

организационни действия за подобряване на здравето на основните изпълнители на здравни грижи – лекарите. Както препоръчва същата авторка първичната превенция трябва да започне още от студентските години с усвояване на здравословен начин на живот чрез тяхното обучение. Вторичната профилактика изисква съответни интервенции на работното място за редуциране на рисковите фактори и източниците на стрес и създаване на благоприятна за опазване на здравето работна среда, осигуряване на ползването на денонощна, седмична и годишна почивка. Третичната профилактика гарантира достъп до висококачествена и конфиденциална медицинска помощ.

Заклучение

Данните от проучването свидетелстват за значително разпространение на рисковите фактори в поведението на лекарите. Подобни констатации насочват към необходимостта от разработване в болничните заведения на профилактични програми за ограничаване на тютюнопушнето и употребата на алкохол, подсигуряване на условия за здравословно хранене на работното място, оборудване на помещения за спорт и отход в лечебните заведения, провеждане на психотренинги за персонала и други антистрес мероприятия, ако на човешките ресурси се гледа като на най-ценния капитал на организацията.

Библиография

1. Платиқанов В., Д. Костов, Ж. Рангелова, К. Докова. Социален стаус на българския анестезиолог. Сп. „Анестез. и реанимация“, 2008, 3.
2. Adam S, Györfy Z, Susanszky E. Physician burnout in Hungary: A potential role for work family conflict. *J Health Psychol.* 2008;13(7):847-56.
3. Brewster JM, Kaufmann IM, Hutchison S, MacWilliam C. Characteristics 5 and outcomes of doctors in a substance dependence monitoring programme in Canada: prospective descriptive study. *BMJ* 2008; 337:a2098.

4. Brewster J. Prevalence of alcohol and other drug problems among physicians. *JAMA* 1986; 255:1913-20.
5. Brewster, Joan M. Doctors' Health. Healthy docyots – healthy practice, *BMJ* Nov.2008; 337: 1121-1122.
6. Britt TW, Dawson CR. Predicting work-family conflict from workload, job attitudes, group attributes, and health: A longitudinal study. *Mil Psychol.* 2005;17(3):203–27.
7. Demerouti E, Bakker AB, Bulters AJ. The loss spiral of work pressure, work-home interference and exhaustion: Reciprocal relations in a three-wave study. *J Voc Behav.* 2004;64(1):131–49.
8. Dikkers JSE, Geurts S, Kompier MAJ, Taris TW, Houtman ILD, van den Heuvel F. Does workload cause work-home interference or is it the other way around? *Stress and Health.* 2007;23:303
9. Doll Richard, A. Bradford Hill. The Mortality of Doctors in Relation to Their Smoking Habits *Br Med J.* 1954 June 26; 1(4877): 1451–1455.
10. Hills DJ, Joyce CM, Humphreys JS. Prevalence and prevention of workplace aggression in Australian clinical medical practice. *Aust Health Rev.* 2011 Aug;35(3):253-61.
11. Martinez-Lanz P, Medina-Mora ME, Rivera E. Alcohol and drug consumption in health personal: Some related factors. *Salud Mental* 2004; 27:6 (17-27).
12. Montgomery AJ, Panagopolou E, Benos A. Work-family interference as a mediator between job demands and job burnout among doctors. *Stress and Health.* 2006;22(3):203–12.
13. Riley GJ. Understanding the stresses and strains of being a doctor. *Med J Aust* 2004; 181: 350-353.
14. Rovik JO, Tyssen R, Hem E, Gude T, Ekeberg O, Moum T, Vaglum P. Job stress in young physicians with an emphasis on the work-home interference: A nine-year, nationwide and longitudinal study of its course and predictors. *Industrial Health.* 2007;45:662–71.
15. Short S E D. Psychiatric illness in physicians. *Can Med Assoc J* 1979; 121: 283-8.
16. Toyr S, Rasanen K, Kujala S, Aarimaa M, Juntunen J, Kalimo R, et al. Selfreported Health, illness and self-care among Finnish Physicians. A National Survey. *Arch Fam Med* 2000; 9:1079-
17. Tyssen R. Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. *Ind Health* 2007; 45:599-610.

Автори

И. Мирчева, Л. Георгиева, К. Докова, Ст. Попова, Катедра „Социална медицина и организация на здравеопазването“ – МУ-Варна

СМЪРТНОСТ ОТ СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ В ПЕРИОДА 1990-2012 г.

