

**ракът**  
СВЕТЪТ ▲ БЪЛГАРИЯ

София, 2008

Този Алманах е начало за всички нас.

■ За нас, хилядите граждани, които не знаем нещо повече от това, че ракът е много тежко заболяване.

■ За нас, хората с рак, а и за нашите семейства. Ние, които на един гъх изчетохме страниците, премислихме много неща и пак четохме, и пак го преживяваме.

■ Алманахът не е само съставен от нас, но е и за нас – лекарите на нашите пациенти. Ние също преживяваме, но главното е да открием всичко онова, с което можем да бъдем още по-необходими и още по-полezni.

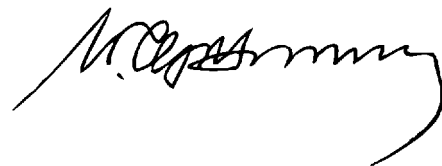
■ Алманахът е и за тези, които вземат решенията, но не само за отделните личности, а за проблема като цяло – за нормативните документи, за финансирането.

■ Алманахът е партньор на обществеността и пациентските организации, на медиите, на родителите и семействата, на образователните институции, а в немалка степен и на науката.

■ Алманахът дава стимул за сравнение със света, с институциите и обществото, с миналото и настоящето, а сравненията са основата за реакция, нови идеи и градеж. Днес ракът е проблем с огромна значимост, засягащ хората, семействата, гържавите. И то, при наличието на колосалния прогрес, постигнат от науката и техниката, от изградените правила за поведение и действие. Той е уникално биологично явление, но агентите и факторите, които го причиняват са познати – това прави профилактиката осъществима още днес.

■ Второто преработено издание на Алманаха е породено от стотиците отзиви на читатели на първото издание които, водят до един общ извод:

Алманахът е необходим и полезен съветник на всеки, който се интересува, защото ракът е победим още днес, но само ако със знание и лична отговорност сме заедно срещу него в поведение и действие!



Иван Черноземски  
Отговорен редактор



# В цифри

# ракът

състояние,  
перспективи

*В европейските държави  
всяка година заболяват  
3,2 милиона  
и умират 1,7 милиона  
души.*

*България е сред  
европейските страни  
с най-ниска смъртност*

**В**ъв високоорганизираните общества информацията за онкологичните заболявания е най-пълна, най-точна и за най-много показатели в сравнение с информацията за всички останали хронични заболявания.

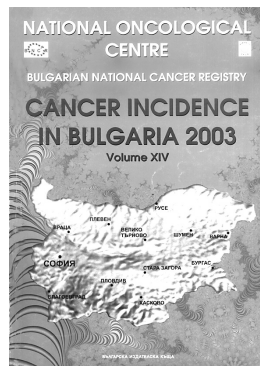
**В** Република България задължителната регистрация на злокачествените заболявания е въведена заедно със създаването на специализираната онкологична мрежа през 1952 г. Регламентирана е с Инструкция на МЗ № 858/05.03.1964 г. и със Заповед на МЗ № РД-09-451/29.06.1990 г. и Наредба на МЗ № 34 от 2005 г.

**Б**ългарската държава е с призната общонационална, многогодишна и на най-високо съвременно равнище държавна информационна система за раковите заболявания.

**БЪРЗО ИЗВЕСТИЕ**  
за злокачествени заболявания на злокачествено заболяване

1. Задължително поле  
2. Сигурен №  
3. Дата на приемане  
4. Пол  
5. Възраст  
6. Адрес  
7. Установителство  
8. Идентификационен номер  
9. Адрес  
10. Установителство  
11. Идентификационен номер  
12. Диагноза  
13. Клинична картина  
14. Клинична картина  
15. Методи на изследване  
16. Морфологична картина  
17. Установителство

**В**секи медицински специалист, установил пръв контакт, се задължава да изпрати „Бързо известие“ до Онкологичния диспансер по постоянно местожителство на пациента за всеки заболял, съмнителен или починал от злокачествено заболяване гражданин, а от 1975 г. и за такъв с Ca in situ.



**В** Националният раков регистър се получава информация за злокачествените новообразувания от регионалните регистри в страната. Информацията се проверява за обхват и пълнота на данните, дубликати, съвпадение на клиничната и морфологична диагноза.

През 1992 г. е въведен погробен вариант на бързото известие (Номенклатура 12 за медицински формуляри, пореден № 120А на МЗ), включващ допълнителна информация. От 1993 г. болните се проследяват по видове лечение, като се прави съпоставка между топографската и морфологична диагноза. От м. януари 2006 г. в България е въведена Международната класификация на болестите, X-та ревизия от 1992 г. (тя може да бъде намерена на адрес ICD-10 ONLINE <http://www.who.int/classifications/icd/en>)

**Д**анните за заболяемостта от злокачествени новообразувания, както и включените допълнителни данни, се използват за епидемиологични проучвания, за вземане на управленски решения и др. Информацията е достъпна за всички заинтересовани лица и институции.

### Използвани показатели

▼ **Заболяемост (incidence rate)** – новите случаи за определен период към населението в риск през същия период;

▼ **Болестност (prevalence)** – всички налични случаи със заболяването, независимо кога са възникнали;

▼ **Смъртност (mortality rate)** – умрелите през определен период към населението в риск през същия период.

### Начини на изразяване на горните показатели

▼ чрез абсолютния брой случаи със заболяването или състоянието;

▼ чрез т.нар. **фактически показатели (crude rate)** – възрастовата структура на населението не се взема предвид;

▼ чрез т.нар. **стандартизирани показатели (standard rates)** – уеднаквяване по възрастовите различия чрез изчисляване по световен стандарт за възрастова структура на населението в целия свят около 1960 година.

## Ракът в света

### Европа

В европейските държави всяка година заболяват 3,2 милиона и умират 1,7 милиона души. Радващо за нас е, че България е сред европейските страни с най-ниска смъртност.

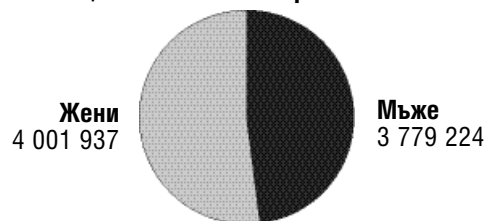
### САЩ

Новозаболените за 1 година – повече от 1,4 милиона души.  
 Починали от рак – 1 човек всеки 58 секунди;  
 1500 души всеки ден;  
 560 000 души годишно.

Общо убити във всички военни сражения през 215-годишната история на САЩ – 652 799 души.

## Ракът в България – 2004 г.

Общо население на страната 7 778 161



### Регистрирани нови случаи

Брой	На 100 000 души (фактическа заболяемост - crude rate)	Брой заболели всеки час
31 651	406,8	3,6
Мъже 16 527	441,5	
Жени 15 124	377,9	

### Регистрирани умрели

Брой	На 100 000 души (фактически показатели - crude rate)	Брой умрели всеки час
16 179	207,9	1,8
Мъже 9566	253,1	
Жени 6613	165,2	

### Регистрирани налични болни

Брой	На 100 000 души (фактически показатели – crude rate)
232 030	2981,9
Мъже 95 685	2531,9
Жени 136 345	3407,0

Статистико-епидемиологичните данни за България на тази и следващите страници са от „Cancer incidence in Bulgaria 2004, Vol. XV“, Bulgarian national cancer registry, С., 2007 г.

## Република България през 2004 г.

### Новозаболеели от 10-те най-чести онкологични локализации

Мъже	Брой	%
Трахея, бронхи, бял дроб	3167	19,20
Простата	1621	9,80
Колон	1231	7,40
Стомах	1067	76,50
Ректум и анус	1029	6,20
Пикочен мехур	1025	6,20
Панкреас	649	3,90
Ларинкс	575	3,50
Бъбрек и други органи на отдел. с-ма	421	2,60
Мозък, ЦНС	367	2,20

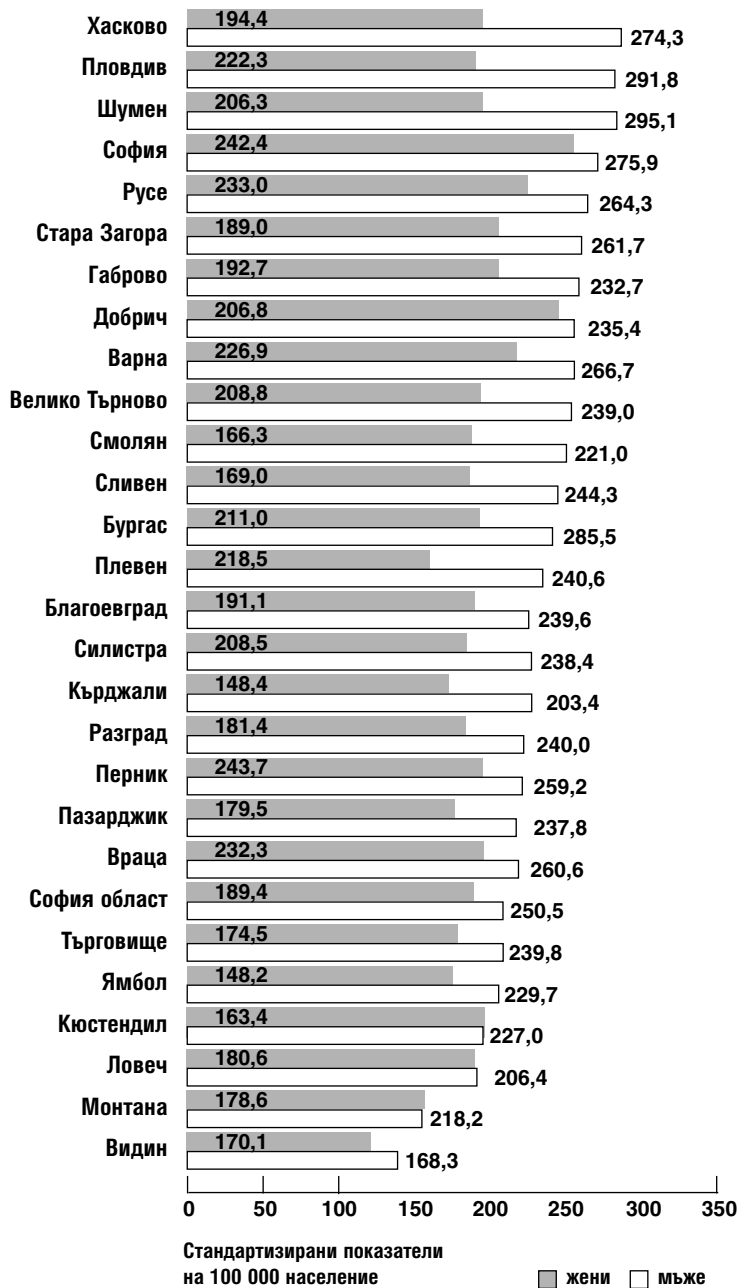
Жени	Брой	%
Гърда	3548	23,50
Маточно тяло	1198	7,90
Маточна шийка	1097	7,30
Колон	1065	7,00
Яйчник и маточни тръби	870	5,80
Ректум и анус	715	4,70
Стомах	695	4,80
Трахея, бронхи, бял дроб	596	3,90
Панкреас	465	3,10
Мозък, ЦНС	276	1,80

### Починали от 10-те най-чести онкологични локализации

Мъже	Брой	%
Трахея, бронхи, бял дроб	2611	27,30
Стомах	918	9,60
Простата	755	7,90
Колон	705	7,40
Ректум и анус	520	5,40
Панкреас	540	5,60
Черен дроб и жлъчни пътища	527	5,50
Ларинкс	376	3,90
Пикочен мехур	356	3,70
Мозък, ЦНС	313	3,30

Жени	Брой	%
Гърда	1144	17,30
Стомах	582	8,80
Колон	550	8,30
Бял дроб, бронхи	548	8,30
Яйчник и маточни тръби	431	6,50
Панкреас	408	6,20
Ректум	371	5,60
Маточна шийка	364	5,50
Черен дроб	291	4,40
Мозък, ЦНС	232	3,50

### Заболяемост от рак по области през 2004 г.



### Болезнест в България през 2004 г. по брой налични болни

Локализация	Общ брой	Факт.показ.	%
Рак на кожата	49 460	635,6	21,3
Рак на гърдата	40 309	518,0	17,4
Рак на маточното тяло	15 493	199,1	6,7
Рак на маточната шийка	12 581	161,7	5,4
Рак на колона	12 247	157,4	5,3
Рак на ректума	9966	128,1	4,3
Рак на фаринкса и устата	9622	123,6	4,1
Рак на белия дроб и трахеята	9776	125,6	4,2
Рак на пикочния мехур	8517	109,5	3,7
Рак на простатата	7973	102,5	3,4

**Смъртност от рак в 25 държави на 100 000 население през 2002 година\***

Държава	Всички органи		Колон и ректум		Черен дроб		Бял дроб и бронхи	
	Мъже	Жени	Мъже	Жени	Мъже	Жени	Мъже	Жени
САЩ	152.6	111.9	15.2	11.6	4.4	2.0	48.7	26.8
Австрия	156.0	106.7	20.1	13.9	7.1	2.5	37.7	12.1
България	139.5	86.3	17.1	11.4	7.3	3.2	39.1	6.9
Хърватска	212.6	104.6	23.4	13.0	7.3	3.2	65.3	9.7
Чешка Република	216.4	126.6	34.0	18.0	7.7	3.6	61.8	12.8
Дания	179.2	148.1	23.3	19.2	3.4	2.3	45.2	27.8
Финландия	130.2	93.0	11.5	9.8	4.2	3.0	34.4	8.2
Франция	191.7	96.3	18.2	11.8	11.4	2.5	47.5	8.0
Германия	161.8	110.4	19.9	15.7	4.9	2.1	42.4	10.8
Гърция	148.2	81.9	9.7	8.0	11.3	5.1	49.8	7.6
Унгария	271.4	145.1	35.6	21.2	7.8	3.8	83.9	22.3
Италия	170.9	95.2	16.5	10.9	12.6	4.8	50.1	8.5
Япония	154.3	82.2	17.3	11.1	21.0	6.7	32.4	9.6
Норвегия	156.7	109.1	20.1	16.8	2.0	1.3	32.7	13.5
Полша	203.5	110.6	18.2	11.4	4.3	3.2	68.4	12.3
Португалия	160.2	87.3	20.0	11.9	5.5	1.9	29.9	5.3
Румъния	159.4	93.7	13.6	9.0	8.8	3.9	47.1	8.1
Русия	205.0	101.6	18.9	13.6	5.8	2.6	63.0	6.2
Словакия	224.5	110.3	33.2	16.0	6.6	2.9	59.9	8.2
Словения	200.6	117.1	24.1	14.0	6.6	2.4	54.0	11.9
Испания	173.6	81.9	18.5	11.3	8.4	3.3	49.2	4.7
Швеция	135.1	102.8	14.9	11.1	4.2	2.4	22.6	12.9
Холандия	181.6	119.8	18.9	14.4	2.5	1.3	57.6	15.6
Турция	107.8	58.7	5.8	5.4	2.5	1.4	44.1	4.9
Великобритания	162.3	122.7	17.5	12.4	2.8	1.5	42.9	21.1

\*Честотите са възрастово стандартизирани спрямо данните за население на СЗО.



## Смъртност от рак в 25 държави на 100 000 население през 2002 година

Държава	Гърда		Простата		Матка		Хранопровод		Стомах	
	Жени	Мъже	Шийка	Тяло	Мъже	Жени	Мъже	Жени		
САЩ	19.0	15.8	2.3	2.6	5.1	1.2	4.0	2.2		
Австрия	20.6	18.4	4.1	2.5	3.8	0.7	10.3	6.5		
България	16.0	8.9	8.0	2.8	2.4	0.5	15.0	7.6		
Хърватска	20.0	13.5	5.0	2.5	5.8	0.8	19.4	8.0		
Чешка Република	20.0	17.2	5.5	4.6	4.7	0.7	12.1	6.4		
Дания	27.8	22.6	5.0	2.9	7.0	1.9	5.4	3.3		
Финландия	17.4	18.0	1.8	2.7	2.5	1.2	7.9	4.5		
Франция	21.5	18.2	3.1	2.2	8.6	1.2	7.0	3.1		
Германия	21.6	15.8	3.8	1.9	5.0	1.0	10.3	6.4		
Гърция	15.4	11.2	2.5	1.3	1.3	0.4	8.9	4.3		
Унгария	24.6	18.4	6.7	4.1	9.1	1.3	18.2	8.5		
Италия	18.9	12.2	2.2	2.2	3.4	0.7	12.6	6.5		
Япония	8.3	5.7	2.8	1.3	7.5	1.1	28.7	12.7		
Норвегия	17.9	28.4	3.5	2.3	3.3	0.9	9.4	5.0		
Полша	15.5	12.4	7.8	2.8	4.7	0.8	16.6	6.2		
Португалия	17.0	19.9	4.5	1.9	5.6	0.9	20.3	10.1		
Румъния	16.7	9.0	13.0	2.0	2.8	0.5	17.0	6.6		
Русия	18.0	8.2	6.5	3.6	6.9	1.2	31.8	13.5		
Словакия	19.3	16.5	6.1	5.1	8.2	0.5	16.6	6.4		
Словения	22.1	18.8	4.7	3.0	4.8	0.9	17.0	8.2		
Испания	15.9	14.9	2.2	2.4	5.1	0.5	11.4	5.4		
Швеция	17.3	27.7	3.1	2.3	3.3	0.9	6.8	3.8		
Холандия	27.5	19.7	2.3	2.4	6.8	2.2	9.1	4.1		
Турция	9.7	5.0	2.4	2.0	2.0	1.4	10.4	5.4		
Великобритания	24.3	17.9	3.1	1.8	9.0	4.1	8.7	4.0		

Литература: Ferlay J, Bra F, Pisani P, Parkin, DM. GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, IARC CancerBase No. 5, version 2.0. IARC Press, Lyon, 2004. American Cancer Society, Surveillance Research, 2006.

## Стадийност при рака

За всяка локализация е особено важно да се установи **стадият**, в който е открито заболяването. Заболявания, открити в по-ранен стадий са с по-добра прогноза.

### Данни за България 2004 г.

Локали- зация	Общ брой	I стадий		II стадий		III+IV стадии		Без стадий	
		%	%	%	%	%	%		
Дихат.с-ма	3763	97	2,6	277	7,4	2776	73,4	623	16,6
Гърда	3548	798	22,5	1706	46,0	946	26,7	99	2,8
Колон	2298	157	6,8	277	7,4	1091	23,7	282	12,3
Стомах	1762	66	3,7	161	9,1	1092	31,0	443	25,1
Ректум	1744	170	9,7	601	34,5	767	22,0	206	11,8
Простата	1621	158	9,7	527	32,5	756	23,3	180	11,1
Пикочен мехур	1284	282	22,0	511	39,8	384	30,0	107	8,3
Маточно тяло	1198	634	52,9	314	28,2	167	15,0	83	6,9
Маточна шийка	1097	403	36,7	299	27,3	332	30,0	63	5,7
Яйчник и маточни тръби	870	197	22,6	133	15,3	471	54,0	69	7,9

Точното определяне на стадия в най-голяма степен зависи от използвания метод за поставяне на диагнозата. Най-сигурен метод е хистологичният.

### Данни за България 2004 г.

Локали- зация	Клинич- но %	Цитоло- гично %	Хистоло- гично %	Друг начин %	Само по смъртен акт %
Бял дроб и трахея	0,6	7,6	46,3	32,3	14,2
Гърда	2,1	4,1	87,5	4,3	2,0
Колон	0,6	0,2	78,3	11,0	9,9
Стомах	1,3	0,6	56,6	22,0	19,5
Ректум	0,6	0,3	80,8	9,7	8,6
Пикочен мехур	1,3	0,2	86,2	7,9	4,4
Маточно тяло	0,8	0,2	96,8	0,8	1,4
Яйчник и маточни тръби	3,0	3,1	80,9	8,2	4,8

## Възраст и вероятност за развитие на рак

Възрастта е първостепенен фактор, който определя вероятността от поява на раково заболяване. Като се изключи групата на туморите

в детската възраст, при всички останали локализации с напредване на възрастта нараства и вероятността за поява на раково заболяване. По убедителен начин това е показано на следващата таблица.

**Вероятност за развитие на инвазивен карцином през дадения възрастов период по пол, САЩ 2000-2002 г.**

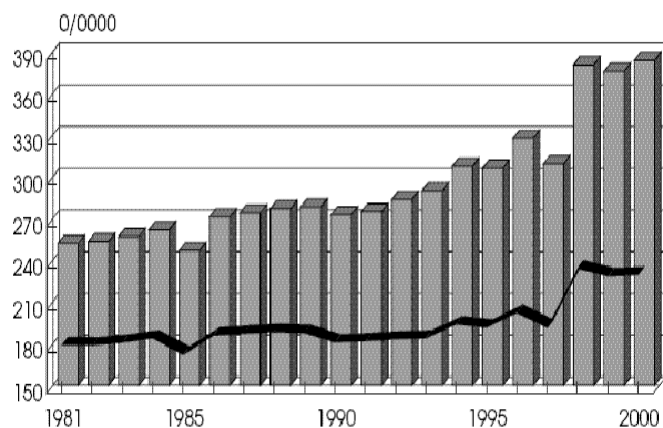
Възрастови периоди		до 39 (%)	40 до 59 (%)	60 до 69 (%)	70 и повече (%)	През целия живот (%)
Всички локализации	Мъже	1.43 (1 на 70)	8.57 (1 на 12)	16.46 (1 на 6)	39.61 (1 на 3)	45.67 (1 на 2)
	Жени	1.99 (1 на 50)	9.06 (1 на 11)	10.54 (1 на 9)	26.72 (1 на 4)	38.09 (1 на 3)
Пикочен мехур	Мъже	0.02 (1 на 4375)	0.40 (1 на 250)	0.93 (1 на 108)	3.35 (1 на 30)	3.58 (1 на 28)
	Жени	0.01 (1 на 9513)	0.12 (1 на 816)	0.25 (1 на 402)	0.96 (1 на 104)	1.14 (1 на 88)
Млечна жлеза	Жени	0,04 (1 на 209)	4.11 (1 на 24)	3.82 (1 на 26)	7.13 (1 на 14)	13.22 (1 на 8)
Колон и ректум	Мъже	0.07 (1 на 1399)	0.90 (1 на 111)	1.66 (1 на 60)	4.94 (1 на 20)	5.84 (1 на 17)
	Жени	0.06 (1 на 1567)	0.70 (1 на 143)	1.16 (1 на 86)	4.61 (1 на 22)	5.51 (1 на 18)
Левкемия	Мъже	0.15 (1 на 650)	0.22 (1 на 459)	0.35 (1 на 284)	1.17 (1 на 85)	1.50 (1 на 67)
	Жени	0.13 (1 на 788)	0.14 (1 на 721)	0.19 (1 на 513)	0.78 (1 на 129)	1.07 (1 на 93)
Бели дробове и бронхи	Мъже	0.03 (1 на 3244)	1.00 (1 на 100)	2.45 (1 на 41)	6.33 (1 на 16)	7.58 (1 на 13)
	Жени	0.03 (1 на 3103)	0.80 (1 на 125)	1.68 (1 на 60)	4.17 (1 на 24)	5.72 (1 на 17)
Меланома на кожата	Мъже	0.13 (1 на 800)	0.51 (1 на 195)	0.51 (1 на 195)	1.25 (1 на 80)	1.94 (1 на 52)
	Жени	0.21 (1 на 470)	0.40 (1 на 248)	0.26 (1 на 381)	0.56 (1 на 178)	1.30 (1 на 77)
Не-Хочкинов лимфом	Мъже	0.14 (1 на 722)	0.47 (1 на 215)	0.56 (1 на 178)	1.57 (1 на 64)	2.18 (1 на 46)
	Жени	0.09 (1 на 1158)	0.31 (1 на 320)	0.42 (1 на 237)	1.29 (1 на 77)	1.82 (1 на 55)
Простатен карцином	Мъже	0.01 (1 на 10 149)	2.66 (1 на 38)	7.19 (1 на 14)	14.51 (1 на 7)	17.93 (1 на 6)
Маточна шийка	Жени	0.15 (1 на 657)	0.28 (1 на 353)	0.15 (1 на 671)	0.22 (1 на 464)	0.74 (1 на 135)
Маточно тяло	Жени	0.06 (1 на 1 641)	0.72 (1 на 139)	0.83 (1 на 120)	1.36 (1 на 74)	2.61 (1 на 38)

Данните са за населението на САЩ и се отнасят за случаите, които са диагностицирани през 2000 и 2002 г.  
Източник – <http://srab.cancer.gov/devcan>, American Cancer Society, Surveillance Research, 2006.

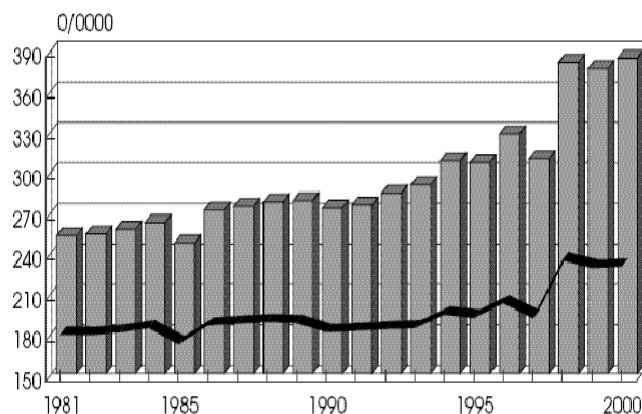
## Ракът – Все по-често заболяване

Честотата на новозаболените от рак расте всяка година, особено в страните със застаряващо население и с по-изразени белези на „цивилизацията“ – тютюнопушене, наднормено тегло, стрес, обездвижване.

Поместените по-долу таблици са за българското население за периода 1981-2000 г.



При мъжете честотата нараства най-много при рака на простатата, следва колонът, ректумът, пикочният мехур, а намалява само при рака на стомаха. Задържа се много висока честота при рака на белия дроб!



При жените най-стръмно е покачването на честотата при рака на маточната шийка, следва ракът на млечната жлеза, на маточното тяло, колонът и яйчниците. Намалява само при рака на стомаха!

### Легенда:

С черната линия е представена стандартизираната честота (standard rate) по години на всички новозаболените от рак.

С колоните е представена фактическата честота (crude rate).

## 5-годишната преживяемост с диагноза рак –

### съвременен стандарт за преминаващата бариера към живот

Стадият при откриване на заболяването е основен фактор за преминаване на 5-годишната бариера. Данните от следващата таблица, която е за САЩ и се отнася за годините 1995-2001, убедително показва този принцип.

Орган	Всички стадии %	Начален, ограничен стадий %	Регионално обхващане %	Далечни метастази %
Гърда (жени)	88,2	97,9	81,3	26,1
Колон и ректум	64,1	90,4	67,9	9,7
Хранопровод	14,9	31,4	13,8	2,7
Бъбрек	64,6	90,6	60	9,7
Ларинкс	65,6	83,8	49,9	18,5
Черен дроб	9	19	6,8	3,4
Бял дроб, бронхи	15,3	49,5	16,2	2,1
Меланом	91,6	98,3	63,8	16
Устна кухина, фаринкс	59,4	82,1	51,3	27,6
Яйчник	44,6	93,6	68,1	29,1
Панкреас	4,6	16,4	7	1,8
Простата	99,8	100	0	33,5
Стомах	23,2	58	21,9	3,1
Тестис	96	99,4	96,3	71,7
Щитовидна жлеза	96,6	99,5	96,4	60,
Пикочен мехур	81,8	94,2	48,4	6,2
Маточна шийка	73,3	92,4	54,7	16,5
Маточно тяло	84,4	96,1	66,3	25,2

Прогресът в онкологията е показан убедително в следващата таблица, която отчита в проценти 5-годишната преживяемост при най-честите злокачествени заболявания в САЩ за времето 1974–2001 г.

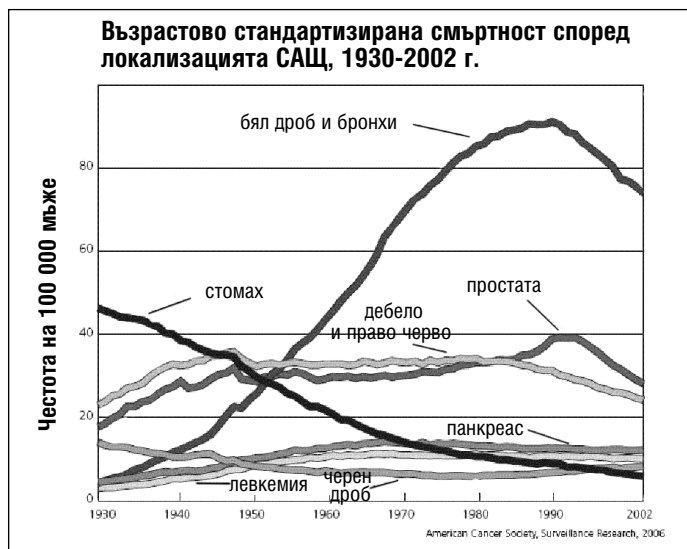
Локализация	1974-1976г.	1983-1985г.	1995-2001г.
Общо	50	53	65
Простата	67	75	100
Щитовидна жлеза	92	93	97
Тестис	79	91	96
Меланом	80	85	92
Млечна жлеза	75	78	88
Хочкинов лимфом	71	79	85
Ендометриум	88	83	84
Пикочен мехур	73	78	82
Маточна шийка	69	69	73
Ларинкс	66	67	66
Бъбрек	52	56	65
Ректум	49	55	65
Колон	50	58	64
Не-Хочкинов лимфом	47	54	60
Устна кухина	54	54	59
Левкемия	34	41	48
Яйчник	37	41	45
Главен мозък	22	27	33
Мултиплен миелом	25	28	32
Стомах	15	17	23
Бял дроб и бронхи	12	14	15
Хранопровод	5	8	15
Черен дроб	4	6	9
Панкреас	3	3	4

## Смъртност при рака – крайният показател за прогрес

Смъртността е основният показател при онкологичните заболявания. Освен израз на най-тежка лична трагедия на болния и неговото семейство, този показател – особено когато се разглежда във връзка с нивото на заболяемостта – отразява ефективността на ранното откриване, точността на диагнозата, степента на успешно лечение и реализация на активното наблюдение след проведено лечение.

Неслучайно първият пробив за стационаране и намаление на смъртността беше регистриран в страните, където присъствието на тези фактори е най-изразено. В САЩ например, смъртността бележи понижение при повече от 20 локализации, вкл. и за такива, при които заболяемостта продължава да нараства. Публикуваме две графики за тази страна, защото в тях се съдържа положителната тенденция.

За някои страни тя е постигната, за други – включително и за нашата страна, това е барометърът, който изисква непрестанно да бъде следен.



**Източник:** US Mortality Public Use Data Tapes 1960-2002, US Mortality Volumes 1930-1959, National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention, 2005



# финансиране

и икономически  
загуби от  
онкологичните  
заболявания

*Раковите заболявания  
изискват  
най-голямо финансиране и  
водят до най-големи  
икономически загуби измежду  
всички видове и групи  
заболявания.*

*Това се отнася за страни и  
общества с развита  
икономика,  
с ефективна система за  
здравеопазване*

## Обекти за финансиране

В развитите общества се финансира комплекс от разходи за онкологичните заболявания и се понасят косвени загуби вследствие на тях:

- ▼ Преки разходи за диагностика, лечение и рехабилитация;
- ▼ Средства за изплащане при временна нетрудоспособност и при пенсиониране по болест;
- ▼ Косвени загуби вследствие лишаване на обществото от приноса на лицето при нарушена трудоспособност и преждевременна смърт;
- ▼ Разходи за скрининг и профилактика;
- ▼ Инвестиции за техническо развитие;
- ▼ Научни изследвания;
- ▼ Обучение и квалификация.

### Показатели за финансиране

- ▼ Основният показател за **размера на финансирането** е абсолютната сума, отделяна от брутният вътрешен продукт (БВП);
- ▼ Основният показател за **участието на държавата** във финансирането на „проблема рак“ е нейният дял в БВП, отделян за рака.

### САЩ:

#### Голямата държава

Съединените американски щати е държавата с най-подробните и системни, най-достъпни и за най-продължителен период от време данни за финансиране на потребностите и икономическите следствия от онкологичните заболявания.

**В САЩ ежегодно за здравеопазване се отделят до 14-15% от БВП. От тези средства към 40% се разходват за онкологичните заболявания.**

### Размер на основните разходи за онкологични заболявания в САЩ в милиарди долари

Години	Преки разходи	За болнични и пенсии	Косвени загуби	Общо
2002	60,9	15,5	95,2	171,6
2005	74,0	11,0	125,0	210,0

### Динамика на преките разходи за онкологично болните за 1963-2005 г. в САЩ

Година	1963	1972	1980	1985	1990	1995	1999	2002	2005
Млрд.\$	1,3	3,9	13,1	18,1	27,5	41,2	47,0	60,9	74,0

### Разходи за лечение на 13-те най-чести локализации на злокачествени новообразувания в САЩ

Локализации	Честота: % от всички локализации през 1998 г.	Разходи		
		Относителен дял спрямо разходите за всички локализации	В млрд. \$ през 1996 г.	Средни разходи в \$ за един случай през първата година
Млечна жлеза	18,2	13,1	5,4	9320
Колон/ректум	11,7	13,1	5,4	21 608
Бял дроб	12,5	12,1	4,9	20 340
Простата	13,6	11,3	4,6	8869
Лимфоми	4,2	6,3	2,6	17 217
Пикочен мехур	4,0	4,2	1,7	10 770
Маточна шийка	2,3	4,1	1,7	13 083
Глава/шия	3,3	4,0	1,6	14 788
Левкемии	2,1	2,8	1,2	11 882
Яйчник	1,7	3,7	1,5	32 340
Меланом	5,2	1,7	0,7	3177
Панкреас	2,1	1,5	0,6	23 504
Хранопровод	0,9	0,9	0,4	25 886
Други	18,1	21,2	8,7	17 201
Всичко	100,0	100,0	4,10	-



## Средства от държавния бюджет на САЩ предоставяни чрез Националния раков институт (NCI) за научно-изследователски проекти

NCI предоставя всяка година около 5000 гранта за изследователски проекти на близо 600 институции в САЩ при среден размер на гранта около 400 000 долара.

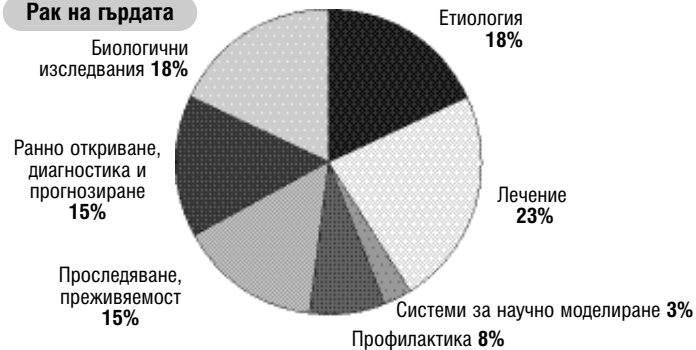
Общата сума, предоставена за изследователски проекти през 2006 г. е близо 4,8 млрд. долара.

