

НАЦИОНАЛНА ПРОГРАМА

за ограничаване на остеопорозата в Република България

2005 – 2009 г.

I. ВЪВЕДЕНИЕ И ОБОСНОВКА

1. Разпространение на остеопорозата по света

Остеопорозата е дефинирана от Световната здравна организация (СЗО) като системно заболяване, характеризиращо се с ниска костна маса и нарушения в микроархитектурата на костната тъкан, водещи до повишена чупливост на костите и увеличен фрактурен риск. Фрактурите поради чупливост на костите са следствие от остеопорозата и практически най-често засягат гръбнака, бедрото и предмишницата. Тези фрактури се увеличават стъпаловидно с напредване на възрастта и са най-важната причина за смъртността и инвалидизацията при възрастното население. След 50 г. възраст, една от всеки три жени и един от всеки пет мъже ще получи през остатъка от своя живот най-малко една фрактура, вследствие на чупливост на костите. Рискът от бедрена фрактура през живота на жената е по-голям от съответния риск от развитие на рак на гърдата, ендометриума и яйчниците взети заедно. Тъй като населението все повече застарява, очаква се разпространението на остеопорозата да нарасне значително в следващите десетилетия. Бедрените фрактури са особено инвалидизиращи и заедно с вертебралните фрактури се свързват със значително високо ниво на смъртност. Наличието на фрактура вследствие на чупливост на костите е най-явният индикатор за следващи фрактури. При това рискът от нова бедрена фрактура се увеличава два пъти, а при вертебралните - до пет пъти. Остеопорозата, често смятана за бавно прогресиращо заболяване, може да се развие бързо след първата фрактура. По тази причина превенцията на първата фрактура е съществена за предотвратяване на каскадата от последващи я фрактури.

През последните десетилетия в света се разви истинска епидемия от остеопороза и остеопорозни фрактури, като честотата им нарасна повече от 2 пъти. Понастоящем около 40 % от всички жени над 50-годишна възраст са претърпели поне едно счупване. През 2000 г. остеопорозата бе определена като третото социално-значимо заболяване в света (след сърдечно-съдовите и онкологичните заболявания), с прогноза да заеме второ място през 2020 г. На Световния конгрес по остеопороза (Лисабон, 2002 г.) бяха изнесени данни, че тя вече се е доближила до второто място, изпреварвайки онкологичните болести.

На планетата приблизително 200 млн. души страдат от остеопороза. Очаква се до 2050 г. броят на остеопорозните фрактури да се удвои. Счупването на бедрената шийка води до повишение с 10-20 % на смъртността в рамките на 1 година и поне една четвърт от пациентите с такива счупвания имат нужда от продължителен престой в болнични заведения.

В САЩ директната годишна цена на остеопорозата през 1995 г. е 13,8 млрд. щ. д., докато през 1990 г. тя е била само 10 млрд. щ. д., т.е. за 5 години разходите са нараснали с близо 1/3. В Европа, общата стойност на лечението на пациентите в рамките на първата година след бедрена фрактура се оценява на 14,7 млрд. евро. Ако не се предприемат навременни действия, годишният брой на бедрените фрактури само в рамките на Европа се очаква да се удвои през следващите 50 г., като нарасне от 414 000 до 972 000.

В отговор на тези тревожни статистики, Европейският парламент изиска Европейската комисия да подготви препоръки, спомагащи да превърнат остеопорозата в здравен приоритет. През 1998 г. Европейската комисия публикува осем препоръки в своя "Доклад за остеопорозата в ЕС – Действия за превенция". Направената оценка за прилагането на този документ през 2001 г. отбеляза, че е постигнат разочароващ напредък

