

Глава 3

ЕПИДЕМИОЛОГИЧЕН ПРЕХОД

В последните столетия човечеството преживява значителни промени в моделите на смъртност и заболяемост. Те се наблюдават във всички страни, но протичат с различна скорост и в различно време. Наблюдаваните промени в смъртността и заболяемостта са описани систематично и представени в елегантна научна теория за пръв път от епидемиолога Абдел Омран през 1971 г. Той публикува „Теория за епидемиологичния преход“, с която обяснява драматичното намаляване на смъртността, нарастването на средната продължителност на живота и прехода във водещите причини за заболяемост и смъртност от инфекциозни болести към хронични неинфекциозни и дегенеративни заболявания.

Омран определя комплексната промяна в моделите на здраве и болест като епидемиологичен преход и поставя фокус върху взаимодействието на тези модели с демографските, икономически и социални детерминанти. Епидемиологичният преход се дължи на икономическия растеж, на подобреното хранене, хигиена и стандарт на живот, както и на напредъка на медицинската наука и технологии.

Епидемиологичният преход е процес, чрез който се трансформират моделите на заболяемост и смъртност от инфекциозни и паразитни заболявания с високи нива сред младите възрастови групи до модели с трайно установени ниски нива на смъртност от хронични неинфекциозни болести и предизвикани от дейността на човека заболявания, засягащи предимно лицата в напреднала възраст.

Епидемиологичният преход е свързан с *демографския преход* и е част от широко дефинираното понятие *здравен преход*, което отразява промените в здравния статус на съвременното общество в резултат на епидемиологичния преход. *Здравният преход* се характеризира с постигането на *модел на здраве*, в който *доминират хроничните неинфекциозни заболявания* сред причините за заболяемост и смърт и *рисковите фактори, свързани със стила и начина на живот*.

Омран представя в теорията за епидемиологичния преход обяснение за промените в смъртността през последните столетия. Той създава своята теория въз основа на *пет допускания*:

1. *Смъртността е основният фактор за динамиката на населението*. Тя започва да се снижава по-рано и е последвана от намаляване на раждаемостта. Задържането на ниска честота и на двете събития обуславя наблюдаваните *промени във възрастовото разпределение* на съвременното човечество с *нарастващ дял на старите хора*.
2. По време на епидемиологичния преход водещите причини за заболяемост и смъртност се трансформират. *Инфекциозните заболявания отстъпват позиция* и се преминава към модели, доминирани от дегенеративни и причинени от човека болести.
3. Епидемиологичният преход се *отразява най-съществено върху здравето на децата и младите жени*, което се подобрява в резултат на намаляване на раждаемостта, на детската и на майчината смъртност.
4. Промените в моделите на здраве и болест, характеризирани с *епидемиологичния преход*, са отражение на неговата *връзка с демографския и икономически преходи* на модерното общество.
5. *Съществуват три модела* на еволюция на *епидемиологичния преход*.



Въз основа на тези допускания Омран първоначално идентифицира **три етапа на епидемиологичния преход**:

- I. Етап на епидемии и глад;
- II. Етап на затихващи пандемии;
- III. Етап на дегенеративни и предизвикани от дейността на човека заболявания.

Първият етап се характеризира с **високи и флукутиращи нива на смъртност**, с ниска продължителност на живота и с периоди на нестабилно нарастване на населението. Общата смъртност варира **от 30 до 50 на 1000. Средната продължителност на живота е 20-40 години**. Водещи причини за заболяемост и смъртност са **инфекциозни болести и паразитози**.

Вторият етап се отличава със **снижаване на смъртността до нива под 30 на 1000**, ограничаване на опустошителните епидемии от чума, вариола, холера и други инфекциозни болести, **нарастване на средната продължителност на предстоящия живот до 50-55 години** и относително стабилно нарастване на населението, с експоненциален растеж.

В този етап се подобряват обществената и личната хигиена, храненето, напредва медицината и се провеждат първите общественно-здравни програми. Напредъкът на обществото се отразява в **постепенна трансформация на водещите причини за заболяемост и смъртност**, като инфекциозните болести се заменят от хронични неинфекциозни заболявания. **Променя се възрастовата структура на населението** поради по-добрата преживяемост на лицата в младшите възрастови групи. Появяват се **нови екологични рискови фактори**, свързани с индустриалното развитие и урбанизацията.

Третият етап е време на **окончателно заместване на инфекциозните болести** като водещи причини за смърт от **дегенеративните болести** (сърдечно-съдови заболявания, рак, хронични дихателни болести и др.) и на инфекциозните причинители на заболявания и смърт – от антропогенните причини (радиация, професионални вредности, замърсяване на околната среда). Смъртността и раждаемостта продължават да намаляват. **Смъртността**



достига трайно нива под 20 на 1000. Средната продължителност на живота надхвърля 70 години в края на етапа. Променя се фокусът на общественно-здравните интервенции към по-старшите възрастови групи и към индивидуалните поведенчески фактори и стила на живот.

В средата на 80-те години на XX в. е предложен нов, **четвърти етап** на епидемиологичния преход – **етап на отложени дегенеративни заболявания** (Olshanski and Ault, 1986). Той описва **продължаващото намаляване на смъртността**, което се наблюдава в развитите страни след 1970 г.

Четвъртият етап на епидемиологичния преход се характеризира с бързо намаляване на смъртността **във групите над 65-годишна възраст**. То се дължи на **забавяне и отлагане на ефектите на дегенеративните болести** поради успехите на медицината и новите технологии. Основен компонент в този етап е намаляването на смъртността от ИБС. **Средната продължителност** на предстоящият живот **надхвърля 80 години**.