### Предоставени средства за научно-изследователски проекти по локализации на злокачествените новообразувания (в милиони долари)

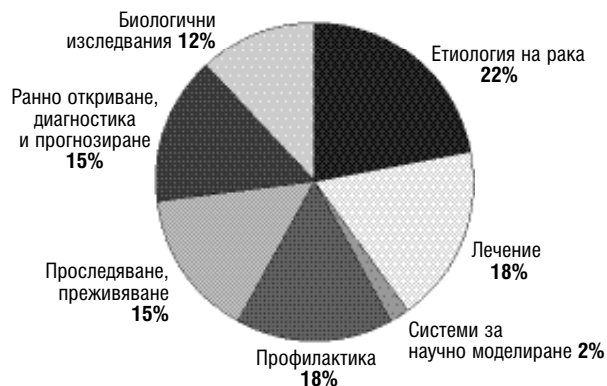
Локализации	2001 г.	2005 г.
Пикочен мехур	27,2	30,1
Млечна жлеза	475,2	560,1
Маточна шийка	72,6	81,7
Колон/ректум	207,4	253,1
Бъбрек	21,7	32,9
Бял дроб	206,5	266,1
Меланом	71,8	102,9
Простата	258,0	309,0
Яйчник	76,9	97,7

### Структура на предоставените средства за научни изследвания по четири водещи локализации в САЩ

#### Рак на гърдата



#### Колоректален карцином



#### Простатен карцином



#### Рак на белия дроб



## **Финландия: Малката гържава**

### **Борбата с рака – национален приоритет**

- ▼ Независима гържава от 1917 г. (след 600 години шведско и 100 години руско управление);
- ▼ Население: 5 249 000 души;
- ▼ Новозаболенели от рак годишно: около 25 000 души;
- ▼ Смъртност от рак: 2004 г. – 143,81 на 100 000 души стандартизирано население (намаление с около 1/3 спрямо 1950 г.) - най-ниска стойност в ЕС, където средната стойност е 183,75;
- ▼ 5-годишна преживяемост: > 60%; при левкемия у децата: > 90%;
- ▼ 21 ноември 1936 г.: основано „Финландското раково гружество“ – първата обществена организация за борба с рака в страната;
- ▼ 1948 г.: Основана „Финландската ракова фондация“ – втора обществена организация, призвана да се бори с рака в страната;
- ▼ 1952 г.: създаден Финландският национален раков регистър;
- ▼ 1961 г.: създадена първата пациентска организация;
- ▼ 1963 г.: започва популационен скрининг за рак на маточната шийка;
- ▼ 1969 г.: създадена „Финландска фондация за изследвания в областта на рака“ (Finnish Foundation for Cancer Research) – основна цел е събиране и предоставяне на средства за научни изследвания;
- ▼ 1976 г.: решение на Парламента за предприемане на мерки за намаляване на тютюнопушенето;
- ▼ 1980 г.: създаден първият хоспис за терминално болни;
- ▼ 1987 г.: започва популационен скрининг в цялата страна за рак на млечната жлеза, а от началото на 90-те години са предприемат мамографски

изследвания в цялата страна;

- ▼ 1996 г.: проведено най-масовото в цяла Европа проучване за ползата от изследване на PSA за ранно откриване на простатен карцином;
- ▼ 1994 г.: започва популационно изследване за рак на право и дебело черво;
- ▼ 2000 г.: тютюнопушенето при мъжете показва намаление на 28% срещу 70% пушачи през деветдесетте години.
- ▼ Средства предоставени от обществени организации за борба с рака във Финландия за научни изследвания в страната.  
2000-2006 г. – 17 млн. Евро;  
2007 г. – 3 млн. Евро

### **Цената на рака във Финландия**

#### **Общо инвестирани и изразходвани средства**

- 1996 г. – 330 млн. Евро;
- 2004 г. – 520 млн. Евро (увеличение с 60%).

#### **Структура:**

- ▼ болнична помощ – 45%;
- ▼ извънболнична помощ – 20%;
- ▼ безплатни медикаменти за пациентите – 12%;
- ▼ за скрининг – 2%;
- ▼ за рехабилитация – 1%;
- ▼ от загубена работоспособност – 20%.

#### **Цени за лечението на един пациент**

- ▼ средно за всички видове ракови заболявания – 30 000 Евро (от тях 86% за болнично лечение и 14% за извънболнично);
  - ▼ за пациентки с рак на гърдата – около 14 000 долара.
- (Източник:  
[http://www.cancer.fi/english/organisation/publications/the\\_costs\\_of\\_cancer/](http://www.cancer.fi/english/organisation/publications/the_costs_of_cancer/)).

## България: Нашата държава

### Финансиране на здравеопазването в България

Финансирането на здравеопазването в страната има за своя основа два източника:

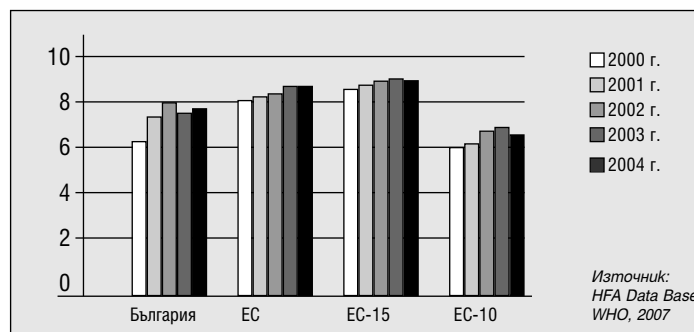
▼ **Публични средства** – включващи финансирането от държавния и общинските бюджети, както и от социалното здравно осигуряване (НЗОК);

▼ **Частни финансови ресурси** – директни плащания от физически и юридически лица, частни (доброволни) здравни осигуровки, дарителство.

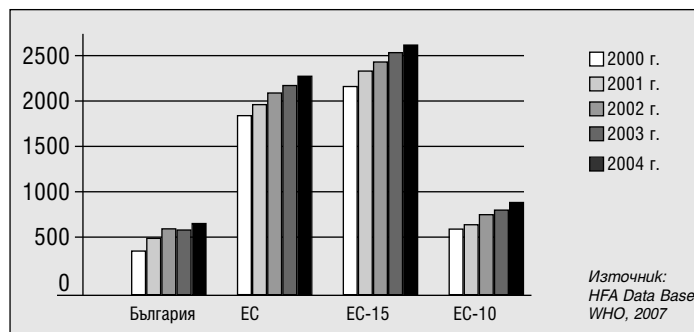
За разлика от повечето страни, в които функционират национални здравни сметки, отчитащи точно всички източници на финансиране на здравеопазването, **в България все още не сме изградили такава система и не разполагаме с национални статистически данни за общите здравни разходи (включващи публични и частни източници)**. Представа за общите здравни разходи може да се получи от базата данни на СЗО „Здраве за всички“, в която се правят експертни оценки на редица показатели. Въпреки наложената в обществото ни теза, че здравните разходи в България са ниски, като дял от БВП, справка на базата данни на СЗО показва, че това е мит. През 2000 г. в българския здравен сектор са били вложени 6,2% от БВП, което представлява 76% от средното равнище за ЕС - 8,1%, и е идентично с равнището на ЕС-10. През 2004 г. финансовото осигуряване се подобрява, като е вече 7,7% от БВП и е 88% от средното ниво за ЕС, а вече е и с 15% по-високо от средното ниво на ЕС-10 (фиг. 1). От тук може да се направи важният извод, че релативно на икономическото ни развитие, **здравният сектор консумира едно значително количество финансови ресурси.**

Голямото ни изоставане от европейските норми е видно от друг индикатор, представящ **общите**

**здравни разходи на глава от населението**, по паритет на покупателната сила и в съпоставима валута – за 2000 г. се оценява, че България е консумирала 381 международни долара на глава от населението, което е около 5 пъти по-малко от това в ЕС и с около 40% по-малко от това в ЕС-10, а за 2004 г. - 635 международни долара, като разликата се скъпява, но все още нивото е само 28% от това в ЕС и 73% от ЕС-10 (фиг. 2).



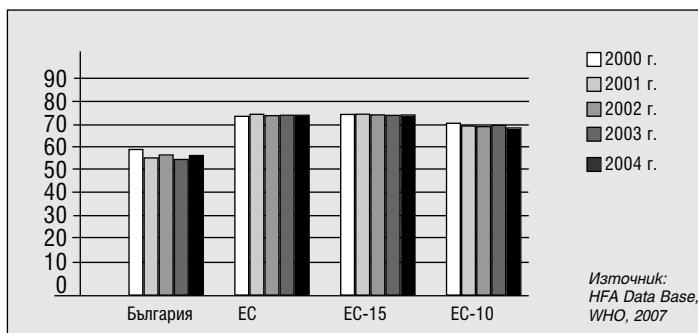
Фиг. 1. Общи здравни разходи в % от БВП



Фиг. 2. Общи здравни разходи на глава от населението в международни долари, по паритет на покупателната сила

Финансовата осигуреност на здравеопазването в България с **публични ресурси** – от държавния и общинските бюджети, и от НЗОК, може да се оцени също като една от най-неблагоприятните (ниска) в целия ЕС, както и в сравнение с 10-те

страни членки. **Делът на публичните здравни разходи от общите здравни разходи** за 2000 г. е 59,2%, а за 2004 г. – 55,8%, което означава, че останалите 45-46% са разходи главно на домакинските бюджети (при маргиналната развитост на частните здравно-осигурителни фондове, този частен източник може да се пренебрегне), което ограничава достъпа до здравната система. В икономически развитите страни, с европейски социален модел, публичните здравни разходи са 75–76%, а в 10-те страни членки на ЕС около 70% (фиг.3). В целия ЕС само Кипър е страната с по-нисък дял на публичните здравни разходи от общите финансови ресурси. Румъния е пред България с 60%.



**Фиг. 3. Дял на публичните здравни разходи (в %) от общите здравни разходи.**

Източник: HFA Data Base, WHO, 2007.

## Финансиране на онкологичната помощ в България

Финансирането на онкологичната помощ в България отразява всички проблеми, свързани с липсата на система за национални здравни сметки, недостига на публични финансови ресурси – от държавния и общинските бюджети, както и от НЗОК (поради ниския размер на вноската, събирана върху също ниска осигурителна основа) и нарастващото директно регламентирано и нерегламентирано заплащане от пациентите и техните семейства. Неяснотата за пълния обем от средства, които се консумират за нуждите на онкологичната помощ е още по-голяма, тъй като отчитането на разходите по диагнози или клас болести не се практикува системно в националната и ведомствената финансова статистика.

**Преките медицински разходи**, които се правят в системата на здравеопазването за онкологична профилактика, диагностика, лечение и рехабилитация са от следните източници:

### Държавен бюджет

▼ От бюджета на Министерството на здравеопазването се финансират:

а) снабдяването с изцяло безплатни (за пациента) лекарствени продукти и изделия по Наредба № 34 на МЗ от 25 ноември 2005 г., като за 2007 г. са планирани 98 милиона лева за лекарства и изделия, от които за онкологично болни - 60-70 милиона лева;

б) национална здравна програма за онкологичен скрининг – досегашната приключи до 2006 г. със среден обем на финансиране от МЗ годишно между 600 000-700 000 лева, покриващо консумативи за профилактични прегледи и изследвания;

в) инвестиционни разходи за Националната специализирана болница за активно лечение по онкология;

г) финансиране на диспансерната и болничната помощ по договор с „Областен диспансер за онкологични заболявания – София област“ ЕООД – 500 лв. за стационарен болен и 5 лева за регистриран новозаболял онкологично болен – по реда на „Методика за субсидиране на преобразувани лечебни заведения за болнична помощ с държавно и общинско участие през 2007 г.“

▼ От бюджета на Министерството на труда и социалната политика се финансира снабдяването с протези, антидекубитални дюшеци и други социални пособия.

#### **Общински бюджети**

а) Общи субсидии за финансиране на областните онкологични диспансери (без диспансера София-област) като делегирана от държавата отговорност за дейност, на базата на финансов стандарт за преминал болен за всяка година - например за 2007 г. се прилага Решение № 926 от 29 декември 2006 г. „За разделение на дейностите, финансирани от общинските бюджети, на местни и делегирани от държавата и за определяне на стандарти за финансиране на делегираните от държавата дейности през 2007 г.“, съгласно което на преминал болен се заплащат 458 лева (не е ясно по каква методика е извършена оценката, като се има предвид, че МЗ заплаща за същото 500 лева за един от областните онкодиспансери, а средният разход на преминал болен през онкодиспансер по данни на НЦЗИ е над 700 лева). От друга страна и броят на планираните преминали болни обикновено е орязан и не отговаря на реалните нужди. За 2007 г. Министерство на финансите е планирало близо 29 милиона лева за субсидиране на онкодиспансерите, финансирани от общините.

б) Инвестиционни разходи на общините за онкологични диспансери.

#### **Национална здравно-осигурителна каса**

а) Първична извънболнична медицинска помощ - НЗОК заплаща за брой записани лица при общопрактикуващ лекар, за профилактичен преглед на осигурени лица (по 6,50 лв.), както и за диспансеризация (например за усложнения на рака). На базата на съществуващата информация не е възможно да се оцени каква част от първичната извънболнична помощ се оказва за профилактика на онкозаболявания и за лечение на придружаващи заболявания и усложнения на рака.

б) Специализирана извънболнична медицинска помощ - медицинските прегледи и изследвания за профилактика и лечение на онкологично болни не се наблюдават по диагнози, поради което също не може да се определи точно размерът на финансирането. По наша преценка само за т.нар. онкологичен скрининг, заедно с високотехнологичните изследвания като КАТ и ЯМР, НЗОК заплаща около 10 милиона лева годишно, при изчислени потребности само за 4 основни локализации (в „Националната стратегия и работна програма за профилактичен онкологичен скрининг в Р. България за периода 2001 – 2006 г.“) от 19,2 млн. лв. (за прегледи от ОПЛ, специалисти и за изследвания – цитонамазки, мамографии и др.). Очевидно е, че планираното и фактическото финансиране покриват малка част от нуждите – например планираните обеми за мамография са 68 911 броя (вж. табл. 1) при много по-големи нужди. Цитонамазките би трябвало да са не по-малко от 2 милиона, но реално не се извършват дори и планираните 800 000 броя.

в) Болнична медицинска помощ – за 2007 г. се заплаща от НЗОК по 23 клинични пътеки, специализирани в онколечение и палиативни грижи и по други клинични пътеки, които отразяват извършените процедури. Планираният финансов ресурс от НЗОК за 2007 г. - само по представените в таблица 2 пътеки е 40 милиона лева, в т. ч. лъчелечение – 6472 хил. лева, хематология – 19 531,

Дейности и изследвания	Планирани обеми	Цена (лв)
Инцизия на гърдна жлеза	540	14,00
Вземане на биопсичен материал от гърда	813	12,00
Вземане на биопсичен материал от лимфен възел	1132	12,00
Вземане на биопсичен материал от простата	426	12,00
Колпоскопия с прицелна биопсия	3647	12,00
Мамография	68 911	13,60
PSA	11 890	11,00
CA-15-3	3721	11,00
CA-19-9	1981	11,00
CA-125	2737	11,00
TSH	168 410	9,40
Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от женски полови органи	889 526	5,00

Източник: Указания на УС на НЗОК за 2007 г.

**Таблица 1. Видове специализирани дейности за онкологична диагностика и техните цени, планирани от НЗОК за 2007 г.**

хил. лева, палиативни грижи – 3272 хил. лева. За сравнение, през 2003 г. по 17 онкологични пътеки са били заплатени само 15 милиона лева. Освен по тези пътеки, се оказва болнична помощ на онкологично болни лица и по други пътеки, ориентирани към процедурата. По наша преценка финансирането на болничната помощ за онкологично болни от НЗОК надхвърля 70 милиона лева през 2007 г. Въпреки разширяването на финансирането от НЗОК за онкологична дейност,

цените по които се заплаща помощта в повечето случаи не покриват и 50% от реалните разходи (например по ганни на Военно-медицинска академия стойността на повечето онкологични надхвърля 2000 лева без да се отчита тругът).  
 е) Лекарства и медицински изделия (например за стомирани болни) – също няма прецизна информация, но по груба оценка се заплащат около 30 милиона лева за последната година.

**Домакински бюджети** – липсват целеви изследвания, но различни по-общо социологически проучвания показват, че директните регламентирани и нерегламентирани плащания са не по-малко от публичните разходи.

**Доброволни фондове за здравно осигуряване** – общо разходите им възлизат на 15 милиона лева, от които една част е за онкопрофилактика и за онкологично болни.

**Договори и директно закупуване на медицински услуги от фирми и организации** – неизвестно.

**Дарителски организации и фондове** – неизвестно.

От представената картина на финансирането на **преките медицински разходи за онкологична помощ** в България могат да се направят следните **изводи**:

- ✓ Публичното финансиране на онкологичната помощ се разширява, като достига около 200 милиона лева (9% от общите публични средства за здравеопазване и около 0,4% от БВП);
- ✓ В сравнение с развитите страни, които изразходват за онкологична помощ около 30-40% от общите си средства за здравеопазване, в България имаме несравнимо по-малко средства в относителни и още по-малко в абсолютни величини.
- ✓ Раздробеността на финансирането от много източници и по различни методи, които не

Клинични пътеки	Планирани	Цена (лв) обеми
Трансуретрално оперативно лечение при онкологични заболявания на пикочния мехур: стадии T1-3, N0-2, M0-1	2222	515
Микроларингохирургия на тумори и стенози на ларинкса и трахеята	1709	490
Оперативно лечение на неоплазми на ларинкса, фаринкса, шия и шийни метастази	724	2000
Оперативно лечение на неоплазми на нос и околоносни кухини	47	1500
Речева рехабилитация след ларингектомия	178	250
Радикално отстраняване на женски полови органи	2484	810
Системна радикална ексцизия на лимфни възли (тазови и/или параортални и/или ингвинални) като самостоятелна интервенция или съчетана с радикално отстраняване на женски полови органи. Тазова екзантерация.	690	1400
Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум с голям и много голям обем и сложност, при лица над 18 години	1206	2035
Оперативно лечение на онкологично заболяване на гърдата: стадии T1-4, N0-2, M0	3 122	746
Лечение на тумори на кожа и лигавици – злокачествени новообразувания	2297	352
Реконструктивни операции на женската гърда по медицински показания след доброкачествени и злокачествени тумори и вродени заболявания	57	504
Краниотомии, неиндицирани от травма, чрез съвременни технологии (невронавигация, невроендоскопия и интраоперативен ултразвук)	912	2625
Краниотомии, неиндицирани от травма, по класически начин	2015	1890
Оперативно лечение на тумори на бял дроб, медиастинум, плевра и гръдна стена	1093	2035
Разширени (големи) операции с пълно или частично отстраняване на повече от един интраторакален орган, включително медиастинален тумор или гръдна стена.	127	2500
Левкемии	3034	640
Диагностика и консервативно лечение на солидни тумори в детска възраст	889	758
Ортоволтно перкутанно лъчелечение и метаболитна брахитерапия с високи активности	4 850	600
Метаболитна брахитерапия с ниски активности	230	320
Конвенционална телегаматерапия и брахитерапия със закрити източници	5652	750
Високо-технологично лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания	184	550
Палиативни грижи при онкологично болни	3761	40
Диагностика и системно лекарствено лечение на солидни тумори при лица над 18 години	60 000	150

Таблица 2. Специализирани клинични пътеки за онкологична помощ за 2007 г.

отразяват диагнозата или класа болести, създава пречки за оценката на фактическия и необходимия обем на финансиране. Преминването към метода за финансиране на преминали болни по **диагностично-свързани групи** е много по-добро и справедливо решение за разпределение на оскъдните обществени ресурси.

✓ Цените и финансовите стандарти, прилагани за финансиране от обществените бюджети не почиват на обективно остойносттаване на пълната себестойност на помощта, както и за прогнозните обеми дейност. Поради факта, че цените не покриват себестойността, се прехвърлят все повече разходи върху пациентите и техните семейства и се трупат задължения на лечебните заведения.

✓ Необходимо е да се инвестират средства в специализирано научно проучване на преките разходи от всички възможни източници за профилактика, диагностика, лечение и рехабилитация, както и косвените разходи (социални загуби) от временна и трайна неработоспособност и преждевременна смърт от онкологични заболявания в страната.

**Доц. г-р Евгения Делчева, УНСС**  
(Статията е написана специално за Алманаха)

## Затихващо гарителство

### Обществените организации за борба с рака в България

#### Финансово състояние на фондация „Борба с рака“ за първото полугодие на 2007 г.

Приходи	лв.	Разходи	лв.
Дарения (от 12 фирми)	13 000	Медицински програми:	14 890
Предметни дарения	9600	✓ намаляване на тютюнопушенето	720
Лихви и собствени средства	5513	✓ първична и вторична профилактика	1848
		✓ палиативни грижи	800
		✓ онкоболни в дома	1022
		✓ професионална квалификация	900
		Предметни дарения	9600
		Издръжка на фондацията (ФРЗ, наем)	9010
		Общ. контакти, реклама	179
Сума	28 113	Сума 33 679*	33 679*

\* Разликата между приходите и разходите е покрита от вътрешни резерви и икономии, формирани през годините.





# първична профилактика

рискови фактори  
канцерогени

*Над 85% от онкологичните  
заболявания на планетата  
възникват като следствие  
на контакт или след  
въздействие  
на рискови фактори и  
канцерогени*

## **Първична профилактика на рака – най-ефективният, но и най-труден за реализиране път**

Първичната профилактика на рака е прекъсване на контакта на хората с т.нар. канцерогени и рискови фактори с канцерогенен ефект, което означава драматично намаляване на раковите заболявания. Околната среда има голямо значение, дори при генетично обусловена предразположеност към онкологично заболяване.

Първичната профилактика се оказва трудно постижима, защото факторите с канцерогенен ефект са не само многобройни, но и най-тясно свързани с индустрията, автомобилния транспорт, с приема на храна и лекарства, със самия начин на живот – с навиците и удоволствията, на хората днес, а вероятно и утре!

Това предизвиква бурно развитие на учението за канцерогенезата и вече могат да бъдат поставени за решение редица въпроси.

Пример за това отношение е известният

### **„Европейски кодекс срещу рака“**

1. Не пушете! Пушачи, спрете колкото се може по-скоро и не пушете в присъствието на други хора. Ако не пушите, не се опитвайте да започнете.
2. Ако пиете алкохол, бира, вино или концентрирани напитки – пийте умерено.
3. Увеличете ежедневния прием на пресни зеленчуци и плодове. Яжте зърнени храни с високо съдържание на фибри (баластни вещества).
4. Старайте се да не сте със свръхтегло. Увеличете физическата си активност и ограничете приема на тлъсти храни.
5. Избягвайте прекомерното излагане на слънце, както и слънчевите изгаряния, особено при деца.
6. Спазвайте точно правилата, предназначени да

ви предпазят от вредни вещества, които е известно, че причиняват рак. Спазвайте всички здравни и предпазни съвети за тези вещества.

За повече информация:

[http://www.cancercode.org/code\\_01.htm](http://www.cancercode.org/code_01.htm).

Ще започнем с разглеждане на факторите, посочени в т.т. 3 и 4 на кодекса, като използваме написаното в няколко поредни броя на списанието на Американското дружество за борба с рака (American Cancer Society – ACS) „**CA – A Cancer Journal for Clinicians**“, последният от които е от 2006 г.

### **Препоръки на ACS**

#### **Хранене и физическа активност за предпазване от рак:**

1. Яжте разнообразна здравословна храна с подчертан растителен произход.

▼ Яжте разнообразни плодове и зеленчуци поне 5 пъти дневно;

▼ Предпочитайте пълнозърнести храни пред преработените (рафинирани) и избягвайте тези със захар;

▼ Ограничете консумацията на месо, особено тлъстото и обработеното;

▼ Избирайте храни, с които поддържате здравословно тегло.

2. Поддържайте физически активен начин на живот.

▼ Възрастни: занимавайте се 30 мин. дневно, 5 или повече пъти седмично с физическа дейност; при 45 мин. или повече активно занимание дневно може да се намали рискът от рак на гърдата и дебелото черво.

▼ Деца и юноши: да се занимават най-малко 60 мин. дневно активно със спорт поне 5 пъти седмично.

3. Поддържайте здравословно тегло цял живот.

▼ Балансирайте приемането на калорични храни със спорт и движение.

- ▼ Намалете теглото, ако е наднормено.
4. Намалете консумацията на алкохолни напитки.

Препоръките от следващия раздел могат да се разгледат като мост за по-разчупена форма на здравна политика, която може би е добре да се има предвид и в България.

## Препоръки на ACS

### **Как да намалим застоялия начин на живот**

- ▼ Използвай стълби вместо асансьор;
- ▼ Ако е възможно отивай на работа пеша или с велосипед;
- ▼ През обедната почивка прави физически упражнения;
- ▼ Използвай 10 минутната почивка на работното място за упражнения или бързо ходене;
- ▼ Вместо да контактуваш с колеги по e-mail – отиди при тях;
- ▼ Танцувай със съпруга/та си или с приятели;
- ▼ Планирай активна ваканция вместо обиколка с превозни средства;
- ▼ Носи петометър и отчитай усилване на крачките;
- ▼ Запиши се в спортна организация;
- ▼ Използвай стационарен велосипед, докато гледаш телевизия;
- ▼ Постепенно удължавай времето за физическа активност – периодите, дните, отделните цикли.

## Препоръки на ACS

### **Обществените институции и организации за рационално хранене и физическа активност**

Социалните, икономически и културни фактори, свързани с дейността на отделната личност, дават силно отражение върху поведението ѝ по отношение на храненето и физическата активност. Например, удълженото работно време и поемане на допълнителна работа води до намаляване на времето за домашно приготвяне на храната, при което се увеличава търсенето на полуфабрикати, на приготвена при индустриални условия храна, до закуски с готови храни и др. Тогава се намалява времето за почивка, рязко се повече на превода с автомобил, много време се отделя на електронните средства за удоволствие и комуникация. Това води до стил на живот с намалена физическа активност и нерационално хранене. Най-важното в случая са негативните последици за бедните, казаното до тук изисква създаване и прилагане на стратегии и програми за планиране на населените места, за транспорта, за физическо обучение в училищата. Съответните органи да се занимават отговорно с тези проблеми, а здравните специалисти трябва да поемат водеща роля за популяризиране на научно съобразени действия.

**Според най-авторитетните експерти, посочените фактори на рисково хранене, свърх телесно тегло и намалена физическа активност са отговорни за около 35-38% от случаите на рак.**

## Тютюнопушене и рак

Рисков фактор за около 30-35% от случаите с рак е тютюнопушенето. Данните за него са резултат на научни изследвания, като досега са известни няколко десетки хиляди научни публикации.

Данните от тях са особено добре обобщени в един от последните томове на т.нар. „Оранжеви монографии“ на Международната агенция за изследвания по рака (МАИР) към СЗО – Tobacco Smoke and Involuntary Smoking, IARC, 2004, 1452 р. Съвременните данни и проблемите, свързани с темата „Тютюнопушене и рак“ могат да се обединят в 4 групи:

- ▼ Данни за канцерогенния състав на тютюневия дим; за засегнатите тъкани и органи; за рисковете от пасивното пушене;
- ▼ Данни за мащабите на смъртността и загубите от икономически характер;
- ▼ Данни за поведението на личността и различни групи от населението;
- ▼ Данни за реакцията и взетите мерки от страна на обществеността, държавните органи, международните организации.

По отношение на **първата група въпроси** следва да се припомни, че до 2000 г. в цигарения дим бяха доказани 69 сигурни канцерогена. Сред тях са 12 от най-силните химически канцерогени (Група 1). Известно е още, че тютюнопушенето се свързва с повишен риск за развитие на поне 18 локализации на рак: носоглътка, носна кухина и параназални синуси, на устни, устна кухина, фаринкса, ларинкса, белия и черния гроб, хранопровод, панкреас, матка, бърбери, пикочен мехур и уретер, стомах и остра миелоидна левкемия.

Рискът да се развие рак на белия гроб е около 23 пъти по-голям при мъжете пушачи и 13 пъти по-висок при жените пушачки в сравнение с хора, които не са пушили през целия си живот.

Тютюнопушенето е главна причина за заболяванията на сърдечно-съдовата система, на

мозъка, на хроничния бронхит и емфизема, свързва се и с развиването на язва на стомаха.

С голямо значение са безспорно установените данни за повишена чувствителност на плода и погроставащите към канцерогените в тютюневия дим.

**Пасивното пушене** е свързано с висок здравен риск, защото тютюневият дим от околната среда съдържа около 4000 вещества, за 50 от които се знае или има основателни данни да бъдат смятани за причинители на рак при човека.

Освен рак на белия гроб, пасивното пушене причинява кашлица, отделяне на храчки, дискомфорт в областта на гърдите и намаляване на функциите на белия гроб при непушачите. Особено опасно е вдишването на тютюнев дим от деца – само в САЩ всяка година излагането на тютюнев дим от околната среда причинява между 150 000 и 300 000 инфекции на долните дихателни пътища (като пневмония и бронхит) сред децата под 18 месечна възраст. В резултат на тези инфекции се хоспитализират между 7500 до 15 000 деца ежегодно. При 200 000 до 1 000 000 астматични деца пасивното пушене увеличава броя на астматичните пристъпи и остротата на протичане на заболяването.

В момента в САЩ на държавно ниво се анализират данни за увеличен риск за рак на гърдата вследствие на излагане на тютюнев дим от околната среда.

**Втората група** данни и проблеми по темата „Тютюнопушене и рак“ включва най-многобройните и, може да се каже, най-красноречиви данни – тези **за смъртността от рак при пушачи**.

Според съвременните данни заболяванията, причинени от тютюнопушене, ще убият около 650 млн. от пушещите в момента 1,3 млрд. души в света.

През 2000 г. в света е имало около 4,8 млн. преждевременни смъртни случая вследствие на употребата на тютюн – разпределени по равно

между развитите (2,43 млн.) и развиващите се (2,41 млн.) страни. Тютюнопушенето е причина за поне 30% от всички летални случаи, настъпили вследствие на рак, и 87% от смъртните случаи при рак на белия гроб. Статистиката във Великобритания сочи, че от всеки 1000 пушачи на 20-годишна възраст един ще бъде убит, 6 от тези пушачи ще загинат при пътнотранспортно произшествие, 250 от тях ще починат на средна възраст вследствие на тютюнопушене, а други 250 ще починат в по-напреднала възраст от последиците, нанесени от тютюнопушенето.

**Загубите от икономически характер** са най-системно следени в САЩ. В тази страна тютюнопушенето е довело до повече от 164 милиарда, (а не милиона!) долара ежегодни разходи в областта на общественото здравеопазване, включително разходи за лечение на възрастни и новородени, разходи, свързани с намалена производителност и увеличена смъртност. Годишните загуби в периода 1997-2001г. за икономиката на САЩ, причинени от увеличената смъртност вследствие тютюнопушене, се изчисляват на 92 млрд. долара, което е увеличение с над 10 млрд. долара спрямо периода 1995-1999 г. Само медицинските разходи, свързани с тютюнопушенето, през 1998 г., са били 75,5 млрд. долара, което представлява 8% от всички лични медицински разходи. Това означава, че свърх-разходите за всеки възрастен пушач през 1999 г. са били 1623 долара. През 2001 г. за лекуване на заболявания, причинени от тютюнопушенето са били изхарчени от гържавата 12 млрд. долара. **Всеки пакет цигари, продаден през 1999 г., е струвал на обществото 3,45 долара за медицински грижи, необходими заради последиците от тютюнопушенето, както и 3,73 долара загуби в продуктивност – или общо 7,18 долара на пакет.**

### **Данни за поведението на хората.**

При така очертаните трагични последици от тютюнопушенето би следвало да се очаква намаляване на броя на пушачите и тези, които пропушват, както и нарастване на броя на отказващите се от тютюна.

Данните на СЗО обаче показват обратна тенденция. През 2003 г. броят на пушачите в световен мащаб се оценява на около 1,3 млрд. души (над 1 млрд. мъже и около 250 млн. жени), а 30 милиона младежи пропушват всяка година. Очаква се през 2025 г. числото на пушачите да нарасне на 1,7 млрд. души, повече от 1,2 млрд. мъже и около 500 млн. жени – удвояването на жените-пушачки допринася най-вече за повишението.

В поредица от изследвания, проведени в 77 гържави за периода 1998-2000 г. между младежи на възраст 13-15 години, 15% от момчетата и 6,6% от момичетата съобщават, че са пушили цигари; 10,9% от момчетата и 7,4% от момичетата признават, че са употребявали други тютюневи продукти. Във всеки регион на света има тенденция към увеличаване на тютюнопушенето сред погроставащите момичета.

Най-значимо нарастване на тютюнопушенето през последното десетилетие има в развиващите се страни от Азия и Африка, а след тях и в страните в преход, сред които е и нашата страна. Несъмнен интерес представляват и тенденциите в най-развитите и богати гържави. Пример в това отношение са данните за САЩ. Ежегодното потребление на цигари в САЩ **намалява**. Върхът е бил през 1963 г. с 4,345 цигари на глава от населението, намалявайки до 1,791 през 2004 г., което представлява 59% намаление; Макар в периода 1983-2003 г. процентът на пушачите да намалява сред всички образователни нива, все пак **най-голям спад в тютюнопушенето – 43%, отбелязват завършващите колеж**. Сред възрастните без средно образование намалението е от 41% на 27%.

**Четвъртата**, последна **група въпроси**, свързани с тютюнопушенето и здравето, респ. раковите заболявания, се отнася до това, което предприемат международните организации, правителствата, местните власти, неправителствените обществени организации. Всички тези институции оценяват значението на мерките срещу тютюнопушене. Един от първите е кралят на Англия Джеймс I (King James I of England), който още през 1604 г. описва по най-живописен, но и точен начин цялото безсмислие и вреди за здравето, нанасяни от тютюна. Известни са десетки решения, програми, гейности. Сред тях сравнително по-ефикасни са се оказали онези, при които се въвеждат по-високи цени на цигарите.

От международните документи за отбелязване е приетият през май 2003 г. от 123 сържави-членки на Световната здравна асамблея **първи глобален договор в областта на общественото здраве – Рамковата конвенция за контрол на тютюна (РКТТ)**. Договорът е ратифициран от 40 страни през ноември 2004 г., а на 27 февруари 2005 г. той влиза в сила за всички ратифицирали го сържави. Въпреки немалкото програми, решения, икономически мерки и пр. тютюнопушенето продължава да бъде една от най-големите заплахи за здравето и живота на хората от нашата планета. **Според експертите от СЗО срещу 100 милиона починали през 20-ти век вследствие на тютюнопушене, през 21-ви век техният брой ще нарасне на 1 милиард – т.е. десет пъти повече.** Досега на планетата няма нито един агент, фактор или навик, който да предизвиква повече смъртни случаи. Дори ракът убива по-малко хора, отколкото е смъртта от съдови и респираторни заболявания причинени от тютюнопушене. И въпреки всичко това пушим и ние, както и тези около нас, включително и много от тези, които са лекари.

## Тютюнопушене в Република България

### Събирана информация

**1986 г.** – Проучване по програма „СИНДИ“;  
**1999 г.** – Европейски училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици (ESPAD) – за разпространение на тютюнопушенето сред младежите и девойките в 30 европейски страни;  
**2001 г.** – Национално проучване като част от преброяване на населението;  
**2002 г.** – „Глобално проучване на тютюнопушенето сред младите“ (Global Youth Tobacco Survey – GYTS) по международен проект на СЗО, CDC-Атланта и др.: 2164 ученика (1020 момчета и 1147 момичета) на възраст от 13-16 години от цяла България.  
**2004 г.** – Програма „СИНДИ“: 5614 души (2811 мъже и 2803 жени) на възраст 25-64 години;  
**2003 г.** – Второ изследване по ESPAD – анкетирани ученици, родени през 1987 г.  
**2005 г.** – Национална асоциация против тютюнопушенето с МЗ, НЦОЗ, БЛС и „СИНДИ“ – тютюнопушенето сред лекарите в България.

### Събрана информация

Пушещи над 25-годишна възраст в България за периода 1952-2001 г.

**1952 г.** – 1 000 000 пушачи (13,7% от населението);  
**2001 г.** – 2 730 000 пушачи (40,5% от населението; мъже – 51,7%, жени – 29,8%).

