в среднем по Евр-В+С, а смертность от инфекционных болезней, а также от болезней органов дыхания и пищеварения превышает средний уровень для данной группы стран.

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)*

---

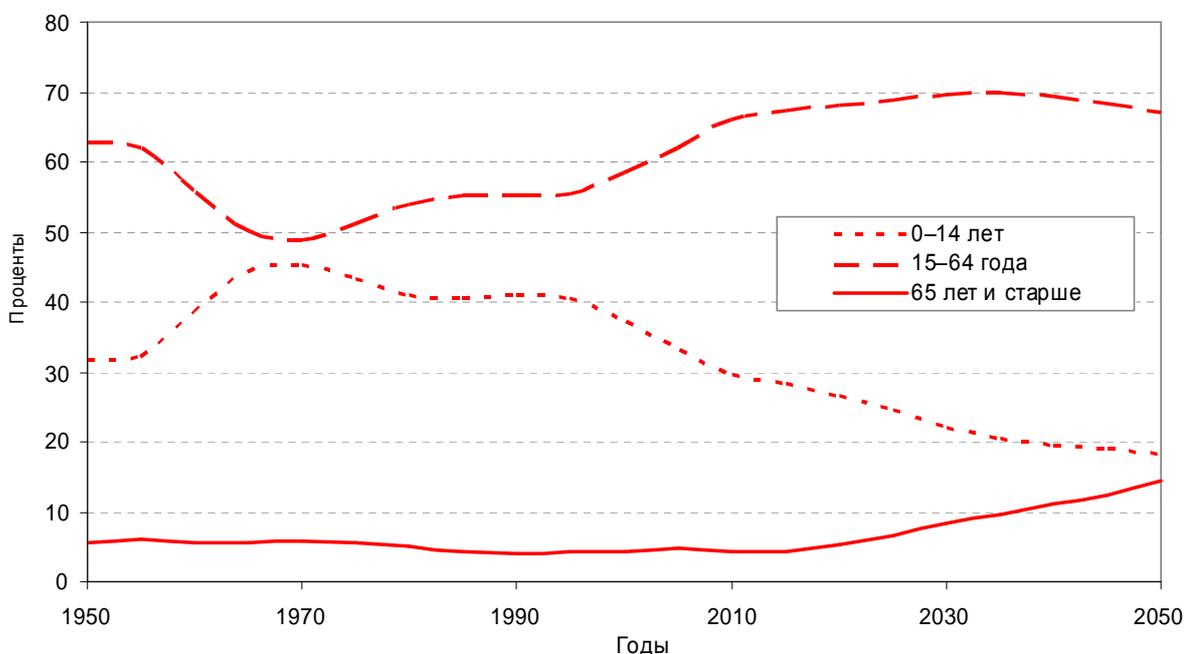
## Избранная демографическая и социально-экономическая информация

### Профиль населения

По состоянию на середину 2002 г. в Узбекистане проживало около 25,6 млн человек. Городское население составляет около 37% – меньше, чем в среднем в Евр-В+С.

Доля населения в возрасте 0-14 лет была относительно стабильной в течение 1980-х годов, однако затем она снизилась с прикл. 41% в 1999 г. до 36% в 2002 г. Вместе с тем, этот показатель все еще значительно превышает средний уровень для Евр-В+С. Напротив, процент населения старше 65 лет в Узбекистане существенно ниже средних показателей для Евр-В+С. По прогнозам, к 2030 г. 8% населения Узбекистана будут составлять люди в возрасте 65 лет и старше (Приложение. Возрастная пирамида).

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



Источник: United Nations (2005).

Показатель рождаемости в Узбекистане в 2002 г. был существенно выше среднего уровня для стран Евр-В+С. Естественный прирост населения положительный и также намного выше, чем в среднем в Евр-В+С.

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

Показатели	Узбекистан	Евр-В+С		
		В среднем	Минимум	Максимум
Население (в тыс.)	25 567.7	–	–	–
0–14 лет (%) <sup>a</sup>	35.7	–	–	–
15–64 года (%) <sup>a</sup>	60.0	–	–	–
65 лет и старше (%) <sup>a</sup>	4.3	–	–	–
Городское население (%) <sup>a</sup>	36.8	63.7	25.0	73.3
Живорождения (на 1000 чел.)	19.9	12.8	8.6	27.1
Естественный прирост населения (на 1000 чел.) <sup>a</sup>	15.7	0.8	–7.5	23.0
Миграционный прирост населения (на 1000 чел.)	–	1.8	–6.6	2.1

<sup>a</sup> 2002 г.

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

### Социально-экономические показатели

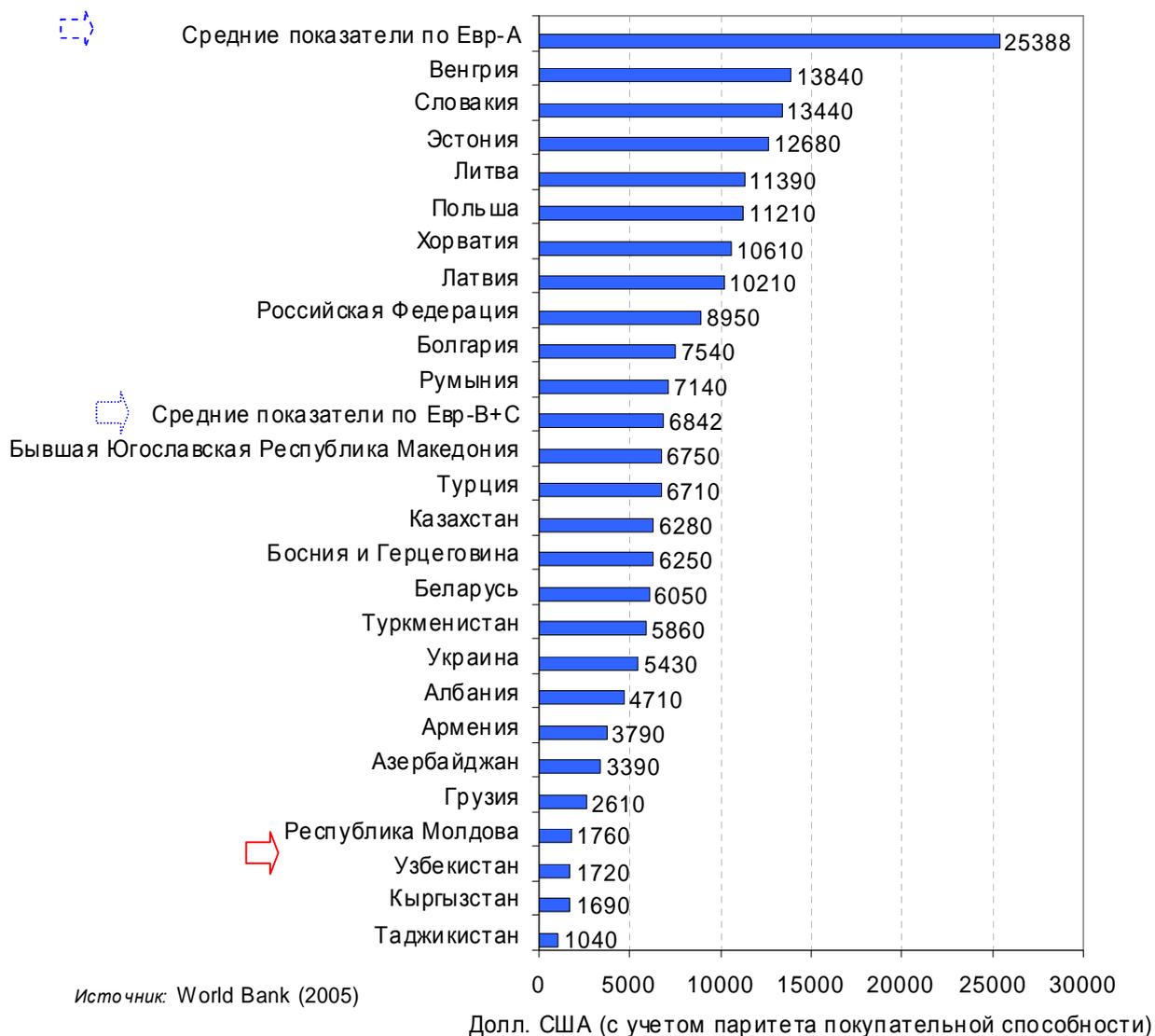
Показатели здоровья находятся под влиянием различных факторов, как индивидуальных, так и действующих на уровне семьи и всего населения. Очевидными примерами таких факторов являются характер питания, образ жизни, доступ к чистой воде, санитарии и медико-санитарным услугам. Немаловажную роль при этом играют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

#### **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 составил в Узбекистане в 2003 г. 1720 долл. США на душу населения, что соответствует третьему месту снизу среди стран Евр-В+С, имевших в среднем 6842 долл. США на душу населения.

## Валовой национальный доход на душу населения, 2003 г.



Если доход недостаточен даже для приобретения минимума жизненно необходимых товаров и услуг, то речь идет об абсолютной бедности. В настоящее время для обозначения порога абсолютной бедности Всемирный банк 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 реальные 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 высокоразвитых странах относительная бедность является гораздо более распространенным явлением, чем абсолютная.

В 2000 г. 27,5% населения Узбекистана проживало за национальной чертой бедности (World Bank, 2004b). Результаты ежегодных обследований домашних хозяйств, проводимых в Узбекистане с 1988 по 2000 г. с применением критериев абсолютной бедности для Европы, рекомендованных Всемирным банком, показали, что с каждым годом число людей, живущих в

бедности, увеличивается. В 1988 г. 24,1% жителей Узбекистана могли тратить на удовлетворение своих минимально необходимых жизненных потребностей не более 4,30 долл. США; к 2000 г. эта доля выросла в 4 раза – до 97,6%. В 1988 г. в Узбекистане не было людей, проживающих за чертой бедности в 2,15 долл. США дневного дохода, однако к 2000 г. в этой группе оказались 71,7% жителей страны (World Bank, 2005).

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

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

### **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 степень охвата детей школьным обучением. Степень чистого охвата средним образованием рассчитывается как процент всего детского населения школьного возраста (разные страны могут устанавливать различные возрастные границы), посещающего среднюю школу.

Сведений об уровне чистого охвата детей в Узбекистане школьным обучением не имеется. Степень общего охвата населения средним образованием (отношение числа всех учащихся средней школы вне зависимости от возраста к численности возрастной группы, официально соответствующей периоду получения среднего образования) составляла в 2001 г. 98,6%. В соседних странах степень общего охвата в том же году составляла в Казахстане – 88,7%, в Таджикистане – 82,0%, в Кыргызстане – 85,3% (UNESCO, 2005).

---

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

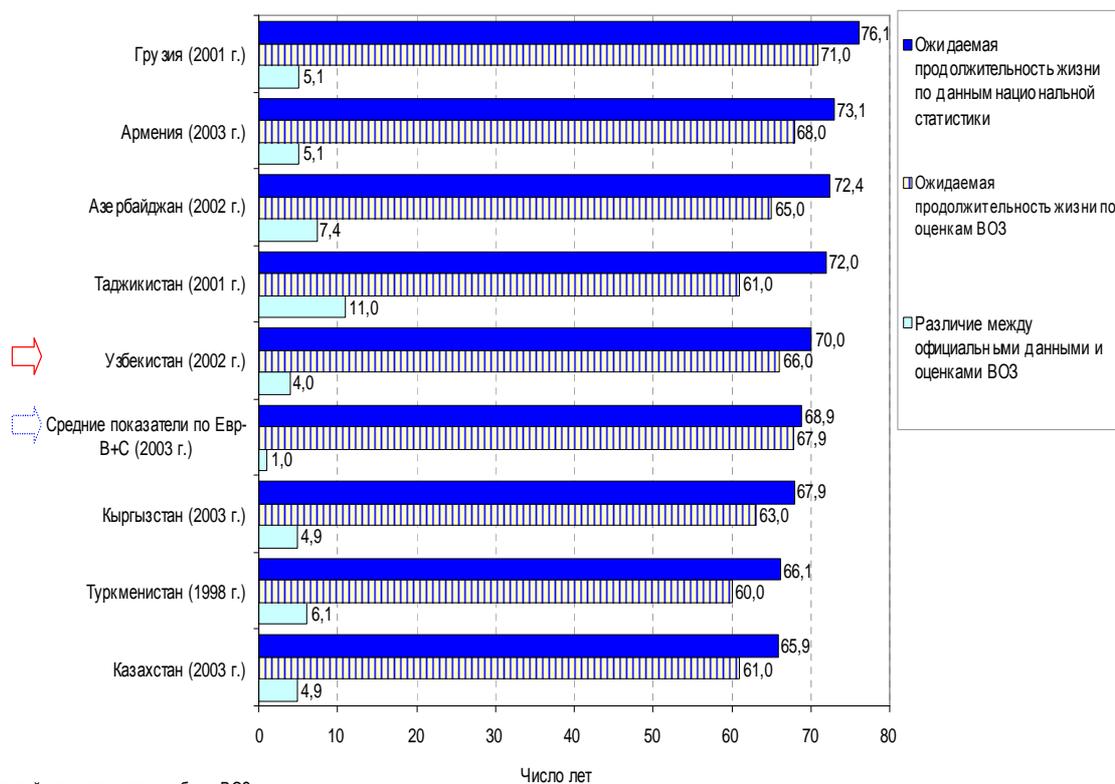
По оценкам ВОЗ, жители Узбекистана, родившиеся в 2003 г., могут рассчитывать прожить в среднем 66 лет (женщины – 68 лет, мужчины – 63 года). Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) для жителей Узбекистана от 3 до 6 лет выше, чем в других Центрально-азиатских республиках, что свидетельствует о лучшем состоянии здоровья населения. Необходимо знать, какие именно показатели здоровья отличаются в лучшую сторону, и попытаться понять, что лежит в основе более благоприятной ситуации в Узбекистане по сравнению с другими странами.

