

РЕГИОНАЛНИ НЕРАВЕНСТВА В ПЪРВИЧНАТА ИНВАЛИДНОСТ ПОРАДИ СЛЕПОТА В ИЗТОЧНА БЪЛГАРИЯ

Б. Ненкова, М. Пандова

REGIONAL INEQUALITY OF REGISTERED BLINDNESS IN EASTERN BULGARIA

B. Nenkova, M. Pandova

Резюме. Целта на публикацията е да се направи оценка на регионалните неравенства в първичната инвалидност поради слепота в Източна България. Представен е анализ на кумулативната първична инвалидност (ПИ) на 100 000 население поради двучна слепота и ниско зрение за периода 2005-2012 г. за Източна България, разделена по пол, региони и зрителна острота. Първичната инвалидност намалява значително през периода 2009-2012 г. както при мъжете – от 63.79 на 41.61, така и при жените – от 64.22 на 40.14. Най-висока е ПИ на лицата от 60 до 79 г., следвани от тази над 80 г. и групата под 20 г. През първите 4 г. има почти двукратни разлики в ПИ на област Варна в сравнение с останалите региони, като селското население е по-засегнато, най-вече мъжете. През втория интервал разликите между населението на областните градове, както и тези между градското и селско население, значително намаляват. Относителният дял и ПИ на най-младшата група се запазва без значими разлики в градовете и селата по пол. ПИ на лицата от 60-79 г. във водещите области е двукратно по-висока от тази във Варненска област, като мъжете от селата са най-засегнати през целия период. Пациентите над 80 г. намаляват с 60% по абсолютен брой и ПИ през втория интервал, особено при жените в областните градове и селата. Намалението на слепотата е значително постижение на фона на сложната демографска и икономическа обстановка в Източна България, но има значителни различия по региони. Възрастното население, особено от селата е с повишен риск от загуба на зрение.

Summary. Trends and regional disparities in newly registered vision loss in Eastern Bulgaria. Cumulative incidence (CI) of bilateral blindness and low vision per 100 000 population is presented for a period of eight years – 2005-2012 encompassing the territory of seven regions, divided by gender, age – within 20-year intervals, and severity – visual acuity in three categories – 0-0.05, 0.06-0.1, 0.15-0.3, based on the data provided by Ophthalmic Expert Board in Varna. The population of Eastern Bulgaria is 1 800 000. The CI significantly decreases during the period 2009-2012 for the males – from 63.79 to 41.61, as well as for females – from 64.22 to 40.14. The CI of the patients aged from 60 to 79 years is the highest, followed by the patients over 80 years and the age group under 20. During the second interval the differences between the regions as well as the disparities between the urban and the rural population significantly decrease. The CI of the youngest age group remains unchanged throughout the whole period without significant disparities by gender or residence. The CI of 60 to 79 years group in the most severely affected regions is twice higher compared to Varna region. The men from the villages are the most affected group for the entire period. The patients over 80 years have decreased by 60% in their absolute number and CI for the second interval, especially the women in the regional cities and the villages. The decrease of registered blindness and low vision is a considerable achievement in the complex demographic and economic environment in Eastern Bulgaria but with significant regional disparities. The male population is most affected, especially from the villages.

Key words: regional inequalities, blindness, Eastern Bulgaria

ВЪВЕДЕНИЕ

През последните десетилетия нараства вниманието към инвалидността като негативна оценка на здравното състояние на населението и коректив в работата на специалистите. Изследванията върху демографските и клинични характеристики на първично освидетелстваните пациенти с трайно намалено зрение позволяват оценка и на проблемите и тенденциите в борбата с лечимата слепота.

Едновременното въздействие на редица фактори: пол, възраст, образование, трудова заетост, условия на труд, местоживеене, здравни и културни традиции, здравната система и степента на развитие на условия за равен достъп до здравни услуги, формират здравния статус на населението и в частност, зрението в целия му диапазон.