### Умирения в резултат на тютюнопушене 1975-2005 г.

**Мъже** – 303 049;

**Жени** – 24 555;

**... т.е. ежедневно в България са умирали 30 души вследствие на тютюнопушене.**

### Относителен дял от всички умирания

Година	Мъже	Жени
1975	27%	4%
1985	30%	6%
1995	31%	2%
2005	32%	3%

### Пушенето при младежи и девойки

Редовно или епизодично през 1999 г. са пушили 37% в Европа. България заема първо място общо за двата пола, като при момчетата е на 3-то място. Редовно (ежедневно) са пушили 30% от всички младежи и девойки. България заема първо място за двата пола; за момичетата – 41%, а момчетата са на 4-то място – с 38%.

Сред 15-годишните младежи и девойки в Европа най-висока е честотата на пушеците в България. През 2000 г. настоящи пушачи: момчета – 31,3%; момичета – 42,7%.

### Тютюнопушене сред лекарите

- ▼ 33,9% от лекарите в България пушат редовно, а 10% - епизодично, т.е. общо 43,9%;
- ▼ Среднодневно мъжете лекари изпушват 18,5 цигари, а жените лекари – 11,8 цигари;
- ▼ На забранени за пушене места, вкл. и пред пациенти, пушат 46,4% от мъжете-лекари и 27,3% от жените-лекари.

### Териториално разпределение на тютюнопушенето

- ▼ Област Велико Търново – 47,7% от всички жители са пушачи, следват Плевен, Ямбол, Силистра, Монтана;
- ▼ най-ниско: област Смолян – 25,2% от жителите.

### Действия срещу пушенето в България

„Национална програма за ограничаване на тютюнопушенето в Република България“ – Решение № 15 на МС от 14.01.2002 г., срок на реализация в периода 2002-2005 г.

▼ 8.12.2004 г. – Постановление № 329 на МС за забрана на тютюнопушенето на закрити обществени места и работни помещения;

▼ 1.01.2005 г. – Наредба за условията и реда, при които се допуска по изключение тютюнопушене на забранените в ПМС № 329 места;

▼ Приет Закон за тютюна и тютюневите изделия – допустимо съдържание на катран в 1 цигара: 10 мг., а на СО – 10 мг.

▼ Наредба за изискванията към етикетирание, маркировка, външно оформяне на тютюневите изделия;

▼ 2004 и 2006 г. Изменения на Закона за тютюна и тютюневите изделия за орална употреба: санкции при неспазване на съдържанието на катран, никотин и въглероден окис; на изискванията за етикетирание, маркиране и външно оформление; за забрана продажбата на тютюневи изделия на спортни прояви и обществени мероприятия, както и на щандове за самообслужване; забрана за продажба на лица под 18 години.

▼ 7.11.2005 г. – Ратифицирана Конвенцията за контрол на тютюна;

▼ 2006 г. – изменение на чл. 218, ал. 2 от Закона за здравето – увеличава се глобата за нарушаване забраните на ПМС № 329, съответно от 3000 на 10 000 лв. за юридически лица;

▼ от 1.01.2006 г. увеличен акцизът върху цигарите, довело да увеличаване цените на дребно с повече от 40%. В резултат – намалена консумация: с 31% през март и с 22% през юни в сравнение с март и юни 2005 г.

▼ м. февруари 2006 г. – участие в Първата

конференция на страните-членки по Конвенцията за контрол на тютюна;

▼ От 2005 г. участие на МЗ в реализацията на проект по Пакта за стабилност с още 7 страни от Югоизточна Европа за укрепване на контрола върху тютюна и цигарите.

▼ Курсове за обучение на общопрактикуващи лекари, специалисти и експерти от РИОКОЗ – за повишаване на уменията им при консултиране за отказ от тютюнопушене на гражданите;

▼ Ръководство за обучение на медицински специалисти за предотвратяване и ограничаване на тютюнопушенето; филм в помощ на консултациите;

▼ Ежегодни конкурси за финансиране на малки проекти – издадени печатни материали и пр.

▼ От 1995 г. ежегоден Международен конкурс за детска рисунка „Не на цигарите“.

## **Реалността**

След Националната програма 2002-2005 г. (финансирана само с 10-12% от средствата, утвърдени от МС) се отчита:

▼ тютюнопушене, което непрекъснато се увеличава по честота и интензитет;

▼ тютюнопушене с прогресивно нарастване на участието на млади хора и жени;

▼ тютюнопушене със снижаване на възрастта за пропушване;

▼ ежегодно нарастване честотата на заболяванията от рак на белия дроб;

▼ по смъртност от заболявания на органите на кръвообращението България е на първо място в ЕС.

## **Бъдещето**

Национална програма за периода 2007-2013 г. Изготвен впечатляващ работен план в МЗ с предвидени 12 направления и 71 актуални задачи. Предвиден бюджет от 8 655 000 лв.

## **Канцерогенни агенти**

Монографиите на **Международната агенция за изследване на рака към СЗО (IARC)** в Лион предоставят информация за фактори на околната среда, които могат да увеличат риска от рак при хората. Те включват химични субстанции и сложни смеси; контакти на хората в определена работна среда; физични и биологични агенти и фактори, свързани с начина на живот. Националните органи по здравеопазване използват тази информация като научна основа на действията си за намаляване на контакта с канцерогенни агенти. Публикуваните изследвания се разглеждат от интердисциплинарни работни групи, формирани от научни експерти, които оценяват тежестта на доказателствата за това дали даден агент увеличава риска от рак. Принципите, процедурите и научните критерии, които се използват при оценката са описани в Преамбюла на всяка една от Монографиите.

От 1971 г. до към средата на 2007 г. експертите на СЗО са оценили повече от 900 агента, като в 101 от тях е определен сигурен (група 1), в 69 – вероятен (група 2А) и в 245 – възможен (група 2В) канцерогенен потенциал. Така, общият брой на агентите с канцерогенен риск е 415.

По-долу посочваме агентите, които имат най-широк и значим контакт с хората, които са свързани с медицината и лечението, индустрията, ежедневието и навигацията, храненето, контакта с биологични и физични агенти, вкл. вируси.

## **Класификация на канцерогенните агенти според Международната агенция за изследвания на рака (IARC)**

▼ Група 1: агентът (сместа) е сигурен канцероген за хора. Контактът с него води до рак.

▼ Група 2А: агентът (сместа) е вероятен канцероген за хора. Контактът с него вероятно води до рак.



▼ Група 2B: агентът (сместа) е възможен канцероген за хора. Контактът с него е възможно да води до рак.

▼ Група 3: агентът (сместа или контактът) не може да бъде класифициран по отношение на канцерогенния си потенциал спрямо хора.

▼ Група 4: агентът (сместа) вероятно не е канцероген за хора. Контактът с него вероятно не води до рак.

Повече подробности могат да бъдат намерени в монографиите на IARC или на интернет адрес <http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/index.php>.

### **Лекарствени средства**

#### **Цитостатични медикаменти и имunosупресори:**

Azathioprine (1);  
Chlornaphazine (I);  
Chlorambucil (1);  
Methyl — CCNU (1);  
Cyclophosphamide (1);  
Cyclosporin (1);  
Melphalan (1);  
MOPP (nitrogen mustard + vincristine + procarbazine + prednisone) (1);  
Myleran (1);  
Thiotepa (1);  
Treo sulpham (1);  
Adriamycin (2A);  
Azaridine (2A);  
BCNU (2A);  
CCNU (2A);  
Chlorozotocin (2A);  
Cisplatin (2A);  
N-Ethyl-N-nitrosourea (2A);  
Nitrogen mustard (2A);  
Procarbazine hydrochloride (2A).

### **Хормонални препарати**

Diethylstilbestrol (1);  
Oestrogen replacement therapy (1);  
Oestrogen nonsteroidal (1);

Oestrogen, steroidal (1);  
Oral contraceptives, combined /контрацептивни препарати, комбинирани/ (1);  
Oral contraceptives, sequential /контрацептивни препарати, последователно приемани / (1);  
Androgenic (anabolic) steroids (2A).

### **Други лекарствени средства**

Phenacetin /аналгетик/ (1);  
Arsenic and arsenic compounds /арсен и неговите съединения/ (1);  
8-Methoxypsoralen (Methoxalen) + UVR (1);  
Chloramphenicol (2A);

### **Органични природни продукти и битови навици**

Alcohol drinking (1) /употреба на алкохол/;  
Aflatoxins (1);  
Betel quid /билката Piper betle плюс тютюн/ (1);  
Coal-tar pitches /каменовъглена смола/ (1);  
Coal tars (1) /катран/;  
Shale oils /газ/нефт от глинести шисти/ (1);  
Soots /боя от сажги/ (1);  
Tobacco products, smokeless /тютюневи продукти за гъвчене и смъркане/ (1);  
Tobacco smoke /тютюнев дим/ (1);  
Salted fish, Chinese style /солена риба по китайски/ (1);  
Creosotes /креозоти, гървени смоли/ (2A);  
Mate hot drinking /горещ чай мате/ (2A);

### **Неорганични природни продукти**

Asbestos /азбест/ (1);  
Beryllium and beryllium compounds (1);  
Cadmium and cadmium compounds (1);  
Erionite /зеолитен минерал в силикатни скали/ (1);  
Chromium and chromium compounds, hexavalent /шествалентен хром и неговите съединения/ (1);  
Nickel and nickel compounds (1);  
Silica, Crystalline /силикатни кристали/ (1).  
Talc asbestiform fibres /талк и азбестови влакна/ (1);

## **Индустриарни процеси и професии**

Aluminium production /алуминиева индустрия/ (1);  
Auramine, manufacture of /производство на аурамин - флуоресцентно багрило/ (1);  
Boot and shoe manufacture and repair /обувна индустрия/ (1);  
Coke production /въглищна индустрия/ (1);  
Coal gasification (1);  
Furniture and cabinet-making /мебелна индустрия/ (1);  
Haematite mining, underground with exposure to radon /добив на желязна руда, излагане на рагон/ (1);  
Iron and steel founding /леярска индустрия – чугуун и стомана/ (1);  
Magenta, manufacture of /производство на анилинова боя/ (1);  
Paint Manufacture and Painture /производство на оцветители и боу/ (1);  
Rubber industry /каучукова индустрия/ (1);  
Sulfuric acid mists /запрашена със сярна киселина среда/ (1);  
Textile Manufacturing Industry /текстилна индустрия/(1);  
Wood dust /запрашеност с дървени частици/ (1);  
Diesel Engine Exhausters /отработени газове от дизелово гориво/ (2A);  
Glass Manufacture Industry /стъкларска индустрия/ (2A);  
Spraying and Application of Nonarsenical Insecticides /неарсенови инсектициди/ (2A).

## **Други химични вещества**

4-Aminobiphenyl (1);  
Benzo(a)pyrene (1);  
Benzene (1);  
Benzidine (1);  
Bis(chloromethyl)ether and chloromethyl methyl ether (1);  
Ethylene oxide (1);  
Formaldehyde (1);  
Mustard gas (Sulphur mustard) (1);  
1-Naphthylamine (1);  
Vinyl chloride (1);  
Benzidine-based dyes (2A);

Captafol (2A);  
1,3 Butadiene (2A);  
Dibenz(a,h)anthracene (2A);  
Dimethyl and Diethyl sulphate (2A);  
Dimethylcarbamoylchloride (2A);  
Epichlorohydrin (2A);  
Ethylene dibromide (2A);  
IQ (2 amino-3 methyl-imidazol [4,5f] - quinoline) (2A);  
4,4'-Methylene bis (2-chloroaniline) (MOCA) (2A);  
N-Methyl-N'-nitro-N- nitrosoguanidine (MNN6) (2A);  
N-Nitrosodiethylamine (2A);  
Polychlorinated biphenyls (2A);  
Styrene oxide (2A);  
Tris(2,3-dibromo-propyl) phosphate (2A);  
Trichloroethylene (2A);  
Tetrachloroethylene (2A);  
1,2,3-Trichloropropane (2A);  
Vinyl bromide (2A);  
Vinyl fluoride (2A).  
Acrylonitrile (2B);  
Benz(a)anthracene (2B);  
Propylene oxide (2B);

## **Физични агенти**

Radon /рагон/ (1);  
Solar and UV Radiation /слънчева и ултравиолетова радиация/ (1).

## **Биологични агенти**

Вирусът на хепатит В, HBV (1);  
Вирусът на хепатит С, HCV (1);  
Вирусът на хепатит D, HDV (3);  
Schistosoma haematobium (1);  
Opisthorchis viverrini /овчи черногробен метил/ (1);  
Clonorchis sinensis /черногробен метил/ (1);  
Helicobacter pylori (1);  
Вирусът на хепатит D, HDV (3).

## **Човешки папиломни вируси**

HPV, типове 16 и 18 (1);  
HPV, типове 31 и 33 (2A).



# Вторична профилактика

**ранно откриване  
скрининг**

*Вторичната  
профилактика  
предотвратява  
появата на рак  
в напреднал стадий  
и осигурява лечение  
на преканцерозите*

## Ранното откриване – приоритет на съвременето

Вторичната профилактика на рака, т.е. откриване и лечение на преанцерозите и на заболяването в най-ранен стадий на развитие, днес е **приоритетната политика** на СЗО и всички международни и национални здравни организации. Причината за това е в установения начин на живот на хората, който макар да предизвиква 85-90% от регистрираните случаи на ракови заболявания, трудно се променя. Огромната част от съвременниците ни продължават да водят точно такъв – високорисков начин на живот.

### СЗО за ранното откриване на рака

В редица документи, решения на сесии и срещи на СЗО се изтъква, че това трябва да бъде една от приоритетните задачи и дейности на здравните служби във всички страни. Основание за такава политика е фактът, че лечението и изходът от раковите заболявания са далеч по-благоприятни, когато заболяването е открито преди да са се появили симптоми, когато процесът е локализиран в органа, от който произхожда.

### Стратегията

Ранното откриване трябва да е част от една по-широка стратегия – без отлагане да се пристъпи към лечение и последващо проследяване на състоянието и резултата от лечението. За реализацията на стратегия за ранно откриване особено важни са две дейности:

- ▼ Здравна просвета на населението от всички възрастови групи. При хора, непросветени по проблема за белезите на ранен рак и преанцерозите, ранното откриване е илюзия.
- ▼ Провеждане на скринингови изследвания по определена програма. И добре конструираната и проведена програма за скринингови изследвания

има малки шансове за успех, ако отсъства ефективна здравна просвета и последващо ефикасно лечение на преанцерозите или ранно откритите заболявания.

### Дейности, без които няма ефективно ранно откриване

- ✓ Постоянно действащи системи за обучение на лекарите от първичната помощ за откриване на преанцерозите и туморите в ранен стадий;
- ✓ Осигурени възможности за достъп на хората до здравни специалисти – съответно обучени за ранно откриване на рак;
- ✓ Всяко лице, при което има съмнение за рак следва веднага да бъде насочвано за точно диагностициране и прилагане на съответно лечение в специализирано за тази цел здравно заведение. Необходимо е да се осигури достъп на всички тези хора до подобно заведение.

### Американското гружество по рака (ACS) препоръчва

От 2000-та година ACS ежегодно публикува своите препоръки (Guidelines) за ранно откриване на рака. Тези препоръки биват отпечатвани в списанието на гружеството – „CA – A Cancer Journal for Clinicians“, което може да се получи безплатно от лекари и други здравни специалисти. Материалите с препоръките са достъпни и в интернет на адрес: <http://Caonline.AmCancerSoc.org>. Тук представяме ACS Guidelines, 2006 (CaCancer J Clin., 2006; 56; 11-25). Препоръките се отнасят за хора със среден риск и без проявени симптоми на заболяване.

### Млечна жлеза

За жени на 20 и повече години се **препоръчва**:

- ▼ Самоизследване на гърдите. Тези жени следва да бъдат запознати с възможностите, ограниченията, техниката и периодите на самоизследване. При съмнение за открито отклонение да се консултира мамолог.

Б) Клинично изследване на гърдите.

За жените през второто и третото десетилетие на живота им изследването от мамолог трябва да се извършва най-малко на интервал от 3 години.

При жени над 40 години изследването трябва **да се извършва всяка година.**

В) Маммографско изследване.

Ежегодно, от 40 годишна възраст нататък, като преди него се извършва клинично изследване.

### **Маточна шийка**

За жени на 18 и повече години се препоръчва скрининг чрез вземане и изследване на цитонамазка с т.нар. Pap-тест. Това започва около 3 години след първото полово сношение, но не след 21 годишна възраст. Извършва се ежегодно с обикновения Pap-тест или на 2 години с т.нар. liquid-based тест.

След 30 годишна възраст и при нормални резултати изследването може да се прави и в интервал от 2-3 години.

То може да се допълва и с изследване за наличие на човешки папиломен вирус (ДНК-тест) на 3 години.

При жени на 70 и повече години и такива с 3 и повече отрицателни резултата по Pap-теста, както и при жени с хистеректомия и отрицателни резултати през последните 10 години по-нататъшните изследвания може да се прекратят.

### **Ендометриум (маточна лигавица)**

За жени в менопауза – такива жени следва да бъдат информирани за риска и белезите при рак на ендометриума и за необходимостта при всяко кръвотечение да търсят лекар.

### **Дебело и право черво**

За жени и мъже на 50 и повече години:

▼ ежегодно извършване на тест за т.нар. фекални окултни кръвоизливи (FOBT) или фекален имунохимичен тест (FIT).

▼ флексибилна сигмоидоскопия през 5 години от 50 годишна възраст нататък;

▼ в допълнение на FOBT (FIT) всяка година през 5 години се добавя флексибилна сигмоидоскопия;

▼ двойно контрастно изследване с барий на 5 години от 50-годишна възраст нататък;

▼ колоноскопско изследване – на 10 години от 50-годишна възраст нататък;

### **Простатна жлеза**

За мъже на 50 и повече години.

Препоръчва се т.нар. дигитално-ректално изследване (DRE) от лекар-уролог, съчетано с клинично-лабораторно изследване на кръвта за простатно-специфичен антиген (PSA) – ежегодно при мъже на посочената възраст и очаквана средна продължителност на живота от 10 или повече години.

### **Общи профилактични прегледи за рак**

Това са част от периодичните прегледи за здравословното състояние на мъже и жени на 20 или повече години. Физикално от лекаря се изследват състоянието на щитовидната жлеза, яйчниците, тестисите, лимфните възли, устната кухина, кожата.

## Ранно откриване в България

### Национална седмица и месец за рака на гърдата

Това е най-ярката национална проява за ранно откриване и профилактика на онкологично заболяване.

България се присъедини към тази, вече традиционна, световна кампания през 2001 г., като идеята възникна по време на научна среща, организирана от Астра-Зенека, България. Инициатори бяха компанията и фондация „Борба с рака“, към които първи се присъединиха Националната специализирана болница за активно лечение по онкология ЕАД и Националният раков регистър.

**Първата национална седмица** се проведе в периода 26-31 март 2001 г. Тя протече при необичайни за страната и времето активност и включване на много областни управители, кметове, ръководители на повече от 50 водещи здравни заведения, на стотици лекари-специалисти, а най-вече на хиляди жени от всички краища на страната. В десетките кабинети бяха прегледани 18 691 жени, от които 6707 с маммографско изследване. Бяха сигнализирани 478 съмнителни за заболяване случая, а при 90 от тях бе доказан карцином на млечната жлеза.

Във връзка със седмицата бяха отпечатани няколко десетки хиляди печатни материала, изнесени десетки беседи, вкл. по национални и местни радиостанции. Проявите бяха отразени изключително широко във всички български медии. Проведе се също и курс за лекари в София (19-20 май), откри се горещ телефон и електронна поща за въпроси и отговори, проведе се голяма пресконференция с участието на съпругата на Президента, която бе патрон на кампанията.

**Втората национална кампания** бе проведена през м. октомври 2002 г., като част от Световната

кампания през този месец. В подготовката и провеждането особено активно участие взеха Международният женски клуб – София и особено съпругите на посланиците на САЩ и Испания, както и фирми като Ейвън Козметикс-България, Кока Кола, Астра Зенека и гр.

На 23 октомври с.г. се проведе работна среща в Народното събрание с участието на гържавни ръководители, народни представители, общественици, лекари, жени от движението. Към това трябва да се добавят два курса за рентгенолози и за лични лекари, както и лекоатлетичен крос с участието на патрона на седмицата – съпругата на Министър-председателя.

Бяха отчетени 12 004 маммологични и 1947 комбинирани – гинекологични и маммологични прегледа, и открити 114 тумори на гърдата и маточната шийка.

Най-значими по мащабност и разнообразие на прояви бяха реализирани в **Третата кампания**, проведена през м. октомври 2003 г. Тя бе организирана главно от националното Сдружение на жените с онкологични заболявания и техните сподвижници (СЖОЗТС) и фондация „Борба с рака“, при много дейното участие на Международния женски клуб – София, който предостави подвижен маммограф.

Месеца започна със Света литургия в Катедралния храм „Св. Неделя“ в София и завърши с благотворителен Етно-джаз концерт в зала „България“.

Фирмата Ейвън Козметикс-България организира в 7 града образователни лекции за превенция на рака на гърдата. Компанията организира и дарителска акция за събиране на средства за закупуване на подвижен маммограф.

Общият брой на прегледаните жени беше близо 30 000, като бяха открити 108 случая с тумори.

**През 2004 г.** в кампанията се включиха и други религиозни деноминации и общности (например

Софийската синагога), проведоха се благотворителни вечери, концерти, отново крос с гами, начело със съпругата на Министър-председателя.

И през тази кампания дейно бе участието на Президентството и особено на съпругата на Президента, която отново, както през 2003 г., бе патрон на кампанията.

Прегледани бяха близо 40 000 жени и при 120 от тях бяха открити тумори на гърдата.

**През 2005 и 2006 г.** бяха проведени следващите кампании с безплатни прегледи и съпътстващи прояви през целия октомври. Броят на прегледаните жени бе отново около 40 000 годишно.

За съжаление, всички тези прояви не доведоха до началото на организиран популационен скрининг.

## Скрининг в здравеопазването

**СЗО: Скринингът е високоорганизирана специфична дейност на здравеопазването.**

**Скринингът в здравеопазването е организирано популационно изследване с тестове и апарати за откриване на заболявания в ранен стадий при хора, счистани за здрави.**

### Принципи за изграждане на програма за скрининг според СЗО

1. Скрининг се извършва за важни за общественото здраве заболявания.
2. Заболяването трябва да има изразен предклиничен стадий.
3. Да има ефективен, безопасен и етичен метод за откриване на заболяването в ранен стадий.
4. Да има метод с горните качества, с който да се проведе и лечение на заболяването.
5. Да има политическа воля за финансиране на скрининга и на всички следствия от него.
6. Цената на скрининга и интервенциите, свързани с него трябва да се сравнява с ефекта от алтернативно инвестиране на ресурсите.

### Основно изискване

Преди вземане на решение за провеждане на скрининг се прави научен анализ и оценка за етичните, правни, социални, медицински, организационни и икономически аспекти за осигуряване на високо качество. Необходимите човешки и финансови ресурси следва да са налице, както и възможността да се осигури равен достъп до скрининга на различните социално-икономически групи от населението.

## Скрининг в онкологичното здравеопазване

1. Подбират се локализации с висока честота, изразена смъртност и сравнително ефективно лечение – особено в ранните стадии.
2. При наличие на достатъчно сигурни, не скъпи и сравнително опростени методи, приемливи за населението и ефективни за откриваемост.
3. Когато и където е осигурено бързо и адекватно доизследване и лечение на сигнализираните случаи.
4. Ключов показател за положителен ефект е намаляване на смъртността и случаите в напреднал стадий.
5. Ползата от ефективен скрининг се проявява само при достатъчно високо равнище на обхващане на съответното население.
6. Отрицателни явления: психосоциален негативизъм, фалшиво-положителни резултати, забавено лечение при фалшиво-отрицателни резултати.
7. Следва да се провежда само, като организирана национална или регионална програма с високо качество.
8. Скрининг по искане на отделни граждани, т.нар. опортюнистичен скрининг, не се препоръчва като обществена практика. В случая се касае за профилактични прегледи, а не за скрининг.
9. Предварително тестиране чрез рандомизирани клинични проучвания. Резултатите от тях е добре да се оценят от независими експерти.
10. Наличие на централизирана база данни за лицата, подлежащи на скрининг, за показателите от тестовете, за крайните данни.
11. Следва да се осигури мониторинг на показаното от клиничните лица по съответните индикатори.



## Европейската общност и скринингът за рака

Вторичната профилактика на рака, с център в нея на популационния скрининг, заема ключово място в известната „Европейска програма за действия срещу рака“, (първият такъв документ в областта на здравеопазването на Европейската общност), както и във всички следващи програми, планове за действие и решения на Европейския съвет и Европейския парламент. Още през 1996 г. бе създаден и Консултативен комитет за ракова профилактика.

Част от страните-членки на Общността и преди влизането си са имали национални скринингови програми за рака на гърдата и на маточната шийка. Ето защо, е бил изработен план, който да даде възможност и на останалите страни-участнички да предложат проекти за пилотен скрининг. Това постепенно доведе до образуването на наричаните днес скринингови мрежи:

„Европейска мрежа за рак на гърдата“ (EBCN) и „Европейска мрежа за скрининг на рака на маточната шийка“ (BCCSN).

От началото на дейността на „Европейската програма за действия срещу рака“ досега е доказана ефективността на скрининг за три ракови локализации: на гърдата, на маточната шийка и рак на дебелото и правото черво.

Основен документ за скрининга в Европейската общност е Докладът на Консултативния комитет върху онкопревенцията от 1999 година. Той е изготвен след анализ на вече набрания опит в Европа. Въз основа на това бяха изготвени специфични препоръки за прилагане на маммографията при рака на гърдата, цитонамазките за рак на маточната шийка и търсене на кръв в изследванията за рак на дебелото и правото черво. Преди да станат известни резултатите от големи международни проучвания в САЩ и Европа (до към 2008 год.),

експертите не могат да препоръчат пробата за PSA (простатно-специфичен антиген) за скрининг за рака на простатата.

Първите три скринингови теста бяха много внимателно проверени в рандомизирани клинични проучвания. Бяха издадени и много необходими книги, каквато е монографията за Европейските правила за осигуряване качеството на маммографското изследване (1992 г.) През 2001 г. книгата излезе в 3-то издание и е измежду 10-те най-много купувани книги на европейската общност. Този опит показва колко полезно е да има специфични Европейски правила за всяка от приоритетните области на организирани скрининг програми. Конституира се, че установените най-добри практики все още показват вариации в страните от общността. Въвеждането на маммографски скрининг от особено високо качество в Швеция и Финландия доведе до намаляване на смъртността от рак на гърдата с около една трета в тези страни. Ако обхващането е над 90%, както е в Швеция, то годишно ще се предотврати смъртта от рак на гърдата на 25 000 жени в страните на общността.

Следва да се упомене, че през 2000 и 2001 г. се появиха две публикации в едно от най-сериозните списания - „The Lancet“, в които статии двама учени оспориха валидността на известните изследвания върху ефективността на маммографския скрининг. Това предизвика огромен отзвук и последици.

Започна усилен дебат между експерти, който завърши с две големи международни конференции - от м. март 2002 г. в Лион и м. юни 2002 г. в Милано. И на двете конференции беше категорично заявено, че маммографският скрининг е ефективен, ако се организира и проведе по препоръчаните европейски правила. Това беше подробно мотивирано в книгата "Breast Cancer Screening: IARC Handbooks of Cancer Prevention", Volume 7. IARC Press 2002.

Във връзка с всичко изложено са и препоръките, които се съдържат в последния и най-сериозен документ на общността за скрининга - този от 5.05.2003 г. В него се съдържат приетите засега и изложени по-долу тестове за скрининг при рака.

### **Тестове за съвременен скрининг срещу рака в Европейската общност**

Съвременните изисквания към прилагане на скринингова програма са налице само при следните тестове за скрининг:

1. **Изследване на цитонамазки** с Pap-тест в интервал между 3 и 5 години при жени от 30-годишна възраст, но не и под 20 години. При ограничени ресурси скринингът може да обхваща жени между 30-60 години.

2. **Мамографски скрининг** за рак на млечната жлеза при жени на възраст 50-69 години в интервал от 2-3 години, като се спазват европейските указания за осигуряване на качеството на мамографията. Липсват убедителни доказателства за скрининг, който се основава върху самоизследването и клиничен преглед. В случаите на скрининг при жени на възраст 40-49 години трябва да се спазват посочените по-долу

три изисквания, защото на тази възраст радиационният риск е по-висок, а плътната структура на гърдите прави мамографията по-малко чувствителен метод:

▼ Добро информироване на жената за положителните и възможно негативни ефекти от скрининга.

▼ Извършва се само в добре организирани центрове за популационен скрининг.

▼ Мамография в 2 проекции.

3. **Скрининг за рак на дебелото и правото черво** чрез изследване на изпражненията за окултни кръвоизливи при мъже и жени на възраст 50-74 години и в интервал 1-2 години. При положителен резултат трябва да се прави колоноскопия.

4. **Други скринингови тестове** могат да се прилагат при определени ситуации. Обещаващи скринингови тестове, които се проучват при рангомизирани клинични проучвания са:

▼ PSA тест за рак на простатната жлеза;

▼ Имuno-фекално окултно тестване за кръв;

▼ Флексибелна колоноскопия за рак на дебелото и правото черво.

# Икономическа ефективност на цервикалния скрининг

В. Златков<sup>1</sup>, П. Костова<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Катедра по акушерство и гинекология, СБАЛАГ „Майчин дом“, МУ–София, <sup>2</sup> Гинекологична клиника, НСБАЛ по Онкология-София.

Медицинските дейности се подчиняват на медицинските потребности, принципи и етика, докато логиката на икономиста е логиката на рационалното използване на ограничените ресурси, необходими за реализация на тези дейности.

При цервикалния цитологичен скрининг, както и при други здравни програми съществуват два основни типа на икономическа оценка: на финансовата и на техническата ефективност. (1,2)

**Финансовата ефективност** се оценява чрез анализа «цена-полза», като се използват монетарни механизми за оценка на разходите и ефективността.

**Техническата ефективност** на здравните програми се определя чрез извършването на различни анализи от типа: «цена-минимизация», «цена-последивици», «цена-използваемост» и «цена-ефективност» (в тесен смисъл на термина).

Повечето от анализите «цена-ефективност»

**измерват ефективността като години съхранен живот.** Те установяват, че цервикалния скрининг най-общо не спестява разходи, а има като ефект съхраняване на живота на жените, както и повишаване качеството на живота им. (1)

Цената в тези анализи най-често включва всички преки и непреки разходи за профилактиране, откриване и лечение на даденото заболяване. Например, икономическите анализи за оценка на цервикалния скрининг, включват, както цената на самия скринингов тест, допълнителните диагностични тестове при патологични находки, така и цената на тяхното лечение и лечението на

евентуалните усложнения. Към тези разходи, трябва да се включи и оценката на непреките разходи от разликата в морбидитета и умиранията между скринирани и нескринирани, като се отчита икономическият ефект от нереализираната работна сила, транспорт до и от медицинското заведение, грижите за гледане на децата и др., които обикновено не се взимат предвид (1, 2).

На база различни изследвания тип «цена:ефективност» отделните параметри на цервикалния скрининг имат следните особености:

## **За възрастовия диапазон**

Най-подходящият срок за старт на скринингова програма е 30-35 год., тъй като пикът на заболяемостта е 10 години по-късно, а инвазивният рак е относително рядък при жени между 20-35 години. Предраковите изменения при младите жени най-често са преходни, с минимален риск за прогресия. Същевременно, скринирането на жени над 65 години, също е с ниска «цена:ефективност», поради честотата на заболяването в тази възраст, прилагането на скрининг в по-млади години, както и повече умирания от други заболявания.

## **За скрининговия интервал**

При дадена специфичност и чувствителност на теста, скъсяването на скрининговия интервал повишава цената на изследването по-бързо от ефективността му. В тази връзка удължаването на интервала от 3 до 5 год., цели намаляване на цената, при прилагане на достатъчно надеждна скринингова методика. Скъсяването на интервала на 1-2 години не е ефективно, вследствие повишаване на разходите за година съхранен живот, от нарастване броя на извършените тестове и откриването и лечението на повече нискостепенни изменения, които обикновено спонтанно регресират. В тези случаи, за по-голяма ефективност е необходимо увеличаване на обхвата на подлежащата популация. (3)

### За диагностичната сигурност на теста

Неблагоприятно съотношение «цена:ефективност» се наблюдава след прилагането на тестове с ниска специфичност или висока чувствителност, поради висок дял на фалшиво позитивни резултати, водещи до повишаване разходите, без да се увеличава продължителността на живота.

По световните стандарти цената на един скринингов преглед (Pap-тест) се приема, че е средно 10 евро. У нас тази цена е свойно по-ниска – около 5 евро, поради липса на реална оценка на човешкия труд, както и поради невключването на амортизационни отчисления за апаратура и режийни за работните помещения.

Най-общите изчисления показват, че при 1,8 млн. женска популация (между 25-60 год), нейното пълно обхващане би струвало 9 млн. евро. При скринингов интервал от 3 години, това означава годишно да се осигуряват 3 млн. евро, което би гарантирало 91,3% предпазен ефект, при не повече от 10 скринингови намазки в живота на всяка жена.

За цената на различните терапевтични мероприятия при една пациентка, в зависимост от тежестта на откритото заболяване, направихме изчисление на разходите за нашата страна, съобразно броя на регистрираните случаи на база данните за стойностите на лечението на тези случаи, приети в ЕС от 2004 г.

### Необходими средства за лечение на случаите на РМШ в България за една година и по цени, приети в ЕС

Стадии на РМШ	Брой случаи за 2001	Цена по данни на ЕС	
		Единична (за 1 случай)	Обща (за всички случаи)
РМШ (III-IV ст.)	347	30 000	10 410 000
РМШ (I-II ст.)	670	9 000	6 030 000
CIS*	275	300	82 500
Общо	1292	16 522 500	

CIS\* – карцином *in situ*.

Този анализ показва, че годишна инвестиция от 3 млн. евро за провеждане на популационен цервикален скрининг в България може да спести значителни суми на държавата от лечение на предимно късните инвазивни форми на заболяването, което на сегашното ниво на заболяемост би струвало около 16,5 млн. евро годишно съобразно европейските стандарти, и не по-малко от половината на тази сума при размера на реалните разходи у нас.

### Книгопис

1. Brown J., Sculpher M.J. Economics of screening programmes to prevent cervical cancer. Cont. Rev. Obstet. Gynaecol., 5: 1993, 221 - 229.
2. Evans DB. What is cost-effectiveness analysis? The Med.J.Australia, 153: 1990, S., 7-10.
3. Koopmanschap MA., et al. Cervical cancer screening: Attendance and cost -effectiveness. Int. J. Cancer, 45: 1990, 410-415.

(Статията е написана специално за Алманаха)

## Онкологичен скрининг в България

С известна условност могат да се посочат три периода в развитието на дейността, свързана с онкологичния скрининг в България:

Първи период – началото на 70-те години до края на 80-те години на XX-то столетие;

Втори период: последното десетилетие на века. Трети период – от началото на XXI-то столетие до сега.

През първия период, с решение на държавните органи, бе регламентиран скрининг за рака на маточната шийка чрез отчитане на цитонамазка на повече от 1,5 млн. жени над 30 годишна възраст в интервал от 2 години. Това бе съпътствано от създаването на един национален и 13 регионални центъра със специално подготвени кадри – лекари, сестри и лаборанти; с организация за вземане и отчитане на цитонамазките, с последващо изследване на случаите с патологични находки, вкл. с данни за неопластично заболяване.

Слабостта на този период се изразяваше в липсата на скринингов регистър, на недостатъчен качествен контрол и особено на изискването за контролен брой изследвани, което доведе до отчитане на цитонамазки, взети от една жена, да се отчитат за цитонамазки взети от много жени. Въпреки това, профилактичният скрининг доведе до значимо намаление на смъртността от рак на маточната шийка.

С промените, предхождани и съпътстващи прехода от 1989 година, организацията на този скрининг бързо се срина и към 1993 г. бяха изследвани не повече от 300 000 цитонамазки годишно. През този и през следващия период не бяха положени усилия за реализиране на скрининг за рак на гърдата.

