



ЕВРОПА

Обзорная сводка о состоянии здоровья
в Азербайджане
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
AZERBAIJAN

EUR/05/5046415C
<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.....	11
Основные виды нарушений здоровья.....	12
Основные факторы риска.....	12
Смертность.....	13
Младенческая, неонатальная и детская смертность.....	13
Материнская смертность	14
Избыточная смертность	16
Основные причины смерти.....	21
Библиография.....	29
Приложения.....	31
Приложение. Возрастная пирамида.....	31
Приложение. Отдельные показатели смертности	32
Приложение. Детальные данные о смертности.....	33
Технические примечания.....	36
Словарь терминов.....	39

Резюме: основные фактические данные и стратегические соображения

Ожидаемая продолжительность жизни

По расчетным оценкам ВОЗ, составленным для всех государств-членов, жители Азербайджана, родившиеся в 2003 г., могут рассчитывать прожить в среднем 65 лет (женщины – 68 лет, мужчины – 62 года). Ожидаемая продолжительность жизни для жителей Азербайджана на три года меньше, чем в Армении, и на шесть лет меньше, чем в Грузии, что свидетельствует об относительно менее удовлетворительном состоянии здоровья населения.

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

Национальные данные и оценки ВОЗ за 2002 г. показывают, что в Азербайджане из каждых 1000 детей, родившихся живыми, около 23 умирают не достигнув пятилетнего возраста. В соответствии с Целями в области развития, сформулированными в Декларации тысячелетия (ЦРТ) в отношении смертности детей в возрасте до 5 лет для Европы и Центральной Азии, этот показатель к 2015 г. должен быть снижен до 15 на 1000 живорожденных.

Одним из важнейших аспектов медицинского обслуживания является оказание дородовой помощи. Однако ее стоимость может быть неадекватно высокой, предпринимаемые вмешательства порой слишком интенсивные, проводятся без явной необходимости и не обладают доказанной эффективностью. Имеется упрощенная модель оказания дородовой помощи, основанная на применении мер с объективно подтвержденным положительным эффектом.

Managing newborn problems: a guide for doctors, nurses and midwives (WHO, 2003a)

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

Какова эффективность дородовой помощи (Дополнение) (Health Evidence Network, 2005)
http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/antenatalsupp/20051219_11

Материнская смертность

За период с 1990 по 2002 г. материнская смертность выросла почти на 32%. Максимальное значение этого показателя (41 на 100 000 живорождений) было зарегистрировано в 1995 г., а затем, к 2002 г., уровень материнской смертности снизился почти вдвое. Для того, чтобы достичь к 2015 г. цели, поставленной в Декларации тысячелетия ООН, стране предстоит снизить материнскую смертность еще на 81%.

Крайне необходимо, чтобы страны предприняли конкретные действия по обеспечению женщин доступом к адекватной медико-санитарной помощи во время беременности и родов. Это даже более важно, чем формальное достижение Целей в области развития (поставленных в Декларации тысячелетия) в отношении уровней материнской смертности. В этом направлении уже имеются инициативы, основанные на фактических данных, с доказанной эффективностью по снижению уровней материнской смертности.

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

Основные причины смерти

Показатели смертности в Азербайджане в целом приibl. на 25% ниже по сравнению со средними значениями для Евр-В+С, однако на 55% выше, чем аналогичные показатели в странах Евр-А. Смертность среди взрослых значительно ниже, чем в среднем в странах Евр-В+С, в то время как детская смертность превышает средний уровень.

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)

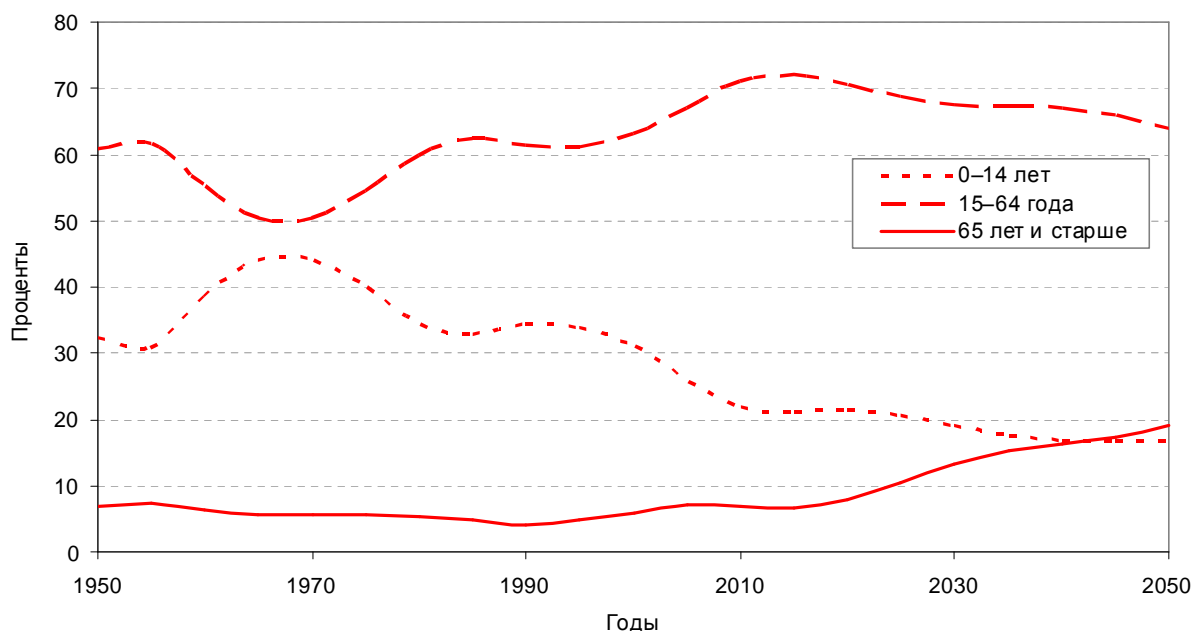
Избранная демографическая и социально-экономическая информация

Профиль населения

По состоянию на середину 2003 г. в Азербайджане проживало около 8,2 млн человек. Городское население составляло около 50%, меньше, чем в среднем в Евр-В+С на тот же период.

Доля населения в возрасте 0–14 лет была относительно стабильной в течение 1980-х годов, однако затем она снизилась с прибл. 34% в 1990 г. до 27% в 2003 г. Вместе с тем, этот показатель все еще значительно превышает средний уровень для Евр-В+С. Напротив, процент населения старше 65 лет в Азербайджане существенно ниже, чем средние показатели для Евр-В+С. По прогнозам, люди в возрасте 65 лет и старше будут к 2030 г. составлять 13% населения Азербайджана (Приложение. Возрастная пирамида).

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



Источник: United Nations (2005).

Коэффициент рождаемости в Азербайджане в 2003 г. ненамного превышал соответствующий средний уровень для стран Евр-В+С. Естественный прирост населения положительный, его уровень также превышает средние значения для Евр-В+С. Миграционный прирост населения находится на нулевой отметке, что ниже среднего уровня по Евр-В+С.

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

Индикаторы	Азербайджан	Евр-В+С		
		В среднем	Минимум	Максимум
Население (в тыс.)	8234.1	–	–	–
0–14 лет (%)	26.9	–	–	–
15–64 года (%)	66.4	–	–	–
65 лет и старше (%)	6.7	–	–	–
Городское население (%) ^a	50.2	63.7	25.0	73.3
Живорождения (на 1000 чел.)	13.8	12.8	8.6	27.1
Естественный прирост населения (на 1000 чел.)	7.9	0.8	–7.49	23.0
Миграционный прирост населения (на 1000 чел.)	–0.2	1.8	–6.6	2.1

^a 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 используются различные индикаторы.

В последующих разделах приведен обзор ключевых социально-экономических показателей для Азербайджана и, по мере необходимости, их усредненные значения, что позволяет проводить сравнения с референс-группами стран.

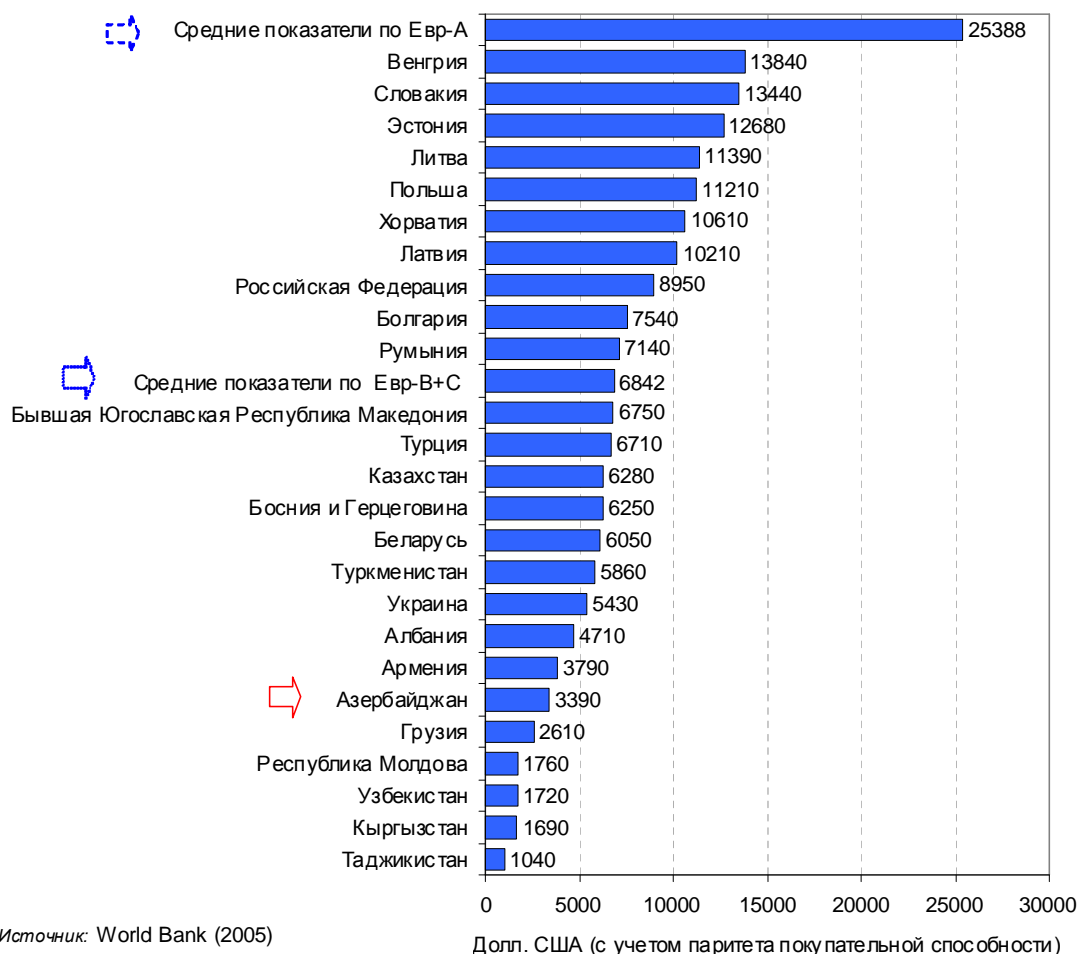
Доход: абсолютная бедность, относительная бедность и распределение дохода

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 на душу населения в Азербайджане в 2003 г. был равен 3390 долл. США (с учетом паритета покупательной способности), что составляет менее половины от среднего уровня для Евр-В+С (6842 долл. США).

Валовой национальный доход на душу населения, 2003 г.



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.

В 2001 г. 49,6% населения Азербайджана проживало за национальной чертой бедности. Результаты обследования домашних хозяйств, проведенного в 1995 г. с применением критериев абсолютной бедности для Европы, рекомендованных Всемирным банком, показали, что 44,2% населения Азербайджана могли тратить на основные жизненные нужды не более 2,15 долл. США в день. По результатам обследования в 2001 г., этот показатель снизился до 33,4%. При оценке данных опроса 1995 г. с использованием значения черты бедности в 4,30 долл. США (дневной доход/потребление) доля населения Азербайджана, проживающего в условиях абсолютной бедности, составляла 83,3%. На 2001 г. этот показатель был равен 77,0% (World Bank, 2005).

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

В 2001 г. значение индекса Гини для Азербайджана составляло 36,5 – одно из наиболее высоких значений среди стран Евр-В+С, представивших данные. Значения индекса Гини для 15 стран Евр-В+С на 2000–2002 гг. распределяются от 26,1 в Боснии и Герцеговине (2001 г.) до 45,6 в Российской Федерации (2000 г.) (World Bank, 2005).

Образование

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

В качестве показателя доступа к образованию используют степень охвата детей школьным обучением. Коэффициент чистого 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 Азербайджане ниже, чем в среднем по Евр-В+С; соответствующие показатели составляли 75,2% детей школьного возраста по сравнению с 81,2% для стран Евр-В+С. В 2001 г. этот показатель в Азербайджане незначительно повысился, достигнув 75,7%. В качестве сравнения, уровень чистого охвата средним образованием в странах Евр-А в 2000 г. составлял 88,5% (UNESCO, 2005).

Трудоустройство

Наличие постоянной работы лучше влияет на здоровье, чем ее отсутствие, за исключением ситуаций, когда работа связана с воздействием вредных внешних факторов или с психологическим стрессом. Для оценки доступа людей к возможности зарабатывать деньги и чувствовать себя в безопасности используют такие индикаторы, как средний уровень безработицы по стране в целом и среди отдельных групп населения. Длительное отсутствие работы (в течение года и дольше) повышает уязвимость к факторам риска в отношении здоровья. С удлинением этого периода социально-экономическое положение человека и членов семьи, находящихся у него на иждивении, может значительно ухудшаться.

Общий уровень безработицы в Азербайджане в 2001 г. составлял 1,3%, по сравнению с 12,9% в среднем по Евр-В+С за тот же период. Следует учитывать, что национальные данные по уровню безработицы основаны на оценочной численности людей, ищущих трудоустройства, и что в разных странах приняты различные определения понятий «трудовые ресурсы» и «безработица» (ILO, 2005).

