

МИНИСТЕРСТВО НА ВЪТРЕШНИТЕ РАБОТИ  
МЕДИЦИНСКА СЛУЖБА

Николай Тодоров Големанов

НОЗОЛОГИЯ НА СМЪРТНОСТТА  
ПРИ МЪЖЕТЕ В АКТИВНА ВЪЗРАСТ

Дисертация  
за получаване на научната степен  
"доктор на медицинските науки"

София, 1988 година

## СЪДЪРЖАНИЕ

<b>ПРЕДГОВОР</b>	<b>1</b>
Оценката на здравето състояние и формирането на здравеопазните програми	4
Показателите за смъртността в системата от показатели за здравето състояние	5
Предмет	7
Цел	8
Задачи	8
Методи	9
Ограничителни условия	10
Признателност	10
<b>НОЗОЛОГИЯТА НА СМЪРТНОСТТА ВЪВ ВРЕМЕТО</b>	<b>11</b>
Нозологична характеристика на смъртността при мъжете на възраст:	
- от 15 до 64 години	11
- от 15 до 19 години	20
- от 20 до 24 години	22
- от 25 до 29 години	24
- от 30 до 34 години	26
- от 35 до 39 години	28
- от 40 до 44 години	29
- от 45 до 49 години	31
- от 50 до 54 години	32
- от 55 до 59 години	34
- от 60 до 64 години	35
<b>НОЗОЛОГИЯ НА СМЪРТНОСТТА И ВЪЗРАСТ</b>	<b>37</b>
<b>ЖИЗНЕН ПОТЕНЦИАЛ И ЗАГУБИ НА ЖИВОТ ПОРАДИ СМЪРТ В АКТИВНАТА ВЪЗРАСТ</b>	<b>41</b>
<b>НОЗОЛОГИЯТА НА СМЪРТНОСТТА И КОНЦЕПЦИЯТА ЗА ФАКТОРИТЕ НА РИСКА</b>	<b>45</b>
Общи съображения	46
Пол	47
Възраст	47
Наследствена обремененост	47
Неправилно хранене	47
Хиперлипидотемия	49
Хипертония	50
Пушене	51
Наднормено тегло	52
Хиподинамия	53
Социални и екологични фактори	53
Разпространение на рисковите фактори	56
Факторите на риска в НРБ	56
<b>ПРОФИЛАКТИКАТА – СТРАТЕГИЯ НА ИЗБОР В ПО-НАТАТЪШНАТА БОРБА ЗА ЗДРАВЕ</b>	<b>59</b>
Профилактика и хранене	60
Профилактика и артериална хипертония	62
Профилактика и пушене	62
Профилактиката и правителствата	63
Профилактиката и системата на здравеопазването	65
Профилактиката и човекът	67
<b>НЯКОИ ПРЕДВИЖДАНЯ ЗА ВЪЗМОЖНИТЕ ПРОМЕНИ В НОЗОЛОГИЯТА НА СМЪРТНОСТТА ПРИ МЪЖЕТЕ В АКТИВНА ВЪЗРАСТ В НРБ ДО ДВЕХИЛЯДНАТА ГОДИНА</b>	<b>69</b>



## ПРЕДГОВОР

\*Централно място в партийната политика заема задачата да се осигурява висока жизненост на нацията, да се утвърждава здравословен начин на живот, да се създават още по-благоприятни условия за многостранна изява на човешката личност\*.

Тезиси на XIII конгрес на БКП

Ако приемаме по същество, че здравето на човека не е само липса на болест или недъг, а състояние на пълно душевно, физическо и социално благополучие, неизбежно е да дефинираме, че здравеопазването не е идентично с дейността на здравната мрежа, а представлява много по-широк комплекс от дейности, обхващащ практически всички социални и икономически условия, при които се ражда, развива се, живее и се труди съвременният човек.

Ако в зората на нашето социалистическо здравеопазване - в първите години след победата на Деветосептемврийската социалистическа революция - задачи на задачите бяха борбата със заразните и паразитните болести и битката за живота на всяко новородено дете, днешният и утрешният ден изправят пред нас императивната необходимост да ориентираме, да пренагласим психологически и организационно здравеопазватата система към всемерно укрепване на позитивното здраве, към безусловното враждане в живота на всеки човек и на цялото население на здравословни навици, към ревистелна намеса на медицинската наука и на ръководните органи на здравеопазватата система в социално-икономическото развитие на страната и отделните нейни региони с оглед ревистелно ограничаване на действието на рисковите фактори от социално, икономическо, психологическо и друго естество върху организма на отделния човек и върху човешките общности от различен порядък. Очевидно е, че тази необходимост от промяна в приоритетите на здравеопазването е етапен резултат от сложното взаимодействие на множество успехи и проблеми на социално-икономическото развитие на страната.

Със своите национални особености и нашата страна върви по пътя на повечето или на всички икономически развити страни. За този път е характерно решаването "в движение" на редица проблеми на здравното състояние на населението като непосредствен резултат от развитието на икономиката и производното покачване на жизненото равнище на все по-широки слоеве от населението. Сериозни основания имат твърденията на немалко епидемиолози например, че само осигуряването на чиста питейна вода за хората е допринесло много повече за ликвидиране на холерните епидемии, отколкото всички усилия на лекарите и на санитарните органи, доколкото ги е имало в недалечното минало.

Не можем да не признаем, че успехите ни в борбата с туберкулозата се дължат преди всичко на осигуряването на пълноценно хранене и на нормални трудови и битови условия на хората и едва тогава - на преките профилактични и лечебни мерки, осъществени от здравната мрежа.

Не можем да не си даваме сметка и за това, че до голяма степен успехите на нашата страна - пък и на другите страни - в борбата за снижаване на смъртността в кърмаческата и ранната детска възраст станаха възможни именно по този механизъм - чрез качествено подобряване на социално-икономическите условия.

Профилът на морбидността и смъртността на населението в първите години след Деветосептемврийската социалистическа революция отразяваше характеристиката на социално-икономическите проблеми, които нашият народ имаше да решава.

Здравеопазването на народа в широк смисъл означаваше решаване на

социално-икономическите задачи.

Здравеопазната система на страната, едва поела социалистическия път, имаше пред себе си проста и ясна система от приоритети: инфекции, туберкулоза, паразитози, охрана на майчинството и детството, грижа за здравето на труженниците от промишлеността и селското стопанство, изграждане на здравната мрежа почти отначало, всемерното ѝ доближаване до народа, осигуряване на достъпност на медицинската помощ за мнозинството от хората, създаване на собствени кадри с подготовка и възпитание, отговарящи на съвременните потребности, и пр. В течение на повече от три десетилетия показателите за здравното състояние на нашия народ следваха неотклонна тенденция на подобряване:

- решително ограничаване на основните инфекциозни и паразитни болести;
- изкореняване на някои от тях;
- заличаване на недоимъчните състояния от списъка на болестите.

Успехите на майчиното, детското и работническото здравеопазване дадоха своите безпрецедентни за историята на България резултати. Подобриха се съществено и продължават да се подобряват показателите за физическото развитие и дееспособността на децата и младежите;

- неколкосткратно снижение претърпя смъртността на кърмачетата;
- повъзрастовата и общата смъртност намаляваха устойчиво;
- средната продължителност на предстоящия живот на новородените навлезе в обсега на този показател за напредналите страни.

През последните десетина години обаче, в здравно-демографската характеристика на българския народ се набелязаха тревожни отрицателни тенденции:

- при продължаващо - макар и със забавен темп - снижение на кърмаческата и детската смъртност, общата смъртност на населението се стабилизира, след което започна да се покачва, макар и бавно и колебливо;
- темпът на нарастването на средната продължителност на предстоящия живот на новородените намалва значително. Има сериозни основания да се счита, че това нарастване се реализира почти изключително за сметка на снижението на кърмаческата смъртност.

Опитът да се разшифрова тази тенденция на коефициентите за общата смъртност доведе до констатацията, че смъртността на населението в активна трудова възраст устойчиво се повишава. При това повишението засяга главно мъжете, и то предимно в младата зряла и средната възраст.

Прочуванията върху нозологичния профил на заболяемостта и смъртността показваха, че това повишение може да бъде свързано преди всичко с болестите на органите на кръвообращението и с някои локализации на злокачествения растеж.

Най-франпантно е нарастването на заболяемостта и смъртността от исхемична болест на сърцето и от мозъчносъдова болест.

В същото време беше установено и вече намира своето непохватно научно обяснение трайно снижение на смъртността от болести на органите на кръвообращението, в т.ч. от исхемична болест на сърцето и от мозъчносъдова болест, в някои от най-напредналите капиталистически страни.

Доказано беше по убедителен начин, че това снижение не е статистически артефакт, а реален медицински и демографски процес.

След щателна оценка на чисто медицинските мерки за диагностика и лечение на мястото на инцидента и в болничните заведения беше доказано, че снижението на смъртността от тези заболявания е резултат преди всичко на първична профилактика на популационно равнище и само в ограничена степен - на снижение на доболничния и болничния леталитет от остър инфаркт на миокарда и от мозъчносъдова болест. Не е необходимо да се навлиза в по-нататъшна ширина и дълбочина в обширната и изключително сложна проблематика на морбидността и смъртността, за да се очертае достатъчно ясно и остро нейното ядро и да се формулира главното направление в по-нататъшната борба за подобряване на здравното състояние на българския народ:

ерата на борбата със значимите за здравето и живота инфекциозни и паразитни болести е изживяна.

Днес нозологичният профил - и до голяма степен размерите - на морбидността и смъртността на населението се определят от хроничните неинфекциозни болести и преди всичко от болестите на органите на кръвообращението.

На второ място, успешното социално-икономическо развитие на страната само по себе си вече не е предпоставка (или най-малко не е решаващ фактор) за подобряване на здравното състояние на населението. Необходима е вече някаква допълнителна намеса на обществото като цяло и на някои (или всички) негови подсистеми, за да се ограничи или премахне вредното въздействие на някои фактори върху здравето на хората.

Трето, налага се да се създадат (или да се развият достатъчно ефективно вече създадените) условия за укрепване на позитивното здраве на всички хора като условие за постигане на пълно душевно, физическо и социално благополучие и на оптимално творческо дълголетие на хората.

Епидемиологията на неинфекциозните болести и клиничната медицина от последните десетилетия постигнаха изключително много в изясняването на факторите, укрепващи позитивното здраве на индивида (саногенни фактори) и на факторите, повишаващи риска индивидът да заболее (патогенни фактори).

Изследванията продължават с все по-сложни методи, при все по-широк обхват, с все по-техно ударение върху "интервенцията" в начина на живот на индивида с цел да се укрепват саногенните и да се изкореняват патогенните фактори.

В страните, където тези изследвания се провеждат, техните резултати имат значение на епидемиологична "диагноза". От последните произтича непосредствено крайният продукт на епидемиологията - нормативната разпоредба във формата на препоръки към държавата за промени в политиката и към хората като общност или към индивидите за преориентиране на поведението им в саногенно направление.

Ние трябва да констатираме - със съжаление и с чувство за вина и за неизпълнен дълг - че медицинската наука у нас и по-специално нейното социалномедицинско направление е дължник на обществото.

Информирана достатъчно пълно за тенденциите в здравното състояние в другите страни и за здравеопазните мерки, предприемани в тях, нашата научна общественост не отделя необходимото внимание на епидемиологията на здравето и болестта сред българския народ.

Недостатъчни по брой и ограничени по обхват са даже дескриптивните епидемиологични проучвания върху здравното състояние на народа.

Постиганията на аналитичната епидемиология са единични, а сериозни промени в обществената практика под въздействието на нормативната епидемиология не е известно да е имало някога в домена на неинфекциозните болести.

Репрезентативното проучване върху заболяемостта на населението от 1970 г. остана без прецедент до ден днешен. То можеше - и трябваше - да бъде повторено в усъвършенствуван вариант, спрегнато с преброяванията на населението от 1975 и 1985 г., и щеше да даде неocenени резултати, като насочи обществената практика на основанията на конкретната наша действителност.

Възможно и необходимо беше да се проведе и успоредно представително изследване на смъртността на населението. То щеше да даде незаменими с нищо сведения за фактори и корелации, неизследвани рутинно от медицинската и демографската статистика у нас.

Тези възможности са вече пропуснати.

Жизнено необходимо за нацията е поне отсега нататък да се пристъпи към научно изследване на днешното състояние на морбидността и смъртността на нашия народ и на факторите, които ги обуславят, за да бъдат формирани стратегията и тактиката на борбата за здраве.

Ние няма да преустроим системата на здравеопазването, ако нямаме ясна и обективна представа за състоянието на нещата в тази област. Затова задължително условие за коренни изменения е демократизацията на достъпа до информация и разширяването на гласността в статистиката, в това число - и в медицинската (В поисках новых подходов, 1988).

Впрочем, насоки за такова развитие на научните медицински изследвания беше дадено току-що от Медицинската академия и от Министерството на народното здраве в стратегическия материал "Пътят на България към здраве за всички" (Ат. Малеев, А. Жабленски и А. Иванов, 1987).

#### ОЦЕНКАТА НА ЗДРАВНОТО СЪСТОЯНИЕ И ФОРМИРАНЕТО НА ЗДРАВЕОПАЗНИТЕ ПРОГРАМИ

Измерването на равнището на здравето  
е фундаментален проблем за всеки  
организатор на здравеопазването.

А. Херьо

Още преди възникването на системите на общественото здравеопазване, работата както на лекаря-практик, така и на учения, по необходимост е била насочена от актуалните проблеми на момента, от преобладаващата патология. Повечето от крупните научни открития са били вдъхновени от предизвикателството на обществената практика – от масовите епидемии, от тежката болест и от смъртта, от инвалидността, от уродството.

В нашата съвременност здравеопазването в широкия смисъл на думата се усложнява с всеки ден.

От една страна потокът от патогенни въздействия върху организма на човека става все по-многofакторен и по-интензивен.

От друга страна все по-значителна част от възможностите за профилактика на хроничните болести надхвърлят обсега на системата на здравеопазването в тесен смисъл на думата и стават прерогатив на други обществени системи (промишленост, селско стопанство, образование, средства за масова информация и пр.)

На трето място здравеопазната система в институционалния смисъл става все по-сложна и управлението на развитието и дейността ѝ е вече невъзможно по традиционни или интуитивни методи.

Най-после, продължаващата диференциация и специализация на медицинската наука и решителното навлизане в рутинната диагностика и терапия на сложни инструментални и апаратни методи налагат здравеопазването да се организира и ръководи от нов тип кадри, въоръжени със съвременни знания и способни да формират своите ръководни решения от позицията на научна оценка на потребностите.

От тези кадри се изисква да подават на правителствено и даже на законодателно равнище оценки и предложения за мерки от национално значение за опазване и укрепване на здравето на народа.

Нито едното (ръководството на системата), нито другото (законодателната инициатива) могат да отговорят на интересите на нацията и на отделния човек, ако не са солидно мотивирани с научно обоснована оценка на потребностите, предназначена за всички генерични равнища на управлението.

В областта на здравеопазването оценката на потребностите по необходимост произтича непосредствено от оценката на здравното състояние на населението като цяло или на отделни групи от него.

Широкото разбиране на проблемите на общественото здраве, на техните взаимни зависимости и на отношението им към другите демографски, социални и икономически проблеми предполага дълбок научен анализ на данните за здравното състояние на населението (F. Linder, 1976).

За организатора на здравеопазването нито не може да бъде толкова ценно, колкото измерителите на здравното състояние на населението. Те му помагат при оценката на специфичните проблеми на здравето на народа, при разработката на планове за действие, служат му като ръководство в управлението и му дават възможности за научно обоснована оценка на резултатите от здравеопазната дейност (А. Нагев,

1979).

Счита се даже, че определянето на приоритетите в биомедицинските научни изследвания следва да става след оценка на натоварването на здравната служба по няколко групи показатели, сред които заемат важно място размерите на загубите на живот поради преждевременна смърт (D. Black a. J. Pole, 1975).

Особено значение има оценката на смъртността при лицата на средна възраст и то от онези причини, на които може да се въздействува с профилактична цел (Г. Мани и Л. Барна, 1979).

С помощта на измерителите на здравното състояние дейността на здравната служба се насочва към снижение на морбидността и на преждевременната смъртност (J. Fries, 1982), а оценката на социалната ефективност на здравеопазването се базира между другото на анализ на демографските показатели, в това число - на показателите за смъртността (В. Василев, 1977).

Според L. Cayolla da Motta (1979) интегрален показател за здравното състояние на населението на периферно равнище може да се получи от девет елементарни показателя. Седем от тях са за смъртността на определени възрастови групи и от определени причини.

#### ПОКАЗАТЕЛИТЕ ЗА СМЪРТНОСТТА В СИСТЕМАТА ОТ ПОКАЗАТЕЛИ ЗА ЗДРАВНОТО СЪСТОЯНИЕ

Смъртност (детска, повозрастна, смъртност от отделни причини), показатели дълголетия - все это било и остається важнейшим критерием состояния здоровья населения.

М. С. Бедный

В течение на векове демографската характеристика на населението се е определяла от смъртността. Така е и днес в някои от развиващите се страни.

Смъртта беше главното предизвикателство към медицината.

Профилактиката на преждевременната смърт стана главна цел на организаторите на здравеопазването и на социалното законодателство. Изследванията върху смъртността постепенно породиха интерес към други феномени като фертилността, морбидността, позитивното здраве и развитието на здравните служби.

И все пак, анализът на данните за смъртността остава незаменим етап при формирането на ръководните решения в здравеопазването и при оценката на резултатността на здравеопазните програми (H. Campbell, 1977).

Счита се с основание, че здравното състояние и средната морбидност се движат в едно направление със смъртността. Затова последната е показател за състоянието на здравето (T. Schultz, 1980).

При "измерването" на равнището на здравето трябва да се разглеждат двете страни на уравнението, представящо здравеопазването: първо, оценката на здравното състояние на популацията с оглед на потребностите от медицинска помощ за борба с болестите; второ, оценката на резултатите, постигнати от създадените здравни служби.

Анализът на смъртността и на морбидността е прилаган широко при измерването на равнището на здравето, респ. на разпространението на болестта в една популация (W. Holland a. A. Wainwright, 1979).

Коефициентите за смъртност са неделима част от традиционните "индекси на здравето" (R. Andersen, 1978).

Повечето от традиционните индикатори за здравното състояние, предложени от различни автори, включват по някакъв начин или смъртта, или смъртността (J. Leonski, 1978).

Смъртността на една общност е един от основните измерители на нейното здравно състояние. Но той има реално значение само в контекста на средата, културата и климата, в които общността живее.

Вътре в кратки периоди от време социалните фактори и факторите на средата може да се считат константни. Затова серийният анализ на измененията в коефициентите за смъртност на една популация за къси периоди от време, какъвто е например едно десетилетие, дава надежни измерители на здравното състояние на популацията (H. Campbell, 1977).

Анализът на смъртността по възраст, пол, причини за умираанията, професия и т.н. има самостоятелно значение.

Показателите за смъртността и техните производни, по-специално средната продължителност на живота, при всичките им недостатъци следва да се признаят за едни от най-приемливите измерители на равнището на здравето на населението (M. C. Бедный, 1984).

За организаторите на здравеопазването анализът на смъртността представлява голям интерес, защото борбата за укрепване на здравето, за предотвратяване от болести (първична профилактика) и за успешното им лечение е свързана най-непосредствено със снижението на смъртността (Е. Я. Белицкая, 1980).

Данните за смъртността се използват широко за характеризирание на размера на проблемите на здравето и на болестта във времето и в пространството (I. Morigawa, 1979).

На всички генерични равнища на организацията с изключение на индивидуалното (районно, окръжно, национално и международно) измерителите на смъртността са сред основните измерители на здравното състояние на населението (B. Cerkovnij a. o., 1979).

Коефициентите за смъртност по пол и възраст са най-унифицираният и най-информативният от съществуващите критерии за здравното състояние. Специалистите по планиране на здравеопазването предпочитат да използват за управление на здравните служби не показателите за заболяемостта и за временната нетрудоспособност, а показателите за смъртността като резултантни критерии за оценка на здравното състояние (B. M. Комаров, 1979).

Наричат ги даже "единствен определен общ знаменател на здравното състояние" (S. Goldsmith, 1972).

Те дават възможност да се изчислят и обществено-биологичните загуби, дължими на преждевременна смърт (С. Кленович, 1975).

Сред основните измерители на здравето на популационно равнище заедно с повъзрастовата смъртност играе важна роля и средната продължителност на живота (D. A. Александров и И. И. Случевский, 1983).

Средната продължителност на живота се използва и като обобщен индикатор за "равнището на живота" (Development ..., 1981).

Еволюцията на средната продължителност на живота във времето и международните сравнения по нея позволяват да се правят заключения за здравното състояние на сравнявани популации (W. Casper u. a., 1983).

Разбира се, изучаването на коефициентите на общата смъртност и на brutните повъзрастови коефициенти за смъртност е само първа стъпка в анализа на смъртността.

Днес и в бъдеще статистиката на причините за умираанията ще заема уникално място в информационната система за здравното състояние на населението (S. Koller, 1977). Изучаването на причините за умираанията има водещо значение във всяко изследване върху тенденциите в епидемиологията, в общественото здравеопазване и даже в социално-икономическите изследвания (H. Campbell, 1977).

Очевидно е, че в съвременните условия не е възможно, нито допустимо, да се планира и управлява дейността по здравеопазването на населението без отчитане на неговото здравно състояние.

Вече не е нужно да се доказва необходимостта от задълбочено изучаване на смъртността, което в съчетание с изучаването на заболяемостта създава основа за изработване на рационални и рентабилни мерки за оздравяване и умножаване на

работната сила (В. А. Корчак-Чепурковский, 1970).

При това се налага да се отдели специално внимание на смъртността на мъжете над 30-годишна възраст, с оглед да се овладее нейното нарастване - още повече, че по-високата смъртност на мъжете в тази възраст в сравнение с жените се дължи повече на социални, отколкото на биологични причини (W. Casper, 1981). Коефициентите за смъртност (обща, повъзрастова и по причини) дават ясна картина за приоритетите в здравеопазването (A. Sonis, 1979).

Както в текущото, така и в перспективното планиране на дейността на здравната служба придобива все по-голямо значение оценката на ефективността на здравеопазните програми.

Показателите за здравното състояние на населението са основният показател за равнището на тази ефективност.

Сред тях на първо място са коефициентите за смъртността на населението по причини. Те могат да послужат за оценка както на качеството на медицинското обслужване (J. Adam и K. Werner, 1973), така и за ефективността на здравната служба изобщо (L. Raymond, 1976).

Смъртността по причини може да бъде измерител на резултатността на програмите за първична профилактика (B. Hetzel, 1979).

Това се отнася особено за онези заболявания, които са предотвратими при правилна медицинска интервенция - хипертоничната болест, пневмонията, хроничната ревматична кардиопатия, бактериалните инфекции, херпесите, острият апендицит и др. (J. Charlton и др., 1983).

#### ПРЕДМЕТ

Този труд е един опит да се пристъпи към изследване на някои от демографските и медико-демографските проблеми, очертани накратко по-горе. Той е плод на дългогодишно проучване на литературата по въпроса и на еволюцията на показателите за смъртността у нас и в други страни.

След последователна оценка на медицинските проблеми, скрити зад стойностите и измененията на коефициентите за смъртност, доби своя днешен вид предметът на този труд.

Той се определя от няколко фактора.

В своята цялост проблемът за смъртността е толкова многостранен и обемен, че не е по силите не само на отделния изследовател, но и на цели големи колективи да го обхванат.

Поради това от огромното множество частни проблеми на смъртността беше избран най-важният за организатора на здравеопазването - нозологичната характеристика на смъртността. За по-кратко ще я наричаме "нозология на смъртността".

До сега у нас нозологията на смъртността почти не е била обект на задълбочено изследване.

Рутинно публикуваните данни за цялото население на страната дават крайно оскъдна и силно обобщена информация, която на практика не може да послужи за насочване на политиката в областта на здравеопазването.

Нозологичните проблеми на смъртността в целия възрастов диапазон са крайно хетерогенни.

Най-грубо те могат да се разделят на три големи групи:

- нозологични проблеми на детската възраст (до 14 години);
- нозологични проблеми на активната възраст (от 15 до 64 години) и
- нозологични проблеми на напредналата и старческата възраст (след 65 години).

Впрочем това деление на възрастови групи отговаря на делението на възрастните, прието от Организацията на обединените нации (П. Михайлова, 1984).

Задълбоченото изследване на проблемите на която и да е от трите възрастови групи

изисква много усилия и време.

Изборът на активната възраст за това изследване има своите сериозни мотиви. Преди всичко това са неблагоприятните тенденции в брутната повъзrastова смъртност на населението от тази възраст и по-специално на мъжете. Овластяването им би дало много важен демографски и социален ефект и нов тласък на социално-икономическия прогрес на страната. То обаче е мислимо само при условие, че са изяснени факторите от биологичен и социален порядък, които са довели до днешното състояние или го поддържат и днес.

По напълно понятни причини изследването на нозологията на смъртността в напречен и надлъжен разрез трябва да стане първа фаза в това изследване - фаза, без която изследването на факторите е невъзможно.

Много сериозни са и причините, поради които изследването на нозологията на смъртността е ограничено само до мъжкия пол.

Преди всичко това са неблагоприятните тенденции във времето както на брутните повъзrastови показатели, така и на частичните показатели за смъртността на мъжете по причини.

Различният нозологичен профил на смъртността на жените в тази възраст също изисква специално насочени проучвания. На тях могат да се посветят цели колективи. Даже изследването на разликите в смъртността на мъжете и жените заслужава да бъдат създадени специални научни екипи.

## ЦЕЛ

Целта на това изследване е:

- да се дефинират тенденциите в нозологичната характеристика на смъртността при мъжете в активна възраст, формирани се в течение на двадесет години;
- да се потърсят възможности за предвиждане на тенденциите в непосредственото бъдеще и
- да се очертаят приоритетните направления за профилактика на преждевременната смърт при този контингент.

## ЗАДАЧИ

За постигане на така поставената цел са решени следните научни задачи:

Изградени са единни динамични редове на умираанията по местоживееие, възраст и причини за целия период, пригодни за анализ на тенденциите във времето. За целта е използвана класификационна система на причините за умираанията, основана на Осмата ревизия на Международната класификация на болестите от 1965 г.

С помощта на два ключа, разработени от автора, данните за периода 1964-1967 г., табулирани в Централното статистическо управление по Седмата ревизия (1955 г.) и данните за периода 1980-1983 г., табулирани в Централното статистическо управление по Деветата ревизия (1975 г.), са приведени към Осмата ревизия на Международната класификация на болестите.

По този начин е осигурена "непрекъснатост" на данните за целия период и сравнимост на подпериодите в него.

Проучена е нозологичната структура на умираанията по класове болести и по нозологични групи съгласно списък "А" на Международната класификация на болестите.

Дефинирани са и измененията в нозологичната структура на умираанията, настъпили през изследвания период.

Според величината на относителните им дялове са подбрани онези класове болести и

нозологични групи, които впоследствие са подложени на задълбочен анализ.

Изчислени са коефициенти за смъртност по местоживееие, възраст, календарни години, подпериоди и причини и техните доверителни интервали.

Направена е стохастическа оценка за значимостта на разликите между коефициентите за смъртност по местоживееие и подпериоди с помощта на z-критерия.

Динамичните редове на коефициентите за смъртност са подложени на регресионен анализ, за да се прецени статистическата значимост на тенденциите.

Подложени са на експертна оценка възможностите за екстраполация на очерталите се тенденции в бъдещето.

С помощта на биометричните функции на серия от таблици за смъртност е направена оценка за жизнения потенциал на отделно лице от контингента през периода.

Показателите за средната продължителност на очаквания живот при раждането и в определени точни възрасти са използвани като интегрални показатели за демографския режим на контингента.

По данни от литературата е изучен опитът на страните, в които вече е постигнато снижение на смъртността от социално-значимите болести при мъжете в активна възраст.

На тази основа са формулирани приоритетните направления за профилактика на преждевременната смърт при тези групи от населението.

## МЕТОДИ

Методиката, използвана при решаването на така формулираните научни задачи, е приведена подробно в книгата "Смъртност на населението в България", издадена през 1984 г. от ДИ "Медицина и физкултура" под редакцията и с участието на автора (Н. Големанов и др., 1984).

Логическият анализ на изключително богатия фактически материал е осъществен с помощта на стандартни математико-статистически методи: алтернативен, регресионен, корелационен, стохастически, анализ на динамични промени и др.

За пръв път у нас е приложен методът на С. L. Chiang (1978) за построяване на съкратени, диференцирани и условни таблици за смъртност. Тук са използвани някои от техните биометрични функции за изчисляване на жизнения потенциал на отделното лице. На съдия автор принадлежи и методиката за стохастически анализ. За приложение на повечето от математико-статистическите методи са ползвани методите и статистическите таблици на P. Armitage (1974).

За дефиниране на тенденциите, съдържащи се във фактическите данни, е използвано уравнението на праволинейната регресия.

В случаите, когато регресионният коефициент е статистически значим, е направена експертна оценка на допустимостта на екстраполацията на тенденцията в периода до двехилядната година.