От началото на 2000-та година започнаха опити за създаване на съвременен скрининг за рака на

гърдата, маточната шийка и за рака и на простатата при мъжете. Първите проекти бяха предназначени за отделни селища и райони на страната.

На 13.01.2000 г. в Общинския съвет на гр. Козлодуй бе приета Програма за профилактика и ранна диагностика на рака. Програмата имаше в основата си „Модел за онкологичен скрининг в Община Козлодуй“, изготвен от експертна група от 14 водещи онколози. С тях общината трябваше да сключи договор. Започна се с изследване на 58 цитонамазки от 29 жени, с което Общината и местните здравни органи приключиха с програмата преди фактическото ѝ започване. Втори регионален проект бе инициран и финансиран от ф. Астра-Зенека, България. Той се отнасяше за пилотна скринингова програма за рак на млечната жлеза в района на два онкодиспансера – в Стара Загора и Велико Търново. Скрининговата програма и проектът за скринингов регистър бяха изработени от водещи специалисти. Предоставен бе мамограф на диспансера във Велико Търново. На 13.12.2000 г. в Британското посолство бе оповестено началото на пилотния проект. За съжаление и той заглъхна преди да се разгърне – по причини извън фирмата-инициатор.

Трети регионален проект за скрининг на рака на млечната жлеза и с цитонамазки бе обсъден и приет в гр. Габрово през 2001 г., но и той не намери практическо развитие.

Особено събитие за онкологичния скрининг в България бе Решение № 267/23 април 2001 г. на Министерския съвет, с което беше приета Национална здравна стратегия „По-добро здраве за по-добро бъдеще на България“ за периода 2001-2006 г. и с което се утвърждаваше също „План за действие към Национална здравна стратегия 2001-2006 г.“.

За изпълнители бяха посочени МЗ, НЗОК, РЦЗ, общопрактикуващите лекари. Финансовите ресурси за скрининг включваха 19,2 милиона лева,

предоставени от НЗОК: за рак на млечната жлеза (9,9 млн. лева); за рак на маточната шийка (7,8 млн. лева); и за рак на простатата (1,5 млн. лева).

Други 4,798 млн. лева бяха предвидени от Републиканския бюджет, като разчетите бяха от 998 000 лева за 2001 г. до 695 000 лева за 2006 г.

По тази програма за популационен скрининг и предвидените в нея средства бяха закупени 5 маммографски апарата, а за 2002 г. на НСБАЛО бяха отпуснати 100 000 лв. за провеждане курсове на лекари, за печатни материали, филми за маммографа и за административно обезпечаване. През следващите години бяха отделени суми предимно за закупуване на филми. Проведе се и курс за обучение в гр. Враца.

През 2005 г. по инициатива на министъра и заместник-министъра на финансите бяха закупени 13 маммографа за 1,5 млн. лева. Те бяха разпределени в болници и диспансери за подобряване на диагностиката, както и за провеждане на профилактични прегледи.

От МЗ бе отчетено, че за времето 2000-2005 г. са изразходвани 2 203 055,63 лева по предвидените в Решение № 267 на МС средства. Пак от МЗ бе пояснено, че скрининговите прегледи са вменени в задълженията на общопрактикуващите лекари и специалисти от извънболничната помощ в основния пакет дейности, заплащани от НЗОК. Никой обаче не пояснява, че подобни прегледи са профилактични, а не скринингови и те не са част

от популационен скрининг, който беше обект на Решението на МС.

Така, до реално изпълнение на национална скринингова програма не се стигна.

Вместо това, през 2005 г., се появи нова инициатива. Ръководството на МЗ бе взело решение да открие процедура за Грант за представяне на проект на Национална програма за организиран скрининг за рака на гърдата и за рака на маточната шийка.

Специалисти изработиха проект за параметрите на Гранта и на 13.04.2005 г. го изпратиха на заместник министъра на здравеопазването. С това приключи и тази национална инициатива за онкоскрининг.

Наскоро след това обаче бе поставено началото на друга инициатива, която се оказа работеща – започнаха маммографски прегледи с мобилен маммографски апарат. На 7.07.2005 г. в гр. Ардино в присъствието на много официални лица, лекари и местно население започнаха прегледи от специалисти на Националния онкологичен медицински център с маммографски апарат, подарен от Ейвън Козметикс–България. Прегледани бяха няколко десетки жени.

Така, при липса в страната на популационен скрининг за рак на гърдата за 1 040 000 жени на възраст 50-69 години, добре е, че поне се даде възможност за преглед на няколкостотин жени от район, който се счита за забравен...



# онкологичните заболявания

*Представени са 12  
онкологични заболявания –  
тези с най-висока честота,  
или такива, които не са  
сред най-често срещаните,  
но имат по-особено  
значение (напр. малигнен  
меланом и тумори в  
детската възраст)*

През последните години в България излязоха монографии и сборници, посветени изцяло или в голямата си част на отделните локализации на злокачествените новообразувания. В тях е отразен опитът и поведението на българските онколози, на водещи специалисти в съответните локализации. С оглед на това тук са представени предимно данни, схеми и подходи за излагането им в последните печатни и интернет източници на САЩ и Европейската общност. Така се разширяват възможностите за сравнения и се обогатява наличната литература. Текстовете, в голямата си част, са представени на достъпен език, но все пак, при възникнали въпроси се отнасяйте към специалисти-онколози.

## Стагии на рака

Стагиране на раково заболяване означава определяне на степента на неговото разпространение в заболялия. То е неразделна част от процеса на поставяне на диагноза. Едва след правилно определен стадий е възможно провеждане на адекватно и ефективно лечение. Описанието на стадия става чрез кодова система от символи и цифри. В света, както и у нас, е приета т.нар. TNM система. Тя е предложена от Pierre Denoix (Франция) през 1952 г. Приета е от Международния съюз за борба с рака (UICC), а впоследствие е препоръчана и от СЗО. Трите явления, които характеризират развитието на злокачественото заболяване се обозначават със символите TNM: растеж на мястото на възникване (T), разпространение към регионалните лимфни възли (N), и метастазиране (M). Чрез тяхната комбинация се описва клиничният стадий.

▼ Чрез буквата T и цифрите от 1 до 4 към нея се

описва размерът на тумора и доколко той е навлязъл в съседните тъкани. Чрез T се кодира размерът на тумора в милиметри или сантиметри, като винаги се измерва най-голямата част на първичния тумор или най-агресивната му част, навлязла в съседните органи.

▼ Чрез буквата N и цифри от 1 до 3 се описва дали и доколко в прилежащите и дрениращи лимфни възли са открити разсейки от този тумор. Когато възлите не са засегнати от метастази, се изписва 0; когато това не може да се определи със сигурност се поставя X. Броят на зясените възли с техните характеристики се означава с цифрите от 1 до 3.

▼ Чрез M се отбелязва дали при пациента са открити метастази в органи извън този, от който произхожда първоначално туморът. M0 означава липса, а M1 – наличие на метастази; Mx – не може да се определи със сигурност дали има метастази.

Комбинирането на данните, означени с трите символа – TNM, ни описва клиничния стадий при пациента.

Клиничните стадии са I, II, III и IV. Първият е ранен стадий, а последният е стадий на напреднало заболяване. Съществува и стадий in situ (in situ), т.е. туморните клетки още са само в тъканния слой, в който са се появили първоначално. Често се използва съкратена система на стагиране: **ин situ**, **локален** – без засягане на лимфни възли извън региона и без метастази; **регионален** – засегнати са само регионалните лимфни възли и **дистанционен** – при разпространение в отделни лимфни възли и в други органи.



## Рак на белия гроб

Белогробният рак (БР) е най-честото раково заболяване в България при мъжете. При жените той се нарежда на осмо място. По отношение на смъртността БР е на първо място при мъжете и на четвърто при жените. През 2003 броят на живите пациенти с БР е бил 9555.

### Заболеемост и смъртност в България 2003 г.

Пол	Абсолютен брой		На 100 000 души		%	
	заболели	умрели	от заболелите	от умрелите	заболеемост	смъртност
Мъже	3181	2585	29	20,1	83,6	68,0
Жени	565	501	7,8	3,9	14,1	12,5

От 1981 година заболеемостта бележи постоянно увеличение, почти двойно при жените.

### Стандартизирана\* заболеемост в България на 100 000

Пол	1981 г.	2003 г.
Мъже	39,1	51,3
Жени	4,4	7,4

\* Световен стандарт

### Симптоми

Обикновено са късни – промяна на гласа, постоянна кашлица, хракци с примес на кръвни жилки или болка в гърдите, чести бронхити и пневмонии. Оскъдната симптоматика обяснява защо повечето пациенти биват открити късно.

### Стадий при поставяне на диагнозата в България 2003 г.

Стадий	I	II	III + IV	Без стадий
Процент %	2,2	5,5	77,2	15,1
Брой пациенти	84	206	2892	564

### Рискови фактори

тютюнопушене (включително пасивното и дъвченето на тютюн); професионални вредности – експозиция на радон и азбест (особено в комбинация с пушене); метали (хром, кадмий, арсен); органични разтворители, радация и туберкулоза. При млади хора обикновено се касае за наследствено предразположение.

### Ранно откриване

без особена ефективност. Рентгеновото изследване, ендоскопията с фиброоптична техника за оглед на бронхиалните пътища и анализът на хракка не доведоха до съществен принос за намаляване на смъртността. Някои нови тестове – нискодозова спирална компютърна томография и молекулярно изследване на хракка, дават обещаващи резултати за ранно откриване.

### Диагностика

Пътят до диагнозата се разделя на три етапа съобразно нивото на медицинското звено. **На първото ниво** е домашният лекар, който въз основа на анамнезата и рисковите фактори, назначава основните изследвания – рентгенография или изследване на хракка. На базата на резултата той преценява дали следва да се предприеме насочване към белогробен специалист.

**Второ ниво** е регионалната белодробна клиника или онкологичен диспансер. Тук се прилагат всички необходими диагностични методи на съвременната медицина: компютърна томография, ехография, плеврална пункция, биопсия от лимфни възли, бронхоскопска биопсия. При съмнение за метастази се назначава консултация със съответния специалист. КТ на мозъка и сцинтиграфия на костите (както и с радионуклиди към рецептора на соматостатина) е винаги част от стадирането на гребноклетъчния карцином. Ядрено-магнитен резонанс се прилага за прецизиране на процеса в горната част на медиастинума.

Тук се преценява и необходимостта от насочване на пациента за лечение в някоя специализирана университетска болница.

**Трето ниво:** лечение на установеното заболяване съобразно стадия. При необходимост, направените изследвания се допълват с нови: например мидиастиноскопия, видеоасистирана торакоскопия за биопсия. Предоперативно се определя рискът.

**Белодробният рак се разделя на две клинични форми: гребноклетъчен (13%) и негребноклетъчен (87%).**

Стадирането на негребноклетъчния вариант следва известната TNM класификация, докато гребноклетъчният карцином е разделен на ограничен и на разпространен стадий. Ограниченият стадий означава засягане на едната гръдна половина (бял гроб), неговите прилежащи лимфни възли, вкл. надключични, прилежащи плеврални метастази (без излив). При излизане извън посоченото карциномът е разпространен.

## Лечение

Зависи от характера на белодробния рак, морфологичния му вид (гребно- или негребноклетъчен рак), както и от съответния стадий на заболяването. Включва хирургичен метод, лъчетерапия, химиотерапия, включително някои по-нови препарати от т.нар. прицелна терапия като gefitinib (Iressa®) и erlotinib (Tarceva®). При началния стадий без разпространение в съседни тъкани и органи обикновено хирургичният метод е гостатъчен. Преживяемостта е по-добра, ако при ранния стадий на негребноклетъчен БР хирургичната намеса е последвана от химиотерапия. При вече метастазирал БР се налага допълване на хирургичния метод с химиотерапия и радиотерапия.

При метастазирание в костите се провежда лечение с бифосфонати – например с показващия добър ефект Zoledronate (Zometa®).

**Негребноклетъчен БР.** В I и II стадий (които са <10%) се прилага белодробна резекция като радикален метод. В III A стадий хирургичното лечение се предшества и последва от химиотерапия. В III B и IV стадий пациентите не подлежат на операция и терапевтичните методи са химиотерапия и/или лъчетерапия. Хирургичната намеса е само за лечение на усложненията (напр. спиране на масивен кръвохрак).

До сега терапията на негребноклетъчния рак включваше два препарата на основата на платина - cisplatin или carboplatin в комбинация с агент от трето поколение (paclitaxel, gemcitabine [Gemzar®], docetaxel [Taxotere®] или vinorelbine). По-нови препарати са taxanes и topotecan, които дават отговор до 40% (topotecan) и 50% (paclit). Cisplatin, etoposide, vincristine, doxorubicin и cyclophosphamide са най-често използваните агенти.

Проведено е проучване за ефективността на

bevacizumab (Avastin®), който съдържа рекомбинантно моноклонално антитяло срещу съдовия ендотелен растежен фактор (VEGF). Изследването се оказва огромен пробив в терапията на белодробния карцином. Двукомпонентният, основан на платина режим, плюс bevacizumab е новият стандарт за терапия на подбрани пациенти с недребноклетъчен карцином.

**Дребноклетъчен БР.** При поставяне на диагнозата 75% от пациентите са в разпространен стадий и имат по-лоша прогноза. Лечението е чрез полихимиотерапия, съобразена със стадия на заболяването и състоянието на пациента. В ранен стадий хирургичното лечение се предшества и последва от химиотерапия. Шансът за излекуване в I и II стадий е около 30%. Лъчелечението в тези стадии се прилага, когато не е проведено оперативно лечение – за подобряване на локалния контрол. В III стадий се прилага само химиотерапия и лъчелечение, главно с алкилиращи препарати.

Комбинацията от химиотерапевтични препарати е от cisplatin или carboplatin и etoposide в продължение на 5-6 месеца. Голям процент от пациентите успяват да навлязат в ремисия и да се подобряват. Комисията по храните и лекарствата в САЩ (FDA) е одобрила използването и на новия препарат gefitinib (Iressa®) при напреднал недребноклетъчен БР, но само по преценка на лекуващия специалист. Препаратът действа чрез блокиране на рецепторите на растежния фактор и не трябва да се използва при пациенти в ранни стадии. Хирургичният метод тук не е основен и се прилага понякога преди химиотерапия, напр. за премахване на лимфен възел. Ако при пациента се постигне ремисия в резултат на химиотерапия, може да се предложи и профилактично облъчване на черепа.

### **Преживяемост**

Преживяемостта в САЩ след лечение на БР през първата година се е увеличила от 37% през 1975 г. на 42% през 1999-2001 г. Въпреки това, 5-годишната преживяемост за всички стадии е само 15%.

## Рак на гърдата

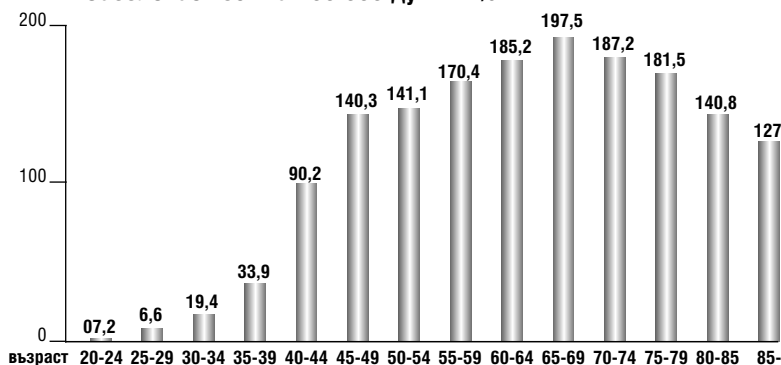
### Заболяемост и смъртност

Ракът на млечната жлеза е най-честият рак при жените. Общата заболяемост в ЕС е 109,9/100 000 жени годишно, смъртността е 38,4/100 000 жени годишно, въпреки че се наблюдават значителни географски вариации.

По данни на Националния раков регистър за 2003 г. заболяемостта в България е била 87/100 000 жени. Това се равнява общо на 3513 случая, които представляват 24,2% от всички злокачествени заболявания при жените. Спрямо 2000 г. заболяемостта е нараснала с 18%.

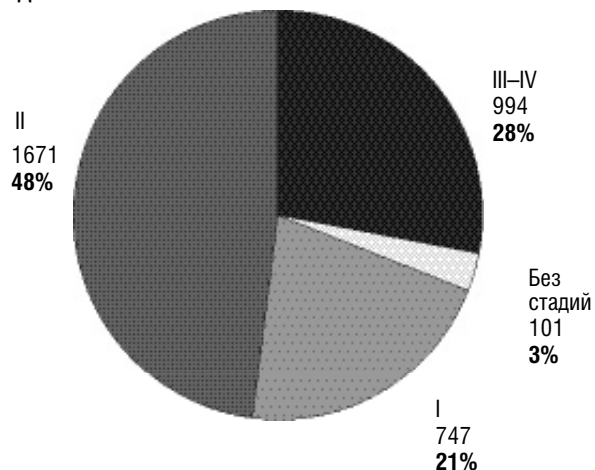
При мъжете заболяемостта е около 1/100 000. Смъртността за 2003 г. е 28,3/100 000 жени, което представлява 17,6% от смъртността от всички злокачествени заболявания при жените. Общият брой смъртни случаи за 2003 г. е 1138.

### Заболеваемост на 100 000 души в %



Заболеваемост от рак на млечната жлеза по възрастови групи при жените в България за 2003 г. (По данни на Националния раков регистър)

### Новодиагностицирани случаи в България за 2003 г. по стадии.



Общ брой случаи – 3513. (По данни на Националния раков регистър).

### Признаци и симптоми

Най-ранният знак за рак на гърдата обикновено е изменение, установено на мамография преди да може да бъде опипано от жената или лекаря. По-големи тумори могат да се проявят като бучка в гърдата, уплътнение, подуване, промяна във формата или плътността, раздразнения на кожата, болки в зърното, изтичане на секрет от зърното, разраняване или придърпване на кожата. Обикновено болката в гърдите се получава вследствие на доброкачествени състояния и не е между първите симптоми на рака на гърдата.

### Рискови фактори

Като изключим женския пол, най-важният рисков фактор за рак на гърдата е възрастта. (вж. графиката за възрастта). Рисъкът се увеличава също от унаследени генетични мутации (BRCA 1 и BRCA 2), наличие на вече прекаран рак на гърдата или наличие на такъв в семейството, висока

плътност на тъканта на жлезата (измерва се мамографски като отношение на количеството жлезна тъкан спрямо количеството мастна тъкан), хиперплазия, доказана с биопсия (особено атипична хиперплазия), високи дози облъчване на гръдния кош в резултат на медицински процедури. Съществуват репродуктивни и хормонални фактори, които увеличават риска: дълъг период на менструация (менструален период, който започва рано и/или завършва късно в живота), липса на деца или раждания, употреба на орални противозачатъчни, както и раждането на първо дете след 30-годишна възраст. Някои потенциални продуктивни фактори, които увеличават риска включват нагнормено тегло или затлъстяване след менопауза, използване на постменопаузална заместителна хормонотерапия (особено препарати, комбиниращи естроген и прогестерон), ниска физическа активност и консумация на една или повече концентрирани алкохолни напитки на ден. Нагнорменото тегло повлиява преживяемостта при постменопаузални жени в различни аспекти. Кърменето, умерената или висока физическа активност, както и поддържането на здравословно телесно тегло са свързани с по-нисък риск от рак на гърдата. Според последни данни тамоксифенът намалява риска от рак на гърдата при жени с увеличен такъв, а ралоксифенът намалява риска при постменопаузални жени, които го приемат за остеопороза. В момента Националният раков институт на САЩ провежда едно от най-големите клинични проучвания за превенция на рак на гърдата, сравняващо ефекта от тамоксифен и ралоксифен при постменопаузални жени с повишен риск. Наследствените мутации на гените BRCA 1 и BRCA 2, които причиняват рак, са отговорни за приблизително 5% до 10% от всички случаи. Масово

тестване за тези мутации не се препоръчва заради това, че те присъстват в много по-малко от един процент от общата популация. Въпреки това, на жени с фамилна история за рак на гърдата и/или яйчника трябва да се предлага генетична консултация, за да се определи дали такъв вид тестване би било подходящо. Според последни проучвания профилактичното премахване на гърдите и/или яйчиците на носителите на мутации в гените BRCA 1 и BRCA 2 намалява значително риска от развитие на рак, въпреки че не всички жени, които избират тази операция биха развили рак. Жени, които обмислят тези възможности, трябва да се консултират преди да вземат крайно решение.

### **Ранно откриване**

Мамографията е особено ценен метод поради факта, че с нея може да се открие рак в ранен стадий, в който лечението е по-ефективно. Ранното откриване спасява живота и подобрява възможностите за лечение. Спадането на смъртността от рак на гърдата в последно време се дължи на комбинацията от по-ранно установяване и подобряване на лечението. Въпреки това, мамографията има своите ограничения: тя пропуска някои случаи на рак и понякога води до ненужни допълнителни изследвания при жени, които нямат рак на гърдата. Всички подозрителни бучки трябва да бъдат биопсирани за поставяне на окончателна диагноза. Някои нови проучвания показват, че използването на магнитен резонанс е с по-висока диагностична стойност от мамографията при установяване на тумори при жени с унаследена предразположеност към рак на гърдата.

## Лечение

Вземайки предвид размера на тумора, стадия и други характеристики, в допълнение на предпочитанията на пациентката, лечението може да включва туморектомия (локално отстраняване на тумора) или мастектомия (хирургично отстраняване на цялата гърда) с премахване на част от аксиларните (подмишнични) лимфни възли, за да се получи точна информация относно стадия на заболяването; лъчелечение; химиотерапия; или хормонотерапия (тамоксифен, ароматазни инхибитори: Letrozole (Femara<sup>®</sup>), Anastrozole (Arimidex<sup>®</sup>), Exemestane (Aromasin<sup>®</sup>). Два или повече метода често се използват в комбинация.

Напоследък при постменопаузални жени с хормоночувствителен рак ароматазните инхибитори изместват тамоксифен, поради по-добрите резултати, които се постигат с тях както при авансирало, така и при заболяване в ранен стадий. За отбелязване е статистически значимо по-голямата редуция на далечните рецидиви при терапия на ранен рак на млечната жлеза с Letrozole (Femara<sup>®</sup>) в сравнение с тамоксифен.

Множество проучвания показват, че освен ако ракът не се разпространи в кожата, гърдната стена или далечни органи, процентът на дългосрочна преживяемост след туморектомия плюс лъчелечение е сходен с тези след модифицирана радикална мастектомия. По-нови подходи, като напр. биопсия на сентинелни лимфни възли с отстраняване само на избрани лимфни възли, може да намали нуждата от пълна аксиларна лимфна дисекция. Това важи особено при жени, които имат малки първични тумори и нямат клинични данни за обхващане на лимфните възли преди операция. Биопсията на сентинелните

лимфни възли се предпочита пред аксиларната лимфна дисекция, поради по-ниския риск от нежелани ефекти, като лимфедем (отичане на ръката, което може да бъде болезнено) и осакатяване. Ако пациентката е подходяща за биопсия на сентинелните лимфни възли и желае или предпочита тази процедура, операцията на гърдата ѝ трябва да бъде направена в център, в който има екип с опит в тази техника. Значимото развитие на пластичните хирургични техники предоставя няколко възможности за реконструкция на гърдата след мастектомия. Таргетна терапия с моноклоналното антитяло трастузумаб (Herceptin<sup>®</sup>) се използва при жени, чиито рак е положителен на теста за експресия на HER2/неу (белтък, срещу който е насочено действието на Herceptin<sup>®</sup>). В момента се провеждат клинични проучвания, използващи Herceptin<sup>®</sup> в комбинация със стандартна химиотерапия при новодиагностицирани жени, чиито туморни клетки експресират високи нива на HER2/неу. Пациентките трябва да дискутират с лекарите възможностите за най-доброто лечение на техните тумори.

Точният процент на гуктален карцином in situ (DCIS), установен чрез мамография, който би прогресирал без лечение в инвазивен карцином на млечната жлеза, не се знае. Статистическият анализ на данните от проучванията върху мамографския скрининг обаче показва, че болшинството от тези карциноми прогресират. Към момента няма тестове, които сигурно да предвидят кои DCIS биха прогресирали, затова се препоръчва всички пациентки с DCIS да получават лечение. Възможностите за лечение включват туморектомия (пълно отстраняване на тумора с чисти резекционни линии) и лъчелечение с или без тамоксифен и мастектомия с или без тамоксифен.

При метастазиране на рака на млечната жлеза в костите се провежда лечение с бифосфонати (Zoledronate (Zometa®), Ibandronate (Bondronat®), Clodronate (Bonafos®), с което се цели намаляване на скелетно-свързаните усложнения. Клинични проучвания показват, че Zoledronate (Zometa®) най-ефективно редуцира и отлага във времето скелетно-свързаните усложнения.

### **Преживяемост**

Петгодишната преживяемост за локализиран рак на гърдата (рак без разпространение в локалните лимфни възли или груги места извън гърдата) се увеличи от 80% през 50-те години до 98% понастоящем. Поради липсата на ефективен скрининг за рак на гърдата в България все още обаче твърде голям процент от случаите биват диагностицирани в по-късни стадии. По този начин значим процент от пациентките губят шанса си за окончателно излекуване. Ако раъкът е разпространен регионално, петгодишната преживяемост е 81%, а при жени с далечни метастази – 26%. Преживяемостта след диагностициране на рак на гърдата спада и след петгодишния период. Десетгодишната преживяемост общо за всички стадии е 80%, в сравнение с 88% след пет години. Десетгодишната преживяемост е показател, който трябва да бъде внимателно интерпретиран. Той представя методите за установяване и лечение, използвани преди 5 до 10 години и може да доведе до подценяване на преживяемостта, която се базира на прилагането на съвременни методи.

### **Препоръки за ранно откриване на рак на млечната жлеза според експерти от САЩ**

#### **Възраст 20–39 г.**

- ▼ Самоизследване всеки месец;
- ▼ Клиничен преглед на гърдите на всеки 3 години.

#### **Възраст 40 г.**

- ▼ Самоизследване всеки месец;
- ▼ Ежегоден клиничен преглед на гърдите;
- ▼ Мамография (при възраст 50–69 год.: една на 2-3 години; ежегодна: при рискови групи жени на възраст между 40–50 ).

### **Смъртност – тенденции при скрининг**

Благодарение на въвеждането на организиран скрининг смъртността от рак на гърдата в САЩ намалява от 1990 г. насам:

- ▼ Между 1975 и 1990 г. смъртността се е увеличавала с 0,4% годишно;
- ▼ Между 1990 и 2002 г. смъртността намалява с 2,3% годишно;

Спадът в смъртността се отдава както на подобряването на лечението, така и на по-ранното откриване чрез скрининг.

## Рак на дебелото черво и ректума

За разлика от стомашния карцином колоректалният карцином (КРК) показва тенденция за непрекъснато увеличаване в страната. През последните 20 години заболяемостта у нас се е увеличила почти двойно, а смъртността - тройно. По данни на Националния раков регистър през 1996 г. КРК е бил втори след рака на белия дроб - с 2200 новозаболенели, като 57% тях са открити в III+IV стадий.

През 2003 г. броят на новооткритите пациенти с КРК е 3960. Така, през 2003 г. КРК пак е на второ място: при мъжете след рака на белия дроб, а при жените – след рака на гърдата.

### България, статистически данни за честота и стадий на диагностициране на КРК през 2003 г.

Брой болни	I стадий	II стадий	III+IV стадий	Без стадий
Колон 2285	160 (7%)	721 (31,6%)	1138 (49,8%)	266 (11,6%)
Ректум 1675	183 (10,9%)	524 (31,3%)	796 (47,5%)	172 (10,3%)
<b>Общо 3960</b>	<b>343</b>	<b>1245</b>	<b>1934</b>	<b>438</b>

Смъртност от КРК през 2003 г. – 2182 случая (12,9%). Смъртността от карцином на колона е 16/100 000 население и 11,9/100 000 – карцином на ректума.

### Рискови фактори

Рискът от заболяване нараства с възрастта. У нас честотата при пациентите на 30 годишна възраст е 4/100 000, а на 80 годишна възраст е наг 120/100 000. Повече от 90% от случаите са при пациенти над 50 годишна възраст.

Рискът е повишен и при някои унаследени или придобити мутации като фамилна полипоза (FAP) или неполипозен рак (HNPCC). Рискът се смята за повишен и след веднъж премахнат полип или успешно излекуван КРК; още и при някои хронични чревни заболявания – улцерозен колит или болестта на Крон.

Редица фактори, които лесно могат да бъдат избегнати, също се свързват с повишен риск – затлъстяване, понижена физическа активност, тютюнопушене, алкохолна злоупотреба, диета, богата на червено или обработено месо, нисък прием на плодове и зеленчуци.

Хората, използващи редовно нестероидни противовоспалителни препарати (като аспирин), хормонални препарати (естрогени, прогестини) или инхибитори на HMG-Co-A редуктазата (статици за намаляване на холестерола), имат понижен риск от КРК. Не се препоръчва обаче тези препарати да се използват само за профилактика на КРК.

Скрининг за КРК се препоръчва при всички хора с нормален популационен риск (тези без утежняващи наследствени фактори) след навършване на 50 годишна възраст. Целта на скрининга е да се открият пациентите в ранен, безсимптомен стадий на заболяването, както и да се премахнат предразполагащите промени по лигавицата (полипи).

### Симптоми

Симптомите на КРК се обуславят от неговото прорастване в стената или извън нея, което води най-често до запушване, отдавано на „запек“. В напреднал стадий симптомите се допълват от прорастването му в съседните органи – пикочен мехур, простата, матка, вагина, опасна кост. В ранен стадий заболяването има бегла



симптоматика, която зависи от неговата анатомична локализация и функцията на чревния сегмент, който туморът обхваща. При напредване, локалната симптоматика се допълва и от неспецифични белези – бледост, уморяемост, загуба на апетит и тегло, увеличен черен гроб. При по-възрастните пациенти тези симптоми може да бъдат игнорирани дълго време, като са отдавани погрешно на хроничен запек, недохранване или възпалени хемороиди. При разположение на тумора в дясната половина на дебелото черво, където нормално става усвояването на електролити и вода, ранният стадий остава дълго време неразпознат. Тази част на червото е по-широка, лесно се разгъва и туморът расте дълго време, без да притиска или запушва. Все пак, този тумор кърви подмолно и често води до анемия като първи симптом, рядко до обилен кръвоизлив с потъмняване на изпражненията. Често предизвиква тъпи болки вдясно или колика. Пациентите дори може да го опипват. При анемия, винаги трябва да бъде изключена първо тази форма на КРК. При левостранна локализация туморът често води до нарушение в пасажа и запушване. При разположение в ректума запушването е съпроводено с нарушение на ритъма на изхождане - пациентът започва да чувства позиви по няколко пъти на ден, особено сутрин или през няколко дни веднъж; след изхождане има усещане, че то е било непълно. Постепенно настъпва и изпускане по голяма нужда, редуване на запек с диария, фекалиите стават тънки като молив и твърди. Установяването на ясна кръв се наблюдава най-вече при туморите разположени по-близо до изхода на червото. Често това е единственият симптом, като пациентът го подминава отдавайки го на хемороиди.

## Препоръчвани методи за скрининг на КРК

Съществуват няколко признати метода за скрининг. С тях се дава възможност на пациента за избор, така че тя/той да са стриктни към спазването на интервалите. Следните варианти са взаимозаменяеми:

- ▼ Ежегоден тест за скрито (окултно) кървене през ануса в два варианта: с гуанин или имунохистохимичен метод; при пациентите с положителен резултат се провежда колоноскопия;
- ▼ Сигмоидоскопско изследване на 5-годишни интервали;
- ▼ Иригография на всеки 5 години;
- ▼ Колоноскопия на 10 години;

В България не съществува разработена система за масов скрининг на населението, а се разчита на опортюнистичния модел – пациентът сам търси помощ при наличие на симптоми.

## Лечение

Основният метод на лечение на КРК е хирургичният. При пациентите без метастази този метод е достатъчен за пълното им излекуване. Много рядко хирургичната интервенция завършва с извеждането на допълнителен анус – отвор на предната коремна стена. В допълнение на хирургичната терапия се прилага химиотерапия (ХТ) и лъчетерапия - преди или след операцията. Oxiplatin в комбинация с 5-Fluorouracil (5-FU), последвано от Levsovorin (LV) е нов химиотерапевтичен режим за пациентите с метастази от КРК (FOLFOX). Комбинираната или адювантната химиотерапия на КРК е еднакво ефективна и вече не толкова токсична и за пациенти след 70-годишна възраст без други придружаващи заболявания.

Американската агенция по храните и лекарствата

(FDA) вече одобри два принципно нови препарата от така наречената таргетна терапия – Avastin® (bevacizumab), който блокира васкуларизацията на тумора и Erbitux® (cetuximab), който блокира ефектите на хормоноподобните фактори, стимулиращи туморния растеж.

Стандартът за адювантна ХТ в България представлява петдневна схема от 5-Fluorouracil и LV. Тя се прилага след радикална хирургична намеса, т.е. пълно отстраняване на тумора. Стандартни схеми за четвърти стадий - при развитие на метастази, е FOLFOX, FOLFIRI или монотерапия с Xeloda®.

## **Преживяемост**

Общата преживяемост за пациентите с КРК в САЩ, комбинирано за всички стадии през първата и петата година, съответно е 83% и 64%. След петата година преживяемостта продължава да намалява, като през десетата година от поставяне на диагнозата тя е 58%.

При откриване на КРК в ранен, локализиран стадий, петгодишната преживяемост е 90%. За съжаление, едва 39% от пациентите са откривани в този стадий, предимно поради неспазване на правилата за провеждане на скрининг. В България само около 10% от пациентите се откриват в ранен стадий.

Когато КРК е напреднал, петгодишната преживяемост в САЩ спада до 68%, а при пациентите с далечни метастази тя е 10%.

## Рак на стомаха

През 2001 г., от 7 милиона починали от неоплазми в света, ракът на стомаха (РС) се нарежда на второ място с 842 хиляди смъртни случая – след рака на дихателните пътища. Повече от две трети от всички случаи са били в развиващите се страни. Най-висока е честотата в Япония и Русия, също в Азия, Източна Европа, Централна и Южна Америка – Чили. Възрастово стандартизираната честота е била най-висока в Япония (69,2/100 000 при мъжете, 28,6/100 000 при жените).

През последните години в България се наблюдава намаляване на заболяемостта. Ако през 1981 г. стомашният карцином в България е бил 23,5/100 000 мъже (стандартизирани показатели), то през 2003 г. са били засегнати 16,9/100 000. При жените това намаление е от 13,2/100 000 през 1981 г. на 7,2/100 000 през 2003 г. През 2003 г. новозаболените са 1850 души (1175 мъже и 675 жени). През 2003 г. у нас има общо 5950 болни с диагноза стомашен карцином (болестност).

Повечето от пациентите са открити в напредналите III и IV стадии (64,6%), а сравнително по-малко в I (3,1%) и II стадии (9,5%).

Ниската откриваемост на стомашния рак в ранни стадии обяснява високата смъртност. През 2003 г. при двата пола тя заема второ място с 9,6% от раковата смъртност с общ брой починали 1511 (573 жени и 938 мъже).

### Рискови фактори

През 1994 г. Международната агенция за изследване на рака (МАИР) в Лион определи инфекцията с *Helicobacter pylori* като предразполагаща към развитие на РС. Чрез проспективни кохортни проучвания е установено, че относителният риск от РС при инфекцията с *H.*

*pylori* е 2,5 пъти по-висок. Разпределението на РС в света следва степента на инфектираност на населението с *H. pylori* - най-висока в развиващите се страни. Предполага се, че причина за намалението на честотата на РС е антибиотичната терапия за *H. pylori*, както и по-качествената обработка и съхранение на храните в хладилници.

