

Анализ на заболяемостта от онкологични заболявания и основни нужди от интервенции

Болестността и заболяемостта от злокачествени новообразувания нарастват. През периода 1990 – 2006 г. болестността се увеличава и достига 3229.0 на 100 000 души от населението. Заболяемостта (новооткритите случаи) нараства от 245.1 на 393.3 на 100 000 население през 2006 г. Най-висока е болестността на 100 000 души от населението от рак на млечната жлеза при жените (1093.1), на женските полови органи (971.9) и от меланом и други злокачествени новообразувания на кожата (702.3), а заболяемостта на 100 000 души от населението е най-висока от рак на храносмилателните органи (100.9), рак на млечната жлеза при жените (85.9) и рак на женските полови органи (83.6).

Злокачествените заболявания са сред основните причини за смърт както в Европа, така и в България. В края на изтеклото хилядолетие онкологичните заболявания са причина за смъртта на всеки един от четири европейци, като най-честите им локализации са: колон-ректум, гърда, бял дроб, простата, пикочен мехур, стомах, маточна шийка, които локализации са причина за 59% от всички новозаболенни. За България показателите са аналогични - за 2006 г. статистиката сочи: общо за страната на всеки 100 000 жители са регистрирани 3 229 заболявания от злокачествени новообразувания, като новооткрити са 393,3 на 100 000, а смъртността от злокачествени заболявания на 100 000 население е 227,9.

За разлика от редица програми, свързани основно със социална политика и трудов пазар, където има повече данни за “разпределението” на проблематиката на етнически принцип, в повечето интервенции в областта на здравеопазването при събирането на данни населението не се разделя по етноси (с изключение на строго специфични дисциплини като наследствените заболявания, където тази диференциация се търси поради основното ѝ значение за хода на програми и проучвания). Поради това екипът на проекта не разполага с категорични статистически данни за проценти на онкозаболявания в различните етнически групи в България, заради което както при други здравни инициативи обръща внимание и на допълнителни инструменти, подпомагащи интервенциите в областта на онкологичните заболявания и добиването на по-ясна картина за онкостатуса на ромското население, каквито са опитът на терен и качествените изследвания на различни НПО и държавни институции – както централни, така и регионални.

Що се отнася до шестте проектни области по програма PHARE 2005 – Монтана, Видин, Разград, Добрич, Ямбол, Сливен, гореспоментатие показатели са над средните за страната, по данни, предоставени от Научното дружество по социална медицина, информатика и здравен мениджмънт. Тази статистика не на последно място се дължи на високия процент компактно ромско население в областите. Прави впечатление, че в проектните области най- високи са показателите относно смъртност от злокачествени заболявания (на фона на 227,9 на 100 000 за страната, в Добрич случаите са респективно 273, в Ямбол – 258,1, Видин 254,5 итн), което подкрепя едно от основните наблюдения както на екипа, така и на други експерти а именно:

<p style="text-align: center;"><u>По-голяма част от онкологичните случаи сред ромското население се диагностицират на един късен, често терминален стадий, когато няма много</u></p>
--

възможности за медицински интервенции, и в по-голяма част от случаите изходът е неблагоприятен.

Тази тенденция - за късно откриване на злокачествени новообразувания - се задълбочава при цялото население на страната по време на прехода към пазарна икономика и здравна реформа, когато е прекратена практиката на скринингите и задължителните годишни профилактични прегледи, но е особено манифестна при ромите, които в голям процент са здравно неосигурени, и респективно нямат предпоставки и условия за включване в профилактични и превенционни програми (а и нямат изградена здравна нагласа за активно търсене на превенционни здравни услуги и профилактични прегледи). Именно тази нагласа – за ходене при специалист само при крайна нужда, когато “дойде лошото”, ще бъде адресирана с промоционни интервенции, съпътстващи материали и разяснителна кампания, за да промени нагласите и отношението към здравето като към ценност, която с активни действия може и трябва да бъде съхранена.

Наред с останалите национални програми, разработени от МЗ и водещи здравни експерти, които програми се стремят да отговорят на потребностите на населението от здравни грижи, съществува и **Национална стратегия за профилактичен онкологичен скрининг, с разписана работна програма** за периода 2001-2006г. Според стратегиите на МЗ и според основните задължения на ОПЛ, вменени от МЗ, НЗОК и БЛС, общопрактикуващите лекари са първото, основно звено, което има отговорността да провежда профилактични програми и също така носи отговорността за първична и вторична профилактика. Разписаните като задължителни за всеки здравноосигурен годишни профилактични прегледи наред с другите цели имат за задача именно една ранна диганостика на онкозаболявания, както и запълване отчасти на нишата на задължителните годишни прегледи и скрининги от времето преди прехода. Това прави ромите отново особено уязвими, пред вид вече изтъкнатото – висок процент здравно неосигурени лица.