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

По официальным данным за 2002 г., основанным на национальной статистике, ожидаемая продолжительность жизни в Узбекистане составляет в среднем 70,0 лет (72,5 лет для женщин и 67,6 – для мужчин); по прогнозам ВОЗ эти показатели на 4 года ниже. Расхождение обусловлено, главным образом, неполной регистрацией детской смертности. При этом предполагается, что информация о смертности среди взрослых носит гораздо более достоверный характер. Делается вывод, что официальные данные достаточно верно отражают основную картину смертности в Узбекистане, хотя и не всегда обеспечивают полную точность в оценке количественного уровня тех или показателей. С учетом этих оговорок, а также поскольку официальная статистика дает сведения с разбивкой по всем возрастам и по полу, именно официальные данные приведены в подавляющем большинстве случаев в настоящей сводке. Однако для того чтобы читатель мог получить более достоверное представление о существующей ситуации в отношении здоровья населения – особенно детского, дополнительно приводятся оценочные данные ВОЗ.

Менее явная, но важная проблема касается оценки правильности регистрации причины смерти. Имеются указания на случающиеся ошибки в кодировании, масштаб которых трудно поддается количественной оценке, но которые неминуемо 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. Официальная величина ОПЖ для Узбекистана приблизительно на 1 год превышает усредненный показатель для Евр-В+С (68,8 лет). Однако, по оценкам ВОЗ, уровень ОПЖ в Узбекистане приibl. на 2 года ниже среднего значения, рассчитанного ВОЗ для стран Евр-В+С (68 лет). Это означает, что хотя показатели смертности в Узбекистане в целом ниже, чем в остальных Центрально-азиатских республиках, они все же превышают средний уровень для Евр-В+С. Исходя из этого, уровень ОПЖ в Узбекистане, по всей вероятности, примерно на 13 лет ниже, чем в среднем по Евр-А (79,0 лет).

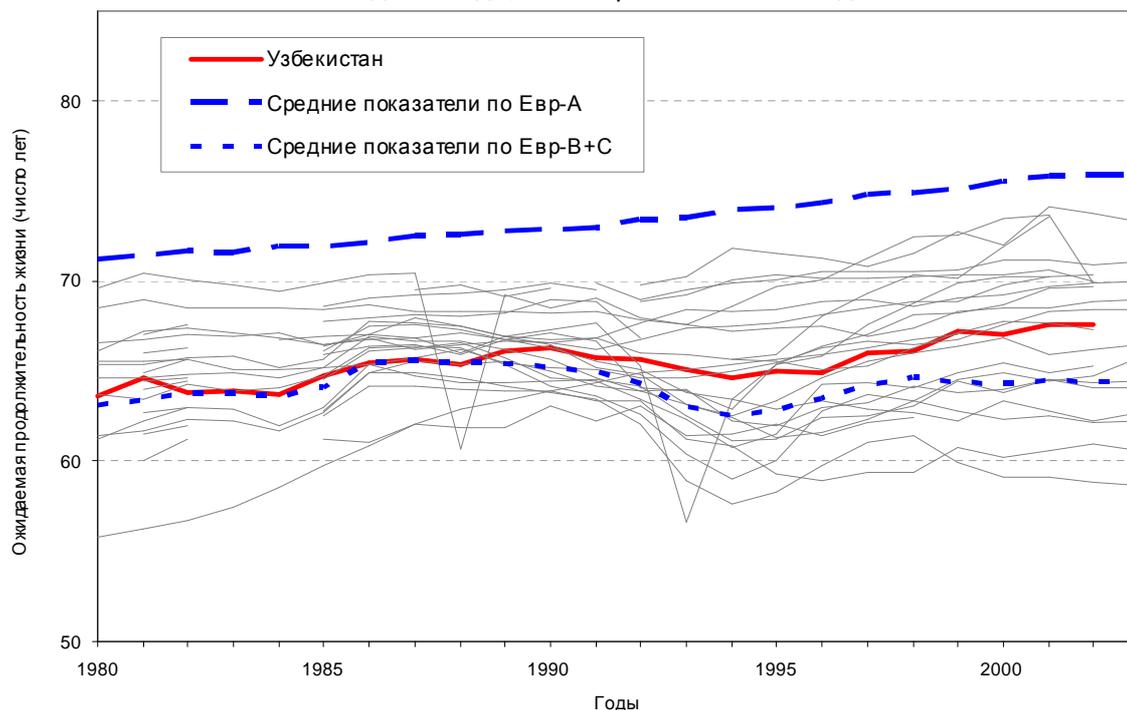
Различия в оценках ожидаемой продолжительности жизни, основанных на национальных данных и на прогнозах ВОЗ в отдельных странах



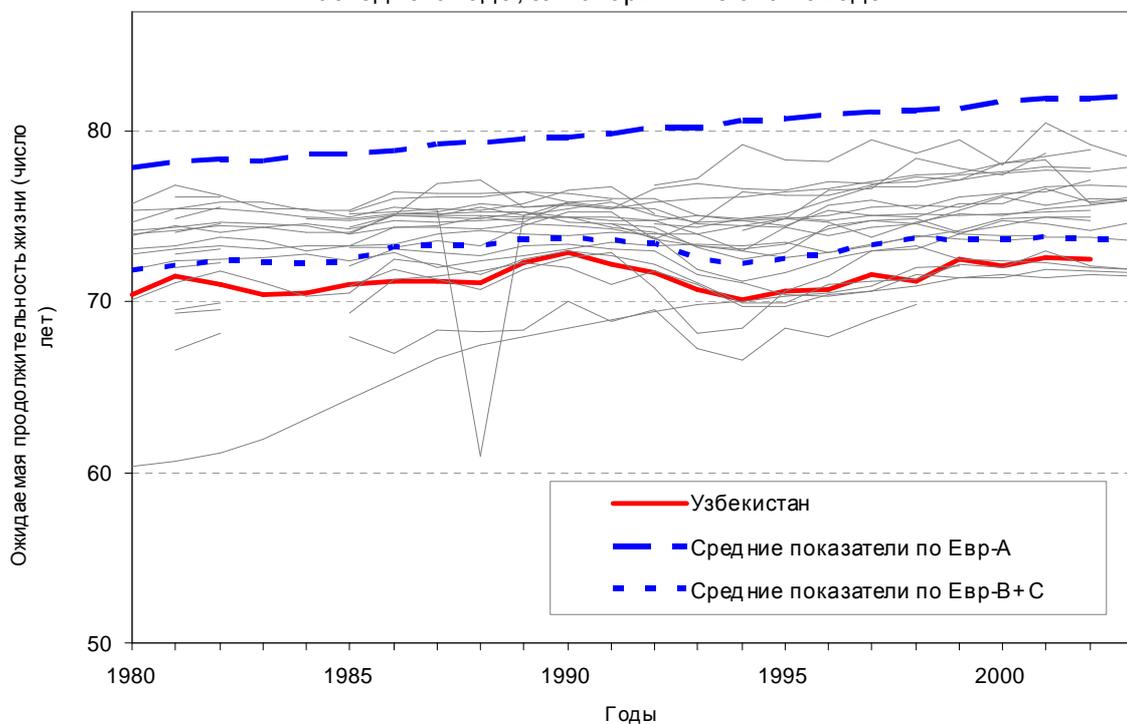
Динамика по годам показывает, что в 1990 г. официальное значение ОПЖ в стране совпадало со средним уровнем для Евр-В+С (около 70 лет) и в первые годы после приобретения независимости точно повторяло колебания этого уровня. Однако к 1999 г. данный показатель поднялся над уровнем Евр-В+С и несколько вырос по сравнению с 1990 г.

Различия между узбекскими мужчинами и женщинами по уровню ОПЖ относительно невелики и составляет 4,9 лет. Для сравнения: соответствующий средний показатель для Евр-В+С – 9 лет, для Евр-А – 6 лет. Менее выраженная разница обусловлена относительно худшей ситуацией среди женщин и лучшей – среди мужчин, по сравнению со средними показателями Евр-В+С.

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



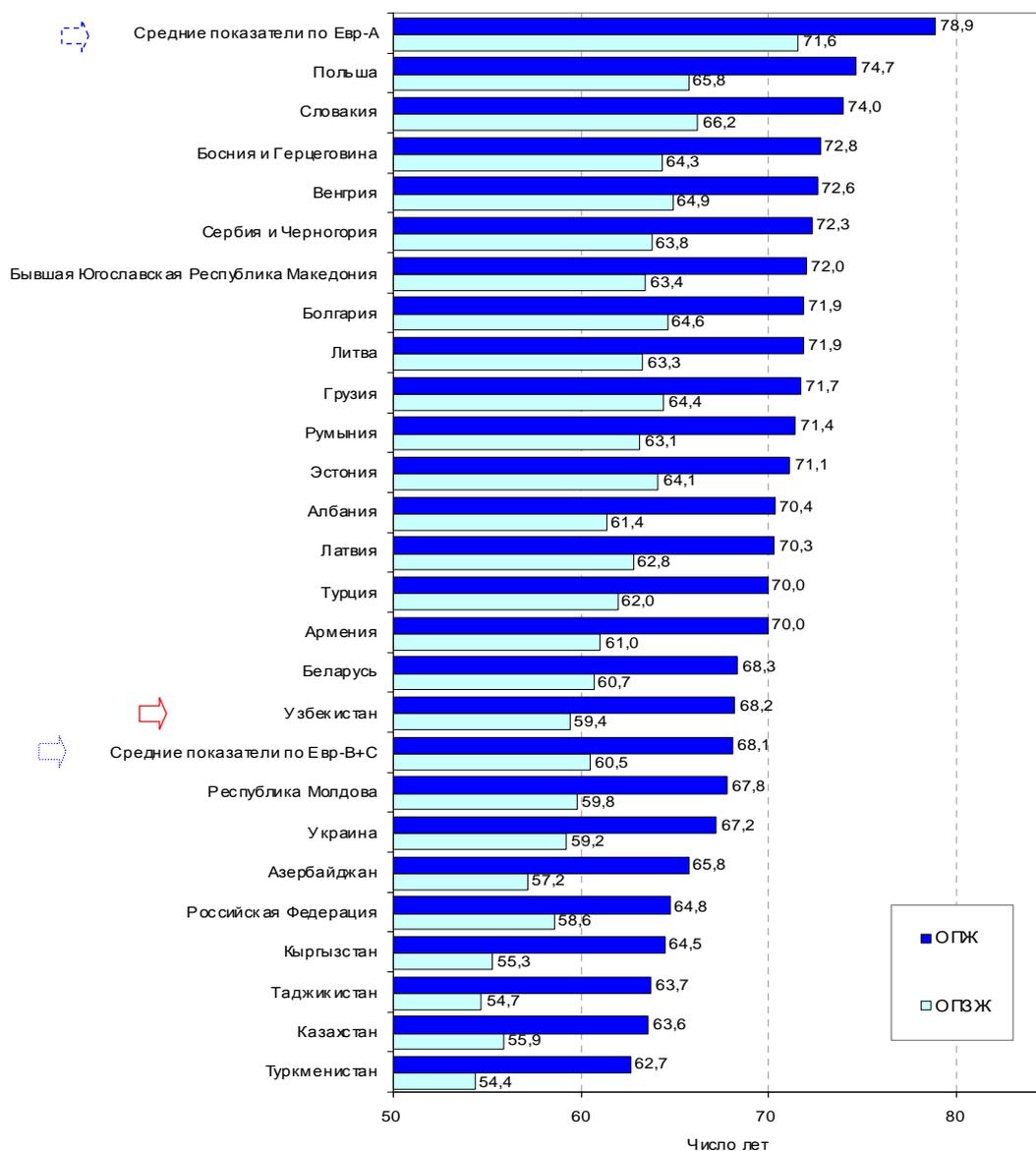
### Ожидаемая продолжительность здоровой жизни

Помимо сведений об общей продолжительности жизни, становится все более важным иметь представление о количестве лет, прожитых в состоянии хорошего здоровья. Для этой цели ВОЗ использует относительно новый индикатор – ожидаемую продолжительность здоровой жизни

(ОПЗЖ), рассчитываемую на основе ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) за вычетом числа лет, прожитых в состоянии болезни и инвалидности. Оценки ОПЗЖ, составленные ВОЗ, следует использовать в сочетании с данными по ОПЖ, основанными только на оценках ВОЗ, но не на текущей статистике стран.

По оценкам ВОЗ на 2002 г. (WHO, 2004), средняя продолжительность здоровой жизни для населения Узбекистана составляет 59,4 лет (60,9 для женщин и 57,9 для мужчин), что на 12,2 лет меньше, чем в среднем по Евр-А (71,6 лет) и на 1,1 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 Узбекистана в возрасте 60 лет ожидаемая продолжительность здоровой жизни составляет 12,6 лет для женщин и 10,8 лет для мужчин, в то время как в Швеции эти усредненные значения равны соответственно 19,6 и 17,1 годам.