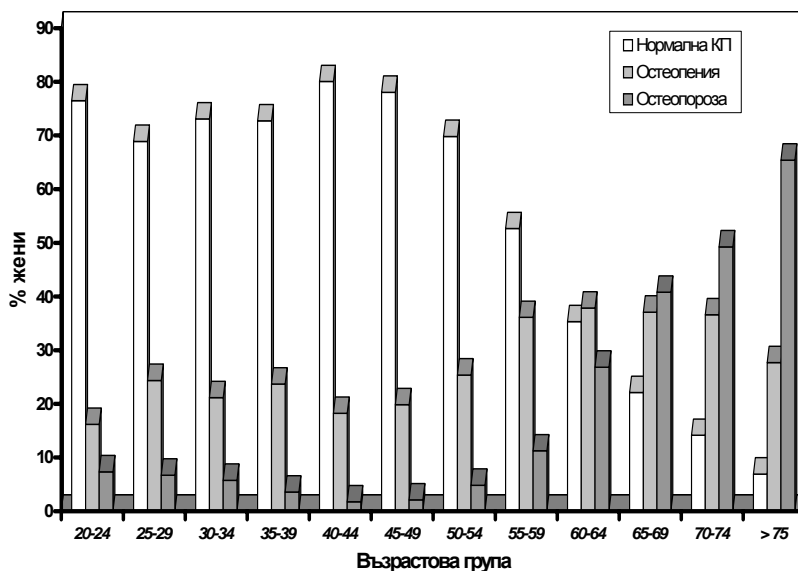
към въвеждането на тези осем препоръки. Твърде много европейци с висок риск от фрактури вследствие на чупливост на костите страдат ненужно и пропускат ценно време за диагностика и ефективни превантивни терапии на фрактурите вследствие на чупливост на костите (Мел Рийд – председател на Групата с интерес към остеопорозата при Европейския парламент).

През 2002 г. с финансовата помощ на Европейската комисия, повече от 40 държавни служители от сферата на здравеопазването от страните-членки, депутати в Европейския парламент, експерти по остеопороза и ръководители на проекти, формираха Консултативен панел по остеопороза към ЕС. Целта на “Призива на действие” на този панел е да изведе остеопорозата като приоритет на държавно ниво, с особено подчертаване на ефективните стратегии за превенция на фрактурите, вследствие на чупливост на костите при високорисковите лица. Представеният на 12 ноември 2003 г. в Европейския парламент “План за действие” на Консултативния панел по остеопороза е важна крачка в този процес и дава ценни насоки за организиране на дейностите на европейско и национално ниво за намаляване на разпространението на остеопорозата.

2. Разпространение на остеопорозата в Република България

Най-мощното епидемиологично проучване на остеопорозата у нас, проведено през 2001 г., обхваща данни за костната плътност на предмишницата при 8869 жени на възраст 20-87 г. При около 20 % от младите жени костната плътност е намалена, като по-голямата част от тях са с остеопения. Рязкото повишаване на честотата на остеопенията и остеопорозата настъпва след 50-годишна възраст, което съвпада с вижданията за наличие на постменопаузална и сенилна остеопороза. В напреднала възраст само около 1/4 от жените имат нормална костно минерална плътност (КМП). На графиката е показана честотата на остеопенията и остеопорозата в различните възрастови групи.

Фиг. 1. Епидемиология на понижената костна маса у нас



Разпределение на костната минерална плътност (КМП) сред общата група и подгрупата на постменопаузалните жени:

	Обща група (N= 8869)	Жени над 50 г. (N= 6221)
Нормална КМП	56,04 % (N= 4970)	47,05 % (N= 2927)
Остеопения	28,80 % (N= 2554)	32,50 % (N= 2022)
Остеопороза	15,16 % (N= 1345)	20,45% (N= 1272)

Въз основа на данните от таблицата и тези за възрастовата структура на женското население у нас може да се направи приблизителна оценка на жените с остеопороза и остеопения. Според данните на НСИ и МЗ за 1999 г. 1 552 486 жени са били на възраст над 50 г. Прилагайки процентното разпределение от таблицата се получава обща бройка на жените с риск за остеопороза – 317 483, а тези с риск за остеопения - 504 558. Тези данни показват, че общо 820 000 българки имат повишен риск за остеопорозни счупвания.

По данни на Българската асоциация по менопауза и андропауза годишно над 4000 жени у нас претърпяват гинекологични операции, довеждащи до отстраняване на яйчниците. Като следствие от настъпил естрогенен дефицит остеопоротичният процес при този контингент се развива значително по-интензивно.

Точни данни за разпространението на ниска костна маса сред българските мъже засега липсват. Предполага се, че от остеопороза боледуват около 160 хил. мъже.