Макар и твърде ригиден, този критерий е надежден помощник в такива случаи.

Напоследък с основание се счита, че случайните колебания на смъртността в същност се групират около една праволинейна тенденция, която продължава и в бъдещето (S. Rywik et al., 1978).

От целия пакет таблици за смъртност, публикувани в посочената книга, тук са използвани само съкратените таблици за смъртност. От техните биометрични функции са изчислени показателите за жизнения потенциал, които се привеждат.

#### ОГРАНИЧИТЕЛНИ УСЛОВИЯ

Поради самия си характер този труд се базира изключително на първичните данни за умирањията и за населението, събирани рутинно в Централното статистическо управление.

Това поставя на изследователя определени условия, които ограничават възможностите за анализ в ширина и дълбочина на проблема.

За специалиста тези ограничения са ясни, но е необходимо тук да се споменат поне по-важните от тях.

Изследва се смъртността на мъжете на възраст от 15 до 64 години от градовете и селата на НРБ, разпределени в петгодишни възрастови групи.

В Централното статистическо управление умирањията не се табулират по социални и професионални групи в комбинация с причини. Поради това анализът на нозологията на смъртността по социални групи и по професионални фактори не е възможен на този етап.

Изследването е изчерпателно за мъжете в активна възраст от цялата страна. Под "население" следва да се разбира средногодишният брой на мъжете в съответната група за всяка календарна година от периода.

Началото на изследвания период се определя от факта, че през годините 1961, 1962 и 1963 (първите три години след въвеждането на Седмата ревизия на Международната класификация на болестите) данните за умирањията са табулирани в Централното статистическо управление по друга схема. Опитите за декомпозиране по математически път не дадоха надеждни резултати и тези години бяха изключени от анализа.

#### ПРИЗНАТЕЛНОСТ

Този труд беше осъществен с ценната помощ на:

- Доц. Божидар Русев, к. и. н., автор на алгоритъма за построяване на таблиците за смъртност;
- Ст. н. с. II ст. Емил Христов, к. и. н., автор на алгоритъма за стохастическа интерпретация на коефициентите за смъртност;
- Владимир Зографски, автор на програмите за електронна обработка на данните;
- Лидия Павлова, операторка на микрокомпютър IBM PC-XT;
- Анастасия Русева, копираля и ретабулирала първичните данни от масивите на Централното статистическо управление.

Под ръководството на автора този колектив приложи за пръв път у нас методите на Ч. Л. Чанг за построяване на таблици за смъртност и за стохастическа интерпретация на измерителите на смъртността.

Настоящото изследване е пряко продължение на цитираната по горе монографична разработка. То е изпълнено самостоятелно от автора.

На всички участници в този дълъг и труден процес авторът изказва своята сърдечна благодарност и признателност.

## НОЗОЛОГИЯТА НА СМЪРТНОСТТА ВЪВ ВРЕМЕТО

Да се представи в малък обем еволюцията на смъртността по възраст, местоживеење и причини, макар и само на мъжете в активна възраст, е изключително трудно. Само за целите на регресионния анализ са разработени 936 диаграми със съответните изчисления. Налице е и огромен табличен материал. Поради това в този обем на труда са представени само:

- Част от таблиците;
- Синтетични диаграми за нозологичната структура по подпериоди;
- Пълни скатер-диаграми с линейна регресия на коефициентите за смъртност от класовите причини за умирањията;
- Синтетични диаграми с изображения на линейната регресия на коефициентите за смъртност от най-важните групи причини. В тях е показано кои тенденции във времето са значими по регресионния коефициент.

В текста, който следва, еволюцията на нозологичната характеристика през изследвания период се разглежда по възрастови групи със сравнителен анализ по местоживеење. По този начин се разкрива по-ясно нозологичната проблематика, която има значение за теорията и практиката на общественото здравеопазване.

### НОЗОЛОГИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НА СМЪРТНОСТТА ПРИ МЪЖЕТЕ В АКТИВНА ВЪЗРАСТ (15-64 г.)

През периода 1964-1983 г. броят на мъжете в активна възраст в НРБ е нараснал с 238 605 души или с 8,7%. За същия период броят на всички мъже в страната се е увеличил с 9,3%.

Средногодишното нарастване на броя на мъжете в активна възраст е изоставало зад средногодишното нарастване на броя на всички мъже. Както ще бъде показано по-нататък, това изоставане е било за сметка предимно на депопулация в групите на младежите на възраст от 15 до 19 години и на мъжете на възраст 35-44 години.

Броят на мъжете в активна възраст от градовете е нараствал средногодишно с 3,15%, докато броят на мъжете в активна възраст от селата е намалявал с 1,80% на година. Относителният дял на мъжете в активна възраст от градското мъжко население се е задържал през изследвания период на около 70%.

При мъжете от селата този относителен дял е намалял през периода от 65 на 62%. През изследвания период са настъпили неблагоприятни изменения във възрастовата структура на активното мъжко население на страната:

- Намалял е относителният дял на възрастовите групи от 15 до 44 години;
- Нараснал е относителният дял на възрастовите групи от 50 до 64 години.

Темпът на измененията е сроден при мъжете от градовете и селата, но при мъжете от селата в най-младите възрастови групи снижението започва от по-ниско равнище. Поради това в края на периода възрастовата структура на активното мъжко население от селата е значително по-неблагоприятна:

- С по-нисък относителен дял на мъжете на възраст от 15 до 24 години;
- С по-висок относителен дял на мъжете на възраст от 55 до 64 години.

През двадесетте години на изследвания период абсолютният брой на умирањията при мъжете в активна възраст е нараснал с 56% при нарастване на общия брой на мъжкото активно население с всичко 9%, ако се сравняват крайните точки на периода (фигури 1 и 2). Това прави съответно средногодишно нарастване с 3% на броя на умирањията и с 0,4% - на броя на населението.

При мъжете от градовете абсолютният брой на умирањията е нараснал със 129%, а

---

+ От тук нататък в текста и в повечето от таблиците относителните дялове, изразени в проценти, са закръглени до единица.

броят на населението - с 63% (фигури 3 и 4).

При мъжете от селата абсолютният брой на умираанията е нараснал с 11% при намаление на броя на населението с 36% (фигури 5 и 6).

За двадесет години нозологичната структура на умираанията при мъжете в активна възраст, разглеждана като рангови позиции на класовете болести, не се е изменила съществено (таблица 1).

Както в градовете, така и в селата смъртността се е определяла от :

- Болести на органите на кръвообращението (клас VII) с 39 и 42%; +
- Новообразувания (клас II) с 21 и 22%;
- Злополуки, отравяния и насилия (клас XVII) с 16 и 17 %;
- Болести на дихателната система (клас VIII) с 6 и 8% и
- Болести на храносмилателната система (клас IX) с 5% .

На шесто място през целия период са били неизяснените причини, наричани в Международната класификация на болестите "Симптоми и недобре определени състояния" (клас XVI) с 2 и 4% (фигура 7).

Относителните дялове на класовете болести не показват през периода да са съществували значими разлики по местоживееене.

Измененията на относителните дялове във времето са били сродни при мъжете от градовете и от селата.

Относителният дял на болестите на органите на кръвообращението от всички причини за умираанията е нараснал за двадесет години с повече от 10% .

Намалели са относителните дялове на новообразуванията и на болестите на дихателната система.

Не са се променили съществено относителните дялове на злополуките и на болестите на храносмилателната система.

Очудващо и тревожно е нарастването от 1 на 4% на относителния дял на умираанията с неизяснени причини при мъжете от градовете.

Нозологичната структура на умираанията, разглеждана по групи болести, се е определяла от:

- Ишемичната болест на сърцето (A 83) с 16 и 18%;
- Мозъчносъдовата болест (A 85) с 12 и 15%;
- Злокачествените новообразувания на трахеята, бронхите и белия дроб (A 51) със 7 и 8% .

Тези три нозологични групи са определяли 40% от всички умираания при мъжете на възраст от 15 до 64 години у нас.

През изследвания период относителният дял на ишемичната болест на сърцето е нараснал почти двойно.

Относителният дял на туберкулозата на дихателната система (A 6) е намалял четири пъти в градовете и пет пъти в селата.

Сродно по размер намаление на относителния дял е било осъществено и при хроничната ревматична кардиопатия (A 81).

Формирала се е тенденция към намаление на относителните дялове на умираанията от бронхит, емфизем и астма (A 93) и от злокачествени новообразувания на стомаха (A 47).

Общата смъртност на мъжете в активна възраст се е покачвала през целия изследван

период:

- с 1,5% средногодишно при мъжете от градовете;
- с 2,4% средногодишно при мъжете от селата.

През същия период общата смъртност на мъжете на възраст от 20 до 65 години в

---

+ Където са приведени две цифри за един клас или за една нозологична група, те представят относителните дялове за мъжете от градовете и от селата през последния подпериод.

Англия и Чехия е претърпяла едностранно и доста съществено снижение (D. Taylor, 1986), а общата смъртност на мъжете във възрастта 45-64 години в Япония е намаляла с 50-60%, за да се нареде сред най-ниските в света (B. Jung, 1985). През първия подпериод (1964-1967) общата смъртност на мъжете от селата е била с 37% по-висока от тази на мъжете от градовете. През целия период тя се е покачвала с по-висок темп, в резултат на което разликата по местоживеење по този показател е нараствала.

Покачването на общата смъртност при мъжете в активна възраст от градовете и от селата на НРБ е с много висока статистическа значимост по коефициента на линейната регресия (фигури 8 и 9).

Скатор-диаграмите на линейната регресия от типа на фигури 8 и 9 са 936 на брой. Естествено те не могат да бъдат поместени в труда. Някои от тях са представени на отделни места като илюстрация на интересни процеси.

Най-важните регресионни линии са пренесени на синтетични полулогаритмични диаграми във вид на прави линии, дефинирани от съответните регресионни уравнения. Поотделно за мъжете от градовете и селата са представени регресионните линии на коефициентите за смъртност във всички възрастови групи, в които има регистрирани смъртни случаи от съответната причина. Значимите регресии са представени с пълни линии, а незначимите - с пунктир. Двойните пълни или пунктирни линии представят регресиите на коефициентите за смъртност от съответната причина на цялата група мъже на възраст 15-64 години.

По този начин е представена общата смъртност на мъжете в активна възраст от градовете и селата на НРБ на фигура 10.

Общата смъртност на мъжете в активна възраст от селата е била съществено по-висока от тази на мъжете в градовете (таблица 3).

Поради сериозните различия във възрастовата структура на мъжкото население от градовете и селата такива сравнения са винаги под резерв. Стандартизираната обща смъртност на мъжете в активна възраст от селата при стандарт - възрастовата структура на мъжете от градовете е със 17,6% по-ниска от брутната.

Смъртността от болести на органите на кръвообращението на мъжете в активна възраст е нараснала през изследвания период:

- 1,7 пъти в градовете;
- 2,2 пъти в селата.

Повишението е с много висока статистическа значимост по коефициента на линейната регресия (фигури 11, 12 и 13). То е в унисон с нарастването на същия показател в европейските социалистически страни и в контраст със снижението му в редица други страни (таблица 4).

Особено отбелязване заслужава значителният дял на мъжете във възрастта от 35 до 55 години в образуването на този показател (J. Knarre и J. Heinrich, 1983).

Смъртността от болести на органите на кръвообращението при мъжете от селата е значимо по-висока от тази на мъжете от градовете.

За двадесет години смъртността от хронична ревматична кардиопатия е намаляла два пъти и в градовете, и в селата (фигура 14). Снижението е значимо и може да се обясни с въвеждането на безплатната профилактика на острия ревматизъм. Този показател е претърпял сходни изменения и в други страни (D. Eisenblaetter и а., 1981). Още преди петнадесет години Z. Fejfar беше заявил, че в икономически развитите страни хроничната ревматична кардиопатия вече не е проблем. Това е един ярък пример на ефективна първична профилактика, дала реален демографски резултат за непродължителен период от време. С днешните възможности на медицинската наука и практика ревматизмът и хроничната ревматична кардиопатия могат да бъдат изкоренени от повечето части на планетата. Счита се, че между всички болести на органите на кръвообращението хроничната ревматична кардиопатия е единствената напълно предотвратима болест (M. Atha и а., 1982).

В същото време обаче, смъртността от хронична ревматична кардиопатия на мъжете от селата си остава 1,5 пъти по-висока в сравнение с градовете.

Смъртността от исхемична болест на сърцето е нараснала значимо при мъжете в активна възраст през изследвания период (фигура 15):

- 2,2 пъти при мъжете от градовете;
- 2,8 пъти при мъжете от селата.

Повишението на този показател при мъжете в активна възраст от НРБ изглежда крайно неблагоприятно на фона на снижението му в САЩ, Австралия, Финландия и Япония, и на значително по-малкото повишение в други страни през периода 1968-1981 г. (таблица 5).

Още по-страшно и също значимо е покачването на смъртността на мъжете в активна възраст у нас от остър инфаркт на миокарда:

- 2,7 пъти в градовете;
- 3,8 пъти в селата (фигура 16).

Както ще бъде показано по-нататък, това повишение засяга по-осезателно средната възраст. Подобни наблюдения имат и други автори (D. Clayton a. o., 1977; Z. Fejfar, 1972).

В същото време от други страни по света вече съобщават за снижение на този показател и то именно в тази възраст (S. Leeder a. o., 1983).

От други страни се съобщава за задържане и стабилизиране на този показател, което също е сериозно постижение в борбата със сърдечно-съдовите болести (G. Ewert, 1983; W. Nammar a. A. Ahlborn, 1987).

Множество автори, изследвали доболничния и болничния леталитет на заболялите от остри коронарни инциденти и случаите на внезапна смърт, считат, че е възможно снижение на показателя за смъртност от исхемична болест на сърцето още преди да се появят резултатите на първичната профилактика - за сметка на повишаване на ефективността на квалифицираната медицинска помощ на мястото на инцидента (M. Feinleib a. M. Davidson, 1972; Я. Белоев и Г. Николов, 1977; Е. В. Ермаков и др., 1979; H. Koehler u. a., 1981; J. Geddes a. S. Webb, 1983; P. Bayliss, 1985).

Значително и статистически значимо е и покачването на смъртността от мозъчносъдова болест на мъжете в активна възраст (фигура 17):

- 1,5 пъти в градовете;
- 2,1 пъти в селата.

Тревожните тенденции в смъртността от мозъчносъдова болест у нас се очертават още в началото на изследвания период. Откроява се големият и нарастващ относителен дял на нозологичната група А 85 от всички причини за умираанията.

В икономически развитите страни този относителен дял се движи около 13% (H. C. Misiuk и др., 1979; L. Capron, 1984).

Още през 1969 г. България превъзхожда съществено с относителен дял на мозъчносъдовата болест 21,7% страните Австрия, Чехословакия, ФРГ, Франция, Англия и Шотландия, където относителният дял на тази група причини се движи от 10,7 до 12,9% (Medical certification..., 1973).

С този относителен дял България се доближава плътно до показателя на Япония (25%), където до неотдавна смъртността от мозъчносъдова болест беше най-високата в света (The average life span..., 1979).

През 1978 г. България "поведе" 18 европейски страни по смъртност от мозъчносъдова болест с 236,8 о/оооо, пред Австрия, Чехословакия и Унгария (З. Богданов, 1982) и даже пред Япония - тогава с 209 о/оооо (Д. Хаджиев и Р. Рашев, 1979). През 1980 г. начело на ранговия списък по смъртност от мозъчносъдова болест от 18 европейски страни са: България с 280 о/оооо, Унгария с 232 о/оооо, Люксембург със 196 о/оооо, Австрия със 195 о/оооо и Шотландия със 177 о/оооо (А. Цонева-Пенчева, 1983).

В същото време смъртността от мозъчносъдова болест бързо и стабилно се снижава в САЩ (R. Remington, 1981); през периода 1968-1981 г. това снижение е с 46% (P. Gunby, 1984).

След 1982 г. най-голямото пропорционално снижение сред всички причини за смърт в САЩ е отново на мозъчносъдовата болест - близо 13% (Changes..., 1985).

Смъртността от мозъчносъдова болест спада даже в Тайван, макар до 1982 г. да е била най-честата причина за смърт там (H.-H. Hu a. o., 1987).

Значимото покачване на смъртността от болести на органите на кръвообращението при мъжете в активна възраст у нас е безспорен и тревожен факт. Неговото значение изпъква още по-ярко, ако се вземе предвид, че тези болести са водеща причина за смърт при мъжете в активна възраст като цяло и за повечето от възрастовите групи от тях. Всичко това изисква неотложно планиране и провеждане на многостранни и насочени научни изследвания на причините, които обуславят тези неблагоприятни тенденции. Такива изследвания са предпоставка за въвеждането на ефективни профилактични и лечебни мерки на популационно, групово и индивидуално равнище.

При мъжете в активна възраст от селата смъртността от болести на органите на кръвообращението е по-висока, отколкото при мъжете от градовете. Без изключение разликите са с висока статистическа значимост (таблица 6). При мозъчносъдовата болест в края на периода разликата надвишава два пъти.

В края на периода 1964-1983 г. новообразуванията са били причина за около 20% от всички умираания при мъжете в активна възраст и са заемали второ място в нозологичната структура на умираанията при тях.

Както в градовете, така и в селата относителният дял на новообразуванията от всички причини за умираанията е намалявал през този период. Това снижение е относително и се дължи преди всичко на интензивното нарастване на относителния дял на болестите на органите на кръвообращението.

Абсолютният брой на умираанията от новообразувания при този контингент е нараснал през периода с 27% и е изпреварил значително нарастването на броя на населението. Смъртността от новообразувания на мъжете в активна възраст също се е покачвала значимо през периода (фигура 20).

При мъжете от селата смъртността от новообразувания е значително и значимо по-висока в сравнение с градовете (таблица 7).

Злокачествените новообразувания (нозологична група 140-209) повтарят горните зависимости и фактически определят гореказаното за клас II.

Смъртността от новообразувания расте във всички европейски страни с изключение на Австрия. Покачването е най-значително в Унгария, Швеция, Дания и Гърция (З. Богданов, 1982). Повишението е налице и в САЩ (J. Bailar a. E. Smith, 1986) и то изключително за сметка на злокачествените новообразувания на трахеята, бронхите и белия гроб (Krebssterblichkeit..., 1982). +

Смъртността от рак на стомаха (A 47) е показала стабилна тенденция към снижение през изследвания период:

- с 25% при мъжете от градовете;
- със 17% при мъжете от селата.

Снижението е с висока статистическа значимост (фигура 21).

С изключение на Гърция всички европейски страни съобщават за снижение на смъртността от рак на стомаха (F. van der Linde, 1975; M. Brunet et al., 1979; H. П. Напалков и др., 1980; З. Богданов, 1982; В. Златанова, 1984; B. Dominok u. R. Schweissinger, 1984; Г. Митров и др., 1987). Снижение е регистрирано в САЩ (J. Bailar a. E. Smith, 1986; M. Hanson a. o., 1980) и в Япония (В. К. Овчаров и В. А. Быстрова, 1979).

След 1968 г. смъртността от рак на стомаха при мъжете в активна възраст от селата у нас е над два пъти по-висока в сравнение с мъжете от градовете.

Разликите са с много висока статистическа значимост.

Въпреки постигнатото снижение смъртността от рак на стомаха остава висока и е

---

+ Забележка: От тук нататък поради съображения за краткост на текста ще бъдат допуснати някои отклонения от номенклатурата на болестите, използвана в Осната ревизия на Международната класификация на болестите. Например: ще се използва терминът "рак" вместо термина "злокачествени новообразувания" ("рак на бронха" вместо "злокачествени новообразувания на трахеята, бронхите и белия гроб") и пр.

сред определящите структурата на смъртността локализации на злокачествения растеж.

Тревожна тенденция на бързо покачване са показали коефициентите за смъртност от злокачествени новообразувания на червата без ректума (А 48) и на ректума и ректосигмоидната граница (А 49). Макар в началото на изследвания период да имат много ниски стойности, тези коефициенти са нараснали два пъти за двадесет години. Нарастването е с висока статистическа значимост (фигури 22 и 23). В някои от подпериодите са значими и разликите по местоживееене при по-високи показатели за мъжете от селата.

Повишение на смъртността от тези локализации на злокачествения растеж е съобщавано и за други страни (Т. Чолакова и А. Вълчев, 1982; Е. В. Капацкинский и др., 1983; Н. Berndt и V. Hendel, 1983; Г. Митров и др., 1983). В САЩ този показател е стабилен (Р. Rubin, 1983).

Една трета от всички умиралия поради новообразувания се дължат на рака на бронха (А 51). Това определя и челната позиция на тази локализация не само в клас II, но и в ранговото подреждане на нозологичните групи като причина за смърт изобщо. През изследвания период смъртността от злокачествени новообразувания на бронха е нараствала трайно и значимо (фигура 24).

Смъртността на мъжете от селата от тази причина е била значимо по-висока от смъртността на мъжете от градовете.

Смъртността от рак на бронха расте навсякъде по света. В Канада тя е нараснала за периода 1931-1960 г. седем пъти (Е. Best, 1963) и продължава да расте, както там, така и в други страни (Р. Раганов и др., 1979; Н. Berndt и а., 1982; Krebssterblichkeit..., 1982; P. van Houtte а. о., 1983). През периода 1962-1982 г. смъртността от рак на бронха в САЩ е нараснала 3,7 пъти. J. Bailar а. E. Smith (1986) нарекоха това "медицински, социален и политически скандал". Засега остава изолирано съобщението на D. Barker (1984) за снижение на смъртността от рак на бронха в последните поколения на Англия, установено при кохортно изследване на периода 1951-1980 г. Авторът свързва това понижение с намалението на катраните във фабрично произвежданите цигари.

Има още един тревожен факт, свързан със смъртността от новообразувания: относителният дял на умиралията в активна възраст от този клас причини спрямо всички умиралия у нас е много висок. За умиралията от рак на бронха той е достигнал 50%. По сравними данни на J. Naas и W. Staneczek (1984) показателите на ГДР по тази и други локализации са далеч по-благоприятни.

В структурата на класовете причини за умиралията при мъжете в активна възраст в НРБ третото място се заема от злополуките, отравянията и насилията (клас XVII).<sup>+</sup> Относителният дял на тази група причини за смърт от всички умиралия практически не се е променил за това време и е останал около 17%. Но зад тази привидна стабилност се крие значителна и неблагоприятна динамика:

- При сборната група на всички мъже в активна възраст абсолютният брой на умиралията поради злополуки е нараснал с 51% при нарастване на броя на населението с всичко 9%;

- При мъжете от градовете абсолютният брой на умиралията поради злополуки е нараснал със 132% при нарастване на броя на населението с всичко 63%;

- При мъжете от селата абсолютният брой на умиралията поради злополуки е нараснал с 2% при намаление на броя на населението с 36%.

С известни колебания смъртността от злополуки е нараствала през периода 1964-1983 г. (фигури 25 и 26). При мъжете от градовете нарастването е по-малко и е ставало по-плавно. При мъжете от селата то надвишава 42% и е регистрирано главно през 1979-1983 г. Независимо от тези разлики, покачването е с висока статистическа значимост както в градовете, така и в селата (фигура 27).

<sup>+</sup> По-нататък ще наричаме за по-кратко този клас просто "злополуки".

Заедно с Унгария, Полша и Дания, НРБ е сред четирите европейски страни с най-значително повишение на смъртността от злополуки (З. Богданов, 1982). Значението на този факт не бива да се подценява: смъртността от злополуки е сред главните причини за загуби на живот в трудоспособната възраст (W. Casper и P. Biersdorf, 1980; Violent death..., 1982; Verlorene Lebensjahre..., 1984) и затова я приемат за измерител на размерите на преждевременните загуби на живот (L. Budnick и B. Chaiken, 1985) и за индикатор на социално-икономическото развитие на една страна (R. Glyn Thomas, 1979).

Смъртността от злополуки у нас е значимо по-висока при мъжете от селата. Разликата по местоживеење е нараствала през изследвания период; през последния подпериод тя е била вече с 42% по-висока при мъжете от селата (таблица 8). Близо две трети от всички умираания поради злополуки в активната възраст у нас са се дължали на злополуки с моторно превозно средство (АЕ 138), злополуки случили се главно в индустрията (АЕ 145) + и самоубийства и самонаранявания (АЕ 147) ++.

Абсолютният брой на смъртните случаи поради злополуки с моторно превозно средство е нараснал през изследвания период:

- 2,6 пъти при мъжете от градовете и е изпреварил многократно ръста на населението;

- 1,3 пъти при мъжете от селата при намаление на броя на населението.

Относителният дял на злополуките с моторно превозно средство от всички причини за умираанията е останал непроменен.

Смъртността от злополуки с моторно превозно средство е нараствала през изследвания период. Нарастването е по-значително и статистически значимо при мъжете от селата (фигура 28).

В последния подпериод смъртността от злополуки с моторно превозно средство на мъжете от селата е била значимо по-висока от тази на мъжете от градовете. Поради разликата в критериите, приети от различните европейски страни при дефинирането на понятието "смърт от злополука с моторно превозно средство" (The epidemiology..., 1976; Les statistiques relatives..., 1981), тук не са възможни международни сравнения със задоволителна точност или даже приближение. Принудени сме да се ограничим със сравнение на тенденциите, които са се формирали при относително единство на критериите; в девет от седемнадесет европейски страни е регистрирано снижение на този показател през периода 1969-1978 г., в четири страни показателят е останал без съществени промени и в четири той се е повишил. България е сред последната група (З. Богданов, 1982).

Злополуките, случили се главно в индустрията (АЕ 145) покриват голяма степен използваното у нас трудово-правно понятие "трудова злополука". Тази група причини за смърт заслужава специално внимание по няколко причини:

- По правило те са предотвратими с мерки за охрана на труда;

- Водят до значителни загуби на живот в трудоспособната възраст;

- През периода 1964-1983 г. у нас абсолютният брой на умираанията поради такива причини е нараснал 3,6 пъти, като увеличението е реализирано предимно в последния подпериод.

Това атестира крайно отрицателно организацията и културата на труда в промишлеността и селското стопанство у нас и изисква изключително спешни и крайно строги мерки за охрана на здравето и живота на трудовете хора.

През последния подпериод е нараснала двойно в сравнение с предходните подпериоди и смъртността от трудови злополуки. Показването е с висока статистическа значимост (фигура 29).

Накрая се неблагоприятното за България сравнение с пряко противоположните

---

+ Нататък ще ги наричаме "трудова злополука" (вижте забележка 2 към Работната класификация на причините за умираанията).

++ Нататък ще ги наричаме "самоубийства".

тенденции на смъртността от трудови злополуки в други европейски страни като Франция (Accidents du travail..., 1980; Statistiques des accidents du travail..., 1981), ГДР (G. Ewert, 1983) и др.

Кривите на абсолютния брой на умиращите поради трудови злополуки и на смъртността от тях се пречупват през 1980 г. и се задържат на ново, по-високо равнище до края на изследвания период. Това насочва към възможността за намеса на регистрационни фактори при формирането на показателите след възвръщането на Деветата ревизия на Международната класификация на болестите през 1980 г. За да се уточнят причините за това явление, е необходимо да се провери всеки смъртен случай. В проверката следва да се включи и процесът на кодирането на причините за умиращите. Очевидно е, че за целта се изисква отделно проучване.

Не по-малко важни причини за смърт при мъжете в активна възраст са самоубийството и самоанаряването (AE 147).

В края на изследвания от нас период всяка година са умирали поради самоубийство повече от 500 мъже в тази възраст. През периода абсолютният брой на умиращите с такива причини непрекъснато е нараствал, макар относителният им дял от всички причини за смърт да е останал непроменен.

Смъртността от самоубийства на мъжете в активна възраст се е покачвала стабилно и значимо през изследвания период (фигура 30).

През целия период смъртността от самоубийства на мъжете от селата е била значимо по-висока от тази на мъжете от градовете.

В това отношение режимът на смъртността на мъжете в България не се различава от съблюдаваното за други страни. Смъртността от самоубийства е нараствала бавно от първите години на века, за да достигне в началото на седемдесетте години около 10 о/оооо за населението на повечето страни по света (A. May, 1973). През периода 1969-1978 г. повишение на този показател е регистрирано в дванадесет от седемнадесет европейски страни (З. Богданов, 1982).

Снижение на показателя е постигнато в Англия (Suicide, 1983), но повишението е правило във възрастта 15-29 години (Le suicide..., 1973; Suicide, 1974; Le suicide, 1975; Suicide..., 1976; Suizid, 1984; P. Clayton, 1987).

От 1986 г. най-високата смъртност от самоубийства в света се регистрира в Унгария - над 40 о/оооо (Ungarn..., 1986).

Четвъртото място в нозологичната структура на умиращите при мъжете в активна възраст в НРБ се заема през целия изследван период от болестите на дихателната система (клас VIII).

През периода са настъпили редица статистически несъществени промени:

- Намаление на относителния дял на умиращите поради болести на дихателната система от всички умиращи с около 3% за мъжете от градовете и от селата;

- Увеличение на абсолютния брой на умиращите от тези причини;

- Снизение на смъртността от тях от втория подпериод до края на периода (фигури 31, 32 и 33);

- Снизение на смъртността от бронхит, емфизем и астма (фигура 34).

