

ОБЗОР СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ



Данный документ представляет собой обзор состояния здоровья населения и здравоохранения в данной стране, в том числе в сравнении, где это возможно, с другими странами Европейского региона ВОЗ. Обзор подготовлен для рабочих целей совместно с национальными экспертами и не является официальной статистической публикацией. Он основан на информации, как предоставленной самой страной, так и полученной из других источников.

СОДЕРЖАНИЕ

РЕЗЮМЕ.....	3
СТРАНА И ЕЕ НАРОД.....	4
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ	7
ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	21
ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА	23
СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	25
БИБЛИОГРАФИЯ.....	28



ТЕХНИЧЕСКИЕ ПРИМЕЧАНИЯ

Обзоры состояния здоровья и здравоохранения включают данные по основным показателям здоровья населения и другим ассоциированным факторам в отдельных странах. Они представляют собой суммарную оценку положительных и негативных аспектов, основанную, по возможности, на международных сопоставлениях. Как правило, для этой цели используется один и тот же международный источник данных. Следует, однако, отметить, что даже в этом случае сопоставимость может быть ограниченной из-за различий в национальных определениях, системах регистрации и т.п. Если не указано иначе, основным источником данных является база данных «Здоровье для Всех» (ЗДВ) Европейского Регионального Бюро ВОЗ (выпуск - июнь 1999).

При необходимости в обзорах цитируются и одиночные данные из национальных источников.

В обзорах используются, в основном, два вида графического представления сравнений между странами:

- Линейная диаграмма, показывающая динамику определенного показателя в данной стране (более толстая линия) и странах сравнения (тонкие линии);
- Столбиковая ранжированная диаграмма, показывающая положение данной страны, относительно стран сравнения. Используются последние имеющиеся данные, т.е. последний год, по которому имеются данные, может различаться для отдельных стран. Следует отметить, что этот вид диаграммы чувствителен даже к небольшим изменениям значения показателя и, следовательно, необходимо проявлять определенную осторожность при ее интерпретации. Так, например, положение какой-нибудь страны относительно других стран может резко измениться в ту или другую сторону при появлении более поздних данных.

В Европейский регион ВОЗ входит 51 страна - член ВОЗ. Включение всех этих стран в сравнения не всегда целесообразно. Поэтому в вышеупомянутых диаграммах представляется ограниченное число (обычно географически соседних) стран, которые имеют ряд схожих проблем, обусловленных общими особенностями исторического развития. В данном случае для сравнения используются остальные 14 стран - бывших республик Советского Союза, среднее для всех 15 новых независимых государств (ННГ), образовавшихся после распада СССР, среднее для 5 Центрально-азиатских республик (ЦАР) и среднее для 15 западных стран Европейского Сообщества (ЕС).

Данные по смертности являются наиболее полными и сопоставимыми, поэтому они составляют основную часть международных сравнений. Однако даже в этом случае полнота регистрации случаев смерти, особенно в очень молодом и старом возрастах, и точность кодирования причин смерти часто вызывают некоторые сомнения.

Если не указано иначе, в диаграммах используются коэффициенты смертности, стандартизованные по Европейской стандартной структуре населения (см. любой выпуск Ежегодника мировой санитарной статистики). В большинстве случаев используется так называемая «преждевременная смертность» в возрастной группе 0-64 года.

Необходимо отметить, что для обеспечения сопоставимости, большинство показателей вычисляются в ЕРБ ВОЗ, используя единую методику и программное обеспечение. По этой причине значения некоторых показателей в базе данных ЗДВ могут несколько отличаться от национальных оценок, основанных на других методиках. В особенности это относится к таким показателям, как средняя продолжительность жизни и материнская смертность.

Поскольку в обзорах используется лишь сравнительно небольшая часть информации, содержащейся в базе данных ЗДВ, в случае потребности в дополнительных данных, читателям рекомендуется пользоваться самой базой данных, которая может быть скопирована из Web-страницы ЕРБ ВОЗ в сети Интернет ([www.who.dk, Country Information](http://www.who.dk/Country Information)).

Перечень других использованных источников информации и глоссарий приведены в конце обзора.

РЕЗЮМЕ

На протяжении 90-х годов уровень рождаемости в Узбекистане, как и в других ЦАР, имел тенденцию к снижению. Тем не менее, рождаемость в Узбекистане остается на одном из самых высоких уровней в Европейском регионе ВОЗ. Соответственно, естественный прирост населения и доля населения в возрасте до 14 лет также одни из самых высоких в Регионе.

Динамика средней продолжительности жизни (СПЖ) в Узбекистане характеризуется плавным ростом в конце 80-х, который сменился снижением в первой половине 90-х годов. Это снижение остановилось в 1994 г. и с 1995 г. наблюдался подъем этого показателя. Средняя продолжительность жизни в Узбекистане (68,7 года) в 1998 г. была выше, чем в среднем по ННГ и ЦАР.

Показатель младенческой смертности в Узбекистане постоянно снижается с 1992 года и является одним из самых низких среди ЦАР. Тем не менее, младенческая смертность в Узбекистане примерно вдвое выше, чем в среднем по Европейскому региону ВОЗ.

Согласно имеющимся данным, динамика показателя материнской смертности в Узбекистане сильно отличается от таковой в остальных ЦАР. В 80-е годы он был близок к среднему для ЦАР значению и варьировал в диапазоне от 40 до 60 на 100 000 живорожденных. Однако, с 1990 г. наблюдалось прогрессивное снижение показателя до 9,6 на 100 000 живорожденных в 1998 г., что лишь незначительно выше среднего для стран ЕС. По-видимому, часть случаев материнской смертности кодируется неверно. По клиническим данным показатель материнской смертности в 1991 г. был равен 65, а в 1997 г. – 28 на 100 000 живорожденных.

Уровни смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Узбекистане были близки к средним для ЦАР. С 1995 года отмечается некоторое снижение данного показателя.

Уровень смертности от злокачественных новообразований в Узбекистане постоянно снижался в последние 10 лет и, в настоящее время, он один из самых низких в Регионе.

Динамика показателя смертности от внешних причин травм и отравлений в Узбекистане мало напоминает картину, характерную для

большинства стран ННГ, т.е. – снижение в 1986 г. и последующий подъем после окончания антиалкогольной кампании в бывшем СССР. Ее уровень существенно ниже, чем в среднем для ЦАР. Смертность от дорожно-транспортных происшествий в Узбекистане тоже находится на сравнительно низком уровне.

Показатель смертности от инфекционных и паразитарных заболеваний в 90-е годы в Узбекистане лишь незначительно вырос, в противоположность другим ЦАР, а с 1995 г. наблюдается его снижение. По имеющимся данным, он является самым низким среди ЦАР, но все еще значительно выше, чем в других странах Региона.

Смертность от болезней органов пищеварения (в основном от цирроза и хронических заболеваний печени) имеет тенденцию к росту с конца 80-х годов и, как и в Кыргызстане и Туркменистане, является одной из самых высоких в Европейском регионе ВОЗ.

Как и в других ЦАР, в Узбекистане наблюдается постоянный рост показателя смертности от диабета примерно до 1995 г. В последующем он начал снижаться, но остается одним из самых высоких среди ЦАР.

Заболеваемость туберкулезом и сифилисом выросла за последние годы, но не так резко, как в среднем в ЦАР и ННГ. Как и в других ЦАР, заболеваемость гепатитом в Узбекистане одна из самых высоких в Европейском регионе.

Расходы Узбекистана на здравоохранение составляли в 1998 году 3,3% от ВВП. Это выше, чем в среднем для ЦАР, но ниже средневропейского уровня.

Уровень госпитализации населения и обеспеченность койками в Узбекистане в 90-х годах, как и во многих других ННГ, резко снизились.

Средняя продолжительность госпитализации постоянно снижалась в 90-е годы, в то время как в других ЦАР снижение этого показателя имеет место только в течение нескольких последних лет.

С начала 90-х годов обеспеченность врачами в Узбекистане медленно снижалась и, в настоящее время, близка к средним значениям для ЦАР.

СТРАНА И ЕЕ НАСЕЛЕНИЕ

Узбекистан находится в центре Центральной Азии между двумя главными реками Амударьей и Сырдарьей. На севере он граничит с Казахстаном, на востоке с Кыргызстаном и Таджикистаном, на юге с Афганистаном и на западе с Туркменией. Протяженность республики с запада на восток составляет 1425 км, с севера на юг 930 км. Плотность населения составляет примерно 54 человека на км².

Государственная власть в Узбекистане принадлежит президенту и парламенту, в состав которого входят 250 депутатов.

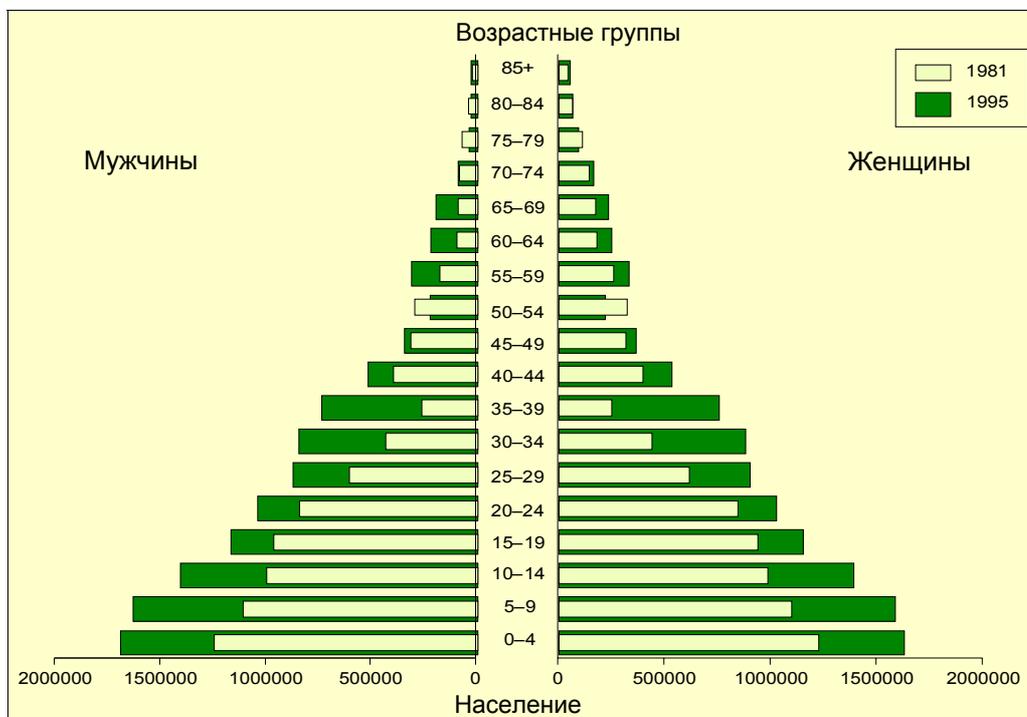
В состав Республики Узбекистан входят автономная Республика Каракалпакстан и 12 областей. В Узбекистане 121 городов, из которых 55 республиканского значения, 113 городских поселков и 163 сельских района. Столица Узбекистана – г. Ташкент с населением 2,3 млн. чел.

(Минмакроэкономстат Узбекистана, 1999)

Основные сведения об Узбекистане в сопоставлении со средними значениями по Европейскому региону ВОЗ		
	Узбекистан (1998)	Европа (1997)
Население в млн.	24,0	
Население в возрасте	39,4	20,1
• 0–14 лет, %		
• 15–64 лет, %	56,4	66,3
• 65 лет и старше, %	4,2	13,6
Площадь, тыс. км ²	447 400	
Плотность населения, чел./км ²	53,6	31
Городское население, %	37,9	72,7
Рождаемость на 1000 населения	23,1	11,11
Смертность на 1000 населения	5,9	10,94
Естественный прирост на 1000 населения	17,2	0,17
Валовой внутренний продукт (ВВП) на душу населения долл. США, ППС*	2670	12500

ППС – паритет покупательной способности

Демографическая пирамида

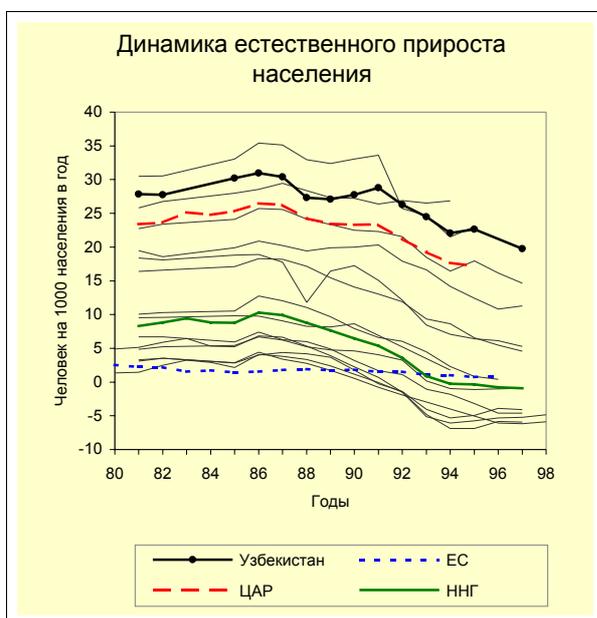


Демография

Среднегодовая численность населения Узбекистана в 1998 году составила 24 млн. человек. Это самая многочисленная и густонаселенная страна из ЦАР.