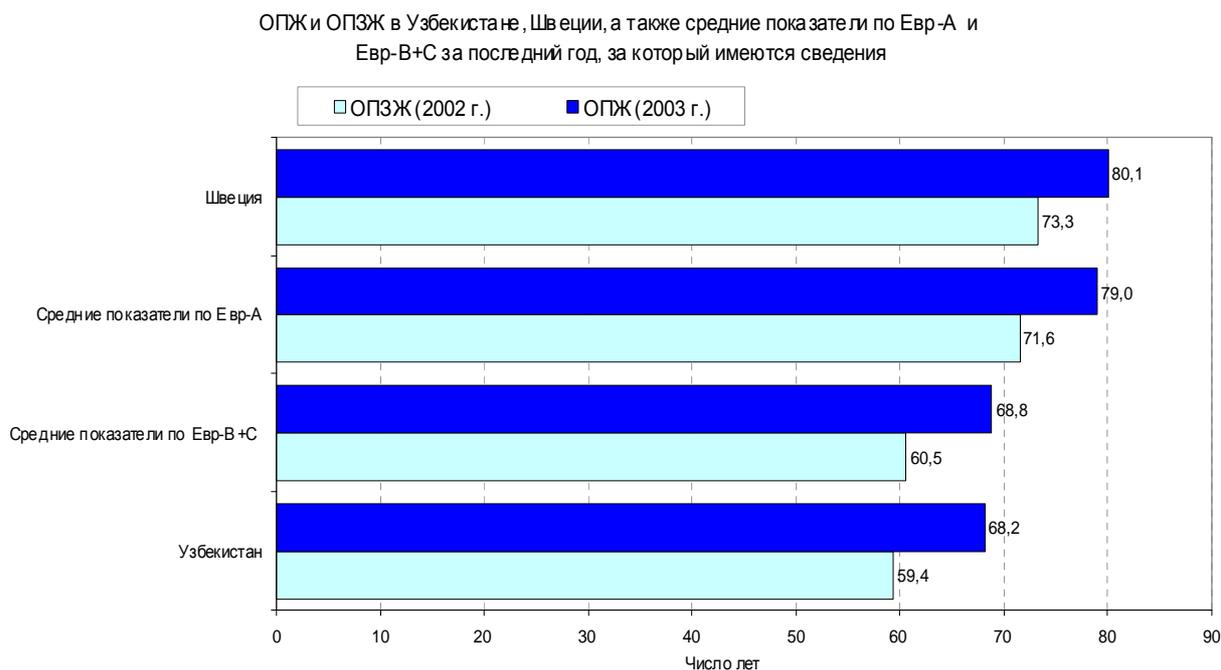
Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) и ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ) в Узбекистане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С, 2002 г.



Источник: WHO (2003с)

Альтернативный способ представления тех же самых данных – оценить ожидаемую продолжительность жизни с теми или иными нарушениями здоровья. В Узбекистане этот

показатель составляет 10,0 лет для женщин и 7,6 лет для мужчин. Соответствующие средние значения для Швеции – 7,9 и 6,2 лет.



*Примечание:* Сведения по ожидаемой продолжительности жизни в 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 Узбекистане. Самая значительная доля бремени болезней среди лиц обоего пола приходится на сердечно-сосудистые заболевания и нервно-психические расстройства. Поскольку смертность от нервно-психических расстройств невысока, основная часть обусловленного ими бремени болезней связана с нарушениями повседневной жизнедеятельности больных.

Десять ведущих групп стойких нарушений здоровья и инвалидности мужчины и женщин в Узбекистане (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	18,7	Нервно-психические расстройства	21,9
2	Нервно-психические расстройства	16,6	Сердечно-сосудистые заболевания	18,3
3	Непреднамеренные травмы	12,5	Респираторные инфекции	7,4
4	Респираторные инфекции	9,1	Болезни органов пищеварения	6,3
5	Болезни органов пищеварения	6,2	Инфекционные и паразитарные болезни	5,3
6	Инфекционные и паразитарные болезни	6,1	Болезни органов чувств	4,7
7	Состояния, возникающие в перинатальном периоде	5,4	Злокачественные новообразования	4,6
8	Злокачественные новообразования	3,7	Непреднамеренные травмы	4,5
9	Болезни органов дыхания	3,6	Неполноценное питание	4,2
10	Болезни органов чувств	3,4	Состояния, возникающие в перинатальном периоде	4,2

Источник: WHO, 2003c

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

Десять ведущих факторов риска по отношению к бремени болезней в Узбекистане (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	7,4	Высокий индекс массы тела	7,2
2	Высокий индекс массы тела	5,7	Повышенное артериальное давление	6,7
3	Повышенное артериальное давление	5,7	Высокий уровень холестерина	5,2
4	Высокий уровень холестерина	5,5	Дым в помещениях от сжигания твердого топлива	3,7
5	Табак	5,4	Недостаток железа в организме	3,4
6	Дым в помещениях от сжигания твердого топлива	4,1	Недостаточная масса тела у матери и ребенка	3,3
7	Недостаточная масса тела у матери и ребенка	4,0	Недостаточная физическая активность	2,6
8	Недостаточное потребление фруктов и овощей	2,7	Недостаточное потребление фруктов и овощей	2,5
9	Недостаточная физическая активность	2,5	Небезопасный секс	1,8
10	Свинец	1,5	Алкоголь	1,6

Источник: WHO, 2003c

## Смертность

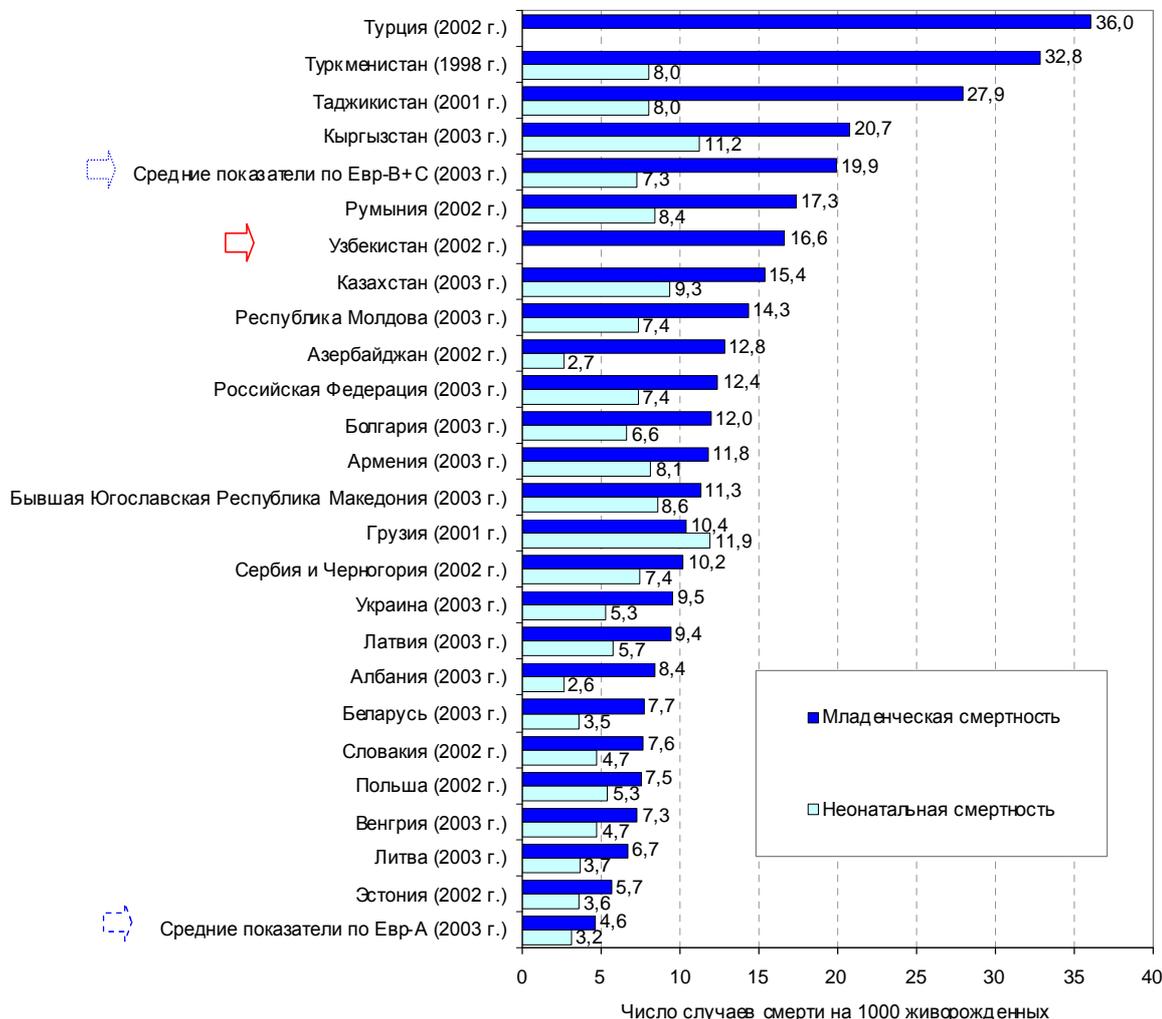
### Младенческая, неонатальная и детская смертность

В 2002 г. уровень младенческой смертности в Узбекистане составлял около 17 на 1000 живорожденных; для сравнения, средний уровень по Евр-В+С – 19,9, самый низкий показатель в данной группе стран у Литвы – 6,7. За период с 1990 г. младенческая смертность в Узбекистане снизилась вдвое; при этом темпы улучшения ситуации выше, чем в среднем по Евр-В+С и выше, чем в среднем по Центрально-азиатским республикам.

В соответствии с национальными данными по рождениям и смерти в 2002 г. риск смерти ребенка до достижения 5-летнего возраста в Узбекистане составлял 24 на 1000 живорожденных. В соответствии с Целями в области развития, поставленными в Декларации тысячелетия (ЦРТ) в отношении смертности детей в возрасте до 5 лет для Европы и Центральной Азии, этот показатель к 2015 г. должен быть снижен до 15 на 1000 живорожденных. С учетом имеющихся погрешностей в национальных данных (неполная регистрация рождений и смерти), уровень смертности детей до 5 лет в Узбекистане по последним оценкам ВОЗ составляет почти 32 на 1000 живорожденных. Для соседних стран имеются следующие оценочные показатели ВОЗ: Казахстан – 33, Кыргызстан – 59, Таджикистан – 63, Туркменистан – 55. В наиболее благоприятном положении среди стран Евр-В+С по оценкам ВОЗ находятся Словакия и Эстония, где данный показатель составляет 8 на 1000 живорожденных. Поскольку имеющиеся на сегодняшний день оценочные данные ВОЗ не поддаются достоверной экстраполяции на будущее, вопрос о том, удастся ли Узбекистану достичь ЦРТ к 2015 г., остается открытым.

Официальных данных по смертности среди новорожденных не имеется.

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



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 Узбекистане по данным официальной регистрации и по расчётам ВОЗ, произведённой с целью обеспечения сравнимости

Показатель	Национальные данные <sup>а</sup>	Оценочные данные ВОЗ
Младенческая смертность на 1000 живорождённых, 2000 г. (показатель ЦРТ)	19	30 <sup>б</sup>
Смертность среди новорожденных на 1000 живорожденных, 2000 г.	нет данных	27 <sup>в</sup>
Смертность детей в возрасте до 5 лет на 1000 живорожденных (показатель ЦРТ)	24 (2002)	69 (63–76) (2003) <sup>в</sup>
Материнская смертность на 100 000 живорождённых, 2000 г. (показатель ЦРТ)	35	24 <sup>в</sup>

<sup>а</sup> Европейское региональное бюро ВОЗ (2005 г.); <sup>б</sup> ВОЗ (2004 г.); <sup>в</sup> ВОЗ (2005 г.).

Из представленных данных видно, что официальные показатели смертности детей до 5 лет в Узбекистане вероятно составляют около одной трети от предполагаемого реального уровня. Поскольку неполная регистрация детской смертности главным образом касается детей до года, данное несоответствие указывает на то, что и младенческая, и неонатальная смертность также в определенной степени недоучитываются. Однако масштабы заниженности данных, по-видимому, меньше, чем в других республиках Центральной Азии.

По оценкам ВОЗ, за период с 2000 по 2003 г. в Узбекистане наблюдалось снижение смертности детей до пяти лет в среднем прир. на 1% в год. Соответствующие темпы снижения для Европейского региона ВОЗ в целом составляют около 3,5%. Таким образом, темпы улучшения ситуации в Узбекистане отстают от средних показателей, что типично для стран СНГ с высокими уровнями детской смертности. Невзирая на имеющийся дефицит ресурсов, возможен и необходим более интенсивный прогресс в данной области.

## Материнская смертность

Точный учет материнской смертности представляет собой еще более трудную задачу, даже в странах с надежными системами регистрации. Обычно оценки ВОЗ, основанные на применении методов регрессии и аналогичных расчетов, менее благоприятны по сравнению с отчетами стран, однако, как видно из приведенной таблицы, в отношении Узбекистана имеет место противоположная картина. Причиной этого, по-видимому, послужило использование сведений из различных источников (данные центрального статистического бюро и данные министерства здравоохранения, основанные на медицинской отчетности, выборочных эпидемиологических обследованиях населения и т.д.). Расхождение невелико и фактически свидетельствует о том, что уровень материнской смертности ниже, чем можно было ожидать.