От хранителните фактори са обвинявани консумацията на осолена риба, пушено месо (съдържа нитрозамини) и дефицитът на витамин С. Изтъква се и връзката с тютюнопушенето и консумацията на алкохол. Частичните резекции на стомаха нарушават рН баланса и също са свързани с повишен риск 10 години след намесата.

При някои заболявания се наблюдава повишена склонност към развитие на РС: стомашна атрофия, полипи на стомаха, пернициозна анемия (10%), язвена болест (язва > 4 см).

### Симптоматика

Ранният стомашен карцином предизвиква много рядко обезпокоителни за пациента симптоми, които са неспецифични и често се приписват на друго хронично заболяване. Те може да намалееят при лечение за повишена киселинност, например чрез H2-блокери. Така се стига до откриване на рака в напреднал стадий. При изследване на 18 000 пациента с рак на стомаха е установено, че трите най-чести симптома са загуба на тегло, коремна болка и гадене. По-рядки фактори са затруднено преглъщане, мелена, ранно насищане и язвеноподобна болка. Кървенето от храносмилателния тракт, като начален симптом, се наблюдава в 20%, а хематемезата – в 12%. Най-често установяваният белег при преглед в напреднал стадий е напипването на формация в корема, а по-рядко лимфни метастази до лявата клавикула (Вирхов) и до пъпа (Сестра Мери

Джоузеф) или в двата яйчника (Крукенберг). Понякога, белег на стомашен карцином е синдромът на Leser-Trelat (себорея), acanthosis nigricans и жълтеница. Всички тези симптоми не са специфични за стомашен карцином. В стремежа към търсене на серологични маркери за ранното откриване на РС много автори са търсили корелация с CEA, CA 19-9, CA 72-4 и съотношението пепсиноген II пепсин I, както и увеличен плазмен фибриноген > 301 mg/dL. Диагнозата и лечението не трябва да се базират само на тези изменения, въпреки че повишението им корелира с туморната маса.

### **Ранно откриване, диагностика**

Контрастното рентгеново изследване за диагностика на РС има едва 14% чувствителност при ранен стадий. То дава 50% фалшиво отрицателен резултат. Ето защо, основен метод за диагностика и откриване на ранните стадии е ендоскопския. При комбинирането му с множествени биопсии от съмнителни участъци чувствителността се покачва до 98%. Това е особено важно при 5% от вариантите на РС, които са малки по размер и без разязвяване. Една от формите – „линитис пластика“, е трудна за определяне чрез горните два метода. Тогава се прибягва до дълбоки биопсии.

След егностоскопското установяване и хистологично документиране на РС се налага определяне на точния стадий чрез компютърна томография. Точността на този метод не надхвърля 60% за определяне дълбочината на проникване на тумора. По-нов подход е PET – с белязана fluoro-deoxyglucose (FDG), която се натрупва в туморните клетки. Този метод е с точност до 83%. Чрез него се определят и лимфни метастази, които рядко се установяват на КТ.

Определянето на степента на инвазия преди операция е от особено значение за по-възрастните пациенти. Най-лесно това става с ендоскопска ехография, чиято точност е 77% за дълбочината и 69% за засягане на лимфните възли в съседство. При 23% от пациентите образните методи пропускат метастази. При тези пациенти, се препоръчва експлоративната лапаротомия.

### **Лечение**

Основният метод е хирургичният. В зависимост от локализацията на лезията резекцията може да обхване и съседните хранопровод и дуоденум. Поради голямата кръвоносна и лимфна мрежа на стомаха, се смята че карциномът може да се разпространи лесно. Ето защо, много хирурзи резецират лезията до 5 см. в здрава тъкан. Разпространението на тумора в съседни лимфни възли говори за напреднало заболяване.

### **Преживяемост**

Петгодишната преживяемост след хирургична намеса във II стадий е 30-50% и около 10-25% в III стадий. Има висок риск от рецидив – 67% в локорегионалната зона на операция – анастомозата 54% и 42% в съседните възли. Ето защо, се предлага и адювантна терапия. Едва 22% рецидивират поради изпуснати галечни метастази. За да се предотврати това, на пациентите се предлага адювантна лъчетерапия плюс химиотерапия (5-FU). Така, някои проучвания доказваха повишена преживяемост с 23%. Само адювантна химиотерапия не показва положителен резултат, дори и с тройни комбинации на химиотерапевтици. Неоадювантната химиотерапия също не дава значими резултати. При по-напредналите стадии лъчетерапията и хирургията се използват палиативно за облекчаване страданията на пациента.

## Рак на простатата

### Заболемост и смъртност

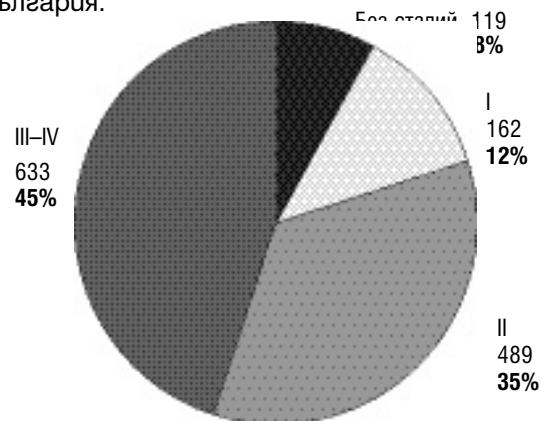
Заболемостта от рак на простатата при мъжете в ЕС е 78,9/100 000 на година, смъртността е 30,6/100 000 мъже на година. Това е най-честият рак, засягащ мъжкия пол в Западна и Северна Европа. Средната възраст при поставяне на диагноза е 71 години. Латентният рак на простатата със субклинично протичане е много чест при мъже над 80-годишна възраст. От латентния рак само около 10% се проявяват клинично. Показателите за заболяемост са претърпели значителна промяна през последните 20 години: рязко покачване в периода 1988–1992 г. и рязко спадане в периода 1992–1995 г., като от 1995 се наблюдава умерено покачване. Тези тенденции показват голяма степен промените при използването в практиката на кръвния тест за PSA - ПСА (простатен специфичен антиген). Бавното покачване през последното десетилетие най-вероятно се дължи на широко прилагания скрининг с ПСА при мъже по-млади от 65 г. Заболемостта при мъже над 65-годишна възраст се задържа на едно ниво.

По данни на Националния раков регистър за 2003 г. заболяемостта при мъжете в България е била 36,9/100 000. Общият брой на диагностицирани случаи за 2003 г. е 1403, което представлява 8,9% от злокачествените заболявания при мъжете. Общият брой смъртни случаи е бил 727, което представлява 7,8% от умираанията, дължащи се на ракови заболявания при мъже за 2003 г.

Смъртността от рак на простатата за 2003 г. е 9,3/100 000 мъже.

Както се вижда от фигурата, процентът на случаи, диагностицирани в напреднал стадий у нас е все още значително висок. Несъмнено този факт

се дължи на липсата на ефективен скрининг в България.



**Новодиагностицирани случаи за 2003 г. по стадии.**  
(По данни на Националния раков регистър.)

### Признаци и симптоми

Ранният рак на простата обикновено е безсимптомен. При по-напреднало заболяване пациентите може да страдат от отслабване; прекъсване на потока на урината; невъзможност за уриниране; затруднения в започването или спирането на уриниране; честа нужда от уриниране, особено нощно време; кръв в урината; болки или парене при уриниране. Продължителната болка в кръста, таза или горната част на бедрата може да е показател за метастазирало заболяване. Голяма част от тези симптоми обаче са сходни с тези, появяващи се при доброкачествени заболявания.

### Рискови фактори

Единствените ясно установени рискови фактори за рака на простатата са: възрастта, етническа/расова принадлежност и случаи на рак в семейството. Повече от 65% от всички случаи се диагностицират при мъже над 65 г. Заболяването е

често срещано в Африка, Европа и Северна Америка, но е много рядко в Азия и Южна Америка. Съвременни генетични изследвания показват, че при 5-10% от случаите има силно фамилно предразположение. Има научни данни също и за това, че диета, богата на наситени мастни киселини може също да е рисков фактор. Съществуват доказателства, че затлъстяването също е свързано с рака на простатата.

### **Ранно откриване**

Кръвният тест за ПСА, който установява белтък, произведен от простатата и наречен простатен специфичен антиген (ПСА) и дигиталното ректално изследване трябва да бъдат предлагани на мъже със среден риск с начална възраст 50 г. Мъже с висок риск от развитие на рак на простатата (силно фамилно предразположение) трябва да започнат скрининг на 45 г. До този момент няма достатъчно данни за това дали трябва да се прави по-ранен скрининг при мъже със среден риск. На всички мъже трябва да се предоставя информация за ползите и ограниченията на скрининга, за да може те да вземат информирано решение.

### **Правила за скрининг при рак на простатата**

**Веднъж годишно провеждане на кръвен тест за ПСА и дигитално ректално изследване при мъже на и над 50 г. Мъжете с висок риск (африкански произход, фамилна обремененост – един или повече роднини от първа линия, диагностициран/и с рак на простатата в ранна възраст) трябва да започнат прегледите на 45 г. На мъжете с висок и нисък риск трябва да се предостави информация за сигурните и несигурните страни на скрининга.**

### **Лечение**

Начините на лечение варират в зависимост от възрастта, стадия на рака и други медицински съображения и трябва да се обсъждат с лекар-специалист. За ранните стадии може да се използват хирургично лечение и лъчетерапия посредством външен източник или радиоимплантант (брахитерапия). За метастазирало заболяване или допълнение към лечението на ранните стадии се използват хормонотерапия, химиотерапия и лъчелечение (или комбинация от тях). При метастазирание в костите се провежда лечение със Zoledronate (Zometa®), който е единственият бифосфонат с доказана в клинично проучване ефективност за намаляване на скелетно свързаните усложнения при рак на простатата с костни метастази. Хормоналната терапия може да контролира рака на простатата за дълъг период от време, като намалява туморния размер, намалявайки по този начин болката и други симптоми. При по-възрастни пациенти – с ограничена преживяемост и/или малко агресивни тумори, внимателното „наблюдателно изчакване“ може да е по-подходящо в сравнение с незабавно лечение.

### **Преживяемост**

Повече от 90% от всички случаи се откриват в локален или регионален стадий. Петгодишната преживяемост за пациенти, чиито тумори са диагностицирани в тези стадии достига 100%. За последните 20 години петгодишната преживяемост за всички стадии общо се е увеличила от 67% на 100%. Според най-нови данни десетгодишната преживяемост е 93%, а петнадесетгодишната – 77%. Драматичното подобрение в преживяемостта се дължи отчасти на по-ранната диагностика, но също и на някои подобрения в лечението.

## Рак на пикочния мехур

В света ракът на пикочния мехур (РПМ) съставлява приблизително 3,2% от раковата заболяемост и е на седма позиция с 302 000 новозаболенни годишно, 2/3 от които са мъже. Честота на РПМ в развитите страни е приблизително шест пъти по-висока в сравнение с развиващите се. Най-висока честота се наблюдава в Западна Европа, Северна Америка и Австралия.

РПМ е сравнително чест у нас. Броят на новорегистрираните пациенти през 2003 г. е бил 1141. Заболяемостта постепенно нараства и сега тя е с 56% по-висока в сравнение с тази от преди 25 години.

Мъжете заболяват почти шест пъти по-често от жените. През 2003 г., от всички ракови локализации, РПМ е съставлявал 5,8% при мъжете (т.е. заема седмо място) и 1,6% при жените.

### Заболяемост в България за 2003 г.

	Брой	Стандартизирана честота (на 100 000 население)	% от общата ракова заболяемост
<b>Мъже</b>	906	23,8	5,8
<b>Жени</b>	235	5,8	1,6
<b>Общо</b>	1141	14,6	3,8

Смъртността от РПМ е три пъти по-висока при мъжете и заема седма позиция в структурата на умираанията от рак при тях.

Благодарение на съществуващите възможности за ранна диагностика, 61,5% от новите случаи през 2003 г., са в I и II стадий, а 32,5% са установени в III и IV стагии.

### Смъртност в България 2003 г.

	Брой	Стандартизирана честота (на 100 000 население)	% от общата ракова смъртност
<b>Мъже</b>	330	8,7	3,6
<b>Жени</b>	102	2,5	1,6
<b>Общо</b>	432	5,5	2,8

### Брой нови случаи и процент в България за 2003 г. по стадий

Стадий	Брой пациенти	%
<b>I стадий</b>	188	16,5
<b>II стадий</b>	515	45
<b>III+IV стадий</b>	371	32,5
<b>Без стадий</b>	67	5,9
<b>Общо</b>	1141	100

### Заболяемост в България през последните 25 години (на 100 000)

	1981 г.	2003 г.	увеличение %
<b>Мъже</b>	7,9	13,9	76
<b>Жени</b>	1,5	2,8	87
<b>Общо</b>	9,4	16,7	78

## Рискови фактори

Най-често това е тютюнопушенето, което увеличава риска с 2-6 пъти. Рискът е пропорционален на броя цигари на ден и броя години злоупотреба с тях. Рискът остава, макар и по-малък, след отказване на цигарите. Установено е, че са необходими около 15 години след спирането им, докато рискът се изравни с този при непушачи. Повишен риск съществува и при експозиция на някои професионални вредности, особено анилинови бои (бензидин и 2-нафтиламин с 25%), катрани и аурамин. Доказана е ролята на някои лекарства: фенацетин, хлоропромазин, циклофосфамид; още на хроничната инфекция (*Schistosoma haematobium*), катетеризацията.

## Хистологични варианти

Ракът на пикочния мехур спада към т.нар уротелни тумори, т.е. тумори, произхождащи от покривния епител на пикочните пътища. Освен този вид, макар и рядко, се установяват тумори, произхождащи от жлезните структури (аденокарцином) и от плоския епител (плоскоклетъчен карцином). Последните съставляват по-малко от 10%.

## Начални симптоми

Един от най-честите начални симптоми (в 85%) при РПМ е кръв в урината (макроскопска хематурия). Кървенето обикновено не е съпътствано с болка, но може да доведе до кръвни съсиреци. Болката се появява с напредване на заболяването или при съпътстваща инфекция, както и от запушване на пикочопроводите от застои на урината. Поради кухинната структура на пикочния мехур, заболяването често остава неразпознато преди засягане на съседните органи и поява на нарушенията в уринирането.

В напредналите стадии туморът метастазира в лимфните възли - около поясните прешлени и самите кости, което често е съпроводено с болки.

## Диагностика

Основният метод за ранната диагностика е цистоскопията – оглед чрез специална оптика от вътрешната страна на мехура и вземане на прицелни биопсии за хистологично изследване. Тъй като в ранните стадии РПМ започва в повече от една зона по вътрешната стена на мехура, за по-голяма точност на цистоскопията се използват специални флуоресциращи багрила, които подсказват за съмнителни зони на променен епител (фотодинамична цистоскопия), от където трябва да се вземе биопсията. Загължително е цистоскопията да се направи по време на епизод на хематурия.

Освен цистоскопията, за точно определяне на стадия, се прилагат и допълнителни методи, като:

- ▼ трансуретрална резекция с щипкова биопсия и ексфолиативно цитологично изследване на смива;
- ▼ ехография – интравезикална и трансабдоминална;
- ▼ екскреторна урография;
- ▼ компютърна томография;
- ▼ магнитно-резонансна томография;
- ▼ лимфаденектомия;
- ▼ рентгенография на белите дробове;
- ▼ сцинтиграфия на костите.

След определяне на стадия се подбира и най-удачният терапевтичен метод. Ако стадият е начален, премахването на тумора става през уретрата (ТУР), чрез електрически ток (електрокоагулация), лазер (лазерна фотокоагулация) или изрязване (хирургична резекция). За съжаление, дори премахнат в ранен



стадий, РПМ има склонност да рецидивира и при 70% от пациенти се наблюдават рецидиви през следващите две години. Повечето от новопоявилите се тумори са с нова локализация по мехурната стена. За намаляване на риска от рецидив, след премахването на ранния рак, се прилага локална химио- или имунопрофилактика. Благодарение на това процентът на рецидиви спада от 70% на 30%, а рискът от прогресия – от 30% на 11%.

Лечението на напредналите стадии (T2-T4a), при които има засягане мускула на мехура, се провежда чрез оперативно премахване на мехура и засегнатите тъкани в съседство. В зависимост от стадия, този метод се допълва с лъчетерапия или химиотерапия. Самата лъчетерапия е алтернатива за пациентите с противопоказания за хирургична намеса или които сами са избрали това. Хирургичният метод и лъчетерапията са съпоставими по ефективност в T2-T3a стадията. При T4 туморите, ефективността на лъчетерапията за 5-годишната преживяемост е 35-

45%. Лъчетерапията се прилага и при всички пациенти след оперативно премахване на тумора, когато това не е радикално (има туморни клетки в операционната линия) и особено при пациентите с аденокарцином.

Възможно е оперативната намеса да бъде органосъхраняваща, при което се премахва само туморът, а пикочният мехур се запазва. За съжаление, стадият при подходящите пациенти трябва да е не повече от T3.

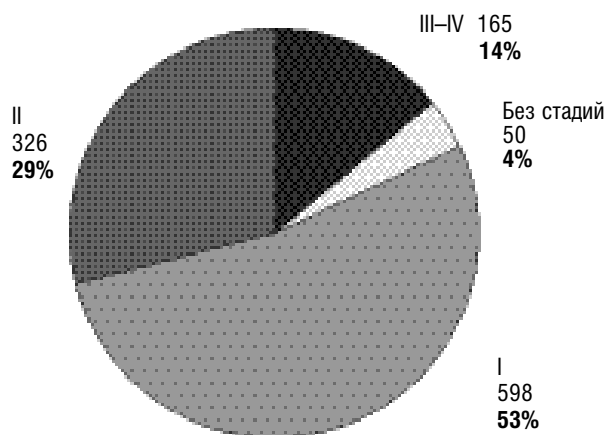
Неоадювантната химиотерапия не повишава преживяемостта на пациентите. Приложението на химиотерапията е предимно при пациентите в напреднал стадий (>T4b) и добро общо състояние. Тя включва комбинация с платинов препарат (MVEC). По-нов вариант е Gemcitabine с Cisplatin. Ако при тези пациенти се получи добър отговор - намаляване обема на тумора и изчезване на далечните метастази, може да се извърши и цистектомия. При липса на повлияване се прилагат палиативни методи – болкоуспокояващи, кръвоспиращи препарати и катетеризация.

## Рак на ендометриума

### Заболяемост и смъртност

Общият брой случаи, диагностицирани през 2003 г. е 1139, което представлява 7,9% от злокачествените заболявания при жените. Заболяемостта за 2003 г. е била 28,3/100 000 жени.

### Новодиагностицирани случаи за 2003 г. по стадии.



### Признаци и симптоми

Най-честият първи симптом е патологично кървене от матката или петна от кръв на бельото. Болката заедно с други системни симптоми са късни признаци.

### Рискови фактори

Високата експозиция на естроген е силен рисков фактор за рака на ендометриума. Фактори, увеличаващи тази експозиция включват заместителна терапия с естроген (без използване на прогестерон) и затлъстяване. В допълнение, рискът се увеличава от използване на тамоксифен, ранно менархе (начало на менструацията), късна менопауза, липса на раждания, поликистоза на яйчниците. Заместителната терапия с

прогестерон плюс тамоксифен е с доказан намаляващ риска ефект, в сравнение с използването само на естроген. Изследванията не доказват връзка на естрогена с другите агресивни типове рак на маточното тяло. Други рискови фактори за рак на маточното тяло включват безплодие и наследственият неполипозен карцином на дебелото черво. Бременността и ползването на орални противозачатъчни средства намаляват риска от рак на ендометриума.

### Ранно откриване

По-голямата част от случаите с рак на ендометриума се диагностицират в ранен стадий поради симптома на постменопаузално кървене. Всички жени трябва да бъдат насърчавани да съобщават за всяко неочаквано кървене.

### Правила за скрининг при рак на ендометриума

**Всички жени в менопауза трябва да бъдат информирани за риска от ендометриален рак, както и за симптомите му; трябва да бъдат силно насърчавани да съобщават на лекарите си за всеки случай на кървене или наличие на петна от кръв. Ежегоден скрининг за рак на ендометриума с биопсия на ендометриума, започващ от 35-годишна възраст, трябва да се предлага на жени с висок риск за наследствен неполипозен рак на дебелото черво.**

### Лечение

Ракът на маточното тяло се лекува обикновено хирургично, посредством хормонотерапия, лъчелечение и/или химиотерапия, в зависимост от стадия на заболяването.

### Преживяемост

Едногодишната относителна преживяемост при рак на ендометриума е 94%. Петгодишната преживяемост е 96%, 66% и 25% ако заболяването е съответно диагностицирано в локализиран, регионален или метастазирал стадий.

## Карцином на маточната шийка

Карциномът на маточната шийка (КМШ) е вторият по честота в света рак при жената. През 2005 г. броят на заболяемите в света е бил 500 000, а на починалите 260 000, като 80% от тях са в развиващите се страни. Броят на жените, страдащи от заболяването в целия свят е повече от 1 милион. Основната причина за това е ниското ниво на здравните грижи, каквото има в развиващите се страни и тези в преход, където липсва програма за скрининг. Без бърза намеса от правителствата, се смята, че броят на засегнатите ще нарасне с 23% през следващите 10 години.

### Европа

В 25-те досегашни страни-членки на Европейския съюз годишно заболяват 33 000 жени, а 15 000 умират от този рак. Страните от Източна Европа са много по-засегнати.

### България

Данните от 2003 г. показват, че със 7,6% РМШ е третият по честота на заболяемост при жените в България след рака на гърдата (24%) и маточното тяло (7,9%) без рак на кожата. Абсолютният брой на новите случаи е 1096, а стандартизираната честота на 100 000 жени е 27,3.

През 2003 г., броят на болните е 12 200 жени. Това означава, че при 4 020 055 жени в България на 1000 жени 3 са били с тази диагноза. През последните 20 години ракът на маточната шийка е уволюл своята честота.

## Смъртност

Броят на починалите жени през 2003 г. е бил 356 – или всяка трета в сравнение с новозаболените. Погледнато ретроспективно за периода 1980–2002 г. смъртността е нараснала двойно – от 3,8 на 7,45/100 000. Единствено през периода 2001–2003 г. смъртността от РМШ в България бележи леко намаление – от 9,1/100 000 през 2001 г. на 8,9/100 000 през 2003 г.

Заболеемост на 100 000	Смъртност на 100 000
1980 г. – 14,6	1980 г. – 3,88
1990 г. – 15,56	1990 г. – 6,88
2002 г. – 27,23	2002 г. – 7,45

Както и по света, РМШ засяга регионите с недобре развити здравни грижи. Ето защо, от края на 80-те години на миналия век, в България, с преминаването от национална програма за скрининг в опортюнистична (по лична инициатива, без строга организация), броят на заболяемите се увеличи двукратно. По данни на Научен център „Психология и здраве“ на Алианса за превенция на рака на маточната шийка само 50% от подлежащите на скрининг жени у нас са правили поне веднъж преглед с цитонамазка. Цитонамазките се вземат предимно като част от лечението и стадирането, а не като част от етапа на скрининга. Засегнатите жени в България са обикновено от по-ниските социални категории, от малцинствата и тези с ниско образование. Тези данни обясняват и сравнително високият процент на поставяне на диагнозата във II и III стадий, когато преживяемостта е сравнително по-ниска:

### Стадии при поставяне на диагнозата в България, 2003 г.

Стадий	I	II	III + IV	Без ст.
	31,4%	30,6%	34,8%	3,2%

### Рискови фактори

Основна причина е инфекцията с човешки папиломен вирус (HPV), предаван при полов контакт. Той е установен при 70% от изследваните цитонамазки. Не всички видове на този вирус са рискови – типове 16 и 18 са с доказан висок риск. Допълнително утежняващи условия са наличието на няколко типа вируси в организма, нисък имунитет, повече раждания, тютюнопушене, друга полово предавана инфекция (херпес, гонорея, хламидия).

В повечето случаи, инфекцията се излекува спонтанно, но в случаите на хронифициране се създава риск от развитие на предраково състояние, което, ако не се лекува, може да доведе до възникване на рак. Процесът обикновено отнема 10-20 години – време достатъчно за да бъдат открити и лекувани тези жени.

Жените, които започват полов живот по-рано и имат повече полови партньори са с повишен риск от инфекция. Риск съществува обаче дори и при един единствен полов партньор. При здравите жени инфекцията рядко води до развитие на рак. За прогресията на инфекцията до рак от значение са фактори като имунен дефицит, тютюнопушене, рисков хранителен режим.

### Признаци и симптоми

Симптоми обикновено липсват докато диспластичните (предраковите) клетки не станат ракови и не инвазират в съседните тъкани. Най-честият симптом е извънменструално кървене. То

може да спира и започва между циклите или да се предизвиква след полов контакт или гинекологичен преглед. Самият карцином може да доведе до обилен и продължителен менструален цикъл. Симптоми също могат да бъдат: кървене след менопауза или увеличен вагинален секрет.

### Ранно откриване

Рар-тестът е проста процедура, при която клетки от шийката се вземат за изследване под микроскоп. Рар-тестът е ефективен но не е абсолютен. Резултатите понякога изглеждат нормални, въпреки че жената може да има и вече изродени клетки. За щастие, повечето тумори се развиват бавно, така че почти всички могат да бъдат открити рано, ако жената е подложена на редовен скрининг.

Според Националния рамков договор от 2003 г. скринингът в България трябваше да се извършва от специалисти по акушерство и гинекология. Последните промени предвиждат с това да бъдат натоварени общопрактикуващите лекари.

### Лечение

Преди инвазивния стадий лечението може да се проведе с електрокоагулация (топлинно отрязване и разрушаване на рака с помощта на електрически ток), криотерапия (разрушаване чрез дълбоко изстудяване) лазерно отстраняване или локална хирургия.

Инвазивният карцином се лекува с хирургия или радиация или и с двете, както и с химиотерапия в някои случаи.

### Преживяемост

Относителната преживяемост при жените, открити в стадия преди инвазия е около 100%. Преживяемостта на 1-та и 5-та година при

останалите е съответно 88% и 73%. Карциномът на шийката на матката е едно от най-лесно лечимите ракови заболявания, ако бъде установено в ранен стадий - почти 92% е 5-годишната преживяемост в ранен стадий с локализирано заболяване.

### **Препоръки на СЗО**

▼ Скринингът трябва да обхваща жените на възраст от 30 години и да включва по-младите, само ако програмата е изпълнена при по-рисковите групи. Не е нужно в програмите за скрининг да се включват жените под 25-годишна възраст.

▼ Ако има възможност само за еднократен преглед при жената, най-добре е той да се проведе, когато тя е между 35-40 годишна възраст.

▼ Не е нужен скрининг всяка година, ако резултатът от първия преглед е нормален.

▼ От 25-49 г. се препоръчва скрининг на тригодишни интервали.

▼ При жени след 50-годишна възраст интервалите за скрининг на 5 години са достатъчни, заедно с проби от матката.

▼ Скринингът не е нужен при жени след 65 години, ако при последните два прегледа са имали нормални резултати .

▼ Методите само с оглед и прилагане на оцетна киселина или лугол не се препоръчват за скрининг и особено след менопауза.

▼ Тестове за човешки папиломен вирус също не се препоръчват за масов скрининг.

▼ Употребата на хормонозаместващата терапия не повлиява риска от рак на шийката на матката при спазване на периодите за скрининг.

▼ Целта е да се лекуват предраковите форми, използвайки криотерапия или електрокоагулация. Лечението трябва да се провежда само от

специализирани екипи в гинекологичната онкология.

### **Ваксиниране срещу човешкия папиломен вирус**

Поради това, че жената е изложена на риск от заразяване, след като започне полов живот, идеалният период за ваксиниране е преди това. Разработените ваксини засега изграждат имунитет срещу най-честите видове на този вирус – 16 и 18. За да има ефект, ваксината трябва да се прилага при момичетата, преди те да започнат полов живот.

През 2006 г. Европейската комисия лицензира ваксината GARDASIL® [четиривалентна (типове 6, 11, 16, 18) рекомбинантна ваксина] за профилактика на КМШ, разработена от Merck & Co Inc. Лицензът включва прилагане за профилактика на рака на шийката на матката при деца от 9 до 15 годишна възраст и при жени от 16 до 25 години. Ваксината се прилага в три дози през определени интервали. Друга ваксина е Cervarix на Glaxo SmithKline – двувалентна, за типове 16 и 18.

### **Препоръки за профилактика**

▼ Хората с повече и безразборни контакти са изложени на по-голям риск. Младите се заразяват по-лесно от един единствен контакт;

▼ Избягване на ранната бременност;

▼ Рискът е много по-висок при повече от пет раждания;

▼ Използване на кондоми: те предпазват от полово предадени инфекции, каквато е и тази.

▼ Без тютюнопушене.

▼ Участие в скрининг при възраст над 25 години;

▼ Съвет към мъжете и момчетата: не сменяйте често половия партньор и винаги използвайте презерватив.

## Рак на панкреаса

### Заболяемост и смъртност

Общата заболяемост от рак на панкреаса в ЕС е 11/100 000 население на година. При около 5% от пациентите са открити генетични фактори. По данни на Националния раков регистър за 2003 г. заболяемостта в България е 12,9/100 000 население. Общият брой на диагностицираните случаи през 2003 г. у нас е 573, което представлява 3,6% от всички диагностицирани ракови заболявания. За последните 15–25 години заболяемостта при мъже и жени нараства. Смъртността показва също тенденции за нарастване при двата пола. През 2003 г. смъртността при нас е 11,1/100 000 души. Общият брой на смъртните случаи е 865, което представлява 5,5% от всички смъртни случаи, дължащи се на злокачествени заболявания през 2003 г.

### Признаци и симптоми

Ракът на панкреаса често се развива безсимптомно в ранните стадии. Ако присъстват, симптомите обикновено включват загуба на тегло, дискомфорт в коремната област и в редки случаи глюкозна непоносимост. Тумори, които се развиват в близост до жлъчния канал може да го блокират и да доведат до жълтеница (пожълтяване на кожата и очите поради натрупване на пигмент). Понякога този симптом позволява туморът да бъде диагностициран в ранен стадий.

### Рискови фактори

Тютюнопушенето увеличава риска от рак на

панкреаса; заболяемостта при пушачи е повече от два пъти по-голяма. Има данни също, че рискът се увеличава при затлъстяване, намалена физическа активност, диабет, хроничен панкреатит и цирроза. Заболяемостта е по-висока в страни, където се консумират повече мазни храни. Показателят е малко по-висок при мъжете в сравнение с жените.

### Ранно откриване

Понастоящем окончателна диагноза може да се постави само чрез биопсия. Поради „тихото“ протичане на заболяването до биопсия се стига при вече авансирало заболяване. Учените се опитват да открият начини за диагностициране на рака на панкреаса преди появата на симптоми.

### Лечение

Хирургично лечение, лъчелечение и химиотерапия са начините за повлияване на рака на панкреаса, които могат да удължат живота и/или да облекчат симптомите при значителен брой пациенти, но рядко се стига до излекуване.

### Преживяемост

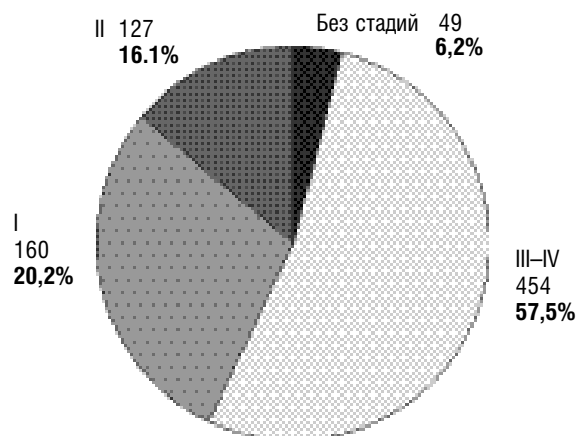
За всички стадии заедно комбинираната едногодишна преживяемост е 24%, а петгодишната е около 5%. Дори при пациентите, диагностицирани в локален стадий петгодишната преживяемост е само 16%.

## Рак на яйчниците

### Заболяемост и смъртност

По данни на Националния раков регистър за 2003 г. заболяемостта при жените в България е 19,6/100 000 жени. Общият брой новорегистрирани случаи за 2003 г. е 788, т.е. 5,4% от всички злокачествени заболявания при жените. Наблюдава се пик във възрастовия интервал 60–75 г., където заболяемостта е 42,9/100 000. В групата на гинекологичните неоплазми заболяемостта от рак на яйчниците е на трето място след рака на маточното тяло и маточната шийка. В същото време тя е причина за най-високата смъртност при жените от онкологични заболявания в същата група. Смъртността за 2003 г. е 9,5/100 000 жени. Броят на смъртните случаи от рак на яйчниците през 2003 г. е 383, т.е. 5,9% от смъртността от злокачествени заболявания при жените.

**Новодиагностицирани случаи за 2003 г. по стадии. Общият брой случаи е 788. (По данни на Националния раков регистър)**



### Признаци и симптоми

Най-честият симптом е нарастване на корема, което се дължи на събиране на течност в перитонеалната кухина. Рядко се появява вагинално кървене. При жени над 40 г. упорити симптоми на нарушено храносмилане (стомашен дискомфорт, газове, усещане за разтягане) може да са индикатор за по-задълбочено изследване за рак на яйчника. Скорошни изследвания показват, че симптоми на нарушено уриниране може също да са допълнителен знак за рак на яйчниците.

### Рискови фактори

Рискът от рак на яйчниците се увеличава с възрастта и достига връх при 70-годишните. Наличието на бременност и използването на орални контрацептиви намаляват риска от развиване на рак на яйчниците. В няколко големи проучвания е доказано, че използването единствено на естроген като заместителна терапия след менопауза увеличава риска. По-голямата телесна маса може би също е свързана с увеличен риск. Жени, които са прекарвали рак на гърдата или в чиито семейства се среща рак на гърдата или яйчниците имат увеличен риск. Унаследените мутации на BRCA1 и BRCA2 увеличават риска. Според проучванията превантивното хирургично премахване на яйчниците заедно с Фалопиевите тръби може да намали риска при жени с мутации на BRCA1 и BRCA2. Друг генетичен синдром - наследственият неполипозен рак на дебелото черво, също е свързан с рак на яйчника и ендометриума. Честотата на рак на яйчника е най-висока в индустриализираните страни.

## Ранно откриване

Рутинен скрининг при жени със среден риск не се препоръчва поради факта, че няма налични скринингови тестове, които да са достатъчно точни. Гинекологичният преглед може да открие заболяването само в редки случаи, и то когато стадият вече е твърде напреднал. Комбинацията обаче от основен гинекологичен преглед, трансвагинален ултразвук и кръвен тест за СА 125 трябва да бъде предлагана на жени, които са с увеличен риск. Тези тестове също се препоръчват и при жени, които имат симптоми. При жени със среден риск трансвагиналният ултразвук и кръвният тест за СА 125 помагат за диагностициране, но не се използват за рутинен скрининг. Има окуражаващи резултати от изследвания на специфични комбинации от белтъци в кръвта (протеомика), които показват евентуални възможности за разработване на чувствителни скринингови тестове за жени с висок риск в бъдеще.

## Лечение

Методите на лечение включват хирургия, химиотерапия и в някои случаи лъчелечение. Хирургичното лечение обикновено включва премахване на матката (хистеректомия) и единия или двата яйчника заедно с Фалопиевите тръби

(салпинго-оофоректомия). При някои много ранни тумори се премахва само засегнатият яйчник, особено при млади жени, които желаят да имат деца. При напреднали случаи се прави радикален опит за премахване на всички коремни метастази с цел да се увеличи ефектът от химиотерапията. Според изследванията при жените, диагностицирани с напреднал рак по-добър ефект от лечението, има ако са под грижите на онко-гинеколог специализирал в областта на раковите заболявания на женските репродуктивни органи.