Узбекистан относится к странам с самым высоким естественным приростом населения в Регионе, который обусловлен высоким уровнем рождаемости в сочетании с относительно низкой общей смертностью. Прирост численности населения в 1998 году составил 1,4% (тогда как в предыдущие годы он составлял от 2 до 2,5%). Показатель рождаемости уменьшился с 34,5 на 1000 населения в 1991 года до 23,1 в 1998 году.

Снижение рождаемости на протяжении последнего десятилетия несколько изменило структуру населения. Эти изменения отразились в относительном уменьшении количества детей и, соответственно, в увеличении числа лиц пожилого возраста. В 1991 году в структуре населения дети в возрасте до 14 лет составляли 41,5%, в 1998 году 39,4%. Соответственно доля лиц старше 64 лет составляла 4% и 4,2%



Структура семьи

В 1997 году по сравнению 1989 годом средний размер семьи составил 5,6 человек и практически не изменился с конца 80-х годов. В городе этот показатель составляет 4,7 человека, в сельской местности 6,1.

Уровень брачности резко снизился на первом этапе реформ. Если в 1991 году было

зарегистрировано 12,9 брака на 1000 человек, то в 1995 году – только 7,5. В последующие годы число вступающих в семейно-брачные отношения несколько выросло и в 1997 году составило 7,7 брака на 1000 жителей республики. Показатели разводов в течение периода реформ изменялись аналогично числу заключенных браков. В 1997 году расторгнуто 21,5 тыс. браков, что на 1,3 тыс. больше, чем в предыдущем году, но в 1,6 раза меньше, чем в 1991 году.

Миграция и этнический профиль

Миграция населения из республики в 1995 – 1997 гг. была в два раза меньше, чем в 1991-1994 гг.: соответственно 186 и 363,2 тысячи человек.

В результате спада производства и существенного превышения предложения рабочей силы над ее спросом почти 70% иммигрантов составляли лица в трудоспособном возрасте. В последние годы наметилась устойчивая тенденция снижения внешней миграции. В 1997 г. наблюдался ее самый низкий уровень за последние 10 лет. (UNDP, 1999)

В Узбекистане проживают более 120 национальностей. Основную часть населения (77,2%) – составляют узбеки. Среди других национальностей, численность которых, составляет более 1% от общей численности: русские – 1,2 млн. человек (5,2%), таджики – 1,1 млн. человек (4,8%), казахи – 0,9 млн. человек (4,0%), татары – 0,3 млн. человек (1,4%). Наиболее многочисленные этнические группы – каракалпаки, корейцы, персы, турки.

Образование, язык, религия

Уровень грамотности в 1997 году составил 99,5% против 97,7% в 1993 году. Основная часть неграмотных приходится на представителей старших возрастных групп – 70 лет и старше. Несмотря на сложности переходного периода, стране удалось сохранить государственную систему подготовки кадров и тем самым обеспечить широкой доступ к образованию всех слоев населения.

Среди работающего населения лица с высшим и незаконченным высшим образованием составляют около 14%, со средним специальным образованием – около 20%, со средним общим – 48%.

Государственным языком Республики является узбекский. Обучение в средних школах ведется на шести языках: – узбекском, каракалпакском, русском, казахском, таджикском, киргизском.

Свобода вероисповедания была восстановлена в 1991 году. Узбеки являются мусульманами, преимущественно суннитского толка. Существуют также небольшие группы, исповедующие православие и иудаизм.

Экономика

В Республике за счет реализации программы приватизации сложилось многоукладная экономика, где негосударственный сектор играет все более весомую роль. На долю этого сектора приходится около 70% ВВП страны, 64% от объема промышленной продукции, 99% валовой продукции сельского хозяйства, более 70% от объема строительных работ. Узбекистан обладает богатыми сырьевыми ресурсами. На долю Узбекистана приходится почти 74 % запасов газового конденсата всего центрально-азиатского региона, 31% нефти и 55% угля. По добыче природного газа республика занимает третье место среди республик бывшего Союза и входит в десятку крупнейших газодобывающих стран мира. Структурные преобразования в промышленности за годы

независимости, прежде всего, были направлены на обеспечения энергетической и продовольственной независимости страны. Обеспечено опережающее развитие топливно-энергетического и металлургического комплексов, цветной металлургии, автомобильной промышленности.

Продолжается процесс углубления реформ в сельском хозяйстве. Проводится работа по преобразованию сельскохозяйственных предприятий и создания класса собственников на селе. Увеличилось производство пшеницы, мяса, молока, яиц. Растет объем розничного товарооборота. Растет численность населения, занятого в экономике.

По официальным данным, средний уровень безработицы в 1997 г. составил 0,4%, что существенно ниже, чем в среднем по ЦАР и Европе в целом. Однако с учетом скрытой безработицы этот уровень близок к 5% (*WHO Liaison Office in Uzbekistan, 1999*). Прирост ВВП в 1997 году в Узбекистане достиг 5,2% и впервые опережал в динамике рост численности населения. По имеющимся данным, доход на душу населения в Узбекистане примерно равен среднему по ЦАР. Уровень инфляции остается высоким по сравнению с развитыми западноевропейскими странами.



СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ

Следует отметить, что для Узбекистана не столь выражена характерная для большинства ННГ динамика средней продолжительности жизни и смертности. Плавный рост СПЖ в конце 80-х сменился ее плавным снижением в первой половине 90-х годов. Снижение этого показателя остановилось в 1994 г., а в 1995 г. наметился его подъем.

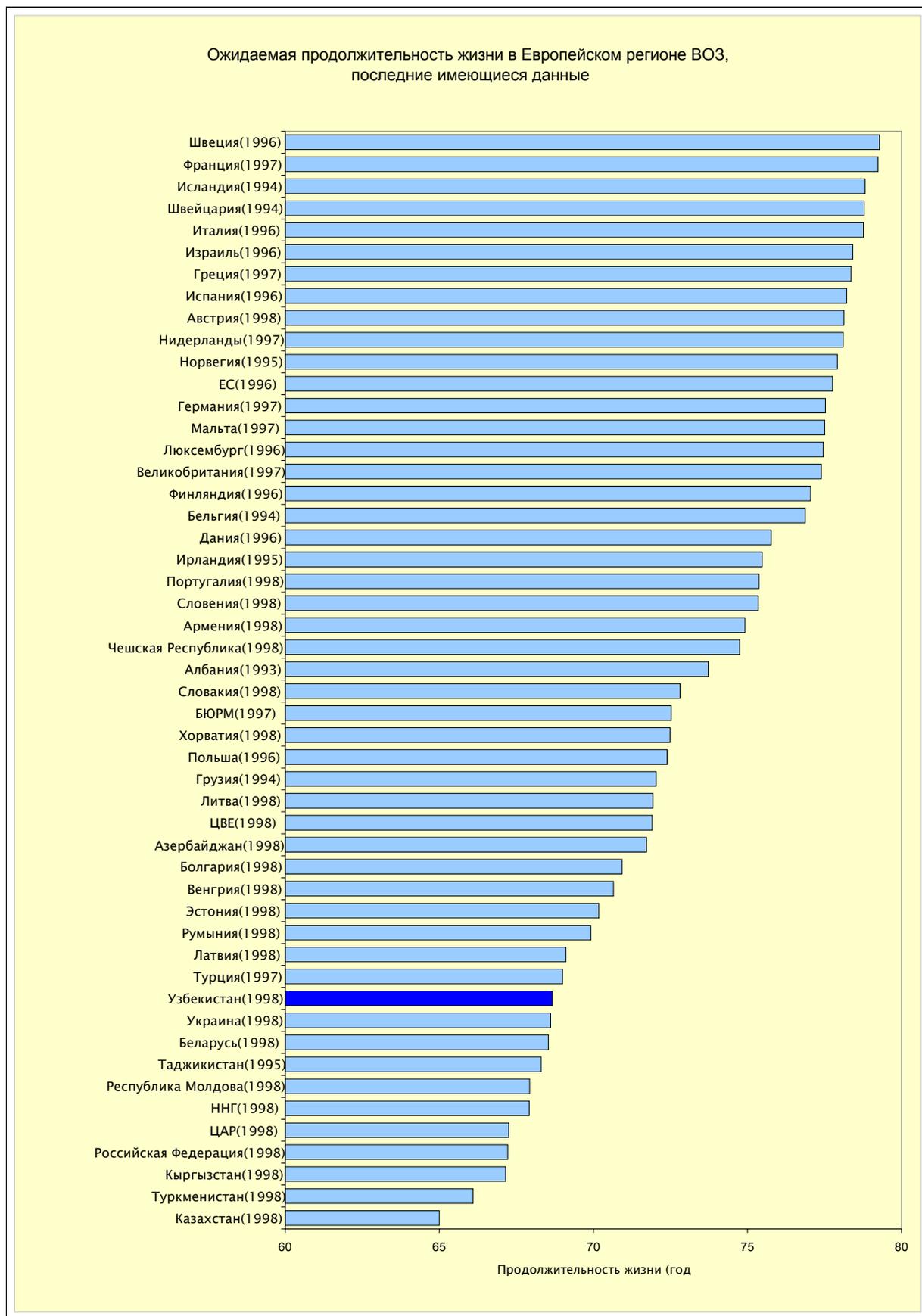
Однако в Республике сохраняется высокий уровень смертности от болезней сердечно-сосудистой системы, инфекционных и паразитарных заболеваний, болезней органов дыхания. Как и в большинстве других ННГ растет число заболеваний туберкулезом и венерическими болезнями.

Средняя продолжительность предстоящей жизни

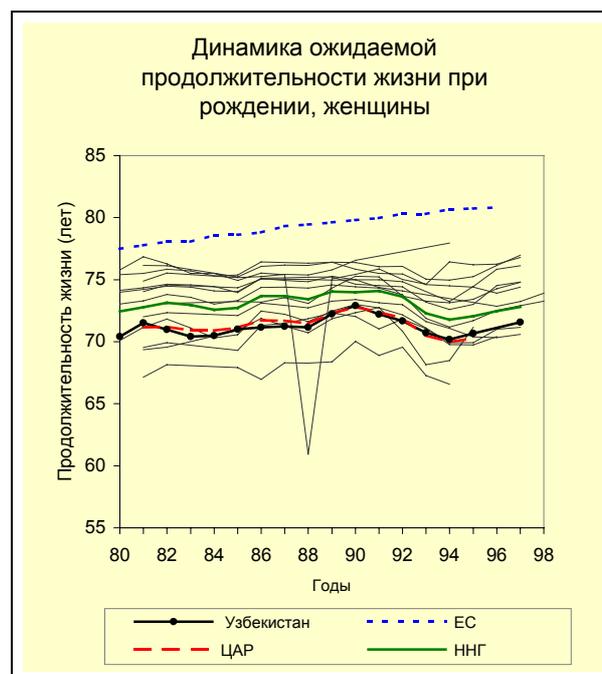
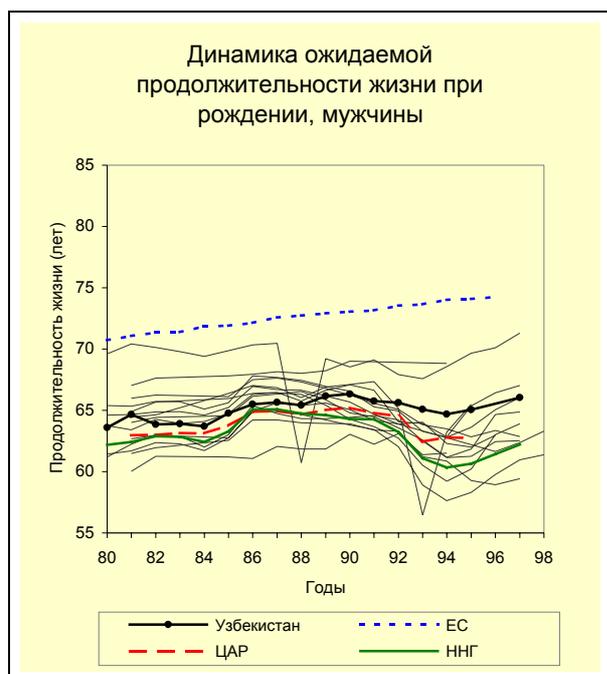
В Узбекистане снижение СПЖ в 1990-1994 годах было не столь значительным, как в большинстве других ННГ. С 1995 г. наметился рост данного показателя. По последним имеющимся данным, средняя продолжительность жизни в Узбекистане (68,7 в 1998 г.) выше, чем в среднем по ННГ и ЦАР. Однако она существенно уступает продолжительности жизни в странах ЕС.

Следует отметить, что если СПЖ женщин близка к средней по ЦАР, то СПЖ мужчин Узбекистана значительно выше средних для ЦАР и ННГ.