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

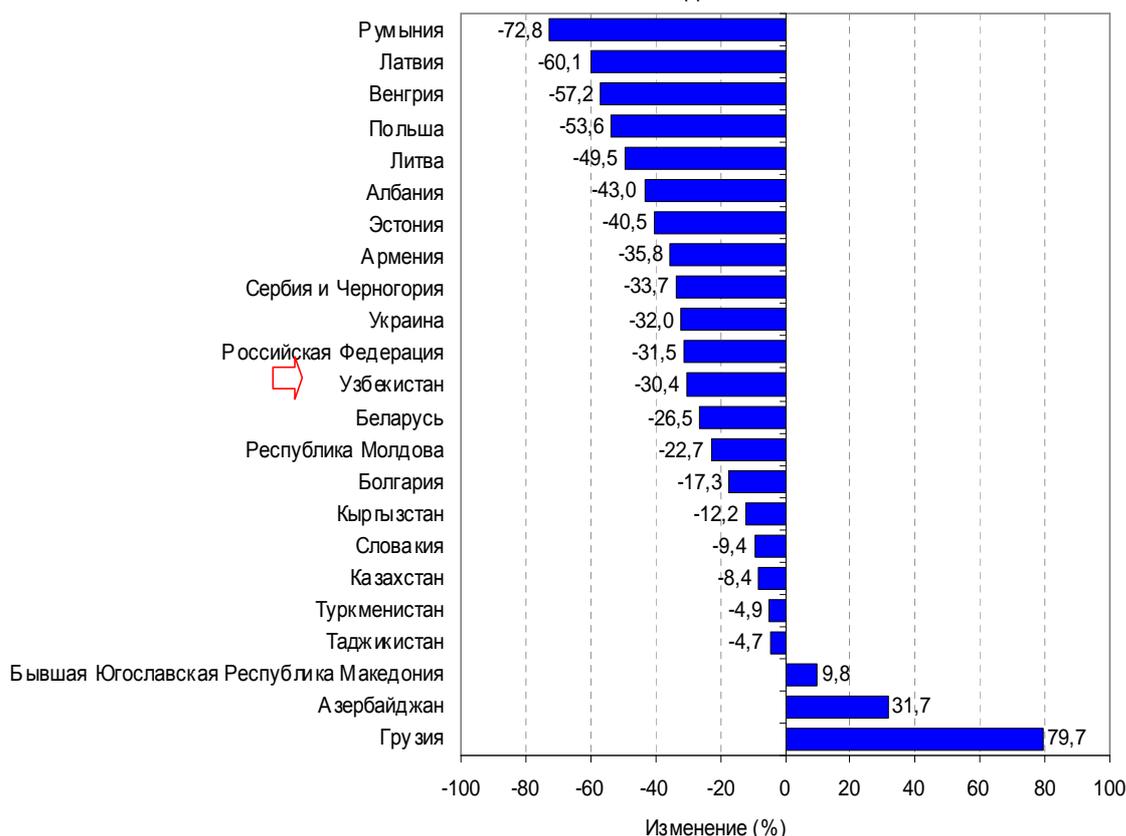
Несмотря на трудность достоверной оценки материнской смертности (МС), для оценки прогресса в достижении ЦРТ (снизить показатель материнской смертности за период с 1990 до 2015 г. на 75%) используются национальные данные. В некоторых странах целевой показатель для 2015 г. может быть равен или ниже среднего 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, 2004a).

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.

С 1990 по 2002 г. материнская смертность снизилась в Узбекистане примерно на 30%. За период с 1992 г., когда отмечалось максимальное значение этого показателя (52,8 на 100 000 живорожденных), до 2002 г. материнская смертность снизилась на 37%. Для достижения ЦРТ уровень материнской смертности должен упасть еще на 64%.

Из каждых 174 случаев материнской смертности, зарегистрированных в 2002 г., четыре были связаны с абортами.

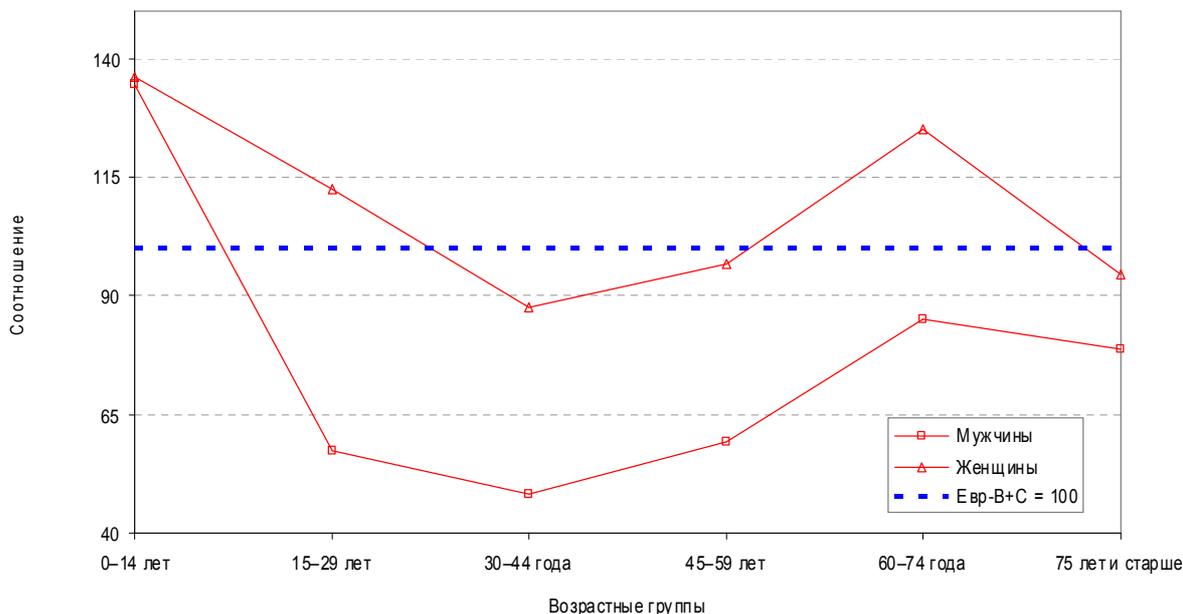
Процентное изменение уровня материнской смертности (скользящие средние показатели за 3 года) с 1990 г. до 2002 г., или до последнего года, за который имеются сведения



## Избыточная смертность

В последующем анализе смертности использованы исключительно данные национальной статистики. Показатели смертности в Узбекистане в целом примерно на 10% ниже средних значений для Евр-В+С, но на 80% выше, чем в Евр-А (Приложение. Отдельные показатели смертности). Смертность среди людей среднего возраста ниже, чем в среднем в странах Евр-В+С, в то время как детская смертность превышает средний уровень. С соответствующими поправками на неполноту данных, это означает, что состояние здоровья взрослого населения в Узбекистане лучше, чем в ряде других стран СНГ, для которых характерны крайне высокие показатели смертности среди людей среднего возраста.

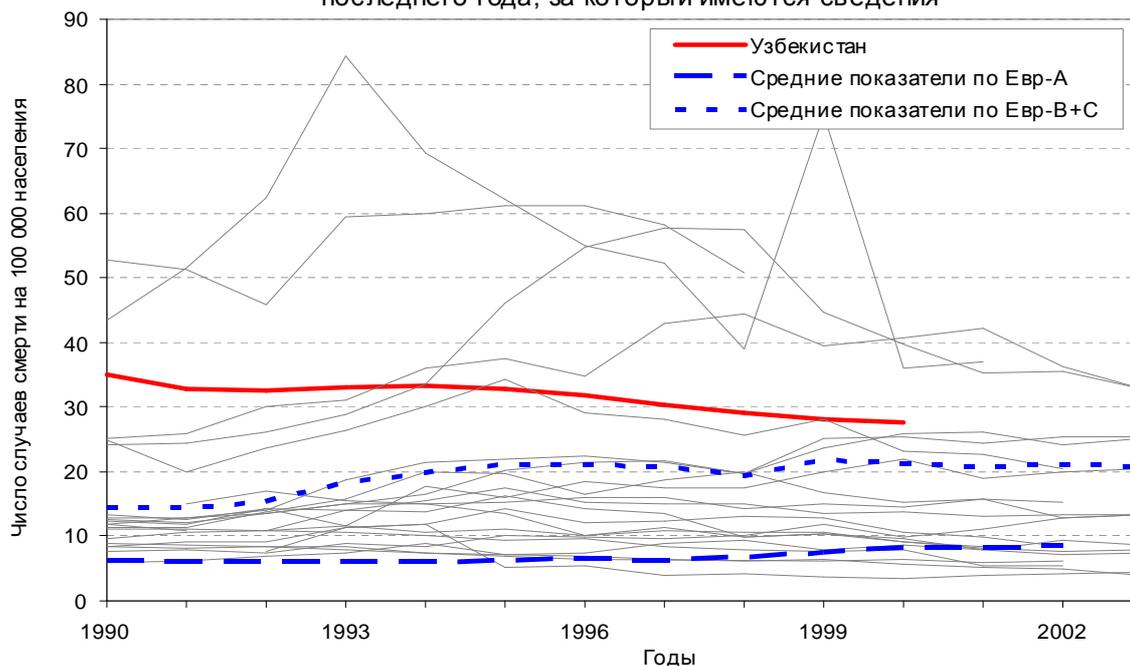
Общая смертность по половозрастным группам в Узбекистане по сравнению с Евр-В+С (Евр-В+С = 100), 2003 г.



Как и в других республиках Центральной Азии, в Узбекистане нет избыточной смертности от внешних причин по сравнению со средними показателями для Евр-В+С. Смертность от внешних причин среди лиц старше 14 лет находится фактически на уровне Евр-А и значительно ниже средних показателей по Евр-В+С.

Как и можно было предполагать, смертность от злокачественных новообразований также ниже, чем в среднем по Евр-В+С, а смертность от инфекционных болезней, а также от болезней органов дыхания и пищеварения превышает средний уровень для данной группы стран.

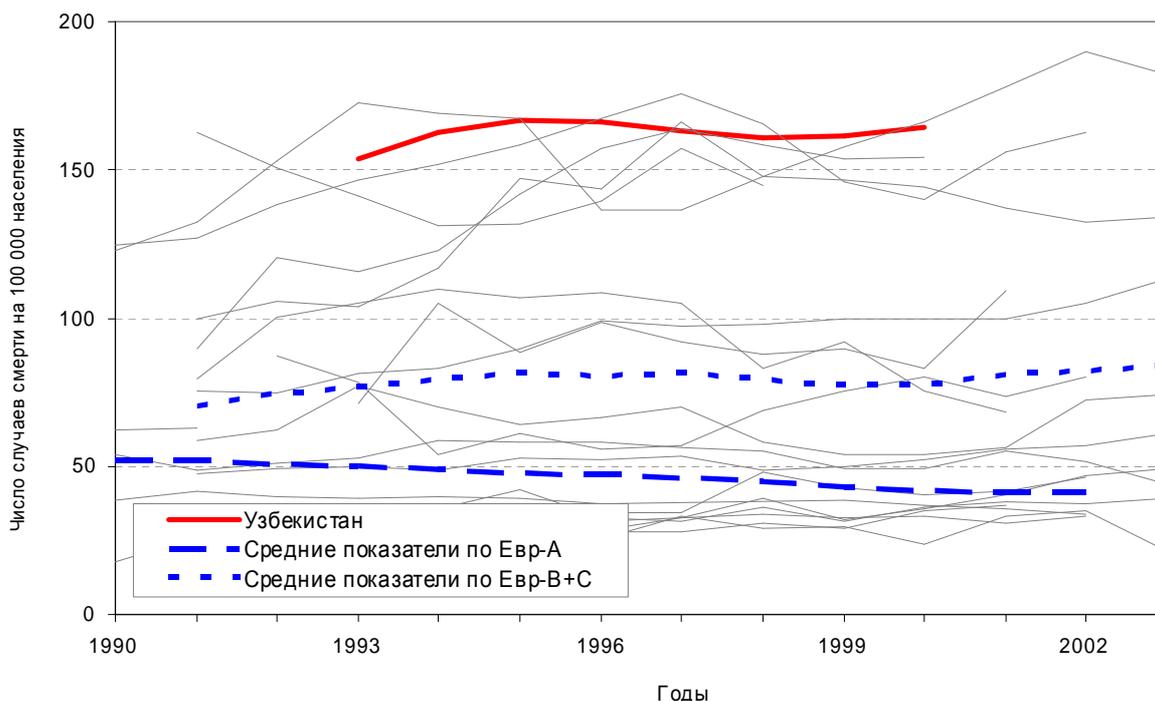
СКС от инфекционных и паразитарных болезней у людей всех возрастов в Узбекистане, а также средние показатели по Евр-А и -В+С за 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения



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

Наиболее выраженная причина избыточной смертности – хронические болезни печени и цирроз печени: показатели на 50% превышают средний уровень для Евр-В+С. Это, как правило, свидетельствует о высоком уровне потребления алкоголя. Однако смертность от внешних причин при этом не повышена, что создает довольно нетипичную и малообъяснимую комбинацию. Неправильное кодирование причин смерти не объясняет отсутствия обычного параллелизма, однако данное явление может служить основанием для последующего более глубокого анализа.