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

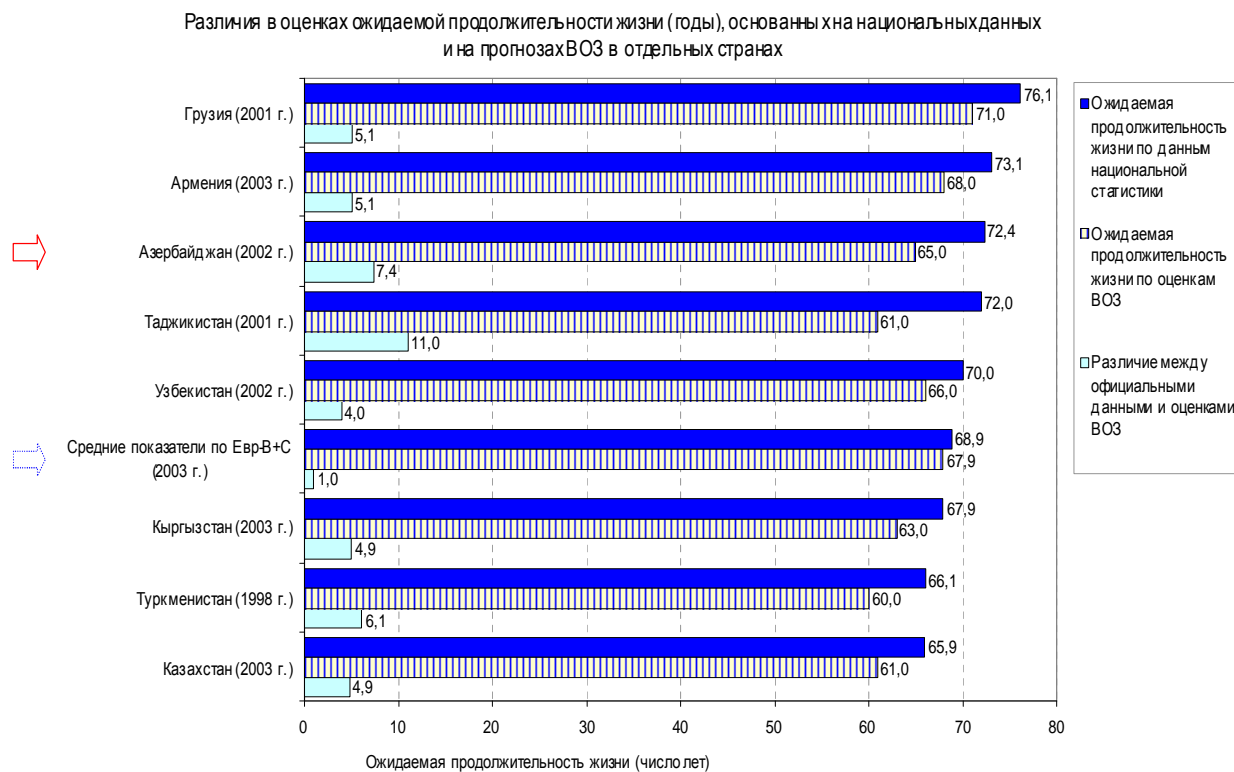
По унифицированным оценкам ВОЗ, основанным не только на официальной статистике государств-членов и позволяющим сравнивать различные страны, жители Азербайджана, родившиеся в 2003 г., могут рассчитывать прожить в среднем 65 лет (женщины – 68 лет, мужчины – 62 года). Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) для жителей Азербайджана на три года меньше, чем в Армении и на шесть лет меньше, чем в Грузии, что свидетельствует об относительно менее удовлетворительном состоянии здоровья населения.

Важно правильно выбрать показатели для сравнения с другими странами референс-группы Евр-В+С. 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 сведений, предоставляемых страной.

По официальным данным за 2002 г., основанным на национальной статистике, ожидаемая продолжительность жизни в Азербайджане составляет в среднем 72,4 года (75,0 лет для женщин и 69,8 – для мужчин); по прогнозам ВОЗ эти показатели на семь лет ниже. Расхождение обусловлено, главным образом, неполной регистрацией детской смертности. При этом предполагается, что информация о смертности среди взрослых носит гораздо более достоверный характер. Таким образом, делается вывод, что последние официальные данные достаточно верно отражают основную картину смертности в Азербайджане, хотя и не всегда обеспечивают полную точность в оценке количественного уровня тех или иных 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.

Проблема неполноты регистрации смертности, может быть не столь очевидная для читателя данной сводки, заключается в риске неправильного определения и кодирования причины смерти в свидетельствах о смерти, на основе которых ведется статистика смертности. Как и в других странах Закавказья и Центральной Азии, в Азербайджане имеются указания на наличие подобных ошибок, масштаб которых весьма трудно поддается количественной оценке. Имеющиеся расхождения неминуемо влияют на достоверность выводов и трактовок, основанных на текущей национальной статистике смертности, особенно там, где вопрос касается международных сравнений. С учетом данных оговорок, основные черты картины смертности в Азербайджане можно кратко охарактеризовать следующим образом.

По национальным данным (2003 г.), уровень ОПЖ в Азербайджане прибл. на 3,5 года превышает официальный средний показатель по Евр-В+С (68,8 лет). Однако по оценкам ВОЗ, значение ОПЖ для Азербайджана на 3 года ниже по сравнению с усредненным показателем для Евр-В+С (68 лет), рассчитанным на основании оценочных значений ВОЗ для всех стран этой группы. Исходя из этого, уровень ОПЖ в Азербайджане, по всей вероятности, на 14,0 лет ниже, чем в среднем по Евр-А (79,0 лет). Данный значительный разрыв свидетельствует о наличии огромного потенциала для средне- и долгосрочного улучшения ситуации в Азербайджане, при условии адекватного применения современных достижений науки и практики.

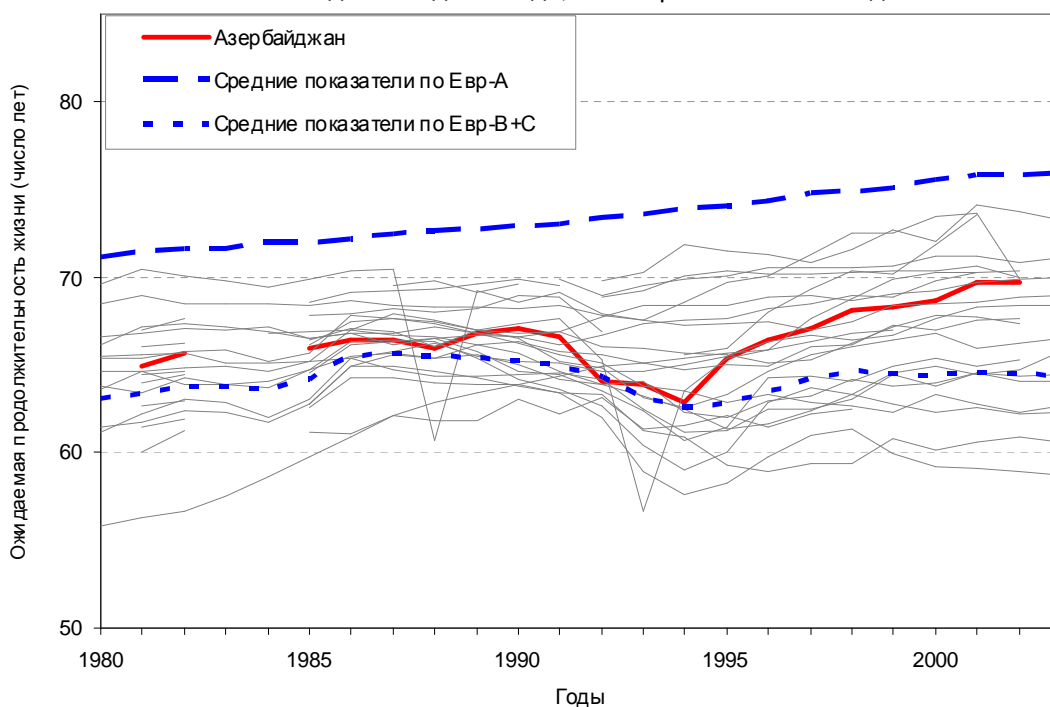


Динамика показателей свидетельствует о том, что в прошлом, в середине 1980-х годов, по официальным данным, уровень ОПЖ в Азербайджане приближался к среднему уровню для Евр-В+С (около 70 лет). В течение последующего периода отмечались значительные колебания, выходящие за рамки среднестатистических флуктуаций и обусловленные резкими экономическими и социально-поведенческими сдвигами, а также их влиянием на деятельность системы здравоохранения.

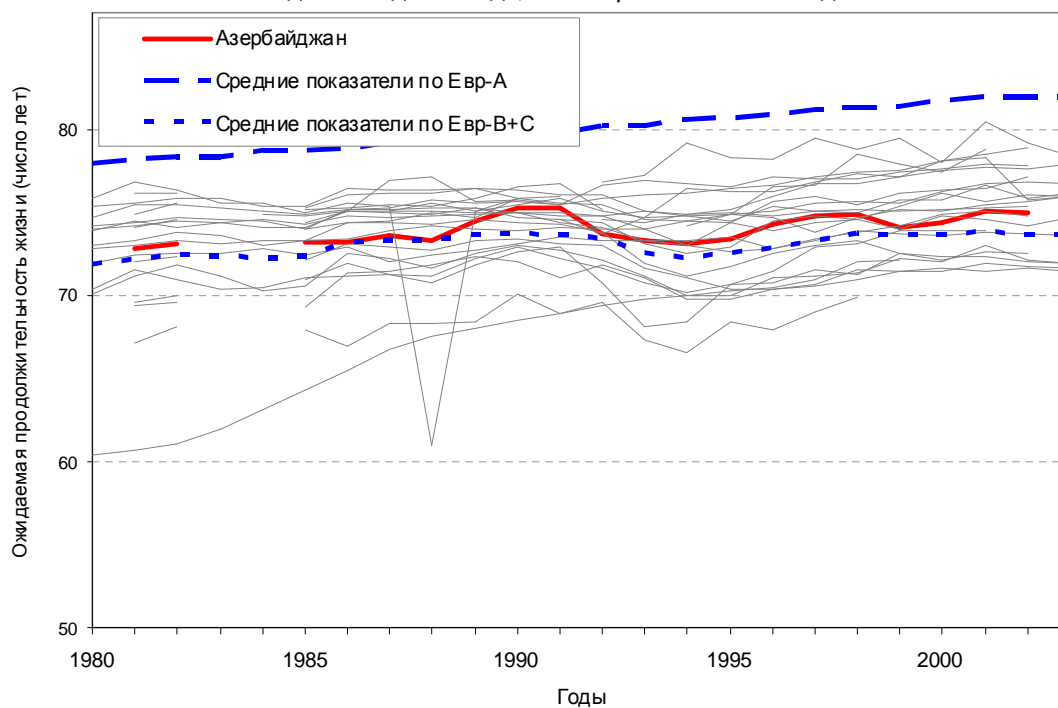
При анализе динамики смертности следует также учитывать, что на 1994–1995 гг. пришелся пик кризиса смертности в странах СНГ (как следствие распада СССР). Поэтому относительно недавние тенденции, после 1995 г., являются более благоприятными, чем общая динамика за весь период с 1990 по 2003 г. Данный позитивный сдвиг в определенной степени искажен влиянием людских потерь в результате конфликта с Арменией, продолжающегося с 1988 г., а также неопределенностью значений численности населения за период, предшествующий последней переписи 1999 г.

Различие между мужчинами и женщинами по уровню ОПЖ в Азербайджане относительно невелико и составляет 5,1 лет. Для сравнения: соответствующий средний показатель для Евр-В+С – 9 лет, для Евр-А – 6 лет. Менее выраженная разница между полами по ОПЖ в Азербайджане обусловлена более низкими показателями для женщин.

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



Ожидаемая продолжительность здоровой жизни

Помимо общей продолжительности жизни становится все более важно знать об ожидаемой продолжительности жизни, проведенной в состоянии хорошего здоровья. Для этой цели ВОЗ использует относительно новый индикатор – ожидаемую продолжительность здоровой жизни

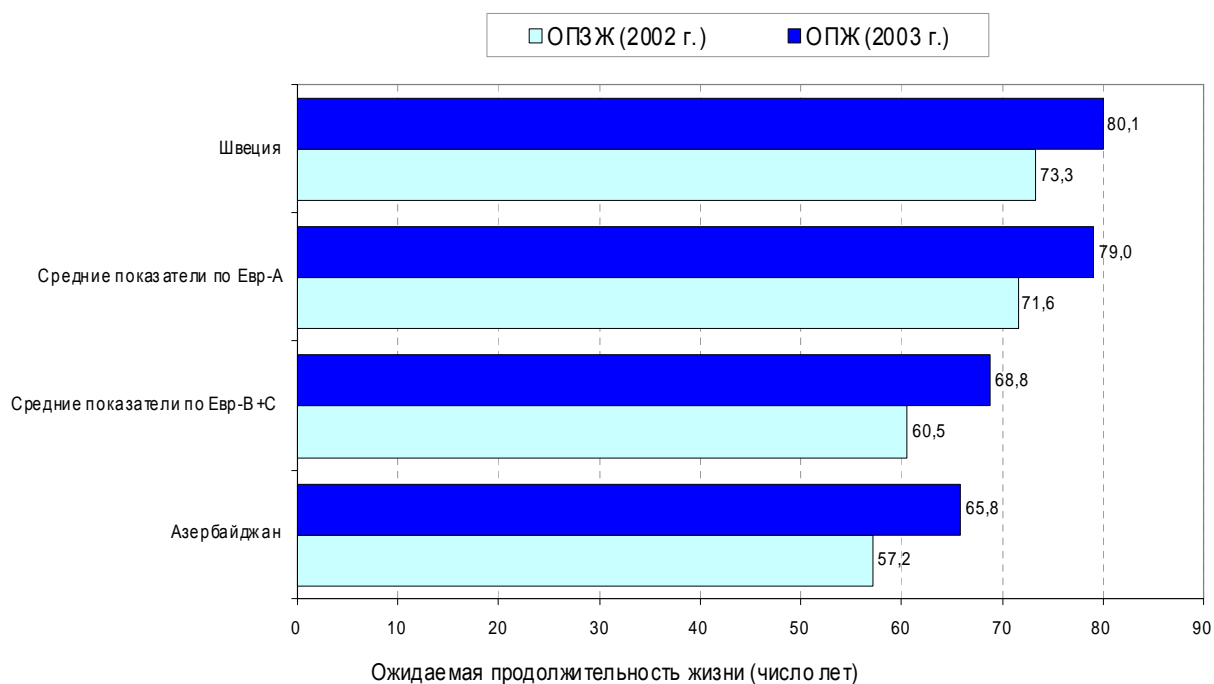
(ОПЗЖ), рассчитываемую на основе ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) за вычетом числа лет, прожитых в состоянии болезни и инвалидности. Оценки ОПЗЖ, составленные ВОЗ, следует использовать в сочетании с данными по ОПЖ, основанными только на оценках ВОЗ, но не на официальных данных страны.

По оценкам ВОЗ (WHO, 2004), жители Азербайджана, родившиеся в 2002 г., могут рассчитывать прожить в среднем 57,2 лет без нарушений здоровья: женщины – 58,7 лет, мужчины – 55,8 лет. Это на 14,4 лет меньше по сравнению со средними показателями по Евр-А (71,6 года) и на 3,3 года 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 Азербайджана в возрасте 60 лет ожидаемая продолжительность здоровой жизни составляет 12,4 лет для женщин и 10,6 лет для мужчин, в то время как в Швеции эти усредненные значения равны соответственно 19,6 и 17,1 годам.