## Преживяемост

Относителната преживяемост варира според възрастта: 57% от жените по-млади от 65 г. имат шанс да живеят повече от 5 години след поставяне на диагнозата в сравнение с жени над 65 г., при които шансът е 28%. Общата едно- и пет-годишна преживяемост на новодиагностицираните пациентки е съответно 76% и 45%.

Ако заболяването се диагностицира в локализиран стадий, пет-годишната преживяемост е 94%, въпреки че само около 19% от случите се откриват рано. При жени с регионално или метастазирало заболяване петгодишната преживяемост е съответно 68% и 29% (данните са за САЩ). В България няма официално публикувани данни за преживяемостта и изхода от лечение.



## Тумори при децата

Ракът в детска възраст е сравнително рядък, като една трета от смъртността се дължи на левкемии. Въпреки че е рядък, ракът е втората по значимост причина за смърт при децата, предхождана само от смъртността, вследствие на инциденти. Смъртността е спаднала с 48% след 1975 г.

### Ранно откриване

Ранните симптоми обикновено са неспецифични. Родителите трябва редовно да водят децата на медицински прегледи и да обръщат внимание на всички необичайни симптоми, като поява на необичайни образувания и подутини; необяснима бледност и загуба на енергия; внезапна склонност към образуване на синини; постоянна локализирана болка; продължителна необяснима температура; чести главоболия, придружени с повръщане; внезапна промяна в зрението; бърза и значима загуба на тегло.

### Детските тумори включват

- ▼ Левкемия (30%), която може да бъде разпозната при поява на болки в костите и ставите, отпадналост, кръвоизливи и висока температура.
- ▼ Тумори на мозъка и останалата нервна система (22,3%), които в ранен стадий могат да предизвикат главоболия, гадене, повръщане, замъглено или двойно виждане, обърканост, затруднена походка или боравене с предмети.
- ▼ Невробластом (7%) – рак на симпатиковата нервна система, който може да се появи навсякъде в тялото, но обикновено е подутина в корема.
- ▼ Тумор на Уилмс (6%) – рак на бъбрека, който може да бъде разпознат по подуването или появата на бучка в корема.

- ▼ Хочкинов (3,5%) и не-Хочкинов (4,5%) лимфом – засягат се лимфните възли. В по-късните стадии тези лимфоми се разпространяват в костния мозък и други органи, причиняват подуване на лимфните възли в областта на шията, подмишницата или хълбока. Могат да се излявят още с отпадналост и висока температура.
- ▼ Ретинобластом (3%) – рак на очите, който обикновено се появява под 14-годишна възраст.
- ▼ Остеосарком (2,4%) – рак на костите, който първоначално не се проявява с болка или други симптоми, докато не достигне големи размери.
- ▼ Сарком на Юинг (1,4%) – груб вид костен тумор

### Лечение

Лекуват се чрез комбинирана терапия (хирургия, лъчелечение, химиотерапия) в зависимост от типа и стадия на рака. Лечението се координира от екип от специалисти – детски онколози, медицински сестри, социални работници, психолози.

### Преживяемост

За всички видове рак общата 5-годишна преживяемост драстично се увеличава през последните 30 години - от по-малко от 50% преди 70-те години до близо 80% през втората половина на 90-те. Тези проценти обаче се различават значително в зависимост от отделния тип рак. За периода 1995-2001 г. 5-годишната преживяемост общо за всички видове рак е 79%; невробластом – 66%; мозък и останалата нервна система – 73%; кости и стави – 71%; левкемия – 80%; тумор на Уилмс – 92%; Хочкинов и не-Хочкинов лимфом – 95%. Късните странични ефекти включват увреждане на функцията на някои органи, вторичен рак и когнитивни разстройства.

## Малигнен меланом на кожата

### Статистика за България

Броят на новите случаи на малигнен меланом на кожата (ММ) през 2003 г. е 315 души. С тях, броят на всички живи пациенти с такава диагноза през 2003 г. е 1293.

#### Малигнен меланом в България през 2003 г.

Заболяемост (нови случаи)					
Мъже		Жени		Общо	
Брой	на 100 000	Брой	на 100 000	Брой	на 100 000
172	4,5	143	3,6	315	4,0
Смъртност					
75	2,0	53	1,3	128	1,6

Заболяемостта от меланома на кожата в България постепенно нараства, като това е по-силно подчертано при меланома у мъжете – почти 3,5 пъти за последните 25 години.

#### Фактическа заболяемост от меланом на 100 000 население

Пол	Мъже		Жени	
	1981 г.	2003 г.	1981 г.	2003 г.
Меланом	1,3	4,5	1,7	3,6

За сравнение, в САЩ, само през 2003 г. са установени 62 190 нови случая. Меланомът засяга бялата раса 10 пъти по-често от черната. В САЩ годишно жертвите на ММ са 7910 души. Смъртността от кожни тумори намалява при

бялата раса от 1988 г., а при меланомата това намаление започва едва през 1988 г.

**Признаци и симптоми.** Не всяка пигментирана лезия на кожата предполага риск от развитие на меланом. Подозрението обаче е основателно при забелязване на някои рискови признаци, промяна в размера, формата или оцветяването, както и появата на ново разрастване по кожата. Ако тези промени настъпват в рамките на дни, те най-често са безобидни. Когато обаче промените се развиват в рамките на месец, е необходима оценката им от лекар-специалист.

### Рискови фактори

Основните фактори са: история за излекуван кожен меланом в миналото, установяване на меланом при някой от кръвните роднини (при първа линия рискът е 200 пъти по-висок) и наличието на бенки по кожата. Рискът от бенките е по-голям, ако те са големи, шарени и множествени. За всички видове рак на кожата риск представлява и продължителното слънчево излагане, извън сезонното излагане в солариуми (поне веднъж месечно) и особено изгарянето. Хората имат различна естествена слънцезащита, определяна от степента на тяхната пигментация. Най-висок риск има при хората с изключително бяла кожа. Допълнителни рискови фактори са свръхчувствителност към слънчевите лъчи, заболявания с потисната имунна система. След успешно излекуване от кожен меланом, кумулативният риск от възникване на меланом на ново място е 1% през 1-та година, 2% през 5-та, 3% след 10-та и > 5% след 20 години.

## Профилактика

Да се ограничава излагането на слънчеви лъчи в часовете от 10 до 16 часа. Да се носи широка шапка, която да засенчва максимално кожата на лицето, ушите, раменете и деколтето. Носене на дълги панталони и грехи с дълги ръкави, както и слънчеви очила, покриващи максимално кожата около очите. Може да се използва слънцезащитен крем, чийто фактор на протекция (SPF) да е поне 15. Той трябва да се нанася на кожата минимум 20 минути преди излизане на слънце. Децата трябва също да се предпазват, защото слънчевите изгаряния на кожата в детството увеличават значително риска от рак на кожата в по-късна възраст. Да се избягва излишното излагане на UV-лъчи в солариуми.

## Ранно откриване

Основно значение за ранното откриване на рака на кожата, вкл. меланом, е да се разпознаят първите промени по кожата, описани по-горе. Не винаги промените са лесни за забелязване. Ето защо е необходимо редовно оглеждане както сами, така и от близките на негостъпните зони по гърба. Всяко подозрение трябва да ни насочи към специалист. За по-лесно ориентиране при съмнение от меланом, може да се използва ABCD правилото при

подозрителни бенки: Асиметрична – едната половина е два пъти по-голяма от другата; В (border, бариера) - границата е неравна, назъбена; С (color, цвят) неравномерност в пигмента – редуване на светли и тъмни зони, особено в много черни области; D – диаметърът е повече от 6 милиметра. Променящ характеристиките си невус е също белег.

## Лечение

Оперативно премахване заедно с лимфните възли в съседство, което е необходимо и за правилното стадияне. След отстраняване, всички тъкани се подлагат на микроскопски анализ. При напреднали стадии може да се приложи имунотерапия или химиотерапия.

## Преживяемост

При 83% от пациентите се установява в ранен стадий. Рискът от разсейки съществува и при малките по размер меланоми. Преживяемостта (след лечение) на 5-та и 10-година е съответно 92% и 89%. За ранния стадий на злокачествен меланом 5-годишната преживяемост достига 98%. При регионални или далечни метастази 5-годишната преживяемост е 64% и 16%.

## Стадиране на кожния меланом

За правилното стадиране е важна микроскопската преценка на дълбочината на инвазия (прорастване на тумора). По нея се определя:

**T – стагии по Breslow** (може да се допусне грешка, ако има разязвяване):

▼ T1 – до 0,75 mm;

▼ T2 – 0,76–1,5 mm;

▼ T3 – 1,51–3,0 mm;

▼ T4 > 3,0 mm.

### Класификация по Clark

▼ Ниво I – ограничен в епидермиса, над базалната мембрана;

▼ II – навлязъл в папиларната дерма;

▼ III – заема изцяло папиларната дерма, но не засяга ретикуларната;

▼ IV – навлязъл е в ретикуларната дерма;

▼ V – навлязъл е в хиподермата (подкожна мастна тъкан).



# Всички заедно

Все повече  
и все по-успешно  
срещу рака

*От навлизането в новия  
век водещ принцип за борба  
с рака на основните  
световни здравеопазни  
организации е:  
Всички – на всякакви  
равнища и от всички  
краища на света – да се  
обединяваме, работим и се  
борим заедно!*

## Световна декларация за борба срещу рака

(приета на Световния конгрес за борба срещу рак, проведен през м. юли 2006 г. във Вашингтон)

Ние, участниците от 139 държави, представители на правителства, фондации, национални и международни неправителствени организации, професионални органи, академии и гражданското общество на всички континенти, събрани във Вашингтон, САЩ, за да участваме в Световния конгрес за борба срещу рака на 8-12 юли, 2006 г., отчитаме, че:

▼ Понастоящем, приблизително **11 милиони души по света са диагностицирани с рак и почти 7 милиони души умират от тази болест всяка година**. Освен това, повече от 25 милиона души живеят с години, след като са получили диагнозата рак;

▼ **До 2020 г. годишно се очакват повече от 16 милиона нови случаи на рак и 10 милиона смъртни случаи от него**. Седемдесет процента от тези смъртни случаи най-вероятно ще се появят в развиващите се страни, които не са подготвени да поемат бремето на нарастващите ракови заболявания;

▼ Възможно е да се предприемат драматични стъпки срещу рака в световен мащаб — дори и в най-бедните страни — чрез усилия в здравеопазването, насочени към профилактика и ранно откриване на рака, а също и чрез подобрения в лечението на рака. **Възможността за колективни действия никога не е била по-голяма, а необходимостта от това по-спешна;**

▼ Новото виждане на световната общност за контрол върху рака е един свят, в който ракът е премахнат като основна заплаха за бъдещите

поколения. Това е свят, в който знанията и компетентността при контрола върху рака са справедливи, поделени и достъпни, в който новите научни открития достигат до медицинските заведения, свят, в който несъответствията при профилактиката, ранното откриване и лечението на рака се намаляват системно и дори се премахват и в който всички пациенти с рак получават най-добрите възможни грижи.

▼ Постигането на един такъв резултат изисква глобални действия, които **да направят контрола върху рака важен световен приоритет на десетилетието**. Той изисква широкообхватни, целенасочени и решителни усилия за стимулиране на световната общност за борба срещу рака, на общественя, частния и неправителствен сектори, да обединят силите си, за да осъществят инициативата във всеки един район по света.

Целта на настоящата декларация е доразвиване на Парижката Харта от 2000 г. и е призив за незабавни действия, насочени срещу бремето на рака в световен мащаб. Необходимо е да се изготвят доклади за напредъка на действията, предприети за изпълнението на настоящата декларация, които да подпомогнат разработването на бъдещите декларации за борба срещу рака, които ще се приемат на всеки Световен конгрес за борба срещу рака.

### Цел

Ние отправяме този призив за действия, които изискват партньорство между правителствата, частния сектор, неправителствените организации и международните организации, за да се изработят и изпълнят стратегиите, очертани по-году, преди следващия Световен конгрес за борба срещу рака през 2008 г.

## **Инвестиране в здравеопазването**

▼ Да се определят доводите, които показват, че инвестициите на дадена страна, вложени в борбата срещу рака, са инвестиция в здравето на населението, и следователно инвестиция в икономическото здраве на страната.

▼ Да се създадат нови възможности за непрекъснато изграждане на пакет от обвързващи мерки, които да могат да се адаптират като изисквания към медицинските заведения в различните страни и към традиционните (напр. общественост, медиуми, политици) и нетрадиционни партньори (напр. бизнес, финанси, селско стопанство).

## **За планиране на контрола върху рака**

▼ Да се увеличи броят на страните, които имат национални програми за контрол върху рака, обхващащи профилактиката, ранното откриване, лечението на рака, палиативните грижи и подкрепата за раково болните пациенти, техните семейства и болногледачите. Тези програми трябва да бъдат реалистични и подходящи за условията на страната, както и да включват специално определени бюджетни средства за тяхното изпълнение.

## **Наблюдение/регистрация на рака**

▼ Да се увеличи броят на страните, които имат изпълними и подходящо финансирани системи за наблюдение на рака, включително регистри за раковите заболявания. Тези системи трябва да събират и анализират данни за степента на разпространение на раковите заболявания и възможното им бъдещо развитие, обхват на разпространение и тенденции в рисковите фактори смъртност, брой загубени човеко-години поради смърт, да наблюдават резултатите от

профилактиката, ранното откриване/скрининга, лечението и палиативните грижи.

## **Контрол върху тютюна**

▼ Да се увеличи броят на страните, прилагащи стратегии, определени като успешни в Рамковата конвенция за контрол върху тютюна на СЗО (FCTC), като например ценови и данъчни мерки; защита от излагане на тютюнев дим; контрол върху тютюневите изделия; спиране употребата на тютюн; ограничения върху спонсорирането и рекламата, насърчаваща употребата на тютюн; засилване на мерките по поставяне на предупредителни надписи върху опаковките и при етикетирание на тютюневите продукти; контрол върху незаконната търговия с тютюневи продукти; забрана на продажбите им на и от малолетни.

## **Ваксини**

▼ Да се разработи съвместен международен план за прилагане на HPV-ваксинационни програми в страните с ниски и средни доходи, в които има високо разпространение на рак на маточната шийка, като тези програми да очертават конкретни действия за намаляване на разходите и за обезпечаване на обществено и професионално обучение, обществена политика и изследвания.

▼ Ваксината срещу хепатит В да се включи в задължителните ваксинационни календари за пеленачета, особено в страните с висока честота и разпространение на рака на черния дроб.

## **Ранно откриване/лечение**

▼ Всички страни трябва да приемат подходящи указания за програми, основани на доказателства, за ранно откриване и лечение, да разработят съответните приоритетни мерки, пригодени към различните социално-икономически, културни

условия и ресурси. Паралелно с тези дейности трябва да се осъществяват програми за обществено и професионално здравно обучение, които да подчертават ползата от ранното откриване.

▼ Може да се появи нуждата и от допълнителни инвестиции в инфраструктурата на здравните услуги, необходими за облекчаване на допълнителното бреме от заболяването, настъпва в резултат на ранното откриване.

### **Палиативни грижи**

▼ Увеличаване броя на страните с национални програми за контрол върху рака, които приемат облекчаването на болката и палиативните грижи като съществен елемент от услугите във всички заведения за лечение на рака и при домашно лечение, включително достъпът до опиати като перорален морфин, симптоматичен контрол, психологична и семейна подкрепа.

### **Мобилизиране на хората за действие**

▼ Увеличаване на възможностите, които позволяват на хората, живеещи с рак, и на хората, които са засегнати от рака, да участват пълноценно в общинските, регионални и национални усилия за контрол върху рака. Примери за това са обучение (напр. на представители на медиите и на

групите за застъпничество) и развитие на партньорство (напр. изграждане на коалиции, които да отправят нетърпящи възражение призови за действие).

### **Подкрепа на етапите по действията**

▼ Разработване и прилагане на процес за наблюдение и контрол на тези действия, както и разработване на бъдещи действия, които да включват оценка на напредъка, доклади по напредъка и определяне на ролята на организацията, работещи в сферата на международния контрол върху рака.

### **Призив за действие**

Действията трябва да отговарят на следните критерии:

▼ да могат да бъдат постигнати през следващите 2-3 години;

▼ да могат да бъдат мониторираны/проследявани;

▼ да се основават на факти и доказателства;

▼ да бъдат изпълними в страните с ниски и средни доходи;

▼ да са с висок приоритет и обществена значимост;

▼ да не бъдат многобройни, за да не се разпиляват ресурси.

За повече информация: [www.worldcancercongress.org](http://www.worldcancercongress.org)



## Европейските измерения на рака

„Днес ракът е болест, която продължава да убива един европеец от всеки четирима. Новите случаи, по локализации, регистрирани в 15-те страни-членки, се очаква да бъдат подобни на сегашното състояние в Европейския съюз.

През 1997 г. най-честите ракови локализации в ЕС бяха ракът на дебелото и правото черво, гърдата, белият дроб, простатата, пикочният мехур, ракът на стомаха – към 59% от всички новорегистрирани случаи. За същата година най-чести за смъртността локализации бяха тези на белия дроб, дебелото и право черво, гърдата, стомаха, простатата и задстомашната жлеза – към 57% от всички починали от рак.

Тези цифри, колкото и да изглеждат високи, отразяват само малка част от човешките и социални измерения на страданието, причинено на раково болните и техните семейства, както и на финансовите и икономически измерения на здравеопазните ресурси, вложени за диагнозата, лечението и грижите, свързани със заболяването. Тези цифри обясняват също защо Европа е ангажирана с глобалната битка срещу тази болест.“

*Из „Препоръка на ЕК за провеждане на раков скрининг“, Брюксел, 5 май 2003 г.; COM (2003) 230.*

## Европа срещу рака

Първата програма на ЕО в областта на здравеопазването беше срещу рака, създадена с Резолюция на Съвета и представителите на правителствата от 7 юли 1986 г. През 1988 г. и 1996 г. от същия форум, както и от Европейския парламент бяха приети три последователни решения за план за действие срещу рака: Първи план – 1988-89 г.; Втори план – 1990-1994 г. и Трети план 1996-2000 г. След това – на 26 февруари 2001 г., Парламентът и Съветът приемат решение за продължаване на програмите, вкл. за борбата с рака. Първите резултати насочиха към действия в по-нови области – превенция на рака, информиране на хората, здравно обучение (специално в училищата) и обучение в сферата на здравеопазването.

Новаторският характер на **Програмата „Европа срещу рака“** не се отнася само за приоритетните области, но и за избраната стратегия с 3 основни елемента:

1. Подходът за партньорство, който позволява програмата да обединява всички национални „актьори“, въввлечени в борбата срещу рака.
2. Създаване на „Европейски кодекс срещу рака“ – с 10 правила за здравословен живот.
3. Дългосрочно внимание, което да осигури намаляване на смъртността до 2000 г. поне с 15%. Трите последователни плана за действие допринесоха за намаляване на смъртността за периода 1987–2000 г. с 10%, а това означава спасяване на живота на 92 000 европейски граждани. Тревога създава увеличаване на тютюнопушенето сред жените. Регистрирано е 5% увеличение на смъртността от рак при жените на органите, зависими от тютюнопушене.

## Европейският парламент изисква

### да бъдат създадени здравни заведения за лечение на рака на гърдата в ЕС

През 2003 г., Европейският парламент гласува

#### **Резолюция за рака на гърдата**, изискваща:

▼ да бъде постигнато 25% намаляване на смъртността от рак на гърдата и 5% намаляване на различията между държавите членки;

▼ новоприетите държави да засилят борбата с рака на гърдата с помощта на Комисията;

▼ да се изготви доклад за предприетите мерки и да се очертаят бъдещите действия.

Три години по-късно в държавите членки не е постигнато много от изискванията на Европейския парламент. За това ЕП през октомври 2006 г. прие нова резолюция – с която потвърждава изискванията от 2003 г. и мерките за тяхното ефективно прилагане.

Понастоящем 11 от 25 държави-членки осъществяват скрининг за рак на гърдата на национално ниво, въпреки че не винаги са спазени изискванията за Европейските стандарти за качество.

Между другите неща, Резолюцията от 2006 изисква:

▼ държавите членки да въведат скрининг за рак на гърдата на национално ниво и да провеждат по-добра информационна политика;

▼ да създадат на национално ниво медицински интердисциплинарни центрове за рак на гърдата;

▼ защита на болните от рак на гърдата по отношение на работата им;

▼ да бъде обърнато специално внимание на младите жени, болни от рак на гърдата.

(<http://epha.org>)

## EUROCHIP-2

EUROCHIP е мултидисциплинарен, многогодишен проект, имащ за цел да реализира организационен модел, който ефективно да преодолее неравенствата в отделните страни при борбата с рака на територията на Европейския съюз.

С оглед намаляване на различията между отделните държави се налага някои от тях да дадат приоритет на превенцията, други на грижите за болните, трети – на наблюдение и т.н. В някои държави липсва основна епидемиологична информация и е необходимо те да изградят национални ракови регистри.

EUROCHIP-2 има за цел да подобри достъпа до информация за рака, да оптимизира организацията на събирането и интегрирането ѝ във всички страни-членки с оглед предприемането на по-ефективни действия в борбата с тази болест. Специфични цели на програмата са:

1. Да разшири системата от противоракови мрежи, създадени в рамките на програмата EUROCHIP-1, в една по-широка мрежа, обхващаща всички 25 държави-членки, както и да привлече нови здравни институции и мрежи за борба с други хронични заболявания.

2. Да представи данните, събрани в процеса на работа на EUROCHIP-2 на Европейския здравен портал – <http://ec.europa.eu/health-eu/>. EUROCHIP-2 съсредоточава дейността си за преодоляване на неравенствата в отделните страни при борбата с рака. Затова ще се стреми да ускори процеса по събиране и анализа на информация, предприемане на съответни действия и разпространение на получените резултати.

## Европейско училище по онкология (ESO)

Най-старото и най-активно международно „училище“, посветило изцяло усилията си за повишаване знанията на всички здравни специалисти по проблемите на онкологичната медицина и здравеопазване.

Училището е основано през 1988 г. от италианците проф. Умберто Веронези (Umberto Veronesi) и Л. Дел Драго (Landomia Del Drago). Целта му е да допринесе за намаляване на смъртността от рак в резултат на късно поставена диагноза и/или неадекватно лечение. Мотото е „Learning to care“ („Научаване да се грижим“), с което акцентът се поставя върху концепцията да се изследва и учи, както и да се полага грижи за пациента в най-широк смисъл чрез повишаване знанията и усилията на всички здравни професионалисти, които имат пациенти с рак. ESO скъсява времето необходимо за прилагане в ежедневната практика на знанието, получено в напредналите изследователски центрове. Дейността на училището се направлява от висококвалифициран теле-международен Научен комитет (14 членен) с председател проф. У. Веронези и Консултативен борд. Седалището (Главната квартира) е в Милано с директор д-р Алберто Коста (Alberto Costa). В няколкото офиса на училището по света работят над 50 души, а през първите 20 години от неговата дейност лектори в курсовете са били над 1000 водещи специалисти с участието на над 20 000 курсисти.

### Дейности

Учебно-образователни прояви, които са 4 вида:

▼ **Inside Track Conferences** – конференции за лица с клиничен опит, на които се предоставят концептуални (есенциални) новости;

▼ **Master classes** – седмични курсове за студенти (до 60 души) и лектори (над 20 души), които имат директен контакт помежду си. Предназначени са за млади специалисти, които тепърва се определят и ориентират в професионалната си кариера.

▼ **Advanced courses and seminars** – образователни курсове на английски език, които отговарят на специфичните образователни нужди за дадена географска среда;

▼ **Training courses in native languages** – базисни обучителни курсове на родния език за лекари и медицински сестри, които са в началото на своята кариера.

**The ESO Clinical Fellowship Fund** дава възможност на изявени ESO-студенти да се учат и задълбочат своите познания, придобити в курсовете на ESO за период от 6 месеца или 1 година в Европейски клиничен център от най-висок ранг. Стипендиите са в различни области на онкологията и носят името на лица, които имат особена роля за създаване и растеж на училището. Програмата за стипендии бива оповестявана един път годишно.

За повече информация: [www.cancerworld.org](http://www.cancerworld.org)

## Президенти, които оставиха трайна следа в борбата с рака



**Ричард Никсън  
(1913–1994)**

„Доиде времето в Америка, когато същите концентрирани усилия, които доведоха до разделяне на атома и отведоха човека на Луната, да бъдат насочени за борбата срещу тази болест [рака]. Нека от най-богатата нация в света се превърнем в най-здравата.“

Тези думи са изречени през 1971 година от президента Ричард Никсън, 37-ият президент на САЩ в периода 1969-1974 г. Вземайки присърце отговорността пред своята нация, пред настоящото и бъдещите поколения, президентът Никсън решава да постави проблема за борбата с рака на най-висше държавно ниво. Благодарение на неговата кратка, но прочувствена реч пред Сената е решено към бюджета на **Националния раков институт** да бъдат отпуснати допълнително \$100 млн. за научни изследвания. На 23 декември 1971 г. **National Cancer Act е утвърден като закон**. Освен това, през същата година, президентът превръща военната база Детрик, Мерленд, в център за биологични изследвания, който по-късно прераства в Изследователски център по рака „Фредерик“ - понастоящем най-голямата лаборатория за научни разработки по онкология и СПИН.

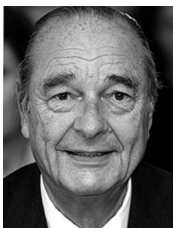
С тази инициатива се поставя началото на един

мощен национален проект за борба с рака, в който вземат участие редица национални институции в САЩ. Основният координатор по тази програма е американският National Cancer Institute (Националният раков институт).

„Войната“ срещу рака е обявена, но природата на противника – рака – по това време е била малко известна, а с това и средствата за борба с него. През следващите години се открива многоликият характер на рака, с неговите множество локализации, всяка с разнообразие от причини и прояви. Липсата на познания по това време за точно определения механизъм на онкогенезата, налага инвестирането на огромни средства в задълбочени научни изследвания.

Тази програма даде тласък за развитието на експерименталната онкология и откриването на непознати механизми на онкогенезата, някои от които вече са в основата на ефективна терапия. Разшириха се познанията за молекулярните механизми на рака, ролята на онкогените и тумор-супресорните гени, растежните фактори и регулационните механизми в генната експресия. За възникване на раково заболяване са необходими определени условия и фактори на организма и на средата, действащи в комбинация или в последователност в продължение на 10 и повече години преди да бъде поставена диагнозата. От 1971 г. до сега, **средствата по тази програма са се увеличили почти 30 пъти - от \$ 150 милиона на \$ 4,6 милиарда през 2005 г.** Проведени са 150 хиляди експериментални проучвания на животни и са **публикувани милион и половина научни статии**, описващи многообразието в раковата генеза.

На 23 март 2003 г. президентът на Франция



## **Жак Ширак**

**представя в Елисейския дворец основните насоки от своя План за борба с рака – превърнал се в един от приоритетите на 5-годишния му мандат.**

### **Цели**

1. Популяризиране и осъществяване на дейности, които да подкрепят здравословния начин на живот:

- ▼ С 30% да се намали тютюнопушенето сред младите;
- ▼ С 20% да се намали тютюнопушенето сред възрастните;
- ▼ С 20% да се намали алкохолната зависимост сред възрастното население;
- ▼ Да се популяризира хигиената на храненето;
- ▼ Да се засили борбата срещу раковите заболявания, придобити по професионални причини или от фактори на околната среда;
- ▼ Да се създаде национална база данни и да се развият нови специализирани ракови регистри.

2. Ранно откриване – създаване на стратегии за съгласувани (кохерентни) усилия по цялата територия на страната:

- ▼ За рака на гърдата – 80% от жените между 50 и 74 години трябва да бъдат включени за скрининг и проследяване;
- ▼ За рака на шийката на матката – 80% от жените между 25 и 69 години трябва да бъдат включени за скрининг и проследяване;
- ▼ За колоректалния карцином – да се създаде експериментална стратегия, която да може впоследствие да се прилага масово;
- ▼ Да се подобрят условията за ранно откриване на меланома;

▼ Да се гарантира достъпът до тестове за генетична предрасположеност към рак.  
3. Да се предприеме необходимото за полагане на индивидуализирана грижа за всеки пациент и поемане на отговорност от страна на всички заинтересовани институции в рамките на една мрежа, която от 1971 година обхваща 100% от пациентите:

▼ Пациентът трябва да бъде в сърцевината на една система за предоставяне на качествена грижа, която да е взаимнообвързана с останалите елементи на борбата с рака и прозрачна за обществото;

▼ Системно да се координира полагането на грижи, а болничните заведения да са в близост до пациента, като се наблегне особено на създаването на „Система за обмен на медицински документи“ в Регионален пул за онкология;

▼ Да се положат особени грижи за децата и възрастните хора;

▼ Да има достъп до информация;

▼ Да се обръща повече внимание на болните и техните очаквания, като особено се наблегне на улесняване на достъпа до химиотерапия по местоживееене, както и да се взема под внимание облекчаването на болката;

▼ Да има възможно най-широк достъп до диагностични и терапевтични новости, като се наблегне на осигуреността с апарати за образна диагностика – (IRM, Mtoe)

4. Да подпомогне удължаването на живота и професионалния път, колкото е възможно повече:

▼ Да се подобрят условията за работещите и завръщащите се на работа пациенти;

▼ Да засили полагането на грижи по местоживееене чрез увеличаване на ресурсите, предназначени за това;

▼ Да се разшири достъпът до получаване на заеми

и осигуровки от страна на пациентите – особено чрез предоставяне на достоверна информация за конвенцията Belorgey\*;

▼ Да се улесни възможността на родителите да бъдат близо до болното си дете;

▼ Да улесни достъпът на пациентите и асоциациите им до психологическа подкрепа, помощ и развлечения;

5. Да се осигури бърз трансфер на знания от науката към терапевтични приложения:

▼ Да се дефинират три приоритетни лъча за изследвания:

✓ епидемиологични изследвания;

✓ в областта на биологията и на генома;

✓ изследвания в областта на клиниката на рака.

▼ Минимум 10% от пациентите да се включат в клинични изпитвания в големите реферативни центрове;

▼ Да се възприеме проектният подход за финансиране на проучванията;

▼ Да се създадат „ракови средища“ на местно и междуобластно ниво;

▼ Да се подкрепя публично-частното партньорство;

▼ Да се създадат здравни звена с международно значение.

## Реализацията

1. Изпълнението на плана ще се контролира от Националния институт по рака, като е необходимо:

▼ Да се подсили по-добра координация между заинтересованите страни и да се развива партньорството с частния сектор;

▼ Да се дефинира, финансира и контролира всеобхватна стратегия и съответните планове за прилагането ѝ;

▼ Да се предложи глобална визия за борбата с рака;

▼ Да се приложи и проследява изпълнението на плана на съответните нива;

2. Да се отделят средствата за изпълнение на дейностите:

▼ Финансиране: планът предвижда инвестирането на 100 милиона евро през 2003 г., които трябва да достигнат 640 милиона в края на 2007 г.

▼ Да се подобри обучението на професионалистите, особено чрез прилагане на реформа в базисното образование и чрез засилване на обучението при допълващите медицински професии;

▼ Да се създаде национален и регионален механизъм за проследяването на онкологичните случаи в Центровете за координация по онкология, като във всяка Агенция за хоспитализация има и „Кореспондентски раков център“;

▼ Да се създаде средство за измерване на ефекта от прилагането на дейностите – както по отношение внедряването на плана, така и за неговото приемане от страна на професионалистите и пациентите.

\* Благодарение на Конвенцията, приета на 19.09.2001 г., на болните не може да бъде отказван заем от страна на банки и осигурителни дружества.

На 28.04.2006 г. президентът представи **Втората фаза от плана си за борба срещу рака**. Наш дълг е да продължим и да засилим тази борба за живот, подчерта държавният глава на Франция.

**Приоритетите сега са четири:**

**Първата област** е тази на зависимостите. Нужен е план за борба с тютюна. Досегашните дейности доведоха до намаляване на пушачите с близо 1 400 000 души. Въпреки това, 22 000 смъртни случая годишно са настъпили в резултат на тютюнопушене. 11 000 са смъртните случаи вследствие на употреба на алкохол. Към особено вредните зависимости Ширак добави и употребата на канабис. Към всяка болница ще се създаде Център по зависимости, ще се привлекат и допълнителни експерти, които постоянно ще бъдат обучавани.

**Втората област**, е ранното откриване. Необходимо е да се приложи най-съвършената система за ранно откриване. След въвеждане на програмата за ранно откриване на рака на

шийката на матката, да се апробира програма за откриване на рака на простатата в няколко пилотни региона.

**Третата**, са научните изследвания, най-вече върху връзката между геном и рак. Целта е да се прилага по-насочено лечение и да се открива генетичната предразположеност към рак.

Време е да се въведе и карта за идентифициране на туморите във всеки регионален пул по онкология. За всеки рядък вид тумори ще се посочва референтен център, определен от Националния противораков институт.

**Четвърти приоритет** е осигуряването на нормален начин на живот на пациентите.

Това ще включи процедура по лицензиране на заведенията, които се грижат за раково болни, както и сертифициране на медицинските екипи в тях. Ще продължат и усилията за подобряване на медицинската апаратура – особено в областта на образната диагностика.

## Световната здравна организация (СЗО) и ракът



След създаването на СЗО през 1948 година проблемите, свързани с рака са сред приоритетните задачи на организацията и на нейните органи и форуми.

### Резолуции на Световната здравна асамблея по проблемите, свързани със злокачествените новообразувания

WHA 51.18 – Превенция и контрол на незаразните заболявания.

WHA 53.17 – Превенция и контрол на незаразните заболявания.

WHA 56.1 – Контрол върху тютюна.

WHA 57.12 – Стратегия за репродуктивното здраве, вкл. контрол върху рака на маточната шийка.

WHA 57.16 – Промоция на здравето и здравословния начин на живот.

WHA 57.17 – Глобална стратегия за диетите, физическата активност и здравето.

WHA 58.22 – Превенция и контрол на рака.

## СЗО определя индикатори и показатели за равнището на борбата с рака в държава-членка на СЗО

### Общи положения

- ▼ направен ли е детайлен анализ на ситуацията;
- ▼ има ли програма за контрол на рака;
- ▼ каква част от бюджета за здравеопазване е отделен за контрол на рака;
- ▼ как се разпределя бюджетът между 4-те основни

съставки на програмата за контрол на рака: профилактика, ранно откриване, диагностика и лечение, палиативни грижи;

- ▼ участие на неправителствените организации;
- ▼ има ли стратегия за профилактика;
- ▼ има ли програми за скрининг и ранно откриване;
- ▼ има ли стандарти за диагноза и лечение;
- ▼ подготовка на персонал;
- ▼ мониториране и одит;
- ▼ събират ли се достатъчно подходящи данни.

### Състояние на профилактиката

#### Тютюн

- ▼ проценти на пушачите по възраст и пол;
- ▼ брой разпространители и търговци на тютюн;
- ▼ политика, която осигурява цената на тютюна да нараства по-бързо от стандарта на живот;
- ▼ закони да забраняват (ограничават) пасивното пушене и рекламирането на тютюна.

#### Алкохол

- ▼ консумация на глава от населението;
- ▼ процент на пиещите, които консумират повече от 2 пъти дневно;
- ▼ брой търговци на алкохол.

#### Диета

- ▼ целогодишно предлагане на плодове и зеленчуци;
- ▼ процент, консумиращи повече от 5 порции плодове и зеленчуци дневно;
- ▼ процент затлъстяване по пол и възраст.

#### Физическа активност

- ▼ процент възрастни, които правят упражнения по 30 мин. 5 дни седмично;
- ▼ промоция на физическа активност в училищата;
- ▼ място за велосипеди.



### **Възможности за ранно откриване**

- ▼ процент болни, диагностицирани в първи стадий по локализации;
- ▼ въвеждане на скрининг програми;
- ▼ външен контрол за качеството на програмите.