СКС от хронических болезней печени и цирроза печени в возрастной группе 60–74 года в Узбекистане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения



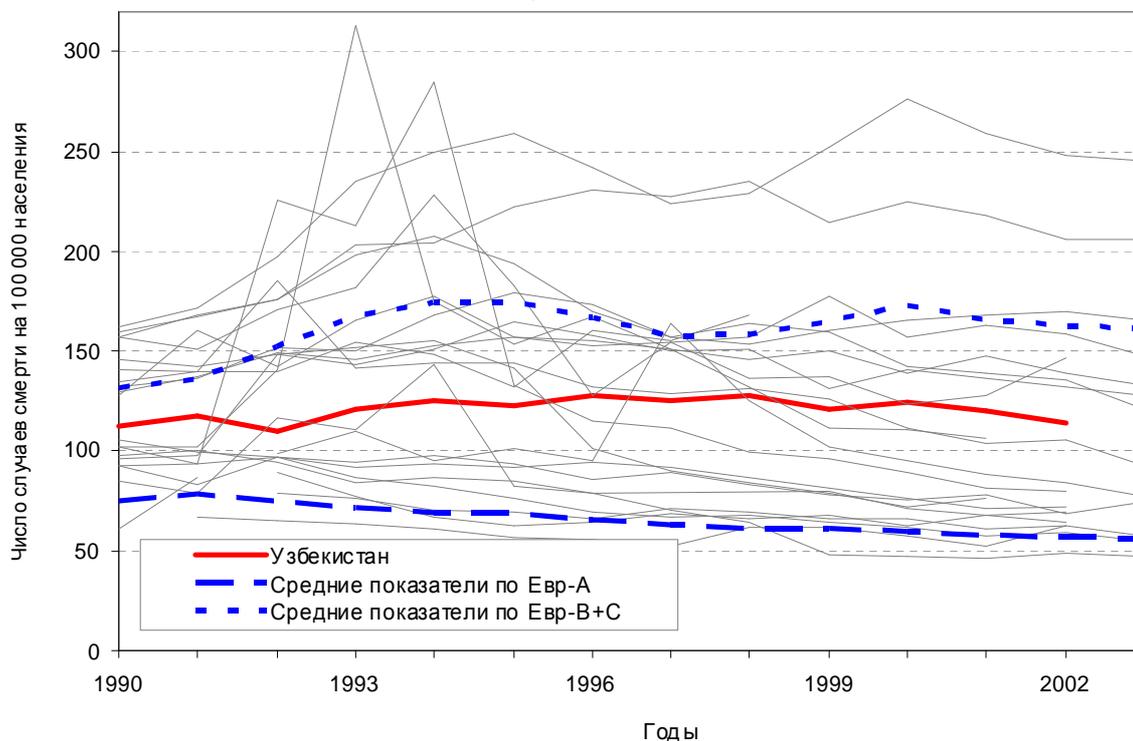
*Примечание:* данные по Узбекистану представляют собой скользящие средние показатели за 5 лет.

Следует также учитывать, что на 1994–1995 гг. пришелся пик кризиса смертности в странах СНГ (как последствие 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.

Смертность в возрастной группе 0–14 лет в Узбекистане составляет 205 на 100 000 (2002 г.), что прилб. на 30% выше средних значений для Евр-В+С (152) и в 4 раза превышает аналогичный усредненный показатель для стран Евр-А (49) (Приложение. Детальные данные о смертности). За период с 1995 г. уровень смертности снизился на 6,0%, в то время как масштаб снижения в среднем по Евр-В+С составил 3,8%. Это улучшение носит практически универсальный характер, прослеживаясь среди детей обоего пола по всем причинам смерти, за исключением врожденных аномалий. Смертность от перинатальных причин по официальным данным соответствует средним значениям по Евр-В+С, однако более чем в 2 раза превышает средний уровень Евр-А и остается серьезной проблемой в Узбекистане, также поскольку вероятно имеется значительное число незарегистрированных случаев смерти.

Смертность в возрастной группе 15–29 лет (113 на 100 000) также значительно ниже, чем в среднем по Евр-В+С (161) главным образом за счет более низкой смертности от внешних причин (Приложение. Детальные данные о смертности). 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.

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

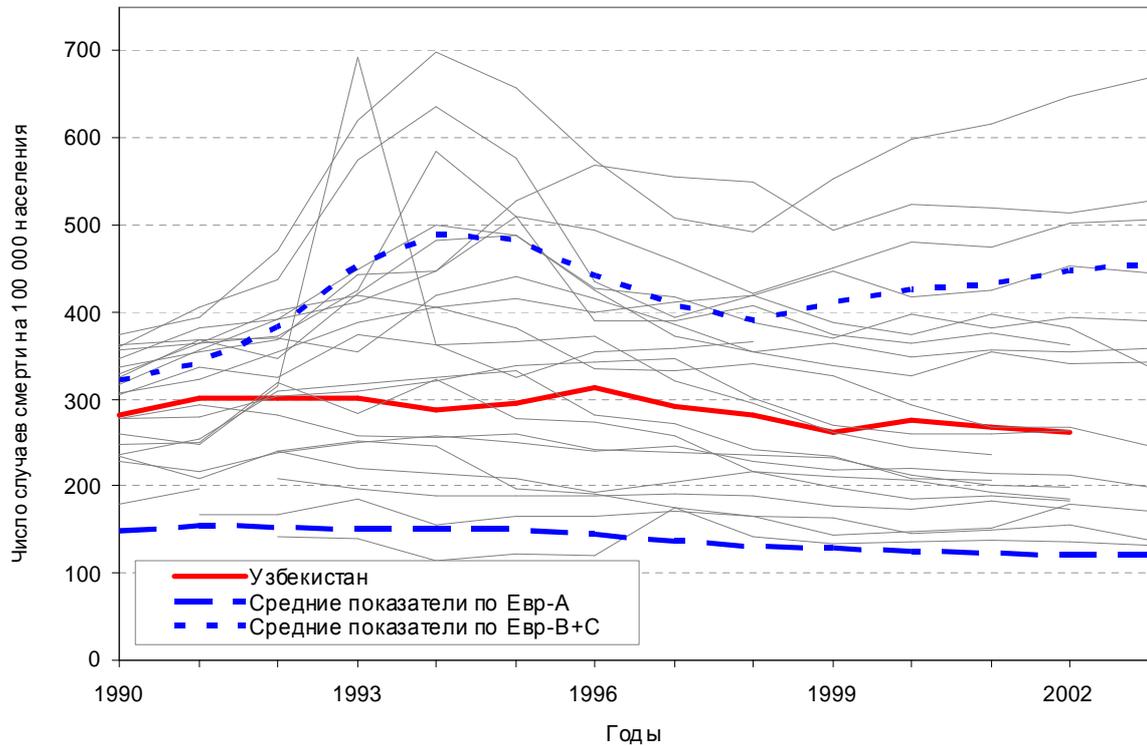


Следует отметить, что смертность от инфекционных болезней и болезней органов дыхания лишь ненамного превышает средний уровень, при условии, что кодирование причин смерти осуществлялось достаточно точно.

После 1990 г. отмечалось лишь незначительное ухудшение показателей, которые к 2002 г. вернулись к значениям 1990 г. В условиях СНГ это очень хорошее достижение, при условии достоверности данных. Следует вновь подчеркнуть, что смертность среди мужчин Узбекистане ниже крайне высоких средних значений для Евр-В+С, однако смертность среди женщин превышает средний уровень в этой группе стран. Этот общий вывод обуславливает необходимость дополнительного детального анализа статистических данных.

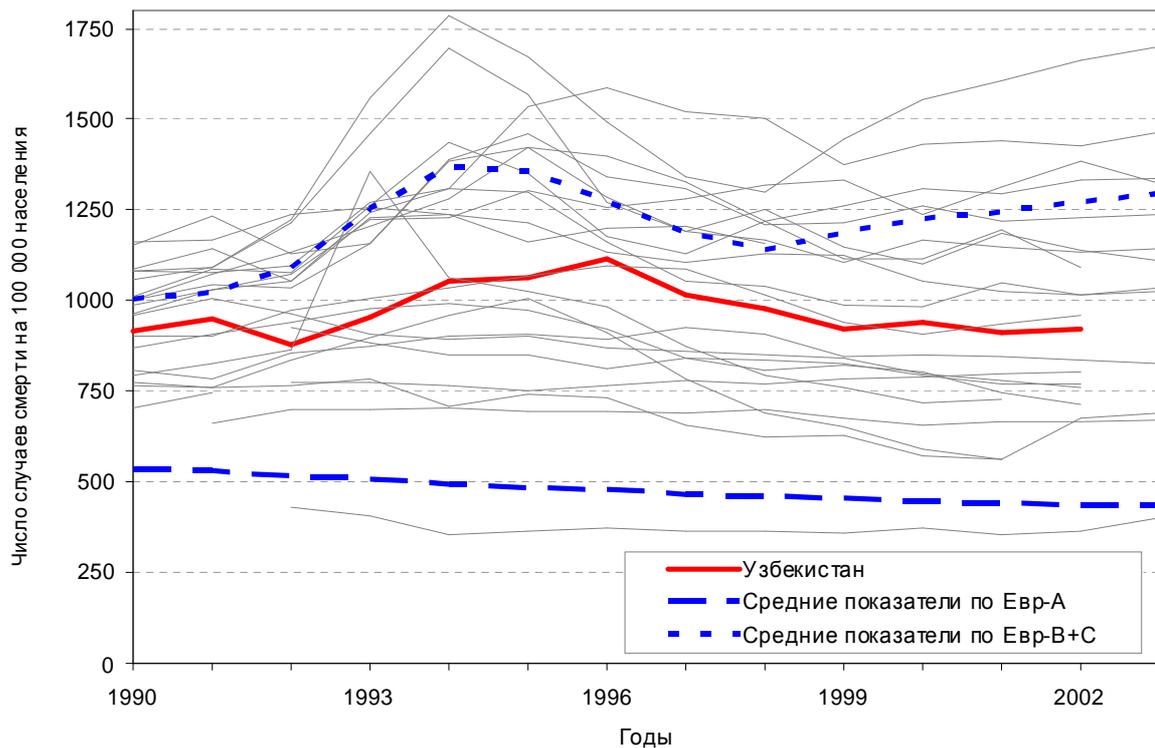
В возрастной группе 30–44 лет показатели смертности аналогичны вышеописанной группе: несколько лучшая ситуация, чем в среднем по Евр-В+С, главным образом за счет существенно более низкой смертности от внешних причин (Приложение. Детальные данные о смертности). Интересно отметить, что примерно до 1991 г. кривая смертности тесно следовала за средним уровнем Евр-В+С. После приобретения государственной независимости смертность в Узбекистане не подверглась значительным изменениям, в то время как динамика в Евр-В+С продемонстрировала типичную кривую переходного периода: рост смертности до 1994–1995 гг. с последующим постепенным возвращением (с колебаниями) к исходным показателям. В течение 1990-х годов уровень смертности практически не менялся.

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



В возрастной группе 45–59 лет даже прослеживается низкий уровень смертности от внешних причин (Приложение. Детальные данные о смертности).

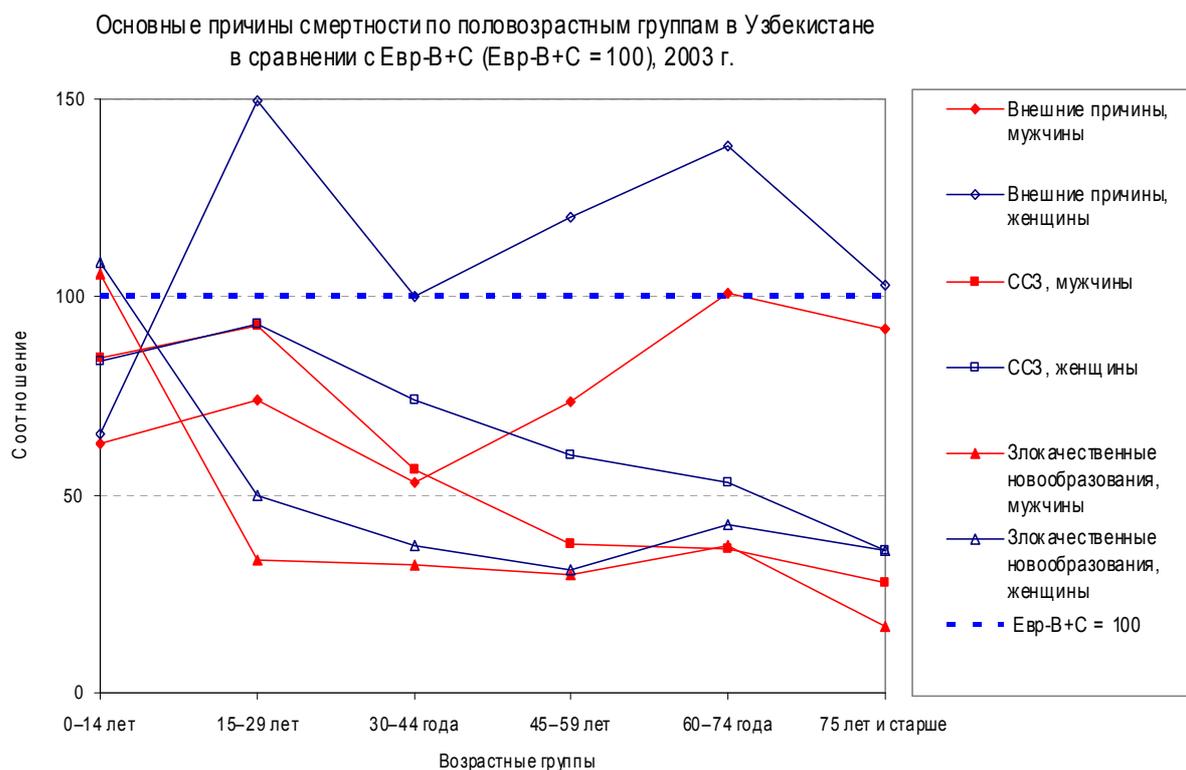
СКС от всех причин в возрастной группе 45–59 лет в Узбекистане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения



Динамика смертности в более старших возрастных группах в целом весьма приближается к среднему уровню Евр-В+С, при этом среди мужчин она ниже средних значений, а среди женщин – превышает средний уровень в этой группе стран.