Ниските темпове на икономическо развитие през годините на прехода доведоха до влошаване на здравния статус поради по-ниски доходи и възможност за закупуване на качествена храна, медикаменти и здравни услуги. От друга страна демографските процеси в нашата страна се характеризират с ниска раждаемост, увеличение на смъртността и емиграция на значителна част от младите хора. По данни на Министерството на труда и социалната политика, в края на 2012 г. хората над 65 г. формират 19.2% от населението, като в сравнение с 2011 г. дялът на населението над 65 г. е нараснал с 0.4% , а в сравнение с 2005 г. – с 2%. [1]

Вътрешната миграция и териториално преразпределение на населението е индикатор за различните условия на работа и живот. Тя довежда до струпване на много хора в областните градове и обезлюдяване и застаряване на населението в селата. През 2010 г. всеки четвърти селски жител е над 65 г. [2]

Образователното ниво в селата е много по-ниско – през 2011 г. 4% от селското население има средно и висше образование, докато в градовете този процент е 71.6%. В селата с основно образование са 719 127, със средно – 655 394 и с висше – 110 613. Образователната степен е в пряка зависимост от заетостта и здравната култура на населението.

Възрастта е един от главните рискови фактори за развитието на очна патология, водеща до слепота [3, 4, 5, 6, 7] и при демографската ситуация в България следва да се очаква нарастване на тежките очни заболявания. Съвременната офталмологична помощ предлага все по-ефективни медикаментозни и оперативни методи при редица инвалидизиращи състояния, но резултатите зависят от навременната диагноза и адекватния обем на лечението, както и от достъпа до съответната квалифицирана помощ.

Цел

Анализ на ПИ поради слепота и слабо зрение в Източна България и оценка на неравенствата между отделните групи по пол, възраст и местоживеене.

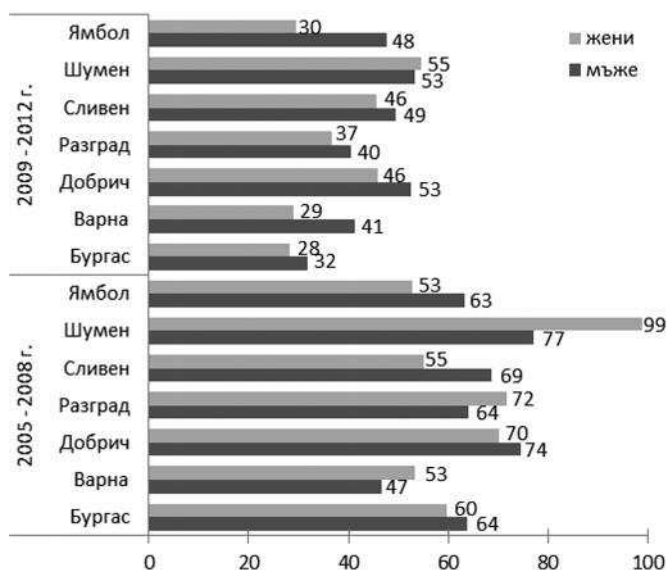
Материал и методи

Анализирани са 3478 експертни решения на специализирана очна ТЕЛК – Варна за периода от януари 2005 г. до декември 2012 г., включващи седем области – Варна, Бургас, Шумен, Разград, Добрич, Сливен и Ямбол с общо население 1 757 635 души по данни на НСИ за 2012 г. Селското население варира от 18% за област Варна до 53% за Разград и общо формира 29% за цялата територия. Обект на нашето изследване са лицата с трайна загуба на зрение, разделени в 20-годишни интервали. Двучната инвалидност е дефинирана като зрителна острота с пълна корекция под 0.3 в по-доброто око в три категории – под 0.05, между 0.06 и 0.1 и от 0.15 до 0.3. Като се вземат пред вид флукуациите на освидетелстваните лица по години, е изчислена кумулативна първична инвалидност на 100 000 население (ПИ) за два периода – от 2005 до 2008 година и от 2009 до 2012 година.