### **Гърда**

- ▼ процент жени от 50-69 г., на които се правят мамографии на 2 г.
- ▼ процент жени, преминали през скрининга, които са извикани за доуточняване;
- ▼ процент открит рак на гърдата при скрининг;
- ▼ чувствителност и специфичност на програмата;
- ▼ процент, изгубени от контрол жени;
- ▼ съотношение консервативно лечение спрямо мастектомии;
- ▼ промяна на смъртността /след 10 г./.

### **Шийка на матката**

- ▼ процент жени между 25-60 г., при които е направен цитологичен скрининг през последните 5 години;
- ▼ процент от жените, извикани за уточняване;
- ▼ възможности за достъп до колпоскопия за диагностика и лечение;
- ▼ процент неадекватни намазки;
- ▼ съотношение бенигни към малигни лезии;
- ▼ видове назначено лечение;

- ▼ чувствителност и специфичност на програмата;
- ▼ промяна на честотата /след 5 г./.

### **Равнище на диагностиката и лечението**

- ▼ процент болни, лекувани от мултидисциплинарен екип;
- ▼ създаване на правила за локализациите;
- ▼ възможности на апаратурата за диагностика и лечение, наличие на лекарства и консумативи;
- ▼ за най-основните локализации:
  - ✓ средно време за диагностика;
  - ✓ средно време до дефинитивно лечение;
  - ✓ процент болни, които получават специфично лечение /хирургическо, лъче-, химио-, хормоно-/.

### **Възможности за оказване на палиативни грижи**

- ▼ достъп до палиативни грижи;
- ▼ отстраняване на бариерите пред изписване на опиоиди;
- ▼ стандарти и планове за палиативни грижи;
- ▼ подготвени кадри за палиативни грижи;
- ▼ наличие на клиници за палиативни грижи;
- ▼ легла за палиативни грижи;
- ▼ процент от болните с напреднало заболяване, които получават опиоиди;
- ▼ лечение на болката.

## **СЗО напомня:**

### **Националните програми за контрол на рака – главно средство за борба със заболяването**

Най-добрият начин да бъде намалена честотата и смъртността от рак, да бъдат подобрен преживяемостта и качеството на живот на болните от рак е наличието и реализирането на **Национална програма за контрол на рака**. Това е препоръка към всички държави, които членуват в СЗО.

Така, най-ефективно ще бъдат използвани възможностите, с които се разполага:

#### **Наличието на Национална програма:**

- ▼ показва проблема в неговата комплексност;
- ▼ помага за засилване на обществената ангажираност;
- ▼ по-добре се използват достъпните средства, избягват се злоупотребите;
- ▼ приоритетите се поставят в перспектива, особено ролята на профилактиката;
- ▼ на първо място се прави обучение на професионалистите;
- ▼ развитието на програмата води до усещането за нея като към собствено постижение;
- ▼ осъзнава се научната основа на дейностите;

#### **Акценти при изготвяне и използване на Национална програма за контрол на рака**

- ▼ Специално внимание трябва да бъде отдадено на обучението на лекарите. Те трябва да бъдат обучени на основните правила, които ще им

позволят да интегрират в своята ежедневна дейност профилактиката, ранното откриване и палиативните грижи за болните от рак.

▼ Всички държави трябва да създадат системи за наблюдение и информация, които ще им позволят да мониторират и оценяват епидемиологичните данни и данните от Програмата. Тези данни ще им послужат за вземане на подходящи решения.

▼ Държавите, отделящи малко средства трябва да се ограничат с ключови приоритети. Всеки приоритет трябва да бъде въвеждан на етапи, което ще позволи системно прогресиране и разширяване на дейностите, съдържащи се в Програмата и обхващане на нови географски области.

▼ Важно е също да се осигури прилагането на подходящи технологии, които са ефективни (с добро съотношение цена-ефективност) и могат да бъдат финансирани с ограничените средства.

▼ В държавите, които отделят малко средства и където повечето болни се откриват в напреднал стадий на заболяването, може да се започне с палиативните грижи, които не изискват много средства и да се продължи последователно към прилагане на по-комплексен подход, който да включва ранно откриване и профилактика.

▼ Държавите, които разполагат с повече средства могат да започнат с пълното прилагане на доказаните стратегии в рамките на една Национална програма. Те трябва да преосмислят по-ефективното инвестиране на средства чрез избор на подходяща стратегия и да отпуснат средства за подобряване на слабите области в онкологичната помощ.

## **СЗО: приоритети в Национална програма за контрол на рака**

### **Приоритетни профилактични дейности**

Всички държави трябва да приемат като приоритет прилагането на интегрирана стратегия за промоция на здравето и профилактика.

Минималните действия трябва да включват ограничаването на употребата на тютюн и контрол на потреблението му, намаляване на употребата на алкохол, промоция на здравословна диета и физическа активност и просвета за ролята на сексуалните и репродуктивни фактори. Всички страни трябва да приемат политика за рака, причинен от упражняваната професия на хората и да създадат закони, с които да контролират известните канцерогенни агенти от околната среда. Стратегиите трябва да включват законодателни и регулаторни мерки, мерки свързани с околната среда и просвета на ниво община, училище и индивид.

Избягване на излагането на слънце трябва да бъде препоръчано на хората с по-висок риск.

Държавите, разполагащи с малко средства трябва да се ограничат в областите, в които нуждите са най-големи и съответно вероятността за успех също е най-голяма. Те трябва да осигурят условия приоритетните профилактични дейности да бъдат приложени при тези групи от хора, където мерките могат да бъдат успешни и целият процес може да бъде целенасочен. В онези области, в които преобладава ракът, причинен от биологични агенти, специални мерки трябва да бъдат предприети за овладяване на инфекциозния агент, например шистозомии и хепатит В. В области с

рак на черния дроб трябва да бъде включено ваксиниране с HBV-ваксина.

Страните, разполагащи с повече средства могат да приложат пълни и доказани стратегии за промоция на здравето и профилактика, като осигурят прилагането им на национално ниво.

### **Приоритетни действия за ранно откриване**

Ранното откриване, при хората с оплаквания, като част от Национална програма, трябва да включва просвета на населението за онези признаци и симптоми на рак, които се проявяват рано в хода на болестта и какво трябва да се направи, когато такива признаци се проявят.

Лекарите трябва да бъдат обучени да разпознават ранните форми на рак. Локализациите, при които е възможно ранно откриване са: устна кухина, ларинкс, колон, ректум, кожа, гърда, шийка на матката, пикочен мехур и простата.

Държавните, разполагащи с малко средства трябва да започнат с първи етап, на който да препоръчват ранно диагностициране с приоритет върху една или две локализации на рака. Тази дейност да започне отначало с пилотно проучване в област, където е осигурено добро ниво на диагностика и лечение.

Държавите, разполагащи с повече средства трябва да приложат пълна Национална стратегия за ранно диагностициране на всички преобладаващи локализации, които са подходящи за това.

### **Скрининг**

Там, където честотата на рака оправдава такъв подход и необходимите средства са на разположение, се препоръчва скрининг за рак на гърдата и шийката на матката. Това е приложимо

само в гържави, разполагащи с необходимите средства. Скрининг за други форми на рака понастоящем не може да бъде препоръчан като здравна политика. Всички гържави, прилагащи скрининг трябва да оценяват онези фактори, които определят дали Програмата постига ефективност или не е ефективна.

При гържавите, разполагащи с малко средства, в които има инфраструктура, позволяваща цитологичен скрининг за рака на шийката на матката, препоръката е той да се предприеме при голяма част от жените на възраст 35-40 г. един път или където повече средства са на разположение – на 10 г. за жените от 30–60 г. Страните с малко средства, които не разполагат с възможности за цитологичен скрининг не трябва да го предприемат. Те трябва да изчакат докато не бъде потвърдено наличието на по-евтин метод. Държавите, разполагащи с повече средства трябва да подобряват прилагането на национален скрининг за рака на гърдата и на шийката на матката.

### **Приоритети при лечението на рака**

Всички гържави трябва да осигурят достъп и ефективност на диагностиката и лечението на рака, чрез установяването на доказани клинични правила, списък на лекарства, уточняване на пътя на болния, проследяването (наблюдението) му и осигуряване на системи за оценка на дейността, както и за непрекъснато обучение на специалистите, ангажирани в лечението на болните от рак.

Освен това, ръководствата трябва изрично да подчертаят избягването на опит за лечение тогава, когато ракът е нелечим и на болните в такъв стадий следва да се предлагат палиативни грижи.

Държавите, разполагащи с малко средства трябва да организират диагностиката и лечението с приоритет върху основните, открити сравнително рано локализации, или на онези, които имат висок потенциал за излекуване.

Държавите, разполагащи с повече средства трябва да засилят дейността по развиването на центрове за лечение и палиативни грижи за болните от рак, като са особено активни при организирането на клинично обучение и проучване. Те могат да създадат и референтни центрове в страната, както и да получават консултации от чужбина.

### **Приоритетни действия за представяне на палиативни грижи**

Всички гържави трябва да създадат пълни програми за палиативни грижи с цел подобряване качеството на живот на болните. Тези програми трябва да включват лечение на болката, контрол на други симптоми, психологична, и духовна подкрепа. Навсякъде трябва да се препоръчва – в обществото и сред специалистите, че болката при онкологично болните трябва да се лекува и трябва да бъде осигурен морфин, приеман през устата, на всички нива в здравните заведения.

СЗО предлага на правителствата **комплекс от практически мерки** за успешна реализация на Национална програма за контрол на рака:

- ▼ правителствена поддръжка за финансиране, както и търсене на нови пътища за финансиране;
- ▼ участие и контрол от страна на правителството;
- ▼ наличие на оперативен план, който се основава на анализ на ситуацията и има измерими цели;

- ▼ подобряване на баланса в националната програма и поставяне на съответен акцент на профилактиката, подобряване на контрола на употребата на тютюн, поощряване на промяна в диетата и препоръчване на физическа активност;
- ▼ правителството ратифицира Конвенцията на СЗО за контрол на тютюна;
- ▼ да се повиши контролът на рисковите фактори;
- ▼ да се определят частите от бюджета за профилактика, ранно откриване и скрининг, диагностика и лечение, палиативни грижи; да се балансира помежду им;
- ▼ да се въведат контролни механизми за бюджета;
- ▼ да се подобри просветата на учениците и обществото за здравословен начин на живот;
- ▼ да се подобри образованието на лекарите и усъвършенства обучението на онколозите;
- ▼ да се въведе лицензиране и акредитация на онкологичните специалности;
- ▼ да се предлага по-добро качество на дейностите за контрол на рака;
- ▼ да се подобри връзката със скрининга;
- ▼ да се намали разликата в достъпа до скрининг, диагностика и лечение в различните географски области и социални прослойки;
- ▼ да се създаде национален стандарт за диагностика и лечение на рака;
- ▼ в болниците необходимото оборудване да е съобразено с международните стандарти;
- ▼ да се създадат правила за палиативни грижи като по-добре се разпределят отговорностите за полагането им;
- ▼ да се подобри психологическата поддръжка на болните и предоставянето на информация;
- ▼ да се подобри информационната система за по-добро мониториране.

## **СЗО**

### **Най-честите и важни фактори, които възпрепятстват успешната реализация на национална програма за контрол на рака**

- ▼ Министерството на здравеопазването не дава приоритет на борбата с рака;
- ▼ липсва обществена поддръжка;
- ▼ липсват средства;
- ▼ прекалено се разчита на лечението;
- ▼ безкритично се приема Западният подход;
- ▼ недостатъчно квалифициран персонал;
- ▼ възпрепятстващи културни и религиозни фактори;
- ▼ липса на разбиране от страна на здравните професионалисти;
- ▼ ограничен достъп до морфин, приеман през устата;
- ▼ мерките се приемат като наложени „от горе“.

## **СЗО**

### **Оценки за основните проблеми, възпрепятстващи борбата с рака**

#### **Профилактика на рака**

- ▼ липсват достатъчно обосновани данни за ефективността на дейностите, свързани с профилактиката;
- ▼ липсват данни от рандомизирани проучвания за стратегии за профилактика;
- ▼ липсва икономическа инициатива;
- ▼ профилактиката изисква дълготрайни програми с късно постигане на резултат, които не са атрактивни за политиците;
- ▼ опозиция от индустрията и частните компании;
- ▼ липсва приоритет за профилактиката в онкологичната общност;

- ▼ липса на разбиране, че ракът е основна причина за преждевременна смърт;
- ▼ липса на политическа воля и липса на средства за реализация;
- ▼ липса на средства за финансиране на проучвания;
- ▼ недостатъчно проучвания за дейности, свързани с промяна на начина на живот;
- ▼ недостатъчен трансфер на възможни решения от развитите страни към развиващите се страни;
- ▼ съперничество с други здравни приоритети.

### **Диагностика и лечение на рака**

- ▼ лекарите от първичната помощ не разпознават ранните признаци и симптоми на рака;
- ▼ късно диагностициране, свързано с лоша система на насочване;
- ▼ липсва качество при диагностиката;
- ▼ няма или не се ползват ръководства за диагностика и лечение;
- ▼ недостатъчни условия за диагностика в регионалните болници, където ранният рак не може да бъде разпознат;
- ▼ болните, които се нуждаят от специализирана онкологична помощ се лекуват в общи болници, където лекарите нямат необходимия опит;
- ▼ недостатъчна апаратура за лъчетерапия;
- ▼ лекари, които гледат на болните като на сбор от симптоми, а не като на личности, които се нуждаят от здравни грижи;
- ▼ клиничните проучвания не са достъпни за много от болните, които се нуждаят от лечение;
- ▼ натиск от фармацевтичните фирми;
- ▼ финансови бариери за ефективно лечение;
- ▼ липсва анализ цена – ефективност за високотехнологични диагностични методи;
- ▼ липсва адекватно обучение на студентите и следдипломно обучение;
- ▼ липсват качествени онколози с голям опит;

- ▼ различия в достъпа до диагностика и лечение, които се дължат на икономически трудности.

### **Палиативни грижи**

- ▼ липсват данни за броя на болните, които имат нужда от различни палиативни грижи;
- ▼ нестабилно финансиране;
- ▼ мултидисциплинарните екипи не са добре организирани и лечението е фрагментирано;
- ▼ съревнование между отделните специалности вместо сътрудничество;
- ▼ опитните професионалисти в редица страни са малко;
- ▼ липсват съответни взаимоотношения между административните структури на здравеопазването и контрола на наркотичните средства на международно, регионално и национално ниво, за да бъдат опиоидните болкоуспокояващи средства достъпни;
- ▼ болният от рак и неговото семейство срещат трудности при контакта си със здравната система;
- ▼ няма легла за палиативни грижи;
- ▼ много болни умират в болницата;
- ▼ спънки от администрацията за приложението на опиоиди;
- ▼ страх у болните и техните семейни лекари от привикване към опиоиди;
- ▼ фармацевтичните компании влияят на лечението;
- ▼ палиативни грижи се предлагат много късно, защото лекарите и семействата на болните не искат да приемат, че болните имат рак, който не може да бъде лекуван;
- ▼ не е развита система за лечение в къщи;
- ▼ при някои култури има трудности, свързани с дискутиране на проблема за смъртта;

## Световните и регионални общности и организации срещу рака

### Алианс за глобален контрол върху рака СЗО/МСБР (WHO/UICC Alliance on Global Cancer Control)

Това е организация, чието създаване е породено от идеите, изказани по време на 18-ия Международен противораков конгрес в Осло през 2002 г.

Организацията е образувана на 3 юни 2003 г. по време на годишната среща на American Society for Clinical Oncology в Чикаго.

Така, Алиансът стана първата световна коалиция, която обхваща в глобалния контрол срещу рака организираното участие на институции от най-високи равнища. В него се включват участници от всички сектори: държавни, неправителствени, частни; тя осигурява допитвания сред свои членове медици, медицинските сестри, научната общественост. Алиансът приканва за действие чрез съвместни усилия за предотванване от рак, лечение на рака и подобряване качеството на живот на пациентите и преживелите това заболяване хора от целия свят.

Специфичните действия на Алианса на глобално равнище са в следните четири области:

1. Изтъкване потребността от комплексни национални програми за раков контрол.
2. Глобално налагане на нуждата от предотванване от рак и здравословен начин на живот.
3. Агресиране на усилията към нуждите на онкоболните.
4. Промоция на възможностите за приложна изследователска дейност.

С оглед на конкретизиране на тези 4 области се определят и следните **главни функции** на Алианса:

- ▼ идентификация и търсене на повече възможности за глобално сътрудничество в областта на раковия контрол;
  - ▼ издигане на авторитетен глас за готовност и действия за глобален раков контрол;
  - ▼ подпомагане на усилията за глобален контрол срещу тютюнопушенето;
  - ▼ подпомагане усилията за раков контрол на национално равнище;
  - ▼ увеличаване на синергизма на действието и кооперирането между организации, които имат отношение към раковия контрол и вече са реализирали дейност в някои страни по света.
- Критичен въпрос е установяване на климат, при който ракът е разглеждан, обсъждан и въздейства като единен първостепенен глобален проблем и бива показван като такъв от основните международни организации. Необходимо е да се посочат ясно и аргументите защо международните и национални лидери трябва да се обърнат с лице към проблема за рака и трябва да променят досегашното си поведение по този въпрос.

Следва да се възприеме и разбирането, че се касае за нещо нетърпящо отлагане с цел спасяването живота на милиони хора през следващите години: ракът като проблем не може да се оставя за следващите поколения - времето за действие е сега и всички ние трябва да сме „за“ това действие.

За повече информация, засягаща Алианса може да се контактува със секретариата на UICC:  
E-mail: [info@uicc.org](mailto:info@uicc.org); [www.uicc.org](http://www.uicc.org).

## **Международен съюз за борба с рака (МСБР) *Union Internationale Contre le Cancer (UICC)***

Единствената глобална организация, чийто членове и дейности покриват всички аспекти на борбата с рака. Основана е още през 1933 г. и е международна, независима, неправителствена асоциация на 291 членуващи организации за борба срещу рака от 87 страни.

### **Визия**

Визията на организацията е за един свят, в който борбата с рака, знанието и компетентността са безпристрастни, разпределени между мнозина и достъпни; където новите научни данни са приложени в клиничната практика; където грешките в предпазването, ранното откриване, лечението и излекуването от рак биват системно намалявани до отстраняването им; където всички раково болни получават най-доброто възможно лечение.

### **Цели**

Да повиши отговорността спрямо растящата в света заплаха от рак, да предприеме ефективни действия за предпазване и намаление на новозаболените и починалите от рак, да подобри качеството на живот на онкологичните пациенти и техните семейства, да изгражда капацитета на своите членове и партньори за посрещане на местните потребности за борба с рака.

### **Задачи**

Да подпомага медицинското и научно знание за извършваната изследователска дейност, за

предпазване и ранно откриване, за точна диагностика и лечение на рака, за промоция на всички други аспекти на кампанията срещу рака по целия свят. Особено голямо внимание се отделя на професионалното и обществено обучение. За да промоцира тези задачи, организацията работи рамо до рамо със своите организационни членки, както и с други държавни и неправителствени организации и отделни личности, в това число няколкостотин доброволци експерти и професионалисти, които са активни в областта на изследването и грижата за пациентите.

### **Фокус**

Това, което се прави по целия свят има за свой фокус приоритетите в следните стратегически области:

- ▼ изграждане на организационен капацитет;
- ▼ доброволчество и сътрудничество;
- ▼ контрол върху тютюнопушенето;
- ▼ епидемиология и предпазване;
- ▼ скрининг, ранно откриване и диагностициране, вкл. по TNM-класификацията на малигнените тумори;
- ▼ прилагане и развитие на експертизата, изследователските техники и знания, усъвършенстване на клиничните умения;
- ▼ медицински интервенции за онези ракови локализации, които са с висока честота или са особено податливи за лечение, като целта е да се постигне адаптиране към местните нужди и ресурси;
- ▼ въпросите, отнасящи се до качеството на живот на раково болни и техните семейства;
- ▼ събиране и разпространение по света на качествена информация за рака.



## Организация и управление

Върховният орган за управление е Общото събрание на членуващите организации, което се свиква на 4 години и съвпада с Международния UICC Cancer Congress. Между две общи събрания, до 2006 г., организацията се ръководеше от Съвет, избран от Общото събрание и от Изпълнителен комитет, който е избран от Съвета, като Изпълнителният комитет се събира два пъти годишно. Тези два органа са отговорни за структурата на програмата и прилагането ѝ.

Според новия устав на МСБР, приет през 2004 г. и влязъл в сила през 2006 г., Съветът и Изпълнителният комитет са заместени от Борд на директорите. Новият борд на директорите бе избран на Общо събрание през м. юли 2006 г. и се оглавява от д-р Франко Кавали от Швейцария.

Орган на съюза е списанието **International Journal of Cancer** с главен редактор проф. д-р Харалд цур Хаузен от Германия.

## Предимства, които носи членството

▼ Едно от най-важните предимства е възможността за дейност в мрежа от организации. Чрез членството се влиза в контакт с широка мрежа от организации против рака по целия свят. Осигуряват се електронни връзки посредством сайта на UICC – [www.uicc.org](http://www.uicc.org). От 1997 г., на всеки 3 години, започват да се провеждат т.н. World Conference for Cancer Organizations, една отлична възможност за развитие на контакти и обмяна на опит за най-добрите практически дейности.

▼ Достъп до най-добри средства за обмен на информация, каквито са уебсайтът на UICC и сайтът UICC COPES.

Сайтът на UICC предлага широк кръг от

информация и мултимедийни услуги за и от организациите-членки: безплатен web-hosting – всяка организация-член получава безплатно свое име, безплатни бюлетини за новините, електронно конферирание, обмяна на информация на живо, достъп до база данни и т.н.

Предоставяне на адаптирана информация за доброволните организации против рака, техните ръководители, служители и доброволци, за всички, които се борят с рака. От страницата на UICC се получава достъп до учебни материали и до практическа информация, която може да бъде адаптирана към местните програми за обучение. Предлагат се възможности за диалог за прилагане на модели за добра практика и за обмяна на идеи.

▼ Приоритет при поставяне, разработване и отчитане на проблемни въпроси като напр. медицинска ефективност на скрининга; съотношение разходи срещу полза при скрининга; ракови заболявания при застаряване на населението; проблемите за съотношение цена/ефективност; за етични проблеми; нови лечебни възможности и пр.

г) Безплатни услуги и информация за членуващите страни и организации, за които останалите потребители трябва да заплащат;

д) Приоритет на членуващите страни и организации при подбора на лектори за различните събирания, курсове и срещи.

е) Осигуряване на знания, обучение и трансфер на технологии за развиващите се страни. UICC е единствената международна организация за борба срещу рака, която присъства във всички развити страни, както и в множество малки и развиващи се страни. Да се подпомагат тези страни е основен приоритет за UICC.

## Европейско гружество по медицинска онкология (ESMO)

Водеща професионална организация, която предоставя клинични препоръки за поведение за медицински онколози и други здравни професионалисти, стремящи се да осигурят оптимални грижи за пациентите, страдащи от онкологични заболявания. С членове от целия свят, ESMO е представена във всички европейски страни, както и във всички значими части на света. От своето създаване през 1975 г. ESMO отстоява убеждението си, че всеки онкологичен пациент има право на най-доброто познато на медицината лечение. Използването на лекарства в съвременето е фундаментален аспект от противораковата терапия, следователно пациентите трябва да бъдат лекувани от квалифицирани медицински онколози. ESMO подкрепя мултидисциплинарния подход в онкологията и чрез своето знаково научно списание **Annals of Oncology**, където се публикуват резултатите от научни изследвания във всички области от клиничната онкология.

## Американско гружество по клинична онкология (ASCO)

Водеща професионална организация в света, представляваща специалисти от всички онкологични подспециалности, които се грижат за пациенти с онкологични заболявания. Членовете на ASCO, които са повече от 20 000 в САЩ и света, определят стандартите за поведение спрямо пациентите и водят усилията за откриване на по-ефективни методи на лечение, осигуряване на средства за клинични и доклинични изследвания, като така подобряват грижите за около 10 милиона човека, диагностицирани в света с рак всяка година. ASCO публикува **Journal of Clinical Oncology (JCO)** – едно от водещите научни списания в областта на клиничната онкология, както и поддържа **интернет страница (People Living With Cancer – [www.plwc.org](http://www.plwc.org))**, ориентирана към пациентите и техните семейства, където се съдържа подробна информация, помагаща им да вземат добре информирани решения относно своето лечение.

През юни 2006 г. ASCO и ESMO оповестиха представения тук общ Консенсус за качествена онкологична помощ.

Консенсусът бе публикуван в научните списания на двете организации **Journal of Clinical Oncology (JCO)** и **Annals of Oncology**.

## **ASCO – ESMO консенсус за качествена онкологична помощ**

Усилията на двете организации - Американското дружество по клинична онкология (ASCO) и Европейското дружество по медицинска онкология (ESMO), са посветени на предоставянето на качествена онкологична помощ за пациентите в световен мащаб. Осъзнавайки, че ресурсите - финансови и други, значително варират в различните държави, както и че институциите, отговорни за предоставяне на медицинска помощ, са също разнородни, ASCO и ESMO все пак вярват, че политиките по здравеопазване трябва да се стремят да постигнат определени общи крайни цели за осигуряване на достъпа до и прилагането на качествена онкологична помощ.

### **Достъп до информация**

Пациентите трябва да получават адекватна информация относно тяхното заболяване, възможните интервенции и за познатите ползи и рискове от възможностите за лечение. Тези въпроси трябва да бъдат дискутирани с квалифициран медицински персонал, който е обучен да отговаря ясно на запитванията на пациентите. Пациентите трябва да имат възможността да се запознаят с имената, длъжностите и квалификацията на тези, които ги лекуват.

### **Медицинска тайна, конфедициалност и запазване на достойнството**

Пациентите трябва да имат възможност да се възползват от тайната на медицинската информация, що се отнася до тяхната диагноза и лечение. Медицинската документация и друга информация, свързана с отделния пациент,

включително генетична информация, трябва да се счита за лична, с изключение на случаите, в които тя е необходима за целите на лечението или за заплащане. Ако е необходим достъп до личната информация на пациента за научни цели, включително клинични изпитвания, епидемиологични проучвания, преклинични или други изследвания, на пациентите трябва да се предоставя възможност за съгласие за такава употреба на тяхната лична информация, в полза на всички останали онкоболни. Във всички случаи отношението към пациентите трябва да зачита личното им достойнство.

### **Достъп до медицинската документация**

На пациентите трябва да е позволено да преглеждат своята медицинска документация и да получават безплатни или на адекватна цена копия от нея. Лекуващите лекари трябва с готовност да разясняват на пациента съдържанието на медицинската документация.

### **Превантивни мерки**

Хората трябва да бъдат съветвани относно превенцията на рака и трябва да им бъдат осигурени всички налични превантивни мерки с доказана ефективност.

### **Без дискриминация**

Достъпът до медицински услуги трябва да бъде предоставян без никаква дискриминация по отношение на национален произход, раса, религия, пол или инвалидност. Заради тяхното заболяване пациентите не бива да бъдат дискриминирани по отношение на работно място или достъп до здравни осигуровки.

### **Избор на лечение и информирано съгласие**

Пациентите трябва да получат възможността за участие при вземането на решения относно тяхното лечение и обслужване до степен, до която те желаят, а лекуващият екип трябва да уважава тези решения. Пациентите трябва да имат достъп до второ мнение и възможност да избират между различни видове лечение и различни лекари.

### **Мултидисциплинарна онкологична помощ**

Оптималното лечение на рака се предоставя от екипи, които включват (според възможностите) мултидисциплинарни медицински групи, съставени от химиотерапевти, хирурзи, радиолози и експерти по палиативни грижи, както и онкологични сестри и социални работници. Пациентите трябва да имат възможност за достъп до консултация относно техните психо-социални, хранителни и други нужди.

### **Нововъведения в онкологичната помощ**

На пациентите трябва да се предоставя възможност за участие в актуални клинични изпитвания и достъп до модерни терапии, които биха могли да подобрят изхода от заболяването им.

### **Планиране на дългосрочна помощ**

На преживелите онкологично заболяване трябва да се предостави обобщен план за по-нататъшно лечение и проследяване след приключване на първичната терапия и трябва да бъдат наблюдавани за дълготрайни и късни последици от лечението. Трябва да се оценява нуждата от рехабилитация като част от плана за дългосрочно проследяване.

### **Справяне с болката, поддържащи и палиативни грижи**

Качествената онкологична помощ изисква справяне с болката, включително и употреба на опиоидни обезболяващи, както и други поддържащи грижи за усложненията, предизвикани от противотуморното лечение и от самото заболяване. Когато няма възможност за по-нататъшна ефективна противотуморна терапия, на пациентите трябва да бъде предоставен достъп до оптимални палиативни грижи, както и консултации, свързани с въпросите около евентуалния смъртен изход.

## **Балкански съюз по онкология В.У.ОН – Balkan Union of Oncology**

Балканският съюз по онкология – В.У.ОН е създаден през 1995 г. Негови членове са 8 Балкански страни – Гърция, Турция, България, Сърбия, Румъния, Молдова, Албания, Македония.

Съюзът, още със създаването си, цели обединяване на усилията и възможностите за изследване и изясняване на причините за заболяемостта от рак в този регион, както и споделяне на опит в областите на профилактиката, диагностицирането, лечението и научните изследвания.

Важно място в реализацията на тези цели заемат научните срещи и особено конгресите, както и официалното списание на Съюза – **Journal of the Balkan Union of Oncology (J. В.У.ОН)**. От списанието досега са излезли от печат 11 тома (43 книжки). В публикуваните над 800 статии повече от 86% са на автори от Балканските страни.

Последният – 6-ти конгрес на В.У.ОН, бе проведен в София от 13-16 септември на юбилейната 2006 г. Конгресът за първи път започна със среща на пациентите и техните организации с лекари, общественици, дарители, представители на институциите. Срещата бе озаглавена „Living with cancer in the Balkans“ („Да се живее с рак на Балканите“) и предизвика голям интерес и активност.

Научните доклади и съобщения бяха посветени на широк кръг проблеми с акцент върху основните ракови локализации за населението от този регион – гърда, бял дроб, дебело черво, женски полови органи.

За първи път в рамките на конгреса бяха обсъдени съвременни тенденции и стандарти в сестринското дело в онкологията и за младите онколози.

В.У.ОН се ръководи от управително тяло, в което един зам.-председател и един член са от България. България е представена с 6 души в редакционната колегия на J.В.У.ОН.

Онкологичната професионална общност и гражданското общество в България срещу рака

## Българска национална асоциация по онкология (БНАО)

Главните цели на асоциацията, основана на 10 октомври 2001 г., с УС от 7 души, са:

- ▼ Да съдейства за развитието на онкологията във всичките ѝ аспекти;
  - ▼ Да съдейства за усъвършенстването и правилното прилагане на медицинските стандарти в онкологията;
  - ▼ Да съдейства за промоция на авангардни методи в експерименталната и клинична онкология;
  - ▼ Да установи и развива отношения с правителствени и неправителствени организации и международни институции и организации;
  - ▼ Да съдейства на научните интереси и подобрява знанията и практическите умения по онкология;
  - ▼ Да популяризира постиженията на онкологията сред населението;
- Средства, с които сдружението ще постига своите цели:
- ▼ Изработване и усъвършенстване на медицинските стандарти в онкологията;
  - ▼ Предлагане на правителствените органи и организации на пътища и средства за усъвършенстване на нормативната уредба;
  - ▼ Консултиране на ръководството на МЗ, НЗОК Комисията по здравеопазване към Народното събрание и други при създаване, прилагане и усъвършенстване на организацията на противораковата дейност;
  - ▼ С печатни издания, електронни носители и медии популяризира постиженията в онкологията.

## Национално сдружение на лечебните заведения по онкология (НСЛЗО)

Осъществява общественорезна дейност за развитие и утвърждаване на националната онкологична мрежа в изпълнение на онкологичната доктрина. Подпомага ръководството на МЗ за подобряване качеството на живот на болните със злокачествени заболявания и запазване на републиканската онкологична мрежа.

Подпомага Онкологичните диспансери, в които лекари и друг персонал активно издирват, диагностицират, лекуват и наблюдават болни със злокачествени заболявания и прекаncerози като:

- ▼ организира, ръководи и контролира всички дейности на онкологичната помощ на територията на обслужвания район;
- ▼ организира и провежда масови профилактични прегледи, по разработени национални и регионални скринингови програми. Лицата с доброкачествени новообразувания, прекаncerози и карцином in situ са в отделна група и се проследяват до една година след проведено лечение;
- ▼ осъществяване на комплексно лечение на злокачествените заболявания;
- ▼ диспансерно наблюдение на всеки заболял от злокачествено новообразувание с настоящ адрес в обслужвания район, както и на лекуваните болни от други лечебни заведения. Наблюдението се осъществява от специалист по заболяването и продължава до края на живота на пациента;
- ▼ съвместно с държавни и неправителствени организации провежда здравнопросветна дейност за рисковите фактори, здравословния начин на живот, профилактиката, ранното откриване и лечение;

## **Българско онкологично гружество (БОД)**

Основно национално научно гружество в областта на онкологията у нас с многогодишни традиции като приемник на Републиканското научно-медицинско гружество по онкология (1999-2000 г.) През последните години организира и провежда ежегодни национални конференции, на които се създадоха първите за страната „Медицински стандарти за системно лекарствено лечение на солидните тумори“. Тези стандарти се актуализират всяка година спрямо европейските и световни критерии.

Важно място в дейността на гружеството заема и националната научна периодика на БОД – списание, в което българските онколози показват продължаваща активност в науката и за практиката.

## **Българско онкологично сестринско гружество (БОСД)**

Цели на гружеството са да утвърждава ролята и престижа на специалистите по здравни грижи, работещи в онкологичната сфера в следните аспекти: професионален, морално-етичен и хуманен; да установи и развива отношения на сътрудничество с национални правителствени и неправителствени организации и международни институции и организации; да съдейства за усъвършенстването на медицинските стандарти в онкологията, касаещи специалистите по здравни грижи; да предлага на правителствените органи и организации пътища и средства за усъвършенстване на нормативната уредба в областта на здравните грижи по онкология; да съдейства за развитието на научните интереси и подобрява знанията и практическите умения по онкология на специалистите по здравни грижи; да популяризира постиженията на онкологията сред населението и подпомага превенцията на онкологичните заболявания.

## Фондация „Борба с рака“

Регистрирана е през месец март 1991 г. Средствата на фондацията се набират изключително от дарения на юридически и физически лица. От 1991 г. до 2006 г. вкл. са направени 332 парични и предметни дарения от 172 фирми и организации, както и от стотици индивидуални дарители с валутен еквивалент от 991 157 щатски долара, вложени от фондацията. Финансовата политика на фондацията е насочена към приоритетните проблеми на онкологичните заведения:

- ▼ Отпуснати средства общо на 26 болници;
- ▼ Закупени или доплатени 33 апарата за диагностика и лечение;
- ▼ Закупени резервни части, аксесоари и извършено рециклиране на 14 апарата;
- ▼ Предоставени 47 вида медикамента (34 300 опаковки);
- ▼ Предоставени консумативи и превързочни материали общо в размер на 25 670 броя;
- ▼ Отпуснати средства за 6 ремонта на болнични стаи, кабинети и лаборатории в 2 болници.
- ▼ Дарени средства за параклис в НСБАЛО — ЕАД.

**Второ основно направление** на дейността е изпълнение на следните **медицински програми**

- ✓ Подпомагане на болни с операция на пикочния мехур или червата. Чрез „БулИлко“ фондацията е предоставила безплатно 16 137 колектори, 1757 други консумативи, 1220 кг. лигнин, издадени са 6 заглавия в помощ на стомираните;
- ✓ Участие в провеждането на палиативни грижи за онкологично болни при домашни условия. По предложение на комисия при ОДОЗС–София град отпуска парични помощи на нуждаещите се. До края на 2006 г. са отпуснати помощи на 352 онкоболни в терминален стадий.