### Основные причины смерти

За исключением смертности среди детей (0–14 лет), а также смертности от внешних причин среди женщин, все остальные ведущие причины смерти демонстрируют более низкие уровни, чем в Евр-В+С. Следует вновь оговориться, что необходимо соблюдать известную осторожность при интерпретации данных по смертности от различных причин.



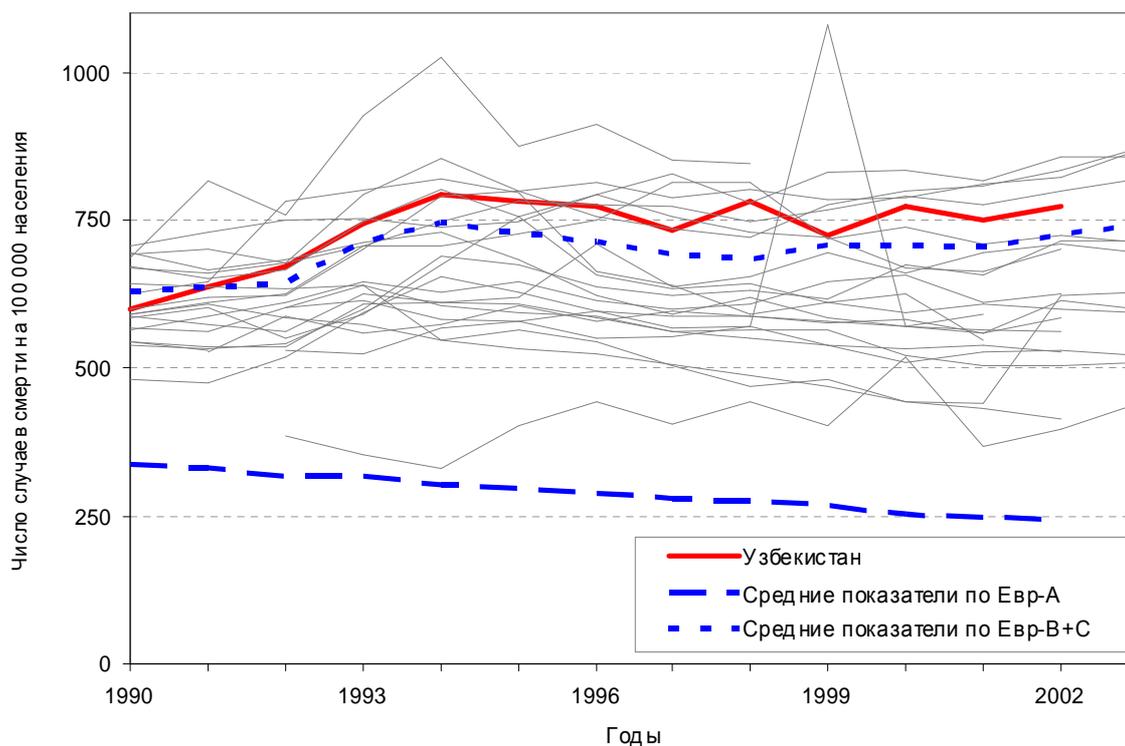
В 2002 г. около 90% всей смертности в Узбекистане было обусловлено неинфекционной патологией; внешние причины составили около 5%, инфекционные болезни – около 2%, неточно обозначенные состояния – также около 2% (Приложение. Детальные данные о смертности). В группе Евр-В+С средняя доля смертности от внешних причин значительно выше (10,6%), соответственно процент смертности от неинфекционной патологии – ниже.

### Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ)

Ведущей причиной смерти в Узбекистане в 2002 г. были сердечно-сосудистые заболевания, на долю которых приходилось 66% всей смертности, что на 10% превышает средние показатели для стран Евр-В+С. Это различие возможно в значительной мере объясняется неправильным кодированием. Приблизительно половина смертности от ССЗ обусловлена ишемической болезнью сердца и около одной четвертой – цереброваскулярными болезнями. В целом ситуация аналогична другим странам СНГ и Евр-В+С в целом.

К сожалению, следуя за общей тенденцией по Евр-В+С, за период с 1990 г. смертность от этого вида патологии в Узбекистане существенно повысилась. В последние годы намечается определенная стабилизация показателей. Однако смертность от ССЗ несомненно представляет собой наиболее серьезную проблему с неопределенными перспективами в плане ее разрешения.

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



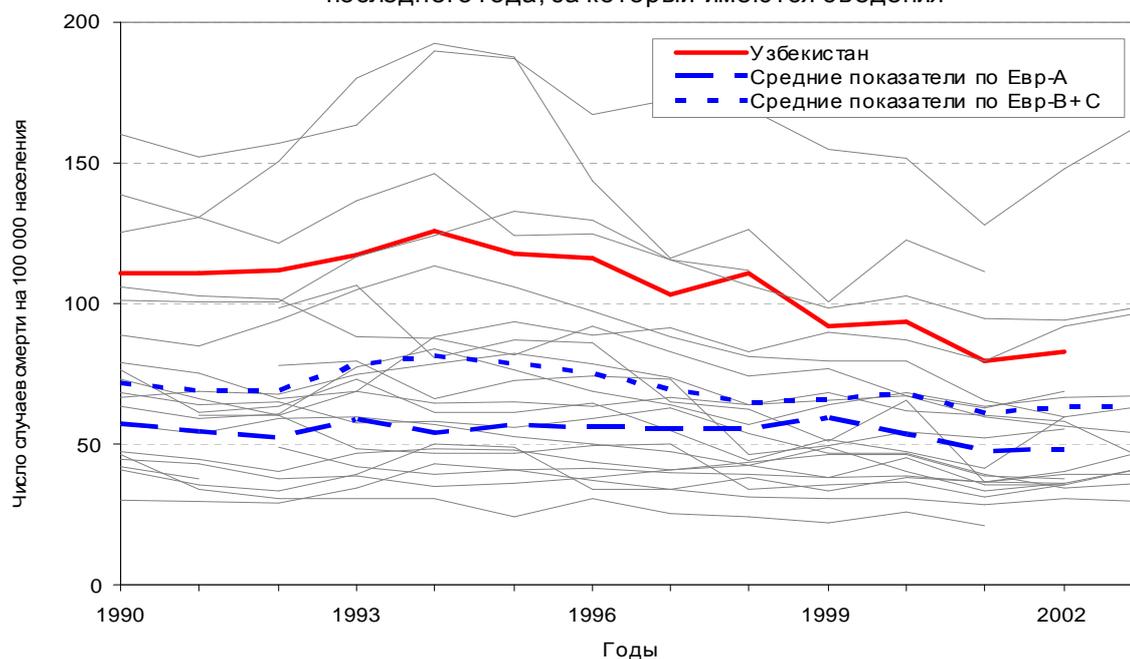
### **Злокачественные новообразования**

Смертность от злокачественных новообразований относительно равномерно распределена в пределах Европейского региона ВОЗ. Однако в Узбекистане 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 Центрально-азиатских республиках.

### **Болезни органов дыхания**

Болезни органов дыхания в 2003 г. составляли около 7% среди всех причин смертности в Узбекистане, что превышает аналогичный средний показатель для Евр-В+С, однако ниже, чем можно было бы ожидать. Уровень смертности в интенсивных показателях на 100 000 населения среди женщин чаще превышает средние значения, чем уровень смертности среди мужчин. Не исключено, что эти цифры завышены за счет неверного кодирования.

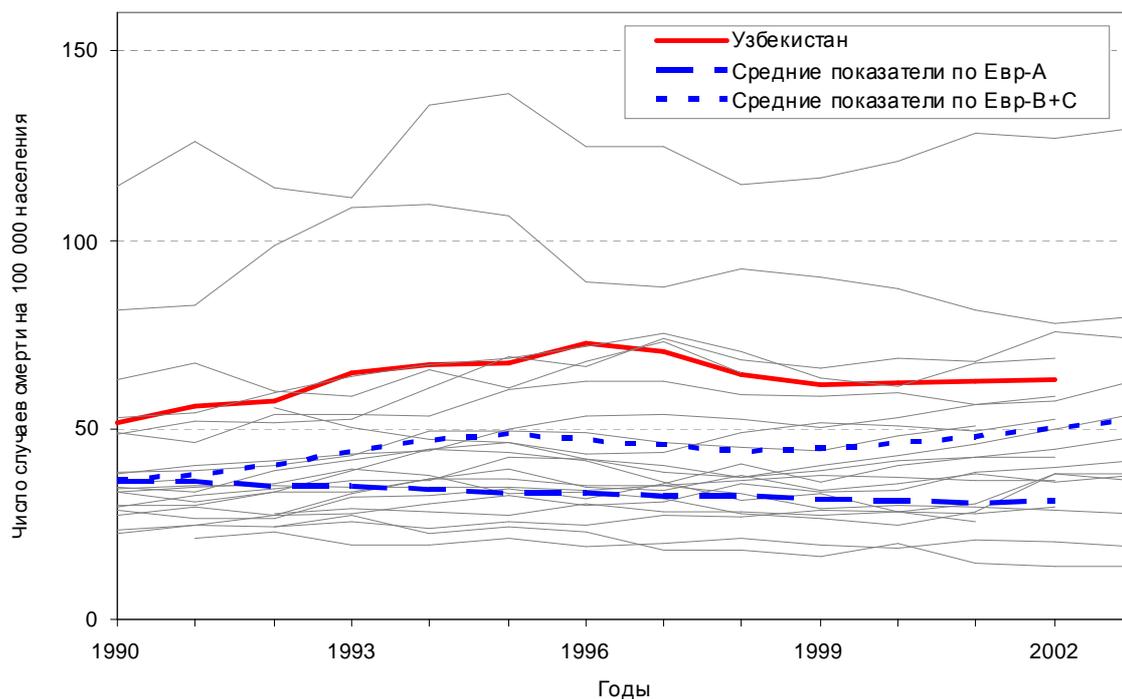
СКС от болезней органов дыхания среди людей всех возрастов в Узбекистане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения



### **Болезни органов пищеварения**

В странах Евр-А смертность от болезней системы пищеварения в течение последних 20 лет стойко снижается, однако в Евр-В+С, в том числе в Узбекистане данный показатель заметно вырос. К 2002 г. уровень смертности от этой причины был на 20% выше, чем в 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 гепатитами, осложненная значительным уровнем потребления алкоголя.

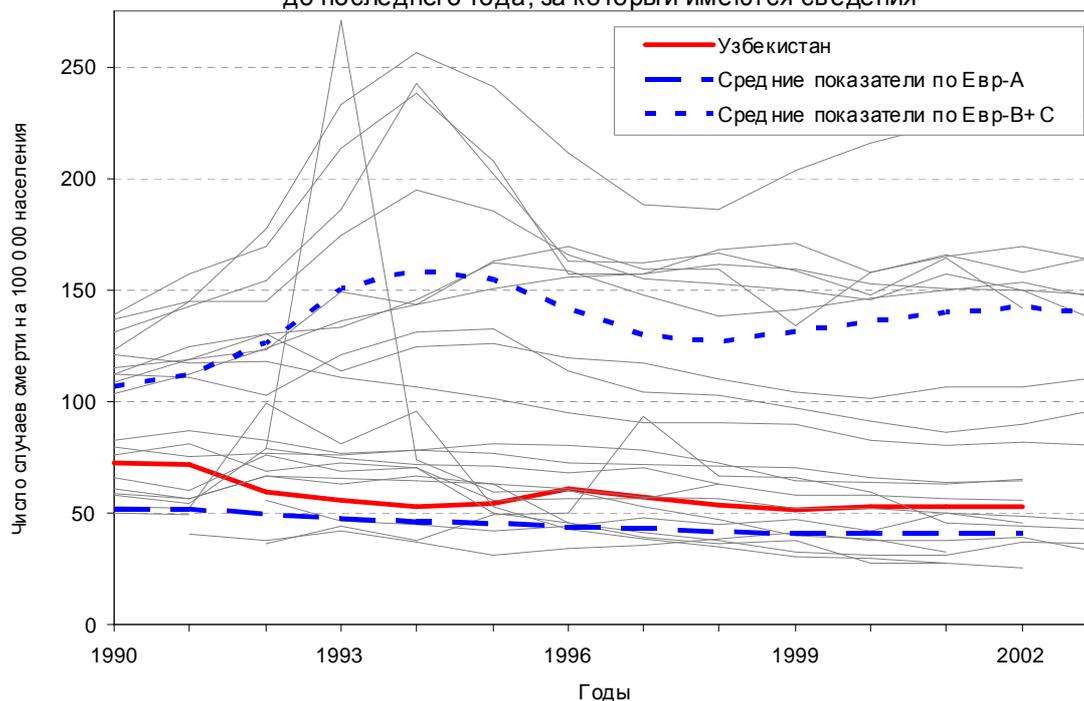
СКС от болезней органов пищеварения среди людей всех возрастов в Узбекистане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1980 г. до последнего года, за который имеются сведения



### **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 Узбекистане 52 случая на 100 000 населения (2002 г.), в то время как аналогичный показатель для Евр-В+С равен 140, а для Евр-А – 40.

