

СОЦИАЛНО-МЕДИЦИНСКИ ПРОБЛЕМИ НА ПРЕДОТВРАТИМАТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТ И СМЪРТНОСТ

М. Петкова

SOCIAL AND MEDIAL PROBLEMS OF THE PREVENTABLE MORBIDITY AND MORTALITY

M. Petkova

Един нерешен в глобален мащаб социално-медицински проблем е този за т. нар. предотвратима, контролируема или регулируема смъртност. Анализът на предотвратимата смъртност, т. е. на смъртните случаи, които биха били предотвратени, ако се прилагат всички релевантни медицински знания, служби и ресурси на здравната система и обществото в техния оптимум насочва към въпроса доколко здравната система допринася за здравето на хората в една страна и каква е ползата от здравните програми. Така Преждевременната и предотвратимата смъртност и заболяемост са сигурен индикатор и критерий за оценка на здравеопазването в една страна и за нейните здравни програми.

Много страни, повече или по-малко изучават възможностите за намаляване броя на починалите и инвалидизираните. Те са обект на изучаване и от СЗО, нейното Европейско бюро и от ЕС. България, напр. е сред 6-те страни за пилотно разработване на Национален план за действия по темата Околна среда и здраве в Европа (НЕНАР), а едно от изискванията на ЕС към България е до 2010г. броя на жертвите от инциденти по пътищата да спадне с 50%.

Както борбата със заразните и паразитните болести има своите значими успехи, така и тази по клас XVII. Травми и отравяния би могла да бъде успешна. Заболяемостта, инвалидизацията и смъртността са предотвратими там, където причината е антропогенна, когато етиологията

има антропогенен характер и те са резултат от директно и конкретно човешко действие или бездействие, а въздействието върху човешките индивиди като социални субекти до голяма степен определя и тяхното социално поведение.

Практически на контрол и превенция може да бъде подложена заболяемостта и смъртността от СПИН и HIV-инфекция, алкохолизъм, нарко- и фармакозависимости, травматизъм – особено детски и сенилен, отравяния, самоубийства, пътно-транспортни произшествия, нещастни случаи, производствени злополуки и аварии, депресия, убийства и всички форми на насилие.

Според експерти на СЗО 7-те водещи причини за нарастване на годините в нетрудоспособност (DALYs) са подходящи за предотвратяване, тъй като основните рискови фактори за тяхното възникване са поведенчески и могат лесно да бъдат повлиявани. Но точно тези 7 рискови фактори са причина за 33,8% от общия брой на годините в нетрудоспособност за Европа. Сред тях на 2-ро място е тютюнопушенето, на 3-то – алкохолизмът, на 6-то – недостатъчната консумация на пресни плодове и зеленчуци и на 7-мо – силно намалената двигателна активност (8).

В общата структура на смъртността в Европа сред 7-те водещи етиологични фактори на 4-то място са свързаните със злоупотреба на алкохол нарушения, а на 6-то – тези, резултат, последица от пътно-транспортни произшествия

(ППП). Зависимостта между употребата на алкохол и свързаните с него нарушения е 100%, а с транспортните катастрофи – 38% (2). Проучване в Англия и Уелс установява, че в 29% от случаите причина за смъртта на мъже на възраст 15 – 39 г. е отравянето с алкохол или наркотици, като при 77% от тях е доказано самоунищожително поведение. От тях 39,4% са били безработни (14).

В Европейския регион водещо място сред външните причини за смъртта заемат случайните травми и наранявания – за 2002 г. са загинали 534 000 европейци, от насилствена смърт са умрели 257 000, а от самонаранявания – 164 000. Не са малко необратимите жертви от ППП – 127 000, отравяния – 110 000, падания – 80 000, изгорелите при пожари – 24 000, удавяния – 38 000, насилие – 73 000, при военни и локални конфликти – 19 000. Или общо през 2002 г. умишлено или случайно са загинали почти милион и половина – 1 418 000 европейци. Интересен е социалният факт, че експертите на СЗО намират пряка корелационна зависимост между смъртността и инвалидизацията, от една страна, и бедността и социално-икономическите загуби, от друга. Прогнозите сочат, че към 2020 г. смъртността по клас XVII. Травми и отравяния ще спадне с 30% в икономически силните страни, но в бедните европейски страни тя ще се повиши с 80% (18).