Тревожно е обаче значителното и статистически значимо покачване на смъртността от пневмонии (A 91 + A 92), валидно и за градовете, и за селата (фигура 35).

При мъжете от селата това повишение е почти двойно.

Смъртността на мъжете от селата от болести на дихателната система, от пневмонии и от бронхит, емфизем и астма е значимо по-висока от тази на мъжете от градовете (таблица 9). Разликите достигат два пъти.

Снижението на смъртността от болести на дихателната система само по себе си е положително явление, но то не бива да ни успокоява. Сравнението на показателите на НРБ с показателите на други напреднали страни дава много сериозни основания за тревога (таблица 7). Таблицата показва пределно ясно, че смъртността на мъжете на средна възраст у нас, сравнена с най-ниската от деветте страни, е три пъти по-висока за всички болести на дихателната система, пет пъти по-висока за пневмониите и почти четири пъти по-висока за бронхита, емфизема и астмата.

Повишението на смъртността от пневмонии у нас е в рязък контраст с трайното снижение на този показател в повечето европейски страни (I. Trefny, 1971; G. L'Eltoire, 1974; E. Brooke, 1976; O. Gsell, 1978; A. Ленгвинат, 1982). Не можем да не признаем, че това е лош атестат за качеството и ефективността на медицинската помощ при един контингент, който поради възрастовата си характеристика следва да принадлежи към относително резистентните спрямо възпалителните заболявания на дихателната система. Разбира се, имат значение и фактори като физическо развитие и закаленост, които са функция от физическата активност на хората, но все пак този нозологичен кръг – и особено пневмониите – е сред онези, при които съвременната медицинска наука и практика е в състояние да постигне демографски резултат чрез ефективна борба за снижение на леталитета на заболялите.

Повечето от развитите страни съобщават за повишение на смъртността от бронхит, емфизем и астма (P. Крживинска, 1972; A. Khot a. R. Burn, 1984; Changes..., 1985; P. Vigney, 1986). Както беше споменато, у нас през изследвания период е регистрирано снижение на този показател. Противоположните тенденции са много интересно явление и следва да бъдат обяснени научно.

Петта рангова позиция в нозологичната структура на смъртността при мъжете в активна възраст са заемали през изследвания период болестите на храносмилателната система (клас IX).

Абсолютният брой на умираяните от болести на храносмилателната система е нараснал 1,7 пъти през изследвания период. Нарастването е по-значително при мъжете от градовете (2,4 пъти), но е факт и при мъжете от селата (1,2 пъти).

Относителният дял на болестите на храносмилателната система от всички причини за смърт не се изменил през периода и е останал около 5%.

Смъртността от болести на храносмилателната система е нараствала значимо през периода, за да достигне 24 о/оооо при мъжете от градовете и 38 о/оооо при мъжете от селата през последния подпериод (фигури 36 и 37).

Разликите между мъжете в активна възраст от градовете и от селата по смъртността от болести на храносмилателната система са статистически значими (таблица 11).

Колкото и странно, необяснимо и недопустимо да изглежда това във втората половина на двадесетия век, на вместо място в нозологичната структура на умираяните при мъжете в активна възраст през изследвания период е бил клас XVI (симптоми и слабо определени състояния).

Абсолютният брой на умираяните с неясни причини у нас е нараствал при мъжете от градовете и намалявал при мъжете от селата. Със значително по-голям брой случаи се откроява 1980 г. (773 в градовете и 416 в селата). Това вероятно се дължи на превключването към Деветата ревизия на Международната класификация на болестите, което е довело до колебания в кодирането на причините за умираяните през тази година.

Трудно може да се намери приемливо обяснение на факта, че честотните показатели за умираяните с неясна причина са се покачвали значимо при мъжете от градовете (фигура 38, 39 и 40). Разликите в показателите по местоживеење са били статистически значими. До четвъртия подпериод по-висок е бил показателят на мъжете от селата; през последния период отношенията са обратни (таблица 12).

Относителният дял на умираяните с неясни причини и тяхната честота се използват заедно с други показатели за оценка на качеството на медицинската помощ. Според Световната здравна организация "...честотата, с която групите А 136 + и А 137 ++ се посочват като причина за смърт, зависи от нивото на медицинската помощ за населението и е показател за недостатъчност на тази помощ" (S. Koller, 1977). Едно сравнение на избрани данни от същия автор и на наши данни буди много

---

+ А 136 - Старост

++ А 137 - Симптоми и други болестни състояния

сериозна тревога (таблица 8). По напълно понятни причини ние в никакъв случай не можем да говорим за недостатъчност на медицинската помощ у нас в количествения смисъл на сумата. Известно е, че по удовлетвореност на потребностите с медицински персонал и с болнични легла нашата страна заема челно място сред множество други страни. Затова сме принудени да мислим за недостатъчна ефективност на създадената мрежа и на подготовката на нейните кадри. Напоследък във връзка с подобни наблюдения се заговори и в Съветския съюз за дефекти в подготовката и възпитанието на медицинските кадри. Очевидно, и у нас е време да поставим на преценка някои използвани по инерция много години наред формулировки за състоянието на здравеопазването и да пристъпим към преустройство в много направления.

Още по-тревожни са тенденциите в този показател за периода 1964-1983 г. у нас. Те са противоположни на съобщаваните за други европейски страни (D. Eisenblaetter и а., 1981; H. Marcusson и а., 1982) и изискват внимателно проучване и мерки. С никакви мотиви не може да се приеме, че е допустимо този показател да расте, и то значително, още по-малко при мъжете от градовете.

При разглеждането на нозологията на смъртността в отделните възрастови групи няма да се отделя място на клас XVI, тъй като горните констатации важат изцяло и за тях.

#### НОЗОЛОГИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НА СМЪРТНОСТТА ПРИ МЛАДЕЖИТЕ НА ВЪЗРАСТ ОТ 15 ДО 19 ГОДИНИ

Най-младата група от мъжете в активна възраст в НРБ е намаляла през периода 1964-1983 г. с 10% и е достигнала през 1983 г. общ брой 309 572 души. Заг това общо намаление се крият противоположни процеси в градското и селското население на страната:

- Броят на младежите от градовете е нараснал със 72%;
- Броят на младежите от селата е намалял с 61%.

Като част от мъхото население на страната тази възрастова група е намалявала през изследвания период:

- За градовете от 12 на 8%;
- За селата от 9 на 5% .

Тази група е намалявала и като относителен дял от мъжете в активна възраст:

- За градовете от 17 на 11%;
- За селата от 14 на 8% .

Абсолютният брой на умираанията в тази възрастова група е намалял през периода 1964-1983 г. с 10% (фигура 41), но и тук има съществени разлики по местоживееене:

- Абсолютният брой на умираанията в градовете е нараснал с 43% при ръст на населението със 72% (фигура 42).
- Абсолютният брой на умираанията в селата е намалял с 37% при намаление на броя на населението с 61% (фигура 43).

През изследвания период режимът на смъртността при младежите от градовете е бил по-благоприятен, отколкото при младежите от селата.

Нозологичната структура на умираанията в тази възрастова група се определя от:

- Злополуките, отравянията и насилията с 55 и 64%;
- Новообразуванията с 10 и 11%;
- Болестите на органите на кръвообращението със 7% и
- Болестите на дихателната система с 4 и 7% .

Тя е практически идентична с тази на Англия, Франция, Норвегия и Канада (С. Levy, 1980).

Нозологията по групи причини се владее изцяло от злополуките. Около половината от всички умирения се дължат на:

- Злополуки с моторно превозно средство (AE 138) с 14 и 16%;
- Случайни удавяния (AE 143) с 12%;
- Злополуки, случили се главно в индустрията (AE 145) с 9 и 10%;
- Самоубийство и самоотравяване (AE 147) с 9 и 10%;
- Случайно пагане (AE 141) с 3% и
- Други транспортни злополуки (AE 139) с 3%.

Исключения правят само пневмонията (A 91 + A 92), които заемат четвърто място в ранговото подреждане на нозологичните групи с 9 и 10% от умиренията.

Показателите за общата смъртност на младежите от градовете и селата не разкриват особена динамика: общата смъртност на групата е била 96,4 ‰ през 1964 г. и 97,2 ‰ през 1983 г. Установяват се обаче драматични разлики по местоживееие:

- Тенденция към снижение, макар и незначима, при младежите от градовете;
- Значимо повишение при младежите от селата;
- През целия период общата смъртност на младежите от селата е била значимо по-висока от тази на младежите от градовете. Разликите се движат от 1,8 до 2,4 пъти.

През периода 1964-1983 г. смъртността от злополуки, отравяния и насилия (клас XVII) във възрастовата група 15-19 години е била стабилна: тя се е колебала около 40 ‰ в градовете и около 100 ‰ в селата. Разликите по местоживееие са били значими.

Около една четвърт от всички умирения в този клас причини са се дължали на злополуки с моторно превозно средство (AE 138) както в градовете, така и в селата. Смъртността на младежите от селата от злополуки с моторно превозно средство е значимо по-висока в сравнение с младежите от градовете. Разликата надхвърля два пъти и е нараствала през периода.

Смъртността от тази група причини е нараствала значимо при младежите от градовете.

Интензитетът на смъртността от трудови злополуки (AE 145) е бил близък до този на злополуките с моторно превозно средство и е нараствал значимо при младежите от селата.

Разликите по местоживееие са значими.

Тази възрастова група е характерна с висок интензитет на умиренията поради случайно удавяне (AE 143). Той е близък до интензитета на умиренията от трудови злополуки при младежите от градовете и малко по-нисък - при младежите от селата. Последните имат двойно по-висока смъртност от удавяния; разликата е значима. През периода се е набелязала незначима тенденция към снижение на показателя.

Самоубийството (AE 147) е станало причина за около една десета от умиренията при младежите на възраст от 15 до 19 години през периода 1964-1983 г. Този относителен дял не е показал тенденция да намалява.

Смъртността от самоубийства е нараствала значимо както в градовете, така и в селата.

Коефициентът е два пъти по-висок при младежите от селата. Разликата е статистически значима.

Споменатите дотук нозологични групи (AE 138, AE 145, AE 143 и AE 147) са станали причина за около половината от всички умирения във възрастовата група 15-19 години. В този факт е заложен много голям профилактичен потенциал и реални възможности за снижение на смъртността в тази най-млада от мъжете в активна възраст група.

Новообразуванията (клас II) са на второ място по значение като причини за умиренията при младежите на възраст от 15 до 19 години.

През последния подпериод смъртността от този клас причини е достигнала 7 ‰ в

градовете и 16 о/оооо в селата. Разликата е статистически значима. През периода на изследването се е набелязала незначима тенденция към снижение в градовете и към повишение в селата. Наблюдаваните в това изследване нозологични групи от клас II са включили само малка част от умираиията в тази възрастова група. Това е обяснимо, тъй като в детската и юношеската възраст преобладаващите малигноми са на кръвната и лимфната тъкан и на нервната система (H. Berndt, 1974).

Болезните на органите на кръвообращението (клас VII) заемат трето място при младежите от градовете и четвърто – при младежите от селата при ранговото подреждане на класовете причини за умираиията. Показателят е значимо по-висок при младежите от селата. През изследвания период се е набелязала незначима тенденция към снижение на този показател и в градовете, и в селата. От наблюдаваните в този труд нозологични групи във възрастовата група 15-19 години са регистрирани изключително умираиията от хронична ревматична кардиопатия (A 81). През наблюдавания период смъртността от тази група причини е намалявала непрекъснато и значимо. В началото на периода смъртността на младежите от селата от тази група причини е била значимо по-висока. В последния подпериод показателите са се изравнили.

В ранговия списък на класовете причини за смърт болестите на дихателната система (клас VIII) заемат трето място при младежите от селата и четвърто – при младежите от градовете.

Смъртността от болести на дихателната система се е движила през целия период около 3 о/оооо при младежите от градовете. На 3-4 пъти по-високо равнище и със значимо повишение се е движил този показател при младежите от селата. Разликите по местоживееие са значими.

Преобладаващата част от умираиията поради болести на дихателната система са се дължали на пневмонии (A 91 + A 92).

При младежите от селата смъртността от пневмонии е била два до шест пъти по-висока и е показала при тях значимо повишение.

#### НОЗОЛОГИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НА СМЪРТНОСТТА ПРИ МЪЖЕТЕ НА ВЪЗРАСТ ОТ 20 ДО 24 ГОДИНИ

Ако се вземат крайните точки на периода 1964-1983 г., броят на мъжете на възраст от 20 до 24 години в НРБ е нараснал с 9,2%. Струва си да се отбележи обаче, че през 1964-1972 г. началният брой на този контингент е бил превияшен с 20,1% и е достигнал 351 008 души. От 1974 г. до края на периода броят на мъжете от тази възрастова група е намалявал равномерно.

Тези флукутации са резултат на противоречиви процеси, протичали при градското и селското мъшко население на страната през изследвания период:

- Броят на мъжете на възраст от 20 до 24 години в градовете е нараствал средно с около 10% на година до 1973 г. и след рязко намаление през 1975 и 1976 г. отново е нараствал до 1983 г. В крайна сметка се е стигнало до увеличение на градското население на тази възраст с 85% или средно с 4,3% на година;

- Броят на мъжете от тази възраст в селата е намалявал средно с около 5,5% на година до 1973 г. През 1975 и 1976 г. той рязко се е увеличил, след което е намалявал равномерно, за да достигне 37% от изходното равнище в края на периода. В крайна сметка се е стигнало до средногодишно намаление на броя на мъжете от селата в тази възраст с 3,2%.

Може да се предполога с голяма вероятност, че тези процеси с реципрочен характер се дължат предимно на механично движение на населението.

През периода 1964-1983 г. относителният дял на мъжете на възраст от 20 до 24

години от цялото мъжко население на страната е претърпял увеличения и намаляния.

В последния подпериод той възлиза:

- На 9% от градското мъжко население;
- На 4% от селското мъжко население.

В края на периода възрастовата група 20-24 години, взета като част от мъжете в активна възраст, представлява:

- 13% от мъжете в активна възраст в градовете;
- 6% от мъжете в активна възраст в селата.

Абсолютният брой на умираята при мъжете на възраст 20-24 години е претърпял през изследвания период следните изменения:

- Увеличение с 43% в градовете при нарастване на населението с 63%;
- Намаляние с 37% в селата при намаляние на населението с 63%.

Очертана е благоприятна тенденция при градското население и неблагоприятна - при селското население.

Нозологичната структура на умираята при този контингент се е определяла от три класа болести (фигура 44):

- Злополуки, отравяния и насилия (клас XVII) с 65 и 67%;
- Новообразувания (клас II) със 7 и 9%;
- Болести на органите на кръвообращението (клас VII) със 7 и 9%.

Нозологичната структура на умираята по групи болести се е формирала изцяло от злополуки:

- Злополуки с моторно превозно средство (AE 138) с 23%;
- Злополуки, случили се главно в индустрията (AE 145) с 11 и 12%;
- Самоубийство и самонараняване (AE 147) с 9%;
- Случайно пагане (AE 143) с 6%;
- Случайно удавяне (AE 141) с 4 и 6%;
- Други транспортни злополуки (AE 139) с 3 и 4%.

При мъжете от селата четвърта позиция сред нозологичните групи заемат пневмониите (A 91 + A 92) с 6% от всички причини за умираята.

Общата смъртност на мъжете на възраст 20-24 години се е колебала през периода със значителен размах:

- Около хоризонтална линия на равнището на 97 о/оооо при мъжете в градовете;
- Около незначимо покачване между 190 и 250 о/оооо при мъжете от селата.

Разликите по местоживееие имат размер от 2,4 до 3,5 пъти и са с висока статистическа значимост.

В края на периода 1964-1983 г. смъртността на мъжете на възраст 20-24 години се е определяла от злополуките. Кривите на общата смъртност и на смъртността от злополуки са много близки по форма. Между тях, изглежда, има тясна връзка. Еднопосочните и едновременни колебания с близък по величина размах формират незначима тенденция към покачване, изявена по-ясно при мъжете от селата.

Разликите по местоживееие са значими: смъртността на мъжете от селата поради злополуки е много по-висока. Разликите се движат от 1,5 до 3,1 пъти.

Злополуките с моторни превозни средства обуславят повече от 35% от умираята поради злополуки при този контингент.

Коефициентите за смъртността от тази група причини при мъжете от селата са повече от два пъти по-високи и разликите са значими.

Формирана е незначима тенденция към покачване на показателите.

Трудовите злополуки са станали причина за около една пета от всички умираята поради злополуки.

Коефициентите за смъртност от тази нозологична група са формирали незначима тенденция към покачване.

Смъртността на мъжете от селата от трудови злополуки е значимо по-висока от тази на мъжете от градовете.

На приблизително същото равнище, както смъртността от трудови злополуки, се е движила и смъртността от самоубийства.

И тук показателите са значимо по-високи при мъжете от селата.

При последните се е формирала и значима тенденция към повишение.

Смъртността от случайно удавяне е била висока и в тази възрастова група. Значими тенденции не са формирани.

Смъртността на мъжете от селата е била значимо по-висока.

Разгледаните нозологични групи (АЕ 138, АЕ 145, АЕ 147 и АЕ 143) обхващат 75% от умираанията поради злополуки и над 50% от всички умираания при мъжете на възраст 20-24 години. Без съмнение и тук е заложен значителен профилактичен потенциал и възможности за съществено снижение на общата смъртност.

Новообразуванията (клас II) са на второ място в ранговата таблица на класовете причини за смърт при мъжете на възраст 20-24 години, но коефициентите за смъртност тук са били 8-10 пъти по-ниски в сравнение със злополуките.

Значими тенденции не са формирани; може да се отбележи, че при мъжете от градовете се е набелязала тенденция към снижение, а при мъжете от селата - тенденция към повишение на смъртността от новообразувания.

Както и при младежите на възраст 15-19 години, преобладаващата част от умираанията поради новообразувания не са попаднали в наблюдаваните в това изследване групи.

При мъжете на възраст 20-24 години болестите на органите на кръвообращението (клас VII) са имали през периода 1964-1983 г. почти равен относителен дял от всички причини за смърт, както новообразуванията.

Значими тенденции не са формирани.

Смъртността на мъжете от селата от този клас болести е била значимо по-висока.

В третия подпериод разликите са достигнали четири пъти.

Смъртността от хронична ревматична кардиопатия е намалявала значимо през периода.

През четвъртия и петия подпериод показателите на мъжете от градовете и от селата са се изравнили.

В групата на 20-24 годишните са се явили и са нараствали по брой през периода умираания от исхемична болест на сърцето (А 83) и от остър инфаркт на миокарда (А10). Формирала се е даже значима тенденция към повишение на смъртността от тях. Коефициентите на мъжете от селата са били значимо по-високи.

Регистрирани са били и умираания от мозъчносъдова болест (А 85) със значимо по-голяма честота при мъжете от селата.

При последните се е формирала и значима тенденция към повишение на смъртността от мозъчносъдова болест.

Болестите на дихателната система (клас VIII) са заемали четвърто място при мъжете от селата и шесто място - при мъжете от градовете в нозологичната структура на умираанията.

Смъртността от болести на дихателната система и по-специално от пневмонии е била значимо по-висока при мъжете от селата. При тях се е формирала и значима тенденция към повишение на тези показатели.

#### НОЗОЛОГИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НА СМЪРТНОСТТА ПРИ МЪЖЕТЕ НА ВЪЗРАСТ ОТ 25 ДО 29 ГОДИНИ

През периода 1964-1983 г. броят на мъжете на възраст от 25 до 29 години в НРБ е нараснал с 10% и е достигнал през 1983 г. 326 081 души.

Този краен резултат за периода се е формирал от нарастване на броя на мъжете от градовете с 45% и от намаляване на броя на мъжете в тази възраст в селата с 30%. Като относителен дял от цялото мъжко население на страната групата на мъжете на възраст 25-29 години е представлявала през по-голямата част от периода:

- 8% от мъжете от градовете;
- 6% от мъжете от селата.

В края на периода тази група като част от всички мъже в активна възраст е представлявала:

- 11% в градовете;
- 10% в селата.

Абсолютният брой на умираанията на мъже на възраст 25-29 години е нараснал през периода с 32% .

За мъжете от градовете нарастването е с 84% .

При мъжете от селата абсолютният брой на умираанията е намалял с 4%.

Като се вземат предвид отбелязаните промени в числеността на мъжете в тази възрастова група, трябва да се приеме, че формиралите се през периода тенденции в абсолютния брой на умираанията са неблагоприятни.

През целия изследван период нозологичната структура на умираанията при мъжете на възраст 25-29 години се е определяла неизменно от:

- Злополуки, отравяния и насиллия с 58 и 62%;
- Болести на органите на кръвообращението с 12 и 13%;
- Новообразувания с 9 и 10% .

Четвъртата рангова позиция се заема от:

- Болестите на дихателната система с 5% при мъжете от селата;
- Болестите на пикочоловата система (клас X) с 3% при мъжете от градовете.

Твърда пета позиция с 2 и 3% от всички умираания е заемал през целия период клас XVI (симптоми и недовре определени състояния).

През периода е нараснал относителният дял на клас XVII и е показал тенденция към снижение относителният дял на клас II.

Нозологичната структура по групи болести се е определяла и в тази група мъже от злополуките:

- Злополуки с моторно превозно средство със 17 и 18%;
- Злополуки, случили се главно в индустрията с 9 и 12%;
- Самоубийство и самоанаряване с 9 и 19%;
- Случайно удавяне с 4 и 5%;
- Случайно падане с 3 и 4%;
- Случайно отравяне (AE 140) с 3% .

В тази възрастова група е излязла вече на пета позиция исхемичната болест на сърцето (A 83) с 3 и 4%, а на осма позиция - мозъчносъдовата болест с 2 и 3% от умираанията.

През периода е нараствал относителният дял на трудовите злополуки, на самоубийствата и на исхемичната болест на сърцето.

Общата смъртност на мъжете на възраст 25-29 години е нараствала през изследвания период, макар и незначимо, и е била съществено по-висока при мъжете от селата.

Смъртността от злополуки е определяла общата смъртност на този контингент. През периода тя е нараствала; оформилата се тенденция се е доближила плътно до статистическата значимост.

Смъртността на мъжете от селата от злополуки е била значимо по-висока.

Една трета от всички умираания поради злополуки са се дължали на злополуки с моторни превозни средства. През изследвания период смъртността от последните е била стабилна. Значими тенденции не са се формирали.

Показателят е значимо по-висок при мъжете от селата.

Смъртността от трудови злополуки е нараствала значимо при мъжете от градовете и е била съществено по-висока при мъжете от селата.

При мъжете от селата е нараствала значимо смъртността от случайни удавяния.

Повече от два пъти е нараснала смъртността от самоубийства. Нарастването е значимо по коефициента на линейната регресия както в градовете, така и в селата.

Второ място по значение за общата смъртност при мъжете на възраст 25-29 години е заемала смъртността от болести на органите на кръвообращението.

През периода се е набелязало повишение на този показател, все още незначимо.

Смъртността от болести на органите на кръвообращението при мъжете от селата е била трайно и значимо по-висока.

През периода е намалявала устойчиво и значимо смъртността от хронична ревматична кардиопатия.

В тази възрастова група вече около една трета от всички умирация поради болести на органите на кръвообращението са се дължали на искемична болест на сърцето, респ. на остър инфаркт на миокарда.

Формирало се е значимо покачване на смъртността от искемична болест на сърцето както при мъжете от градовете, така и при мъжете от селата.

При последните показателят е бил значимо по-висок.

При мъжете от селата е нараствала значимо смъртността от мозъчносъдова болест.

Коефициентите за смъртност от новообразувания са близки по величина до тези от болести на органите на кръвообращението. Макар относителният им дял да е намалявал през изследвания период, честотните показатели не са формирали значима тенденция.

Смъртността от новообразувания на мъжете от селата е била значимо по-висока.

Большинството от локализациите не са попаднали в изследваните от нас групи.

Болестите на дихателната система и определящите ги в тази възраст пневмонии не са формирали значими тенденции през изследвания период.

Смъртността на мъжете от селата е била по-висока.

При мъжете от градовете четвърто място сред класовете причини за смърт заемат болестите на пикочополовата система (клас X).

Коефициентите за смъртност от тях са близки по величина до тези на болестите на дихателната система.

Значими тенденции и разлики по местоживеење не са се формирали през периода.

#### НОЗОЛОГИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НА СМЪРТНОСТТА ПРИ МЪЖЕТЕ НА ВЪЗРАСТ ОТ 30 ДО 34 ГОДИНИ

През периода 1964-1983 г. броят на мъжете на възраст 30-34 години е нараснал с 2% и е достигнал 334 695 души през 1983 г.

За това време мъжете в градовете на тази възраст са се увеличили с 36%, а мъжете в селата са намалели с 38%.

Като част от цялото мъжко население на страната мъжете от тази възрастова група са представлявали в края на периода:

- 8% от градското мъжко население;
- 6% от мъжкото население на селата.

Като част от мъжете в активна възраст тази възрастова група е възлизала:

- На 12% в градовете;
- На 10% в селата.

Абсолютният брой на умирањията за всички мъже на възраст 30-34 години се е увеличил с 22% при нарастване на броя на населението с 2%.

При мъжете от градовете увеличението на абсолютния брой на умирањията е със 78% при нарастване на броя на населението с 36%.

При мъжете от селата абсолютният брой на умирањията е намалел с 16% при намаление на броя на населението с 38%.

През изследвания период по такъв начин са се формирали неблагоприятни тенденции в

тази възрастова група.

През изследвания период нозологичната структура на умираанията при мъжете на възраст 30-34 години се е определяла в над 80% от четири класа болести:

- Злополуки, отравяния и насилия с 46 и 49%;
- Болести на органите на кръвообращението със 17 и 21%;
- Новообразувания с 10 и 13%;
- Болести на дихателната система с 5 и 6% .

Относителният дял на болестите на органите на кръвообращението е нараствал през периода, особено при мъжете от селата.

Сред нозологичните групи определящо значение за нозологичната структура са имали:

- Злополуките с моторно превозно средство с 11 и 14%;
- Самоубийството и самонараняването с 8%;
- Злополуките, случили се главно в индустрията, с 8%;
- Искемичната болест на сърцето с 8 и 9%;
- Мозъчносъдовата болест с 4 и 5% .

С изключение на първата всички посочени нозологични групи са показали тенденция към нарастване на относителния дял. Най-интензивно е било нарастването при ischemичната болест на сърцето, самоубийството и мозъчносъдовата болест.

Общата смъртност на мъжете на възраст 30-34 години е нараствала значимо през периода 1964-1983 г. и е била значимо по-висока при мъжете от селата.

Смъртността от злополуки, отравяния и насилия е нараствала значимо през изследвания период при мъжете от селата и е била значимо по-висока при тях в сравнение с мъжете от градовете.

Смъртността от злополуки с моторно превозно средство се е задържала на едно равнище през периода и не е показала съществени разлики по местоживееене.

Смъртността от трудови злополуки е нараствала при мъжете от градовете, но е била била значимо по-висока при мъжете от селата през първи, трети и пети подпериод.

Смъртността от самоубийства е нараствала значимо през периода и е била значимо по-висока при мъжете от селата.

Смъртността от болести на органите на кръвообращението е нараствала значимо през периода 1964-1983 г. При мъжете от селата нарастването е било двойно; техните коефициенти по подпериоди са съществено по-високи от тези на мъжете от градовете. През периода е намалявала значимо смъртността от хронична ревматична кардиопатия. При този показател не са регистрирани съществени разлики по местоживееене. Смъртността от ischemична болест на сърцето е нараснала през периода три пъти при мъжете от градовете и седем пъти при мъжете от селата. Нарастването е с много висока статистическа значимост.

Още по-стримно и също значимо е нарастването на коефициентите за смъртност от остър инфаркт на миокарда. То възлиза съответно на 5 и 9,5 пъти.

През четвърти и пети подпериод се е формирала значима разлика по местоживееене с по-високи показатели при мъжете от селата.

През периода мозъчносъдовата болест е зела вече пето място в ранговото подреждане на нозологичните групи, непосредствено след ischemичната болест на сърцето.

При мъжете от селата, където смъртността от мозъчносъдова болест е и по-висока, се е формирала значима тенденция към повишение на този показател.

Смъртността от всички новообразувания не е показала значими тенденции, нито съществени разлики по местоживееене през изследвания период.

Новообразуванията на стомаха и на бронха са обхванали вече една трета от всички умираания поради новообразувания. Смъртността от рак на бронха е формирала вече значима тенденция към покачване при мъжете от селата.

Смъртността от болести на дихателната система, които заемат четвърто място в ранговото подреждане на класовете болести, се е покачвала през изследвания период. Покачването е било значимо при мъжете от селата. Трудно обяснимо и тревожно е, че през това време се е покачвала значимо и смъртността от пневмонии на мъжете от градовете и от селата.

#### НОЗОЛОГИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НА СМЪРТНОСТТА ПРИ МЪЖЕТЕ НА ВЪЗРАСТ ОТ 35 ДО 39 ГОДИНИ

Мъжете на възраст от 35 до 39 години са втората възрастова група от мъжете в активна възраст в НРБ, в която през периода 1964-1983 г. е настъпила истинска депопулация (след младежите на възраст от 15 до 19 години):

- Групата като цяло е намалила на брой с 8% и е достигнала обща численост 310 020 души през 1983 г. Намалението е било най-интензивно през 1977 и 1978 г., когато общият брой на мъжете в тази възраст е намалял до под 275 000 души;
- В края на периода мъжете от градовете в тази възраст са били с 26% повече, отколкото през 1964 г.;
- През целия период броят на мъжете от селата в тази възраст е намалявал средно с 2,2% на година, за да стигне през 1983 г. до 57% от началния им брой. През втората половина на периода групата на мъжете на възраст 35-39 години като част от цялото мъшко население на страната е представлявала:
  - 7% в градовете;
  - 6% в селата.

Като част от мъжете в активна възраст тази група е била:

- 10% в градовете;
- 9% в селата.

Абсолютният брой на умираанията при мъжете на възраст 35-39 години е нараснал през периода с 29% при намаление на броя на населението (фигура 45). При мъжете от градовете това нарастване е почти два пъти (фигура 46). При мъжете от селата абсолютният брой на умираанията е намалял с всичко 19% при намаление на броя на населението с 43% (фигура 47).

Умираанията при мъжете на възраст 35-39 години се характеризират с това, че в последния подпериод нозологичната им структура става практически еднаква в градовете и в селата. Тя се определя от:

- Злополуките, отравяанията и насилията с 35 и 38%;
- Болестите на органите на кръвообращението с 26 и 28%;
- Новообразуванията с 12 и 14%;
- Болестите на дихателната система с 5 и 6%;
- Болестите на храносмилателната система с 6%.

През периода е нараснал съществено относителният дял на болестите на органите на кръвообращението.

Не се отбелязват съществени разлики по местоживееие и в структурата на умираанията на мъжете на възраст 35-39 години по нозологични групи. Определящи са били:

- Ишемичната болест на сърцето, чиито относителен дял е нараснал през периода два пъти при мъжете от градовете и четири пъти при мъжете от селата и е достигнал съответно 11 и 13%;
- Злополуките с моторно превозно средство, чиито относителен дял е намалял до 8 и 9%;
- Злополуките, случили се главно в индустрията, със 7 и 8%;
- Самоубийствата с 6 и 7%;
- Мозъчносъдовата болест с 6%.

Относителният дял на хроничната ревматична кардиопатия е намалял до 3%.

Общата смъртност на мъжете на възраст 35-39 години се е покачвала значително през изследвания период и е била съществено по-висока при мъжете от селата. В тази възрастова група разликите по местоживеење са намалели по размер и не са надвишавали 35% .

Смъртността от злополуки, отравяния и насилия е била по-висока при мъжете от селата и се е покачвала значително през периода както в градовете, така и в селата. Регистрирано е статистически съществено покачване:

- На смъртността от трудови злополуки при мъжете от градовете;
- На смъртността от самоубийства при мъжете от градовете и от селата.

За пръв път при този клас причини и в тази възраст са установени по-високи коефициенти за смъртност при мъжете от градовете:

- При злополуките с моторно превозно средство - през първите четири подпериода;
- При трудовите злополуки - през петия подпериод;
- При самоубийствата - през втория подпериод.

Смъртността от болести на органите на кръвообращението е нараствала значително през изследвания период. През последния подпериод коефициентът на мъжете от селата е станал значително по-висок от този на мъжете от градовете.

Значително са нараствали показателите за смъртност от исхемична болест на сърцето, респ. от остър инфаркт на миокарда. В четвъртия и петия подпериод коефициентите на мъжете от селата са станали значително по-високи от тези на мъжете в градовете. Значително е нараствала и смъртността от мозъчносъдова болест. През първите четири подпериода коефициентите на мъжете от градовете и от селата са били практически равни. В петия подпериод смъртността от мозъчносъдова болест на мъжете от селата е надвишавала тази на мъжете от градовете.

Смъртността от новообразувания във възрастта 35-39 години е нараствала значително при мъжете от селата. Също при тях е регистрирано значително покачване на смъртността от рак на бронха; този показател има вече и значителен размер. В тази възрастова група злокачествените новообразувания на стомаха, червата, ректума и бронха формират над 40% от смъртността поради новообразувания. През първите четири подпериода смъртността от новообразувания е била по-висока при мъжете от градовете.

Болестите на храносилателната система (клас IX) са заемали четвърто място в нозологичната структура на умираанията при тази възрастова група за пръв път. През изследвания период показателят е бил по-висок при мъжете от селата и е нараствал значително при тях.

Смъртността от болести на дихателната система е била значително по-висока при мъжете от селата. При тях е реализирано и значително повишение на смъртността от пневмонии.

#### НОЗОЛОГИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НА СМЪРТНОСТТА ПРИ МЪЖЕТЕ НА ВЪЗРАСТ ОТ 40 ДО 44 ГОДИНИ

През периода 1964-1983 г. е настъпила депопулация и в групата на мъжете на възраст от 40 до 44 години:

- Общият им брой е намалал с 12% и е достигнал в края на периода до 270 079;
- Броят на мъжете в градовете е нараснал с 24%;
- Броят на мъжете в селата е намалал с 44% .

Като част от мъжкото население на страната мъжете в тази възраст са представлявали 6% . Разлики по местоживеење не е имало.

Като част от мъжете в активна възраст мъжете на 40-44 години са представлявали

9% . И тук не е имало съществени разлики по местоживееене.

Абсолютният брой на умираанията при мъжете на възраст 40-44 години е нараснал през периода с 18% при намаление на броя на населението (фигура 48):

- При мъжете от градовете нарастването е било с 59% (фигура 49);
- В селата при намаление на населението с 44% броят на умираанията е намалял само с 15% (фигура 50).

По нозологичната структура на умираанията групата на мъжете на възраст 40-44 години е била преломна (фигура 51):

- На първо място са излезли болестите на органите на кръвообращението с 31 и 32% от всички умираания;
- Злополуците са отстъпили на второ място с 26 и 27%;
- Новообразуванията са останали на трето място със 17 и 21%;
- Четвъртото и петото място са се заемали от болестите на дихателната и на кръвосмилателната система с по 5 и 7% .

В ранговото подреждане на групите болести също са настъпили важни промени:

- Първите две места са се заемали вече от искемичната болест на сърцето с 15% и от мозъчносъдовата болест с 8% от всички умираания;
- При мъжете от градовете третото място вече се заема от рака на бронха, а при мъжете от селата - от самоубийствата;
- През периода е намалявал относителният дял на умираанията поради злополуки с моторно превозно средство;
- При мъжете от селата на четвърто място е излязъл ракът на бронха.

Общата смъртност на мъжете на възраст 40-44 години е нараствала значимо през периода 1964-1983 г.

При мъжете от селата коефициентът на общата смъртност е бил значимо по-висок. Разликата по местоживееене е нараствала през целия период.

Смъртността от болести на органите на кръвообращението е нараствала съществено през изследвания период.

В четвъртия и петия подпериод показателят е станал значимо по-висок при мъжете от селата.

Нараствала е значимо и смъртността от искемична болест на сърцето, респ. от остър инфаркт на миокарда, както и смъртността от мозъчносъдова болест.

В края на периода смъртността от споменатите групи причини при мъжете от селата вече е била по-висока, отколкото при мъжете от градовете.

Смъртността от злополуки, отравяния и насилия също е нараствала значимо през изследвания период.

Сред нозологичните групи се открояват с най-високи коефициенти за смъртност самоубийствата и трудовите злополуки. При тях е регистрирано и значимо повишение през периода.

В края на периода смъртността от самоубийства е била значимо по-висока при мъжете от селата.

В края на периода е станал значителен размерът на смъртността от случайни отравяния (АЕ 140). Този показател е бил съществено по-висок при мъжете от селата и се е покачвал значимо, както в градовете, така и в селата.

Значимо нарастване е установено и при смъртността от новообразувания. То е засегнало всички наблюдавани локализации с изключение на рака на стомаха; при мъжете от селата е регистрирано значимо снижение на смъртността от тази локализация.

Значими разлики по местоживееене е имало само в първите три подпериода при рака на бронха, и то с по-високи показатели при мъжете от градовете.

През изследвания период показателите за смъртност от болести на дихателната система при мъжете на 40-44 години са били стабилни. Значима тенденция на покачване е била налице само при смъртността от пневмонии в селата.

Мъжете от селата са имали съществено по-високи показатели за смъртност от всички болести на дихателната система и от пневмонии през четвъртия и петия подпериод, и от бронхит, емфизем и астма - през втория, третия и петия подпериод.

#### НОЗОЛОГИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НА СМЪРТНОСТТА ПРИ МЪЖЕТЕ НА ВЪЗРАСТ ОТ 45 ДО 49 ГОДИНИ

За двадесетте години на изследвания период броят на мъжете на възраст 45-49 години е нараснал с 50% и е достигнал 292 058 души през 1983 г.

Броят на мъжете от градовете се е увеличил със 126% .

Броят на мъжете от селата е намалял с 5% .

Както в градовете, така и в селата, броят на мъжете на възраст 45-49 години е представлявал 7% от броя на всички мъже в страната.

През 1969-1982 г. мъжете от тази възрастова група са били 10% от мъжете в активна възраст в градовете; през 1983 г. този относителен дял е бил вече 9% .

В края на периода относителният дял на мъжете на възраст 45-49 години от всички мъже в активна възраст е достигнал 11% .

Абсолютният брой на умираанията в тази възрастова група е нараснал повече от два пъти през изследвания период. Темпът на нарастването му е надхвърлил далеч темпа на нарастването на населението в тази възраст. Особено рязко (2,8 пъти) е нараснал абсолютният брой на умираанията в градовете.

Нозологичната структура на умираанията при мъжете на възраст 45-49 години се характеризира с по-нататъшни промени в ранговото подреждане на класовете болести и на размерите на относителните им дялове. В резултат на това определящи са станали:

- Болестите на органите на кръвообращението с 37%;
- Новообразуванията с 22 и 23%;
- Злополуките, отравянията и насилията със 17 и 18%;
- Болестите на дихателната система с 5 и 7%;
- Болестите на храносмилателната система с 6% .

Ранговото подреждане на групите болести в тази възрастова група се е стабилизирало, но с по-големи относителни дялове:

- При исхемичната болест на сърцето - на 16 и 17%;
- При мозъчносъдовата болест - на 11%;
- При рака на бронха - на 7 и 8% .

Четвърто място в ранговото подреждане на групите болести при мъжете от градовете са заемали трудовите злополукки и злополуките с моторно превозно средство, а при мъжете от селата - ракът на стомаха и пневмониите.

Общата смъртност на мъжете на възраст 45-49 години е нараствала значимо през изследвания период. За отбелязване са следните особености:

- Коэффициентите са нараствали с необичайно висок темп, особено при мъжете от селата;
- През първите три подпериода смъртността на мъжете от градовете е била по-висока от тази на мъжете от селата;
- През четвъртия и петия подпериод отношенията са се обърнали;
- Разликите по местоживеење са били с висока статистическа значимост.

Смъртността от болести на органите на кръвообращението е нараствала значимо през

периода. Особено интензивно е нараствала смъртността от искемична болест на сърцето и от мозъчносъдова болест.

Съществено снижение е регистрирано при смъртността от хронична ревматична кардиопатия.

През първите три подпериода коефициентите за смъртност от болести на органите на кръвообращението са били по-високи при мъжете от градовете. През четвърти и пети подпериод те са били по-високи при мъжете от селата.

Разликите по местоживеење са значими. Изключение правят само разликите при коефициентите за смъртност от хронична ревматична кардиопатия.

Смъртността от новообразувания е била стационарна при мъжете от градовете и се е повишавала значимо в селата - както при всички локализации, така и при рака на червата (без ректума) и при рака на бронха.

Значимо се е снижавала смъртността от рак на стомаха при мъжете от градовете. През първите три подпериода смъртността от рак на бронха е била по-висока при мъжете от градовете; през четвъртия и петия подпериод показателите са се изравнили.

Смъртността от злополуки, отравяния и насилия е нараснала значително при мъжете на 45-49 години през изследвания период.

Значимо е нараснала смъртността на мъжете от селата от трудови злополуки и от самоубийства.

Съществени и системни разлики по местоживеење не се установяват.

Смъртността от всички болести на дихателната система не е показала значими тенденции в тази възрастова група, но смъртността от пневмонии се е покачвала значимо както в градовете, така и в селата.

Значимо по-висока е била смъртността от бронхит, емфизем и астма на мъжете от селата.

#### НОЗОЛОГИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НА СМЪРТНОСТТА ПРИ МЪЖЕТЕ НА ВЪЗРАСТ ОТ 50 ДО 54 ГОДИНИ

Броят на мъжете на възраст от 50 до 54 години е нараснал с 22% през периода 1964-1983 г. и е достигнал в края му 298 540 души, като:

- Броят на мъжете от градовете е нараснал с 99%;
- Броят на мъжете от селата е намалял с 24%.

Взет като относителен дял от цялото мъжко население на страната, броят на мъжете на възраст 50-54 години е представлявал:

- 6% в градовете;
- 7% в селата.

Взет като относителен дял от мъжете в активна възраст, броят на мъжете на 50-54 години е представлявал в края на периода:

- 9% в градовете;
- 12% в селата.

Абсолютният брой на умирањията при мъжете от тази възрастова група е нараснал през периода с 64% и е изпреварил значително нарастването на населението.

Средногодишното нарастване на умирањията превишава 3%.

При мъжете от градовете средногодишното нарастване е превишавало 7%, за да се стигне до общо нарастване 2,4 пъти.

При мъжете от селата абсолютният брой на умирањията е нараснал с 14% при намаление на броя на населението.

Нозологичната структура на умирањията по класове причини се е определяла от :

- Болестите на органите на кръвообращението с 41 и 42%;
- Новообразуванията с 24%;
- Злополуките, отравянията и насилията с 12%;
- Болестите на дихателната система със 7 и 9%;
- При мъжете от градовете на пето място с 5% е бил клас XVI, а при мъжете от селата - болестите на храносмилателната система.

През периода е регистрирано значително намаление на относителния дял на новообразуванията, умерено намаление на относителния дял на болестите на дихателната система и съществено увеличение на относителния дял на болестите на органите на кръвообращението.

Структурата на умираяните по нозологични групи се е определяла от:

- Ишемичната болест на сърцето със 17 и 19%; относителният дял на тази нозологична група е нараснал два пъти през периода;
- Мозъчносъдовата болест с 12 и 14%;
- Рака на бронха с 8 и 9%;
- Рака на стомаха и пневмонията с 4%;
- Злополуките с моторно превозно средство (при мъжете от градовете) с 3%.

Общата смъртност на мъжете на възраст 50-54 години е нараснала значимо през периода 1964-1983 г.

През първите три подпериода този показател е бил по-висок в градовете, през четвъртия подпериод показателите на мъжете от градовете и селата са се изравнили, а през петия - показателите на мъжете от селата вече са били по-високи.

Смъртността от болести на органите на кръвообращението се е покачвала значимо през периода. Повишението е най-значително при ишемичната болест на сърцето:

- 2,4 пъти при мъжете от градовете;
  - 2,8 пъти при мъжете от селата,
- и особено при острия инфаркт на миокарда:
- 3 пъти при мъжете от градовете;
  - 3,9 пъти при мъжете от селата.

През първите три подпериода тези три показателя са били значимо по-високи при мъжете от градовете. През петия и отчасти през четвъртия подпериод отношенията вече са обратни.

Смъртността от мозъчносъдова болест е била по-висока при мъжете от градовете само през първия подпериод. През втория и третия показателите са се изравнили, а през четвъртия и петия те са били вече значимо по-високи при мъжете от селата.

Смъртността от новообразувания е била стационарна при мъжете от градовете и се е покачвала значимо при мъжете от селата.

Значимо са нараснали коефициентите за смъртност от рак на ректума и ректосигмоидната граница при мъжете от градовете и от рак на бронха при мъжете от селата.

Смъртността от рак на стомаха е намалявала съществено през периода, като е била значимо по-висока при мъжете от селата; през първия, втория и четвъртия подпериод разликите по местоживеење са били значими.

Смъртността от всички новообразувания и от рак на бронха е била значимо по-висока при мъжете от градовете през първите четири подпериода. В петия подпериод коефициентите при мъжете от селата са станали значимо по-високи.

От втория подпериод до края на периода смъртността от рак на ректума и ректосигмоидната граница на мъжете от градовете и селата е била практически еднаква.

Смъртността от злополуките, отравяния и насилия на мъжете на възраст 50-54 години е нараснала значимо през периода - и в градовете, и в селата.

Значимо нарастване е регистрирано:

- При мъжете от градовете - от трудови злополуките;

- При мъжете от селата - от злополуки с моторно превозно средство, случайно отравяне, трудови злополуки и самоубийства.  
Смъртността от всички злополуки и от злополуки с моторно превозно средство е била значително по-висока при мъжете от градовете до четвъртия подпериод. През петия подпериод смъртността от всички злополуки вече е била по-висока при мъжете от селата, а разликата по местоживеење в смъртността от злополуки с моторно превозно средство е станала несъществена.

Смъртността от болести на дихателната система не е претърпяла съществени изменения през изследвания период.  
Изключение прави смъртността от пневмонии при мъжете от селата, която е нараснала значително.  
Показателите в този клас болести са били по-високи при мъжете от селата.

#### НОЗОЛОГИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НА СМЪРТНОСТТА ПРИ МЪЖЕТЕ НА ВЪЗРАСТ ОТ 55 ДО 59 ГОДИНИ

През периода 1964-1983 г. броят на мъжете на възраст от 55 до 59 години в НРБ е нараснал с 29% и е достигнал в края на периода 292 362 души в резултат на:  
- Нарастване на броя на мъжете от градовете в тази възраст със 115%;  
- Намаление на броя на мъжете от селата с 16% .

Като относителен дял от всички мъже в страната мъжете на възраст 55-59 години са представлявали:

- 6% от мъжете в градовете;
- 8% от мъжете в селата.

Като относителен дял от мъжете в активна възраст:

- 8% от мъжете в градовете;
- 13% от мъжете в селата.

Абсолютният брой на умирањията при този контингент е нараснал със 73% и е изпреварил значително нарастването на населението. При мъжете от градовете нарастването е със 161%, а при мъжете от селата - с 21% .

Нозологичната структура на умирањията по класове болести не е претърпяла съществени промени през изследвания период. Променили са се само относителните дялове на някои от класовете. В края на периода нозологичната структура на умирањията се е определяла от:

- Болестите на органите на кръвообращението с 44 и 47%;
- Новообразуванията с 24 и 25%;
- Злополуките, отравяњията и насилњията с 8 и 9%;
- Болестите на дихателната система със 7 и 8%;
- Болестите на храносмилателната система с 5% .

През периода е нараснал значително относителният дял на болестите на органите на кръвообращението. Намалел е този на новообразуванията.

Нозологичната структура по групи болести се е определяла от:

- Ишемичната болест на сърцето със 17 и 20%;
- Мозъчносъдовата болест с 14 и 18%;
- Рака на бронха с 8 и 10%;
- Рака на стомаха с 3 и 5%;
- Бронхита, емфизема и астмата с 3 и 4% .

Регистрирано е нарастване на относителните дялове на ишемичната болест на сърцето и на мозъчносъдовата болест при мъжете от селата, и намаление на относителните дялове на рака на стомаха и на бронхита, емфизема и астмата. Мозъчносъдовата болест е излязла на първо място в ранговото подреждане на нозологичните групи. Относителният дял на бронхита, емфизема и астмата е станал

по-голям от този на пневмониите.

Общата смъртност на мъжете на възраст 55-59 години е нараствала значително през изследвания период. През преобладаващата част от периода коефициентите на мъжете от градовете са били по-високи; през петия подпериод те са се изравнили.

Смъртността от болести на органите на кръвообращението, искемична болест на сърцето, остър инфаркт на миокарда и мозъчносъдова болест е нараствала значително през изследвания период.

През цялото време мъжете от градовете са имали по-висока смъртност от искемична болест на сърцето и от остър инфаркт на миокарда.

През четвъртия и петия подпериод смъртността на мъжете от селата от мозъчносъдова болест е надвишила тази на мъжете от градовете.

Смъртността от новообразувания е била стабилна през изследвания период. Значимо са нараснали коефициентите за смъртност от рак на червата и на ректума (А 48 и А 49) и от рак на бронха при мъжете от селата.

Мъжете от градовете са имали по-високи коефициенти за смъртност от всички новообразувания и от рак на червата, ректума и бронха през целия изследван период.

Също през целия период смъртността на мъжете от селата от рак на стомаха е била по-висока.

Смъртността от злополуки на мъжете на възраст 55-59 години е нараствала през периода 1964-1983 г. - значително при мъжете от селата.

Смъртността от злополуки с моторно превозно средство е била значително по-висока при мъжете от градовете.

Съществено повишение е претърпяла смъртността от трудови злополуки, самоубийства и случайно отравяне при мъжете от селата и от случайно падане - при мъжете от градовете.

В смъртността от болести на дихателната система не са се очертали значими тенденции.

Смъртността от бронхит, емфизем и астма е надвишила значително тази от пневмонии.

#### НОЗОЛОГИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НА СМЪРТНОСТТА ПРИ МЪЖЕТЕ НА ВЪЗРАСТ ОТ 60 ДО 64 ГОДИНИ

През периода 1964-1983 г. броят на мъжете на възраст 60-64 г. в НРБ е нараснал с 31% и е достигнал в края на периода 232 344 души. Мъжете на тази възраст в градовете са се увеличили със 109%, а мъжете в селата са намалели със 7%. Като относителен дял от всички мъже в страната мъжете на 60-64 години са представлявали в края на периода:

- 4% в градовете;
- 7% в селата.

Като относителен дял от мъжете в активна възраст те са представлявали:

- 6% в градовете;
- 11% в селата.

Абсолютният брой на умираанията на мъжете на възраст 60-64 години е нараснал през периода с 62% и е изпреварил ръста на населението (фигура 52).

Увеличението е било със 135% при мъжете от градовете и с 22% при мъжете от селата (фигури 53 и 54).

Нозологичната структура на умираанията при мъжете на възраст 60-64 години се различава от тази на мъжете на възраст 55-59 години (фигура 55). В ранговото

подреджване на класовете злополуките са отстъпили на четвърто място.

Нозологичната структура на униранията се е определяла от:

- Болестите на органите на кръвообращението с 51 и 53%;
- Новообразуванията с 22 и 24%;
- Болестите на дихателната система със 7 и 9%;
- Злополуките, отравянията и насилията с 5 и 6%;
- Болестите на храносилателната система с 4 и 5% .

Нозологичните групи са се подреждали по различен начин при мъжете от градовете и от селата:

- При мъжете от градовете първите две места са се заемали от искемичната болест на сърцето с 22% и от мозъчносъдовата болест със 17%;
- При мъжете от селата на първите две места са били мозъчносъдовата болест с 22% и искемичната болест на сърцето с 18%;
- На трето място е бил ракът на бронха със 7 и 8%;
- Следва ракът на стомаха с 4 и 5% .

През периода е нараснал чувствително относителният дял на болестите на органите на кръвообращението, а са намалели относителните дялове на новообразуванията и на болестите на дихателната система.

През изследвания период общата смъртност на мъжете от селата на възраст 60-64 години е нараснала значимо и през последния подпериод се е изравнила с тази на мъжете от градовете.

Смъртността от всички болести на органите на кръвообращението, от искемична болест на сърцето и от остър инфаркт на миокарда е нараснала значимо през изследвания период в градовете и в селата.

Значимо покачване на смъртността от мозъчносъдова болест е регистрирано само при мъжете от селата.

През преобладаващата част от изследвания период смъртността от посочените нозологични групи е била по-висока при мъжете от градовете. В последния подпериод тя вече е била по-висока при мъжете от селата; изключение прави само смъртността от остър инфаркт на миокарда.

Смъртността от хронична ревматична кардиопатия е претърпяла значимо снижение, особено съществено при мъжете от селата.

Смъртността от новообразувания на мъжете на възраст от 60 до 64 години е била стабилна през изследвания период. Набелязала се е даже незначима тенденция към снижение на смъртността от всички новообразувания и от рак на бронха.

Статистически съществено снижение е претърпяла смъртността от рак на стомаха. Значимо повишение е регистрирано при смъртността от рак на червата и на ректума. Смъртността от всички новообразувания и от рак на червата е била значимо по-висока при мъжете от градовете.

Смъртността от рак на стомаха е била значимо по-висока при мъжете от селата.

Смъртността от болести на дихателната система не е претърпяла значими промени през изследвания период при мъжете на възраст от 60 до 64 години.

Набелязали са се тенденции към:

- Снижение на смъртността от всички болести на дихателната система, бронхит, емфизем и астма, и пневмонии при мъжете от градовете;
- Повишение на смъртността от пневмонии при мъжете от селата.

Смъртността на мъжете на възраст 60-64 години от злополуките, отравяния и насилия се е покачвала значимо през изследвания период.

Наблюдава се съществено повишение на смъртността от случайни отравяния при мъжете от градовете и селата, а при мъжете от селата - на смъртността от трудови злополуките и от самоубийства.

Смъртността от злополуките с моторно превозно средство е била по-висока при мъжете от градовете.

## НОЗОЛОГИЯ НА СМЪРТНОСТТА И ВЪЗРАСТ

В предходния раздел беше представена нозологията на смъртността при мъжете в активна възраст по отделни възрастови групи. Тя предлага изчерпателна информация за динамиката през периода 1964-1983 година на:

- Броя на населението;
- Абсолютния брой на умиралията;
- Нозологичната структура на умиралията;
- Общата смъртност;
- Смъртността по причини.

Проблемът обаче може да бъде разглеждан и в друг разрез - от гледна точка на зависимостта между нозологичната характеристика на смъртността от една страна и местоживеенето и възрастта - от друга.

Този подход предлага информация, която не може да се получи по използваните до сега методи.

Нозологичната характеристика на смъртността може да се разглежда като континуум, зависим от възрастта, по две причини:

- Смъртта като биологичен факт е отрицание на живота, свързано в диалектическо единство с него и настъпващо някъде в напредналата възраст в резултат на дегенеративни, нееластични и други процеси, характерни за тази възраст. В такъв смисъл следва да се очаква смъртта да настъпва по правило някъде към края на един достатъчно продължителен живот (ако не са се намесили външни фактори), а смъртността като честотен показател да бъде в права зависимост от времето, респ. от възрастта.

Такава зависимост е установена между възрастта и общата смъртност, и тя има линеен характер след възрастта 10-15 години.

- Човекът моделира своята биология с начина си на живот. Ноогенни въздействия от най-разнообразен характер въздействуват върху естествената биологична верига "здраве-болест-смърт", често по непредсказуем начин, в резултат на което възникват деформации в нея. Сред тях на първо място може да се изтъкне решаващото значение, което са придобили в цивилизования свят злополуките, отравянията и насилията за смъртността в юношеската и младата зряла възраст или вредните навици за смъртността в средната възраст.

Поради всичко това естествено е да се очаква да се намерят някакви зависимости между нозологичната характеристика на смъртността и възрастта, които биха могли да бъдат и по-сложни и противоречиви.

Представена във възрастов разрез, нозологичната структура на умиралията представя проблема по един неочаквано категоричен начин (фигура 56):

- Около 80% от всички умиралия се запълват през целия диапазон на активната възраст от злополуките, болестите на органите на кръвообращението и новообразуванията;

- Във възрастта 15-29 години злополуките обхващат не по-малко от 60% от всички умиралия;

- След тридесетата година на живота относителният дял на злополуките бързо намалява и постепенно отстъпва територията на болестите на органите на кръвообращението и на новообразуванията;

- Съществени разлики в структурата на умиралията по местоживеене няма. Очевидно е, че ако бъдат взети ефективни мерки за профилактика на всички злополуки, би могло да се постигне рязко снижение на смъртността в младата и средната възраст, и да се избегнат или поне да се намалят съществено най-хрупките залуци на живот, понасяни от нашето общество днес.

За да се изследва тази страна на проблема, са построени схематични криви на повъзрастовата смъртност от петте основни класа болести и от някои нозологични

групи, както и на общата смъртност.

За целта са използвани средногодишните коефициенти на общата смъртност и на смъртността по причини за петия послериод (1980-1983 г.). По този начин данните са доближени максимално до съвременността.

Получените криви са изчистени от подробности чрез графично изравняване и дават информация само за тенденциите.

С цел да се получи отчетлива информация за сравнения на равнища, всички криви са построени на полулогаритмична мрежа с еднаква скала по ординатата и по абсцисата.

При този начин на разглеждане на проблема се изключва влиянието на възрастовата структура върху коефициентите за смъртността на мъжете от градовете и селата. Касае се за реални разлики по местоживее, причините за които не могат да бъдат от биологично естество и трябва да се търсят в начина на живот на двете групи. Известна помощ в тази посока могат да предложат коефициентите за смъртност по причини и по-точно разликите в тях по местоживее.