К. Панайотов, Кр. Дикова, М. Вичев

Смъртността от сърдечно-съдови заболявания (ССЗ) е водеща и заема първо място в структурата на умириания по причини. Това първо място е закономерно и се обуславя от редица предпоставки като традиционно високата смъртност от мозъчно-съдова болест (МСБ), постоянно увеличаващата се смъртност от исхемична болест на сърцето (ИБС) и от хипертонична болест. Тази крайно неблагоприятна тенденция не само е обезпокоителна, но и определяща общия фон на здравния статус на населението и е в посока, обратна на тази в развитите европейски страни. Необходимо е да се посочи, че много често при регистрацията на умирианията от тези болести става смесване (прехвърляне) на диагнози, което води до погрешен анализ на всяка от тях. Това не позволява вземане на конкретни мерки и затова по-вярна представа за техния размер е общата им интерпретация. От своя страна това е пречка за адекватна оценка и мониторинг на ефективността от въведените нови технологични методи за диагностика и терапия в последните 10-15 години.

В разработката анализираме смъртността от ССЗ общо и поотделно за умирианията от хипертонична болест,

исхемична болест на сърцето, инфаркт на миокарда (ИМ) и мозъчно-съдова болест. За по-точен и обективен анализ на данните ги разглеждаме в два периода – от 1983-1990 г. и 1990-2012 г. Това дава възможност за по-точно определяне на началото на промените и тенденциите.

В началото на периода – 1983 г. – в краткия статистически справочник „Здравеопазване“, издание на Националния център по общественото здраве и анализи се публикуват само общите данни за смъртността от ССЗ, без да се посочват основните групи. През тази година относителният дял на умирианията от ССЗ е 57.9% в структурата на смъртността, който постоянно нараства и през 2012 г. вече е 65.6% т.е. 2/3 от умирианията се дължат на ССЗ. През 1983 г. от ССЗ са умрели 59218 души, а през 2012 г. – 71644 или с 12433 повече (21%). Умирианията за същия период на 100 000 население са 662.3 за 1983 г. и 980.6 за 2012 г. или с 49% повече. Средногодишно увеличението е с 10.6 на 100 000 население.

Диференциран анализ извършваме за периода 1990-2012 г., тъй като от тази година се публикуват данни за умирианията по основните видове болести на ССЗ. За същия пе-

риод данните са дадени в 3 разреза:

- ▶ относителен дял в структурата на смъртността;
- ▶ брой починали на 100000 население по диагнози;
- ▶ темп на ръста при постоянна основа (1990 г.).

Структура на смъртността

Относителният дял на смъртността от ССЗ в общата смъртност е 57.9% за 1983 г. и нараства до 61.5% през 1990 г. т.е. с 4.6% или средногодишен ръст от 0.57%. За втория период нарастването е до 65.6% или с 4.1% – средногодишен ръст от 0.19%, което е повече от три пъти по-ниско от предходния период. Най-висок относителен дял е имал показателят през 2010 г. – 67.5%. Въпреки разликите в отделните периоди и значително забавене на растежа през втората част на периода, налице е непрекъсната възходяща тенденция при смъртността от ССЗ.

Хипертоничната болест заема през 1990 г. 2.9% в структурата на смъртността, постоянно нараства и през 2012 г. достига 7.5% т.е. 2,6 пъти повече. Тази промяна дава основание за съмнение и изследване на причините за това, тъй като хипертоничната болест е по-скоро съпътстващо заболяване и предпоставка за усложненията, но почти никога – пряка директна причина за смъртта.

Ишемичната болест на сърцето през 1983 г. заема 20.5% от ССЗ като причини за смърт, запазва относителния си дял до 1995 г. и започва да намалява със сравнително бързи темпове, като през 2012 г. е с 12.7% в структурата. В тази група се разглеждат поотделно и умиранията от инфаркт на миокарда, които през 1990 г. заемат 6.0%, запазват този дял до 2005 г. и намаляват до 4.6% през 2012 г.

Мозъчно-съдовата болест (МСБ) е с еднакъв относителен дял с ИБС в началото на периода и го запазва в почти едни и същи стойности през целия период, с несигурна тенденция към спад до 19.9% през 2012 г. С оглед търсене на различия между увеличаващия се относителен дял на умирания от ССЗ и намаляващия дял на основните ССЗ, изчислим относителния дял на умирания от други ССЗ. Оказва се, че те бележат значително увеличение с 8% – от 17.5% за 1990 г. до 25.5% за 2012 г., обстоятелство, което също се нуждае от детайлен анализ и изясняване.