Резултати и обсъждане

За цялата територия през първия период са освидетелствани 1129 болни с двучна слепота, а през втория – 717, като жените са 50% за целия срок на проучването. Най-голям е относителният дял на лицата от 60 до 79 г. – 36% през първия и 41% през втория период. Групата над 80 г. формира 30% при мъжете и 43% при жените през първия период, но нейният дял намалява до 23% при мъжете и жените през втория период. Лицата под 20 г. са 10% от мъжете и 6% от жените през първия период като техният дял се увеличава до 13% при мъжете и 7% при жените през втория период.

Фигура 1. Първична инвалидност общо на 100 000 население по пол, области и период на наблюдение



Разпределението на ПИ по пол общо показва през първия период значителни различия по области както при мъжете, така и при жените, особено в сравнение с Варненска област. През втория период се отбелязва рязко снижение на ПИ на цялата територия и стеснение на неравенствата между регионите (Фигура 1).

Освидетелстваните от областните градове формират 43% през първия период и техният дял нараства до 51% през втория, най-вече за сметка на болните от селата, които намаляват от 42% на 38% при мъжете и от 36% на 33% – при жените.

През първия период има значителни неравенства в ПИ по области на местоживеене както при мъжете, така и

при жените, като селското население е далеч по-засегнато от това на областните градове. През втория период ПИ намалява за цялата територия и разликите между градското и селско население се снижават, но диапазонът на регионалните неравенства се задържа (Таблица 1).

Таблица 1. Първична инвалидност, общо по пол и местоживеене (първична инвалидност на 100 население, от-до – вариации по области)

| | 2005 – 2008 | | | | 2009 – 2012 | | | |
|------------------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|
| | мъже | | жени | | мъже | | жени | |
| | ПИ от-до | Общо | ПИ от-до | Общо | ПИ от-до | Общо | ПИ от-до | Общо |
| Областни градове | 76-41 | 55 | 105-46 | 59 | 74-31 | 42 | 68-24 | 37 |
| Други градове | 72-32 | 48 | 127-31 | 55 | 58-15 | 23 | 61-15 | 31 |
| Села | 116-72 | 87 | 97-55 | 78 | 68-37 | 54 | 61-27 | 43 |
| Общо | 77-46 | 63 | 99-52 | 64 | 53-31 | 41 | 54-28 | 40 |

Таблица 2. Първична инвалидност по тежест, пол и местоживеене – 2005-2008 (първична инвалидност на 100 население, от-до – вариации по области)

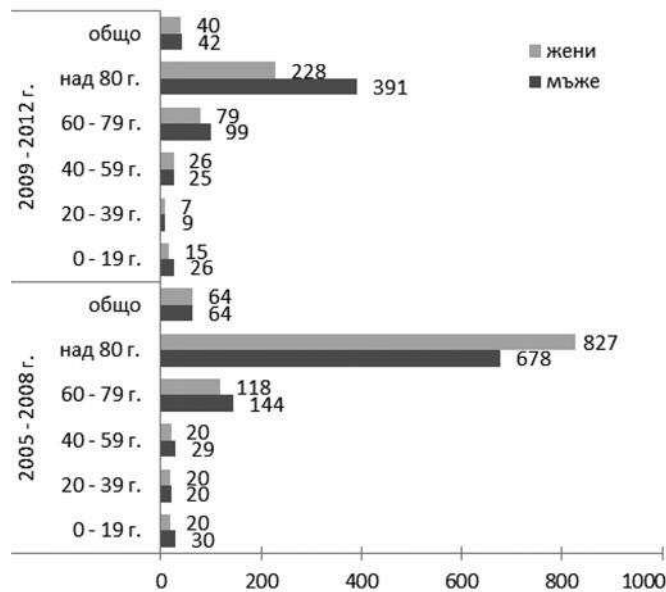
| Тежест | 0-0.05 | | 0.06-0.1 | | 0.15-0.3 | |
|------------------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|
| | ПИ от-до | Общо | ПИ от-до | Общо | ПИ от-до | Общо |
| мъже | | | | | | |
| Областни градове | 28-14 | 21 | 16-7 | 12 | 34-14 | 21 |
| Други градове | 32-11 | 17 | 24-10 | 13 | 35-9 | 18 |
| Села | 43-25 | 37 | 38-5 | 18 | 51-20 | 30 |
| Общо | 30-14 | 25 | 24-10 | 14 | 34-16 | 23 |
| жени | | | | | | |
| Областни градове | 36-11 | 16 | 28-14 | 16 | 48-18 | 26 |
| Други градове | 38-13 | 21 | 27-13 | 16 | 61-9 | 18 |
| Села | 52-27 | 38 | 34-11 | 18 | 31-13 | 21 |
| Общо | 32-17 | 23 | 30-13 | 17 | 44-19 | 21 |