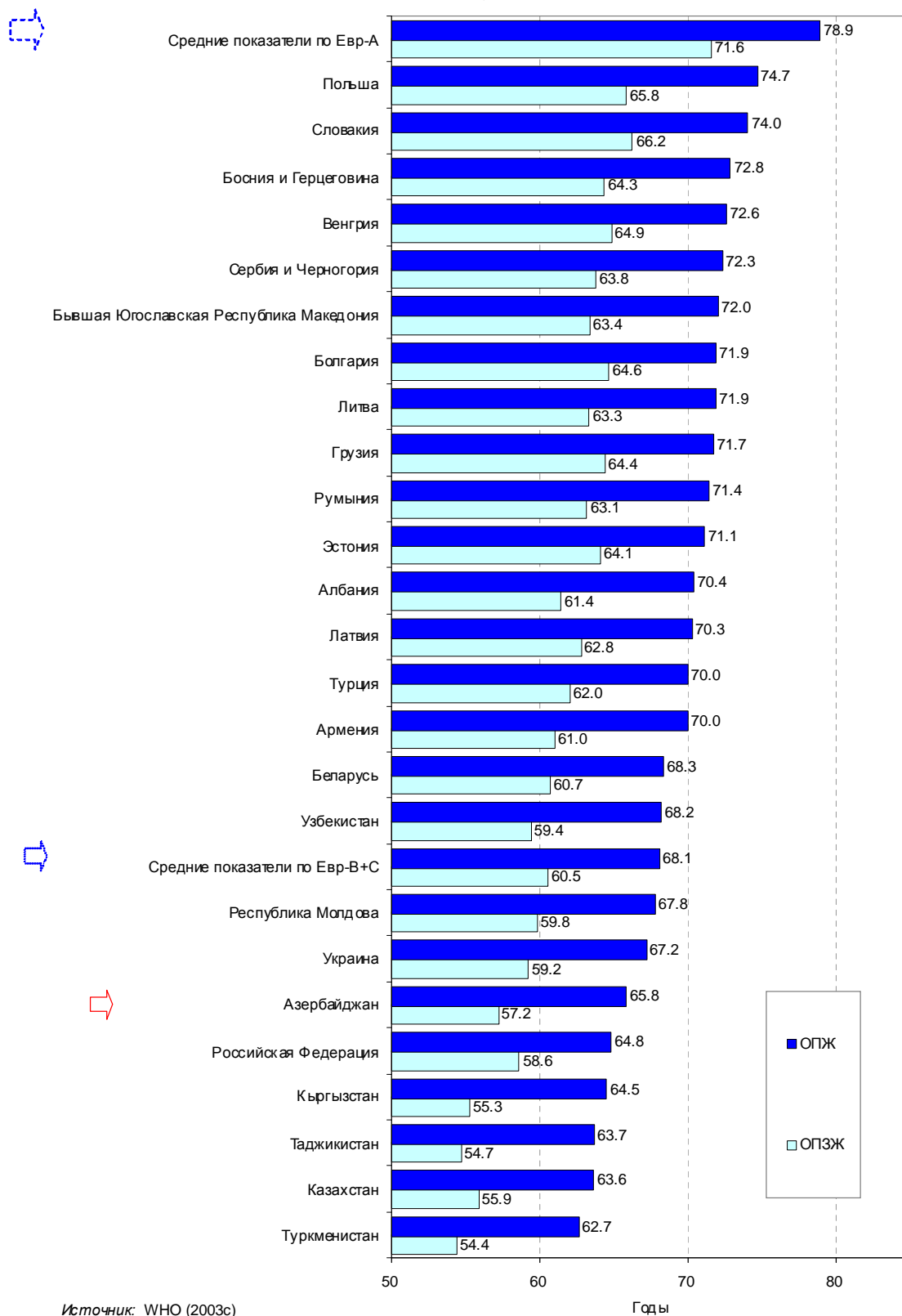
Альтернативный способ представления тех же самых данных – оценить ожидаемую продолжительность жизни с теми или иными нарушениями здоровья. В Азербайджане этот показатель составляет 10,0 лет для женщин и 7,2 лет для мужчин. Соответствующие значения для Швеции: для женщин – 7,9 лет, для мужчин – 6,2 лет.

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



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

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



Источник: WHO (2003с)

Бремя болезней

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

Основные виды нарушений здоровья

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

Десять ведущих групп стойких нарушений здоровья и инвалидности мужчин и женщин в Азербайджане (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	21,4	Нервно-психические расстройства	19,4
2	Нервно-психические расстройства	14,3	Сердечно-сосудистые заболевания	17,8
3	Респираторные инфекции	10,8	Респираторные инфекции	10,4
4	Инфекционные и паразитарные болезни	9,1	Инфекционные и паразитарные болезни	6,6
5	Непреднамеренные травмы	6,8	Злокачественные новообразования	6,3
6	Злокачественные новообразования	6,3	Болезни органов пищеварения	5,5
7	Болезни органов пищеварения	5,1	Болезни органов чувств	5,1
8	Состояния, возникающие в перинатальном периоде	4,8	Болезни органов дыхания	4,4
9	Болезни органов дыхания	4,7	Состояния, возникающие в перинатальном периоде	4,0
10	Болезни органов чувств	3,7	Неполноценное питание	3,6

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 Азербайджане.

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

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

Ранг	Мужчины		Женщины	
	Факторы риска	Всего DALY (%)	Факторы риска	Всего DALY (%)
1	Табак	11,9	Высокий индекс массы тела	8,4
2	Высокий уровень холестерина	7,9	Повышенное артериальное давление	6,9
3	Высокий индекс массы тела	7,2	Высокий уровень холестерина	5,6
4	Повышенное артериальное давление	6,4	Дым в помещениях от сжигания твердого топлива	3,5
5	Алкоголь	6,3	Дефицит железа в организме	3,2
6	Недостаточное потребление фруктов и овощей	4,0	Недостаточная физическая активность	3,1
7	Недостаточная физическая активность	3,6	Недостаточное потребление фруктов и овощей	2,9
8	Дым в помещениях от сжигания твердого топлива	3,2	Недостаточная масса тела матери и ребенка	2,7
9	Недостаточная масса тела у матери и ребенка	2,8	Недоброкачественная вода и неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия	2,1
10	Недоброкачественная вода и неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия	2,0	Небезопасный секс	1,8

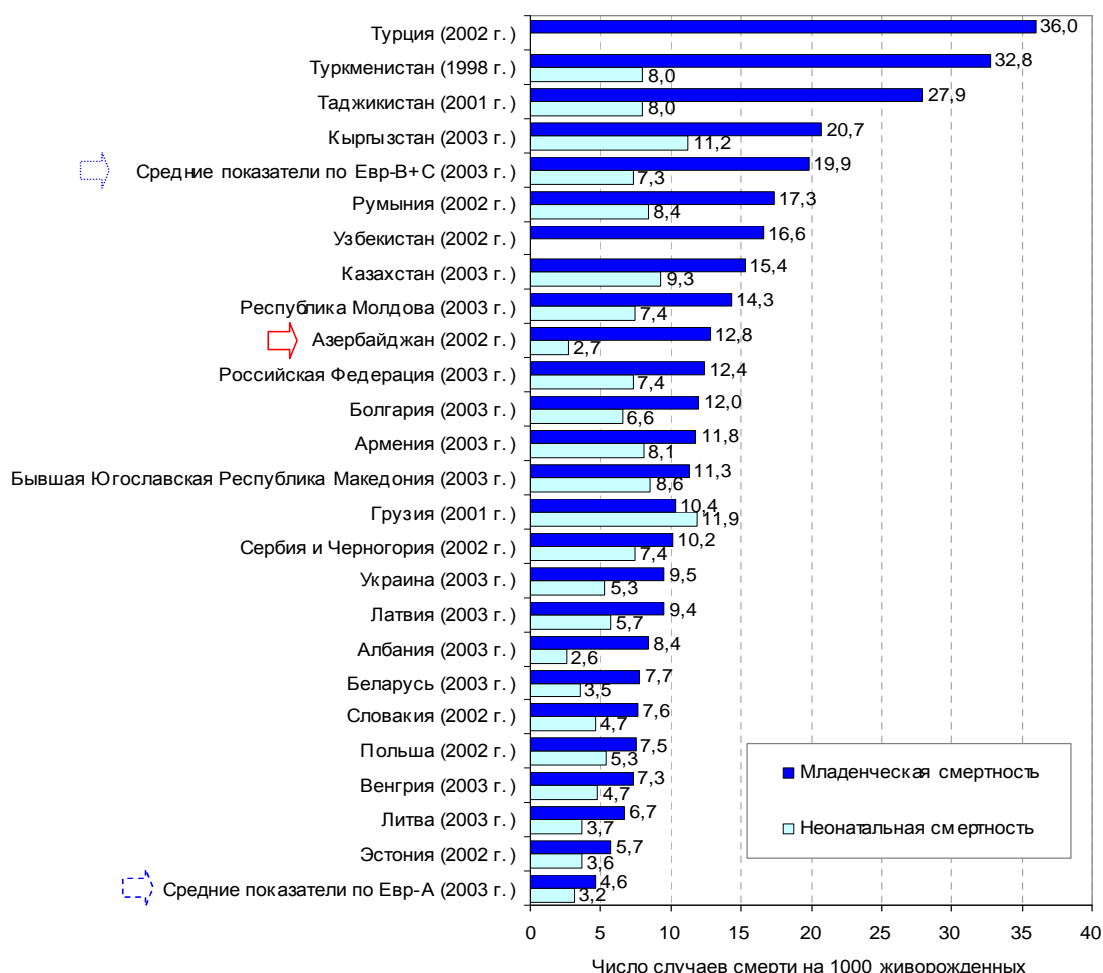
Источник: WHO, 2003с

Смертность

Младенческая, неонатальная и детская смертность

Исходя из национальных данных и оценок ВОЗ, в 2002 г. риск смерти ребенка до достижения 5-летнего возраста в Азербайджане составлял 23 на 1000 живорожденных. В соответствии с Целями в области развития, поставленными в Декларации тысячелетия (ЦРТ) в отношении смертности детей в возрасте до 5 лет для Европы и Центральной Азии, этот показатель к 2015 г. должен быть снижен до 15 на 1000 живорожденных. С учетом имеющихся погрешностей в национальных данных (неполная регистрация рождений и смертей), уровень смертности детей до 5 лет в Азербайджане по последним оценкам ВОЗ составляет 37 на 1000 живорожденных. Поскольку имеющиеся на сегодняшний день оценочные данные ВОЗ экстраполировать невозможно, остается неясным, удастся ли Азербайджану достичь ЦРТ к 2015 г. В наиболее благоприятном положении среди стран Евр-В+С по оценкам ВОЗ находятся Словакия и Эстония, где данный показатель составляет 8 на 1000 живорожденных.

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



По состоянию на 2002 г., официальный уровень младенческой смертности в Азербайджане составлял около 13 на 1000 живорожденных. Среднее значение по Евр-В+С на 2003 г. было 19,9 на 1000 живорожденных; самая низкая младенческая смертность в этой группе стран была зарегистрирована в Литве (6,7 случаев смерти на 1000 живорожденных). За период с 1990 г. показатели младенческой смертности в Азербайджане снизились почти вдвое; при этом темпы улучшения ситуации выше, чем в среднем по Евр-В+С.

По данным национальной статистики Азербайджана, уровень неонатальной смертности составляет около 3 на 1000 живорожденных, что соответствует средним значениям для Евр-А и является неправдоподобно низким показателем с учетом социально-экономической ситуации в стране в настоящее время.

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. Данные ВОЗ базируются на наиболее надежной из имеющейся информации. Поскольку они безусловно носят всего лишь оценочный характер, в них учтена имеющаяся статистическая неопределенность и рассчитаны интервалы неопределенности. Официальные данные, находящиеся за нижней границей интервала неопределенности, следует по всей вероятности рассматривать как заниженные.

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

Показатель	Национальные данные ^а	Оценочные данные ВОЗ
Младенческая смертность, на 1000 живорожденных, 2000 г. (показатель ЦРТ)	13	61 ^б
Неонатальная смертность, на 1000 живорожденных, 2000 г.	3	36 ^б
Смертность детей до 5 лет, на 1000 живорожденных (показатель ЦРТ)	23 (2002)	91 (77–104) (2003) ^в
Материнская смертность на 100 000 живорожденных, 2000 г. (показатель ЦРТ)	18	94 ^в

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

Из представленных данных видно, что официальные показатели смертности детей до 5 лет в Азербайджане составляют около одной четвертой от предполагаемого реального уровня. Поскольку неполная регистрация детской смертности главным образом касается детей до года, данное несоответствие указывает на то, что и младенческая, и неонатальная смертность также недоучитываются. Приведенная выше таблица подтверждает это предположение: масштабы заниженности данных, вероятно, весьма значительны.

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

Материнская смертность

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

Несмотря на трудность достоверной оценки материнской смертности (МС), для оценки прогресса в достижении ЦРТ (снизить показатель материнской смертности за период с 1990 до 2015 г. на 75%) используются национальные данные. В некоторых странах целевой показатель для 2015 г. может быть равен или ниже среднего значения показателя МС для стран Европейского региона с высоким уровнем дохода (в группе Евр-А среднее значение показателя МС в 2001 г. составляло 5 случаев на 100 000 живорожденных). Страны, в которых к 2015 г. МС будет ниже сегодняшних средних значений для Евр-А, будут считаться выполнившими ЦРТ (World Bank, 2004).

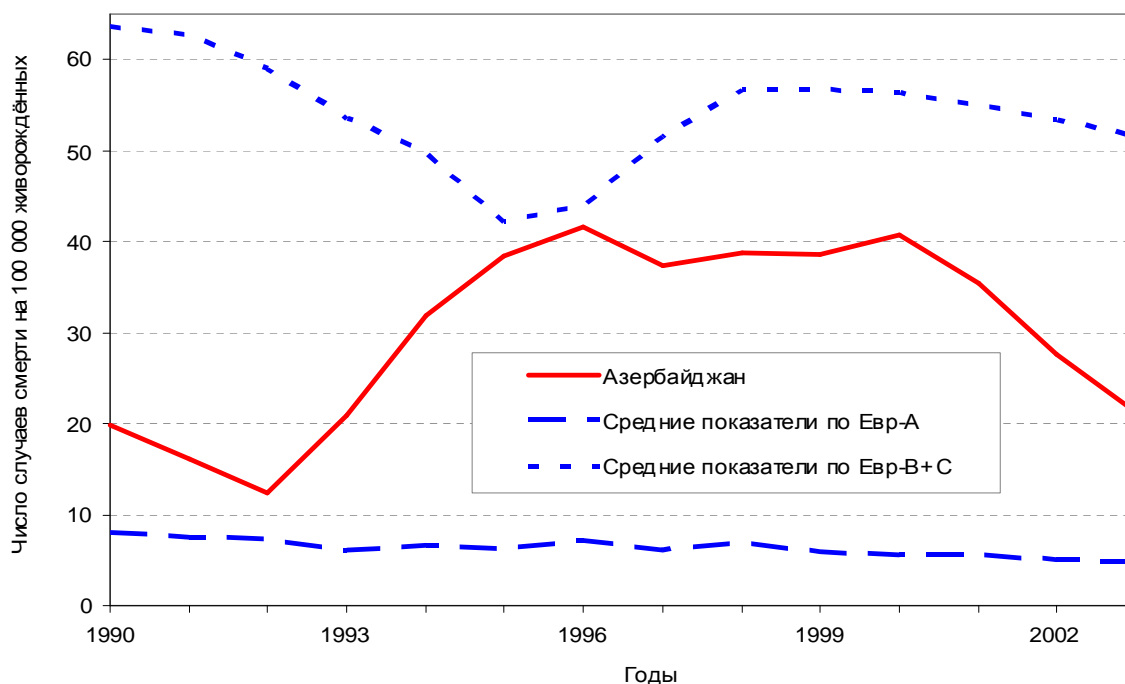
Однако в ряде стран показатели МС в 2002 г. ухудшились по сравнению с 1990 г. Применение в этих странах критерия 75%-ного снижения по отношению к исходному уровню 1990 г. в некоторых случаях потребует резкого снижения показателя МС за оставшийся период до 2015 г. В

этих ситуациях необходимо, чтобы страны предприняли конкретные действия по обеспечению женщин доступом к адекватной медико-санитарной помощи во время беременности и родов. Это даже более важно, чем формальное достижение ЦРТ, и в этом направлении уже имеются инициативы с доказанной эффективностью по снижению уровней материнской смертности.