Умирания на 100 000 население

През 1983 г. умиранията от ССЗ на 100 000 население са 662.3 и нарастват на 766.6 през 1990 г. – т.е. 104.3 общо или с 13.0 средногодишно. За периода 1990-2012 г. те нарастват с 214.0 до 980.6 или средногодишен ръст от 9.7‰, което е намаление в сравнение с предишния период. Темпът на ръст за периода е 26.3% – или с 1.2% средногодишно, който е по-малък от средногодишния ръст за целия период – 1.6%. (Таблица 1)

Таблица 1. Умирания от сърдечно съдови заболявания за периода 1990-2012 г. (на 100 000 население)

Заболявания	1990	1995	2000	2005	2010	2012
Общо	766.6	867.6	933.8	968.1	987.4	980.6
Хипертония	36.7	50.4	53.9	107.6	91.8	112.0
ИБС	255.1	279.6	243.3	229.4	176.9	189.6
ИМ	74.4	90.3	83.8	91.2	72.9	69.4
МСБ	256.9	264.6	265.7	289.0	291.6	298.4



В брой 1/2014 г. на сп. "Социална медицина", в рубриката "История на медицината", отбелязахме 100 години от създаването на сп. "Обществено здраве" – първото българско списание по социална хигиена, медицина и здравеопазване, просъществувало едно десетилетие – от 1914 г. до 1923 г. При изреждането на членовете на Редакционния комитет е посочено името на

Умиранията от хипертонична болест през 1990 г. са 36.7‰, постоянно се увеличават, за да достигнат 112‰ през 2012 г. Темпът на ръст е около 3 пъти, което както вече споменахме, не звучи реалистично и очаква изясняването си.

Смъртността от ИБС намалява от 255.1‰ през 1990 г. до 189.6‰ или отрицателен темп на ръста – 25.6%. Същото важи и за инфаркта на миокарда, при който смъртността за периода 1990-2012 г. намалява с 5‰ – от 74.4 на 69.4. За разлика от относителния дял в структурата на умиранията от мозъчно-съдова болест, броят им на 100 000 население се увеличава от 256.9 за 1990 г. до 298.9 или с 16.2% (Таблица 2).

Таблица 2. Темп на ръста при постоянна основа

Заболявания	1990	1995	2000	2005	2010	2012
Общо	100.0	113.2	121.9	126.4	128.9	128.1
Хипертония	100.0	137.3	146.9	193.2	250.1	307.0
ИБС	100.0	109.6	95.9	90.0	69.3	74.4
ИМ	100.0	121.4	112.6	122.6	98.0	93.0
МСБ	100.0	102.9	103.4	112.5	113.5	116.2

Общият извод, който следва да се направи е, че се увеличават умиранията от ССЗ в структурата на умирания по причини, както се увеличават и умиранията в резултат от хипертонична болест и от мозъчно-съдова болест, а се намаляват умиранията от ишемична болест на сърцето и от инфаркт на миокарда.

Съпоставянето на показателите за смъртност по местоживеење показва, че смъртността по селата е по-висока от тази в градовете, както по възрастови групи, така и общо. По-висока е и смъртността при мъжете в сравнение с жените, особено в по-младите възрастови групи, но след 65 г. показателите се изравняват. През 1990 г. съотношението мъже:жени е 1.22:1, а през 2012 г. – 1.07:1 като не се забелязва отчетлива разлика между градско и селско население.

При такова разпределение на показателите за смъртността от ССЗ, общо и по групи заболявания, изводите са с известна условност. Могат да се направят различни предположения, които са трудно доказуеми.

▶ Съществуване на регистрационен феномен, чрез който се подменят истинските причини за умиранията.

▶ Въвеждането на новите методи за инвазивна диагностика и лечение на ИБС. Липсва оценка на ефективността от приложението на тези методи, което не дава категорично основание за мястото и ролята им в третичната профилактика, поради увеличаващите се показатели на общата смъртност от ССЗ.

Библиография

1. Здравната реформа в България – I част, отг. ред М. Попов, 1997 г.
2. Здравната реформа в България – II част, отг. ред М. Попов, 1998 г.
3. Здравната реформа в България, Н. Първанова, М. Попов, М. Рохова, 2007
4. Медицинска статистика под ред. на Т. Паскалев, 1968 г.
5. Социална хигиена, Хр. Петков, 1971 г.
6. Пазарният механизъм и отражението му върху здравето и демографско състояние на населението в България, С. Бояджиев, Дисерт.
7. Здравеопазване НСИ, Годишници за периода от 1980 до 2012 г. (32 броя)
8. Мержанов Ч., Едно компрометиращо първенство, 1995 г.

д-р Калчо Марков (1920 г.), виден български лекар от друго поколение. Вместо него трябва да бъде името на д-р Константин Марков (1878-1957 г.) – лекар, пионер на борбата с маларията в България, основател на Противомаларичния институт в Бургас и Опитната противомаларична станция в Петрич.

доц. Петър Цонов