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



Как уже отмечалось, низкий уровень смертности от насилия – это крайне важная характеристика картины смертности среди лиц среднего возраста, проживающих в Узбекистане. Эта черта свойственна и остальным республикам Центральной Азии. В противоположность динамике смертности от внешних причин в целом по Евр-В+С, данные показатели в Узбекистане в течение 1990–2003 гг. проявляли тенденцию к снижению. Сложившаяся в Узбекистане 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 обусловлены иными специфическими процессами в контексте страны.

---

## Библиография

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

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

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

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

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

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

United Nations (2005). *World population prospects: the 2004 revision population database* [database online]. New York, United Nations (<http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=1>, accessed 30 November 2005).

WHO (2002). *The world health report 2002 – Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization ([http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf), accessed 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 25 May 2004).

WHO (2004). *The world health report 2004 – Changing history*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/whr/2004/en>, accessed 6 September 2004).

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

World Bank (2004b). *World development indicators 2004*. Washington, DC, World Bank.

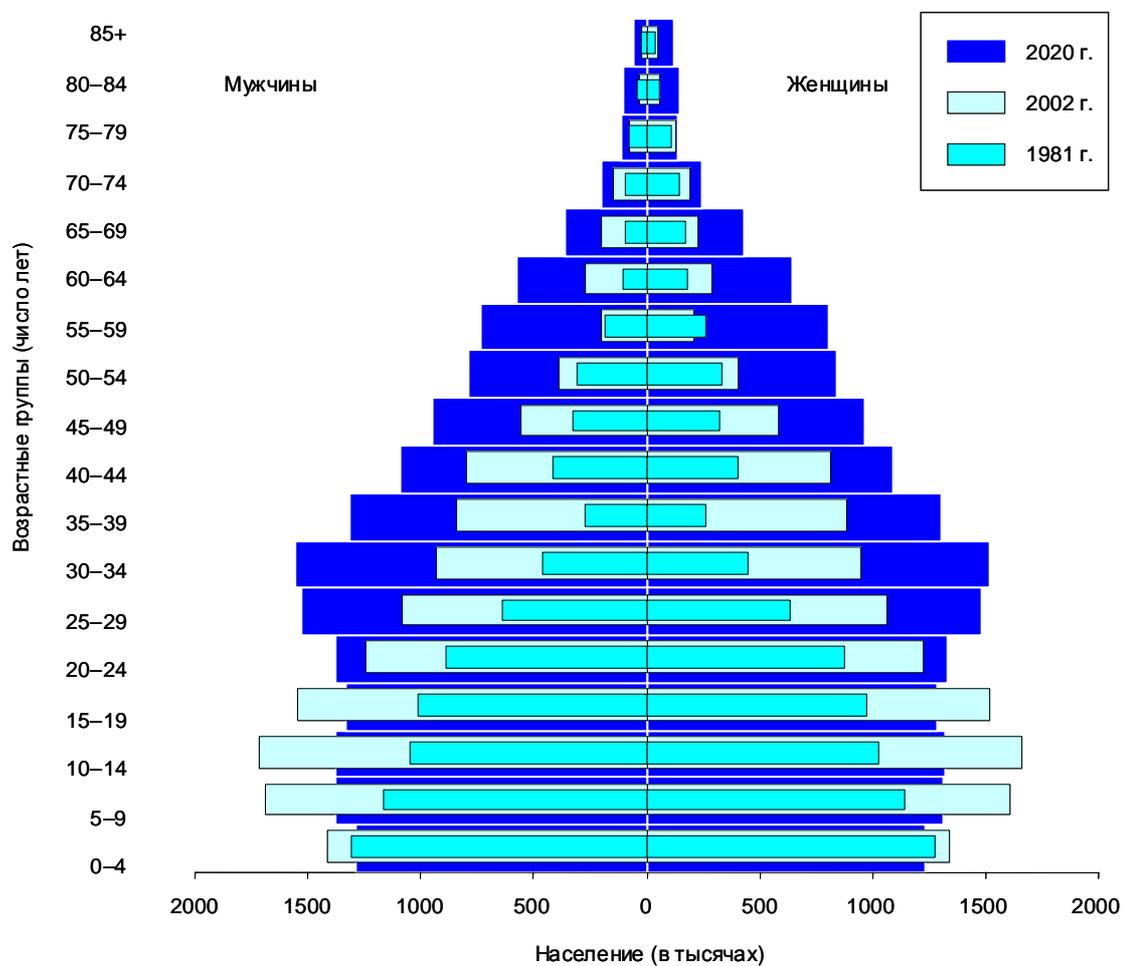
World Bank (2005). *World development indicators 2005*. Washington, DC, World Bank (<http://devdata.worldbank.org/wdi2005/home.htm>, accessed 30 November 2005).

---

## Приложения

### Приложение. Возрастная пирамида

#### Возрастная пирамида для Узбекистана



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

## Приложение. Отдельные показатели смертности

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

Болезни и патологические состояния	СКС на 100 000 населения		Избыточная смертность в Узбекистане (%)	Доля в структуре смертности в Узбекистане (%)	Доля в структуре смертности в Евр-В+С (%)	Средние показатели по Евр-А	Избыточная смертность в Узбекистане по отношению к Евр-А (%)	Доля в структуре смертности в Евр-А (%)
	Узбекистан (2002 г.)	Средние показатели по Евр-В+С (2003 г.)						
<b>Отдельные неинфекционные болезни</b>	1010,4	1044,9	-3,3	85,8	79,6	533,8	89,3	82,4
<i>Сердечно-сосудистые заболевания</i>	772,7	741,8	4,2	65,6	56,5	243,4	217,5	37,6
Ишемическая болезнь сердца	404,0	362,7	11,4	34,3	27,6	95,9	321,3	14,8
Цереброваскулярные болезни	176,7	221,7	-20,3	15,0	16,9	61,1	189,2	9,4
Нарушения лёгочного кровообращения и другие болезни сердца	24,9	68,9	-63,9	2,1	5,3	56,6	-56,0	8,7
<i>Злокачественные новообразования (рак)</i>	79,4	172,0	-53,8	6,7	13,1	181,5	-56,3	28,0
Рак трахеи/бронхов/лёгких	9,7	33,9	-71,4	0,8	2,6	37,1	-73,9	5,7
Рак молочной железы	10,7	22,1	-51,6	0,9	1,7	27,0	-60,4	4,2
Рак толстой кишки (включая прямую кишку) и анальной области	4,5	19,0	-76,3	0,4	1,4	20,7	-78,3	3,2
Рак предстательной железы	3,3	14,3	-76,9	0,3	1,1	25,1	-86,9	3,9
<i>Болезни органов дыхания</i>	82,5	63,1	30,7	7,0	4,8	47,8	72,6	7,4
Хронические болезни нижних дыхательных путей	32,9	31,2	5,4	2,8	2,4	20,2	62,9	3,1
Пневмония	21,5	23,6	-8,9	1,8	1,8	16,2	32,7	2,5
<i>Болезни органов пищеварения</i>	63,2	52,3	20,8	5,4	4,0	30,8	105,2	4,8
Хронические болезни печени и цирроз печени	48,4	32,0	51,3	4,1	2,4	12,6	284,1	1,9
<i>Нервно-психические расстройства</i>	48,4	32,0	51,3	4,1	2,4	12,6	284,1	4,7
<b>Инфекционные болезни</b>	12,5	15,7	-20,4	1,1	1,2	30,3	-58,7	1,3
ВИЧ/СПИД	27,5	20,8	32,2	2,3	1,6	8,4	227,4	0,2
<b>Внешние причины</b>	0,0	0,8	-100,0	0,0	0,1	1,1	-100,0	6,2
<i>Непреднамеренные</i>	52,5	139,6	-62,4	4,5	10,6	40,3	30,3	4,4
Дорожно-транспортный травматизм	41,2	102,2	-59,7	3,5	7,8	28,7	43,6	1,5
Падения	6,1	14,7	-58,5	0,5	1,1	9,9	-38,4	0,9
<i>Преднамеренные</i>	2,0	7,5	-73,3	0,2	0,6	6,1	-67,2	1,8
Самоповреждения (самоубийства)	11,4	37,4	-69,5	1,0	2,9	11,6	-1,7	1,6
Насилие (убийства)	7,3	23,2	-68,5	0,6	1,8	10,6	-31,1	0,2
<b>Неточно обозначенные состояния</b>	4,0	14,2	-71,8	0,3	1,1	1,0	300,0	3,2
<b>Все причины</b>	27,5	64,0	-57,0	2,3	4,9	20,9	31,6	100,0

*Приложение. Детальные данные о смертности*

Таблица 1. Отдельные показатели смертности в возрастной группе 0–14 лет с разбивкой по полу в Узбекистане 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	Узбекистан (2003 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Изменение (%)	В среднем	Изменение (%)	В среднем	Изменение (%)
<b>Все причины</b>	Оба пола	205.2	-6.0	49.4	-2.4	151.7	-3.8
	М	229.6	-6.0	55.3	-2.5	170.5	-3.9
	Ж	179.5	-6.1	43.3	-2.4	131.9	-3.8
<i>Инфекционные и паразитарные болезни</i>	М	12.8	-11.1	1.4	-1.1	10.9	-7.0
	Ж	10.3	-11.2	1.1	-3.0	9.5	-6.6
Кишечные инфекции	М	4.0	-12.8	0.2	-0.7	5.1	-8.2
	Ж	3.3	-12.9	0.1	-7.3	4.7	-7.9
<i>Злокачественные новообразования</i>	М	4.3	-1.8	3.3	-1.8	5.1	-1.9
	Ж	3.5	-1.6	2.6	-1.8	4.2	-1.9
<i>Сердечно-сосудистые заболевания</i>	М	2.1	6.5	1.4	-3.1	3.3	1.1
	Ж	1.7	5.3	1.3	-2.5	2.6	0.1
<i>Болезни органов дыхания</i>	М	99.8	-6.9	1.4	-4.3	35.9	-5.0
	Ж	85.6	-6.6	1.0	-4.2	30.7	-5.0
Пневмония	М	46.2	-5.9	0.5	-6.0	20.9	-4.9
	Ж	37.7	-5.8	0.4	-5.1	17.9	-4.7
<i>Состояния, возникающие в перинатальном периоде</i>	М	660.7	-1.1	255.3	-2.1	607.6	-2.7
	Ж	456.9	-0.3	202.3	-1.6	427.5	-2.7
Врождённые аномалии и хромосомные нарушения	М	15.5	2.9	11.6	-2.9	24.2	-2.8
	Ж	12.5	1.6	10.0	-3.3	21.0	-2.6
<i>Неточно обозначенные причины смерти</i>	М	1.3	-8.7	5.0	-3.9	5.6	-0.6
	Ж	1.2	-7.4	3.4	-4.2	4.6	-1.0
<i>Внешние причины (травмы и отравления)</i>	М	30.7	-4.0	7.0	-4.0	29.0	-3.4
	Ж	19.6	-4.7	4.6	-3.2	18.1	-3.1
Дорожно-транспортный травматизм	М	3.7	-2.2	2.5	-4.5	4.7	-2.6
	Ж	1.8	-0.8	1.7	-4.8	3.0	-1.6

Таблица 2. Отдельные показатели смертности в возрастной группе 15–29 лет с разбивкой по полу в Узбекистане 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	Узбекистан (2003 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Изменение (%)	В среднем	Изменение (%)	В среднем	Изменение (%)
<b>Все причины</b>	Оба пола	113.8	-1.1	56.0	-2.3	161.0	-0.9
	М	138.3	-0.9	82.0	-2.3	241.7	-1.0
	Ж	88.8	-1.3	29.3	-2.2	79.0	-0.6
<i>Инфекционные и паразитарные болезни</i>	М	15.9	1.9	1.2	1.5	12.3	3.0
	Ж	10.7	1.5	0.8	1.9	5.1	2.5
<i>Злокачественные новообразования</i>	М	8.1	-2.6	6.2	-1.0	8.8	-1.9
	Ж	7.2	-0.5	4.7	-1.4	7.7	-1.9
<i>Сердечно-сосудистые заболевания</i>	М	13.0	-0.7	4.1	-2.4	17.6	0.0
	Ж	10.9	-3.2	2.3	-2.0	7.3	-0.9
<i>Болезни органов дыхания</i>	М	9.0	-2.9	1.4	-3.6	6.9	0.2
	Ж	8.4	-3.1	0.9	-2.7	3.8	-1.1
<i>Болезни органов пищеварения</i>	М	13.3	3.5	0.9	-3.5	8.0	3.0
	Ж	9.0	-1.0	0.5	-3.8	3.7	3.1
<i>Неточно обозначенные причины смерти</i>	М	2.4	-5.5	4.0	-3.1	11.6	7.1
	Ж	1.1	-8	1.4	-1.3	3.3	5.8
<i>Внешние причины</i>	М	54.5	-1.5	58.3	-1.4	162.4	-1.6
	Ж	18.4	0.6	14.4	-1.6	36.9	-0.2
Дорожно-транспортный травматизм	М	6.5	-5.6	28.5	-1.3	27.8	-1.5
	Ж	1.7	0.4	7.3	-1.4	8.0	0.3
Случайное утопление	М	3.3	0.2	1.3	-2.2	10.8	-3.9
	Ж	1.5	0.7	0.2	-2.1	1.9	-2.2
Случайные отравления	М	2.4	1.4	2.8	0.0	19.1	3.3
	Ж	1.0	5.7	0.7	0.8	4.4	2.5
Самоповреждения (самоубийства)	М	13.4	0.9	12.7	-1.8	36.8	0.0
	Ж	5.5	4.3	3.1	-2.2	5.8	-1.3