Точный учет материнской смертности представляет собой трудную задачу даже в странах с вполне надежными системами регистрации. Масштаб данной проблемы в Азербайджане сравнительно велик. Динамика скользящих усредненных показателей за 3 года, рассчитанных на базе национальной статистики и позволяющих сгладить эффект случайных флуктуаций, показывает, что материнская смертность в Азербайджане в настоящее время вернулась к уровню 1990 г. или даже несколько превышает его.

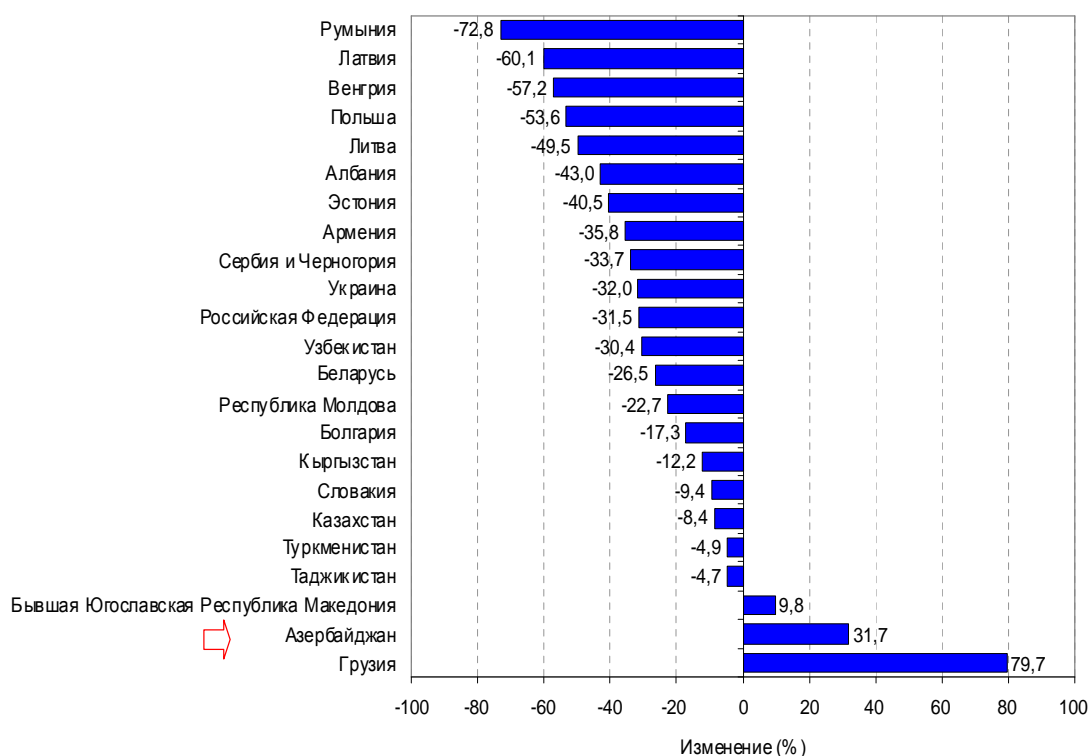
В соответствии с ЦРТ, за период с 1990 по 2015 г. все страны должны добиться снижения показателей материнской смертности на три четверти. Трудности в определении точности представляемых сведений о материнской смертности не дают возможности достоверно судить только на их основании о реальном прогрессе в данной области, однако приведенные ниже данные свидетельствуют о недостаточных темпах улучшения ситуации.

Материнская смертность в Азербайджане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения



Примечание: данные по Азербайджану представляют собой скользящие средние показатели за 3 года.

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

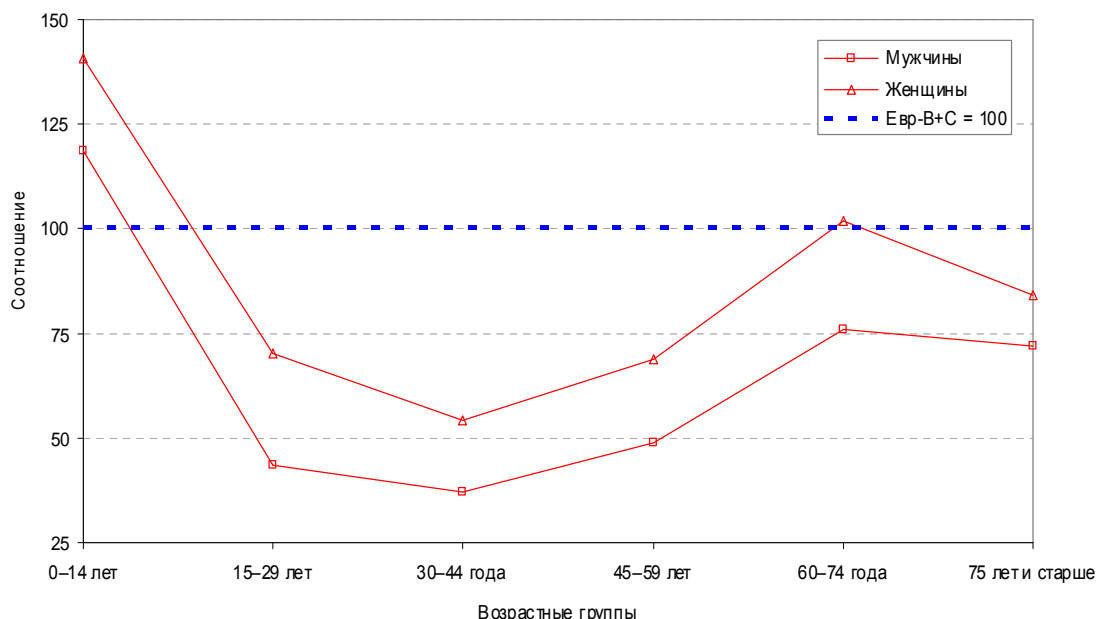


С 1990 по 2002 г. материнская смертность в Азербайджане повысилась почти на 32%. Уровень 1990 г. (около 16 случаев материнской смертности на 100 000 живорожденных) был одним из самых низких в Евр-В+С. К 1995 г. этот показатель достиг своего максимального значения (41,6 на 100 000 живорожденных), а затем, до 2002 г., уровень материнской смертности снизился почти вдвое. Для достижения ЦРТ уровень материнской смертности должен упасть еще на 81% за период с 2002 по 2015 г. Если это осуществится, то в 2015 г. материнская смертность в Азербайджане будет ниже, чем сегодняшний средний уровень в странах Евр-А. Из каждых 22 случаев материнской смертности, зарегистрированных в 2002 г., два были связаны с абортами.

Избыточная смертность

В последующем анализе смертности использованы исключительно данные национальной статистики. Показатели смертности в Азербайджане в целом прибр. на 25% ниже по сравнению со средними значениями для Евр-В+С, однако на 55% выше, чем аналогичные показатели в странах Евр-А (Приложение. Отдельные показатели смертности). Смертность среди взрослых значительно 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 уровень здоровья взрослого населения в Азербайджане возможно выше, чем в ряде других стран СНГ, для которых характерны крайне высокие показатели смертности среди людей среднего возраста.

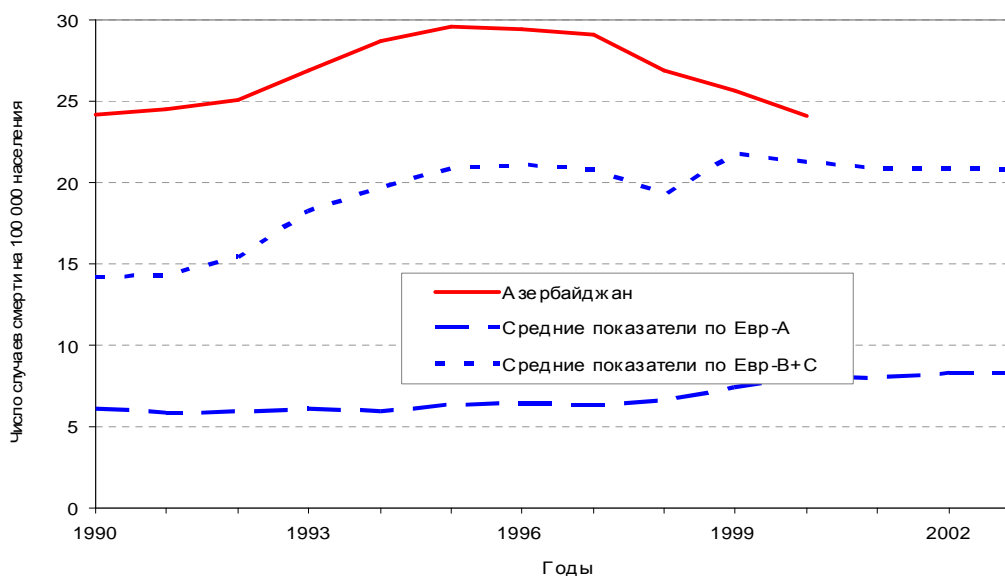
Общая смертность по половозрастным группам в Азербайджане
в сравнении с Евр-В+С (Евр-В+С = 100), 2003 г.



Важным выводом из представленных данных является отсутствие в Азербайджане, как и в других странах юга СНГ (Закавказье и Центральная Азия) и в противоположность к странам севера СНГ и Балтии, избыточной смертности от внешних причин по сравнению со средними показателями для Евр-В+С. Смертность от внешних причин среди лиц старше 14 лет в Азербайджане находится на уровне Евр-А и значительно ниже средних показателей по Евр-В+С.

Смертность от злокачественных новообразований также ниже, чем в среднем в Евр-В+С и Евр-А. Однако достаточно неожиданным результатом являются низкие уровни смертности от инфекционных и паразитарных болезней, а также от болезней органов дыхания. Эти показатели значительно снизились за период с 1995 г.

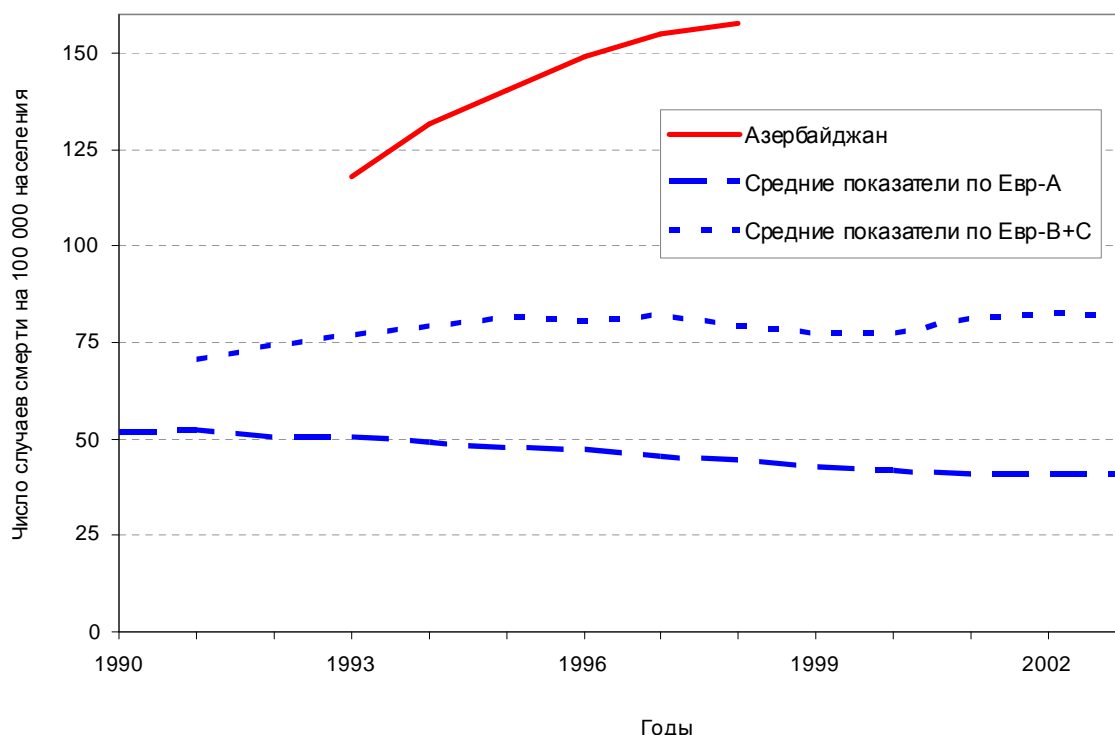
СКС от инфекционных и паразитарных болезней среди людей в всех
возрастов в Азербайджане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-
В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения



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

Наиболее выраженная причина избыточной смертности в Азербайджане – хронические болезни печени и цирроз печени: показатели на 45% превышают средний уровень для Евр-В+С. При этом смертность от этой причины среди людей среднего возраста и пожилых уже в два раза выше, чем в среднем по Евр-В+С. Это, по-видимому, свидетельствует о высоком уровне потребления алкоголя как в настоящий период, так и в прошлом, в сочетании с дополнительными рисками в связи с неправильным питанием и неудовлетворительными санитарно-гигиеническими условиями, что повышает опасность инфицирования вирусами гепатита.

СКС от алкогольной болезни печени и цирроза печени у людей в возрастной группе 60-74 года в Азербайджане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения



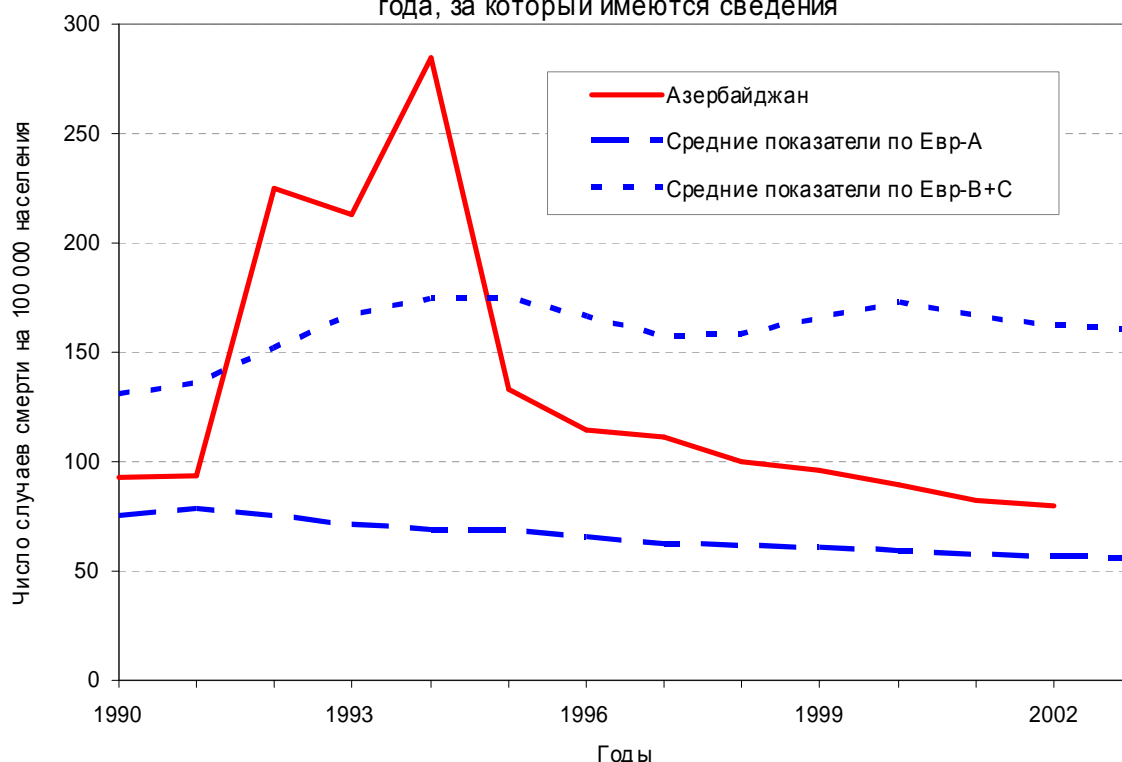
Примечание: данные по Азербайджану представляют собой скользящие средние показатели за 5 лет.