В съответствие с европейските стандарти и стандартите на СЗО скринингът е ефективен метод за контрол на онкологичните заболявания. Когато е възможно, преди всичко трябва да се дава приоритет на първичната профилактика. Когато се предприема скрининг за даден вид онкологично заболяване, той трябва да бъде прилаган само по организирана програма с подсигуряване на качество на всички нива на интервенции и добре събрана, анализирана и поднесена информация за ползата и рисковете от скрининговата програма. Ползи за населението и общественото здраве от скрининговата програма могат да бъдат постигнати само ако е наличен финансов и човешки ресурс за масово обхващане на целевите групи от програмата, и ако програмата за скрининг е промотирана подходящо и масово възприета от целевите групи. Когато се предлага организиран скрининг трябва да се цели широко възприемане. Не се препоръчва да се провежда скрининг при поискване като основа за практика за общественото здраве тъй като той не води до максимум ползи и може да има отрицателни странични ефекти. Висококачествен скрининг е възможен само, ако медицинските специалисти на всички нива са обучени за неговите задачи. Необходимо е и да се мониторира индикаторите за скрининговата програма. Тези основни стандарти са взети под внимание и ще бъдат съблюдавани при разработването на програмата и работния график на скринингите.

Следните онкологични скринингови тестове /методи/ отговарят на международните стандарти и са признати и практикувани в редица държавии е препоръчително да намурят място в програмата за профилактика и диагностика на онкологичните заболявания на групи в неравностойно положение с фокус роми:

- цитологичен скрининг за рак на шийката на матката за жените над 18 години, започнали сексуален живот
- мамографски скрининг за рак на гърдата на жените от 45 до 69 г. в съгласие с Европейските правила за осигуряване на качеството на мамографията
- скрининг за коло-ректален рак с изследване за окултни кръвоизливи за мъжете и жените от 50 до 74 г.
- простатен специфичен антиген /ПСА/ за простатен карцином за мъжете над 45 години

Може да се обобщи, че основно злокачествените новообразувания на репродуктивната система и дебелото черво се поддават на организирани скрининги. По програма PHARE 2004 по проекта “Оптимизиране на порфилактичните програми по майчино и детско здравеопазване” в четири области, три от които съвпадат тези от настоящия проект - Добрич, Ямбол, Монтана и Пазарджик са предвидени скрининги за профилактика на рака на маточната шийка и рака на гърдата, като екипът от експерти провежда информационна кампания, съпътствана с обучения и информационни и промоционни материали за стимулиране пълноценното включване на населението от целевите групи в прегледите, със специално внимание към хората от отдалечени населени места със затруднен достъп до специализирана здравна помощ. В тези области, в които вече се работи, се демонстрира желание от страна на населението за включване в програмата и се работи по посока промяна на нагласите. Много е важно работата в тези три области да продължи и да се разшири в другите три области по PHARE 2005 – Разград, Сливен, Видин, особено като се има пред вид, че има сериозен риск техниката, необходима за скринингите да се забави и не всички нуждаещи се представители на населението от обхванатите области да могат да бъдат включени в програмата.

Ракът на белите дробове е сред най-масовите и е една от основните причини за смъртност от злокачествени заболявания. Освен Националната стратегия за порфилактичен онкологичен скрининг по проблема работи и **Национална програма за ограничаване на тютюнопушенето**, с разписан работен план и национални кампании, чийто опит е препоръчително да бъде ползван. Включването на диагностиката и порфиалктиката на рака на белия дроб в програмата прави интервенциите в областта на онкопрофилактиката и диагностиката достатъчно многопластови и съобразени с международните критерии за ефективен скрининг. Високият процент на заболяемост и смъртност от тези злокачествени заболявания прави

Предстоящите интервенции в областта на злокачествените заболявания концентрирани в скрининги на рака на гърдата и маточната шийка при жените, рака на простатата при мъжете и профилактика и диагностика на рака на дебелото черво и белите дробове и при двата пола.