Както ще се види по-долу, данните влизат в резрез с твърденията на някои западни автори, че "... всички "нови, модерни заболявания", "болестите на адаптацията", "болестите на цивилизацията" или "болестите на века" (инфаркт, невроза, атеросклероза, хипертония, наркомания и др.) като правило са болести на гражданина" (Е. Апостолов и К. Гурбалов, 1977).

Общата смъртност на всички мъже в активна възраст (15-64 години) е в строга права зависимост от възрастта както при мъжете от градовете, така и при мъжете от селата (фигура 57).

За отбелязване са следните особености:

- В целия възрастов диапазон смъртността на мъжете от селата е по-висока от смъртността на мъжете от градовете;

- Разликите по местоживее са най-значителни в младите възрастови групи и намаляват по размер с напредването на възрастта. Във възрастовата група 15-19 години разликата достига 2,5 пъти;

- Във възрастовата група 60-64 години коефициентите за общата смъртност на мъжете от градовете и от селата се изравняват.

Най-строгата линейна зависимост от възрастта се наблюдава при коефициентите за смъртност от болести на органите на кръвообращението. Техните криви практически не се нуждаят от изравняване, защото плътно се доближават до представените на диаграмите (фигура 58).

Характерно за тях е следното:

- Във всички възрасти смъртността от болести на органите на кръвообращението на мъжете от селата е по-висока от тази на мъжете от градовете;

- В младите възрастови групи разликите по местоживее са от порядъка на 2,4 пъти и с възрастта намаляват до изравняване. Но във възрастта 60-64 години коефициентът на мъжете от селата все още е по-висок.

- Разликите между съседните възрастови групи по правило са от порядъка на два пъти.

Коефициентите за смъртност от исхемична болест на сърцето и от остър инфаркт на миокарда разкриват сходни зависимости, както тези от всички болести на органите на кръвообращението. Нещо повече, те до голяма степен моделират кривата на смъртността от последните, ако се съди по числените им значения и от графичния ѝ характер (фигури 59 и 60).

Съществуват обаче и някои особености:

- Разликите между възрастовите групи по местоживее намаляват по-бързо в сравнение с коефициентите на смъртността от всички болести на органите на кръвообращението;

- Някъде около 50-54 годишната възраст показателите на мъжете от градовете и от селата се изравняват;

- След 55-годишната възраст коефициентите за смъртност от исхемична болест

на сърцето и от остър инфаркт на миокарда на мъжете от градовете са вече по-високи от тези на мъжете в селата. Смъртността от мозъчносъдова болест разкрива следните зависимости от възрастта (фигура 61):

- В най-младите възрастови групи коефициентите на мъжете от градовете и от селата са практически еднакви;
- Те нарастват с възрастта;
- Смъртността на мъжете от селата от мозъчносъдова болест е по-висока от тази на мъжете от градовете и максималната разлика е във възрастовата група 60-64 години.

В предходния раздел беше показано, че смъртността от хронична ревматична кардиопатия намалява с времето през изследвания период. Но с напредването на възрастта този показател се покачва, и то по различен начин в сравнение с другите сърдечно-съдови болести (фигура 62):

- В най-младите възрастови групи показателите са практически еднакви;
- В следващите възрастови групи те се покачват;
- Темпът на покачване с възрастта е по-висок при мъжете от селата, поради което техните показатели са малко по-високи, отколкото на мъжете от градовете;
- След 50-годишната възраст смъртността от хронична ревматична кардиопатия се стабилизира при мъжете от градовете и даже показва тенденция към снижение при мъжете от селата.

Смъртността от новообразувания расте с възрастта (фигура 63). Характерни са следните особености:

- Във възрастовата група 15-19 години показателят на мъжете от селата е значително по-висок от този на мъжете от градовете;
- С възрастта разликите намаляват;
- Някъде към 45-годишната възраст показателите се изравняват;
- След 50-годишната възраст смъртността от новообразувания на мъжете от градовете е вече по-висока.

В предишния раздел беше показано, че смъртността от злокачествени новообразувания на стомаха е намалявала с времето през изследвания период. Но с напредването на възрастта тя се покачва (фигура 64).

Първите случаи на смърт от злокачествени новообразувания на стомаха при мъжете от градовете са регистрирани през изследвания период във възрастта 25-29 години, а при мъжете от селата - във възрастта 20-24 години.

Във всички възрастови групи смъртността на мъжете от селата от злокачествени новообразувания на стомаха е по-висока в сравнение с мъжете от градовете. Разликата остава значителна и във възрастта 60-64 години.

Смъртността от злокачествени новообразувания на червата (без ректума) нараства непрекъснато с възрастта (фигура 65). Първите умираания от тях се регистрират във възрастта 30-34 години при мъжете от градовете и във възрастта 25-29 години - при мъжете от селата. В младите възрастови групи смъртността на мъжете от селата е по-висока. Показателите се изравняват около 50-годишната възраст. След 55-та година смъртността на мъжете от градовете е по-висока.

Показателите за смъртност от злокачествени новообразувания на ректума и ректосигмоидната граница на мъжете от градовете са по-високи от тези на мъжете от селата във всички възрастови групи, макар и разликите да не са особено значителни (фигура 66).

Първите случаи на смърт от злокачествени новообразувания на трахеята, бронхите и белия дроб се регистрират във възрастовата група 20-24 години.

Коефициентите за смъртността от тази локализация на мъжете от градовете и от селата са много близки. В младите възрастови групи те са по-високи при мъжете от селата, изравняват се някъде между 40- и 49-годишната възраст и след 55-годишната възраст са по-високи при мъжете от градовете (фигура 67).

Показателите за смъртност от емплоуки, отравяния и насилия растат в целия

диапазон на активната възраст. Нарастването им е значително по-интензивно при мъжете от градовете. Във всички възрастови групи смъртността на мъжете от селата от тази група причини е по-висока в сравнение с мъжете от градовете. В по-старшите възрастови групи разликите намаляват по размер и във възрастта 60-64 години показателите практически се изравняват (фигура 68).

От всички класове и групи болести нарастването на показателите за смъртността с възрастта е с най-малка интензивност при злополуките, отравянията и насилията и то при мъжете от градовете.

Много интересна и важна динамика с двуазов характер показва смъртността от злополуките с моторно превозно средство (фигура 69):

- При мъжете от градовете този показател нараства постоянно с възрастта. Показването е по-остро на прехода между 15-19- и 20-24-годишната възраст;
- Смъртността на мъжете от селата от злополуките с моторно превозно средство след 20-24-годишната възраст намалява с възрастта;
- Показателите на мъжете от селата са по-високи, особено във възрастовите групи 15-19 и 20-24 години;
- Към 50-годишната възраст показателите се изравняват по местоживееие, след което показателите на мъжете от градовете стават по-високи.

С възрастта се покачва и смъртността от случайно падане (АЕ 141).

До 55-годишна възраст показателите са по-високи при мъжете от селата. След тази възраст отношенията са обратни, макар и разликите да не са големи, особено в старшите възрастови групи (фигура 70).

С възрастта намалява смъртността от случайно удавяне и потъване (АЕ 143) при мъжете от градовете и от селата, като показателите на последните в целия възрастов диапазон са по-високи (фигура 71).

Смъртността от злополуките, случили се главно в индустрията (АЕ 145), показва противоположни тенденции при мъжете от градовете и от селата (фигура 72):

- Тя се покачва с възрастта при мъжете от градовете;
- Спада с възрастта при мъжете от селата;
- В младите възрастови групи е значително по-висока при мъжете от селата;
- След 45-годишната възраст е по-висока при мъжете от градовете.

Тази нозологична група заслужава специално внимание с оглед на бъдещите профилактични мерки, свързани пряко с факторите на трудовата среда и особено на охраната на труда на мъжете в промишлеността и в селското стопанство.

Интересна и важна е повъзрастовата динамика на смъртността от самоубийство и самоанарявяване (фигура 73):

- Тя нараства постоянно с възрастта;
- Показването е по-интензивно при мъжете от градовете;
- Поради високото си изходно равнище при мъжете от селата показателите не са се даже изравнили във възрастовата група 60-64 години и са останали по-високи при тях.

Показателите за смъртност от всички болести на дихателната система (клас VIII), от пневмонии (А 91 + А 92) и от бронхит, емфизем и астма (А 93) са показали през изследвания период средни зависимости от възрастта (фигури 74, 75 и 76):

- Нараствали са с напредването на възрастта;
- Били са по-високи при мъжете от селата.

Разгледана под този ъгъл, нозологичната характеристика на смъртността безспорно дава информация, която не може да се получи по друг начин.

Ако се вземат за специален анализ факторите, обуславящи повъзрастовата динамика и разликите по местоживееие на злополуките с моторни превозни средства и злополуките, случили се главно в индустрията, може да се извлекат важни за обществената профилактика заключения.

Разбира се, това изисква специално насочени изследвания от специалисти с разностранна подготовка.

ЖИЗЕН ПОТЕНЦИАЛ И ЗАГУБИ НА ЖИВОТ  
ПОРАДИ СМЪРТ В АКТИВНАТА ВЪЗРАСТ

Човекът е нашият най-ценен капитал.  
Опазването и укрепването на неговото здраве  
трябва и занаят да бъде наша основна задача.

Тодор Живков  
Избрани съчинения, т. 8, стр. 425

Социалната ефективност на здравеопазването се измерва със степента на подобряване на здравното състояние и трудоспособността на населението във всичките му измерения и преди всичко – със загубите на живот от младите и активни възрастни групи (Е. Апостолов и П. Гогов, 1987).

Изчерпателната характеристика на смъртността на една популация предполага да се анализират освен разглежданите до сега показатели и някои други, които я осветляват и в напречен разрез, и в динамика, и то при пълно изчистване от влиянието на възрастовата структура с оглед на търсените сравнения. На тези изисквания отговарят биометричните функции на таблиците за смъртност и някои показатели, изчислявани от тях.

За целите на този анализ е използвана серия от съкратени таблици за смъртност, построени под ръководството и с прякото участие на автора на този труд. Те покриват следните подпериоди: 1964-1966, 1967-1969, 1970-1972, 1973-1975, 1976-1978, 1977-1979 и 1981-1983 г.

Таблиците са построени отделно за мъжете от градовете и от селата по метода на Ч. Л. Чанг. Той беше препоръчан от Световната здравна организация на страните – членки на организацията (C. L. Chiang, 1977) и е приложен в НРБ за пръв път по инициатива на автора и под негово ръководство (Н. Полеманов и др., 1984).

Таблиците за подпериода 1981-1983 г. са построени от М. Антонова.

Таблиците за смъртност в разгърнат вид не се прихващат тук поради ограниченията в обема на труда.

От множеството показатели, които характеризират жизнения потенциал на отделното лице, тук са използвани само четири. Те дават достатъчно ясна и изчерпваща информация по изследвания от нас проблем:

- Средна продължителност на предстоящия живот на новородените деца;
- Вероятности за доживяване до 65-годишната възраст<sup>+</sup> при момчетата, които са доживели до 15 години;
- Средна продължителност на предстоящия живот в активна възраст при момчетата, доживели до 15 години;
- Средна продължителност на предстоящия живот при мъжете, доживели до 65-годишна възраст.

Четвъртият показател на пръв поглед няма отношение към разглеждания проблем, но той може да се разглежда като резултат от здравното състояние на мъжете през активната им възраст. Разглеждан във времето, той дава представа за това как се е отразявал животът в тази възраст на перспективите за живот в пенсионната възраст. Интересни са и тенденциите, които този показател очертава, и самата му стойност.

Средната продължителност на предстоящия живот на новородените деца като интегрален критерий за режима на смъртността има неблагоприятна еволюция при мъжете в НРБ през периода 1964-1983 г. (таблица 14):

- При мъжете от градовете тя е намаляла с 0,7 години;
- При мъжете от селата намаляването е с 1,6 години.

<sup>+</sup> Съгласно правилата за означаване на възрастите в стандартната съкратена таблица за смъртност, възрастовите групи се означават така: 15-20, 20-25 и т. н., а не както обикновено в статистическите таблици (15-19, 20-24 и т. н.).

В икономически развитите страни средната продължителност на предстоящия живот на новородените деца нараства преди всичко за сметка на снижението на кърмаческата смъртност. Като се има предвид, че:

- През изследвания период детската смъртност в НРБ продължи да спада, макар и с по-нисък темп;

- Смъртността при мъжете над 60-годишна възраст намалява, неизбежно е заключението, че средната продължителност на предстоящия живот на новородените у нас намалява главно за сметка на влошаването на режима на смъртността в младите и средните възрасти.

Сродни тенденции съобщава В. А. Войцехович (1980).

В същото време в страните, където смъртността от болести на органите на кръвообращението намалява, средната продължителност на предстоящия живот на новородените нараства. За САЩ нарастването е с около шест месеца на година от 1970 г. насам (S. Neuden, 1982).

Вероятностите за доживяване до 65-годишната възраст при момчетата, доживели до 15 години, са претърпели през периода 1964-1983 г. някои важни изменения (таблица 15).

- Те са намалявали през целия период - както при мъжете в градовете, така и при мъжете в селата. Снижението е било по-интензивно при последните;

- Тези вероятности са били по-големи при мъжете в селата от началото на изследвания период и до подпериода 1970-1972 г. включително;

- През подпериода 1973-1975 г. вероятностите практически са се изравнили;

- През последния подпериод вероятностите на мъжете от градовете и от селата са се отнасяли както 105 към 100.

Тези тенденции отговарят напълно на тенденциите, установени по други показатели и с други методи в предходните раздели. Подобни тенденции са установявани и от други автори за СССР (В. А. Войцехович, 1980) и за НРБ (Х. Грива, 1985).

Хипотетичната средна продължителност на предстоящия живот в активна възраст на момчетата, доживели до 15 години, е важен и красноречив показател за жизнения потенциал на отделното лице в изследваната популация (таблица 16):

- В началото на изследвания период средната продължителност на живота в активна възраст е била 45 години при мъжете от градовете и 44 години при мъжете от селата;

- Разликата по местоживеење е нараснала от 1,04 години в двата първи подпериода на 1,68 години в последния подпериод;

- Макар и с части от годината, средната продължителност е нараствала при мъжете от градовете и е намалявала при мъжете от селата.

Трябва да се отбележи, че подобно на повечето от биометричните функции на таблицата за смъртност и техните производни показатели, средната продължителност на предстоящия живот (на новородените или в която и да било точна възраст) е много ригиден показател. Сериозни промени в демографския режим на популацията обикновено водят до дискретни изменения в биометричните функции и техните производни. Поради това отбелязаните тенденции следва да се считат за сериозно основание за безпокойство относно здравното състояние на мъжете от селата.

Интересна допълнителна информация за режима на смъртността при мъжете в активна възраст предоставя показателят за средната продължителност на предстоящия живот на мъжете, доживели до 65-годишна възраст (таблица 17).

Като пряко продължение на вече посочените тенденции, разликите по местоживеење са малки, а тенденцията е към намаление на средната продължителност на предстоящия живот както при мъжете от градовете, така и при мъжете от селата. В края на изследвания период средната продължителност на предстоящия живот след точната възраст 65 години е била вече по-голяма при мъжете от градовете в сравнение с мъжете от селата.

От големата група показатели за загубите на живот поради смъртността в активна възраст изброяме:

- Табличният брой на умрелите във възрастта от 15 до 65 години;
- Средната възраст на мъжете, умрели във възрастта от 15 до 65 години;
- Средният брой на загубените от един починал в тази възраст човекогодина.

Табличният брой на умрелите, като всяка биометрична функция от таблицата за смъртност, е хипотетична цифра, но дава много ясна и (най-важното) сравнима информация за режима на смъртността на популацията.

Показателят е пригоден както за трансверзални сравнения, така и за проследяване на тенденции във времето.

При тези сравнения реалната численост на сравняваните популации, тяхната възрастова структура и реалният брой на умрелите нямат значение.

В нашия случай са налице няколко важни факта (таблица 18):

- В началото на изследвания период табличният брой на умрелите в градовете е бил по-голям от този в селата;
- В подпериода 1976-1978 г. показателите са се изравнили;
- В следващите подпериоди табличният брой на умрелите от селата е бил вече по-голям в сравнение с градовете;
- За целия изследван период табличният брой на умрелите е нараснал с 16,5% при мъжете от градовете и с 33,1% при мъжете от селата.

По такъв начин са очертани ясни и безспорни тенденции, които също са в унисон с установеното до сега по други пътища.

По величината на табличния брой на умрелите за подпериода 1981-1983 г. може да се съди, че от началната хипотетична популация 26,7% от мъжете в градовете и 29,7% от мъжете в селата са умрели на възраст между 15 и 65 години. В началото на изследвания период тези относителни дялове са били съответно 22,9 и 22,3%.

Очевидно е, че през периода 1964-1983 г. преждевременната смърт е зачестила като явление и е формирала трайни тенденции, които са били по-неблагоприятни при мъжете в селата.

Показателят за средната възраст на мъжете, умрели на възраст от 15 до 65 години, дава важна и интересна информация относно режима на измиране на мъжката популация, която не може да бъде получена по друг начин.

Значенията на този показател при изследвания контингент за периода 1964-1983 г. са далеч от желаното (таблица 19):

- Средната възраст на умрелите мъже от градовете в началото на периода е била 53,62 години. Във всеки следващ период тя е намалявала и през 1981-1983 г. е достигнала 53,42 години;
- При мъжете от селата средната възраст на умрелите е била съответно 51,48 и 50,72 години;
- Разликата в средната възраст на умрелите по местоживееие е нараснала за двадесет години от 2,14 на 2,70 години.

Ако се върнем към повъзрастовите показатели за общата смъртност, неизбежно трябва да констатираме, че явното влошаване на този показател за загубата на живот в активна възраст може да бъде отнесена предимно за сметка на нарастващата смъртност на мъжете на средна възраст.

Както и следва да се очаква, показателят за средния брой на загубените човекогодина от един мъж, починал в активна възраст, е претърпял през изследвания период реципрочни на показателя за средната възраст на умрелите изменения (таблица 20):

- В началото на изследвания период средната загуба е била 11,38 години при мъжете от градовете и 13,52 години при мъжете от селата;
- В края на периода загубата е била съответно 11,58 и 14,28 години.

Последните два показателя, даже без сравнение с други страни, показват може би най-ясно колко тревожно е състоянието на смъртността при мъжете в активна възраст у нас и колко наложително е да се вземат незабавни мерки за овладяване на проблема за преждевременната смърт при този контингент, от който зависи пряко и демографското, и социално-икономическото развитие на нацията.

НОЗОЛОГИЯТА НА СМЪРТНОСТТА  
И КОНЦЕПЦИЯТА ЗА ФАКТОРИТЕ НА РИСКА

"... и как живеят, към какво се стремят,  
обичат ли да пият, да преяждат  
и да се отдават на леност  
или се радват на движението и на труда..."

Хипократ (466-377 пр. н. е.)  
("За въздуха, водите и местата")

Още преди двадесет и четири века бащата на медицината е учил лечителите, които пристигат в непознато селище, да изучат не само природните условия, в които местните жители живеят, но и "как живеят".  
Ние все още си доказваме, че начинът на живот на хората има значение за здравето им състояние, в това число и за смъртността им.

Значително, трайно и продължаващо и сега снижение на общата смъртност на мъжете и на смъртността им от искемична болест на сърцето и от мозъчносъдова болест беше постигнато за пръв път в САЩ. Там бяха направени и най-мащабните и задълбочени епидемиологични изследвания за изясняване на самия този факт и на произлизащите от него изводи за здравеопазването.

Затова ще проследим накратко историята на здравето състояние на населението на тази държава:

- В началото на двадесетия век инфекциозните болести са били главната причина за смърт в САЩ. Усилията, които е направила медицинската наука за борба с инфекцията и резултатите от тази борба са били наречени "първа революция в здравеопазването на САЩ".

- От тогава честотата и значението на инфекциозните болести са намалявали все повече. Смъртността на населението се снижавала успоредно, но през петдесетте години се стабилизирала и снижението престанало. Начинът на живот станал главна причина за смърт. Смъртността не започнала да спада до средата на шестдесетте години, когато американците започнали да се хранят по-правилно, да се движат повече и да намаляват пушенето. Теоретично нарекоха периода от 1950 г. до днес "Ера на начина на живот", а през 1979 г. беше провъзгласена "Втората революция в здравеопазването на САЩ".

Ето как D. Vickers (1978) представя "ерите" в здравеопазването на САЩ (фигура 77).

Ако оставим настрана високите думи, не можем да не признаем, че овладяването на смъртността от болести на органите на кръвообращението е повратен пункт в здравето състояние на населението и в здравеопазването на която и да било страна - момент, до който бихме искали и нашата страна да е по-близо.

За осемдесет години скалата на водещите причини за смърт в САЩ се е променила коренно (таблица 21).

Според J. MacGinnis и M. Hamburg (1987) петте главни причини за смърт в САЩ са свързани с определени рискови фактори, част от които са общи (таблица 22).  
Както се вижда, значителна част от упоменатите фактори на риска са общи за посочените причини за смърт. Това се сочи и от други автори (L. Neipenapp и а., 1984). Което е още по-важно, повечето от тях не са болести и не подлежат на медицинско въздействие от какъвто и да било вид. Това е дало основание на бившия президент на Американската медицинска асоциация R. Palmer да заяви "Лекарите са подготвени да лекуват само 10% от всички фактори, които причиняват болестите".  
Поради това е необходима интегрирана и всеобхватна концепция за борба с хроничните болести с приоритетно направление първичната профилактика.

Центърът за контрол на болестите в САЩ (1979) представя по следния начин факторите, определящи смъртността на населението (фигура 78).

Наблюденията върху начина на живот на обособени групи от хора с твърди традиции представя по друг ъгъл ролята на факторите на риска:

- Средната продължителност на живота на мормоните и на адвентистите от седмия ден е с 5 до 8 години по-голяма от населението на САЩ и на ФРГ. Смъртността им от злокачествени новообразувания и от болести на органите на кръвообращението, особено от остър инфаркт на миокарда, е значително по-ниска. Религиозните правила им забраняват употребата на алкохол, тютюн, кафе, чай и немедицински дроги и им предписват умерено хранене. Те много спортуват (J. Enstrom, 1975; E. Grundmann, 1986).

- Свещениците "зен" се отличават с много по-ниска смъртност от мозъчносъдова болест, пневмония, бронхит, извена болест, чернодробна цирроза и рак на бронха, както и с много по-ниска обща смъртност. Но те не пушат, ядат много малко месо и риба и имат много стабилна душевност (M. Ogata a. o., 1984).

По сроден начин могат да се разглеждат разликите по пол в смъртността.

Жените живеят по-дълго от мъжете; те имат значимо по-ниска обща смъртност и смъртност от искемична болест на сърцето, мозъчносъдова болест, хронична бронхо-обструктивна болест и рак на бронха. Това е така, защото животът на мъжете е много по-рискован. Например: пушенето обяснява напълно разликите в смъртността от искемична болест на сърцето и от рак на бронха. Нещо повече: след стандартизация по основните фактори на риска коефициентите за смъртност на мъжете се отнасят към съответните коефициенти на жените както следва:

- За искемична болест на сърцето - 2:1.
- За злополуки, отравяния и насилия - 50:1.
- За умиранията, свързани с алкохол - 20:1.
- За умиранията, свързани с наркотици - 2,5:1.
- За СПИН - 15:1 (A. Silman, 1987).

Ш. П. Лисицын и В. К. Овчаров (1981) сочат като причина за нарастването на разликите по пол и показателите за смъртността това, че мъжете изпълняват най-тежките и опасни за здравето професии и че вредните навици са много широко разпространение сред тях.

S. Hunt a. o. (1984) също обръщат внимание, че на мъжете е присъщо "рисково" поведение (пушене и особено шофиране на кола след употреба на алкохол).

Във връзка с изложеното до тук и с цел да се очертае ясно концепцията за ролята на рисковите фактори във формирането на морбидността и смъртността, следва един кратък обзор на някои от основните научни доказателства от последните години в това направление.

#### ОБЩИ СЪОБРАЖЕНИЯ

Нека да започнем с това: наскоро беше отхвърлена тезата, че снижението на смъртността от искемична болест на сърцето в САЩ се дължи на снижение на леталитета на заболяването поради подобрение на медицинската помощ за заболялите (Why..., 1980). След това беше доказано, че снижението на смъртността е било предшествувано около десет години от снижение на заболяемостта и на болестността, и от известно снижение на леталитета (J. Hampton, 1982; R. Gillum a. o., 1982). Тези доказателства насочиха вниманието към изследването на факторите от биологично, социално и поведенческо естество, които биха могли да определят възникването и разпространението на заболяването.

## ПОЛ

Установено е по безспорен начин, и то във всички страни по света, че принадлежността към мъжкия пол е значим и независим фактор на риска за заболяване от искемична болест на сърцето (E. Barrett-Connor а. D. Wingard, 1983). Това се свързва с рисковото поведение на мъжете (S. Hunt а.о., 1984).

## ВЪЗРАСТ

Общозвестно е, че общата смъртност и смъртността от сърдечно-съдови болести и от злокачествени новообразувания нараства с възрастта. На този въпрос се спираме при разглеждането на данните от нашето изследване.

## НАСЛЕДСТВЕНА ОБРЕМЕНЕНОСТ

Фамилната агрегация на искемичната болест на сърцето е независимо свързана с острия инфаркт на миокарда, настъпил в млада възраст (H. Moser, 1985; D. Underwood а. о., 1985; A. Hamsten а. U. de Fair, 1987).

Фамилна агрегация е установена и при други болести на сърдечно-съдовата система, при злокачествени новообразувания, някои душевни болести и пр. Както ще бъде показано по-долу, тя има значение за профилактиката.

Ясно е, че възможности за въздействие върху факторите "пол" и "възраст" изобщо не съществуват, защото те са неотменна биологична даденост. Факторът "наследствена обремененост" може да ориентира селективната профилактична и лечебна стратегия към определени групи с повишен риск.

Поради това основното внимание трябва да бъде насочено към факторите от социално и поведенческо естество, които определят морбидността и смъртността, и което е по-важно, подлежат на повлияване в благоприятна посока от съзнателната дейност на човека – както като субект на здравеопазната дейност, така и като неин обект. Не по-малко от две трети от смъртността в икономически развитите страни се дължи на управлявани и избяжани социални и поведенчески фактори (A. Маџленски, 1984).

Факторите на риска от социално и поведенческо естество се формират в юношеската и ранната зряла възраст. Те представляват преди всичко промени в поведението и начина на живот (пушене, употреба на алкохол, начин на хранене, брѝк, родителство, професия, излизане от зависимостта от родителите в автономен живот и пр.), които ускоряват естествените промени от хормонално и съдово естество, представляващи в същност началните фази на атеросклерозата (J. Croft а. о., 1986).

Експозицията на главните рискови фактори може да продължи десет и повече години, преди да се появят първите симптоми на болестта, напр. коронарните оплаквания (B. Rose, 1982, BR. MED. J.).

С напредването на възрастта преваленцията на рисковите фактори намалява (J. Blumenstock, 1984).

## НЕПРАВИЛНО ХРАНЕНЕ

През последните години са натрупани много научни доказателства за това, че неправилното хранене е сред водещите фактори на риска за заболяване от различните форми на атеросклерозата и на първо място – от искемична болест на сърцето и от

мозъчносъдова болест, както и от някои от най-важните локализации на злокачествения растеж (K. Heaton, 1987).

Нека започнем с емоционалното изявление на A. Smith (1983): "... Приемането с храната на прекалено много мазнини изглежда не по-малко катастрофално за западната цивилизация от оловното отравяне за Римската империя...".

Научни данни, получени по три различни пътя (клиничен, епидемиологичен и патологоанатомичен) доказват, че кравето мляко и може би яйцата са особено атерогенни (T. Groush a. D. Freed, 1984).

R. Turner (1983, 8335) цитира S. Renaud (Франция), който установил, че кравето масло е "най-хиперхолестеринемичната, най-атерогенната и най-тромбогенната от всички мазнини". Тази публикация на *British Medical Journal* излезе в разгара на дискусиата за мястото на кравето масло в храната на съвременния човек (Англия, 1982-1984 г.). Тя опровергава публично твърдението на Информационния съвет по маслото, публикувано в брошура с многомилионен тираж, че "маслото е естествен продукт, а алтернативите не са същото" (R. Turner, 1983, 8328).

Доказано е, че маргаринът е много по-здравословна храна (K. С. Петровский, 1983; D. Burley, 1983).

Опитът на страните, които вече постигнаха сигурно снижение на общата смъртност и на смъртността от всички болести на сърдечно-съдовата система, от искемична болест на сърцето и от мозъчносъдова болест, показва следното в много стегнато резюме (S. Heyden, 1982):

- Седемдесетте години на двадесетия век станаха решаващ повратен пункт в епидемията от искемична болест на сърцето: за периода 1968-1976 г. смъртността от нея в САЩ намаля с 24%, а от мозъчносъдова болест - с 33%. Снижението продължава и сега с 3% на година. Благодарение на това средната продължителност на предстоящия живот на американците нараства от 1970 г. насам с около шест месеца всяка година.

- В същото време смъртността от искемична болест на сърцето продължава да се покачва във ФРГ.

- За този период в двете цитирани страни са настъпили следните изменения в консумацията на някои хранителни продукти на човек от населението им (таблица 23).