Если предполагать высокий уровень потребления алкоголя, то напрашивается вопрос, почему имеет место низкая смертность от внешних причин, поскольку эти два фактора, как правило, взаимосвязаны. Неправильное кодирование причин смерти не объясняет отсутствия этого параллелизма, данное явление может служить основанием для последующего более глубокого анализа.

Смертность в самой младшей возрастной группе (0–14 лет) в Азербайджане составляет 195 на 100 000 (2002 г.), что примерно на одну треть выше по сравнению со средними значениями для Евр-В+С (152) и в четыре раза превышает аналогичный усредненный показатель для стран Евр-А (49 на 100 000) (Приложение. Детальные данные о смертности). К 2002 г. уровень смертности снизился на 6,0% по сравнению с 1995 г., в то время как масштаб снижения в среднем по Евр-В+С за тот же период составил 3,8%. Это улучшение прослеживается в отношении большинства причин смерти. Следует отметить, что смертность от перинатальных причин составляет лишь половину от среднего уровня по Евр-В+С. Это необычно для стран юга СНГ, где данный вид патологии остается серьезной проблемой. Между тем, Азербайджан демонстрирует показатели, типичные для стран Евр-А, что заставляет подозревать значительную заниженность регистрируемых данных.

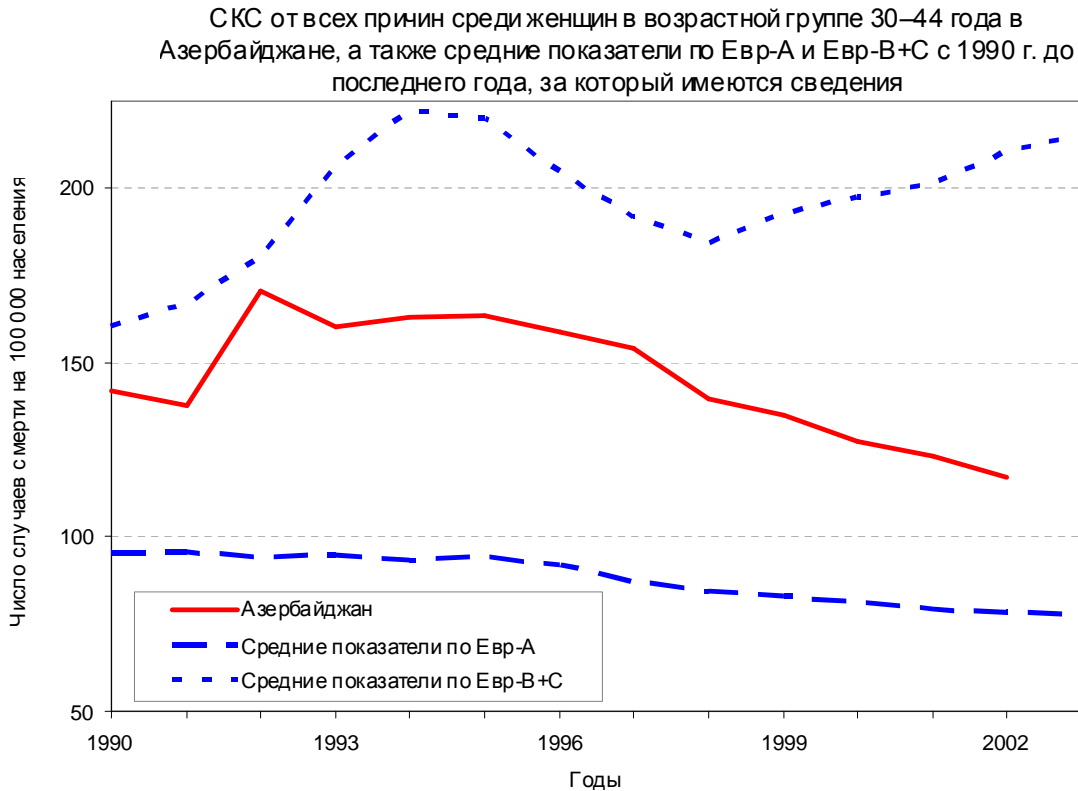
Общая смертность в возрастной группе 15–29 лет в Азербайджане составляет 80 на 100 000 (2002 г.), что в два раза ниже по сравнению со средними значениями для Евр-В+С (161) (Приложение. Детальные данные о смертности). Более благоприятные показатели обусловлены, главным образом, крайне низкой смертностью от внешних причин. Как уже отмечалось, эта особенность является важной, поскольку она возможно указывает на определенные отличия в структуре смертности среди молодежи по сравнению с рядом других стран СНГ, где высокая частота насильственной смерти обусловлена средовыми и поведенческими факторами, способствующими росту насилия.

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

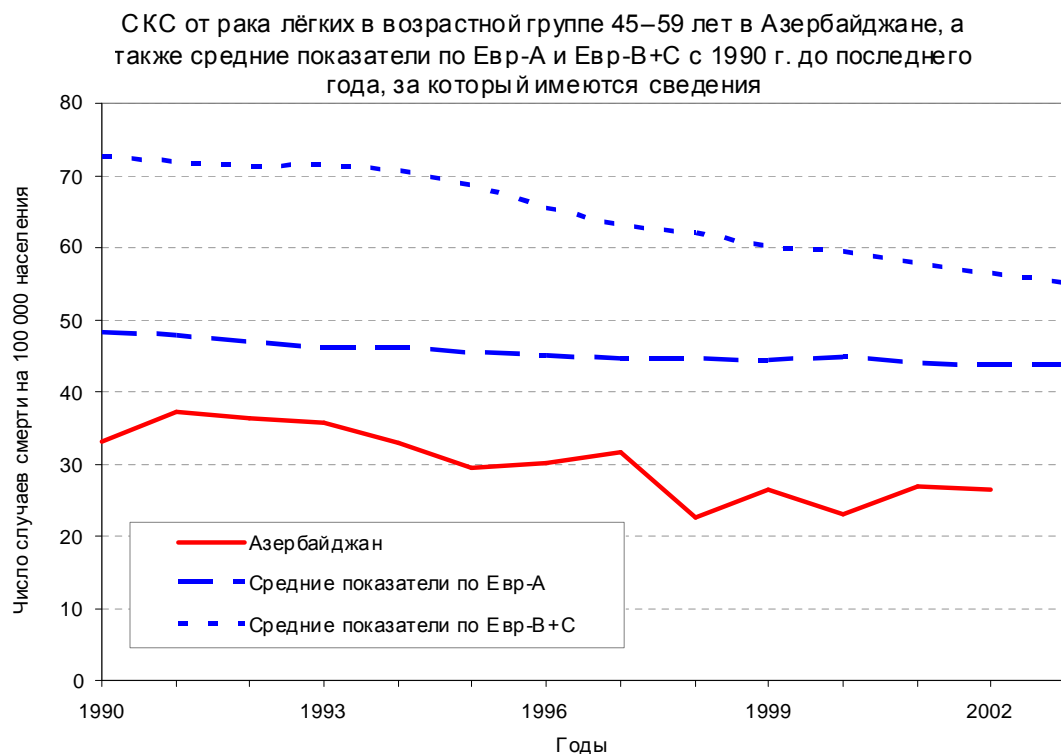


Следует отметить, что смертность от болезней органов дыхания и инфекционных болезней в возрастной группе 15–29 лет хотя и превышает средние значения для Евр-В+С, однако имеет тенденцию к снижению, при условии, что кодирование причин смерти осуществляется достаточно точно. Суммарный уровень смертности в возрастной группе 15–29 лет в Азербайджане вернулся к значениям 1990 г. (или даже к более низким цифрам), которые в то время были более благоприятными, чем аналогичные показатели для Евр-В+С.

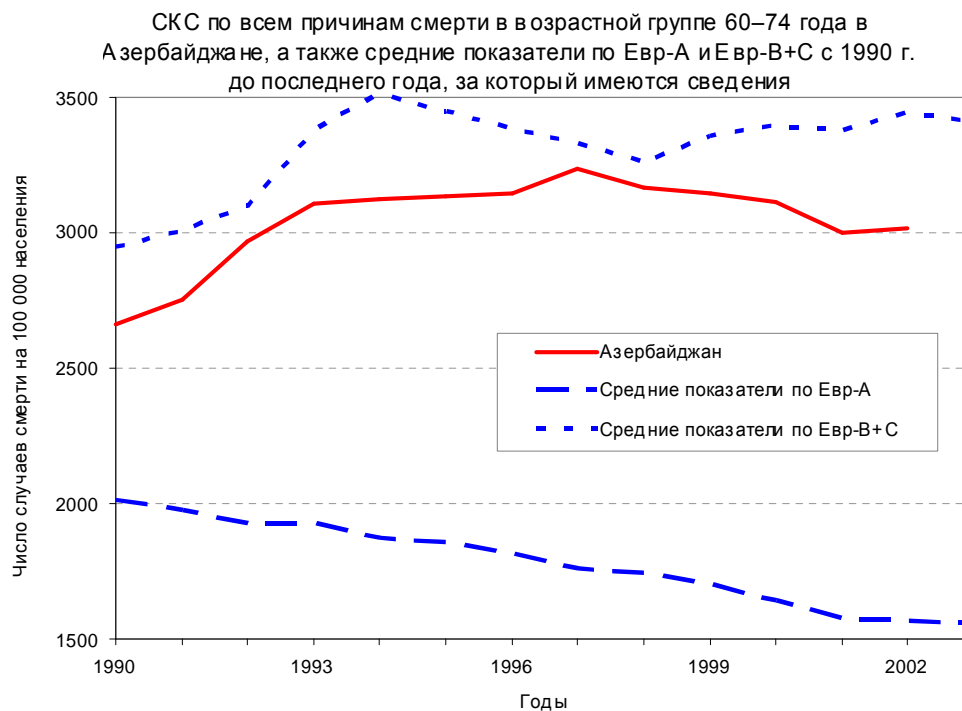
Общая смертность в возрастной группе 30–44 лет также существенно ниже по сравнению со средними значениями для Евр-В+С, что повторяет картину смертности для всего населения (Приложение. Детальные данные о смертности).



В возрастной группе 45–59 лет уровень смертности, так же как и в предыдущей группе, ниже по сравнению со средними значениями для Евр-В+С практически по всем причинам смерти (Приложение. Детальные данные о смертности). Смертность от рака легких находится на необычно низком уровне, что возможно объясняется неполной регистрацией.



Уровни и структура смертности в группе 60–74 года приближаются к средним значениям для Евр-В+С.

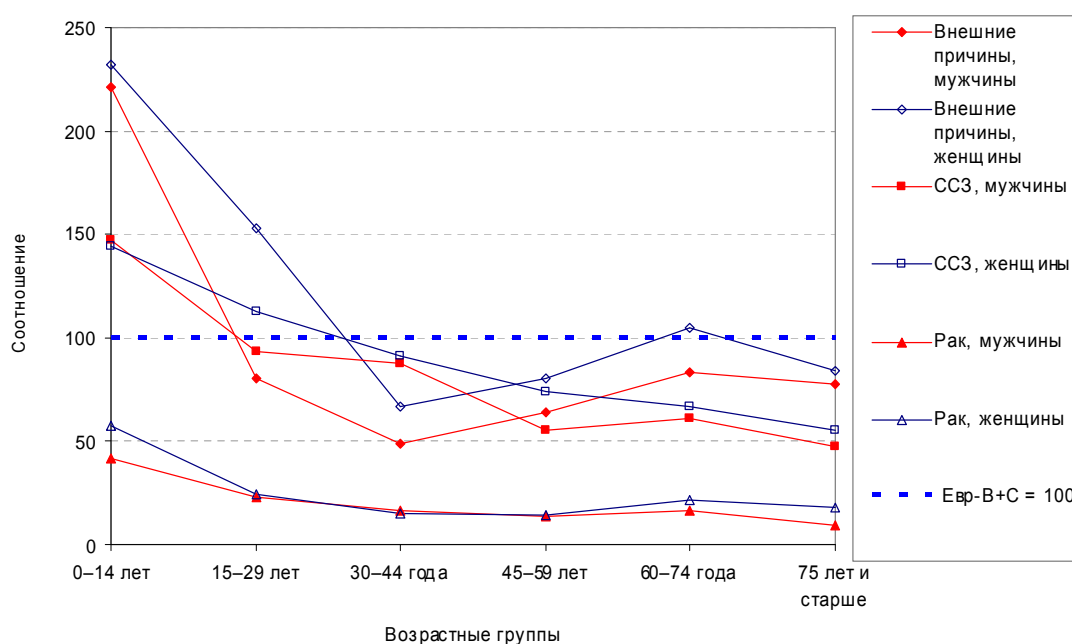


Динамику показателей для более старших групп трудно оценивать вследствие значительного разброса показателей и большой вероятности неполной регистрации.

Основные причины смерти

Как было указано выше, смертность от всех ведущих причин во всех половозрастных группах (за исключением детей, а также женщин в возрасте 15–29 лет) ниже, чем соответствующие средние показатели для Евр-В+С. Следует вновь оговориться, что необходимо соблюдать известную осторожность при интерпретации данных по смертности от различных причин.