✓ Борба с тютюнопушенето – с дъа кабинета за отказване от тютюнопушене, в които вече 12 години хиляди пациентите се обслужват безплатно по съвременни лечебни методики. Експериментална програма в 10 училища от столицата за ограничаване на тютюнопушенето сред учениците.

✓ Издадени са 88 заглавия печатни материали, които са разпространени безплатно в здравната мрежа.

✓ Съорганизатор и спонсор на 54 тематични курса за обучение на онкологични кадри, 7 научни конференции с международно участие, 11 симпозиума и 2 национални конгреса по онкология.

✓ Фондацията осъществява „Международна програма“ с Европейското училище по онкология. Със спонсорството на фондацията до 2002 г. са проведени 8 курса.

✓ Програма „За стимулиране израстване и утвърждаване в медицинската специалност „Онкология“ на млади онколози“. По определени критерии за трети път се присъжда грамота „млад онколог“ и еднократна парична награда в размер на 500 лева.

✓ „Ранно откриване и навременно лечение рака на млечната жлеза у жените“. Фондацията е:

- ▼ Провела 2 национални конференции;
- ▼ Издала и разпространила 9 заглавия по темата;
- ▼ За пръв път в страната през 2001 г. е съорганизатор на Октомврийски дни за борба с рака на гърдата под патронажа на съпругата на Президента.

Подържат се тесни контакти с редица сродни фондации и институции от САЩ, Англия, Израел, Гърция, както и такива у нас – НС на БЧК, НЦООЗ, РИОКОЗ и др.



## Национално сдружение на жените с онкологични заболявания и техните сподвижници (НС ЖОЗТС)

През м. юли 2001 г. в Пловдив е регистрирано първото за страната подобно гражданско сдружение. Идентични сдружения бяха регистрирани в още 7 града. На 10.09.2002 г. официално е регистрирано **Национално сдружение на жените с онкологични заболявания и техните сподвижници (НСЖОЗТС)**. Още с учредяването е член на Европейската ракова пациентска коалиция – ЕСРС.

Сдружението приема програма за 2002–2003 г. и активно се включи в Месеца за борба с рака на гърдата. Във всеки документ на Сдружението на първо място е поставена профилактиката и ранното откриване на онкологичните заболявания. На 15 август 2003 г. във Варна бе открит първият в страната Дом на онкоболните.

Сдружението отпечата и първите си издания – книги за рака на гърдата, календари за 2004 и 2005 година.

Организиран бяха и национални конференции – в гр. Хасково на 16 декември 2005 г.

В много селища от страната се създават нови сдружения на и за онкоболни – вкл. съпрузи, близки и родители на деца с онкологичен проблем.

Под мотото „В името на живота заедно срещу рака“ НС ЖОЗТС обедини организациите на пациенти с онкологични заболявания от 51 града на България в **БЪЛГАРСКА АСОЦИАЦИЯ НА ОНКОБОЛНИТЕ и Сподвижници – БАО**. От м. май 2006 г. е член на Американското раково общество /ACS/.

Интернет страницата на БАО е: [www.bulgarian-cancerassociation.org](http://www.bulgarian-cancerassociation.org).

## Асоциацията на пациентите с онкологични заболявания и приятели (АПОЗ)

АПОЗ е неправителствена организация в помощ и защита на пациентите с онкологични заболявания и техните семейства в България с широк спектър от дейности.

Асоциацията е учредена от 16 пациенти с онкологични заболявания в гр. София през м. април 2004 г. и регистрирана през м. май с.г.

Още от май 2004 г. е член на Европейската коалиция за борба с рака (ЕСРС) и асоцииран член на Европейската коалиция за борба с рака на гърдата (EUROPA DONNA)

АПОЗ поддържа **безплатна Национална телефонна линия – 0800 11202** – с постове в три града. Тя се обслужва от болни, които с опита си помагат за преодоляване на проблемите, които пациентите срещат в борбата си с болестта. АПОЗ развива и сериозна издателска дейност – периодично списание „Лабиринт“ и множество брошури.

Асоциацията подготвя редица национални и регионални проекти за превенция, профилактика и скрининг. Организира редовно и пациентски форуми за повишаване на здравната култура и популяризиране на нуждата от редовни профилактични прегледи и изследвания. Първият форум се проведе през м. септември 2005 г. в София, а вторият, също през м. септември 2006 г., в Пловдив. Беше подготвен от авторски колектив и отпечатан „Анализ на онкологичната помощ в България – Национално проучване 2006 г.“, с обем 200 страници.

Организацията инициира и осъществи няколко срещи с ръководствата на МЗ, с експерти, медици и чуждестранни специалисти.

## Европа Донна-България (ЕДБ)

Регистрирана през м. май 2004 г. като 34-ти член на Европейската коалиция за борба с рака на гърдата – EUROPA DONNA. Учредяването ѝ е естествен резултат от 3-годишната активна работа на НСЖОЗТС.

В страната има 14 регионални сдружения: Благоевград, Бургас, Враца, Габрово, Ловеч, Плевен, Пловдив, Разград, Раковски, Сливен, София, Шумен. Организиран беше „Факултет по самообразование“, където пациентите се срещат с най-добрите специалисти в онкологията, за да могат да си отговорят на хилядите въпроси, които ги вълнуват. Идеята стартира с лекция на проф. Черноземски, като през 2004 г. са изнесени още 8 беседи. Факултетите по самообразование стартират и в Благоевград, Бургас и Сливен. През 2005 г. координаторите на АПОЗ и ЕД участват в обучителен семинар на тема „Работа в екип“. Преведени и разпространени в страната са материали за дейността на EUROPA DONNA в Европа.

Организиран бе и Национален пациентски форум в НДК. В периода март 2004 – декември 2004 г. са организирани ежеседмични посещения в НСБАЛО. Психологът на сдружението (В. Капитанска) и доброволци от Асоциацията (Станка Андreeва, Л. Асенова и други пациенти) са се срещали лично с жени непосредствено преди или след тяхната операция. През април 2005 г., по идея на В. Капитанска и художничката Т. Пенева, с подкрепата на Е. Адърска, става възможно реализирането (макар и за няколко месеца) на арт-клуб.

## Клуб „Млад онколог“

Създаден на 4 декември 2004 г. под егидата на клуб „Онкосвят“ и фондация „Светът“. Единствената организация в България, която обединява младите специалисти по онкология. Създаден от и за лекари, клубът има за цел младите специалисти в България да обменят своите идеи и осъществяват контакти. Основна подкрепа за неговото създаване и дейност оказват проф. Иван Черноземски и „Хофман Ла Рош – България“. Наброява около 40 члена, предимно лекари химиотерапевти, но също така и лекари от всички области на онкологията. Клубът се стреми новите кандидати да са до 40 годишна възраст. Срещите се провеждат 2–3 пъти годишно в различни места из страната. Всяка сбирка се състои от лекционна програма, на която лектори са водещи български и международни специалисти. Сбирките са акредитирани от БЛС и всеки участник получава определените за това точки.

Лекционният курс се комбинира с изнасяне на клинични случаи, информация за други международни събития, както и свободна дискусия по различни проблеми от организацията на специализациите и обучението на младите онколози. Клубът е място, където младите лекари развиват комуникационни, езикови и лекционни умения. Бе създаден и уеб-сайт – [www.youngoncologistbg.com](http://www.youngoncologistbg.com). за бърз достъп до новостите в онкологията, оживена дискусия по наболели проблеми. От сайта може да бъдат свалени лекционните материали на минали сбирки, да се кандидатства за членство, както и да се намерят полезни връзки с други организации. Клубът винаги е отворен за нови членове.



**човекът** духът,  
болката,  
силата!

*И космосът, и болестта  
могат да отстъпят  
пред човека!*

## **Болният от рак**

### **Какво чувствам?... Как да се справя?... Как да намеря поддръжка?**

Поставянето на диагноза (нека този път да е метастатичен рак на гърдата) е нещо много лично. Всяка жена използва опита си от предишни тежки преживявания, вярата и силите си и изгражда свои собствени стратегии за борба. Приемането на диагнозата е продължителен процес на адаптиране. В такъв момент трябва да знаете, че други жени също са преживели това и са изпитали някои от същите чувства, които вие изпитвате.

Намирането на начин да бъдат изразени мислите и чувствата на жената при поставянето на диагнозата рак на гърдата и нейното значение подобрява начина, по който се приема диагнозата и качеството на живот на жената.

В такива тежки моменти вие може да откриете вашата сила и вашите слабости. Може да задълбочите отношенията си с другите или да завържете нови приятелства.

Въпреки че е много трудно, но в такъв момент ще трябва да научите много нови неща.

Много жени, ако не всички жени, са на мнение, че диагнозата метастатичен рак на гърдата е нещо много по-тежко от предишната диагноза – рак на гърдата.

#### **Чувства, породени от поставянето на диагнозата**

Нормално е да се почувствате дълбоко шокирана от такава диагноза. Може да се почувствате обезверена и неспособна да осъзнаете какво става в действителност. Да се почувствате като

аутсайдер, който гледа към сцената. Може да изразите чувството с думите: „това не може да се случи на мен“.

Естествено е и чувството за загуба на контрол. Когато ви е поставена диагнозата рак, естествено е да чувствате, че не можете повече да контролирате тялото и живота си, а да се сблъскаш с несигурно бъдеще е особено трудно преживяване.

Естествено е да се почувствате ядосана, да почувствате завист и тъга. Да си зададете въпроса: „Защо на мен? Защо не на нея?“. Да почувствате завист към всички онези „здравни“ хора, които виждате наоколо. Да се почувствате тъжна, че трябва да се борите със състоянието, което тази диагноза означава. Да се почувствате ядосана на всички останали, ядосана на Господ. Да се почувствате ядосана за загубата на контрол върху живота си.

Естествено е да се почувствате ядосана за това дали вашето предишно лечение и лекарите, които са го предприели, е било правилно. Дали това, което е направено е било най-подходящо и най-добро. Може да се наложи да се уверите отново, че това, което е взето като решение тогава е било правилно.

Може да се почувствате ядосана на хората около вас за това, че не осъзнават колко сериозно е положението, в което сте. Може да се ядосвате за липсата на поддръжка от партньора си, от семейството си, от близки приятели.

Може да се почувствате изолирана и самотна, въпреки че намеренията на другите може да са добри. В много случаи хората не знаят как да се отнасят с болен от рак и какво точно усеща болният. Вашата диагноза всъщност напомня на другите, че те не са безсмъртни. Нещо, което те много трудно могат да осъзнаят и приемат.

Може да почувствате, че другите ви избягват. От време на време може да искате да действате като че ли нещата не са чак толкова сериозни. Другите може да ви съветват да „мислите позитивно“, което се прави много трудно.

Може да изпаднете в състояние да се молите на Господ или на Природата да угължи вашия живот; да ви бъде позволено да бъде изпълнено ваше желание, ако се „гържите добре“. Може да направите обещание, например: „Ако мога да видя дъщеря ми омъжена, няма да искам нищо повече“. Обаче, ако живеете по-дълго отколкото очаквате или направите това, което сте искала да направите, може да се почувствате виновна за това, че не сте спазила вашата част от обещанието. Ако чувството за вина е много силно, добре е да потърсите помощ от психолог, психиатър или свещеник.

Някои жени, на които е поставена диагнозата метастатичен рак на гърдата, може да почувстват, че по някакъв начин са причина за това развитието на заболяването или че са наказани за нещо, което са направили погрешно. Може да си зададете въпросите: „Къде сбърках?“ или „Какво направих, за да ми се случи това?“ Трябва да знаете обаче, че нито появата на рак на гърдата, нито развитието на заболяването – метастатичен рак на гърдата, са събития, които зависят от вас. Нищо, което сте направила, не може да бъде свързано с тези събития. Няма доказателства за това, че напр. стресът може да причини развитието на заболяването ви.

Някои жени, които имат метастатичен рак на гърдата може да се почувстват като поредния „случай“ в клиниката. И наистина, много изследвания и методи на лечение могат да ви накарат да се чувствате повече като „случай“, отколкото като човек с медицински проблем.

В много моменти може да почувствате, че онкологът или хирургът, не мислят за вас като за личност и вниманието им е съсредоточено само върху рака. Въпреки че някои лекари сигурно ще обърнат внимание на нещата, които ви тревожат, от други ще трябва директно да поискате това. Ако проблемът не бъде решен, тогава сменете лекаря. Вие имате право на мнение от друг лекар! Някои жени считат, че когато бъдат придружавани от близък човек при посещенията в болницата това помага.

Някои жени пък се чувстват виновни за това, че зависят от други хора за извършване на ежедневните неща в къщи, за грижите за децата или за тях самите. Понякога може да ви е трудно да поискате това, от което се нуждаете, но помнете, че молбата за помощ може да ви съдейства, за да имате повече енергия, за да направите нещо, което наистина искате и имате нужда да направите.

Сблъсквайки се с диагнозата рак, хората често си задават въпросите: „Живея ли както аз искам?“, „Какъв е основният смисъл на живота?“, „Съществува ли Господ?“, „Има ли живот след смъртта?“, „Защо аз и близките ми трябва да страдаме?“.

Отговорите на тези въпроси трябва да потърсите с помощта на психолог или свещеник. Естествено е много от вас да изпитват тъга, скръб и депресия. Това не са признаци на слабост, а реакция на огромна загуба. Загубата е свързана с изгубването на част от тялото ви като например гърдата, боледуването, финансови затруднения, промяна във взаимоотношенията, загуби от промяната на ситуацията.

Преодоляването на загубата е продължителен процес. Дайте си възможност да преживеете скръбта и тъгата си. Това е важно, за да можете

да се борите с рака. След време повечето жени споделят, че стресът намалява. За някои жени обаче, тъгата е по-тежка и продължителна и това може да наложи специфично лечение.

Освен емоционалния отговор на диагнозата метастатичен рак на гърдата, лечението му и развитието на болестта могат да бъдат причина за депресия. Тези причини могат да бъдат - метастаза в мозъка, промяна на някои съставки на кръвта, химиотерапия, хормони.

Ето някои въпроси чрез отговорите, на които може да стигнете до причината на депресията и нейните характеристики:

- ▼ Загубила ли сте интерес или удоволствие от различни дейности или работа?
- ▼ Често ли изпитвате чувство на безнадеждност?
- ▼ Често ли се чувствате виновна?
- ▼ Често ли чувствате безполезна?
- ▼ Често ли ви се плаче?
- ▼ По-трудно ли ви е да се смеете или да виждате смешната страна на нещата?
- ▼ Често ли се ядосвате?
- ▼ Имате ли трудности със съня?
- ▼ Изпитвате ли по-малко удоволствие от срещи с близки хора или приятели?
- ▼ Чувствате ли се по-малко мотивирана да бъдете участник в ежедневните дейности въкъщи?
- ▼ Чувствате ли се много потисната?
- ▼ Чувствате ли се изцяло обсебена от чувствата си? Трудно ли ги контролирате?
- ▼ Когато нещата изглеждат безнадеждни, трудно ли ви е да продължавате напред?

Ако чувствате мъка, тъга или депресия, които са ви обсебили изцяло, потърсете помощ от лекар. Жените, при които има метастатичен рак на гърдата са изправени пред много страхове, когато трябва да приемат диагнозата си. Да чувстваш страх не е признак на слабост, а естествена реакция пред една много сериозна ситуация.

Страхът може да бъде свързан с: неизвестното бъдеще, придружено с болка; от зависимостта ви от другите; от това дали ще се справите; от промяната в отношенията със семейството или приятелите; от това как ще се справи семейството ви; от чувството, че сте изоставена от близките си хора; за бъдещето на децата и партньора; от загуба на работата и финансови затруднения; от чакането на резултатите от изследванията за предстоящото лечение, но най-силен е страхът от смъртта!

\* \* \*

И все пак, когато става дума за заболяване, от което зависи животът на човека, не може да има лесни отговори на много въпроси. Всеки сам намира отговорите и се справя с тях доколко, доколкото може.

Ето още някои мисли на жени, страдащи от метастатичен рак на гърдата. Някои от мислите могат да ви бъдат полезни. Някои може да не са подходящи за вас. Други пък може да бъдат трудно изпълними.

▼ Поддържайте надеждата. Трябва да мислите, че може да бъдете излекувана. Че може би ще бъде намерено ново лечение, което ще ви помогне. Че ще живеете много повече, отколкото се предполага. Че няма да страдате много, че ще намерите начин да се чувствате комфортно. Че ще бъдете поддържана от семейството, приятелите или медицинския екип. Че ще можете да говорите за вашите най-важни проблеми и опит при преодоляването им. Че ще вземете участие във всички важни медицински решения за вашата болест. Че ще вземете участие във всяко важно събитие.

▼ Намерете нещо, което има голямо значение за вас и ви носи радост. Например времето,

прекарано със семейството и приятелите, музика, природа, филми и го правете настойчиво. Всяка седмица запланувайте нещо и го очаквайте.

▼ Продължавайте да си поставяте малки задачи за следващите седмици или месец. Например празник с децата и когато го постигнете - поставете си нова задача, която да очаквате. Пазете силите си за задачи, които искате да постигнете.

▼ Живейте с настоящето, колкото можете повече. Миналото не може да бъде променено, а бъдещето не е известно. Много от нещата, от които ни е страх може да не се случат изобщо. Съсредоточете вниманието си върху живота, а не върху смъртта.

▼ Мислете за болестта си като за предизвикателство. Осъзнайте, че имате контрол върху реакцията си при дадена ситуация, независимо от това, че не можете да контролирате това, което ви се случва. Намерете начин да бъдете благодарна за миналия си и настоящ житейски опит.

▼ Шегувайте се колкото можете повече, за да поддържате висок дух.

▼ Внимателни упражнения, подходящи за вашето състояние, могат да намалят стреса и да помогнат на вашето тяло да бъде толкова добре, колкото това е възможно.

▼ Научете се да приемате вашите негативни чувства – страх, тъга и отчаяние. Това ще помогне те да преминат.

▼ Напомняйте си, че всичко се променя. Включително всяко чувство и болка.

▼ Търсете контакт с другите, за да не се чувствате самотна и да придобете повече смисъл на живота си.

▼ Търсете дълбока духовна връзка. Може да бъде с Господ или с Природата. Поддържайте чувството, че контролирате избора на грижи за вас, като се включвате при вземане на решението за лечението, което провеждате. Търсете толкова информация, колкото считате, че ви е необходима.

▼ По време на лоши преживявания си спомнете за добри моменти и си мислете, че ще има още много добри времена в бъдеще.

Споделяйте необходимите за вас неща със семейството си, приятелите си, лекуващите ви медицински лица. Позволете на другите да ви помогнат. Помогнете на другите да разберат какво могат да направят за вас и какво вие можете да направите за себе си.

▼ Опитайте се да не се изолирате от семейството и приятелите си. Уговорете среща с приятели, ако се чувствате зле.

▼ Научете се да се успокоявате и релаксирате. Намерете начин да почивате добре.

▼ Записвайте в бележник, опитвайки се да разберете и изразите, чувствата си.

▼ Помогнете на някой друг. Това ще помогне да не фокусирате вниманието си върху собственото си състояние.

▼ Участвайте в поддържащи групи за рак на гърдата. Това ще ви помогне да чувствате, че споделяйки вашия опит ще помогнете на други жени във вашето положение.

## Поклон

Поклон пред сълзата в окоето на лекаря,  
посрещнал в ръцете си рака злобещ,  
онази, незримата, истинска, крехка,  
за други измислена, но всъщност човешка,  
във мрака запалена сребърна свещ.

Смирена и плаха попитала Дявола  
защо му е нужен моят живот?  
А той ѝ отвърнал с хладна усмивка:  
– И млади ми трябва за този хомот.

А тя, полудяла, земна и грешна,  
по-силна от смърт, живота рогди.  
Ще кажете може би колко съм смешна  
и що за миражи разказвам... Уви.

Не сте я виждали срещали тази сълза  
в окоето на лекаря, срещнал смъртта.  
Пред нея сега аз смирено в поклон  
поднасям душата си, без звук и без стон.

### Николинка Цветкова

*(из книгата „С рак и мечти“, Лирика, 2004 г., Враца)*

## Оптимистично

Нищо от лошото не ме подмина:  
Болна бях. Куца бях. Имах и рак.  
Плаках. Боля ме. Погребвах рогдини.  
Чудо е някакво, че оцелях.

Болници. Скалпели. Страх и надежда.  
Много приятели. И самота.  
Силно обичах, а се разведгах.  
И се изправях без чужда ръка.

Ноци в безсъние. Плахи проекти  
как и за утре да има пари.  
И във тъга гъщеря си отглеждах,  
а се стараех да не личи.

Но щом сега назад се обърна,  
казвам си: „Нямаше как без това  
да оценявам приятели верни  
и да се радвам така на мига.“

Всичко изгубих, за да намеря  
смиъла труден на моя живот:  
сутрин след изгрев да се засмея  
и да си спомня: „Обича ме Бог!“

20 март 2006 г.

### Пена Таракчиева

(1966-2006 г.)

*Непубликуваното стихотворение на поетесата е  
предоставено специално за Алманаха от архива на сестра ѝ  
Антоанета Таракчиева.*





# информация за рака

*Едно от най-мощните  
оръжия в борбата  
срещу рака е  
информираността за него  
– информираност  
на пациентите и  
техните семейства,  
на здравните  
специалисти, на  
обществото като цяло*

## По-важни сайтове от областта на онкологията

**Световна здравна организация (СЗО; World Health Organization, WHO)**, създадена още през 1948 година, концентрира своята дейност и върху проблемите, свързани с борбата против рака. ([www.who.int](http://www.who.int)).

**Международна агенция за изследване на рака (МАИР) (International Agency for Research on Cancer, IARC)**, като част от Световната здравна организация, има за цел да координира и подпомага научните проучвания в областта на онкологията. Агенцията подпомага развитието на специфични стратегии за контрол на рака. ([www.iarc.fr](http://www.iarc.fr)). На следната страница, можете да се запознаете някои важни издания и класификации от областта на онкологията ([www.iarc.fr/IARCPress/pdfs/index1.php](http://www.iarc.fr/IARCPress/pdfs/index1.php)).

**CancerWeb** е база данни с множество интернет-връзки към различни европейски структури от областта на онкологията: асоциации, болници, медицински библиотеки и др. (<http://cancerweb.ncl.ac.uk>).

**Cancer World** – Европейският портал по онкология, предоставящ информация за различни антиракови програми, курсове и фондове с национално и Европейско значение като: ESO, Start, EONS, Europa Donna, Europa Uomo, European Society of Mastology ([www.cancerworld.org](http://www.cancerworld.org)).

**Международен съюз за борба с рака (МСБР) Union Internationale Contre le Cancer (UICC)**, е единствената глобална неправителствена организация, чийто членове и дейности помагат във всички аспекти борбата с рака. Това става чрез подкрепа на медицинското и научно знание, изследователската дейност, стратегии за първична и вторична профилактика, диагностика и

лечение на рака, промоция на всички други аспекти на кампанията срещу рака по целия свят ([www.uicc.org](http://www.uicc.org)).

**Европейска организация за изследване и лечение на рака (The European Organization for Research and Treatment of Cancer, EORTC)** има за цел да координира информацията по различните клинични проучвания, които се провеждат в отделните Европейски страни. Целта на организацията е подобряване на диагностиката и терапията на рака чрез увеличаване на преживяемостта и качеството на живот на пациентите ([www.eortc.be](http://www.eortc.be)).

**Асоциация на Европейските ракови гружества (Association of European Cancer Leagues, ECL)** е неправителствена организация, която се стреми да подобрява комуникациите в Европа, да насърчава взаимодействието между европейските ракови гружества и така да съдейства за намаляване на честотата на рака. Някои от по-основните области са профилактика на рака, подобряване информираността на населението, професионално образование, подкрепа за службите за рехабилитация на пациентите и техните семейства, вкл. финансово подпомагане, борба с тютюнопушенето, отстояване на пациентските права, участие и стимулиране на научни изследвания. (<http://ecl.uicc.org>)

**Федерация на Европейските ракови гружества (Federation of European Cancer Societies, FECS)** стимулира взаимодействието при провеждане на научните изследвания в Европа, профилактиката и лечението на рака ([www.fecs.be](http://www.fecs.be)).

**Европейското училище по онкология (ESO)** е фокусирано върху клиничните аспекти на онкологията. Неговите основатели се стремят към обединение на усилията на медицинските учебни заведения на Стария континент. Чрез своя

компетентен (14-членен) теле-международен научен комитет, училището се стреми към повишаване опита и знанията на младия лекар-онколог и по този начин към подобряване качеството на лечение на пациентите. ([www.cancerworld.org/cancerworld](http://www.cancerworld.org/cancerworld)). Официалното списание на организацията „European Journal of Cancer“ е напълно безплатно ([www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/EJC/home](http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/EJC/home)).

**Национален раков институт на САЩ** (National Cancer Institute, NCI) е част от Американската национална система по здравеопазване. Институтът е с ключова роля в координирането на програмите за превенция, скрининг и профилактика на раковите заболявания в САЩ и насърчава изследователската дейност чрез финансиране на научни програми, отпускане на стипендии; стимулира поддържането на високи професионални стандарти. На сайта ще намерите подробна информация за ракови локализации, клинични проучвания, ракова статистика и още много научна информация по онкология ([www.cancer.gov](http://www.cancer.gov)).

**Американска национална организация Клийрингхауз** (National Guideline Clearinghouse) е организация за разпространение на стандарти в медицината, основани на доказателства, и е създадена по инициатива на Американската агенция за качество и изследвания в здравеопазването (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, [www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov)) с помощта на други американски правителствени организации. На страницата на NGC може да намерите стандартите за качествено лечение, основани на контролирани проучвания за ефективност ([www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)).

**Наръчници за добра клинична практика – САЩ**, (NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology) публикува ежегодно последните стандарти за диагностика и терапия в онкологията. Стандартите се разработват от мултидисциплинарен комитет от експерти.

Базата данни е впечатляваща с това, че обхваща повече от 97% от туморните локализации. Стандартите на NCCN са широко възприетите и използвани като наръчник в онкологията по цял свят. Те съдържат информация за диагностика, оценка на риска и неговото намаляване, палиативна терапия и борба с болката при раково болните ([www.nccn.org](http://www.nccn.org)).

**Американско раково гружество** (American Cancer Society, ACS) е национална неправителствена организация, чиято цел е да "елиминира" рака като основен здравен проблем. Организацията предлага достоверна информация за пациенти и лекари относно профилактиката, намаляване страданията от рак, фондове за насърчаване изследвания в областта на рака, здравна просвета, форуми за подкрепа и взаимопомощ ([www.cancer.org](http://www.cancer.org)). Една от основните страници на сайта е обобщение на раковата статистика на САЩ ([www.cancer.org/docroot/STT/stt\\_0.asp](http://www.cancer.org/docroot/STT/stt_0.asp)), както и безплатен интернет достъп до официалното списание на гружеството „CA: A Cancer Journal for Clinicians“ ([http://cme.amcancersoc.org/cgi/hierarchy/acscme\\_node;2](http://cme.amcancersoc.org/cgi/hierarchy/acscme_node;2)).

**Национален институт за клинични стандарти** (NICE cancer service guidance) създава препоръки, които се изготвят от експерти, работещи в Националната здравна система на Великобритания. В създаването и тестването на тези препоръки участват както специалисти от различни области на медицината, така и самите пациенти (<http://guidance.nice.org.uk/CSG/published>).

**Национален раков институт на Франция** ([www.e-institut-nationale-de-cancer.fr](http://www.e-institut-nationale-de-cancer.fr)) въвежда и контролира френската национална стратегия и здравна политика за борба с рака. Под негово ръководство се осъществява диагностиката и лечението на раково болните, научните изследвания, конгреси и

международното сътрудничество на Франция в борбата с рака. ([www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)).

**Европейски институт по онкология** (European Institute of Oncology, Milan) е научен център, който предлага обучение не само за най-новото в лечението и диагностиката на рака, но също стимулира и провеждането на научни проучвания ([www.ieo.it](http://www.ieo.it)).

**Лекарствена база данни** на английски език ([www.drugs.com](http://www.drugs.com)).

**Връзки на български език:**

**Портал на библиотеките в България** (<http://mail.nacid-bg.net/bgnew/librariesbg.shtml>).

**Международен институт по здравеопазване и здравно осигуряване (МИЗО)** – разполага с информационно-справочен център и електронна библиотека, в която можете да намерите необходимото ви медицинско издание: списание,

книга, връзки към групи библиотеки, фармацевтичен справочник и много групи (<http://elibrary.zdrave.net>).

**Портал по фармация** – най-големият в тази област сайт на български език. Целта му е да предостави полезна база данни от новини, събития и инициативи, които се случват в областта на фармацията ([www.pharmacy-bg.com](http://www.pharmacy-bg.com)).

**Сайтът [www.doctorbg.com](http://www.doctorbg.com)** е насочен към задоволяването на информационните нужди на широк кръг от интернет потребители. Консултанти на сайта са квалифицирани специалисти в областта на медицината.

**Ars Medica** е информационен медицински портал, който предоставя подробна медицинска информация на достъпно ниво. Информацията включва новини, симптоми, заболявания, медицински речник, лаборатория, отравяния, медикаменти ([www.arsmedica.bg](http://www.arsmedica.bg)).

■ Не ни беше леко да подберем и представим всичко това, което изпълва страниците на алманаха. Признаваме, че не бяхме подготвени за мащаба на постигнатото на планетата през последните десетилетия в борбата срещу рака; но също и за оставащата заплаха за всички нас – дори и при такъв прогрес! Подбрахме всичко важно и трудно оспоримо – това, което цивилизованото, организирано и отговорно общество приема, прилага и ползва.

■ Дълъг списък на също важни проблеми, напр. за мястото на алтернативната медицина в онкологията, остана без представяне поради ограничения обем. Други проблеми изискваха предварително обсъждане и решения, взети от експертни форуми и от държавната власт. Такъв е случаят с дейността на съществуващата система, която обхваща специализираните онкологични заведения и останалата дроболнична и болнична мрежа. Налице са значими различия при подхода на здравни заведения и специалисти към онкологичните заболявания, без да се упражнява необходимия национален контрол за спазването на стандартите и онкологичната доктрина. В това отношение, постигнатото в Ирландия и Скандинавските страни може да служи като добър пример за развиване на онкологичната помощ и у нас.

■ Повече от необходима е и съвременна национална програма срещу рака, като държавната власт трябва да отдели повече внимание, финансови средства и постоянна грижа за този голям национален проблем. Най-сетне е нужен и действащ популационен скрининг, както го изискват и решенията на Европейската общност, чиито член е вече и нашата страна.

■ Накрая, но не по важност, е повече от необходимо всички ние, българите, да осъзнаем какво изискват съвременната първична и вторична профилактика на рака, и още по-важно – да започнем да ги спазваме. А при появило се заболяване – със силата на духа, да помагаме, за да се приложат най-пълно съвременните изисквания за диагностика, лечение и диспансерни грижи.

■ Най-искрена благодарност за подготвеното, изпратено и споделено за алманаха дължим на доц. Евг. Делчева, доц. В. Тенеф, доц. Ш. Данон, доц. В. Златков, г-р П. Костова, г-р М. Гаврилова, а за оформлението – на Кр. Терзиев.

*Иван Черноземски  
Отговорен редактор*

## About the Almanac

This book was designed for the society in Bulgaria: the Government, the patients and their families, the medical professionals, the NGOs, the financial institutions and companies, the media and the ordinary citizen.

The aim was to present current noteworthy data, rules and tendencies, related to priority cancer problems:

- ▼ occurrence and epidemiology;
- ▼ finances and economic losses;
- ▼ primary and secondary prevention;
- ▼ the leading cancer sites for Bulgaria – lungs, breast, colon and rectum, stomach, prostate, bladder, endometrium, cervix uteri, pancreas, ovaries; neoplasms in children and melanoma.
- ▼ policy and actions of WHO, UICC, governments, NGOs.

Existing data and tendencies for Europe, EU, USA were used to introduce them to the Bulgarian society and to compare them with the situation in Bulgaria.

The data revealed some optimistic features for Bulgaria: low cancer mortality of all sites, i.e. 156/100 000 standardized rate (as of year 2004 – the lowest in the EU, following Finland); decreasing incidence of stomach cancer and neoplasms in children; national cancer registration since 1952; progressive development of one national and 13 regional cancer centers; very active patients' organizations; active national campaigns against breast cancer each year.

The situation, however, is not so optimistic in a large number of other important characteristics, such as: leading place in EU in mortality from cervical cancer and possibly in the level of tobacco smoking, especially in young people; there is a governmental Act from the year 2001 for National Screening Program but such screening is still not initiated; only 4,3% of GDP are given for health care and 0,4% of GDP are allocated for oncological diseases.

There are only 2 linear accelerators in the country and 11 very old Russian cobalt machines. Existing funding covers up to 40% of the needs for adequate chemo- and hormone therapy.

Science is poorly supported, regardless of the good traditions and well trained specialists. Only clinical trials show increasing number.

Cancer education is scattered in different departments of medical universities; however a post-graduate system is well organized and over 400 clinicians received speciality in oncology.

International contacts of Bulgarian oncology did not show notable progress. Recently the Bulgarian National Association of Oncology became member of UICC after a withdrawal of the country in 1994. Since 2004 the country is an active member of Europa Donna programs.

There is active participation of Bulgarian oncology in the activities of the Balkan Union of Oncology (B.U.ON). On 13-16 September 2006 in Sofia took place the 6-th Congress of B.U.ON, attended by more than 600 oncologists.

Since 1999 Bulgaria is well recognized member of the European Network of Cancer Registries (ENCR). Since 1990 all data on cancer incidence in Bulgaria has been published in English.

Since 2005 Bulgarian oncology is very active partner in Eurochip-2 program of the EU.

As far as the current status and future of the health care system for cancer in Bulgaria is concerned, it needs evaluation and improvements. A system for control of all medical units dealing with cancer, as it is in Ireland and in the Scandinavian countries should be implemented. A modern National Cancer Control Program is a priority need too.

**CANCER  
The World – Bulgaria  
Almanac  
2007**

**РАКЪТ  
Светът – България  
Алманах  
2007**

Cancer in Figures	<del>03</del> 14	Ракът в цифри
Financing and Economic Losses	<del>15</del> 24	Финансиране и икономически загуби от рака
Primary Prevention and Carcinogens Risk factors	<del>25</del> 34	Първична профилактика. Рискови фактори. Канцерогени
Early Detection and Screening	<del>35</del> 46	Вторична профилактика. Ранно откриване. Скрининг
Major Cancer Sites	<del>47</del> 76	Онкологични заболявания
Together against Cancer	<del>77</del> 106	Всички заедно срещу рака
The Human Personality: the Spirit, the Suffering, the Vitality!	<del>107</del> 112	Човекът, духът, болката, силата!
Information Resources on Cancer	<del>113</del> 116	Информация за рака
Final Words	<del>117</del> 117	Послеслов
Summary in English	<del>118</del> 118	Резюме на английски език

**Съставители:**

**Иван Черноземски**  
отговорен редактор

**Веселин Тенев**  
консултант

**Здравка Валерианова**  
редактор

**Виктор Йорданов**  
редактор

**Спартак Вълев**  
редактор

**Николай Черноземски**  
отговорен секретар

**Кръсто Терзиев**  
графичен дизайн

**ТерАрт®**  
предпечатна подготовка

**Формат**  
12/70/100

**ISSN**  
1313-194X

© Фондация „Светът“  
2008

**Editorial board:**

**Ivan Chernozemsky**  
Editor-in-chief

**Vesselin Tenev**  
Consultant

**Zdravka Valerianova**  
Editor

**Victor Iordanov**  
Editor

**Spartak Valev**  
Editor

**Nikolay Chernozemsky**  
Secretary

**Krsto Terziev**  
Graphic design

**TerArt®**  
Prepress

**Format**  
12/70/100

**ISSN**  
1313-194X

© The World Foundation  
2008