Много е важно да бъдат привлечени за партньори и да се ползва опитът на Националния онкологичен център (НОЦ) и на мрежата от онкодиспансери в страната – според последни данни в страната има 12 онкодиспансера, като 2 от тях са в София, а останалите населени места с онкодиспансери са съответно Бургас, Варна, Враца, Габрово, Плевен, Пловдив, Русе, Стара Загора и Хасково. Идеите да се открие онкодиспансер в Добрич все още не са финализирани и всички нуждаещи се от услуги в областта на злокачествени заболявания пътуват до най-близкия град (Варна) за оказване на съответна помощ. Според последни данни от февруари 2008г изнесени от АПОЗ – Асоциация на пациентите с онкологични заболявания, има идея на МЗ единадесетте онкодиспансера в България да се превърнат в онкологични болници. Става дума за двата диспансера, които се намират в София (градският и областният) и другите девет в страната. В момента у нас има и 5 онкологични болници - в София, Варна, Пловдив, Стара Загора и Плевен. Основен проблем е достъпът до специализирана помощ и все още належащата нужда от пътувания на онкоболни в страната.

Както е видно, на територията на нито една от проектните области няма онкодиспансер, което прави интервенциите по проекта там още по-необходими. При все това е препоръчително сътрудничество с онкодиспансери от съседни области – Варна за Добрич и Разград, Враца (открит юни месец след основен ремонт и с нова техника за диагностика) за Монтана и Видин, Стара Загора за Сливен и Ямбол, още повече, че Варна и Стара Загора са градове с медицински университети.

Опитът на АПОЗ, на дъщерната ѝ организация, обединяваща жените с онкологични заболявания и на други пациентски НПО трябва да бъде също използван. В областта има вече натрупани добри практики – кампаниите за превенция на рака на гърдата съвместно с AVON, ASTA ZENECA и Президентството, за и за ваксиниране срещу рак на маточната шийка, специалните събития и участието на знаменитости за събиране на средства за мамографи, както и организирането на групи за самопомощ и възпитаването на проактивно отношение към справянето с проблемите на онкопатофилатиката и онкоболните .

Достъп до онкологична помощ

Онкологичната помощ у нас се осигурява от Националния онкологичен център и от 13 онкодиспансера, като 2 от тях са в София, а останалите населени места с онкодиспансери са съответно Бургас, Варна, Шумен, Враца, Габрово, Плевен, Пловдив, Русе, Стара Загора и Хасково. Идеите да се открие онкодиспансер в Добрич все още не са финализирани и всички нуждаещи се от услуги в областта на злокачествени заболявания пътуват до най-близкия град (Варна) за оказване на съответна помощ. Според последни данни от февруари 2008г изнесени от АПОЗ – Асоциация на пациентите с онкологични заболявания, има идея на МЗ онкодиспансерите в България да се превърнат в онкологични болници. В момента у нас има и 5 онкологични болници - в София, Варна, Пловдив, Стара Загора и Плевен. Предлаганата промяна е към добро, но за съжаление и тя не е в състояние да предотврати напълно постоянните уморителни пътувания на онкоболни из страната.

Както е видно, на територията на нито една от проектните области няма онкодиспансер, което прави интервенциите по проекта там още по-необходими. При все това е препоръчително сътрудничество с онкодиспансери от съседни области – Варна за Добрич, Шумен за Разград, Враца (открит юни месец след основен ремонт и с нова техника за диагностика) за Монтана и Видин, Стара Загора за Сливен и Бургас за Ямбол, както и с медицинските университети във Варна и Стара Загора.

В Монтанска област за 2006 г. общият брой регистрирани заболявания от злокачествени новообразувания е 6081 (3676,2 на 100 000 души от населението), което е по-високо от средните стойности за страната – 3229 на 100 000. За същата година броят новооткрити заболявания от злокачествени новообразувания е 405,6 на 100 000, а смъртността от онкологични заболявания – респ. 209,2 на 100 000 население. При жените най-разпространетото злокачествено заболяване е ракът на млечната жлеза, като 43% от случаите са диагностицирани за пръв път в 3-4 степен. 40% от случаите с рак на маточната шийка също са диагностицирани за пръв път в 3-4 степен. При мъжете най-разпространен е рака на билте дробове, също на простатата, стомаха и дебелото черво. Над 50% от случаите с рак на простатата се диагностицират още в 1-2 стадий на заболяването. В Монтана няма онкологичен диспансер, а пациентите се насочват към онкодиспансера във Враца.¹

Във Видинска област за 2006 г. общият брой регистрирани заболявания от злокачествени новообразувания е 3600 (3095,7 на 100 000 души от населението), което е по-ниско от средните стойности за страната – 3229 на 100 000. За същата година броят новооткрити заболявания от злокачествени новообразувания е 316,5 на 100 000, а смъртността от онкологични заболявания – респ. 254,5 на 100 000 население, доста висок показател в сравнение с общия брой регистрирани случаи. При жените най-разпространетото злокачествено заболяване е ракът на млечната жлеза, като 50% от случаите са диагностицирани за пръв път в 1-2 степен. При мъжете най-разпространен е рака на билте дробове. Над 70% от случаите с рак на простатата се диагностицират още в 1-2 стадий на заболяването. Във Видин няма онкологичен диспансер, а пациентите се насочват към онкодиспансера във Враца (По данни на Националния онкологичен регистър и Директора на СБАЛ по Онкология)