Таблица 3. Първична инвалидност по тежест, пол и местоживеене – 2009 – 2012 (първична инвалидност на 100 население, от-до – вариации по области)

| Тежест | 0-0.05 | | 0.06-0.1 | | 0.15-0.3 | |
|------------------|--------------|-----------|-------------|-----------|--------------|-----------|
| | ПИ от-до | Общо | ПИ от-до | Общо | ПИ от-до | Общо |
| мъже | | | | | | |
| Областни градове | 24-14 | 12 | 24-9 | 12 | 32-13 | 17 |
| Други градове | 19-0 | 5 | 11-0 | 9 | 29-0 | 19 |
| Села | 31-14 | 23 | 24-11 | 17 | 23-11 | 12 |
| Общо | 21-11 | 14 | 17-8 | 13 | 25-11 | 14 |
| жени | | | | | | |
| Областни градове | 14-3 | 5 | 22-8 | 13 | 37-9 | 18 |
| Други градове | 11-0 | 8 | 19-6 | 11 | 22-0 | 11 |
| Села | 27-11 | 17 | 27-10 | 15 | 16-0 | 9 |
| Общо | 16-5 | 9 | 22-8 | 13 | 27-9 | 14 |

Разпределението на болните по тежест през първия период показва превес на значителната загуба на зрение под 0.05, която е значително по-висока при селското население и е в широк диапазон по области (Таблица 2). През втория период настъпва значително изместване към по-леките категории при населението на градовете, но при болните от селата все още води тежката инвалидизация, макар и с по-малки различия (Таблица 3).

Фигура 2. Първична инвалидност на 100 000 население по пол, възраст и период на наблюдение



Разпределението на ПИ във възрастови интервали показва експоненциално нарастване и значителен превес на групата над 60 години за целия срок на наблюдение с изразена динамика през втория период, когато се отбелязва драстично намаление при жените и особено при освидетелстваните над 80 години (Фигура 2). През първия период преобладава тежката категория инвалидност, като жените в някои областни градове и мъжете от цялата територия са по-засегнати, а разликите по области са двукратни (Таблица 4).

Таблица 4. Първична инвалидност по пол, местоживеене и период на наблюдение на лицата от 60 до 79 години (първична инвалидност на 100 население, от-до – вариации по области)

| | 2005 – 2008 | | | | 2009 – 2012 | | | |
|------------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|-----------|---------------|-----------|
| | мъже | | жени | | мъже | | жени | |
| | ПИ от-до | Общо | ПИ от-до | Общо | ПИ от-до | Общо | ПИ от-до | Общо |
| Областни градове | 197-80 | 141 | 297-103 | 137 | 161-71 | 104 | 219-55 | 96 |
| Други градове | 281-0 | 120 | 228-71 | 99 | 247-45 | 81 | 93-63 | 67 |
| Села | 269-88 | 145 | 142-48 | 73 | 158-42 | 108 | 104-25 | 59 |
| Общо | 196-78 | 143 | 177-85 | 118 | 168-57 | 98 | 147-41 | 78 |

Специален интерес представлява групата на възраст под 20 години. По години са регистрирани значителни флуктуации в броя инвалидизирани деца, като много от тях са освидетелствани дълго след документираното намаление на зрението. За целия срок на наблюдение се отбелязва превес на момчетата от областните градове и селата, като ПИ варира в широк диапазон по региони, без съществени промени през втория период (Таблица 5).