Таблица 3. Отдельные показатели смертности в возрастной группе 30–44 года с разбивкой по полу в Узбекистане 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	Узбекистан (2003 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Изменение (%)	В среднем	Изменение (%)	В среднем	Изменение (%)
<b>Все причины</b>	Оба пола	261.5	-1.6	120.3	-2.5	453.8	-0.7
	М	336.4	-1.7	161.6	-2.6	700.0	-0.8
	Ж	189.1	-1.5	78.5	-2.1	215.6	-0.2
<i>Злокачественные новообразования (рак)</i>	М	22.7	-4.0	27.6	-2.3	40.2	-2.8
	Ж	32.4	-1.3	31.3	-2.0	43.8	-1.4
Рак трахеи/бронхов/лёгких	М	2.4	-7.1	5.0	-3.4	7.3	-4.2
	Ж	1.5	0.4	2.8	-0.6	2.2	-1.0
Рак молочной железы	Ж	6.6	-0.5	10.0	-2.6	10.0	-2.3
<i>Сердечно-сосудистые заболевания</i>	М	84.0	-2.3	26.1	-2.5	158.6	-0.4
	Ж	45.4	-2.0	10.4	-2.1	45.3	0.0
Ишемическая болезнь сердца	М	40.6	-3.1	11.8	-3.1	73.7	-2.2
	Ж	13.5	-2.2	2.4	-2.7	14.4	-1.3
Цереbroваскулярные болезни	М	15.1	-3.2	4.4	-3.2	24.6	-0.4
	Ж	7.6	-6.1	3.6	-2.5	10.6	-1.3
<i>Болезни органов дыхания</i>	М	20.3	-3.1	3.9	-3.5	34.3	0.9
	Ж	13.6	-2.7	2.2	-2.0	9.8	0.8
<i>Болезни органов пищеварения</i>	М	29.6	-2.8	12.6	-2.4	50.2	1.4
	Ж	23.5	0.1	5.4	-1.7	19.4	4.1
<i>Внешние причины</i>	М	97.1	0.1	58.8	-1.2	299.5	-1.9
	Ж	21.9	1.6	15.1	-1.8	58.9	-1.0
Дорожно-транспортный травматизм	М	12.0	-5.4	16.0	-0.5	31.4	-1.7
	Ж	2.2	-3.1	3.9	-2.0	7.1	-0.5
Самоповреждения (самоубийства)	М	15.3	-2.9	21.2	-1.5	54.9	-2.4
	Ж	4.1	0.8	5.8	-2.2	7.9	-2.5

Таблица 4. Отдельные показатели смертности в возрастной группе 45–59 лет с разбивкой по полу в Узбекистане 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	Узбекистан (2003 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Изменение (%)	В среднем	Изменение (%)	В среднем	Изменение (%)
<b>Все причины</b>	Оба пола	919.4	-1.9	435.6	-1.3	1294.9	-0.6
	М	1171.6	-2.1	580.1	-1.4	1981.7	-0.6
	Ж	676.9	-1.5	293.3	-1.0	698.9	-0.5
<i>Злокачественные новообразования (рак)</i>	М	121.9	-4.0	218.2	-1.2	323.2	-1.9
	Ж	111.5	-1.7	155.0	-1.0	186.1	-0.5
Рак трахеи/бронхов/лёгких	М	24.4	-4.8	65.9	-1.5	101.4	-2.9
	Ж	6.0	-4.1	21.8	3.4	15.4	1.0
Рак молочной железы	Ж	24.1	2.0	44.0	-2.2	45.3	0.1
<i>Сердечно-сосудистые заболевания</i>	М	582.5	-1.0	156.4	-2.6	793.1	-0.1
	Ж	326.4	-1.3	50.9	-2.5	271.7	-0.6
Ишемическая болезнь сердца	М	299.6	-1.4	86.2	-3.3	435.3	-0.7
	Ж	127.5	-1.5	17.8	-3.4	111.1	-0.6
Цереbroваскулярные болезни	М	132.9	-3.2	23.7	-2.6	168.6	-0.9
	Ж	90.3	-3.5	14.5	-2.1	88.4	-1.4
<i>Болезни органов дыхания</i>	М	65.4	-4.2	20.3	-1.7	108.7	-1.4
	Ж	40.2	-2.9	10.2	-1.3	24.5	-0.7
<i>Болезни органов пищеварения</i>	М	110.6	-2.3	49.6	-0.8	129.7	0.7
	Ж	75.5	-2.0	20.3	-0.7	57.3	1.9
<i>Внешние причины</i>	М	122.5	-0.6	62.8	-1.0	409.2	-0.9
	Ж	27.8	0.4	20.9	-0.9	89.1	-1.1
Дорожно-транспортный травматизм	М	13.9	-3.0	13.0	-1.3	28.5	-1.8
	Ж	3.7	0.2	4.1	-2.1	7.5	-1.4
Самоповреждения (самоубийства)	М	16.8	-6.0	23.1	-1.1	68.1	-2.4
	Ж	3.6	-5.0	8.5	-1.2	10.2	-3.4

Таблица 5. Отдельные показатели смертности в возрастной группе 60–74 года с разбивкой по полу в Узбекистане 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	Узбекистан (2003 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Изменение (%)	В среднем	Изменение (%)	В среднем	Изменение (%)
<b>Все причины</b>	Оба пола	3538.8	0.7	1570.9	-1.9	3411.7	-0.1
	М	4247.5	0.5	2156.9	-2.1	4996.4	0.1
	Ж	2924.1	0.5	1069.2	-1.9	2339.0	-0.6
<i>Злокачественные новообразования (рак)</i>	М	364.9	-2.7	851.3	-1.4	1002.5	-0.8
	Ж	232.5	-2.2	439.8	-1.1	438.9	-0.7
Рак трахеи/бронхов/лёгких	М	66.6	-3.5	261.8	-1.9	321.7	-1.5
	Ж	17.8	-3.0	59.0	0.2	37.1	-1.4
Рак молочной железы	Ж	27.2	-0.2	79.7	-1.6	68.7	1.3
<i>Сердечно-сосудистые заболевания</i>	М	2935.7	1.8	744.9	-3.6	2903.0	0.6
	Ж	2085.9	1.4	335.7	-3.9	1507.8	-0.3
Ишемическая болезнь сердца	М	1600.5	0.6	381.3	-4.2	1582.2	1.2
	Ж	1101.0	0.3	133.5	-4.6	731.4	0.5
Цереброваскулярные болезни	М	600.6	-2.4	143.3	-3.7	833.7	0.2
	Ж	447.6	-2.4	86.7	-4.1	528.9	-0.8
<i>Болезни органов дыхания</i>	М	268.7	-2.7	144.0	-3.5	303.0	-2.4
	Ж	164.3	-2.3	62.5	-2.4	68.6	-3.6
<i>Болезни органов пищеварения</i>	М	261.5	-0.9	111.6	-1.6	193.0	0.1
	Ж	188.3	0.4	54.1	-1.7	94.2	0.2
<i>Внешние причины</i>	М	118.5	2.9	79.3	-1.4	320.0	1.0
	Ж	37.8	0.6	32.1	-2.1	88.7	-0.5
Дорожно-транспортный травматизм	М	14.4	-2.3	14.8	-3.0	24.3	-1.5
	Ж	4.7	-4.0	5.9	-3.4	9.5	-1.0
Самоповреждения (самоубийства)	М	11.4	-5.1	24.5	-1.6	60.5	-0.8
	Ж	2.8	-9.0	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 Узбекистане 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	Узбекистан (2003 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Изменение (%)	В среднем	Изменение (%)	В среднем	Изменение (%)
<b>Все причины</b>	Оба пола	11120.7	-1.3	8059.6	-1.0	12338.8	0.0
	М	11686.2	-2.2	9832.0	-1.1	14838.0	0.1
	Ж	10782.9	-0.9	7112.5	-0.9	11421.7	0.0
<i>Злокачественные новообразования (рак)</i>	М	413.1	-3.3	2231.1	-0.4	1489.3	1.2
	Ж	258.9	-2.6	1136.2	-0.4	721.7	0.8
Рак трахеи/бронхов/лёгких	М	60.2	-1.9	457.1	-0.7	323.5	1.0
	Ж	18.9	-1.8	102.7	1.5	55.6	0.5
Рак молочной железы	Ж	28.4	-2.9	159.6	-0.4	92.0	3.1
<i>Сердечно-сосудистые заболевания</i>	М	9420.9	-1.9	4356.2	-2.1	10221.2	0.4
	Ж	9057.7	-0.8	3577.9	-1.9	8805.6	0.4
Ишемическая болезнь сердца	М	5134.2	-4.4	1708.0	-2.2	4925.6	1.4
	Ж	4742.6	-3.7	1150.0	-2.2	4028.6	1.2
Цереброваскулярные болезни	М	2027.9	-3.2	1119.8	-2.5	3004.4	0.7
	Ж	2325.3	-1.1	1026.9	-2.4	2967.6	0.5
<i>Болезни органов дыхания</i>	М	655.3	-4.2	1156.5	-2.4	824.1	-2.1
	Ж	447.4	-3.2	591.9	-2.1	302.3	-3.2
<i>Болезни органов пищеварения</i>	М	263.5	-1.7	340.3	-1.1	270.4	0.3
	Ж	222.6	1.2	279.8	-0.4	175.0	1.1
<i>Внешние причины</i>	М	102.5	-2.4	275.0	-0.6	604.2	0.1
	Ж	61.8	1.7	187.8	-1.2	172.4	-1.2
Дорожно-транспортный травматизм	М	13.1	-6.9	28.1	-2.2	34.6	-3.1
	Ж	6.8	-4.5	10.0	-3.1	14.7	-1.7
Самоповреждения (самоубийства)	М	12.2	-0.7	49.5	-1.6	86.6	-1.1
	Ж	6.2	-2.5	11.8	-3.2	22.4	-1.9

## Технические примечания

### Расчет средних показателей

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

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

### Источники данных

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

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

### Кодирование болезней

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

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

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

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

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

---

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

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

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

### **Референс-группы для сравнения**

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

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

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

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

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

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

В приводимых графиках как правило показана динамика показателей начиная с 1990 г. Эти графики обычно отражают тенденции, характерные для всех стран, входящих в референс-группу.

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

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

Выделены на графике и обозначены в легенде лишь показатели страны, которой посвящена обзорная сводка, и средние показатели для референс-групп. Это дает возможность более наглядно проследить тенденции изменения страновых показателей в сравнении с усредненными значениями и динамикой аналогичных показателей для совокупности стран, входящих в ту или иную референс-группу.

---

---

## Словарь терминов

### Причины смерти

Дорожно-транспортный травматизм (транспортные несчастные случаи )

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/бронхов/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 <sup>1</sup> .
Нервно-психические расстройства	Нарушения психики, функций нервной системы (в том числе зрения и слуха), а также расстройства, связанные с употреблением веществ, вызывающих наркотическую зависимость.
Общий прирост населения	(уровень рождаемости за вычетом смертности) + (уровень иммиграции за вычетом эмиграции)
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖ)	Среднее число лет, которое проживет новорожденный ребенок, если картина смертности, преобладающая на момент его рождения, будет сохраняться неизменной на протяжении всей его жизни.
Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ, HALE)	ОПЗЖ рассчитывают на основе общей ожидаемой продолжительности жизни за вычетом лет, прожитых в состоянии неполного здоровья вследствие болезней и травм.
Показатель DALY (утраченные годы здоровой жизни)	Показатель DALY содержит в едином количественном выражении информацию о числе лет, прожитых со стойким нарушением здоровья или инвалидностью, и числе лет жизни, утраченных вследствие преждевременной смертности. 1 DALY можно представить как 1 утраченный год здоровой жизни.
Стандартизированный коэффициент смертности (СКС)	Коэффициент смертности, стандартизированный по возрасту с применением прямого метода; эквивалентен общему коэффициенту смертности в изучаемом населении в том случае, если бы его возрастная структура совпадала с возрастной структурой населения Европы, взятого за стандарт.
Черта бедности (50% от медианного уровня дохода)	Речь идет о процентной доле населения, проживающего за чертой бедности: в данном случае с доходом ниже 50% от медианного (среднего) уровня.

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