От статистическите данни се разбира, че смъртността на стария континент по клас XVII се дължи основно на ППП, самонаранявания, падания, насилие и отравяне. Анализите показват, че в бившите социалистически страни тази смъртност е 2-3 пъти по-висока отколкото в западноевропейските страни (17). Това говори за по-голямата необходимост в тези страни от разработване и влизане в действие на превантивни програми, съобразени със спецификата на природната и социалната среда, рисковото поведение на големи групи от населението и общия стандарт на живот във всяка една от тях. Интерес представлява опитът във Великобритания по един на глед частен въпрос – паданията сред възрастното население. Те се отразяват много зле върху здравния статус на хората от третата възраст и усвояват голяма част от разходите на общественото

здравеопазване. Въз основа на анализ на медицинската документация, снемане на пълна анамнеза и status praesens на тази възрастова група британските специалисти набелязват клинично релевантните рискови фактори, а идентифицирането им служи за разработване на превантивни стратегии (6).

В Нова Зеландия работят по програма за предотвратимия морталитет от 1981 г. За 17 г. той е спаднал с 38%. Най-податлива на контроли въздействие е възрастовата група 45 – 74 г., като сред по-възрастните за въздействие се очертават ИБС, диабет и свързаните с тютюнопушенето онкологични заболявания, а при по-младите – травмите и самоубийствата (16). Интересно клинично наблюдение, направено сред психиатрично болни в Стокхолм, показва, че самоубийствата сред тази група болни се свързва и с релативния риск от страничните ефекти на психотропните лекарства, ползвани в стандартните терапевтични планове (13).

ППП са във водещата десетка като причина за смъртността, заболяемостта и произтичащите от нея временна и трайна неработоспособност. Причините могат да се търсят в несъответствието между икономическото възстановяване и подобряването на инфраструктурите, в поведението на шофьорите, липсата или неизпълнението на превантивните програми и нормативни документи. А това води и статистиките го доказват, че през 2002 г. травмите съставляват 14% от общата заболяемост в Европа, като 10% са с летален изход, а други 4% остават трайно инвалиди (1). Освен това транспортният травматизъм засяга по-младите хора, в активна възраст и води до тежки социални и здравни последици. От друга страна обаче той е най-благоприятен за предотвратяване – подобряване на околната среда и инфраструктурата и налагане на промени в поведението на водачите и пешеходците.

Тъй като ППП са с висок риск за смъртност, травматологична заболяемост и инвалидизация, за анализ на големи ППП шведските специалисти прилагат т. нар. Хедонова матрица, в която са включени 4 големи групи фактори:

- човешки фактор – пол, възраст,

алкохолно съдържимо в кръвта, поведение на шофьора, умения да шофира, здравно състояние;

- технически фактори – състояние на превозното средство, мястото на мотора, стандарт и състояние на гумите, техническа изправност, безопасност на пътниците;

- фактори на околната среда – състояние на пътя, наличие на обемни коли по пътя, пътна обстановка, метеорологични условия – вятър, валежи, температура, осветеност (ден/нощ), видимост;

- социално-икономически фактори – безопасност на движението, контрол на движението (КАТ), нормативна уредба.

Така чрез детайлно изучаване и анализиране на ПТП се предприемат рационални мерки за намаляване на транспортния травматизъм (5).

Смъртността по клас XVII води до големи човешки, медицински, финансови и др. загуби за обществото. Само в Европа ПТП, удавянията, отравянията, паданията, изгарянията от пожари, самонараняванията и междуличностното насилие отнемат живота на повече от 2 000 европейци дневно, водят до хоспитализирането на други 60 000 и до оказване на амбулаторна спешна помощ на още 600 000 (17). Травматизмът е много поподатлив на контрол и въздействие с цел превенция, отколкото много други причини за смъртност, заболяемост и инвалидизиране. Шотландските специалисти смятат, че повече от половината смъртни случаи при децата са предотвратими и отговорността следва да се поема от родители, детегледачки, училище, работодатели, местна и държавна власт (15).

Много сложен и високо рисков е проблемът с производствените аварии и злополуки – всяка година те отнемат живота на 300 000 работници по света и оставят многократно повече инвалиди. Може би още 113 000 смъртни случаи остават нерегистрирани поради необявяването на трудовите злополуки. Производствените рискови фактори са причина за 8% от смъртността в света и производственият травматизъм остава един труден и многопосочен за решаване социален и

медицински проблем (4, 7).