Представените в Таблица 6 водещи причини за инвалидизация в Източна България са лечими състояния, при които тежката загуба на зрение може да се предотврати с навременна и пълноценна намеса. За целия срок на наблюдение са характерни многократни разлики в ПИ по области. През втория период се отбелязва почти двукратно намаление на ПИ при жените при всички водещи заболявания и за диабетната ретинопатия като цяло.

Разпределението на освидетелстваните лица по местоживеене (Таблица 7) показва значително намаление на ПИ поради глаукома, диабетна ретинопатия и катаракта при же-

ните от областните градове през втория период. ПИ при селското население е по-висока за целия срок на наблюдение и не показва тенденция към намаление.

Таблица 5. Първична инвалидност по пол, местоживеене и период на наблюдение на лицата до 20 години (първична инвалидност на 100 население, от-до – вариации по области)

| | 2005 – 2008 | | | | 2009 – 2012 | | | |
|------------------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|
| | мъже | | жени | | мъже | | жени | |
| | ПИ от-до | Общо | ПИ от-до | Общо | ПИ от-до | Общо | ПИ от-до | Общо |
| Областни градове | 63-21 | 37 | 36-0 | 19 | 54-0 | 34 | 34-0 | 19 |
| Други градове | 42-0 | 14 | 73-0 | 10 | 29-0 | 13 | 24-0 | 11 |
| Села | 82-0 | 32 | 58-0 | 25 | 58-16 | 24 | 22-0 | 9 |
| Общо | 48-19 | 30 | 35-13 | 19 | 34-20 | 26 | 21-10 | 15 |

Таблица 6. Водещи причини – първична инвалидност на 100000 население по пол и период на наблюдение (ПИ от-до – вариации по области)

| Заболявания | 2005 – 2008 | | | | 2009 – 2012 | | | |
|---------------------------------|-------------|-------|----------|-------|-------------|-------|----------|------|
| | мъже | | жени | | мъже | | жени | |
| | ПИ от-до | Общо | ПИ от-до | Общо | ПИ от-до | Общо | ПИ от-до | Общо |
| Глаукома | 33-5 | 16.02 | 19-5 | 14.46 | 16-8 | 16.31 | 14-3 | 7.59 |
| Диабетна ретинопатия | 16-1 | 10.52 | 25-5 | 11.48 | 7-2 | 6.49 | 11-2 | 6.35 |
| Катаракта | 10-1 | 5.63 | 16-3 | 10.49 | 9-0 | 5.38 | 17-1 | 6.76 |
| Сенилна дегенерация на макулата | 7-5 | 7.86 | 16-3 | 9.5 | 6-2 | 6.58 | 9-2 | 6.21 |

Таблица 7. Водещи причини – първична инвалидност на 100000 население по пол, местоживеене и период на наблюдение