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

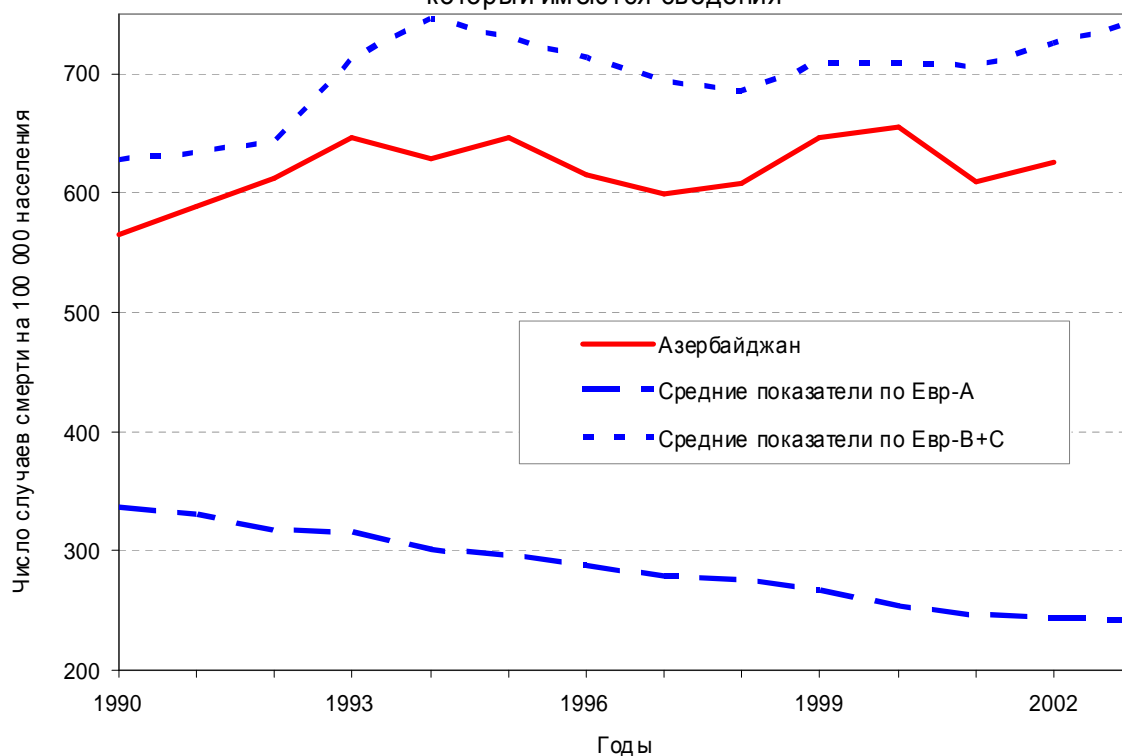


В 2002 г. около 87% всей смертности в Азербайджане было обусловлено неинфекционной патологией; внешние причины составили около 3%, инфекционные болезни – около 2%, неточно обозначенные состояния – около 3% (Приложение. Отдельные показатели смертности). В целом по группе Евр-В+С средняя доля смертности от внешних причин значительно выше (10,6%), а смертность от неинфекционных болезней занимает меньшее место (79,6%), чем в Азербайджане.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ)

Ведущей причиной смерти в Азербайджане в 2002 г. были сердечно-сосудистые заболевания, на долю которых приходилось 63% всей смертности. Для сравнения: средний показатель для Евр-В+С за тот же период составил 57%. Это различие возможно в значительной мере объясняется неправильным кодированием, когда в рубрику ССЗ ошибочно заносят другие состояния. Приблизительно две трети всей смертности от ССЗ обусловлены ишемической болезнью сердца и одна пятая – цереброваскулярными болезнями. В целом ситуация по ССЗ в Азербайджане аналогична другим странам СНГ и соответствует среднему уровню Евр-В+С. Это означает, что высокая смертность ССЗ представляет собой наиболее серьезную проблему общественного здравоохранения.

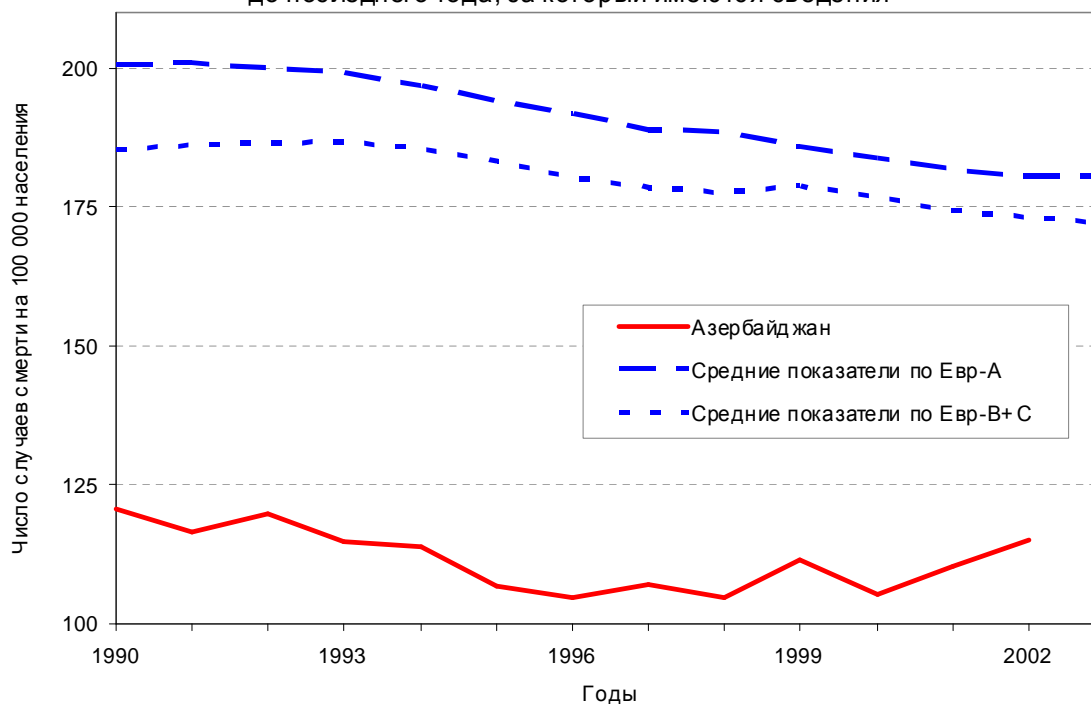
СКС от ССЗ среди людей всех возрастов в Азербайджане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения



Злокачественные новообразования

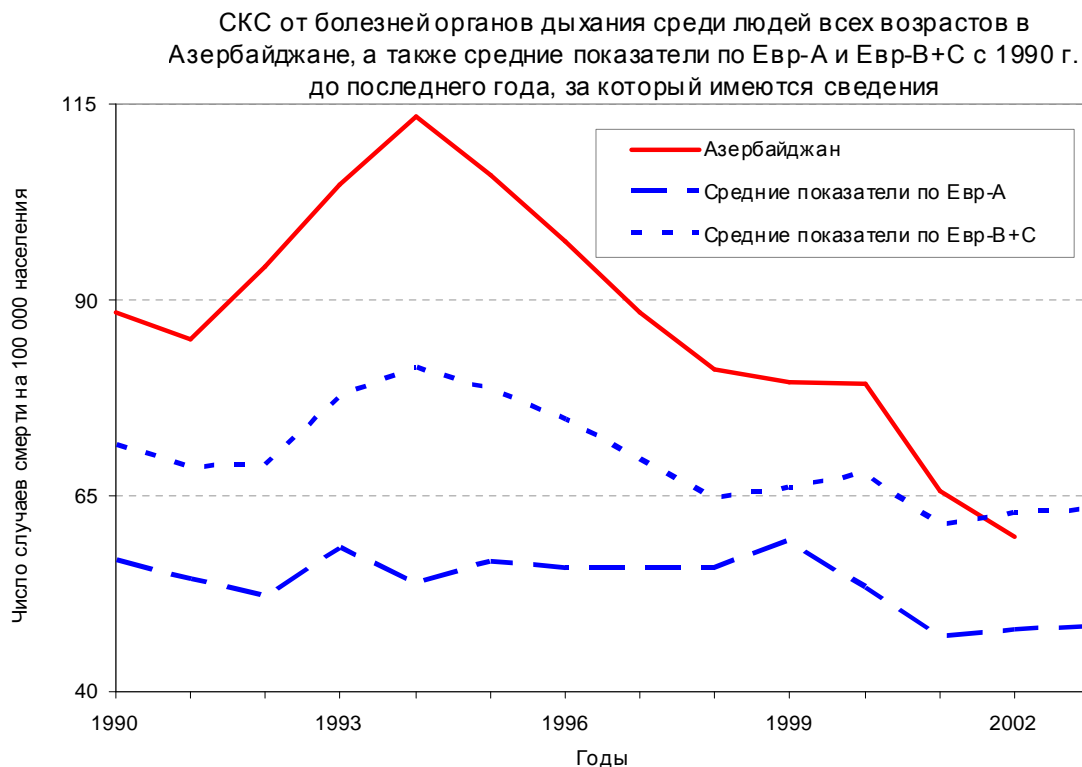
Смертность от злокачественных новообразований распределена относительно равномерно по Региону, однако в Азербайджане этот показатель значительно ниже, чем в среднем по Евр-В+С и Евр-А. Однозначного объяснения этому феномену нет, поскольку возможности детального анализа ограничены степенью полноты и качеством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

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



Болезни органов дыхания

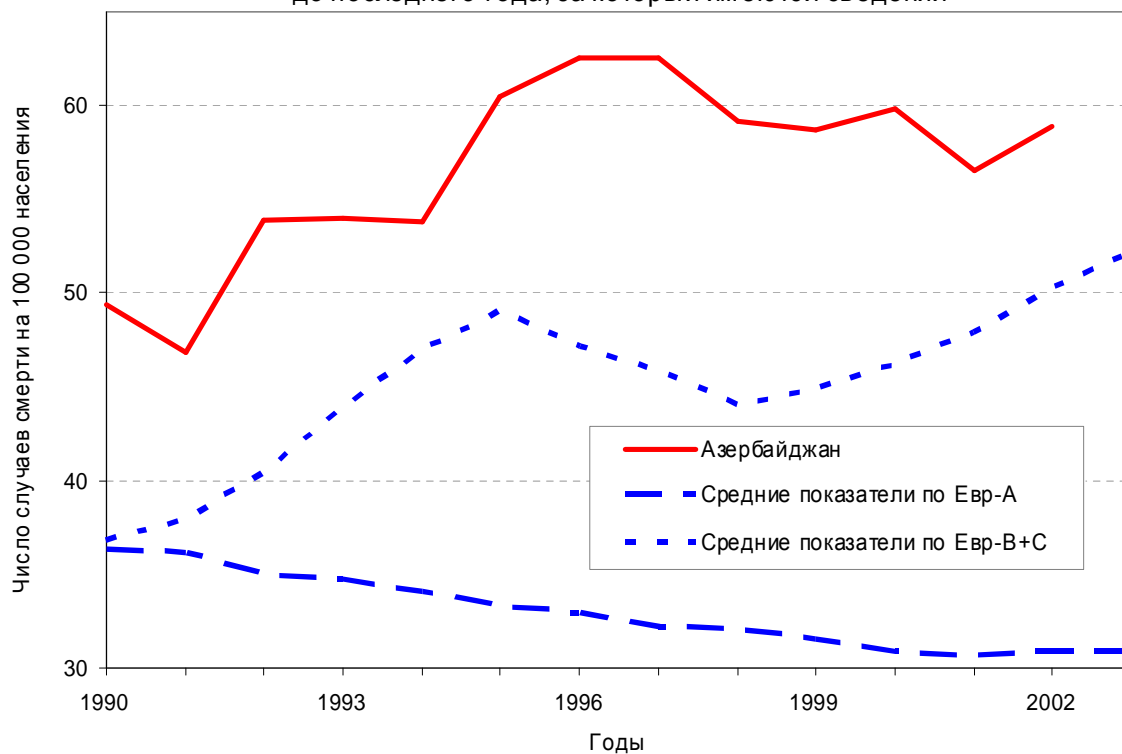
В 2002 г. болезни органов дыхания составляли 6% в структуре смертности в Азербайджане, на уровне средних показателей для Евр-В+С, что явилось результатом резкого снижения СКС от этой причины в предшествующие годы. Это хорошее достижение, возможно обусловленное улучшением лечебной помощи. Однако однозначная трактовка наблюдаемого спада затруднена вследствие вышеупомянутых проблем качества данных регистрации.



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 Азербайджан в этом смысле не явился исключением. К 2002 г. уровень смертности от этой причины приibl. на 13% превышал среднее значение 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.

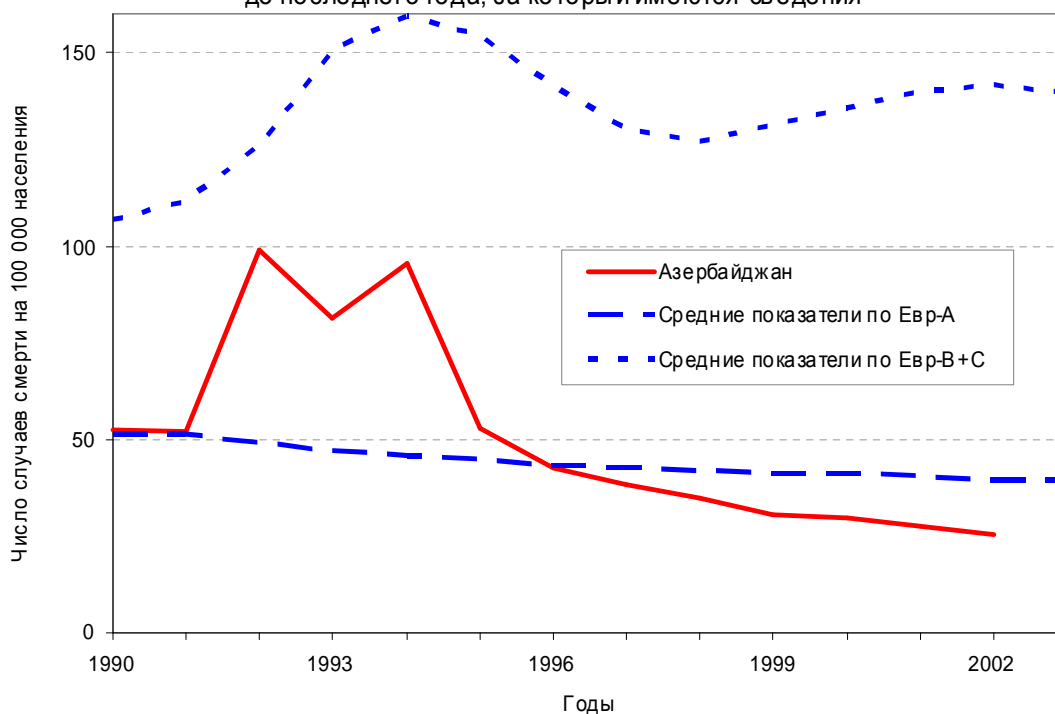
СКС от болезней органов пищеварения среди людей всех возрастов в Азербайджане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения



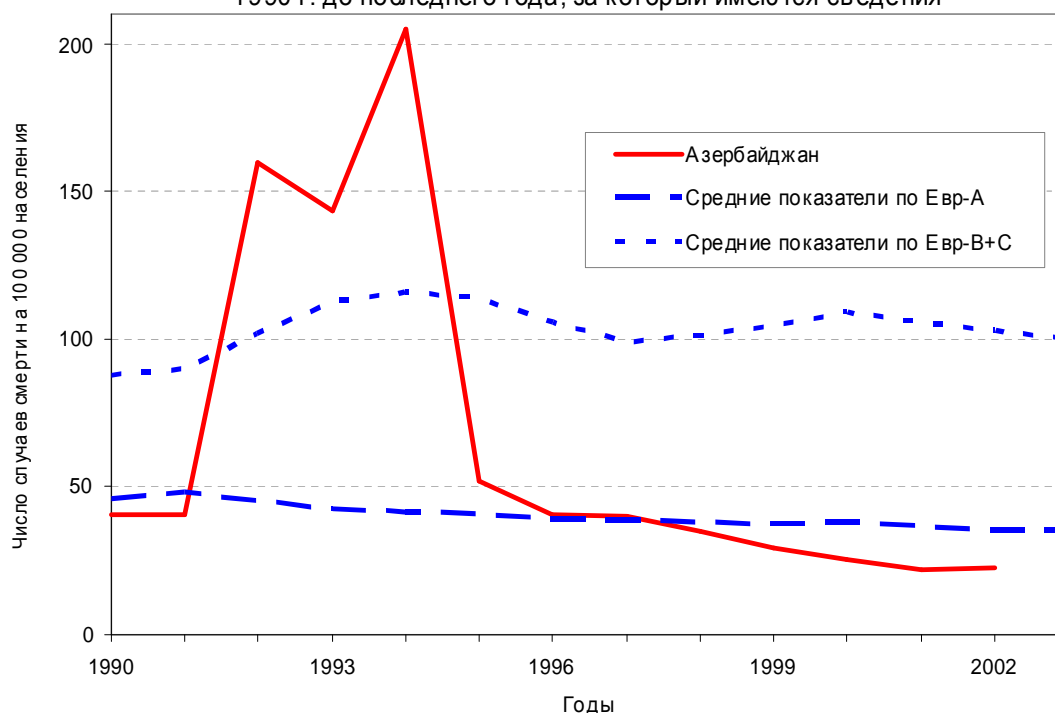
Внешние причины

По внешним причинам смерти различают непреднамеренные травмы (транспортный травматизм, отравления, травмы вследствие падений, пожаров, утопление и др.) и преднамеренные травмы (самоповреждения, травмы вследствие насилия и войн и др.). В 2002 г. суммарная смертность от внешних причин составляла в Азербайджане 26 случаев смерти на 100 000 населения, в то время как аналогичный показатель для Евр-В+С за тот же период был равен 140, а для Евр-А – 40 случаев смерти на 100 000 населения.