В Разградска област за 2006 г. общият брой регистрирани заболявания от злокачествени новообразувания е 3488 (2518,9 на 100 000 души от населението), което е по-ниско от средните стойности за страната – 3229 на 100 000. За същата година броят новооткрити заболявания от злокачествени новообразувания е 352,4 на 100 000, а смъртността от онкологични заболявания – респ. 184,2 на 100 000 население. При жените най-разпространетото злокачествено заболяване е ракът на млечната жлеза, като почти поовината от случаите са диагностицирани за пръв път в 3-4 степен. Също 50% от случаите с рак на маточната шийка също са диагностицирани за пръв път в 3-4 степен. При мъжете най-разпространен е рака на билте дробове. Високо разпространение има и ракът на простатата, като над 60% от случаите с рак на простатата се хващат в 3-4 стадий на заболяването. В Разград няма онкологичен диспансер, а пациентите се насочват към онкодиспансера в Шумен (По данни на Националния онкологичен регистър и Директора на СБАЛ по Онкология)

В Добричка област за 2006 г. общият брой регистрирани заболявания от злокачествени новообразувания е 4596 (2240,4 на 100 000 души от населението), което е по-ниско от средните стойности за страната – 3229 на 100 000. тези успокояващи цифри обаче се съпътстват от присъствие в челната тройка (след Перник и Велико Търново) по смъртност от онкологични заболявания – 273 на 100 000 при средна цифра за страната 227,9. За същата година броят новооткрити заболявания от злокачествени новообразувания е 363,2 на 100 000 население. При жените отново най-разпространетото злокачествено заболяване е ракът на млечната жлеза. При мъжете най-разпространен е рака на билте дробове, също на простатата, стомаха и дебелото черво. В Добрич няма онкологичен диспансер въпреки активните опити на обществеността да генерират дебат за необходимостта от диспансер в Добрич, а

¹ По данни на Националния онкологичен регистър и Директора на СБАЛ по Онкология

пациентите се насочват към онкодиспансера във Варна (По данни на Националния онкологичен регистър и Директора на СБАЛ по Онкология)

В Сливенска област за 2006 г. общият брой регистрирани заболявания от злокачествени новообразувания е 5034 (2403,7 на 100 000 души от населението), което е по-ниско от средните стойности за страната – 3229 на 100 000. За същата година броят новооткрити заболявания от злокачествени новообразувания е 384,9 на 100 000, а смъртността от онкологични заболявания – респ. 206,8 на 100 000 население. При жените най-разпространетото злокачествено заболяване е ракът на млечната жлеза, като 65% от случаите са диагностицирани за пръв път в 1-2 степен. 56% от случаите с рак на маточната шийка също са диагностицирани за пръв път в 1-2 степен. При мъжете най-разпространен е ракът на билте дробове, следван от рака на дебелото черво и на простатата. Над 50% от случаите с рак на простатата се диагностицират още в 1-2 стадий на заболяването. В Сливен няма онкологичен диспансер, а пациентите се насочват към онкодиспансера в Стара Загора (По данни на Националния онкологичен регистър и Директора на СБАЛ по Онкология)

В Ямболска област за 2006 г. общият брой регистрирани заболявания от злокачествени новообразувания е 4170 (2869,7 на 100 000 души от населението), което е по-ниско от средните стойности за страната – 3229 на 100 000. За същата година обаче броят новооткрити заболявания от злокачествени новообразувания е 417 на 100 000, досат по-високо от средната за страната – 393,3, а смъртността от онкологични заболявания – респ. 258,1,2 на 100 000 население – също по-високо от средното за страната – 227,9 на 100 000, което говори за негативни тенденции в кривата на заболеваемостта. При жените най-разпространетото злокачествено заболяване е ракът на млечната жлеза, като 55% от случаите са диагностицирани за пръв път в 1-2 степен. 68% от случаите с рак на маточната шийка също са диагностицирани за пръв път в 1-2 степен. При мъжете най-разпространени са туморите на билте дробове, простатата, стомаха и дебелото черво. 59% от случаите с рак на простатата се диагностицират още в 1-2 стадий на заболяването. В Ямбол няма онкологичен диспансер, а пациентите се насочват към онкодиспансера в Бургас (По данни на Националния онкологичен регистър и Директора на СБАЛ по Онкология).