| Заболявания | Областен град | | Други градове | | Села | |
|---------------------------------|---------------|-------|---------------|-------|-------|-------|
| | мъже | жени | мъже | жени | мъже | жени |
| 2005-2008 | | | | | | |
| Глаукома | 11.76 | 13.74 | 14.16 | 14.96 | 24.4 | 15.6 |
| Диабетна ретинопатия | 8.32 | 11.05 | 7.5 | 9.44 | 16.26 | 13.65 |
| Катаракта | 3.82 | 8.62 | | 11.02 | 9.56 | 14.14 |
| Сенилна дегенерация на макулата | 7.05 | 9.97 | 7.5 | 6.29 | 9.56 | 10.73 |
| 2009-2012 | | | | | | |
| Глаукома | 15.00 | 6.84 | 9.44 | 4.41 | 23.00 | 11.05 |
| Диабетна ретинопатия | 6.76 | 3.94 | 5.51 | 7.35 | 6.50 | 10.09 |
| Катаракта | 4.11 | 5.26 | | 7.35 | 9.00 | 9.13 |
| Сенилна дегенерация на макулата | 7.94 | 7.89 | 3.93 | | 6.00 | 6.25 |

Обсъждане

Оценката на териториалните неравенства в трайната загуба на зрение е съществен ориентир в проблемите и тенденциите на превенцията на слепотата. В сравнение с другите епидемиологични източници експертните решения на ТЕЛК се отличават с надеждност и качество на клиничните данни, като документацията на специализирана ТЕЛК – Варна включва детайли от анамнезата и статуса на освидетелстваните лица, които далеч надхвърлят стандартната форма и говорят за високия професионален подход на експертите-офтальмолози. Диагностичните и функционални критерии за състоянието на болните са прилагани систематично в течение на целия срок на проучването, което позволява кумулиране по години и сравнения по периоди, както и съпоставки с други изследвания, където са приложени категориите на

СЗО за слепота и увредено зрение. Може да се допусне, че слабо зрящите лица от Източна България в голямото си мнозинство са били силно мотивирани да потърсят освидетелстване и свързаната с него социална помощ в течение на тези осем години и представеният материал дава ясна представа за обема и тежестта на инвалидизацията по области. От друга страна, експертните решения не включват данни за лечебното заведение, образованието, професията и трудовата заетост на пациентите, което ограничава анализа на рисковите фактори до базови характеристики като възраст и местоживее.

Високата ПИ на лицата над 60-годишна възраст в Източна България за тези осем години е характерна за общества със застаряващо население, подобно на държавите в Европа [8, 9, 10], Северна Америка и Австралия. Очертава се благоприятна тенденция към намаляване на двучната слепота, особено в най-тежката категория, най-вече сред жените от областните градове. Болните от селата с дълбока загуба на зрение са с двукратно по-висока ПИ в сравнение с тези от градовете. Двукратното снижение на слепотата поради диабетна ретинопатия и спадът на ПИ поради глаукома и катаракта при жените от областните градове са съществено постижение на офталмологичната помощ на фона на икономическите затруднения на болните и самото здравеопазване. От друга страна, големите различия по региони през целия период на наблюдение както при градското, така и при селското население показват устойчиви проблеми в ранната диагностика и достъпа до адекватна терапия.

Остават открити въпросите, свързани със значението на образованието и активното отношение към здравето състояние, професията и трудовата заетост, миграцията от градовете към селата, както и съпровождащата неочна патология. Същевременно е явна необходимостта от систематичен пренос на съвременни знания, високи професионални стандарти и отговорност в лечението на болните извън централните с високо качество на клинична практика. До голяма

степен ефектът от организиранията усилия на офталмологичната общност зависи от настъпателната работа на водещите специалисти в уреждането на финансовите облекчения за медикаменти и оперативни намеси при застрашаващи зрението заболявания, особено за социално слабите пациенти.