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



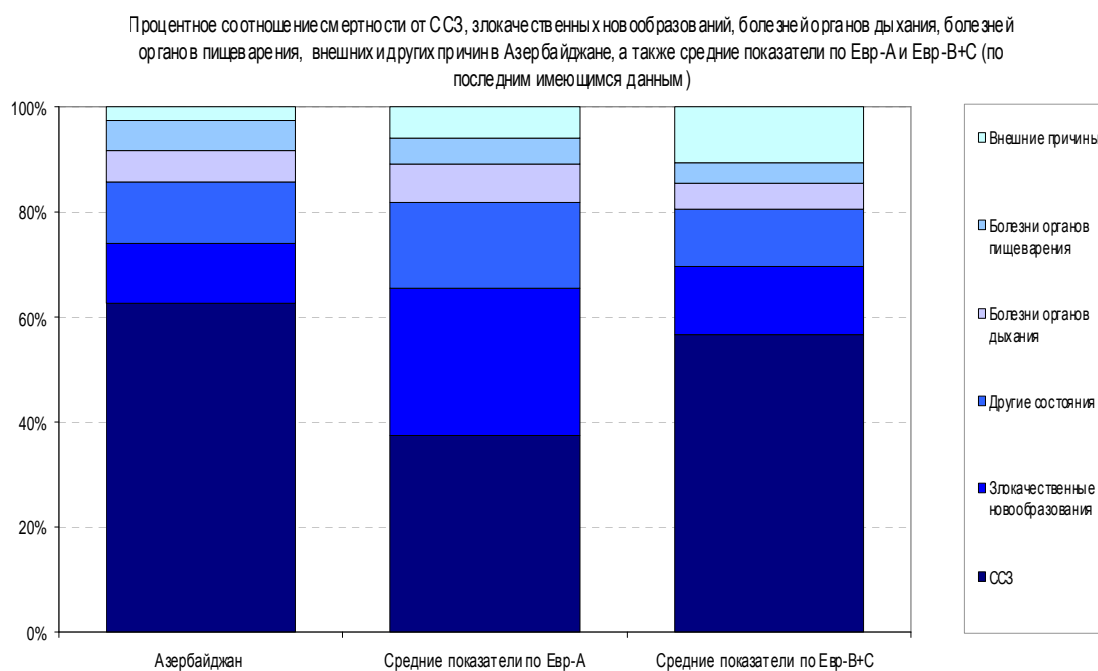
СКС от внешних причин (травм и отравлений) в возрастной группе 15–29 лет в Азербайджане, а также средние показатели по Евр-А и Евр-В+С с 1990 г. до последнего года, за который имеются сведения



В общей картине смертности людей среднего возраста в Азербайджане внешние причины занимают незначительное место. Эта ситуация выгодно отличает Азербайджан, как и другие страны юга СНГ, от группы стран Евр-В+С в целом. Анализ факторов, лежащих в основе существенных различий в пользу Азербайджана в уровнях смертности от травматизма по

сравнению с Евр-В+С, крайне важен для понимания закономерностей современного развития здоровья населения Азербайджана.

Процентное распределение причин в общей картине смертности позволяет получить хотя и грубое, но достоверное представление о ситуации в стране в условиях недостаточной надежности имеющихся значений интенсивных показателей смертности (СКС) по возрастным группам и по отдельным причинам смерти. На приведенном ниже графике отображены как различия, так и сходство в общей картине смертности в Азербайджане, по сравнению со средними показателями Евр-А и Евр-В+С.



Основное отличие – меньшая доля смертности от внешних причин (2,6%), как в сравнении с Евр-А (6,0%), так и Евр-В+С (10,6%). Эти данные по всей вероятности достоверно отражают реальность и поэтому представляют большую важность.

Значительную долю смертности в Азербайджане занимают ССЗ (62,0%), в то время как аналогичные усредненные показатели для Евр-А составляют лишь 37,4%, для Евр-В+С – 56,5%. Это различие возможно в значительной мере объясняется неправильным кодированием причин смерти, когда в рубрику ССЗ ошибочно заносят другие состояния.

Следует иметь в виду, что общая структура смертности в Азербайджане весьма близка к усредненным аналогичным показателям для Евр-А и Евр-В+С. Для обеспечения сбалансированности окончательных выводов этот факт нельзя упускать из внимания при изучении данной *Обзорной сводки* – в которой в первую очередь акцентируются имеющиеся отклонения от усредненных показателей. Основное положение заключается в том, что не существует особой структуры смертности, характерной только для богатых стран, и другой специфической структуры – для стран, наиболее нуждающихся в международной помощи. Перечень наиболее важных причин смертности остается тем же, меняется лишь относительная представленность той или иной группы болезней как по странам, так и по различным регионам внутри одной страны (Marmot et al., 2005).

Поскольку эти различия обусловлены, главным образом, социальными факторами, основная задача заключается в определении конкретных механизмов реализации причинных факторов в те или иные исходы в плане здоровья определенных групп населения, так чтобы формируемая политика могла более эффективно влиять на цепь взаимосвязанных условий и процессов.

В заключение следует отметить, что, как и в других подобных ситуациях, основной причиной относительно низкого уровня здоровья населения Азербайджана являются проблемы детского здоровья. Позитивные аспекты картины общественного здоровья страны – это умеренный уровень

смертности среди взрослых и, в особенности, низкая смертность от внешних причин. Сохраняют свое значение инфекционные и паразитарные болезни, а также смертность, обусловленная неблагоприятными условиями окружающей среды, несмотря на то что эти факторы вероятно не полностью отражены в статистике смертности. В этой связи выходит на первый план необходимость непрерывного мониторинга состояния здоровья населения страны с использованием имеющихся (пусть и несовершенных) сведений о смертности и, в особенности, путем проведения выборочных эпидемиологических обследований населения, поскольку это лучше всего позволяет связать данные текущей статистической отчетности со специфическими чертами и причинами нарушений здоровья.

Библиография

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

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

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

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

ILO (2005). Key indicators of the labour market database [web site]. Geneva, International Labour Organization (<http://www.ilo.org/public/english/employment/strat/kilm/index.htm>, accessed 29 November 2005).

Marmot M, Horton R, Grant M (2005). International Institute for Society and Health. *Lancet*, 366(9494): 1339–1340.

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

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

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

WHO (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.).

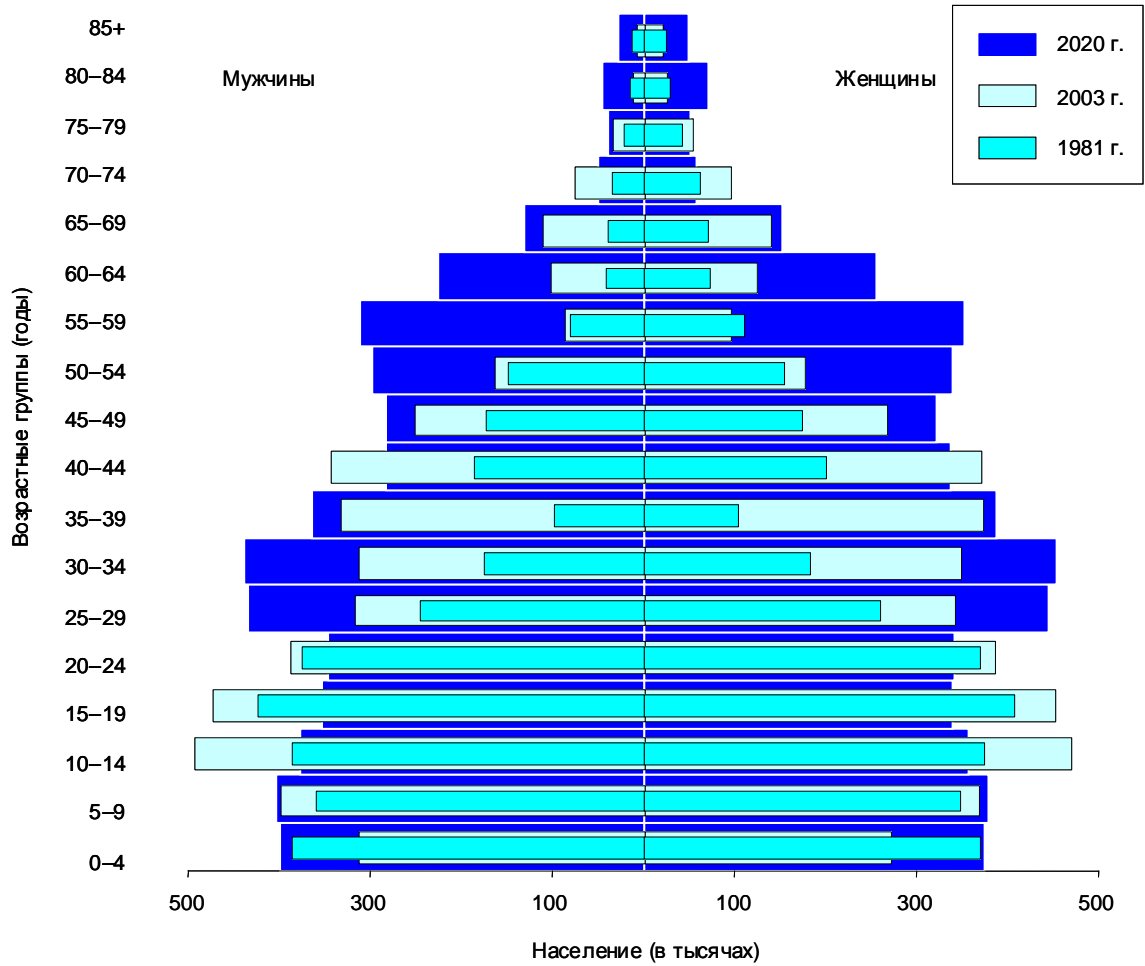
World Bank (2004). *The Millennium Development Goals in Europe and Central Asia*. Washington, DC, World Bank.

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 Азербайджана



Приложение. Отдельные показатели смертности

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

Болезни и патологические состояния	СНС на 1 000 000 населения		Избыточная смертность в Азербайджане (%)	Доля в структуре смертности в Азербайджане (%)	Доля в структуре смертности в Евр-В+С (%)	Средние показатели по Евр-А	Избыточная смертность в Азербайджане по отношению к Евр-А (%)	Доля в структуре смертности в Евр-А (%)
	Азербайджан (2002 г.)	Средние показатели по Евр-В+С (2003 г.)						
Отдельные неинфекционные болезни	872,9	1044,9	-16,5	87,0	79,6	533,8	63,5	82,4
Сердечно-сосудистые заболевания	626,5	741,8	-15,5	62,5	56,5	243,4	157,4	37,6
Ишемическая болезнь сердца	423,7	362,7	16,8	42,2	27,6	95,9	341,8	14,8
Цереброваскулярные болезни	123,0	221,7	-44,5	12,3	16,9	61,1	101,3	9,4
Нарушения легочного кровообращения и другие болезни сердца	34,0	68,9	-50,7	3,4	5,3	56,6	-39,9	8,7
Эпителиальные новообразования (рак)	115,1	172,0	-33,1	11,5	13,1	181,5	-36,6	28,0
Рак трахеобронхоэпителиальных	17,1	33,9	-49,6	1,7	2,6	37,1	-53,9	5,7
Рак молочной железы	13,8	22,1	-37,6	1,4	1,7	27,0	-48,9	4,2
Рак толстой кишки (включая прямую кишку) и анальной области	6,4	19,0	-66,3	0,6	1,4	20,7	-69,1	3,2
Рак предстательной железы	11,2	14,3	-21,7	1,1	1,1	25,1	-55,4	3,9
Болезни органов дыхания	59,7	63,1	-5,4	6,0	4,8	47,8	24,9	7,4
Хронические бронхиты и эмфизема легких	20,6	31,2	-34,0	2,1	2,4	20,2	2,0	3,1
Пневмония	21,8	23,6	-7,6	2,2	1,8	16,2	34,6	2,5
Болезни органов пищеварения	58,9	52,3	12,6	5,9	4,0	30,8	91,2	4,8
Хронические болезни печени и цирроз печени	46,4	32,0	45,0	4,6	2,4	12,6	268,3	1,9
Нервно-мышечные расстройства	12,6	15,7	-19,7	1,3	1,2	30,3	-58,4	4,7
Инфекционные болезни	20,6	20,8	-1,0	2,1	1,6	8,4	145,2	1,3
ВИЧ/СПИД	0,0	0,8	-100,0	0,0	0,1	1,1	-100,0	0,2
Внешние причины	25,6	139,6	-81,7	2,6	10,6	40,3	-36,5	6,2
Непреднамеренные	21,3	102,2	-79,2	2,1	7,8	28,7	-25,8	4,4
Дорожно-транспортная травма	5,7	14,7	-61,2	0,6	1,1	9,9	-42,4	1,5
Падения	0,5	7,5	-93,3	0,0	0,6	6,1	-91,8	0,9
Проведенные	4,3	37,4	-88,5	0,4	2,9	11,6	-62,9	1,8
Самоубийства (с амбулаториями)	1,4	23,2	-94,0	0,1	1,8	10,6	-86,8	1,6
Насилие (убийства)	2,9	14,2	-79,6	0,3	1,1	1,0	190,0	0,2
Неоточные значительные состояния	30,8	64,0	-51,9	3,1	4,9	20,9	47,4	3,2
Все причины	1002,9	1312,2	-23,6	100,0	100,0	647,8	54,8	100,0