Изключително интересно е социално-медицинското изследване с икономически анализ на Асоциацията на частните здравноосигурители в Швейцария. Установено е, че за 10-годишен период разходите само за фрактурите в проксималната част на фемура са се удвоили от 5 500 на 9 800 шв. фр. годишно за 1 пациент. Към 2020 г. се очаква те да нарастнат на 15 000. Повече от 85% от пациентите са на възраст над 65 г. Тъй като средният болничен престой на един пациент е 30 дни, а общият брой леглодни е 300 000 годишно, наложило се увеличаване на болничните легла с 50%. Средните разходи при първичната хоспитализация са 15 000 шв. фр. за всеки пациент и 145 милиона шв. фр. общо за всички пациенти с тази фрактура за 1990 г. Средните общи разходи за лечение и рехабилитация на един болен възлиза на 57 000 шв. фр. за пациенти в активна възраст и 72 000 шв. фр. за пациентите над 45-годишна възраст. Смъртността при пациентите над 65-годишна възраст е 2 – 7% при първичната хоспитализация и стига до 30% през първата и втората година след инцидента. Предвиждат се допълнителни широкомащабни проучвания на национално ниво върху социалните и финансовите последици за пациента и обществото (11).

Изучаването на смъртността, заболяемостта и първичната инвалидизация и у нас започва с определянето на рисковите фактори и групи. Към социално-икономическите рискови фактори се отнасят бедността, която кореспондира с лоши битови условия и нездравословно и недоимъчно хранене, хроничната безработица, намаляването на доходите на значителна част от населението, промяната в качеството на живот в негативна посока (12), нарастването на злоупотребата с алкохол и наркотици – 75 – 80% от венозните наркомани са с високо рисково поведение за СПИН, HIV-инфекция, хепатит В и С, инфекции, свръхдоза, спадане на двигателната активност.

Към рисковите групи се отнасят и хората с ниски доходи – продължително безработни, пенсионери, многодетни семейства, както и такива със затруднен достъп до трудова заетост

(инвалиди, с увреждания и т. н.).

Смъртността по причина XVII Травми и отравяния у нас (3) показва намаляване както по абсолютен брой, така и на 100 000 жители (табл. 1), но първичната инвалидност поради травматизъм и отравяния през 2004 г. се е покачила с 22,63% в сравнение с тази през 2001 г. (табл. 2).

Споменахме за високо рисковото поведение на зависимите - от алкохол, наркотици и неразрешени медикаменти. На табл. 3 са представени данни за броя на болните, които са били под наблюдение в психиатрични заведения, поради остри и хронични състояния, свързани със злоупотребата на алкохол и наркотици. Вижда се, че докато пациентите с депресивни смущения и разстройства в поведението се задържат в относително константен брой, алкохолните и наркоманните психози леко спадат, а синдромът на алкохолна зависимост - малко странно - но намалява за тези 15 г. с 34,6% (3).

Допълнителна представа за голямата работа и средствата, които се влагат за лечението на травматизма ни дава дейността на ЦСМП и обслужваните от тях лица. През 2001 г. общият брой на обслужените по повод на травматизъм лица е 130 588, а по повод на отравяния - 12 705. Структурата на травмите по вид показва, че получените медицинска помощ поради производствени злополуки и аварии лица са 7 350, а след ПТП - 20 371.

Общият брой на лицата, обслужени от ЦСМП през 2001 г., класирани по клас XVII Травми и отравяния са 143 300. Данните за 2004 г. са сходни: общият брой на обслужените в ЦСМП лица е 142 079 или със 1 214 по-малко, отколкото през 2001 г., като травмите са 128 475, а отравянията - 13 604. С производствен травматизъм са 4 213 лица, а с транспортен - 14 560. Повишение се отбелязва на лицата с битови травми - от 88 424 през 2001 г. на 98 003 през 2004 г. (3).

Много и сложни са социално-медицинските проблеми, насочени към спасяването на още един човешки живот и то на живот в здраве. За Световната здравна организация това е приоритет и тя следи всички процеси, свързани с травматизма и отравянията (1, 3), особено при децата (5). У нас в тази трудна и многопосочна дейност са включени много институции, МЗ разработва съответни програми, а законотворците - закони и наредби. Резултатите обаче зависят от заинтересоваността на цялото общество.