Основные показатели здоровья населения в Узбекистане в сопоставлении со средними значениями по Европейскому региону ВОЗ		
	Узбекистан (1998)	Европа (1997)
Ожидаемая продолжительность жизни	68,7	73,3
• Мужчины	66,1	69,2
• Женщины	71,2	77,4
Младенческая смертность, на 1000 живорожденных	22,3	12,0
Материнская смертность на 100 000 живорожденных	8,7	19,4
СКС, все причины смерти на 100 000 населения	1236,2	980,1
СКС, болезни сердечно-сосудистой системы на 100 000 населения	782,5	482,7
СКС, злокачественные новообразования на 100 000 населения	86,7	184,6
СКС, травмы и отравления на 100 000 населения	53,5	86,4
СКС, болезни органов дыхания на 100 000 населения	110,7	63,5
СКС, болезни системы пищеварения на 100 000 населения	64,4	39,1
СКС, инфекционные и паразитарные болезни на 100 000 населения	28,6	13,8
Заболеваемость туберкулезом на 100 000 населения	58,3	39,8 ^a
Заболеваемость сифилисом на 100 000 населения	44,9	74,0 ^a
Заболеваемость малярией на 100 000 населения	0,02	1,94 ^a
^a - 1998		



БЮРМ – Бывшая Югославская Республика Македония



Основные причины смерти и заболеваний

Как и в большинстве других стран, сердечно-сосудистые заболевания являются наиболее частой причиной смерти населения как в возрастной группе до 65 лет, так и в старших возрастных группах. Удельный вес смертности в возрасте до 65 лет от сердечно-сосудистых заболеваний, болезней органов дыхания, органов пищеварения и инфекционных и

паразитарных заболеваний в Узбекистане выше, а от онкологических заболеваний, наоборот ниже, чем в среднем по Европейскому региону. Если сравнивать со средними значениями только по западноевропейским странам, то эти различия еще более выражены.

Структура смертности (в %) в разбивке по основным причинам и возрасту в Узбекистане (1998) в сопоставлении со средними значениями по Европейскому региону (1997)				
Причина смерти	Возраст 0-64 года		Возраст 65 лет и выше	
	Узбекистан	Европа	Узбекистан	Европа
Сердечно-сосудистые болезни	39,1	30,7	77,8	59,9
Злокачественные новообразования	10,6	22,8	4,8	16,5
Несчастные случаи, отравления и травмы	10,0	19,5	0,9	2,6
Болезни органов дыхания	13,6	5,6	6,2	7,0
Инфекционные и паразитарные болезни	5,2	3,0	0,6	0,5
Заболевания органов пищеварения	8,5	5,7	3,2	3,0
Неточно обозначенные состояния	1,6	2,7	3,9	4,3
Другие заболевания	11,4	10,0	2,5	6,1

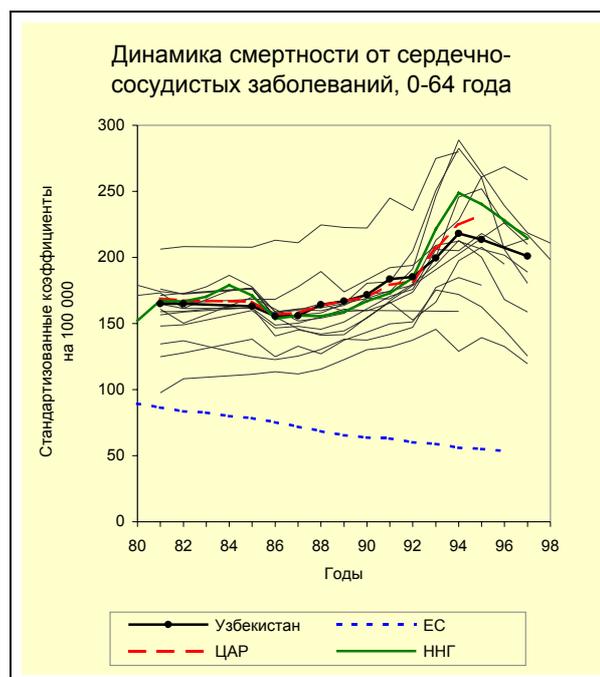
Как и в ряде других ЦАР, преобладающими причинами госпитализации являются заболевания органов дыхания, органов пищеварения и инфекционные и паразитарные болезни. Примечательно, что уровень госпитализации с диагнозом заболеваний органов пищеварения в Узбекистане выше, чем с диагнозом болезней системы кровообращения.

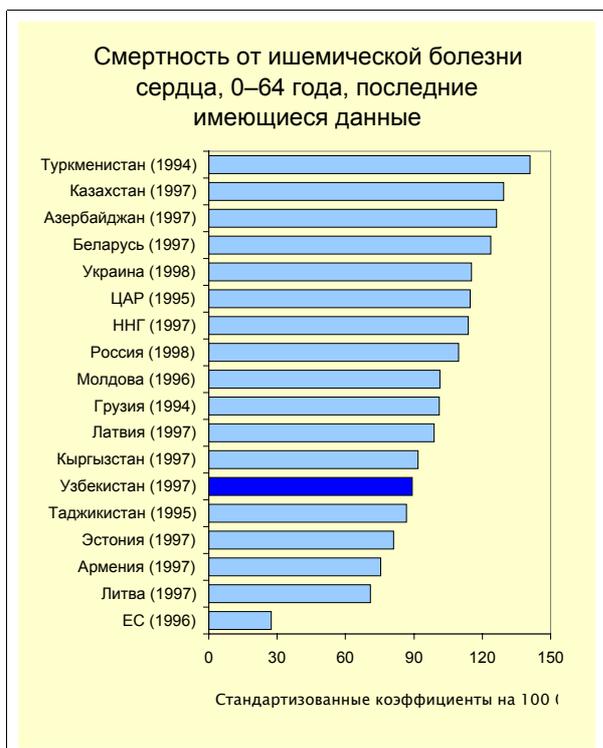
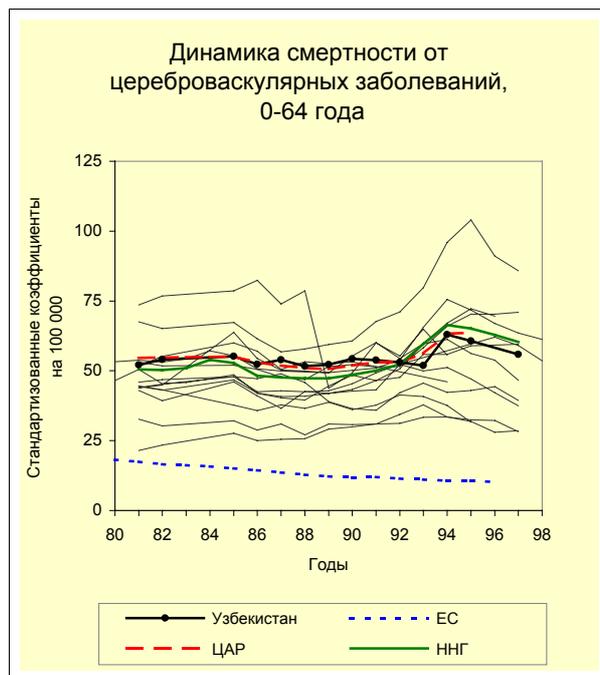
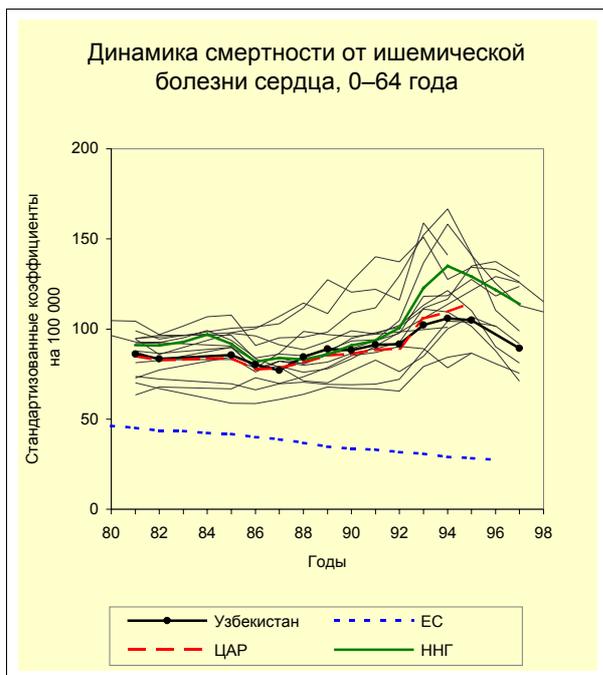
Число госпитализированных больных по классам заболеваний (% от всех госпитализированных)		
Класс заболеваний	Узбекистан	Европа
Инфекционные и паразитарные болезни	8.4	3.5
Злокачественные новообразования	1.3	6.3
Сердечно-сосудистые болезни	6.3	11.7
Заболевания органов дыхания	15.7	10.1
Заболевания органов пищеварения	9.0	9.7
Отравления и травмы	4.1	8.3
Другие причины госпитализации	55.1	50.4

Болезни сердечно-сосудистой системы

Динамика преждевременной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, как и общей смертности, отличается менее выраженным подъемом в середине 90-х годов, чем в среднем по ЦАР. Тем не менее, этот подъем был весьма существенным и, по имеющимся данным, показатель смертности от данных болезней в Узбекистане остается близким к самым высоким значениям в Европейском регионе ВОЗ.

Рост смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Узбекистане до 1994 г. происходил, в основном, за счет ишемической болезни сердца и прочих болезней системы кровообращения. В то же время, смертность от цереброваскулярных заболеваний оставалась практически стабильной, но резко возросла в 1994 г. с последующим медленным снижением. В определенной степени это может быть следствием изменений в практике кодирования причин смерти.

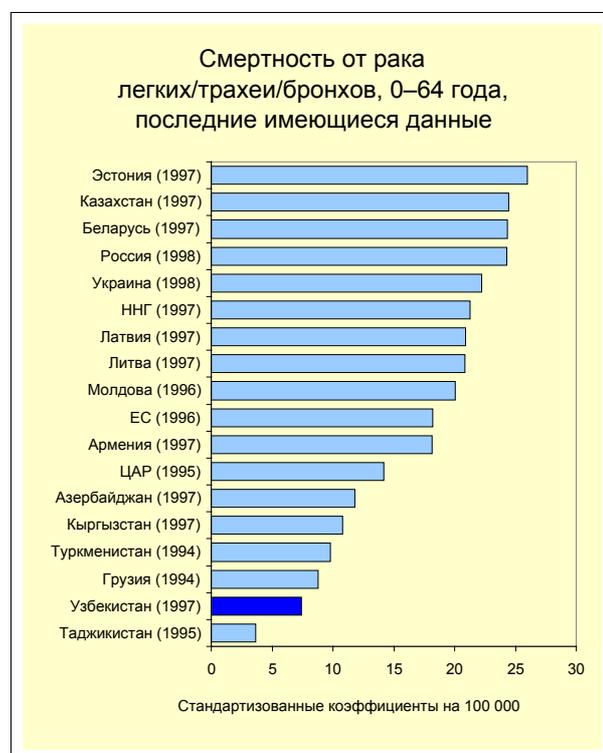
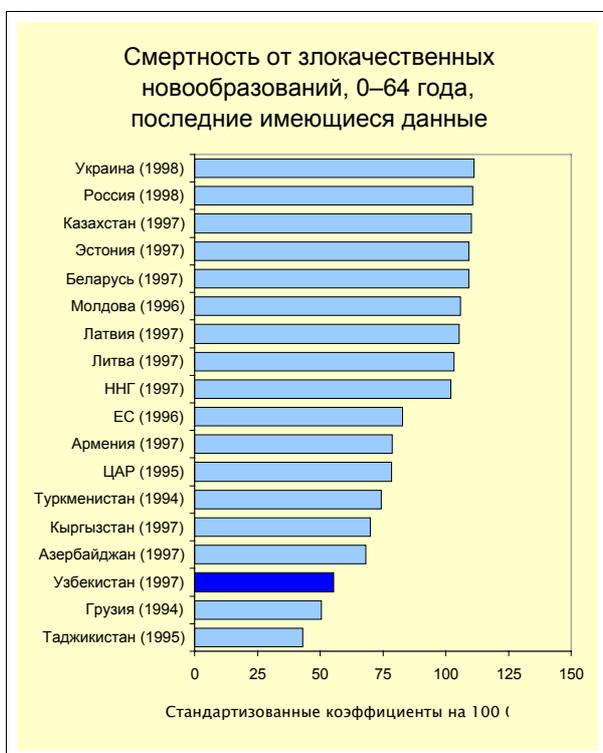
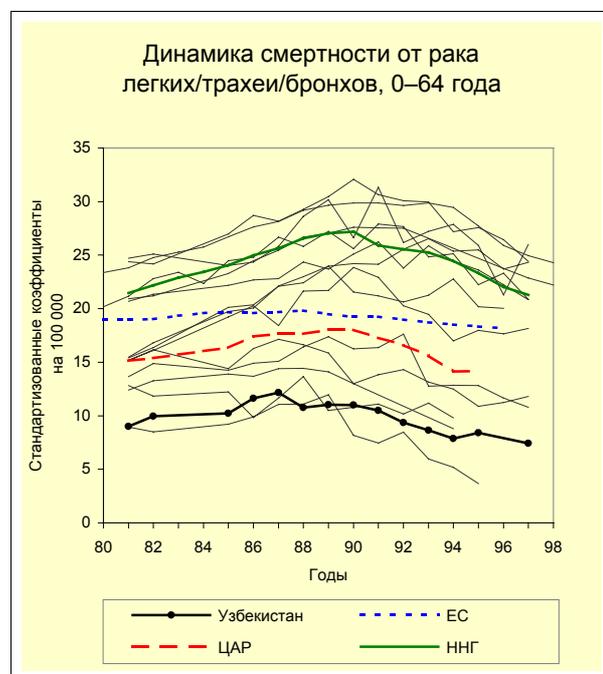
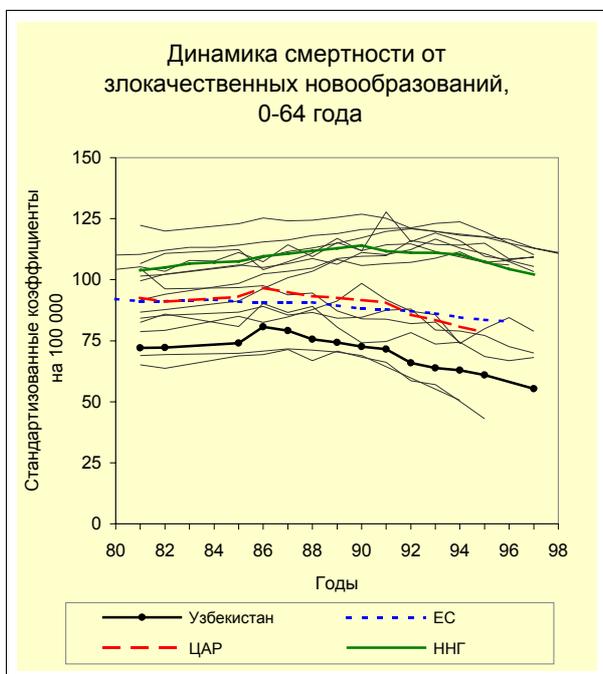




Злокачественные новообразования

Смертность от злокачественных новообразований в Узбекистане одна из самых низких в Регионе и устойчиво снижается с 1986 года.