В последните десетилетия еволюцията на модела на заболяемост и смъртност показва завръщане на някои инфекциозни болести (туберкулоза) и появата на нови заболявания (HIV/СПИН, легионелоза, хепатит С и Е, САРС, някои вирусни хеморагични трески, енцефалити и др.). През 1997 г. Olshanski и съавт. посочват, че човечеството е в началото на **пети етап на епидемиологичния преход**, който те наричат **етап на завръщане на инфекциозни и паразитни болести**.

Модели на епидемиологичния преход

Епидемиологичният преход не се случва едновременно във всички страни. Отделните страни и региони преминават с различна скорост през етапите на прехода и при различни механизми. Омран обобщава първоначално три модела на епидемиологичен преход, към който добавя по-късно още един модел.

Модели на епидемиологичния преход, дефинирани от Омран:

- **Класически (Западен) модел** – характерен за страните от Западна Европа и Северна Америка. Започва рано, вероятно в средата на XVIII в. – началото на XIX в. Протича успоредно с индустриализацията и модернизацията на западното общество.
- **Ускорен модел** – описва епидемиологичния преход в Япония и Източна Европа. В тези страни трансформацията на моделите на заболяемост и смъртност започва по-късно, но протича с бързи темпове. Причините за ускорен преход са свързани с бързото обществено развитие на тези страни, подобреното хранене и напредък на медицинската помощ и общественото здравеопазване.
- **Забавен/отложен (съвременен) модел** – описва епидемиологичния преход в развиващите се страни. В тях преходът започва около 50-те години на XX в. и все още не е завършил. Намаляването на смъртността е резултат от прилагане на модерни медицински технологии. В началото на прехода смъртността бързо намалява, но след 60-те години на XX в. показва забавяне, особено за детската смъртност и смъртността до 5-годишна възраст.
- **Преходен вариант на забавения модел** – типичен е за Тайван, Южна Корея, Сингапур, Хонг Конг и други страни в региона. При тях епидемиологичният преход започва през 40-те години на XX в. с бързо снижаване на смъртността, подобно на страните със забавен модел. За разлика от тях, обаче, смъртността продължава да намалява бързо. Днес част от тези страни са достигнали нива на обща и детска смъртност като на страните с класически модел на преход.

В 90-те години на XX в. Frenk, Bobadilla и съавт. обръщат внимание на **епидемиологичния преход в някои големи страни със среден доход**, като Мексико и Индия. Те идентифицират **нов модел на епидемиологичния преход**:

- **Удължен – поляризиран модел**, който се различава от останалите модели на преход по нарастващите нива на заболяемост от хронични неинфекциозни заболявания преди пълното контролиране на инфекциозните и паразитните болести. Явлението се описва като **припокриване на етапите на прехода**. Някои от инфекциозните заболявания с постигнат обществен контрол и дори напълно изкоренени, се появяват отново и водят до **връщане назад в прехода** (контрапреход). Авторите посочват, напр., че в Мексико болести като малария, холера и денга се появяват отново. Социалните неравенства в доходите и здравето, както и дисоциацията в обществото, водят до значителни различия в нивата на смъртност между регионите (**поляризация**).

Развитието на съвременното разбиране за епидемиологичния преход поставя **редица въпроси за научно изследване и дискусия**:

- Неясен е въпросът за **началото и края на епидемиологичния преход**. Очаква се епидемиологичният преход да завърши с постигането на стабилни ниски нива на смъртност. Такава тенденция на стабилизиране не се очертава, и смъртността продължава да намалява. Това поражда въпроса за едновременното протичане на повече от един епидемиологичен преход.
- Протичането на епидемиологичния преход в Мексико поставя въпросът за **неговата еднородност**. Обсъжда се възможността дефинираният пети етап на завръщане на инфекциозните болести всъщност да е обратно връщане в преходен етап на прехода.
- Спорове пораждат твърденията, че **всички страни задължително минават през едни и същи етапи на епидемиологичния преход и че всеки етап има един доминиращ модел на заболяемост и смъртност**. За преодоляването на тези слабости на теорията за епидемиологичния пре-



ход се предлагат идеите за припокриване на етапите, за обратно връщане на прехода и за поляризация.

- Друга слабост е **свърхгенерализирането** на епидемиологичния преход **като унифициран процес**. Не бива да се свежда голямото разнообразие от модели на преход в отделните страни до идеята за един универсално валиден, еднопосочен процес, със стриктна последователност на етапите. Редица автори обсъждат възможността **всяко общество да има свой модел на епидемиологичен преход**.
- Обръща се внимание на необходимостта **да се изучават съществуващите различия в** тенденциите на **смъртността на популационните субгрупи**. Това ще изгради една цялостна, системна и точна картина на промените в смъртността и ще подобри разбирането за епидемиологичния преход в отделните страни.
- СЗО обръща внимание на процесите на глобализация и **непрекъсната обмяна** на идеи, модели, подходи, системи и технологии, **която повлиява моделите на здраве на съвременното човечество като глобално общество и в отделните страни и региони**. Осъществяващият се успоредно с глобализацията **процес на преход на рисковите фактори** (преход в моделите на консумация и промяна в стила на живот) **ще промени за кратко време тенденциите на смъртността** в редица региони на света.

Въпреки посочените критики, **теорията за епидемиологичния преход е утвърдена концептуална рамка за изучаване на локалните, регионалните и глобалните тенденции в заболяемостта и смъртността**. Тя позволява да се разсъждава за бъдещото развитие на здравето за страните, които не са завършили епидемиологичния преход. Холандският епидемиолог Й. Макенбах посочва, че вероятно най-добрият подход за прилагане на идеята е да се разглежда епидемиологичният преход не като теория, а като перспектива.