Използвана литература:

1. Атлас здравия в Европе. Москва, Весь мир, 2004.
2. Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма. Женева, ВОЗ, 2004.
3. Здравеопазване. [Статист. справочник]. С., НСИ, 1999; 2002; 2005.

Таблица 1. Смъртност по причина, кл. XVII. Травми и отравяния

Г О Д И Н И	абс. бр.	отн. д.	на 100 000
1990 г. - от тях	5 567	5,1	63,9
транспортни злополуки	1 673	1,5	19,2
E800-848самоубийстваи	1 323	1,2	15,2
самонаранявания	70		66,6
E 950 - 959			
деца			
2000 г. - от тях:	4 653	4,1	57,0
E 800 - 848	1 032	0,9	12,6
E 950 - 959	1 383	1,2	16,9
деца	30		40,7
2004 г. - от тях:	3 880	3,5	49,9
E 800 - 848	989	0,9	12,6
E 950 - 959	1 013	0,9	13,0
деца	34		48,7

Таблица 2. Първична инвалидност по кл. XVII. Травми и отравяния и процент на загубената работоспособност

Г о д и н а	абс. бр.	отн. д.
2001 г.	3 591	4,8
% на загубената работоспособност	1 165	7,8
50 – 70%	1 000	3,2
71 – 90%	1 426	4,9
над 90%		
2004 г.	4 641	3,9
% на загубената работоспособност	1 536	5,3
50 – 70%	1 336	2,4
71 – 90%	1 733	4,5
над 90%		

Таблица 3. Разпределение на болните под наблюдение от психиатричните заведения по някои видове заболявания и по години

З а б о л я в а н и я	1990 абс. бр	2000 абс. бр.	2004 абс.бр.
Депресивни смущения и разстройства в поведението	435	485	445
Алкохолни и наркоманни психози	3 967	3 560	3 237
Синдром на алкохолната Зависимост	28 249	22 121	18 464
Употреба на наркотици - със и без зависимост	1 311	1 091	1 277

4. Здравеохранение и химическите аварии. Женева, ВОЗ, 1999.
5. Albertson, P., U. Bjornstig, T. Falkmer. The Haddon Matrix, a tool for investigating severe bus and coach crashes. – *Int. J. Disaster Med.*, 2003, 2, 109 – 119.
6. Bloem, B.R. et al. Falls in the elderly. I. Identification of risk factors. – *Wien Klin. Wochenschr.*, 113, 2001, 10, 352 – 362.
7. Concha-Barrientos, M. et al. The global burden due to occupational injury. – *Am. J. Ind. Med.*, 48, 2005, 6, 470 – 481.
8. The European Health report 2005. Geneva, WHO, 2005.
9. Gordon, B., R. McKey, E. Rehfuess. Inheriting the World. The Atlas of children's health and the environment. Geneva, WHO, 2004.
10. Injury and violence in Europe. Geneva, WHO, 2005.
11. Meine, J., P. Regazzoni, W. Konig. Fractures of the proximal femur: rehabilitation and socioeconomic repercussions. – *Z. Unfallchir. Versicherungsmed.*, 86, 1993, 2, 66 – 80.
12. Poverty and health. Geneva, OECD-WHO, 2003.
13. Ringback, W. G., A. Gullberg, A. Rosen. Avoidable mortality among psychiatric patients. – *Soc. Psych. Psych. Epidemiol.*, 33, 1998, 9, 430 – 437.
14. Stanistreet, D., V. Jeffrev. Injury and poisoning mortality among young men – are there any common factors amenable to prevent? – *Crisis*, 24, 2003, 3, 122 – 127.
15. Stone, D. et al. Injury prevention in Scotland – the case for a national strategy. – *Scottish med. J.*, 2000, 45, 147 – 149.
16. Tobias, M., G. Jackson. Avoidable mortality in New Zealand. – *Austr. N Z Public Hlth*, 25, 2001, 1, 12 – 20.
17. Treurniet, H. F. et al. Avoidable mortality in Europe (1980 - 1997): a comparison of trends. – *J. Epid. Commun. Hlth.*, 58, 2004, 2, 290 – 295.
18. World Health statistics 2005. Geneva, WHO, 2005.

Адрес за кореспонденция:

Д-р Маруся Петкова, дм, гл. редактор
Списание „Медицина и фармация“, София