Смертность от рака легких/трахеи/bronхов в Узбекистане так же существенно ниже средних значений для ННГ и ЕС, и остается одной из самых низких в Европейском регионе ВОЗ.

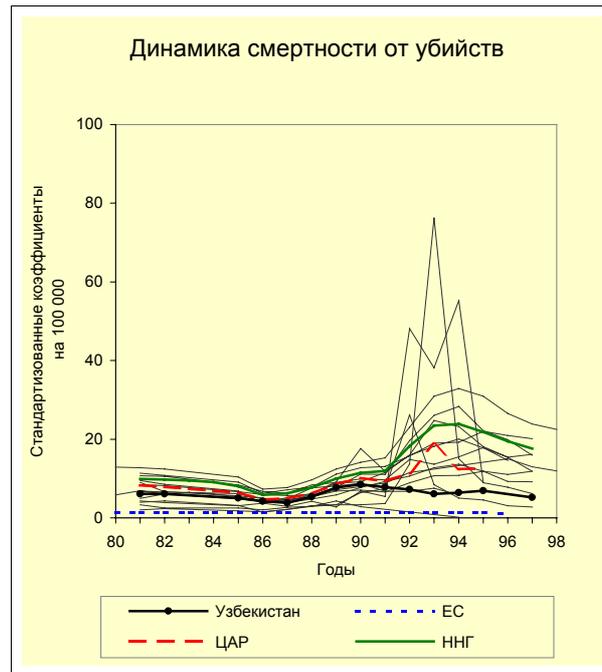
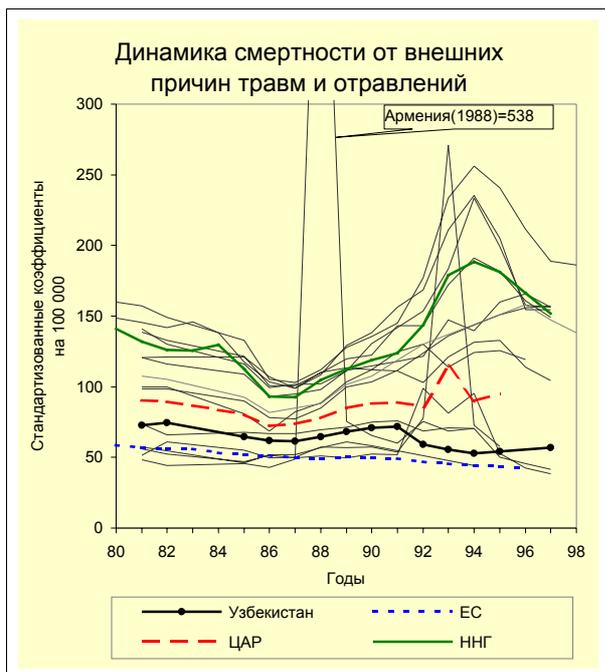


Внешние причины травм и отравлений

В связи с национальными и религиозными особенностями, смертность от внешних причин травм и отравлений в Узбекистане не столь подвержена влиянию уровня употребления алкоголя, как в большинстве стран ННГ. Соответственно, она не испытала столь значительного подъема после окончания антиалкогольной кампании в бывшем СССР.

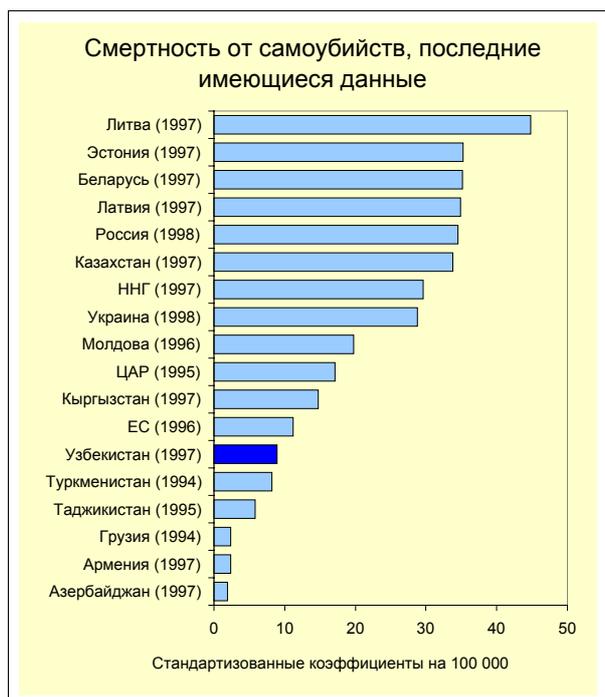
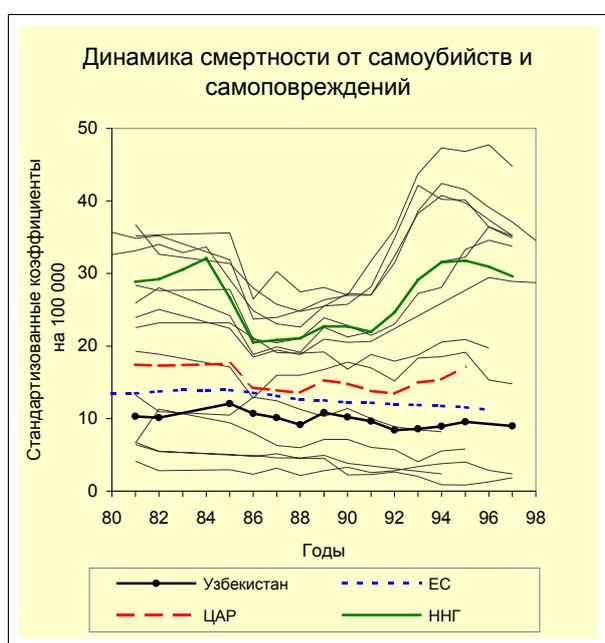
Смертность от убийств в Узбекистане ниже средних значений по ЦАР и ННГ, но все-таки существенно выше, чем в странах Западной и Центральной Европы.

Смертность от дорожно-транспортных происшествий в Узбекистане тоже находится на сравнительно низком уровне.



Психическое здоровье

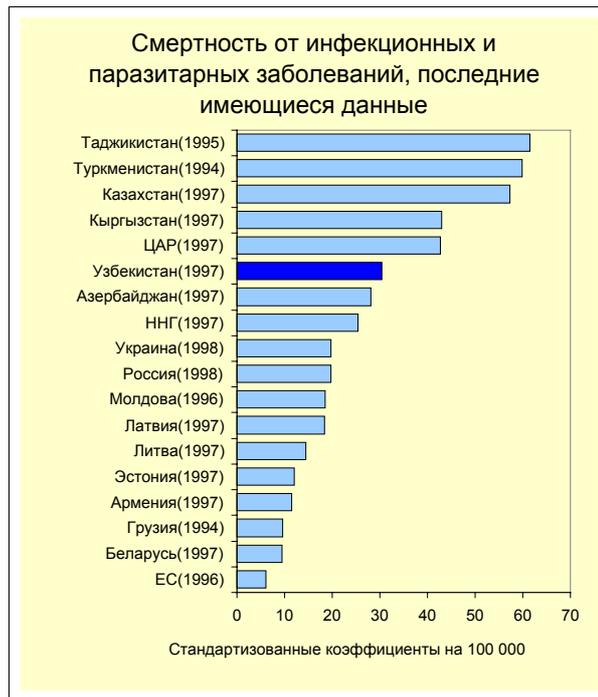
Смертность от самоубийств в Узбекистане в течение ряда лет продолжает оставаться на сравнительно низком уровне, несколько ниже среднего по ЕС и значительно ниже в сравнении с большинством ННГ. В динамике самоубийств также не наблюдается резких изменений, характерных для большинства ННГ. Заболеваемость психическими расстройствами практически стабильна в течение ряда последних лет на уровне 130-140 на 100 000 населения. Заболеваемость наркологическими расстройствами и алкогольными психозами в Узбекистане существенно ниже, чем в большинстве ННГ.



Инфекционные болезни

С начала 90-х годов в Узбекистане наблюдается стабилизация смертности от инфекционных заболеваний, которой предшествовало значительное ее снижение во второй половине 80-х годов. В отличие от других ЦАР в Узбекистане практически не наблюдалось роста этого показателя. В результате, по последним данным, показатель смертности от инфекционных заболеваний в Узбекистане ниже, чем в остальных ЦАР, хотя и выше всех других стран Региона.

Заболеваемость туберкулезом в Узбекистане, как и в других ННГ, резко выросла с 1994 г. Участились случаи «семейного туберкулеза».

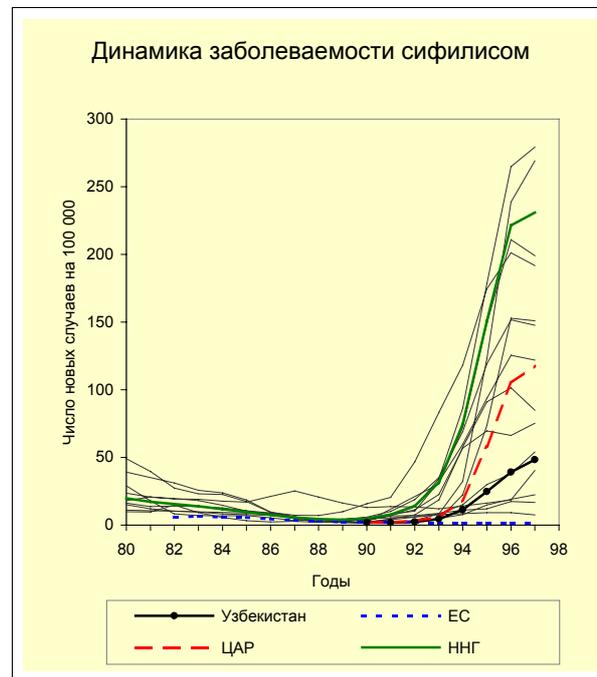
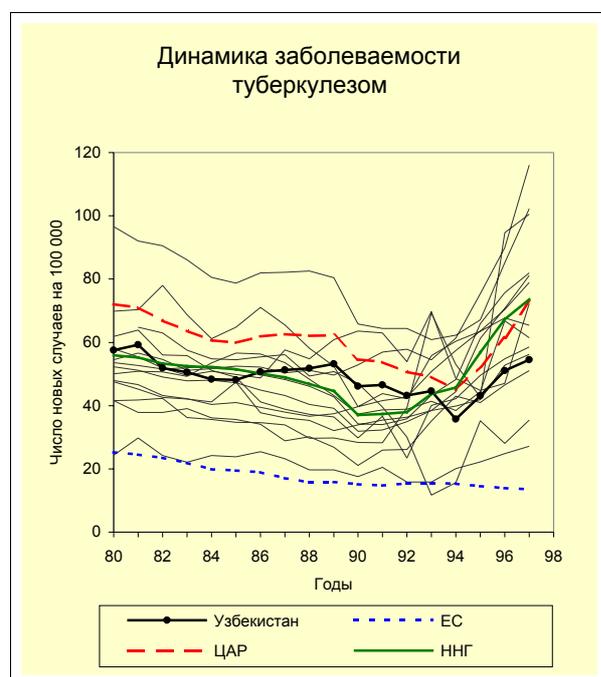


В структуре заболеваемости туберкулезом доминирует активный туберкулез органов дыхания – особенно среди жителей Каракалпакстана, входящего в Аральскую зону экологического бедствия (*Минздрав Республики Узбекистан, 1999*).

По данным Минздрава Узбекистана в 1997 году инфекционные заболевания перенесли 1,8 млн. человек, в том числе 1.2 млн. детей, особенно дети в возрасте до 5 лет. От числа всех инфекций 70% составили кишечные заболевания. Чаще всего это был вирусный гепатит, острые кишечные инфекции, дизентерия и сальмонеллез. Заболеваемость вирусным гепатитом в Узбекистане в течение ряда лет была самой высокой в Европейском регионе.