- Цитират се резултатите от три интервенционни експеримента. В тях е доказано, че снижението на количеството на животинските мазнини в храната довежда до съществено снижение на смъртността от искемична болест на сърцето при мъжете на възраст под 50 години.

- Обръща се внимание на химическия състав на самите мазнини и по-специално на съотношението в тях на наситените, мононенаситените и полиненаситените мастни киселини. То е най-благоприятно от гледна точка на риска за здравето в някои растителни мазнини и на първо място - в слънчогледовото, лененото и маслиненото масло. Подробни резултати по отношение на последното са получили A. Keys a. o. (1986).

Макар храната им да е много богата с животински мазнини, гренландските ескимоси имат ниска смъртност от искемична болест на сърцето. Това се отдава на ейкозопентаеновата киселина, съдържаща се в рибните продукти, която забавя развитието на атеросклеротичните плаки благодарение на своето меко антикоагулантно действие (J. Alpert, 1985). Поради това се счита, че рибата, рибните продукти и ейкозопентаеновата киселина могат да играят важна роля в първичната и вторичната профилактика на атерогенезата и нейните усложнения, ако храната бъде обогатена с тях (J. Mehta a. o., 1987).

Снижението на смъртността от искемична болест на сърцето в Англия и Уелс започна след 1973 г. и беше най-значително във възрастта 35-44 години (R. Heller a.o., 1983). Количеството на мазнините в храната на средния англичанин беше започнало да намалява около пет години по-рано (таблица 24).

Както беше споменато, неправилното хранене е фактор на риска за заболяване и от някои злокачествени новообразувания.

Смъртността от сърдечно-съдови болести и от злокачествени новообразувания, както

и общата смъртност, се покачват във всички европейски страни с повишаваща се консумация на енергия и на животински мазнини (L. Heilemann и H. Heine, 1987). При едно проучване на смъртността в седем страни, продължило 15 години, е било установено, че коефициентите за смъртност от всички причини, от искемична болест на сърцето, от злокачествени новообразувания и от мозъчносъдова болест са в права корелация с относителния дял на енергията, внасяна в организма във формата на наситени мазнини (A. Keys a.o., 1986).

Като доказва, че правилното хранене може да бъде профилактика както на сърдечните болести, така и на злокачествените новообразувания, K. Heaton (1987) предлага правила за здравословно хранене:

- Да се постигне и се поддържа идеалното телесно тегло;
- Да се намалят значително мазнините, особено наситените;
- Да се намали значително захарта;
- Да се увеличат съдържащите целулоза нишестени храни;
- Да се намали рязко солта.

С консумацията на големи количества сол се свързват не само хипертоничната болест и сърдечните болести, а и злокачествените новообразувания на стомаха (G. Wunsch, 1980).

#### ХИПЕРЛИПОПРОТЕИНЕМИЯ

Тридесетгодишно проследяване във Framingham показва, че нивото на серумния холестерол корелира пряко със смъртността от болести на органите на кръвообращението във всички възрасти и с общата смъртност във възрастта 31-47 години (K. Anderson a. o., 1987).

Крупномащабно кохортно проучване на 361 662 мъже в САЩ (MRFIT) е показало, че при ниво на серумния холестерол 6,54 ммол/л относителният риск от смърт поради искемична болест на сърцето е равен вече на 3,8. Поради това 10-15% от населението на САЩ се нуждае от активно лечение (M. Martin a. o., 1986).

Обратно, било е доказано, че снижението на серумния холестерол с 1% води до снижение на смъртността от искемична болест на сърцето с 2% (B. Rifkind a. C. Lenfant, 1986). Това се потвърждава и от факта, че през периода 1960-1980 г. средното популационно ниво на серумния холестерол в САЩ е снижено с около 4%, а относителният дял на мъжете с умерено и силно повишен серумен холестерол е намалял значително (Trends..., 1987). Това е в съзвучие с намаляването на смъртността от искемична болест на сърцето и на общата смъртност в САЩ.

Макар рискът от остър инфаркт на миокарда да нараства с възрастта и с нивото на серумния холестерол (T. Allan, 1982), счита се, че последното е по-показателно за по-младите възрастови групи (J. Bailey, 1982).

В базисното изследване на S. Grundy (1986) е показано, че нивото на серумния холестерол, относителният дял на артериалната интима, покрита с надигнати плаки и относителният риск от смърт поради искемична болест на сърцето, се намират в тясна корелация (таблица 25).

Поради това не е неочакван резултатът от проучването във Framingham, който показва, че рискът от искемична болест на сърцето намалява със снижението на холестерола (J. Turpin, 1985). Същите резултати са получили и други автори (A. Richard, 1985). От B. Lewis (1982) беше установено, че минималният риск за заболяване от искемична болест на сърцето в една популация се намира при популационна средна на плазменния холестерол 4,5 ммол/л, а горната референтна граница на този показател за отделния индивид, до която рискът още не е повишен, е 5,7 ммол/л.

Счита се, че индивидът е изложен на умерен риск да заболее от искемична болест на

сърцето, ако неговият серумен холестерол възлиза на:

Възраст (година)	Холестерол (mg/dl)
2-19	170
20-29	200
30-39	220
40+	240

(E. Wynder, 1986)

От друга страна, преваленцията на значителните лезии в коронарните съдове може да бъде доведена до нула, ако нивото на серуния холестерол бъде около 150 mg/dl. И тъй като серуният холестерол е много чувствителен към промени в храненето, диетата е желателна при всички хора, чиито холестерол е над 75-тия перцентил (C. Lavie a. o., 1987).

За съжаление обаче както лекарите, така и пациентите подценяват риска за здравето, който хиперхолестеринемията ни натрапя (L. Brouse, 1986). Изследването във Framingham доказва протективната роля на липопротеините с висока плътност по отношение на риска за заболяване от исхемична болест на сърцето: хората, чиито липопротеини с висока плътност са над 80-тия перцентил, имат два пъти по-малък относителен риск в сравнение с онези, чиито липопротеини с висока плътност са на 20-тия перцентил (W. Castelli a. o., 1986).

C. Cullen a. M. Stenhouse (1982) показваха, че честотата на злокачествените новообразувания намалява със снижението на серуния холестерол. Макар досега да не е доказана значима връзка между нивото на холестерола и честотата на злокачествените новообразувания (D. Wingard a. o., 1984), смъртността от колоректален карцином е в права корелация с консумацията на мазнини на глава от населението (L. Kinlen, 1983; K. Satchell a. o. 1983). Констатирано е, че колоректалният карцином е рядкост при вегетарианците (E. Kolb, 1982).

Има научни доказателства, че поемането на големи количества "леки" алкохолни напитки (бира) води до повишен риск от злокачествени новообразувания на храносмилателната система и на горните дихателни пътища (D. Jensen, 1979).

Този раздел може да завърши с един цитат, който не се нуждае от коментар: "Очудващо е, но е почти все едно от коя болест трябва да се предпаваме (затлъстяване, сърдечни болести, рак, камъни в жлъчката или запек). На практика нискокалоричната храна с малко мазнини и с високо целулозно съдържание и с малко рафинирана захар. Това е храната, която са поемали нашите предци. Можем да бъдем сигурни, че сме адаптирани към нея и че тя няма да ни навреди" (K. Heaton, 1987).

#### ХИПЕРТОНИЯ

Най-често срещаните сред населението на Европа болести на органите на кръвообращението са исхемичната болест на сърцето, хипертоничното сърце, мозъчносъдовата болест и атеросклерозата на другите съдове, особено на артериите на долните крайници (Дж. Ричард, 1977).

С покачването на артериалното налягане броят на случаите на остър инфаркт на миокарда и на мозъчносъдовите инциденти нараства (С. Хатано, 1977).

Дже наличието на относително високо артериално налягане, макар и в рамките на нормата, е ясно свързано със съкращение на живота, независимо от възрастта (Д.

Laragh, 1981).

При мултифакториален анализ се е оказало, че с коронарната атеросклероза корелират позитивно и значимо следните фактори (по реда на значимостта им):

- Възраст;
- Средно артериално налягане;
- Общ серумен холестерол;
- Пол;
- Индекс на телесната маса (М. Okuniya и о., 1985).

Значението на артериалната хипертония за възникването на исхемичната болест на сърцето и мозъчносъдовата болест е потвърдено и в други изследвания (J. Fuller и о., 1983; R. Stallones, 1983 и много други).

Поради това програмите за борба с болестите на органите на кръвообращението и в частност с исхемичната болест на сърцето и мозъчносъдовата болест, се базират преди всичко на профилактика на хипертонията от една страна, и на издирване и системно лечение на болните с артериална хипертония - от друга (В. Е. Смирнов и Э. С. Прохорова, 1973; Т. Кобаяши, 1977; R. Levy, 1979; K. Jasinski, 1978; R. Gillum и о., 1985; D. Eisenblatter, 1984; P. Massol, 1984; H. Ueshima и о., 1987).

## ПУШЕНЕ

Един експертен комитет на Световната здравна организация констатира, че пушенето е причина за преждевременна смърт на повече от един милион души годишно и призова към незабавни и решителни мерки за "...предотвратяване на най-предотвратимата от всички съвременни епидемии" (Н. Чилард, 1983).

Доказано е вече, че рискът за заболяване от исхемична болест на сърцето, хроничен бронхит или рак на белия дроб у хората на възраст от 35 до 54 години е в права корелационна връзка с броя на фабричните цигари, изпушени за един ден (M. Alderson и о., 1985) или за една година (P. Burch, 1984). Практически всички случаи на рак на белия дроб са свързани с пушенето (Author's reply, 1984), макар относителният риск да намалее след въвеждането на филтъра (H. Berndt, 1981; Lung cancer..., 1983). От друга страна, може да се счита за установено, че димът на пурата и лулата има практически същия ефект върху организма на човека, както дима на цигарата (O. Bzell и о., 1979).

Наблюдението върху размера на риска за заболяване от злокачествени новообразувания на бронха показва, че с увеличаването на броя на пушачите в едно селайство той се покачва, особено при индивиди, които са дишали тютюнев дим и като деца, и като възрастни. Такива тенденции са регистрирани и при други локализации на злокачествения растеж във връзка с пушенето. Поради това последиците от експонацията на тютюнев дим е възможно да са по-сериозни, отколкото се мислеше до сена (P. Sandler и о., 1985).

Борбата с пушенето в САЩ започнала през 1964 г. Водят я различни групи и организации. Пресметнато е, че до 1978 г. в резултат на нея са били предотвратени 5% от случаите на преждевременна смърт, свързана с пушенето. Макар този резултат да не задоволява, това все пак възлиза на 3 573 000 човекогодина спасен живот само при мъжете (K. Warner и H. Murt, 1983). Има смисъл тази борба да се интензивира, като се има пред вид, че загубите на живот при мъжете след 40-годишната възраст поради пушене на повече от двадесет цигари на ден са от порядъка на шест години и могат да стигнат до дванадесет години при някои особено податливи индивиди (J. Haybittle, 1966). Насърчителен е примерът на лекарите от щата Калифорния, САЩ: за тридесет години след като болшинството от тях се отказали от пушенето (1950 г.) смъртността им от рак на бронха намалела от 55 на 10 о/оооо (1980 г.), докато при останалото мъшко население тя останала 35 о/оооо (J. Enstrom, 1983).

По-рано се считаше, че концентрацията на карбоксиемоглобина в кръвта от порядъка

на 3-4% от общото количество на хемоглобина е безвредна. Сега тя се счита за рискована за здравето на човека и особено за неговата сърдечно-съдова система. Такава концентрация на карбоксиемоглобина е редовно явление у пушачите (F. Epstein и G. Schueler, 1975; I. Kemp и H. Ruthven, 1978).

Большинството от мъжете, заболели от остър инфаркт на миокарда преди 40-годишната възраст, са пушачи (J. Bensaïd, 1979; M. Glover и др., 1982). Рискът е много по-висок у онези пушачи, които вдигват дълбоко дима (T. Higebottam и др., 1982). Пушенето е водещ фактор на риска за заболяване от искемична болест на сърцето и от рак на бронха; при първата той се проявява непосредствено, а при втория - с двадесетгодишно отлагане, макар и с много по-голяма вероятност (M. Kristein, 1984).

Количеството на изпушените цигари в течение на една година е значим и независим фактор на риска за заболяване от искемична болест на сърцето при всички възрастови групи до седемдесетата година от живота. Нещо повече, рискът, който се формира от общото количество на изпушените за досегашния живот на едно лице цигари, е значително по-висок, отколкото се мислеше по-рано. Това особено се отнася за онези хора, при които пресмятането на изпушените цигари за един ден би ги наредило сред незастрашените (M. Weintraub и др., 1985).

Повъзрастният риск за заболяване от остър инфаркт на миокарда расте пропорционално на продължителността на пушаческия "стаж"; това се отнася и за продължаваните, и за спрелите да пушат. Затова е жизнено важно да се убеждават младите и младежите да не започват да пушат, а пушачите - да се откажат от пушенето колкото е възможно по-скоро (D. Cook и др., 1986). Счита се даже, че е наложително да се правят повече усилия за борба с пушенето, отколкото със запрашаването на въздуха (W. Morgan, 1986), защото на днешния етап пушенето е "най-значителната отстраняема причина за смърт" (J. Pinney, 1979), а отказването от този навик - "първ приоритет на здравеопазването" (A. Haines, 1985).

На основата на всички тези констатации по света се предприемат мерки с различен характер и обхват. Така например в Глазгю е приета програма, съгласно която градът трябва да стане град на непушачи до двехилядната година, а в резултат на това се очаква през следващите десет години да се намали честотата на искемичната болест на сърцето и на мозъчносъдовата болест с 10% (D. Hime и J. Homersley, 1985).

#### НАДНОРМЕНО ТЕГЛО

Преди повече от десет години беше установено, че внезапната смърт е много почестата при хора с наднормено тегло (S. Rabkin, 1977). По-късно се оказа, че смъртността от искемична болест на сърцето корелира с величината на индекса на телесната маса (R. Jarrett и др., 1982).

Индекс на телесната маса (ИТМ = Body Mass Index = BMI = индекс на Quetelet);

$$\text{ИТМ} = \frac{\text{тегло в килограми}}{(\text{ръст в метри})^2}$$

(Adipositas..., 1985; J. Manson и др., 1987).

За мъжете наднорменото тегло започва от ИТМ = 27,8 (C. Callanay, 1985). Минималната обща смъртност е регистрирана, когато телесното тегло е било в рамките на 80-89% от популяционната средна - както при пушачи, така и при непушачи (J. Manson и др., 1987).

Затлъстяването само по себе си повишава риска да настъпят обменни нарушения като намален въглехидратен толеранс и дислипидемия, както и артериална хипертония. Поради това то може, когато е изразено, да бъде фактор на риска за заболяване от

искенична болест на сърцето (H. Maller u. M. Hanefeld, 1984).  
Най-сериозно са застрашени при затлъстяване мювите (Adipositas..., 1985).  
В зависимост от възрастта мъжките популации показват минимална смъртност при следните стойности на индекса на телесната маса (таблица 26).  
Според значението на индекса на телесната маса хората могат да се разпределят, както е показано в таблица 27.  
Мъжете с наднормено тегло имат по-висока смъртност от колоректален карцином и от рак на панкреаса (Meniger Fett..., 1984).  
При мъжете на тридесет и повече години дневният калориен внос не трябва да превишава 2500 килокалории, за да се поддържа идеалното тегло. Обаче във ФРГ през 1985 г. той възлиза средно на 3800 килокалории на ден (Adipositas..., 1985).  
При проучвания в много страни е установена линейна зависимост между средната консумация (на човек от населението) на енергия, мазнини и месо от една страна и смъртността на мъжете от колоректален и простатен рак (Obesity..., 1982).  
  
С данни за НРБ не разполагаме...

#### ХИПОДИНАМИЯ

Движението е естествено състояние на всяко живо същество и условие за нормалното му съществуване. Цивилизацията обаче, натрапва на човека задълбочаваща се хиподинамия, която вече се е формирала като рисков фактор за здравето му. В науката имаше спор относно патогенното въздействие на хиподинамията. Считаше се, а някои считат и сега, че то не е доказано научно.  
При едно кохортно изследване, продължило 22 години, било установено, че работата, свързана със значителни физически усилия, редуцира риска от остър инфаркт на миокарда при мъжете на възраст 35-44 и 45-54 години. Други работници, чиято работа не била свързана с физическо натоварване, имали трикратно по-висок риск (R. Paffenbarger a. o., 1977).  
Активните занимания с физическа култура през свободното време се свързват със съществено намаление на риска от мозъчносъдови инциденти при мъжете на възраст от 40 до 74 години (B. Herman a. o., 1983).  
Системното участие в енергични физически занятия с разход на енергия от порядъка на най-малко 7,5 кКал/мин. предпазва от фатални и нефатални болести на сърдечно-съдовата система и даже може да повлияе благоприятно други фактори на риска (високи серумни липопротеини, затлъстяване, високо артериално налягане или пушене). Такива занятия са:  
- Бягане най-малко 10 мили;  
- Игра на тенис, баскетбол или футбол най-малко 5 часа;  
- Каране на велосипед най-малко 50 мили;  
- Плуване най-малко 2 мили (J. Sallis a. o., 1986).

#### СОЦИАЛНИ И ЕКОЛОГИЧНИ ФАКТОРИ

"...здравье не купишь в аптеке.  
Главное - в образе жизни человека".

М. С. Горбачев

Факторите на жизнената среда, които могат да влияят върху здравето на човека положително или отрицателно, са многобройни. Тук ще споменем само някои от тях и

ще започнем с положителните.

Едно изследване върху начина на живот на столетници от САЩ дадо смайващи резултати. Всички те еднотушно са заявили, че обладавали силна воля за живот и са обичали работата си. Повечето от тях са живели независимо и спокойно, били са доволни от живота си и са имали здрави семейства, но не са били амбициозни и не са изпитвали самосъжаление (Lebensfreude..., 1984). Няма съмнение, че тези фактори не са определяли изцяло продължителността на живота на столетниците, но и не може да не се признае, че психосоциалните фактори имат решаващо значение за здравето на човека като мислещо същество.

На първо място стои характерът на човека, защото не зависи от волята му да го формира и управлява. В този смисъл значение на фактор на риска за заболяване от исхемична болест на сърцето, от мозъчносъдова болест, а може би и от други болести има така нареченото "поведение тип 'А'" (R. Rosenman, 1975). Счита се дори, че по значение като фактор на риска то се изравнява с артериалната хипертония (C. Wood, 1982).

Поведението от тип "А" се характеризира с агресивност, състезателност, амбициозност, хронично усещане за негостиг на време и с други, по-второстепенни и производни черти (R. Shekelle a. o., 1985).

В популацията на Framingham с такова поведение са се отличавали половината от мъжете (D. Wingard, 1982).

На фона на поведение от тип "А" провокиращи моменти за възникване на мозъчносъдови инциденти могат да бъдат резките промени в живота, претоварване с работа, чувството на гняв, безнадеежност, срам, страх и други подобни.

Поведението от тип "А" може да доведе до исхемична болест на сърцето, както и до стенозираща склероза на а. carotis (J. Herrmann, 1985).

По сродни механизми действа на човешкия организъм психосоциалният дистрес, който може да бъде причинен от:

- Безработица (M. Check, 1979; K. Moser a. o., 1986);
- Социална изолация (J. Salonen, 1982; R. Bergstrand a. o., 1983; Lebensfreude..., 1984); разведените са особено застрашени от самоубийство (J. Hanlon, 1974);
- Конфликти на работното място (R. Thiele u. a., 1985);
- Ниско образователно равнище (O. Poll, 1977; J. Salonen, 1982; Der soziale Abstieg..., 1984; Psychosoziale Faktoren, 1985);
- Ниски доходи (S. Poll, 1974; R. Pressat, 1977; J. Silber, 1980; J. Salonen, 1982; J. MacKnight, 1986);
- Работа с големи отговорности (E. M. Дугко и И. А. Пивень, 1976; A. Menotti a. Seccareccia, 1985);
- Службата в органите на сигурността (D. Sparrow a. o., 1983);
- Сменната работа (Schichtarbeit..., 1987);
- Животът във високоурбанизирани райони или селища (S. Deutscher, 1973; И. Дярфав и А. Чукан, 1975);
- Бюрократизмът, администрирането и командването, грубото отношение към хората, преследването за критика (В поисках новых подходов, 1988).

Всички цитирани автори признават психосоциалния дистрес за важен фактор на риска за заболяване от артериална хипертония, исхемична болест на сърцето, мозъчносъдова болест, неврози и други болести, в т.ч. злокачествени новообразувания.

Бытовата и професионалната микросреда имат също значение за здравето състояние на мъжете и по-специално за смъртността им. Публикациите в тази област са много малко.

Доказана е права корелация на смъртността с експонацията на работното място на прах, висока влажност и груби промени в температурата на помещенията (M. Krzyzanowski a. B. Wojtyniak, 1982).

За фактор на риска от професионално естество се счита и физическото пренапрежение (M. B. Третьякова, 1974).

Напоследък се ревизират нормативите за безопасна концентрация на въглеродния окис във въздуха на битовите и работните помещения. Считаната по-рано за безвредна и допустима концентрация на карбоксиемоглобина в кръвта на хора, изложени на замърсен с въглероден окис въздух, сега се счита за опасна, тъй като може да доведе или да допринесе за развитието на коронарна атеросклероза или да провокира ангинозни пристъпи и болни от исхемична болест на сърцето.

Въглеродният окис във въздуха произхожда главно от твърдевия дим и от ауспухните газове (E. Epstein u. B. Schueler, 1975).

Фактор на риска за здравето с предимно социална същност е местожителството на село. М. П. Лисицын и В. К. Овчаров (1981) сочат, че от 1972 г. смъртността на селското население в СССР е надвишила тази на градското население. За подобни наблюдения съобщава R. Pressat (1977).

Н. Кимура (1977) свързва по-високата смъртност от мозъчносъдова болест на заетите в селското стопанство на Япония с по-ниско потребление на белтъци и на мазнини. Тези откъслечни констатации не са, разбира се, обяснение за разликите в смъртността по местоживееене, които изискват специално поставени изследвания. Впрочем, разликите по местоживееене, намерени и от нас, също искат своето обяснение. Нашите данни, представени и анализирани по петгодишни възрастови групи, показват, че местоживееенето на село и у нас в определен смисъл е фактор на риска за здравето и живота на мъжете в активна възраст. Това влиза в пряк конфликт с твърдението на М. Белчева и др. (1979), че различие между градовете и селата по отношение на общата смъртност няма. Необходимо е вниманието към този проблем да се заостри, за да се търси решението му.

Замърсяването на атмосферния въздух с прах и ауспухни газове, съдържащи големи количества олово и канцерогенни въглеводороди, е фактор на риска за заболяване от злокачествени новообразувания (M. Blüher u. T. Reich, 1976).

Може би това е част от обяснението на по-високата смъртност от рак на бронха и от други злокачествени новообразувания във високоурбанизираните райони (M. Blot a. J. Fraumeni, 1979). Не бива да се забравя обаче, че точно в тези райони е най-голям и относителният дял на пушачите от населението; това може да бъде и главна причина за по-високата смъртност ("Krebslandschaft"..., 1984).

Връзката между условията на социалната среда като фактор на риска и епидемиологичните показатели на злокачествените новообразувания не е ясно формулирана.

Може би това се дължи на факта, че досегашните изследвания в тази област са били насочени главно към химическата канцерогенеза. Към последните се отнасят например професионалната експонация на азбест, особено в съчетание с пушене, като фактор на риска за заболяване от рак на бронха.

T. Morigawa (1980) представя по-глобално този проблем и цитира Hoover и Fraumeni, които намерили по-високи показатели за смъртност от злокачествени новообразувания на белия и черния дроб, пикочния мехур и някои други органи в 139 района на САЩ с концентрирана химическа, хартиена, петролна и транспортна промишленост.

D. Wigle (1977), от друга страна, не намерил такава зависимост между смъртността от рак на бронха и концентрацията на химическата промишленост в Канада.

Значимо по-висока смъртност от рак на бронха и на стомаха е установена при професионална експонация на суров петрол; показателите нараствали с продължителността на трудовия стаж в този отрасъл. Това обаче не се отнася за работниците, изложени на професионален контакт с петролни продукти (N. Hanis a. o., 1979).

"Казват, че химическата технология води истинска война против хората.

Преувеличението не е голямо. Днес промишленото и селскостопанското производство нерядко носят опасност за здравето на хората, в това число и на онези, които още не са се родили" (В поиската на нови подходи, 1988).

S. Tokudome a. M. Kuratsune (1976) установили по-висока смъртност от рак на

бронха, колона и ректума при работници от заводи за цветни метали и я свързват с експонация на арсен и серен двуокис.

Публикувани са немало прочувания върху връзката между социалния статус на хората и риска да заболят от злокачествени новообразувания:

- Намерен е два пъти по-висок риск за заболяване от злокачествени новообразувания у мъже с ниско образование (по-малко от осем класа), след като пушенето е елиминирано от анализа. Това се свързва с по-интензивна експонация на канцерогени и с разлики в храненето и в другите навици (J. Salonen, 1982);

- Намерени са по-високи показатели за смъртност от рак на бронха у мъже с по-ниски доходи (D. Wigle, 1977);

- Ш. А. Корчак-Чепурковский (1970) цитира холандски прочувания, според които смъртността на наемните работници в селското стопанство била по-висока от тази на собствениците;

- При условията на СССР най-високи показатели за смъртност са установени при мъже - полевъдни и общи работници (А. М. Голяченко и А. Т. Обухов, 1978).

#### РАЗПРОСТРАНЕНИЕ НА РИСКОВИТЕ ФАКТОРИ

Значението на факторите на риска за здравето състояние на една популация се определя от разпространението им в нея. В литературата има немало публикации по този въпрос, но тъй като за целите на нашето изследване определящи са националните данни за НРБ, ще приведем само един от последните източници.

Прочуването на В. Негмал а. о. (1987) е направено в доста голяма популация мъже на възраст от 25 до 69 години. От тях носители на основните фактори на риска са се оказали както следва:

- Артериална хипертония (160/95 и повече) - 20%;
- Пушене - 50%;
- Висок серумен холестерол (250 мг/дл и повече) - 31%;
- Наднормено тегло (индекс на телесната маса над 25) - 61%.

Разпределението на мъжете с наднормено тегло по възраст е много характерно:

Възраст	С наднормено тегло (%)
25-29	29
30-34	47
35-39	55
40-44	62
45-49	67
50-54	75
55-59	75
60-64	77
65-69	71

Още по-интересно е разпределението на съчетанията на рискови фактори, тъй като е известно, че те взаимно се потенцират като болестотворни агенти (таблица 28).

#### ФАКТОРИТЕ НА РИСКА В НРБ

Медицинската периодика не е богата с публикации по разпространението на рисковите

фактори сред населението на НРБ.

Тук ще бъдат приведени основните данни само от онези от тях, които имат пряко отношение към изследвания от нас проблем.

R. Smith (1982) привежда данни, че годишният темп на нарастването на консумацията на цигари в България е 7,6%. В същото време той е 2,6% в СССР и 3,8% в Полша. Какво по-тревожно от този факт, като се вземе пред вид, че в много държави на Северна Америка и на Европа тенденцията при мъжете е обратна и то от години вече? Д. Димов (1982) съобщава, че в една популация от мъже на възраст до 40 години, заболели от остър инфаркт на миокарда, 63% са били носители на три и повече фактори на риска.

Интересна, макар и оскъдна, информация за някои рискови фактори от социално естество съобщават Хр. Цолов и др. (1977), които изследвали относителния дял на исхемичната болест от всички причини за умирањията при различни професионални групи:

Професия	Отн. дял на ИБС (%)
Миньори	0,2
Текстилни работници	1,1
Общи работници	1,7
Учители	5,1
Готвачи	7,6
Вофьори	8,9
Лекари	12,2
Ръководен инженерно-технически състав	13,5

Тук прозира протективната роля на физическата активност, спомената по-горе, и патогенната роля на психоемоционалното напрежение, отговорността и хиподинамията като фактори, влияещи върху формирането на морбидността.

М. Орбецов (1978) съобщава за изравняване на смъртността от исхемична болест на мъжете от селата и градовете на НРБ, но не привежда данни, нито източници.

Най-нови и най-информативни са данните от масовия скрининг на населението от четири окръга на България, проведен през 1985 и 1986 г. в рамките на програмата CINDI (Countrywide Integrated Programme for Prevention of Noncommunicable Diseases). В него са включени 738 000 души или 94% от населението на възраст от 7 до 65 години от четири окръга с общо население 1,2 млн души.

Ще приведем част от данните за мъжете в активна възраст, които представляват специален интерес в случая. В изследването са включени 235 038 души на възраст от 15 до 64 г. (таблица 29).

- Още във възрастта 15-19 години половината от младежите вече са носители на фактори на риска. След 25-годишната възраст във всички възрастови групи с такива фактори са обременени около 90% от мъжете.

- След 30-годишната възраст относителният дял на фамилно обременените с хипертонична болест се движи около 20%, а на фамилно обременените със захарен диабет - около 5%.

- С възрастта относителният дял на мъжете с гранично и високо артериално налягане нараства от 4 до 26%, а на болните от захарен диабет - от 1 до 11%.