Приложение. Детальные данные о смертности

Таблица 1. Отдельные показатели смертности в возрастной группе 0–14 лет с разбивкой по полу в Азербайджане 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	Азербайджан (2002 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая динамика (%)
Все причины	Оба пола	194,5	-5,7	49,4	-2,4	151,7	-3,8
	М	202,4	-6,0	55,3	-2,5	170,5	-3,9
	Ж	185,6	-5,3	43,3	-2,4	131,9	-3,8
<i>Инфекционные и паразитарные болезни</i>	М	20,0	-7,9	1,4	-1,1	10,9	-7,0
	Ж	18,1	-7,4	1,1	-3,0	9,5	-6,6
Кишечные инфекции	М	12,3	-8,7	0,2	-0,7	5,1	-8,2
	Ж	10,8	-8,5	0,1	-7,3	4,7	-7,9
<i>Злокачественные новообразования</i>	М	7,5	9,1	3,3	-1,8	5,1	-1,9
	Ж	6,1	3,2	2,6	-1,8	4,2	-1,9
<i>Сердечно-сосудистые заболевания</i>	М	7,3	10,4	1,4	-3,1	3,3	1,1
	Ж	6,0	4,0	1,3	-2,5	2,6	0,1
<i>Болезни органов дыхания</i>	М	89,9	-6,6	1,4	-4,3	35,9	-5,0
	Ж	86,9	-6,2	1,0	-4,2	30,7	-5,0
Пневмония	М	63,0	-6,5	0,5	-6,0	20,9	-4,9
	Ж	65,0	-5,3	0,4	-5,1	17,9	-4,7
<i>Состояния, возникающие в перинатальном периоде</i>	М	288,6	-4,8	255,3	-2,1	607,6	-2,7
	Ж	188,4	-5,2	202,3	-1,6	427,5	-2,7
Врождённые аномалии и хромосомные нарушения	М	11,0	-1,7	11,6	-2,9	24,2	-2,8
	Ж	7,3	-7,1	10,0	-3,3	21,0	-2,6
<i>Неточно обозначенные причины смерти</i>	М	2,7	-10,1	5,0	-3,9	5,6	-0,6
	Ж	3,3	-9,1	3,4	-4,2	4,6	-1,0
<i>Внешние причины (травмы и отравления)</i>	М	12,1	-8,5	7,0	-4,0	29,0	-3,4
	Ж	10,3	-6,7	4,6	-3,2	18,1	-3,1
Дорожно-транспортный травматизм	М	1,9	22,8	2,5	-4,5	4,7	-2,6
	Ж	1,0	21,8	1,7	-4,8	3,0	-1,6

Таблица 2. Отдельные показатели смертности в возрастной группе 15–29 лет с разбивкой по полу в Азербайджане 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	Азербайджан (2002 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая динамика (%)
Все причины	Муж. и жен.	79,9	-5,7	56,0	-2,3	161,0	-0,9
	М	105,4	-5,7	82,0	-2,3	241,7	-1,0
<i>Инфекционные и паразитарные болезни</i>	Ж	55,4	-5,3	29,3	-2,2	79,0	-0,6
	М	17,8	-2,3	1,2	1,5	12,3	3,0
<i>Злокачественные новообразования</i>	Ж	6,0	-6,7	0,8	1,9	5,1	2,5
	М	8,2	-2,7	6,2	-1,0	8,8	-1,9
<i>Сердечно-сосудистые заболевания</i>	Ж	8,7	-3,2	4,7	-1,4	7,7	-1,9
	М	14,2	-3,1	4,1	-2,4	17,6	0,0
<i>Болезни органов дыхания</i>	Ж	11,1	-4,3	2,3	-2	7,3	-0,9
	М	6,3	-5,5	1,4	-3,6	6,9	0,2
<i>Болезни органов пищеварения</i>	Ж	2,8	-9,7	0,9	-2,7	3,8	-1,1
	М	3,8	-4,5	0,9	-3,5	8,0	3,0
<i>Неточно обозначенные причины смерти</i>	Ж	3,1	-4,5	0,5	-3,8	3,7	3,1
	М	4,8	0,5	4,0	-3,1	11,6	7,1
<i>Внешние причины</i>	Ж	1,5	-2,1	1,4	-1,3	3,3	5,8
	М	36,9	-8,1	58,3	-1,4	162,4	-1,6
Дорожно-транспортный травматизм	Ж	8,9	-6,7	14,4	-1,6	36,9	-0,2
	М	6,5	10,6	28,5	-1,3	27,8	-1,5
Случайное утопление	Ж	1,1	17,8	7,3	-1,4	8,0	0,3
	М	5,3	-0,1	1,3	-2,2	10,8	-3,9
Случайные отравления	Ж	1,7	23,1	0,2	-2,1	1,9	-2,2
	М	1,6	-9,4	2,8	0,0	19,1	3,3
Самоповреждения (самоубийства)	Ж	1,0	-10,8	0,7	0,8	4,4	2,5
	М	1,3	1,1	12,7	-1,8	36,8	0,0
	Ж	0,3	7,0	3,1	-2,2	5,8	-1,3

Таблица 3. Отдельные показатели смертности в возрастной группе 30–44 года с разбивкой по полу в Азербайджане 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	Азербайджан (2002 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая динамика (%)
Все причины	Муж. и жен.	185,2	-4,8	120,3	-2,5	453,8	-0,7
	М	259,7	-5,1	161,6	-2,6	700,0	-0,8
	Ж	117,1	-4,1	78,5	-2,1	215,6	-0,2
<i>Злокачественные новообразования (рак)</i>	М	35,2	-0,9	27,6	-2,3	40,2	-2,8
	Ж	40,1	-0,6	31,3	-2,0	43,8	-1,4
Рак трахеи/бронхов/лёпких	М	5,3	-3,6	5,0	-3,4	7,3	-4,2
	Ж	2,1	1,0	2,8	-0,6	2,2	-1,0
Рак молочной железы	Ж	11,1	-1,1	10,0	-2,6	10,0	-2,3
<i>Сердечно-сосудистые заболевания</i>	М	77,3	-4,7	26,1	-2,5	158,6	-0,4
	Ж	30,2	-3,6	10,4	-2,1	45,3	0,0
Ишемическая болезнь сердца	М	51,2	-4,8	11,8	-3,1	73,7	-2,2
	Ж	12,8	-3,5	2,4	-2,7	14,4	-1,3
Цереброваскулярные болезни	М	10,7	-5,3	4,4	-3,2	24,6	-0,4
	Ж	7,3	-4,2	3,6	-2,5	10,6	-1,3
<i>Болезни органов дыхания</i>	М	7,8	-7,9	3,9	-3,5	34,3	0,9
	Ж	4,1	-8,7	2,2	-2,0	9,8	0,8
<i>Болезни органов пищеварения</i>	М	20,2	-6,4	12,6	-2,4	50,2	1,4
	Ж	8,4	-5,1	5,4	-1,7	19,4	4,1
<i>Внешние причины</i>	М	50,1	-7,3	58,8	-1,2	299,5	-1,9
	Ж	9,1	-8,8	15,1	-1,8	58,9	-1,0
Дорожно-транспортный травматизм	М	13,5	22,4	16,0	-0,5	31,4	-1,7
	Ж	2,4	4,7	3,9	-2,0	7,1	-0,5
Самоповреждения (самоубийства)	М	1,8	-2,6	21,2	-1,5	54,9	-2,4
	Ж	0,8	5,9	5,8	-2,2	7,9	-2,5

Таблица 4. Отдельные показатели смертности в возрастной группе 45–59 лет с разбивкой по полу в Азербайджане 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	Азербайджан (2002 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая динамика (%)
Все причины	Муж. и жен.	713,5	-3,8	435,6	-1,3	1294,9	-0,6
	М	968,1	-4,4	580,1	-1,4	1981,7	-0,6
	Ж	480,6	-2,7	293,3	-1,0	698,9	-0,5
<i>Злокачественные новообразования (рак)</i>	М	179,1	-2,3	218,2	-1,2	323,2	-1,9
	Ж	137,6	1,6	155,0	-1,0	186,1	-0,5
Рак трахеи/бронхов/лёпких	М	45,1	-2,9	65,9	-1,5	101,4	-2,9
	Ж	9,3	11,3	21,8	3,4	15,4	1,0
Рак молочной железы	Ж	32,3	2,8	44,0	-2,2	45,3	0,1
<i>Сердечно-сосудистые заболевания</i>	М	504,8	-4,0	156,4	-2,6	793,1	-0,1
	Ж	218,8	-3,4	50,9	-2,5	271,7	-0,6
Ишемическая болезнь сердца	М	359,6	-4,1	86,2	-3,3	435,3	-0,7
	Ж	118,4	-3,7	17,8	-3,4	111,1	-0,6
Цереброваскулярные болезни	М	79,5	-4,4	23,7	-2,6	168,6	-0,9
	Ж	64,3	-3,3	14,5	-2,1	88,4	-1,4
<i>Болезни органов дыхания</i>	М	30,5	-9,0	20,3	-1,7	108,7	-1,4
	Ж	14,0	-7,1	10,2	-1,3	24,5	-0,7
<i>Болезни органов пищеварения</i>	М	74,5	-5,7	49,6	-0,8	129,7	0,7
	Ж	34,9	-3,5	20,3	-0,7	57,3	1,9
<i>Внешние причины</i>	М	54,7	-7,1	62,8	-1,0	409,2	-0,9
	Ж	13,1	-8,5	20,9	-0,9	89,1	-1,1
Дорожно-транспортный травматизм	М	13,7	6,1	13,0	-1,3	28,5	-1,8
	Ж	3,3	25,8	4,1	-2,1	7,5	-1,4
Самоповреждения (самоубийства)	М	4,1	23,5	23,1	-1,1	68,1	-2,4
	Ж	0,2		8,5	-1,2	10,2	-3,4

Таблица 5. Отдельные показатели смертности в возрастной группе 60–74 года с разбивкой по полу в Азербайджане 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	Азербайджан (2002 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая динамика (%)
Все причины	Муж. и жен.	3016,1	-0,5	1570,9	-1,9	3411,7	-0,1
	М	3798,7	-1,3	2156,9	-2,1	4996,4	0,1
	Ж	2383,0	0,1	1069,2	-1,9	2339,0	-0,6
<i>Злокачественные новообразования (рак)</i>	М	608,7	1,1	851,3	-1,4	1002,5	-0,8
	Ж	294,8	2,7	439,8	-1,1	438,9	-0,7
Рак трахеи/бронхов/лёпких	М	127,2	1,2	261,8	-1,9	321,7	-1,5
	Ж	23,8	6,5	59,0	0,2	37,1	-1,4
Рак молочной железы	Ж	31,4	2,2	79,7	-1,6	68,7	1,3
	М	2424,1	-1,1	744,9	-3,6	2903,0	0,6
<i>Сердечно-сосудистые заболевания</i>	Ж	1585,6	-0,2	335,7	-3,9	1507,8	-0,3
	М	1711,0	-1,2	381,3	-4,2	1582,2	1,2
Ишемическая болезнь сердца	Ж	997,7	-0,3	133,5	-4,6	731,4	0,5
	М	454,0	-1,9	143,3	-3,7	833,7	0,2
Цереброваскулярные болезни	Ж	377,6	-0,8	86,7	-4,1	528,9	-0,8
	М	179,2	-6,7	144,0	-3,5	303,0	-2,4
<i>Болезни органов дыхания</i>	Ж	81,5	-6,2	62,5	-2,4	68,6	-3,6
	М	240,8	0,4	111,6	-1,6	193,0	0,1
<i>Болезни органов пищеварения</i>	Ж	182,4	3,1	54,1	-1,7	94,2	0,2
	М	53,9	-6,1	79,3	-1,4	320,0	1,0
<i>Внешние причины</i>	Ж	19,1	-5,9	32,1	-2,1	88,7	-0,5
	М	13,0	11,4	14,8	-3,0	24,3	-1,5
Дорожно-транспортный травматизм	Ж	4,1	8,6	5,9	-3,4	9,5	-1,0
	М	6,4	16,1	24,5	-1,6	60,5	-0,8
Самоповреждения (самоубийства)	Ж	1,6		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 Азербайджане 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	Азербайджан (2002 г.)		Евр-А (2002 г.)		Евр-В+С (2003 г.)	
		Показатель	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая динамика (%)	В среднем	Средне-годовая динамика (%)
Все причины	Муж. и жен.	9994,4	1,0	8059,6	-1,0	12338,8	0,0
	М	10670,1	-1,0	9832,0	-1,1	14838,0	0,1
	Ж	9619,1	1,9	7112,5	-0,9	11421,7	0,0
<i>Злокачественные новообразования (рак)</i>	М	708,2	0,6	2231,1	-0,4	1489,3	1,2
	Ж	398,8	4,9	1136,2	-0,4	721,7	0,8
Рак трахеи/бронхов/лёпких	М	112,7	7,7	457,1	-0,7	323,5	1,0
	Ж	33,9	19,8	102,7	1,5	55,6	0,5
Рак молочной железы	Ж	28,0	8,3	159,6	-0,4	92,0	3,1
	М	7949,6	-0,8	4356,2	-2,1	10221,2	0,4
<i>Сердечно-сосудистые заболевания</i>	Ж	7428,4	1,8	3577,9	-1,9	8805,6	0,4
	М	5635,4	-0,5	1708,0	-2,2	4925,6	1,4
Ишемическая болезнь сердца	Ж	5082,7	1,9	1150,0	-2,2	4028,6	1,2
	М	1436,6	-2,0	1119,8	-2,5	3004,4	0,7
Цереброваскулярные болезни	Ж	1426,9	0,2	1026,9	-2,4	2967,6	0,5
	М	509,3	-7,0	1156,5	-2,4	824,1	-2,1
<i>Болезни органов дыхания</i>	Ж	442,4	-3,5	591,9	-2,1	302,3	-3,2
	М	477,9	2,8	340,3	-1,1	270,4	0,3
<i>Болезни органов пищеварения</i>	Ж	465,1	4,3	279,8	-0,4	175,0	1,1
	М	56,9	-7,0	275,0	-0,6	604,2	0,1
<i>Внешние причины</i>	Ж	31,2	-5,2	187,8	-1,2	172,4	-1,2
	М	14,1	-2,3	28,1	-2,2	34,6	-3,1
Дорожно-транспортный травматизм	Ж	6,0	4,5	10,0	-3,1	14,7	-1,7
	М	3,4	-7,0	49,5	-1,6	86,6	-1,1
Самоповреждения (самоубийства)	Ж	1,1	4,1	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. Исключение представляют лишь те случаи, когда состояние здоровья небольшой группы настолько резко отличается от нормы, что это оказывает влияние на национальные показатели.

Референс-группы для сравнения

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Словарь терминов

Причины смерти

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 (срединного) уровня.

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