Библиография

1. Актуализирана национална стратегия за демографско развитие на населението на РБ (2012-2030) София, Министерство на труда и социалната политика.
2. Състояние на здравето на гражданите през 2009 и изпълнение на националната здравна стратегия, годишен доклад на МЗ, С. 2010, с. 9.
3. Anhchuong Le, Bickol N M, Catherine A M, Hugh R. Risk factors associated with the incidence of open-angle glaucoma: The Visual Impairment Project, Invest Ophthalmol & Vis Science 2003; 44 (9): 3783-9 doi 10.1167: ivos.03-0077.
4. Bressler SB., Munoz B., Solomon SD., West SK. Salisbury Eye Evaluation Study T.Racial differences in the prevalence of age-related macular degeneration:the Salisbury Eye Evaluation (SEE) Project Arch Ophthalmol 2008 Feb; 126 (2): 241-5.
5. Klein BE, Klein BE, Linton KL. Prevalence of age-related lens opacities in a population. The Beaver Dam Eye Study Ophthalmology 1992; 99:546-52.
6. Klein, R., Klein BE, Knudtson MD, Meuer SM, Swift M., Gangnon, R E. Fifteen-year Cumulative incidence of age-related macular degeneration: the Beaver Dam Eye Study Ophthalmology 2007 Feb; 114(2): 253-62.
7. Leske, M C, Connell, A M, Wu Sy et al. Incidence of open-angle glaucoma: the Barbados Eye Studies. The Barbados Eye Studies Group Arch Ophthalmol 2001; 119:89-95.
8. Latalska M1, Matysik-Wozniak A2, Bylina J3, Latalski M4, Rejdak R2, Mackiewicz J1, Jarosz MJ5. Wet age-related macular degeneration (wet AMD) in rural and urban inhabitants in south-eastern Poland. Ann Agric Environ Med. 2013;20(4):726-30.
9. Rius A1, Artazcoz L2, Guisasola L3, Benach J4 Visual impairment and blindness in spanish adults: geographic inequalities are not explained by age or education Ophthalmology. 2014 Jan; 121(1): 408-16. doi: 10.1016/j.ophtha.2013.07.017. Epub 2013 Sep 17.
10. Cheremukhina OM. [Availability of patients living in rural areas, to have surgical method of treatment of cataract and glaucoma] Lik Sprava. 2011 Apr-Jun;(3-4):138-43.

Автори

Бинна Ненкова – Катедра „Очни Болести и зрителни науки“, МУ Варна; СБОБАЛ – Варна, e-mail: bnenkova@gmail.com
Мая Пандова, дм – Ахмади Хоспитал, Кувейт

КУЛТУРА И МЕДИЦИНА



За Улрих Бек и последната му книга

Улрих Бек е сред най-влиятелните германски интелектуалци, професор по социология в Мюнхен и Лондон, сред първите петима най-цитирани учени социолози в световен мащаб. Книгите му са преведени на повече от 35 езика.

У нас, не много отдавна, направи впечатление книгата му „Откриване на истинската политика“, изд. Планета, 360 с. Това е издание, преведено от издадената му през 1993 г. книга, спечелило конкурса на Националния център на книгата. Тази негова книга определя място на екологията като извор на морала. В нея Улрих Бек пише за завръщането на несигурността, за потребността от самокритика на рисковото общество, за тъмната страна на модерността, за това, че индивидите се завръщат в обществото и поставя въпроса за партиите и какво ще стане с тях отвъд дясното и лявото. Той дискутира за изкуството на съмнението, за съмнението като критика, за съмнението като потребност, за необходимостта да си позволим куража да служим на своето съмнение.

В книгата „Рисковото общество. По пътя към една друга модерност“ (2013) Улрих Бек поставя контурите на рисковото общество, логиката на разпределение на богатството и рисковете, за знанието и заблудите, за измамните на рационалностите, за рисковото съзнание, за политическата динамика. Улрих Бек прави опит да погледне в бъдещето на природата и обществото ни в края на ХХ век. За нас, социалните медици, особено интерес представляват третата и четвъртата глава – „Отвъд класа и слой“ и „Аз съм аз: относно отношенията между половете в семейството и извън него“. От предговора и заключението и от трета и четвърта глава предлагам на нашите читатели малки откъси.

Очаква ви едно удоволствие от прочитата на една дълбоко скроена книга за властта и социалните неравенства, за промените в „мъжките“ и „женски“ социални роли, за новите отношения „природа-общество“.

доц. Петър Цонов