- По анкетни данни диспансерният контрол върху болните от хипертонична болест и от захарен диабет не е добре поставен, поради което тези две заболявания представляват реален риск за усложняване с исхемична болест на сърцето,

мозъчносъдови инциденти, сърдечна слабост и др.:

	Без лечение (%)	Неадекватно лекувани (%)
Болни от хипертонична болест	8	49
Болни от захарен диабет	5	15

- Във възрастта 20-54 години от 30 до 40% от мъжете пушат по повече от десет цигари на ден.

- Между 15 и 25% от мъжете в активна възраст са с наднормено тегло от втора или трета степен по Брока.

- Още във възрастта 20-24 години повече от половината от мъжете са хиподинамични. Относителният дял на мъжете с недостатъчна двигателна активност нараства във всяка следваща възрастова група, за да достигне 81% при мъжете на възраст 60-64 години.

- 3,7% от всички мъже в активна възраст са носители на повече от един фактор на риска (като не се включват хиподинамията и пушенето).

Най-честото съчетание е артериална хипертония с наднормено тегло, което е намерено при 2,9% от всички мъже в активна възраст; в диапазона 55-64 години относителният им дял надхвърля 6,1%.

Могат да се отбележат още съчетанията на артериална хипертония със захарен диабет (0,4% от всички мъже в активна възраст) и захарен диабет с наднормено тегло (0,3%).

Ако в съчетанията се включат хиподинамията и пушенето (което не е направено при обработката на материалите от скрининга), даже и в младите възрастови групи относителният дял на необременените с рискови фактори остава незначителен.

По-голямата част от представените фактори на риска са отстранени, но отстраняването им изисква много усилия на индивидуално, обществено и държавно равнище.

Разпространението им дава представа за размерите на профилактичната работа, която предстои да бъде извършена, за да се подобрява здравното състояние на този контингент.

Разпространението на факторите на риска има и друг разрез - консумацията на определени стоки в национален мащаб. През периода 1972-1982 г. смъртността на населението на възраст 40-69 г. в НРБ се е повишила с 18,9%. За това време консумацията на човек от това население е нараснала:

- рязко - на животински мазнини и енергия от животински продукти; по този показател ПНР и НРБ "водят" Европа;

- умерено - на обща енергия и на цигари;

- съмнително - на растителни масла.

Намаляла е консумацията на пресни зеленчуци.

Продуктовият състав на храната на тази част от населението е ставал все по-рисков.

През същия период пряко противоположни тенденции по всички показатели са регистрирани във Финландия, Франция, Белгия и Швейцария (L. Neilemann и H. Neile, 1987).

След всички приведени данни за НРБ и за други страни, става ясно колко актуална и значима е задачата, поставена от Тринадесетия конгрес на БКП:

"Да се утвърждава здравословен начин на живот и да се формира всенародно движение за висока здравна култура. Да се води решителна борба срещу употребата на алкохол и тютюнопушенето, особено сред младото поколение" (Тезиси на XIII конгрес на БКП..., 1986).

ПРОФИЛАКТИКАТА - СТРАТЕГИЯ НА ИЗБОР  
В ПО-НАТАТЪШНАТА БОРБА ЗА ЗДРАВЕ

\*Проблеми згоревъя ми должны рассматривать  
с широких социальных позиций.  
Оно определяется прежде всего условиями  
труда и быта, уровнем благосостояния\*.

М. С. Горбачев

Бързото развитие на здравната служба през последните десетилетия не можа да пречупи неблагоприятните тенденции в морбидността и смъртността на населението. Те могат да бъдат неутрализирани само с профилактични мерки (K. Kokemu a. o., 1986).

Здравното състояние на една популация е интегрален резултат от взаимодействието на две екосистеми:

- вътрешната среда на всеки човешки организъм, неговата биосоциална същност;
- условията, в които той и цялото общество живее.

Здравето и дееспособността на отделния човек също са пряко зависими от това диалектическо единство.

Пасивното приспособяване на човешкия организъм към промените в жизнената среда е ограничено в много тесни рамки. Затова човекът като личност и като организъм се приспособява активно към промените в средата (E. Апостолов, 1973).

Смъртността от искемична болест на сърцето и от мозъчносъдова болест в САЩ, Австралия, Япония и други страни намалява. Това намаляние следва решителното намаляние на относителния дял на хората със серумен холестерол над 260 мг/дл, на нелекуваните хипертоници и на пушачите (F. Epstein, 1984; R. Luepker a. o., 1985).

В тези страни бяха постигнати такива резултати, защото много хора поемат по-малко калории, по-малко тлъстини и ограничават пушенето, а физическата тренировка се превръща в национално дело (R. Heinecker, 1979).

Средната продължителност на живота на мъжете над 45-годишна възраст в Калифорния, САЩ, била с 11 години по-голяма при онези, които практикували най-малко шест от изброените по-долу здравни навици, в сравнение с онези, които практикували четири или по-малко от тях (A. Жабленски, 1984):

- Осигуряват си 7-8 часа сън на денонощие;
- Закусват редовно;
- Не приемат храна между закуската, обедата и вечерята;
- Поддържат теллото си от -5 до +20% спрямо идеалното телло;
- Употребяват малко алкохол;
- Не пушат.

Досегашните резултати от приложението на проекта "Северна Карелия" показаха, че промените в навичите на хората на популационно равнище са възможни при определени условия и могат да доведат до промени в благоприятна посока както на рисковите фактори, така и на смъртността от искемична болест на сърцето и от мозъчносъдова болест (J. Salonen a. o., 1983; J. Salonen, 1987; J. Tuomilehto a. o., 1986).

В резултат на приложението на една интервенционна програма в Швеция (ГДР) смъртността на мъжете, които участвували в скрининга, била снижена повече от три пъти. Смъртността на неучаствувалите останала непроменена (L. Graefner u. a., 1982).

Натрупаният опит дава вече достатъчно основания да се счита, че единствено правилният път към подобрието на здравното състояние и към снижението на смъртността на една популация е профилактиката на популационно равнище.

Съгласно препоръките на Световната здравна организация профилактичната стратегия

има за цел:

- Да се изменят масовите характеристики на начина на живот на хората и на средата, които са основна причина за масово разпространените болести;
- Да се откриват лицата с висок риск за здравето и им се осигури помощ;
- Да се осигури профилактика на рецидивите и на прогресирането на болестите, които вече са се проявили (вторична профилактика) (Prevention..., 1982).

Огромното мнозинство от населението е изложено повече или по-малко на риск за здравето (L. Weaver a. T. Carney, 1985). Затова профилактиката, ориентирана само към изложените на висок риск хора, е лимитирана.

Профилактичните програми трябва да обхващат цялото население, за да се очаква от тях реален ефект (M. Kokeny a. o., 1986).

От профилактичните програми не следва да се очаква непосредствен резултат.

Те трябва да се заложат днес и изпълнението им да започне незабавно, но проявяването на ефекта им изисква време. Ето как вижда този проблем E. Kesk, цитиран по D. Mueske u. a. (1983): "Ако приемем, че установените от науката взаимни зависимости между серумния холестерол и атеросклерозата отговарят на действителността, че повишеното артериално налягане, пушенето и хиподинамията благоприятствуват развитието на исхемичната болест на сърцето, ако допуснем, че с подходящи изследвания на голям брой деца ще бъдат откривани, съветвани и лекувани лицата, изложени на висок риск, ако се надяваме, че лекарските съвети, предложенията за промени в храненето и в начина на живот ще бъдат приети, въведени и поддържани през годините, ТОГАВА бихме могли да очакваме, че след 45 до 55 години, значи някъде през 2026-2036 г., МОЖЕ БИ ще настъпи снижение на честотата на исхемичната болест на сърцето, на честотата на инфаркта, на причината за смърт, наречена "атеросклероза". ДО ТОГАВА ТАЗИ ЕПИДЕМИЯ ЩЕ ПРОДЪЛЖИ".

Оптимален и валиден за всички хора начин на живот няма (M. Casper u. a., 1983).

Но съвременната класификация на рисковите фактори до голяма степен определя приоритетите на профилактичните програми: те трябва да покрият преди всичко най-важните фактори на риска, наричани още "есенциални" (D. Mueske u. a., 1983):

- Повишения серумен холестерол;
- Артериалната хипертония;
- Пушенето.

Това означава, че рационализацията на храненето до голяма степен ще покрие и част от рисковите фактори от втора степен (затлъстяването, хипертриглицеридемията и хипергликемията).

Затова в съвременна светлина задачите на здравната служба изобщо и на лекаря в частност, се променят съществено: "Да съветваш хората да не пушат и да се хранят правилно, да издирваш хора с високи кръвни липиди и да се опитваш да ги лекуваш не е толкова възмущаващо, колкото да направиш един коронарен байпас, но при всички случаи е по-добра медицина" (E. Wynder, 1986).

Затова и Ал. Пухлев казваше: "Четиридесетгодишен опит на клиницист ме научи, че е по-добре да правиш профилактика, отколкото да държиш главата на умиращия...".

## ПРОФИЛАКТИКА И ХРАНЕНЕ

Профилактиката на атеросклеротичните изменения в съдовете и даже тяхното обратно развитие са възможни чрез снижение на серумните липиди (M. Hanefeld, 1982).

Днес вече не стои въпросът дали трябва да се снижава серумният холестерол. Ние ще трябва да променяме вкоренени навици, за да постигнем снижение на този риск.

Удобно практическо правило, ориентирано към отделното лице, е: за повишено трябва да считаме нивото на холестерола, когато то надвишава сбора от числото 170 и възрастта на лицето в години.

За обременени с умерен риск трябва да се считат онези лица, чийто серумен холестерол надвишава 75-тия перцентил за дадената възраст. На тях следва да се препоръчва ограничаване на наситените мазнини и на холестерола в храната. Лицата, чийто серумен холестерол надвишава 95-тия перцентил, са с висок риск. Те се нуджат от строга диета и от лекарствено лечение.

Когато става дума за населението като цяло, важи правилото, че всички хора биха имали полза от снижението на серумния холестерол. Най-общо може да се препоръча:

- Мазнините в храната да не превишават 30% от тоталния енергиен внос;
- Наситените мазнини да не превишават 12% от тоталния енергиен внос;
- Да не се поемат повече от 300 мг холестерин на ден.

За да се постигнат тези промени в храненето, се препоръчва:

- Те да обхващат всички членове на семейството;
- Да се предоставя информация за състава на естествените и обработените храни, в това число на етикетите на хранителните продукти;
- Да се осигури професионална квалификация на лекарите и специалистите по хранене в това направление;
- Необходимите за такова хранене продукти да се произвеждат в достатъчно количество и на достъпни цени;
- Хранителната промишленост да ускори работата си по създаването на производството и пускането в търговската мрежа на месни и млечни продукти с намалено съдържание на мазнини и на холестерин;
- Заведенията за обществено хранене да предлагат ястия, отговарящи на горните изисквания;
- Да се обърне особено внимание на храненето в детските заведения и училищата (A. Truswell, 1984; R. Levy, 1986).

веднага след навършването на двегодишната възраст на децата (C. Magwick, 1986; B. Merz, 1986).

Но тъй като засега се счита недоказано, че това няма да вреди на развитието на децата, ограничението на мазнините следва да започва след навършването на петгодишна възраст (L. Taitz, 1987).

Във всички случаи профилактичният режим на хранене ще бъде толкова по-ефективен, колкото по-рано е започнало приложението му и колкото по-системно той се прилага. След появата на симптомите на болестта ефективността му е вече значително по-ниска (Ш. Д. Слепенков, 1983).

Здравно-възпитателната работа и диетичната интервенция в храненето трябва да продължат в юношеската и младежката възраст, тъй като навиците и поведението, формирано в този период, имат съществено значение за нивото на липидите и липопротеините, и за постигането на целите на профилактичната стратегия (H. Hubert a. o., 1987).

Профилактиката, насочена към цялото население (Public Health Approach), базирана на здравното възпитание и промените в храненето, според някои автори е по-малко реалистична от програмите, насочени само към групите с висок риск (High Risk Strategy). Двата подхода не следва да се считат за взаимно изключващи се. Първият следва да се прилага като по-ефективен на популационно равнище, а вторият - за определяне на групите, при които е необходимо вече лекарствено лечение. Контактният пункт между двата е скринингът на населението за серумен холестерол (S. Grundy, 1986). Критерият е крайно опростен: колкото по-нисък е серумният холестерол, толкова по-добре.

Обогатяването на храната с пресни плодове и зеленчуци е признато като важна част от рационалното хранене. Неотдавна беше доказано, че има много тясна обратна корелация между приема на аскорбинова киселина с храната и смъртността от мозъчносъдова болест. Поради това обогатяването на храната с пресни плодове и зеленчуци има ефект на профилактика на мозъчносъдовите инциденти (D. Acheson a. D. Williams, 1983).

#### ПРОФИЛАКТИКА И АРТЕРИАЛНА ХИПЕРТОНИЯ

Повишеното артериално налягане повишава рязко риска от смърт поради сърдечни болести. Това важи даже за граничните стойности.

Ранното откриване на лицата с артериална хипертония и тяхното системно и адекватно лечение е неразделна част от всяка профилактична програма (D. Eisenblatter u. H.-D. Faulhaber, 1982; K. Ball, 1984).

Наложително е да се полага на скрининг за артериалното налягане възможно по-голяма част от населението. При повечето от хората с лека и умерена хипертония ще бъде достатъчно да бъдат убедени да контролират теллото си, да не пуват и да намалят приема на сол и алкохол. Лекарственото лечение е показано само при тежка хипертония.

Може би най-голямата ценност на откриването на умерената хипертония е в това, че тя насочва вниманието към индивида, изложен на висок риск. На него трябва да се въздействува, за да се премахнат всички рискови фактори (J. Hart, 1984). R. Hardy a. C. Hawkins (1983) наблюдавали в течение на пет години мъже на възраст от 30 до 69 години. Онези от тях, които благодарение на системно лечение поддържали диастолното си налягане не по-високо от 90 мм живачен стълб, имали значимо по-ниска обща смъртност от контролната група, получила обичайно медицинско обслужване. Това показва колко голямо е значението на вторичната профилактика в рамките на една профилактична програма.

#### ПРОФИЛАКТИКА И ПУШЕНЕ

Пушенето е в числото на "есенциалните" фактори на риска, и то за няколко от най-важните групи болести от II, VII и VIII клас. Не е необходимо да се доказва, че борбата с този навик трябва да бъде централна част на всяка профилактична програма (T. Petty, 1985).

Счита се, че е възможно да се предотврати появата на по-голямата част от случаите на рак на брoнха чрез ограничаване на пушенето (M. Berlin a. o., 1984). Затова J. Cairns (1985) е прав да заяви: "... глупаво е да изразходваме всяка година стотици милиони долара за химиотерапия на нарастващия брой болни, а да не правим нищо, за да опазим хората от цигарите. Ние губим войната с рака, защото продължаваме да търпим петата колона в редиците си. Изкореняването на най-широко разпространеното злокачествено новообразувание обаче зависи от волята на правителствата - не от майсторството на лекарите или от мъдростта на учените...". По подобен начин D. Simpson (1984), след като констатира, че през периода 1970-1982 г. в Англия продажбата на фабрични цигари е намалела с 26%, заявява: "... да се осигури поддържането на тази тенденция и задълбочаването ѝ е неотложен дълг на правителствата, на политиците и на обществото като цяло, а не само на здравните работници".

Голяма роля в борбата с пушенето има да играе здравното възпитание на всички хора от най-ранната им възраст (M. Gibel, 1984; S. Tanneberger, 1985).

В социалистическите страни има всички условия това да се осъществява в рамките на профилактичните програми, координирани от държавата (S. Tanneberger u. A. Glaeser, 1984).

Това изцяло и още повече се отнася за нашата страна, където тенденцията на покачване на консумацията на тютювени изделия продължава да сочи нагоре.

## ПРОФИЛАКТИКАТА И ПРАВИТЕЛСТВАТА

У нас болницата не е идеал,  
не е и не може да бъде цел.

Тодор Живков  
Избрани съчинения, т. 9, стр. 344

Огромната част от населението е изложена на по-голям или по-малък риск за здравето (L. Weaver а. T. Carney, 1985). Поради това профилактичните програми трябва да обхващат цялото население и да се координират от правителствата, за да бъдат ефективни на популационно равнище. Това се налага и от факта, че в днешните условия профилактиката е изключително сложен процес който надхвърля далеч компетенциите на здравните служби (D. Mechanic, 1975; M. Kokeny а. о., 1986; R. Smith, 1986).

Обществото понася главните загуби там, където до медицинска помощ не се стига или се стига твърде късно. Например, рискът от смърт поради злополука, отравяне или травма у нас (в СССР - б. а.) е много по-висок, отколкото в повечето от икономически развитите страни. Много от пострадалите биват спасени, но принципалният път е в рязкото намаляване на броя на подобните извънредни ситуации. Медицината може да участва в решаването на тази задача, но не сама (В поисках новых подходов, 1988).

За да се овладее исхемичната болест на сърцето например, най-важното е да се поведе решителна борба с главните фактори на риска. За тази цел обаче е необходима нова стратегия - както на правителствата, така и на медицинската професия (J. Hart, 1984).

Само във възможностите на законодателните органи и на правителствата е да поставят на принципно нови основи дейността на цялата икономика, на държавните и обществените органи в няколко решаващи за първичната профилактика направления:

- Здравната просвета и здравното възпитание:

Не е възможно с използваните днес просветителски методи да се промени начинът на живот на мнозинството от хората по такъв начин, че те да изградят у себе си вътрешни мотиви за здравословно поведение.

Възпитанието на здравословни навици трябва да започне още в най-ранното детство и да продължи през целия съзнателен живот на всеки индивид. Това е възможно да се осъществи само при едно условие: ако здравното възпитание, изграждането на необходимата система от знания, формирането на поведението стане неразделна част поне от задължителното образование. Само при това условие и бъдещите родители ще бъдат в състояние убедено и по подходящ начин да възпитават своите деца.

- Борбата с вредните навици:

Да се ограничава разпространението на пушенето и на употребата на алкохол не е въпрос само на здравна просвета и здравно възпитание. Те даже имат второстепенно значение при нашите условия. Опитът на други напреднали страни показва, че са необходими системни законови и икономически мерки, за да се опазят децата и непущачите от тютюневия дим, за да се ограничи пушенето на обществени места, за да се създаде обстановка на нетърпимост към този вреден навик, за да се прекрати решително рекламата на тютюневите изделия във всички техни открити и прикрити форми. Не по-малко значение имат мерките от този вид за ограничаване и на употребата на алкохол, особено сред младежите и сред водачите на моторни превозни средства.

Като се има пред вид и значението на производството и търговията с тютюневи изделия и алкохол за икономиката на страната, става очевидно, че борбата с главните вредни навици не може да бъде "възлагана" само на здравеопазната система.

- Рационализацията на режима на храненето:

Рационалното хранене не е само въпрос на знания и убеждения. Необходимо е цялата

система за производство на хранителни продукти и за търговия с тях и системата на общественото хранене да претърпят коренно преустройство, насочено към профилактика на затлъстяването, дислипидемията, артериалната хипертония и захарния диабет. Тези мерки ще ангажират пряко и дълбоко цялото селско стопанство и немалка част от промишлеността и търговската мрежа на страната. Те не са и мислими без решаване на редица проблеми на законодателно и правителствено равнище. Достатъчно е само да споменем опазването на хранителните продукти от химическо замърсяване, производството на нетлъсти сортове месо, задоволяването на потребностите от пресни зеленчуци, плодове, риба и пр.

В заведенията за обществено хранене и особено в детските заведения, училищата, работническите столове, войските и във всички организирани колективи е необходима решителна преориентация на продуктовите набори и технологията на приготвянето на храната към профилактично хранене. И тази преориентация не е осъществима без решителната намеса на закона и на правителството.

- Рационализация на двигателния режим:

Борбата с хиподинамията е функция от навиците на хората и от възможностите те да спортуват системно. Не е тайна, че у нас условия за системни занимания с физическа култура на много хора (за да не говорим за всички) не са създадени. Необходими са крупни инвестиции за изграждане на широкодостъпна спортна база в непосредствена близост с жилищните комплекси и решителна промяна в начина на решаване на редица градоустройствени и други проблеми.

Не може да има съмнение, че разрешаването на всички тези проблеми е само във възможностите на закона и на правителството.

- Чистота на природната среда:

Замърсяването на въздуха, водите и почвата е причина за основателна и нарастваща тревога у хората, защото е пряко свързано със здравето им. Да се опазят природните дадености от замърсяване и да се обогатява жизнената среда на хората със саногенни фактори обаче, е възможно само посредством сериозни законодателни и икономически мерки - нещо, което не е по силите и възможностите на никое отделно ведомство.

- Организация и култура на труда:

Условията, при които хората се трудят, могат да бъдат и саногенни, и патогенни. Усъвършенствването на организацията и повишаването на културата на труда е въпрос на политика в икономиката на страната. Охраната на труда на хората в промишлеността, строителството и селското стопанство се нуждае от строга законодателна регламентация, изисква обществена и съдебна отговорност и не е по силите само на професионните органи.

- Психосоциалният дистрес:

Социалната сигурност, липсата на безработица, успешното социално-икономическо развитие на страната, социалните придобивки в областта на здравеопазването, образованието, културата и пр. - сами по себе си саногенни фактори на социалистическата обществена система - не могат да оградят съвременния човек от проблемите на урбанизацията, социално-психологическия климат в трудовия колектив и от редица други проблеми на неговия обществен и личен живот. Да се неутрализират вредните последици от тяхното въздействие за психиката и за здравето на човека е задача, която може да се решава само при отговорното участие на всички обществени системи. Координацията на усилията в това направление е възможна само на национално равнище. Нарастващо значение и в бъдеще ще има насочената работа на партийните и обществените органи и организации за възпитание на отговорност у всеки човек и на култура във взаимоотношенията между хората.

- Дейността на здравеопазвателната система:

В ерата на първичната профилактика ролята на системата на здравеопазването също ще нараства, но при условие, че в нейната структура, функция и система от приоритети настъпят решителни промени. Те бяха набелязани по-горе. Но тези промени не са само и даже не толкова вътрешен въпрос на здравеопазвателната система. Ориентацията на обществото към първичната профилактика ще изисква сериозни изменения във взаимодействието между всички обществени системи, в системата

на висшето и средното медицинско образование, в структурата, профилировката и специализацията на здравната мрежа и пр.

Наложително ще бъде да се актуализира относителният дял на издръжката на здравеопазването като дейност от брутния национален продукт в съответствие с неотменните потребности на момента и на бъдещето.

Всички тези проблеми не са решени в рамките на институционалната система на здравеопазването – те са прерогатив на законодателната и изпълнителната власт. Даже на пръв поглед тясно специални проблеми на медицинската наука и практика, каквито са качеството на диагностиката и лечението, организацията и ефективността на диспансерната работа като важна част от вторичната профилактика, не са изцяло по възможностите на здравните органи и заведения. Решаването им на съвременен равнище зависи от национални икономически проблеми, каквито са организацията на производството на редица медикаменти, апарати, консумативи, реактиви и др. в страната, вносът от други страни, реконструкцията на старите сгради и изграждането на нови, числеността на персонала, взаимоотношението между висшия и средния медицински персонал и още много въпроси, зависещи от икономиката на страната.

Дже нахвърляна толкова едро, проблематиката на здравеопазването на народа в широк смисъл на думата засяга пряко или косвено всички обществени, социални и икономически сфери и може да има ефект само ако бъде разбирано и осъществявано именно така. Затова ролята на националното управленческо равнище придобива решаващо значение при съвременните условия.

#### ПРОФИЛАКТИКАТА И СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

В основата на здравеопазната стратегия, ориентирана към болния, е заложен един концептуален дефект – пасивният подход към появата и развитието на болестта. С тази стратегия може да се направи много малко за опазването на здравето и за подобряване на качеството на живота на всички хора.

Опазването и укрепването на здравето на болшинството от хората може да се осъществява само по профилактичен модел, ориентиран към здравето.

От гледна точка на интересите на цялото общество е необходимо да се изгради профилактична система на национално равнище.

Но в продължение на годините след създаването си, системата на здравеопазването беше съобразявана главно със структурата на морбидността, която днес вече не съществува на практика.

Институционалната мрежа на профилактиката е крайно оскъдна, а дейността ѝ е подчинена на традиционното мислене. Специалистите в нея имат много нисък статус в сравнение с престижната иерархия на лечебната медицина. Поради това тя няма достатъчно влияние – нито вътре в здравеопазната система, нито в обществото. На обучението по профилактичните дисциплини в курса на медицинското образование не се отдава необходимата тежест (М. Кокену а. о., 1986).

В основата на съветската здравеопазна система беше заложена революционната по своята същност идея за профилактиката. Но с годините тя загуби много от своята социална насоченост. Ние признаваме важноста на профилактиката, но въпреки това отдаваме приоритет на развитието на лечебната медицина.

По най-скромни разчети медицината е изостанала със столетие и половина от развитието на човешката цивилизация. За да се намали този разрыв са необходими сериозни, качествени преобразувания.

Много години бюрократите изобразяваха активна дейност, като рапортуваха бодро за ръста на броя на лекарите и на болничните легла, но не казваха нито дума за онова, което беше известно на всекиго от личен опит: за дефицита на медицинската помощ, за нейното ниско качество, за причините, поради които смъртността от някои болести е по-висока, отколкото в западните страни... (В поисках новых подходов,

1988).

От казаното не следва непременно, че профилактиката не е възможна без създаване на нови специализирани институции. При всички случаи обаче е необходимо:

- Ново мислене с ориентация към начина на живот на хората и към опазването и укрепването на тяхното здраве, а не само към болестта и лечението, т.е. решителна преориентация на приоритетите от патоцентрично към санцентрично мислене и действие в смисъла, който влага в тези понятия А. Быховский (В поисках новых подходов, 1988).

- Нови подходи към образованието на медицинския персонал от всички видове;

- Нови подходи към здравната просвета и здравното възпитание и тяхната интеграция в системата на задължителното образование.

Справедлива е крилатата фраза на J. Hanlon (1974): "Ако медицината иска да продължи да има смисъл, тя трябва да престане да се интересува само от причините на болестта и да се занимае по-сериозно с причините на здравето".

При това трябва да се приеме, че здравословните навици са елемент на социалистическия начин на живот, важна обществена и лична потребност (B. Magler, a. o., 1984).

Здравните работници трябва да помнят, че хората са загрижени за своя начин на живот. Повечето от тях биха приели разумните съвети. Но лекарите трябва да се грижат повече за профилактиката от този вид, отколкото са го правили до сега (P. Wallace a. o., 1987).

За да направим крачка от лечението към профилактиката, трябва да допълним клиничното мислене с психологическо, социологическо, икономическо и генетическо (В поисках новых подходов, 1988).

Ние не можем да чакаме до получаването на пълни отговори на всички въпроси, стоящи пред медицинската наука, за да започнем профилактичната си работа.

Налага се да прилагаме незабавно в практиката онова, което е вече известно (J. Hanlon, 1974; J. Gray, 1984).

Не бива да се подценява значението на личния пример на лекаря, пък и на другите медицински работници, в борбата с факторите на риска в живота на хората (Prevention..., 1982). За ролята на личния пример има красноречиви доказателства, които вече бяха цитирани.

Що се отнася до вторичната профилактика и до медицинската интервенция при хората с много висок риск, тя трябва да бъде негелима част от работата на здравните заведения. Това не означава непременно, че тя трябва да бъде главната тяхна грижа, както някои автори (напр. N. Borhani, 1985) предлагат, но не бива да се забравя, че достъпността на квалифицираната медицинска помощ е условие, за да се търси снижение на смъртността, например от болести на органите на кръвообращението (M. Dignan a. o., 1979).

Сред задачите от първи порядък на здравеопазната система в сферата на вторичната профилактика на челно място е системното и адекватното лечение на артериалната хипертония и възможно по-голям брой хипертоници.

Подобреният лекарствен контрол на артериалната хипертония на популационно равнище се счита за един от основните фактори за снижението на смъртността от мозъчносъдова болест в САЩ (Schlaganfall-Mortalitaet..., 1986).

Впрочем, в определена степен това се отнася и за смъртността от искемична болест на сърцето.

Не по-малко значение за вторичната профилактика има борбата за снижение на леталитета при основните причини за смърт:

- Преди всичко това означава да се осигури навременна и квалифицирана медицинска помощ на мястото на възникване на коронарния или мозъчносъдовия инцидент или на внезапната смърт и бърз транспорт до болнично заведение (B. Weiss a. o., 1985);

- От много голямо значение е качеството на стационарното лечение. Необходими са решителни мерки за пречупване на тенденцията към повишаване на леталитета от

мозъчносъдови инциденти, наблюдавана у нас (Ж. Молхов и др., 1978), особено в средната възраст (Б. Караколев, 1983), макар подобни тенденции да са наблюдавани и в други страни (S. Kramer a. o., 1982);

- Необходимо е да се осигури стационарно лечение на всички болни с остри мозъчносъдови инциденти, тъй като при домашно лечение леталитетът от тях е много висок (H. Kaiser u. a., 1984);

- Специални мерки са необходими за профилактика на внезапната смърт: издирване на застрашените от камерно мъждане (B. Lonn, 1979; S. Cobbe, 1985) и системното им третиране с меки антикоагулантни и антиаритмични средства;

- Не жива повече да се подценява приносът, който може да даде аортокоронарният байпас за снижаване на смъртността от исхемична болест на сърцето. При високорискови контингенти този принос може да достигне 9% от снижението, а на популационно ниво той е от порядъка на 4-5% (J. Neutze a. A. White, 1987). Като се има предвид колко малко се използва тази възможност у нас, става ясно колко големи резерви се крият в нея.