У нас над 92 хил. жени имат поне една остеопорозна фрактура на прешлен. Над 4000 жени си чупят годишно бедрената шийка и 800 от тях умират до една година от усложненията от фрактурите. Данните се основават предимно на сведенията за хоспитализираните болни. Средният престой в болница след счупване на бедрената шийка и последваща оперативна намеса е 30-35 дни.

Данните за разпределението на рисковите фактори за остеопороза на популационно ниво показват, че 63,6% (от анкетираните общо 625 жени) рядко консумират мляко; 35,7% консумират под 100 грама дневно млечни продукти; 60,5% не консумират риба; под 500 грама дневно плодове и зеленчуци приемат 34,9% от жените; 66,5 % от анкетираните не употребяват алкохол, а 31,8% консумират до 100 мл. дневно вино или 50 мл. ракия или 1 халба бира. Най-висок е процентът - 84,7 сред жените, които пият по две кафета на ден. Не пушат 52,1% от анкетираните, до 10 цигари пушат 29,4%, а до 20 цигари – 16,3%. Физическата активност на българката е много ниска: 52,5% нямат никаква, 39,4% ходят пеша до 3 км. дневно, 7,7% се занимават седмично с аеробика или фитнес и само 3% спортуват системно.

Резултатите от проведеното от Националния център по хигиена, медицинска екология и хранене (НЦХМЕХ) научно проучване показва, че понастоящем децата и подрастващите в България са силно обездвижени и формират сериозен рисков контингент, предиспозитен към възникване на остеопороза в бъдеще.

Данните сочат, че 50,93% от обучаващите се в системата на средното образование са с прояви на хиподинамия. Момчетата са 2 пъти по-застрашени и то още от детството и юношеството – 64,84% срещу 35,16% за момчетата. Основните причини за хиподинамията се регистрират най-вече в съществуващата система на обучение по физическо възпитание в средното образование у нас, която се оказва неефективна.

В групата на обездвижените ученици се регистрират данни за смущаване и забавяне процесите на растеж, съзряване и развитие на костно-двигателната система. Изразено значимо по-ниско е нивото на физическо развитие (ръст, тегло, гръдни обиколки и др.). Пиковият растеж на костния скелет настъпва на 16 години, а не на 15 години, поради неравномерен и забавен ход на растежа на костите на скелета. По-ниско е нивото на

физическата дееспособност. По-често срещани са случаите на гръбначни изкривявания (кифози и кифосколиози) - 27,27% до 40,0%, докато при активно спортуващите гръбначните изкривявания или не се установяват, или са в много нисък процент – до 3,0%. Момчетата са по-често засегнати от гръбначните деформации отколкото момчетата.

Вредните навици (тютюнопушене и употреба на алкохол) като съпътстващи рискови фактори в патогенезата на остеопорозата, са с най-голям относителен дял при “обездвижените” ученици – 21,5% пушат “всеки ден”, докато при активно спортуващите от СОУ този дял е 3,1%. Значимо по-висок отново е процентният дял на пушешите момичета. При учениците с хиподинамия, употребяващите алкохол са 2 пъти повече – 61,0% срещу 34,0% за активно спортуващите. Момчетата отново по-често употребяват алкохол от момчетата.

Резултатите от проведеното научно-изследователско проучване показват, че съществува обща тенденция за “обездвижване” на идващите поколения. Проведеното преди 16 години изследване на физическата активност на подрастващите сочи, че днес относителният дял на “обездвижените” ученици е статистически значимо по-висок в сравнение с преди. Затова “стратегическата” (в детството и юношеството) профилактика на остеопорозата трябва да започне веднага.

По данни на Националния статистически институт от 1965 до 1990 г. консумацията на мляко и млечни продукти нараства. От 1990 г. се наблюдава трайна тенденция към ограничаване потреблението на тези храни на глава от населението, като през 2000 г. е регистрирана най-ниската консумация на мляко от 1965 г. насам. Независимо, че по отношение на млечните продукти се установява по-стабилна тенденция в консумацията, техният прием за последните десет години варира от 27.0 до 41.6 г/лице/ден и е под количествата, препоръчани в примерните продуктови набори, съгласно Наредба № 16 на МЗ от 1994 г. за физиологичните норми за хранене на населението в България.