До последнего времени СПИД не являлся проблемой для Узбекистана. В 1998 году в республике были зарегистрировано 15 носителей ВИЧ инфекции и 5 случаев заболевания СПИДом.

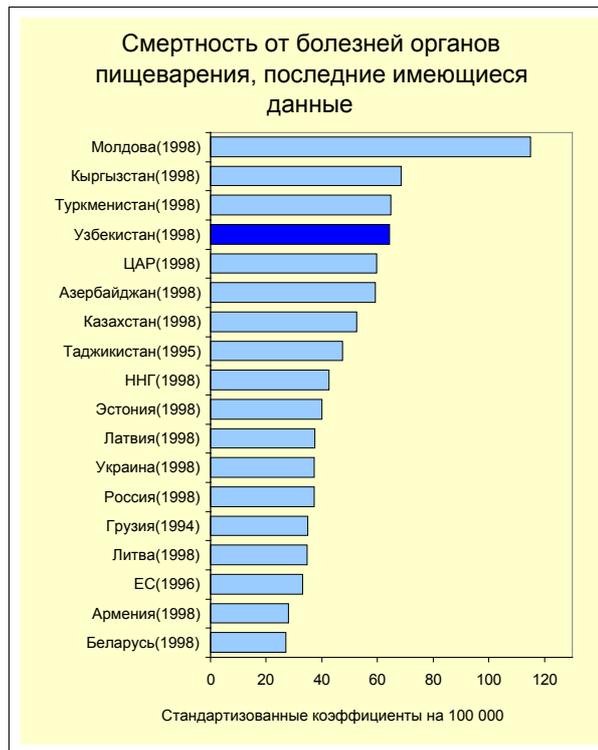
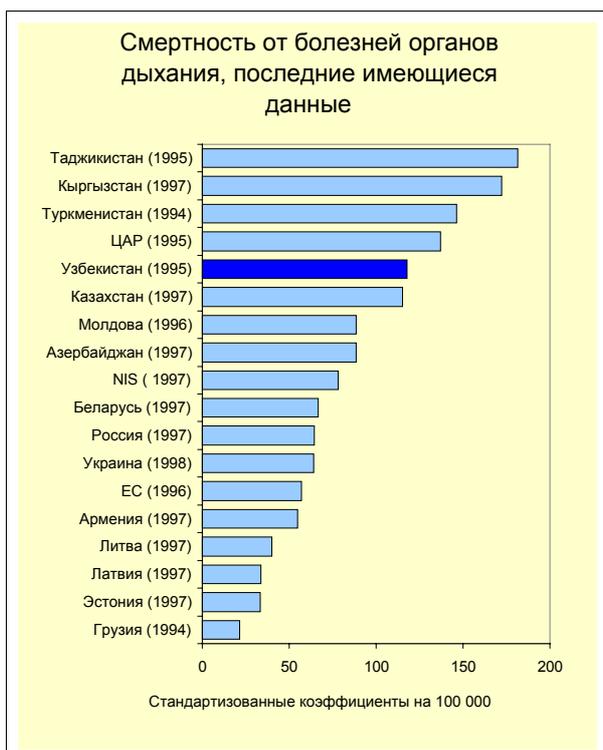
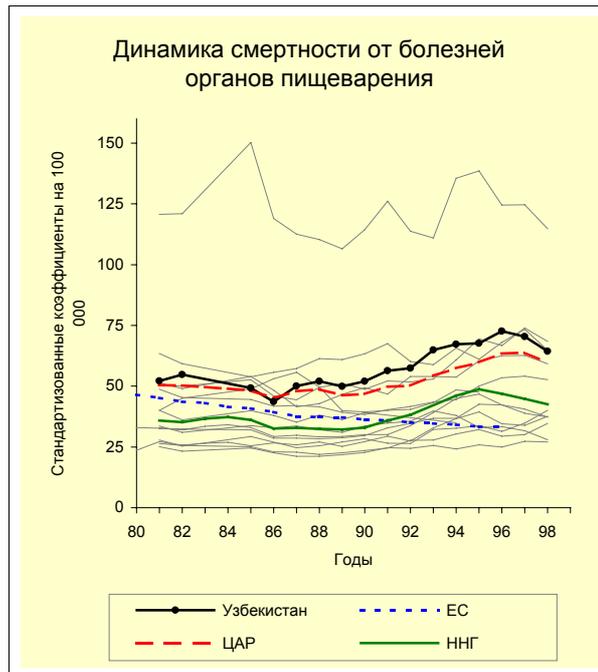
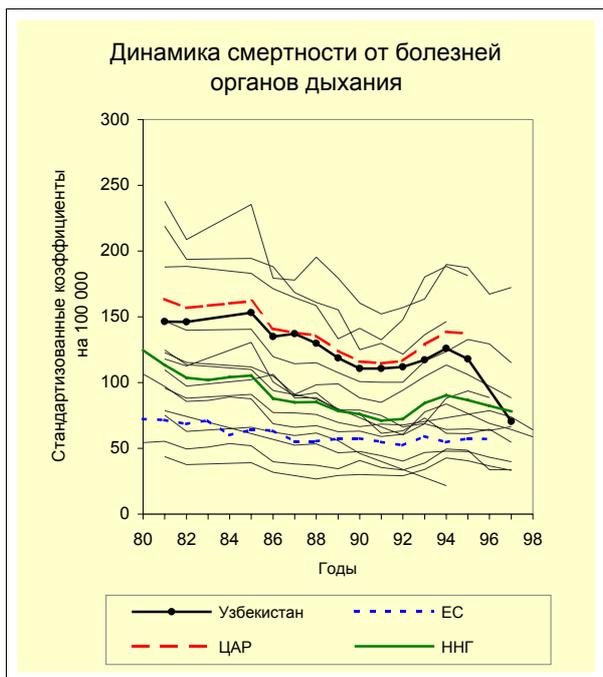
Отмечается рост заболеваемости сифилисом, аналогичный наблюдаемому в других странах - бывших республиках СССР. Но масштабы этого роста в среднем ниже, чем в соседних центрально-азиатских республиках за исключением Таджикистана.



Другие заболевания

Смертность от болезней органов дыхания в Узбекистане продолжает оставаться на уровне самых высоких показателей в регионе, хотя и несколько ниже, чем в остальных ЦАР. Специфической проблемой для Узбекистана является высокая заболеваемость бронхиальной астмой в Каракалпакстане, который находится в зоне экологической катастрофы Аральского моря (Информационный Центр ВОЗ для ЦАР, 1998).

Смертность от болезней органов пищеварения постоянно росла с середины 80-х. Она несколько снизилась в 1997-1998 гг., но остается одной из самых высоких в Европейском регионе ВОЗ. Существенную долю этого прироста можно отнести за счет хронических заболеваний печени и циррозов.



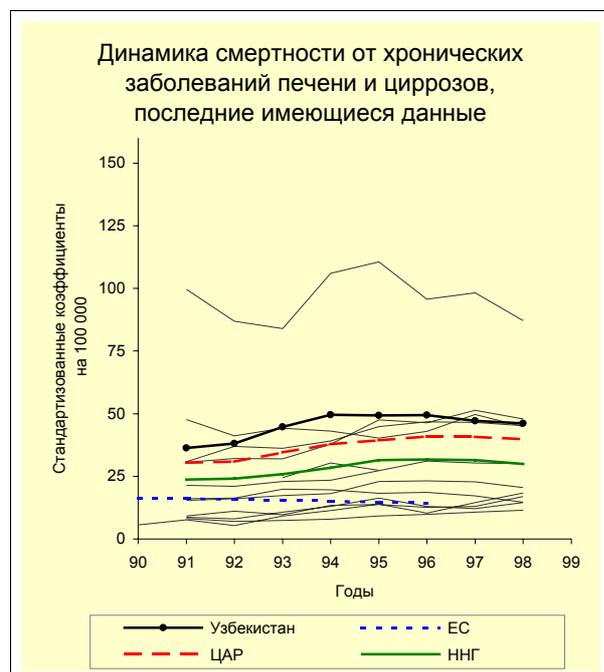
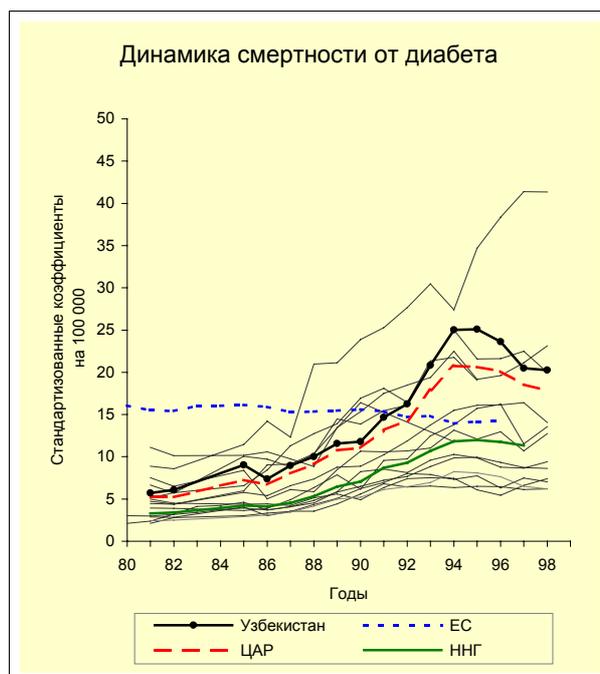
Как и в большинстве других ННГ и ЦАР, смертность от диабета в Узбекистане постоянно росла до середины 90-х годов, но, в течение последних нескольких лет она начала снижаться. Несмотря на это, она остается выше, чем в большинстве ННГ и ЦАР. Очень высокая заболеваемость диабетом зарегистрирована в Каракалпакстане. (Информационный Центр ВОЗ для ЦАР, 1998).

Инвалидность населения

Число лиц, впервые признанных инвалидами в Узбекистане в 1997 г., составляло 343 на 10 000 населения, что, примерно, соответствует среднему значению для ЦАР.

В республике насчитываются около 400 тыс. инвалидов. Сохраняется высокий уровень инвалидизации населения среди лиц трудоспособного возраста.

Основными причинами выхода на инвалидность являются болезни системы кровообращения и заболевания нервной системы и органов чувств.



Здоровье детей и подростков

Уровень младенческой смертности в Узбекистане постоянно снижается с 1992 года и является одним из самых низких среди ЦАР. Однако в европейском контексте младенческая смертность в Узбекистане продолжает оставаться высокой и превосходит среднеевропейский уровень примерно в 2 раза. По данным Минздрава Узбекистана, среди причин младенческой смерти основное место в 1998 г. занимали болезни органов дыхания - 50% от всех смертей.

От отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, умирало 25% детей. Инфекционные и паразитарные болезни были причиной 9% смертей. Врожденные аномалии послужили причиной 4,5% смертей. Заболеваемость врожденными аномалиями показывает тенденцию к росту с 1995 года. Охват детей в возрасте до одного года прививками от туберкулеза, дифтерии, столбняка и коклюша в Узбекистане превышает 95% (корь – 89,3%).

Здоровье женщин

Общая смертность женщин близка к среднему по ЦАР и, наряду с другими ЦАР, находится среди наиболее высоких значений в Европейском регионе.

Почти 40% смертей в возрасте 0-64 лет вызваны болезнями системы кровообращения, что выше среднеевропейских значений.

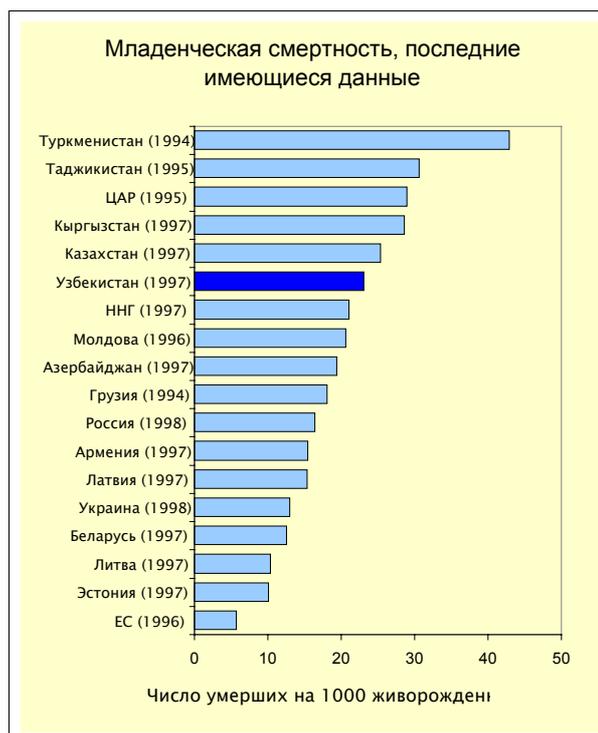
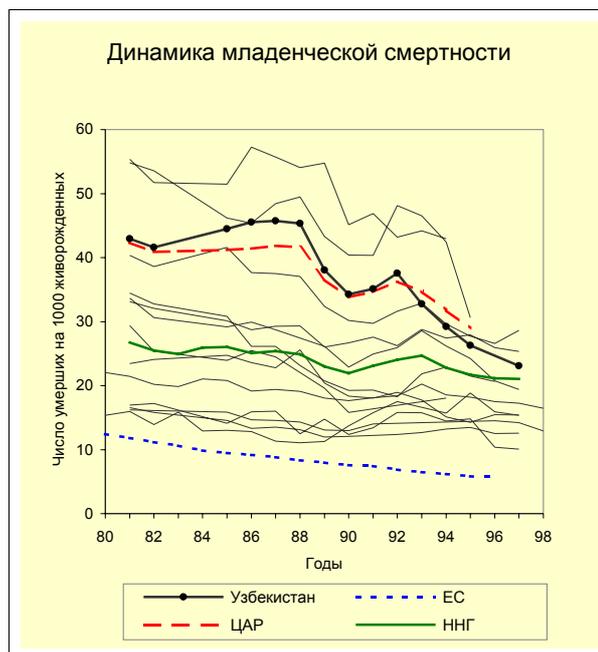
Онкологические заболевания являются причиной всего 12% преждевременных смертей женщин в Узбекистане, а в среднем по Европе - 28%.