Много съществена роля има да играе системата на здравеопазването в профилактиката на самоубийствата.

Доказано е, че в около 90% от възрастните самоубийци е налице ендогенна депресия или шизофрения; при млади и младежите техният относителен дял е около 50%, но много често е налице фамилна обремененост с душевна болест или със суицидно поведение (F. Boesker, 1972; D. Black, 1986).

Като се има предвид и зачестяването на самоубийствата в юношеската, младежката и зрялата възраст (P. McLoone a. I. Crombie, 1987), става ясно какво значение има издирването на ларвираната депресия и на други състояния от психотичния кръг и адекватното им лечение, с оглед профилактиката на самоубийствата.

Специално внимание изисква снижението на леталитета при пневмониите.

В унисон с нашите данни е констатацията на Т. Дорнишев и С. Савов (1984), че 35% от починалите от пневмония през периода 1976-1980 г. са били на възраст от 16 до 60 години - нещо, което е в разрез с реалните възможности на медицинската наука и практика и именно затова представлява резерв за снижение на смъртността от пневмонии.

До голяма степен от работата на здравните заведения зависи и по-нататъшното снижение на смъртността от бронхит, емфизем и астма. Там се решава правилното лечение на острите заболявания на дихателната система, както и ефективната диспансеризация (в т. ч. адекватното лечение) на хроничните.

Предупреждение са немалкото констатации на чуждестранни автори, че повишението на смъртността от астма например, е до голяма степен резултат на недооценка на състоянието на болните и на закъсняла или недостатъчно активна терапия (R. Jackson a. o., 1982; M. Sears a. o., 1986; Immer haefuiger..., 1986).

Колкото и трудно да е, колкото и некуражителни да са досегашните резултати, трябва да продължат, и то по-активно, усилията на цялата система на здравеопазването в борбата със злокачествените новообразувания (ранно откриване и ефективно лечение), особено при най-важните, определящи локализации.

#### ПРОФИЛАКТИКАТА И ЧОВЕКЪТ

В "ерата на начина на живот" здравето и дълголетието на хората ще се определят преди всичко от личните предпочитания на всеки индивид (W. Foede, 1985). Затова всеки човек трябва да осъзнае своята отговорност за собственото си здраве и да я поеме, за да се стреми да поправи начина си на живот (M. Lalonde, по M. Terris, 1982).

Човекът трябва да разбере, че утрешното му здраве зависи от днешното му

поведение, а не от лечението, което медицината може да му предложи днес или утре (P. Littlejones, 1986).

Решаването на тези проблеми зависи преди всичко от здравното възпитание на гражданното болшинство от хората. Нашата обществена практика изостава решително в тази област. Други страни предприемат всеобхватни мерки, които могат да ни служат за пример и поука (S. Gleichmann u. a., 1983).

НЯКОИ ПРЕДВИЖДАНЯ ЗА ВЪЗМОЖНИТЕ ПРОМЕНИ  
В НОЗОЛОГИЯТА НА СМЪРТНОСТТА  
ПРИ МЪЖЕТЕ В АКТИВНА ВЪЗРАСТ В НРБ  
ДО ДВЕХИЛЯДНАТА ГОДИНА

Ако разбираме здравеопазването като комплекс от държавни, обществени и медицински мерки за опазване и укрепване на здравето на народа,

Ако сме убедени и искаме да насочим здравеопазните мерки главно в направлението на профилактиката,

Ако искаме да използваме правилно всички духовни и материални ресурси, за да постигнем реален положителен ефект,

Ако искаме да управляваме ефективно целия този многокомпонентен и противоречив процес и да определяме приоритетите в зависимост от обективните дадености на днешния и утрешния ден,

Ако си даваме сметка колко ригидна е институционалната система на здравеопазването спрямо промени от всякакъв вид, особено когато се касае за специализацията на медицинските дейности в практиката,

Ако сме съгласни, че институционалната система на профилактиката в здравеопазването отдавна е изостанала от характера и обема на проблемите, които има да решава,

ТОГАВА

не можем да минем без оценка на основните бъдещи тенденции в еволюцията на здравното състояние на населението, а в дадения случай - на мъжете в активна възраст. Без тази оценка не е възможно да се вземе решение относно главните направления, в които трябва да се насочат усилията и ресурсите на държавата, обществото и здравеопазната система, за да се решават последователно проблемите на здравното състояние на народа.

Даже ако вземем само системата на здравеопазването, оценката на бъдещите тенденции може да даде много важна информация за формиране на приоритетите в нейната дейност:

- За реструктуриране на институционалната мрежа като цяло;
- За финансирането на нейната дейност, в това число на капиталните вложения и на текущата издръжка;
- В структурата на медицинските специалности;
- Във формирането на съотношението между висвия и другия персонал;
- В подготовката на кадрите, в това число следдипломната квалификация;
- В научните изследвания, особено по епидемиологията на социално значимите болести;
- В сътрудничеството с държавните, стопанските, обществените и другите органи за борба с факторите на риска за здравето на хората, и т. н.

Защо предпочитаме да говорим за предвиждания, а не за предсказания или за прогнози?

Опитът учи, че в такива изключително сложни и многофакторно обусловени процеси като морбидността и смъртността на една популация и тяхната нозологична характеристика, търсенето на точна прогноза, фиксирана в цифри, е безсмислено. Най-сложни моделни прогностични изследвания, въоръжени с тежък математически апарат, многофазови "мозъчни атаки", прогнози, съставени по метода "Делфи" и пр. са давали незадоволителни резултати и по правило не са се оправдавали, особено когато са обхващали значително отдалечени периоди.

Типичен пример е прогнозата за смъртността на населението в НРБ за периода 1970-1990 г., разработена от Н. Наумов и цитирана от Е. Апостолов и Хр. Мичков (1973, стр. 298).

Още през 1975 г. става ясно, че и най-песимистичните очаквания на прогнозата ще

бъдат далече надхвърлени не само в края, но даже и в средата на прогнозирания период. И наистина, реалната смъртност на населението е значително по-висока от прогнозираната.

Ние се опираме на някои най-нови изхждения по въпроса за прогнозирането на медико-биологични процеси:

- Развитие на системите за здравеопазване е важен фактор за снижение на смъртността само в развиващите се страни (Т. King, 1974);
- В страните с развито здравеопазване еволюцията на смъртността може да бъде прогнозирана (J.-U. Niehoff, 1981);
- Планирането на здравеопазните мероприятия трябва да бъде предшествувано от предвиждане на последиците от различни интервенции (М. Susser, 1973);
- Демографските процеси се отличават с крайна инертност. Поради това демографските прогнози се отнасят към най-обоснованите (П. П. Рыбаковский, 1978);
- Изучаването на тенденциите дава по-ценна информация от актуалните данни за здравето състояние (А. Наегое, 1979);
- Демографското прогнозиране не трябва да се разглежда като предсказване на демографските процеси. То е по-скоро инструмент за анализ на текущите демографски процеси, на техните тенденции и на евентуалните последици при осъществяване на определени предпоставки (М. Сугарева, 1985);
- Вътре в къси периоди от време социалните и екологичните фактори могат да се считат за константни. Затова серийният анализ на промените в коефициентите за смъртност вътре в една популация през кратки периоди от време, какъвто е едно десетилетие, е валиден измерител на промените в здравето състояние на популацията. Регресионният коефициент на динамичен рег от коефициенти е най-добрият критерий за темпа на изменението им във времето (Н. Campbell, 1977);
- Екстраполацията на тренда, изчислен с помощта на линейната регресия, позволява да се прогнозира явленията в по-далечно бъдеще, отколкото по други методи на прогнозиране като хармоничен анализ, квадратична регресия и пр. (S. Rywik et al., 1978; A. Antonowsky, 1980).
- Едновариантните методи дават възможност да се правят предвиждания за развитието на отделни променливи. Те представят цифровите последици (резултати) на определен пакет от възприети условия. Предвиждането се прави на основата на пропорционалните изменения в коефициентите през определен период на

и пречупването на тенденцията за покачване на смъртността от самоубийства в обратен направление трябва да се считат прекалено оптимистични, отнесено към всички социалистически страни за всички причини и за повечето от европейските капиталистически страни – за злокачествените новообразувания и за злополуките. Досегашните тенденции ни принуждават да констатираме това, колкото и силно да е желанието ни да бъде обратното.

Поради това изглежда по-реалистична позицията на H. Mahler (1975): "Дали концепцията 'Здраве за всички към двехилядната година' ще се окаже утопия или реална цел, зависи от концепцията на страните и от добрата воля на народите". В същия дух е и становището на S. Sax (1977), което изглежда по-трезво: "Смъртността на мъжете от 45 до 64 години би могла да се снижи наполовина, ако техният начин на живот и средата, в която живеят, се изменят така, че да се премахнат факторите, които обуславят трите главни причини за смърт". (Имат се пред вид болестите на органите на кръвообращението, злокачествените новообразувания и злополуките).

На основание на току-що изложените съображения, нашите оценки на тенденциите, които могат да бъдат екстраполирани при определени условия в непосредственото бъдеще и до двехилядната година, изхождат от следните презумпции:

1. До края на века остават 12 години. Това е кратък период, през който едва ли ще е възможно да настъпят съществени промени в тенденциите на социално-икономическото развитие на страната. Очаква се плавно продължение на досегашните тенденции в икономиката, в социалната структура и функция на обществото и в екологичните условия, в които живее населението на страната днес.

2. За тези тринадесет години не може да се очаква да настъпят сериозни изменения в начина на живот на хората и преди всичко в начина им на хранене, в двигателната им активност и в разпространението на вредните навици, нито в интензивността на психоемоционалния дистрес, на който те са изложени.

3. При известни условия, чието изпълнение не изглежда никак леко на този етап, здравеопазната система би могла да подобри качествено работата си по диспансерното наблюдение на хронично болните и особено по адекватното лечение на артериалната хипертония. От това подобрение обаче, даже и ако бъде осъществено, не може да се очаква близък демографски резултат. В най-добрия случай може да се разчита на снижение на темпа на покачване на смъртността от исхемична болест на сърцето и от мозъчносъдова болест. По подобен начин стои и въпросът за ефекта от ранното откриване на основните локализации на злокачествения растеж и тяхното ефективно лечение.

4. Изключително сериозен и много труден е въпросът дали нашето общество ще поведе истинска борба с факторите на риска за смърт от злополуки с моторно превозно средство, от трудови злополуки и от самоубийства. Става дума за комплексни проблеми, които не са решими без участието на законодателите, на рег държавни институции, на цялата икономика на страната и на всеки гражданин поотделно. Без решаването на тези проблеми няма да бъде възможно да се предотвратят загубите, които нанася на обществото насилствената смърт, настъпваща най-често в млада възраст.

На тези основания изходен пункт на нашите предвиждания за тенденциите в нозологията на смъртността на мъжете в активна възраст в близкото бъдеще е: има всички основания да се предполага, че в оставащите до края на века дванадесет години режимът на смъртността на мъжете в активна възраст у нас на практика ще остане непроменен или ще продължи да се влошава.

Установените значими тенденции (таблица 30) показват, че по всяка вероятност

през периода от днес до двехилядната година ще продължи да се покачва смъртността от:

- Злокачествени новообразувания;
- Болести на органите на кръвообращението;
- Злополуки, отравяния и насилия.

Не е вероятно да се повишава значимо смъртността от болести на дихателната система. При известни условия е възможно да се постигне даже снижение на този показател.

В резултат на тези тенденции може да се очаква повишение на друтната смъртност на мъжете в активна възраст като сборна група и на възрастовите групи от 30 години нагоре.

Основания за толкова песимистични предвиждания дават следните факти:

- Снижението на смъртността от злокачествени новообразувания на стомаха, макар и регистрирано във всички възрастови групи, е с такива абсолютни размери, че не може да се отрази съществено на друтната смъртност;
- Нарастването на смъртността от злокачествени новообразувания на червата и ректума при мъжете, навършили 35 години, е значимо и се осъществява с висок темп. Вероятно е то да покрие и неутрализира напълно снижението на смъртността от злокачествени новообразувания на стомаха;
- През изследвания период е нараствала много бързо смъртността на мъжете в активна възраст от злокачествени новообразувания на трахеята, бронхите и белия дроб, особено в селата. Налице са всички основания да се очаква тази тенденция да продължи в следващите години със същия, ако не и с по-висок темп;
- Снижението на смъртността от болести на дихателната система обхваща всички възрастови групи, но абсолютната стойност на показателите е с такъв размер, че не може да се очаква да неутрализира поне отчасти грубото повишение на показателите в повечето от другите водещи за смъртността нозологични групи;
- Даже и да се постигне снижение на темпа на нарастване на смъртността от исхемична болест на сърцето и от мозъчносъдова болест (което е малко вероятно при стабилността на досегашния тренд), нарастване на тези показатели по всяка вероятност ще има, и то значително. И тъй като тези две нозологични групи определят смъртността на мъжете на възраст над 30 години, повишението ще се отрази и върху друтните коефициенти.

Повишението се очаква да бъде особено значително при мъжете в селата, взети не само като сборна група, но и във възрастовите групи поотделно.

Регистрираната през изследвания период тенденция е характерна с това, че фактическите данни за всяка година от периода се разполагат съвсем плътно до регресионната линия, а графичният тренд отразява реални процеси в изследваната популация, които - вече беше споменато - се отличават с крайна инерционност и не се обръщат лесно в обратно направление;

- Известни надежди да се постигне благоприятен резултат дава трендът на показателите за смъртност от злополуки, отравяния и насилия. Преди всичко, коефициентите на регресията при мъжете в активна възраст от градовете, стават статистически значими след навършването на 35-годишната възраст. Това показва, че теоретически е възможно при по-младите възрастови групи да се постигне снижение на смъртността от злополуки, отравяния и насилия.

Почти аналогична е ситуацията при мъжете от селата, макар че при тях показателите са по-високи и значимото покачване започва по-рано.

Най-възможно в сравнително кратки срокове изглежда снижението при злополуките с моторно превозно средство; в преобладаващата част от възрастовите групи в градовете повишението на смъртността е статистически незначимо или е регистрирано понижено. В селата повишението е незначимо в повечето възрастови групи.

Много сериозни проблеми ще изправят за решаване трудовите злополуки, особено при мъжете от градовете. При тях е регистрирано значимо повишение във всички възрастови групи. При мъжете от селата проблемите са главно при 15-19-годишните и след 40-годишната възраст.

Проблемът за снижението на смъртността от самоубийства ще създаде не по-малко

трудности както на обществото като цяло, така и на медицинската служба. Значимото покачване във възрастния диапазон 15-44 години в градовете и във всички възрастни групи в селата го показва съвсем ясно.

- Поради всичко това изглежда най-логично да се предвиди, че формираните през изследвания период значими тенденции ще запазят направлението си в следващите години и до края на века - т.е. покачването на смъртността при мъжете в активна възраст ще продължи.

- Дали ще се постигне снижение на темпа на покачването е въпрос, чийто отговор зависи от решаването на множество държавни, обществени, стопански, екологически и медицински проблеми и от това, дали голямото болшинство от хората ще поемат реално отговорността за своето здраве и ще направят необходимото за неутрализиране поне на онези рискове за здравето, които зависят от това. Като имаме пред вид ригидността не само на показателите за здравното състояние, но и на навиците и традициите, много трудно бихме могли да очакваме и снижение на темповете до края на века.

В крайна сметка се налага изводът, че е необходимо да се пристъпи незабавно към решителни действия на всички равнища и във всички сфери на обществото, за да стане възможно поне в първата половина на двадесет и първия век народът на България да боледува по-малко и в по-късна възраст, и да се подобряват съществено показателите за здравното му състояние, в това число - и смъртността.

НЯКОИ СЪОБРАЖЕНИЯ  
ПО НАЦИОНАЛНАТА ПРОГРАМА ЗА БОРБА  
СЪС СОЦИАЛНО ЗНАЧИМИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ

"Недостатъчни са мерките за ограничаване  
и лечение на социално значимите заболявания  
и за разширяване на здравната профилактика"

Отчет на ЦК на БКП пред XIII  
партиен конгрес

Наблюденията върху значимите тенденции в смъртността на мъжете в активна възраст у нас, както и на цялото население на страната през периода 1964-1983 г., дават повод да се разсъждава върху целите, контролните числа и мероприятията, записани в Националната програма за борба със социалнозначимите заболявания, приета от Социалния съвет при Министерския съвет на НРБ през януари 1987 г.

Главната цел на Програмата е "намаляването на заболяемостта, инвалидността и смъртността от тези заболявания до най-ниските според съвременните постижения на медицинската наука и практика равнища".

Ако се съди по точки 2, 3 и 4 от раздел I, изпълнението на Програмата е планирано в рамките на периода 1987-2000 г. Това означава, че така поставената цел трябва да бъде достигната до края на Единадесетата петилетка.

Контролните числа предвиждат в резултат на изпълнението на Програмата да се постигне снижение на общата смъртност на населението до 960 о/оооо или с 20% спрямо 1985 г. За възрастите 35-44, 45-54 и 55-64 години снижението е планирано конкретно (таблица 31).

Залагането на контролни числа за цялото население на страната в тази Програма не може да се приеме за целесъобразно, тъй като проблемите на здравното състояние на двата пола и показателите, които го характеризират, са коренно различни. Не е следвало да се оставят без специално внимание възрастовите групи от 15 до 34 години. Те също имат своите здравни и здравеопазни проблеми и изискват насочени профилактични действия. В тези възрастови групи до голяма степен се формират и проблемите, които се проявяват в здравното състояние на зрялата и напредналата възраст, и преди всичко вредните навици.

Освен всичко това следва да се имат пред вид и други съображения:

- Демографският резултат на здравеопазните мерки от всякакъв характер при хроничните болести се проявява след продължителен период от време, понякога - след десетилетия.

Типичен пример е снижението на смъртността от злокачествени новообразувания на трахеята, бронхите и белия дроб в Англия и в САЩ, където акцията за ограничаване на пушенето е започнала в началото на петдесетте години, а ефектът започна да се проявява едва след около двадесет години.

- До 1983 г. всички показатели, включени в контролните числа, показват стабилно покачване и то с висок темп при повечето от тях. Изключение правят само повъзрастовите показатели за смъртност от злополуки, отравяния и насилия, и то не при всички нозологични групи.

Пречупването на тези тенденции не може да стане лесно, нито за толкова кратко време, каквото Програмата предвижда.

В най-добрия случай може да се очаква снижение на темповете на покачване, и то не на всички показатели, а само на част от тях. При това снижение на темповете би могло да се достигне само при крайно енергични действия на всички отговорни за здравното състояние на народа институции и звена - нещо, което ще се постигне много трудно в близките години.

(Не следва да се игнорира натрупаният вече горчив опит с охраната на трудовата и битовата среда и на природата - и неотложна, и пренебрегвана в повечето сфери грижа).

- Планираният темп на снижение на смъртността от мозъчносъдова болест е

напълно необоснован: снижение с 42% при населението на възраст 35-44 години и с 40% - при населението на възраст 45-54 години при досегашните темпове на повишението не може да бъде достигнато до двехилядната година.

- По подобен начин изглежда планираното снижение на смъртността от злокачествени новообразувания - с 20% при 35-54-годишните и с 14% при 55-64-годишните. Досегашният опит от приложението на масов скрининг за ранно откриване на рак на маточната шийка показва красноречиво, че само медицински мерки не са достатъчни, за да се постигне демографски резултат. Това снижение не може да се постигне в такъв срок и по друга, не по-малко важна причина: смъртността от определящата локализация - злокачествените новообразувания на бронха - бързо и устойчиво се повишава; очаква се да се прояви вече и ефектът от масовото разпространение на пушенето сред жените - повишението на смъртността и при тях.

Нараства много бързо и смъртността от злокачествени новообразувания на червата и на ректума.

Поради всичко това, снижение не следва да очакваме в близките десетилетия.

- Програмата си е поставила най-скромни задачи точно при онези причини за смърт, където обществото и законът имат силни оръжия и където смъртта не е биологична съдба, а въпрос на поведение - при смъртността от злополуки, отравяния и насилия.

Ако се вземат само злополуките с моторни превозни средства, трудовите злополуки и самоубийствата и се насочат към техните причини силите на държавата и обществото, може да се намали значително и за кратък срок броят на смъртните случаи от тях. Такъв опит вече има: страните, които въвежда строги ограничения на употребата на алкохол при шофиране и които следят за използването на предпазните колани, вече имат съществено снижение на смъртността от злополуки с моторно превозно средство. Като се има пред вид и това, че много голяма част от смъртните злополуки и самоубийствата са в юношеска, младежка и средна възраст, от подобни мерки следва да се очаква съществен социален и демографски резултат.

- Няколко направления на човешката дейност определят преди всичко успеха на борбата с факторите на риска за здравето при болшинството от хората:

1. Опазването на природата от замърсяване
2. Борбата с трудовите злополуки и професионалните вредности
3. Качеството на хранителните продукти
4. Широкият достъп на хората до съвременни съоръжения за физическа култура
5. Ефективното здравно възпитание за водене на здравословен живот.

Нито едно от тези направления не може да реши своите задачи по профилактиката на социално значимите болести с традиционния начин на мислене и с традиционни средства. В Програмата обаче, е предвидено "решаването" на тези проблеми именно по традиционен начин. Това означава, че те и в двехилядната година няма да бъдат решени.

Само няколко примера:

Раздел II, т. 5 ("За рационално хранене на българския народ") предвижда такива мероприятия, че с него не може да се осигури например съществено намаление на животинските мазнини в хранителните продукти (преди всичко в месото) и в готовите храни, предлагани от заведенията за обществено хранене.

Записаното в Националната програма не гарантира даже изпълнението на изричната повеля на Тезисите на XIII конгрес на БКП: "Особено внимание да се обърне на правилното хранене на децата от предучилищна възраст и на учащата се младеж, като им се осигури балансирано хранене с подчертана профилактична насоченост..." (Тезиси на XIII конгрес на БКП..., 1986).

Не е осигурено същественото повишение на средната консумация на пресни плодове и зеленчуци, без което за рационализация на храненето не може да става и дума. Освен това е добре известно, че в годината на приемането на Програмата сред малкото неизпълнени контролни числа на Държавния план за социално-икономическото

развитие беше производството именно на тези продукти.

Раздел II, т. 6 ("За борба с тютюнопушенето, с употребата и злоупотребата на алкохол") възлага борбата с два от най-сериозните рискове за здравето изцяло на разяснителната работа и на медицинската помощ.

Не са предвидени икономически и по-нататъшни законови мерки за опазване на здравето на непущачите от тютюневия дим.

Не е ясно ще продължи ли тютюневата култура да бъде централно перо в бюджета на страната.

Не са предвидени санкции за неизпълнение на вече приети законови и подзаконови актове за ограничаване на пушенето, каквото ограничение например е забраната на рекламата на тютюневи изделия. А тази забрана се нарушава и днес: агенция "София Прес" например, рекламира редовно цигарите "Феникс" и "Интер" в седмичното си издание "Софийски новини". Подобни нарушения са практика и в други ведомства.

При такива условия резултати от разяснителна работа не могат да се очакват.

Не по-малко проблеми стоят пред борбата със злоупотребата с алкохол и не са наркологичните служби, които ще ги решат.

Не е в прерогативите на Централния съвет на Българския съюз за физическа култура и спорт, нито на спортните съюзи, нито на Министерството на народното здраве и социалните грижи, нито на Министерството на народната просвета да осигуряват "условия и ресурси за широко навлизане на масовата физкултура в бита на народа". За това има власт само правителството или даже Народното събрание.

Така се гледа на този проблем и в СССР днес:

"Особено внимание заслужава физическата култура. За да може тя да влезе здраво в бита, за да стане жизнена необходимост за всекиго от нас, трябва да се създават спортно-оздравителни комплекси и басейни във всеки микрорайон. Те могат да бъдат и със заплащане, но по достъпна цена. Не бива да превръщаме "фабриките за здраве" във фабрики за пари и да искаме от тях печалба, с която да се издържа олимпийският резерв" (В поисках нових подходов, 1988).

Социално-икономическите основи на всенародната борба със социално значимите болести трябва да бъдат приети от пленум на Централния комитет на Българската комунистическа партия и утвърдени със закон, за да станат непосредствена част от ежедневната работа на всички стопански, административни и обществени органи, организации и предприятия.

В противен случай Програмата ще остане едно пожелание, а системата на здравеопазването ще продължи да се "бори" с вече възникнали заболявания - т. е. с последиците, а не с причините.

Необходими са радикални законови, политически и икономически мерки за коренни изменения в:

- здравното възпитание от ранна детска възраст и във всички възрасти;
- производството на хранителни продукти и търговията с тях;
- ограниченията пушенето и употребата на алкохол;
- изграждането на база за наистина масова физическа култура;
- опазване и възстановяване на природната, трудовата и битовата среда;
- профилактика на трудовете и транспортните злополуки и самоубийствата.

## ИЗВОДИ

Двадесетгодишният период, заключен между 1964 и 1983 година, се характеризира със следните тенденции в нозологията на смъртността при мъжете в активна възраст в Народна република България:

1. Броят на мъжете в активна възраст е нараствал в градовете и намалявал в селата. Относителният дял на мъжете в активна възраст от всички мъже в селата е намалял. Възрастовата структура на мъжкото активно население се е влошавала. Настъпила е депопулация във възрастовите групи 15-19, 35-39 и 40-44 години.
2. Абсолютният брой на умираанията е нараствал, и то с темп, който съществено е изпреварвал темпа на увеличаване на числеността на контингента.
3. Нозологичната структура на умираанията се е определяла от болести на органите на кръвообращението (с нарастващ относителен дял), новообразувания, злополучки и болести на дихателната и храносмилателната система. Значителен и нарастващ относителен дял са заемали умираанията с неясни причини.
4. Водещи нозологични единици, обусловили около и над 40% от всички умираания, са били искемичната болест на сърцето, мозъчносъдовата болест и злокачествените новообразувания на трахеята, бронхите и белия дроб.
5. Относителният дял на белодробната туберкулоза и на хроничната ревматична кардиопатия от всички причини за смърт е намалял около четири пъти.
6. Общата смъртност се е покачвала при всички мъже в активна възраст. Темпът на покачването е бил значително по-висок при мъжете от селата.
7. Значимо покачване на смъртността по причини е установено при четири от изброените пет класа болести. Изключение са направили само болестите на дихателната система. Честотните показатели на умираанията с неясни причини също са се покачвали значимо, особено в градовете.
8. Общо правило с малко изключения е, че през целия период и по всички общи и частични (по причини) показатели смъртността на мъжете от селата е била значимо по-висока от смъртността на мъжете в градовете. Разликите са били най-големи в младите възрастови групи и с възрастта са намалявали до изравняване във възрастовата група 60-64 години.
9. Във възрастовия диапазон от 15 до 39 години смъртността на мъжете от градовете и от селата се е определяла от злополучките. Сред тях водещи са били транспортните злополучки, трудовите злополучки, самоубийствата и случайните удавяния.
10. Във възрастовия диапазон от 40 до 64 години смъртността се е определяла вече от искемичната болест на сърцето, мозъчносъдовата болест и злокачествените новообразувания на трахеята, бронхите и белия дроб.
11. Смъртността от определящите класове болести и нозологични групи е нараствала значимо. Изключение е направила само смъртността от транспортни злополучки при мъжете от градовете над 20 години.
12. Вероятностите момчетата, достигнали до точната възраст 15 години, да доживеят до 64 години, са намалявали.
13. Средната продължителност на живота в активна възраст е нараствала при мъжете

от градовете и намалявала при мъжете от селата.

14. Средната възраст на мъжете, умрели в активна възраст, е намалявала. При мъжете от селата тя постоянно е била с над две години по-малка.

15. Средната загуба на живот в активна възраст от мъжете, умрели в тази възраст, е била над 11 години в градовете и над 14 години в селата.

16. Основните фактори на риска за заболяване и смърт от водещите причини са много широко разпространени сред мъжете в активна възраст. Разпространението им показва тенденция да нараства.

17. При досегашните тенденции на смъртността и при такова разпространение на основните фактори на риска режимът на смъртността при мъжете в активна възраст с много голяма вероятност няма да се измени до двехилядната година или даже ще се влошава.

18. Стратегия на избор за снижаване на заболяемостта и смъртността от социалнозначимите болести е първичната профилактика на национално равнище.

19. Пред здравеопазната система на страната стоят много сериозни задачи по вторичната профилактика за снижаване на леталитета от социалнозначимите болести.

20. Националната програма за борба със социалнозначимите болести не осигурява нито ефективна първична профилактика на национално равнище, нито ефективна вторична профилактика на равнището на здравеопазната система.