Тенденцията по отношение приема на плодове и зеленчуци е сходна с тази на млякото и млечните продукти- прогресивно намалява след 1965 година, като през 2000 година е 81% от консумацията през 1965 година.

Среднодневна консумация на някои групи храни за периода 1965-1998 година (г/ден/човек)*

година/групи храни (г/ден/човек)	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Мляко	230.0	254.0	307.0	318.0	302.0	332.0	171.0	167.0	137.0	152.0	158.0	147.0
млечни продукти	28.2	31.0	37.0	38.0	39.0	41.6	32.0	30.4	27.0	34.0	37.0	34.0
Плодове (пресни и сушени)	118.6	129.0	111.2	103.8	92.8	88.2	129.3	109.0	78.0	98.0	118.0	96.0
Зеленчуци (пресни и сушени)	227.7	234.7	241.0	185.0	163.0	167.4	163.0	152.0	128.0	165.0	165.0	160.0

Резултатите от национално проучване на храненето, проведено през 1998 г. от НЦХМЕХ показват нисък прием на калций. Всички възрастови групи до десет години имат прием на калций от 41 до 93 % от референтната стойност. Тази тенденция е най-силно изразена при възрастовата група 6-10 години, където калциевият прием е най-нисък. Тази тенденция се задълбочава с нарастване на възрастта. Средногруповият дневен прием за лицата на възраст 60-75 години е 79% - 93% и е относително по близък до препоръките за прием на калций.

Резултати от национално проучване на ученици, проведено през 1998 г. от НЦХМЕХ върху общо 7099 лица на възраст 7-19 години показват прием на калций при всички възрастови групи под референтните стойности. Приемът на калций варира от 352 мг до 472 мг, като най-висок относителен дял на индивиди с неадекватен прием се наблюдава сред младежите на възраст 18-19 години.

Данни за разпространението на рисковите фактори в различни региони на страната дава и организираната от Асоциация “Жени без остеопороза” анкета, проведена през 2001 – 2002 г., с участието на 6375 жени чрез “Едноминутния тест за оценка на личния риск от остеопороза” на Международната фондация по остеопороза.

Регион	ограничена консумация на мляко и мл.продукти %	недостатъчна физическа активност %	тютюнопушене %	прием на повече алкохол %	прием на повече кафе %
В.Търново /n=821/	62	29	54	1,6	-
Кюстендил/n=234/	42	73	39	13	-
Плевен /n=1140/	-	-	45,7	-	-
Самоков /n=621/	27,4	36,4	40,7	6,6	32,2
Сандански/n=296/	40	40	33,4	9,8	37,5
София /n=1010/	73,3	51,2	13,2	6,6	14,1
Хасково /n=599/	-	-	10	4,3	-
Шумен /n=1654/	-	-	9,4	1,9	-

Данните от таблицата позволяват да се направят два основни извода:

- Промоцията на здраве и превенцията на остеопорозата са стратегии с огромен потенциал в борбата с остеопорозата в България;
- Отчитането на спецификата на отделните региони в страната ще повиши ефективността на програмите за ограничаване на рисковите фактори за остеопорозата в България.

Въз основа на разширения вариант на “Едноминутния тест”, включващ и въпроси за мъжете, Асоциация “Жени без остеопороза” проведе през 2003 г. проучване на рисковите фактори за остеопороза при 1611 лица (331 мъже и 1280 жени) на средна възраст от 18 до 89 години (45.4+/-14.4 г.).

Наличие на 1 или повече рискови фактори (РФ) за остеопороза се установява в средно в 9 от всеки 10 изследвани лица (89.5%).

Разпространение на РФ за остеопороза

	Честота	Относителен дял	Кумулативен процент
Без РФ	188	10.5	10.5
1 РФ	570	32.0	42.5
2-5 РФ	814	45.6	88.1
6-9 РФ	209	11.7	99.8
Над 10 РФ	3	2	100.0

Изводите от това проучване показват, че рисковите фактори при жените са: рано настъпилата менопауза (спонтанно или по хирургичен път), лесната податливост на травми, наличието на ендокринни заболявания и заболявания на храносмилателната система, прием на кортикостероиди и хиподинамия. При мъжете преобладават поведенческите рискови фактори (намален прием на калций с диетата, тютюнопушене и прекомерна алкохолна консумация) и фамилната анамнеза за остеопороза. Установява се значим възрастов градиент на остеопорозния риск.