По сравнению с другими ЦАР, смертность среди женщин в Узбекистане выше от заболеваний органов пищеварения, но ниже от рака и внешних причин травм и отравлений.

По имеющимся данным, динамика показателя материнской смертности в Узбекистане сильно отличается от таковой в остальных ЦАР. В 80-е годы он был близок к среднему значению для ЦАР. Однако в 90-е годы наблюдалось прогрессивное снижение этого показателя до 9,6 на 100 000 живорожденных в 1998 г., что лишь незначительно выше среднего для стран ЕС. По-видимому, имеет место ошибочное кодирование части случаев материнской смертности.

По данным Минздрава Узбекистана, в 1991 году этот показатель был равен 65,3, а в 1998 году – 28,6 на 100000 живорожденных.

Тем не менее, в 1998 году (по клиническим данным) показатель материнской смертности составил 76,3 на 100000 живорожденных 1998 в Навоийской области и 60,1 в Республике Каракалпакстан. С другой стороны этот показатель в Андижанской области составил 17,7, а в Хорезмской области – 16,1 на 100000 живорожденных (Минздрав Республики Узбекистан, 1999).



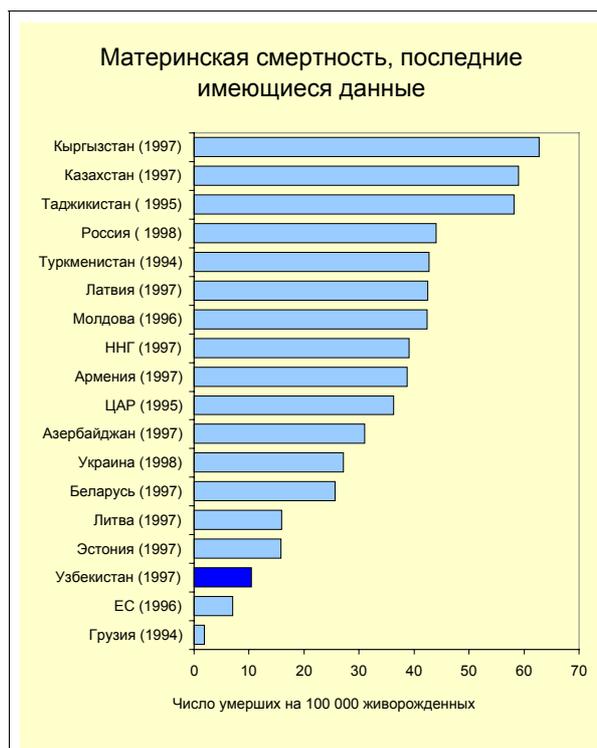
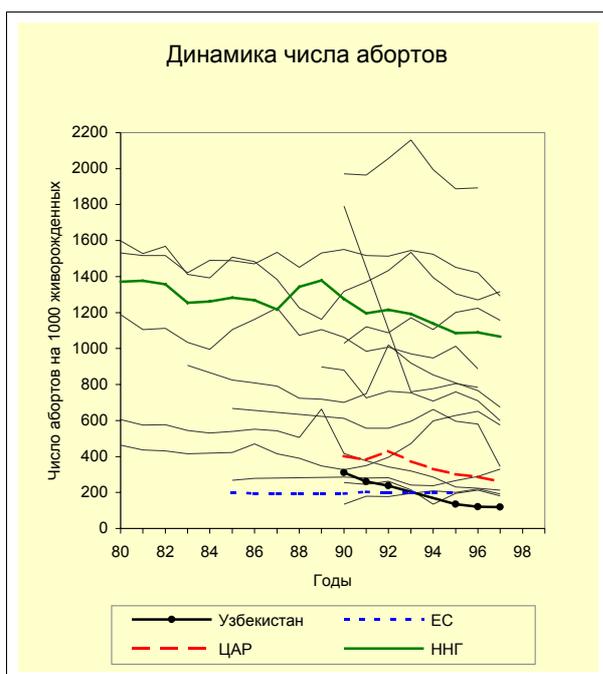
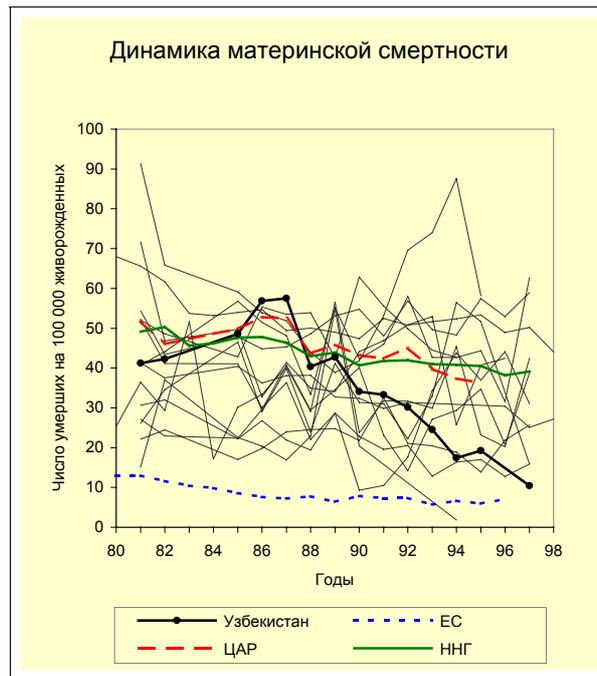
По данным Минздрава Узбекистана, основными причинами материнской смертности в Ташкенте, являются: кровотечения (27,1%), гипертензивные расстройства во время беременности (17,4%), сепсис (16%), осложнения родов (4%), акушерская эмболия (2,8%), косвенные акушерские причины (15%), прочие непосредственные акушерские причины (13,2%). За последние годы не зарегистрированы случаи материнской смертности от абортов.

Начиная с 1990 года, число абортов в Республике ежегодно снижается. К 1997 году уровень абортов снизился почти в 3 раза (с 309 до 118 на 1000 живорожденных). По последним данным, этот показатель ниже, чем в остальных ЦАР и близок к самым низким значениям в Европейском регионе. Снижение показателя может быть результатом проводимой в Республике политики планирования семьи, широкой пропаганды по предупреждению нежелательной беременности и расширением выбора контрацептивных средств.

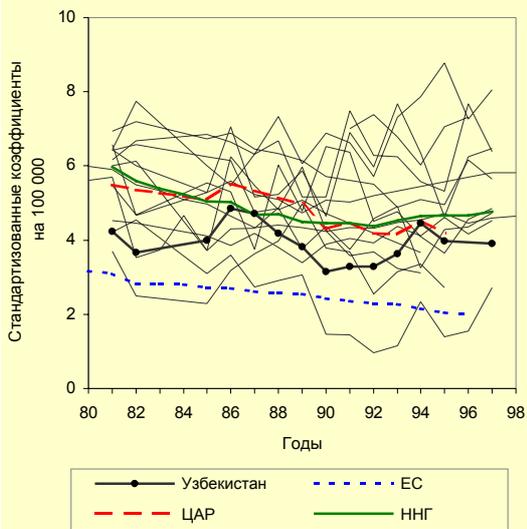
Большинство женщин (95%) получают медицинскую помощь, начиная с раннего периода беременности. Значительной проблемой для Узбекистана является анемия, от которой страдают около 60% беременных женщин. (*Uzbekistan. Demographic and Health Survey, 1997*)

В последние годы возросло число кесаревых сечений, но относительно средних значений по Европейскому региону их уровень все еще существенно ниже.

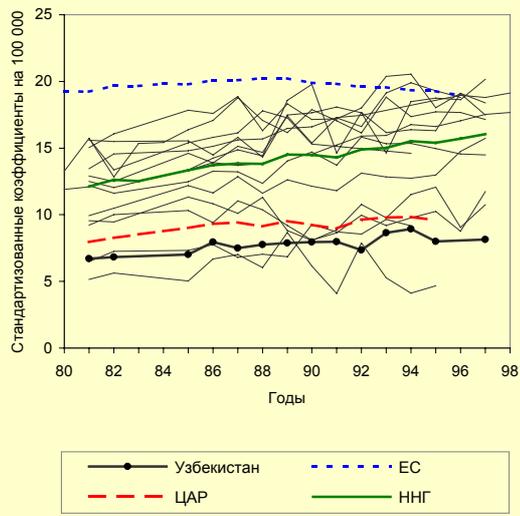
Смертность от рака женской молочной железы в Узбекистане находится на одном из самых низких значений в Регионе. Смертность от рака шейки матки незначительно повысилась с начала 90-х годов и, по последним данным, близка к средним показателям для ЦАР и Европейского региона.



Динамика смертности от рака шейки матки, 0-64 года



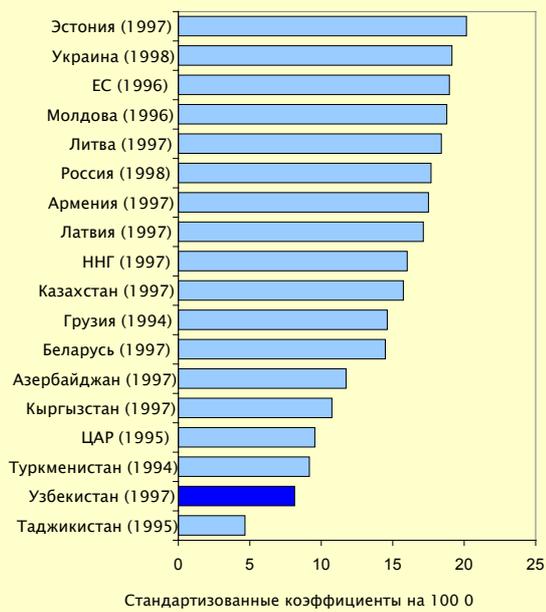
Динамика смертности женщин от рака молочной железы, 0-64 года



Смертность от рака шейки матки, 0-64 года, последние имеющиеся данные



Смертность женщин от рака молочной железы, 0-64 года, последние имеющиеся данные



ОБРАЗ ЖИЗНИ

Потребление табака

Оценки распространенности курения в Узбекистане несколько различаются в зависимости от источника данных. Так, по одним данным среди мужчин курят около 50%, а среди женщин – более 10% (*WHO Regional Office for Europe, 1997*).

По данным НИИ кардиологии Минздрава Республики Узбекистан более половины (50-55%) обследованных мужчин и приблизительно 1,5% женщин употребляют табак (выборочные обследования). Выявлено, что частота курения наибольшая (70%) в молодых возрастных группах – 20-29 лет и 30-39 лет.

Среднее число употребляемых сигарет на душу населения в Узбекистане близко к самым низким значениям в Европейском регионе и, по последним данным, несколько ниже, чем в других ЦАР. Следует отметить, что потребление табачных изделий в г. Ташкенте выше среднего республиканского показателя в 2 раза. Население широко потребляет заменитель сигарет – «нас» (жевательный табак).

Смертность от рака легких (как косвенный показатель уровня курения) также находится среди низких значений в Европейском регионе.

Потребление алкоголя

За период с 1990 по 1996 гг. потребление алкогольных напитков на душу населения в республике снизилось с 2,2 литров до 0,8 литра.

Заболеваемость хроническим алкоголизмом и алкогольными психозами находится на стабильном низком уровне (20-25 на 100 000 населения) в течение последних лет.

В тоже время уровень смертности от хронических заболеваний печени и циррозов в Узбекистане один из самых высоких в Европейском регионе ВОЗ, что может быть связано с высоким показателем заболеваемости вирусным гепатитом.

Незаконное потребление наркотиков

По имеющимся данным, заболеваемость наркоманией и токсикоманией в Узбекистане, является самой низкой среди ЦАР.

Однако отмечается рост числа больных. Так, если в 1993 году на учете состояли 4033 больных наркоманией, то в 1997 году – 5281 больных, а заболеваемость с 18 на 100 000 населения возросла до 22 (*Информационный Центр ВОЗ для ЦАР, 1998*).

Данных о распространенности употребления марихуаны нет, хотя она встречается как дикорастущее растение. Министерство внутренних дел Узбекистана старается воспрепятствовать ее культивированию. Правительство Узбекистана совместно с Программой по контролю над наркотиками ООН (UNDCP) принимает решительные меры по предотвращению незаконного перевоза наркотиков через территорию страны (*WHO Liaison Office in Uzbekistan, 1999*).

Питание

По среднелюдиному потреблению калорий в день (2590 ккал в 1998 г.) Узбекистан, наряду с другими ЦАР, находится среди стран с наиболее низкими уровнями этого показателя в Европейском регионе. Жиры являются поставщиками 24,7% этой энергии, а белки 12,4%.

Потребление продуктов питания на душу населения в целом по республике в 1996 году по сравнению с 1992 годом выросло, за исключением молока и молочных продуктов. Так, потребление мяса и мясопродуктов составило 27 и 35 кг на душу населения соответственно, а молока и молочных продуктов – 176 и 160 кг. Потребление хлебопродуктов с 1992 года по настоящее время почти не изменилось.

Избыточный вес

При проведении скрининговых обследований среди неорганизованной популяции в возрасте 20-59 лет избыточный вес отмечен у 17,8% обследованных. Распространенность избыточной массы тела связана с несбалансированным питанием. У большинства населения в рационе преобладает углеводистая пища (рис, мука, крупы и мучные изделия).

Артериальное давление и холестерин крови

По данным обследования НИИ кардиологии распространенность артериальной гипертензии среди неорганизованной популяции мужчин 40-59 лет одного из районов г. Ташкента составила 26,6%. Распространенность артериальной гипертензии среди обследованных лиц обоего пола в трудоспособном возрасте составила 14,4%. Среди сельского населения наблюдалась примерно такая же частота артериальной гипертензии – 14,5%.

При проведении скрининговых обследований среди населения в возрасте 20-59 лет нарушения липидного обмена наблюдались у 19,4 – 21% обследованных.

Среднесуточное потребление холестерина фактически составляло в 1970 г. – 2,8, в 1990 г. – 2,1 и в 1998 г. – 1,7 г/день.

Содействие здоровому образу жизни

В целях пропаганды здорового образа жизни в Узбекистане запрещена с 1996 года реклама табачных и алкогольных изделий на телевидении до 22 часов и продажа их вблизи школьных и детских учреждений. В Узбекистане осуществлялся совместный проект Би-би-си и ВОЗ в области пропаганды здорового образа жизни.

Результатом данного проекта стало создание Национальной программы по здоровому образу жизни. Принятый Закон «О рекламе» содержит четкие стандарты и правила, регулирующие рекламу табачной и алкогольной продукции. В стране проводятся дискотеки «Молодость без наркотиков и курения», шоу «Мы против СПИДа», выставка «Здоровые дети – здоровая нация» и т.д.

ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА

Проводившаяся в советское время экономическая и социальная политика, игнорировавшая негативные воздействия на окружающую среду, крупные просчеты в распределении ресурсов (особенно водных) привели к серьезному ухудшению экологической ситуации. Отличительной особенностью прежней политики было чрезмерное развитие сельскохозяйственного сектора на основе обширного использования ирригации и хлопковой монокультуры. Это, естественно, обуславливало высокий спрос на освоение новых земель, расширение ирригационных сетей и регулирование речных потоков, что привело к водному кризису. Безответственное злоупотребление водными ресурсами закончилось резким сокращением притока рек Амударьи и Сырдарьи в Аральское море, которое в результате этого катастрофически уменьшилось (UNDP, 1996).

Население Приаралья (Каракалпакстан, отдельные районы Хорезмской, Бухарской и Навоийской областей) имеет уровень заболеваемости в 1,5–2 раза выше, чем в среднем по Республике. Неблагополучный фон для здоровья населения создают загрязнения воздуха, воды и почвы отходами промышленных и сельскохозяйственных предприятий. В Республике свыше 80% предприятий и учреждений не обеспечены санитарно-очистными сооружениями.

Загрязнение воздуха

Объем выбросов загрязняющих веществ в атмосферу в 1998 г. от стационарных и передвижных источников загрязнения по республике составил 2194 млн. тонн. По сравнению с 1991 г. выбросы сократились на 1611 тыс. тонн. Из общего количества выбросов загрязняющих веществ более половины приходится на окись углерода; по 15% составляют выбросы сернистого ангидрида и специфических высокотоксичных веществ (пятиокись ванадия, цианистый водород, бенз(а)пирен, метилмеркаптан и др.), 8% – углеводороды, 5% – твердые вещества, 4% – окислы азота.

На долю стационарных источников предприятий республики приходится номинально 800 тыс. тонн выбросов более чем 150 наименований загрязняющих веществ в

год. Из них более 72% валового выброса в атмосферу приходится на предприятия Ташкентской, Кашкадарьинской, Бухарской, Ферганской, Навоийской областей, где сосредоточен основной промышленный потенциал республики с преимущественно “грязными” производствами.

Автомобильный транспорт является крупнейшим источником загрязнения атмосферного воздуха. Удельный вес автомобильных выбросов составляет более 60% в общем валовом выбросе загрязняющих веществ и около 80% в таких городах как Ташкент, Андижан, Бухара, Гулистан, Самарканд (*Национальный план действий по гигиене окружающей среды Республики Узбекистан, 1999*).

Водное хозяйство и санитария

Для Узбекистана проблема воды и питьевого водоснабжения населения республики является очень актуальной. Источниками питьевого водоснабжения являются поверхностные и подземные воды.

Обеспеченность городского населения централизованным водоснабжением составляет 89,8%, сельского – 64,5%. Несмотря на то, что в сельской местности проживает более 60% населения республики, около 30% сел не имеют водопроводов, а большинство существующих систем, построенных 20-30 лет тому назад, нуждаются в капитальном ремонте. Следует отметить, что за последние годы водоснабжение сельского населения увеличено в 1,5 раза в результате широкомасштабного строительства водопроводов. В течение последних 5-6 лет для хозяйственно и питьевого водоснабжения городов и сел Приаральского региона введены в эксплуатацию магистральные водоводы Туямуюн – Нукус протяженностью 355 км и Туямуюн – Ургенч протяженностью 283 км. Широко применяются современные зарубежные опреснительные установки. Однако технологии очистки и обеззараживания воды отстают от требований международных стандартов.

В республике 9% коммунальных и 35% ведомственных водопроводов не удовлетворяют санитарным нормам из-за отсутствия зон санитарной охраны, комплексов

очистных сооружений и обеззараживающих установок.

В результате этого, не отвечают нормам по бактериологическому и химическому показателям соответственно 6,5% и 30,0% проб питьевой воды из коммунальных водопроводов. В случае ведомственных водопроводов эти цифры равны соответственно 8,3% и 18,9%.

Реки, протекающие по территории Узбекистана, загрязняются на всем их протяжении при пересечении нескольких республик Центральной Азии. В верхнем течении, основными источниками загрязнения выступают фермы, разводящие рогатый скот, электростанции и промышленные предприятия. По оценкам, ежегодный объем промышленных отходов достигает 300 миллионов кубических метров, из которых до 230 миллионов кубических метров сбрасываются в открытые водные бассейны без предварительной очистки. Начиная с 1991, на национальном и региональном уровнях принимаются соответствующие меры. В частности было сокращено использование пестицидов и удобрений и организовано более строгое управление водными ресурсами. Но нанесенный уже ущерб настолько велик, что потребуется значительное время, чтобы добиться реального улучшения ситуации (UNDP, 1996).

Отходы и почва

В результате хозяйственной и промышленной деятельности в республике Узбекистан накопилось свыше миллиарда тонн бытовых и промышленных отходов. Утилизация твердых бытовых отходов производится на 261 специализированных мусоросвалках республики (256 из них не отвечают предъявляемым к ним требованиям), а также на 1 мусороперерабатывающем заводе в г. Ташкенте. Места складирования бытового мусора зачастую не благоустроены, мусор только компостируется. В настоящее время в Узбекистане действует 125 санкционированных свалок, под которыми занято свыше 5000 га, ранее относительно пригодных для сельского хозяйства (Национальный план действий по гигиене окружающей среды Республики Узбекистан, 1999).

Контроль за качеством пищевых продуктов

Сокращение выпуска продукции предприятиями пищевой промышленности,

появление мелких производителей, повсеместная уличная торговля привели к значительному повышению объема не доброкачественной продукции на потребительском рынке. Этому также способствует увеличение импорта продовольственных товаров низкого качества.

Для сокращения заболеваемости, связанной с недоброкачественной пищевой продукцией, в республике принят Закон «О качестве и безопасности пищевой продукции».

Гигиена труда

В республике на начало 1998 г. функционировало 11123 объекта промышленного назначения. На них работали более 3 млн. человек, в т.ч. более 1 млн. женщин. Доля работавших во вредных условиях составила 21,5%. Охват промышленных предприятий лабораторными исследованиями на содержание в воздухе рабочей зоны вредных веществ в 1998 г. составил в среднем по республике 29,1% при 25,2% в 1997 г. В пробах 35% обследованных объектов выявлено превышение гигиенических норм по содержанию в воздухе рабочей зоны вредных и неблагоприятных факторов (при 44,5% в 1997 г.).

В среднем по Республике превышение санитарно-гигиенических нормативов выявлено в 11,8% исследованных проб воздуха рабочей зоны на пары и газы (12,2% в 1997 г.) и 20,6% на пыль и аэрозоль (21,8% в 1997 г.). Наиболее высокий процент (более 30%) исследованных проб с превышением нормативов по содержанию пыли и аэрозолей в воздухе рабочей зоны наблюдается на предприятиях золотодобывающей, химической и строительной индустрии.

В 1998 г. среди рабочих промышленных предприятий зарегистрировано 484 случая профзаболеваний против 413 случаев в 1997 г. Среди нозологических форм профзаболеваний преобладают: кохлеарный неврит – 30,9%, вибрационная болезнь – 17,3%, болезни периферической нервной системы – 7,8%, отравления химическими веществами – 15,4%, пылевые бронхиты – 14,4% (Национальный план действий по гигиене окружающей среды Республики Узбекистан, 1999).

СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Реформа системы здравоохранения

В стране на протяжении ряда лет ведутся целенаправленные реформы системы здравоохранения. В 1998 году в соответствии с Указом Президента Республики принята Государственная программа реформирования системы здравоохранения, рассчитанная на период до 2006 года.

Основными направлениями реформы здравоохранения в Узбекистане являются:

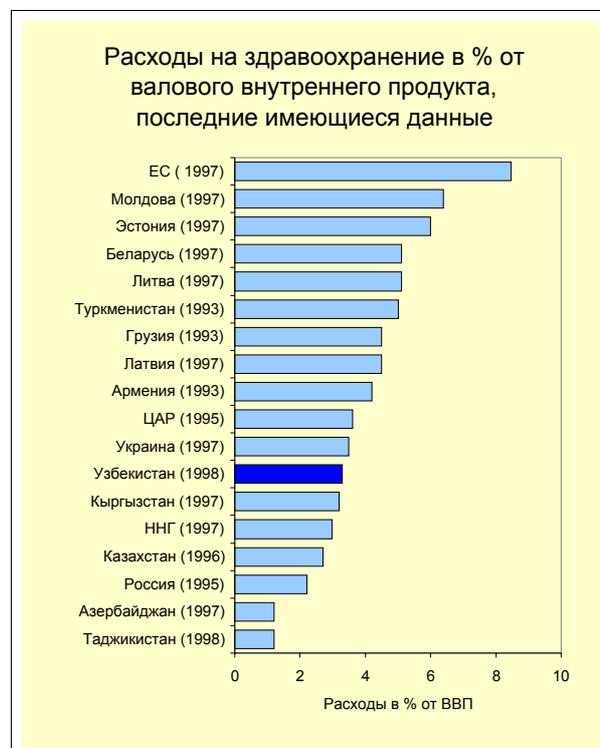
- организация медицинской помощи матери и ребенку;
- улучшение и развитие первичной медицинской помощи;
- контроль и предупреждение инфекционных заболеваний;
- пропаганда здорового образа жизни. (*WHO Liaison Office in Uzbekistan, 1999*)

Расходы на охрану здоровья и финансирование системы здравоохранения

Расходы на здравоохранение составляли в Узбекистане в 1998 году 3,3% от ВВП. Это выше, чем в среднем для ЦАР, но ниже среднеевропейского уровня. Финансирование территориальных учреждений здравоохранения проводится преимущественно за счет местного бюджета. Приостановлено экстенсивное развитие стационаров, и объем бюджетного фонда стационарной службы сократился до 60% в пользу амбулаторной службы, где финансирование повысилось до 40% от общих средств предусмотренных на здравоохранение. В настоящее время в республике имеется ряд частнопрактикующих учреждений, где ежегодно обслуживается около 1 млн. пациентов. Более 2000 врачей получили лицензию на индивидуальную врачебную практику. Проведена децентрализация аптечной службы. Объем оказываемой частным сектором помощи в 1997 году составил около 10% от общего объема медицинских услуг.

Ограничение финансовых средств, выделяемых для государственной системы здравоохранения, диктует в настоящее время необходимость изыскания дополнительных источников финансирования.

Ресурсы здравоохранения и их использование в Узбекистане в сопоставлении со средними значениями по Европейскому региону		
	Узбекистан (1998)	Европа (1997)
Обеспеченность койками на 100 000	555,5	812,0
Обеспеченность врачами на 100 000	308,5	343,4
Уровень госпитализации на 100	12,9	18,7
Средняя продолжительность госпитализации, дни	13,8	12,7
Расходы на здравоохранение в % от ВВП	3,3	6,0

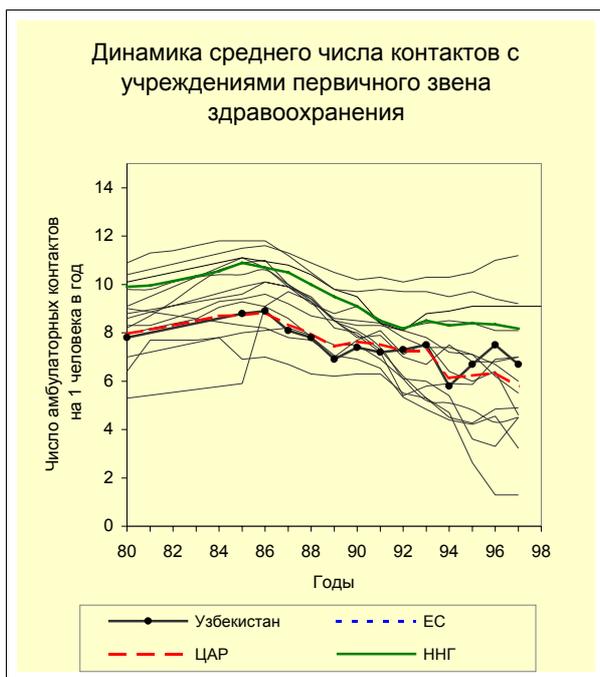


Амбулаторное обслуживание

По данным Минздрава, число амбулаторно-поликлинических учреждений увеличилось в 1991-1997 годах с 3027 до 4074.

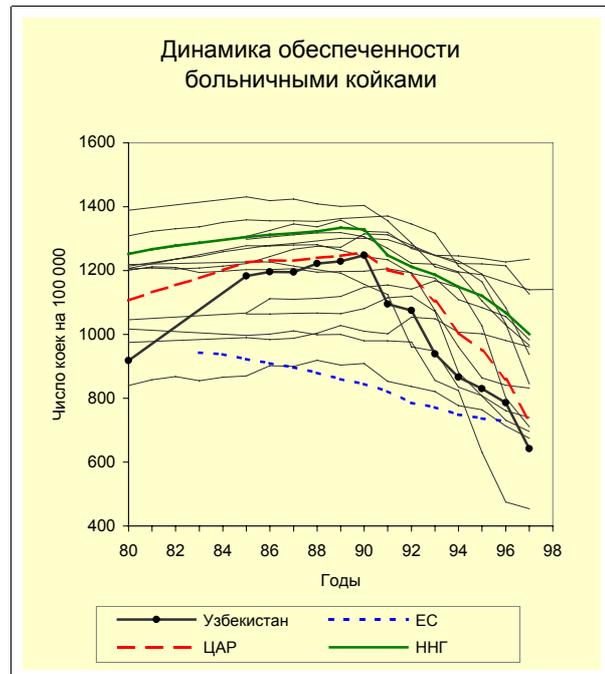
В настоящее время повсеместно эффективно функционируют дневные формы оказания медицинской помощи больным. Это позволило уменьшить число пациентов, лечившихся в круглосуточных стационарах с 5,1 млн. до 3,8 млн., а число лечившихся в дневных стационарах увеличилось до 2,4 млн. человек. Развитие амбулаторных центров хирургии изменило соотношение оперативных вмешательств, проведенных в стационарных и амбулаторных условиях. В настоящее время 55% операций выполняются в амбулаторных условиях, в том числе 23% в центрах амбулаторной хирургии.

Постановлением Кабинета Министров Республики Узбекистан №182 от 21 мая 1996 года «О программе развития социальной инфраструктуры села» предусмотрена организация сельских врачебных пунктов (СВП) с внедрением общей врачебной практики. В 1996-1997 годы построено 255 СВП, а 404 СВП преобразовано из сельских участковых больниц, сельских врачебных амбулаторий и фельдшерско-акушерских пунктов.



Медицинское обслуживание в стационарах

Обеспеченность койками в Узбекистане в 1997 г. была ниже, чем в среднем по Региону. Это является следствием политики по реформированию стационарной помощи в Узбекистане. В 1991-1997 гг. было сокращено более 46% нерационально функционировавших коек.

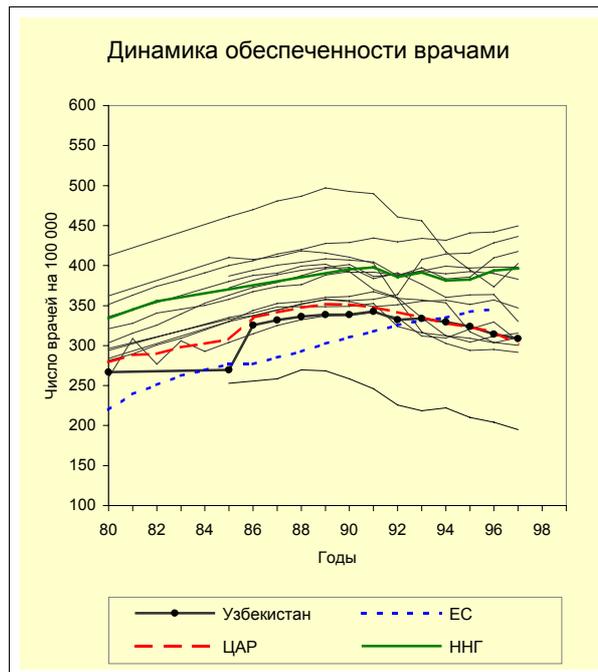
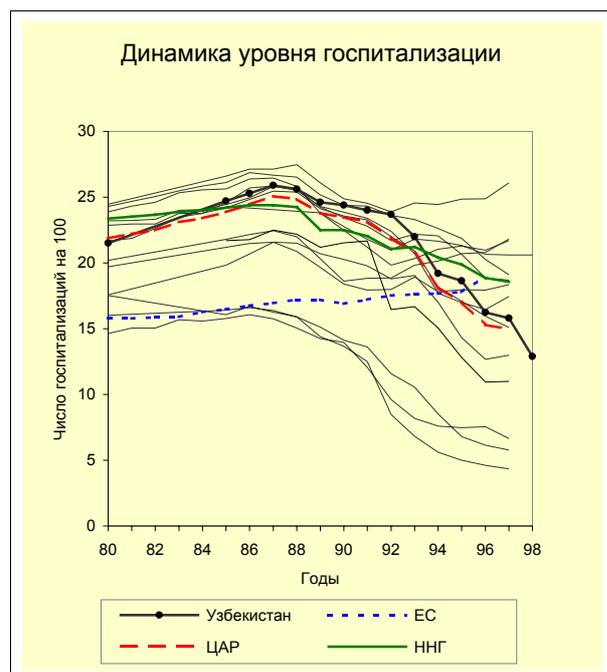
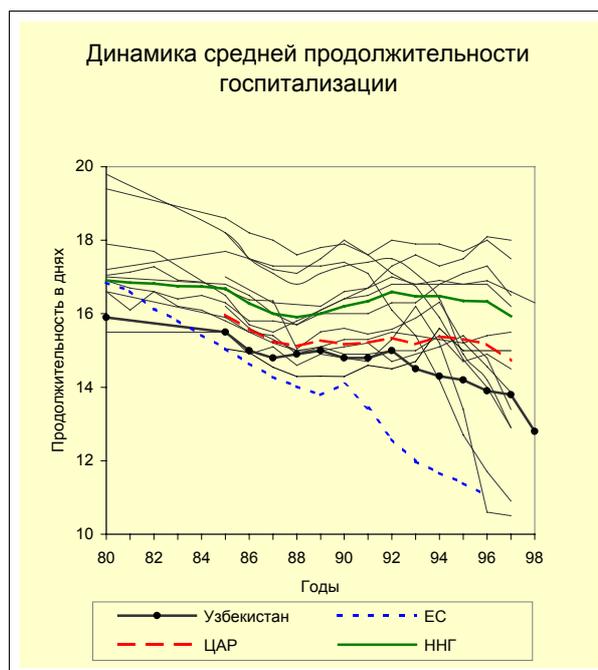


Уровень госпитализации населения снизился с 24,4 в 1991 году и до 12,9 в 1997 году и был ниже, чем в среднем по Европейскому региону.

Средняя продолжительность госпитализации тоже снизилась (с 14,9 до 12,8 дней), но не так значительно и остается выше среднеевропейских значений.

Медицинский персонал

С начала 90-х годов обеспеченность врачами в Узбекистане, как и в других ЦАР, несколько снизилась и в 1998 г. была ниже, чем в среднем по Европейскому региону. В последние годы выпускники медицинских вузов республики готовятся по новой программе и имеют многоступенчатую подготовку от врача общей практики до специализированных магистров. Средний медицинский персонал также имеет четкую градацию специальностей с преимущественной подготовкой универсальных специалистов общей практики.



БИБЛИОГРАФИЯ

Информационный Центр ВОЗ для ЦАР, 1998. Здоровье населения, служба здравоохранения и гигиена окружающей среды в республиках Средней Азии, сборник статистических материалов стран-участниц проекта CARINFONET, Выпуск №2, Бишкек, 1998.

Минздрав Республики Узбекистан, 1996. Здоровье населения в Республике Узбекистан в 1994-1995 годы и некоторые итоги реформы здравоохранения, Ташкент 1996 г.

Минздрав Республики Узбекистан, 1999. Показатели здоровья и здравоохранения в Республике Узбекистан в 1998 году. Медико-статистический сборник, Ташкент, 1999.

Национальный доклад по выполнению Правительством Республики Узбекистан положений Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, Ташкент 1999 г.

Национальный план действий по гигиене окружающей среды Республики Узбекистан, 1999. Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, Комитет охраны природы Республики Узбекистан, 1999

Минмакроэкономстат Узбекистана, 1998. Численность населения Республики Узбекистан. Статистический сборник, 1998 г.

UZBEKISTAN. DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEY, 1997. INSTITUTE OF OBSTETRICS AND Gynecology MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN, MACRO INTERNATIONAL INC.,

UNDP 1996. UZBEKISTAN HUMAN DEVELOPMENT REPORT 1996, TASHKENT 1996.

UNDP 1999. UZBEKISTAN HUMAN DEVELOPMENT REPORT 1998, TASHKENT 1999.

WHO LIAISON OFFICE IN UZBEKISTAN, 1999. COUNTRY HEALTH REPORT

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, 1997. SMOKING, DRINKING AND DRUG TAKING IN EUROPEAN REGION, ALCOHOL, DRUGS AND TOBACCO PROGRAMME WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, COPENHAGEN, DENMARK, 1997

ГЛОССАРИЙ

Заболеваемость – Число новых случаев того или иного заболевания в популяции в течение определенного периода (обычно в расчете на 100 000 человек населения в год).

Младенческая смертность – Число детей, умерших в возрасте до года на 1000 живорожденных в течение календарного года.

Общий коэффициент фертильности – среднее число детей, которые родились бы живыми у одной женщины на протяжении ее жизни, если бы она рожала детей в каждом возрасте в соответствии с преобладающими по возрасту коэффициентами рождаемости.

Паритет покупательной силы (ППС) – метод стандартизации обменного валютного курса страны, основанный на сопоставлении суммы денег в валюте данной страны, которая необходима для покупки одной и той же репрезентативной «корзины» товаров и услуг на валюту страны, с которой проводится сопоставление (обычно это доллар США).

Распространенность – Количество всех людей в популяции – носителей той или иной болезни или фактора риска в определенный момент времени или на протяжении определенного промежутка времени обычно в % или на 100 000 человек данной популяции.

Средняя продолжительность предстоящей жизни при рождении (СПЖ) – оценка среднего числа лет, которые может прожить новорожденный при условии, что преобладающие в момент рождения по возрасту коэффициенты смертности останутся неизменными на протяжении всей его жизни.

Стандартизованный коэффициент смертности (КСК) – Коэффициент смертности (число смертей обычно на 100 000 человек населения), скорректированный с учетом стандартной европейской возрастной структуры популяции.

© Всемирная организация здравоохранения 1999

Обозначения, используемые в настоящем документе, и приведенные в нем материалы не отражают мнения Секретариата Всемирной организации здравоохранения о юридическом статусе какой-либо страны, территории, города либо района и их органов власти либо взгляды о делимитации их границ.

Карта на титульной странице документа (**Copyright 1999 Lonely Planet Publications**) является адаптированным вариантом карты, заимствованной из веб-сайта издательства "Lonely Planet Publications" (<http://www.lonelyplanet.com>). Разрешение на использование этой карты было получено от вышеуказанного издательства, которое сохраняет за собой все авторские права.

Этот документ был подготовлен отделением Эпидемиологии, статистики и информации здравоохранения Европейского регионального бюро ВОЗ в тесном сотрудничестве с отделом медицинской статистики Министерства здравоохранения и отделом статистики здравоохранения Министерства макроэкономики и статистики Узбекистана.

Европейское региональное бюро ВОЗ оставляет за собой все права, связанные с настоящим документом. Тем не менее, его можно свободно рецензировать, реферировать или воспроизводить при условии, что при этом будет сделана ссылка на исходный документ (не разрешается лишь продажа документа либо иное его использование в коммерческих целях). Бюро охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перевод данного документа.

Информация, изложенная в настоящем документе, отражает мнение ВОЗ. Любые замечания или предложения по данному документу просьба направить по адресу:

Epidemiology, Statistics and Health Information Unit,
WHO Regional Office for Europe
8 Scherfigsvej
DK-2100 Copenhagen Ø
DENMARK

Телефон: +45 39171200
Телекс 12000 who dk
Телефакс: +45 39171895
Эл. почта: rpf@who.dk
WEB: <http://www.who.dk>