3. Предпоставки за приемане на Национална програма за ограничаване на остеопорозата:

➤ не е изяснена изцяло мащабността на проблема “остеопороза” у нас. Наличните епидемиологични данни са основани на измервания на костната плътност на предмишницата, предимно на жени от градски райони. Липсват данни, основани на измервания на костна плътност на прешленни тела или бедрена шийка. Данните за разпространението и честотата на възникване на остеопорозните фрактури у нас са крайно непълни;

➤ наличните данни за рисковите фактори за развитие на остеопороза сред българската популация на база резултати, получени от изследвания в областта на храненето и хранителния статус на населението в България;

➤ не са предприети масови стратегии за своевременна профилактика на заболяването и неговите усложнения чрез промяна в стила на живот (хранене, двигателна активност);

➤ липсва финансова оценка и прогноза за проблема “остеопороза и остеопорозни фрактури”. Няма фармако-икономически анализи и стратегии за поведение;

➤ липсват медицински стандарти и ръководни насоки в областта на профилактиката, диагностиката и лечението на остеопорозата;

➤ голям е процентът на недиагностицираните болни от остеопороза;

➤ не е изградена национална информационна система за регистрация на фрактурите вследствие на остеопороза и за разпространението на понижената костна плътност, като не е създаден и механизъм за включването на тези данни в международните информационни системи;

➤ вниманието на лечебните заведения и НЗОК е насочено изцяло към лечение на последиците от остеопорозата - тежките счупвания. Не се отделят никакви средства за информация и първична профилактика на заболяването;

➤ липсва държавна политика за интегриране на пациентските организации по остеопороза в борбата със заболяването.

Въпреки изключителните научни постижения на медицинската наука, остеопорозата се разпространява бързо и скоростта ѝ изпреварва прогнозите на СЗО, ЕС и МФО за периода 2000 – 2050 г. Ситуацията в страната се характеризира с: ниска степен на разпространението на здравни знания за предпазване от остеопорозата и нейните тежки последствия; нездравословен начин на живот; погрешни социални нагласи; крайно недостатъчна нормативна уредба по проблема; реимбурсация, несъответстваща на социално икономическия статус на преобладаващата част от българското население; липса на адекватни ресурси за улесняване на достъпа до диагностика и лечение на заболяването.

Тези изводи налагат разработването и реализирането на Национална програма със съвременни и адекватни мерки, съобразени с политиката и препоръките на СЗО, ЕС, МФО.

II. ЦЕЛИ

1. СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ

Да се ограничи заболяемостта от остеопороза, появата и прогресирането на остеопорозните фрактури и на свързаните с тях инвалидност и смъртност, както и да се подобри качеството на живот на хората с остеопорозни фрактури.

2. ОПЕРАТИВНИ ЦЕЛИ

1. Да се поставят основите на системна национална политика, насочена към ограничаване на рисковите фактори за развитие на остеопороза и подпомагане на протективните фактори чрез прилагане на законодателни, административни и обществени

мерки за ограничаване на заболяването, усложненията и свързаните с него инвалидизация и смъртност.

2. Да се изясни точният брой на болните и застрашените от остеопороза чрез изграждане на Национална информационна система за регистрация на фрактурите вследствие на остеопороза и за разпространението на понижената костна плътност в различните региони на страната.

3. Да се подобри достъпа на болните и застрашените от остеопороза до квалифицирана профилактика, диагностика и лечение.

III. ПРИОРИТЕТИ:

➤ повишаване нивото на информираност за остеопороза сред населението и особено сред рисковите групи;

➤ развитие на образователни програми сред всички възрастови групи за информиране на обществеността за пътищата на намаляване на риска от остеопороза; за увеличаване на приема на калций и витамин Д, за здравословно хранене, повишаване на двигателната активност и ограничаване на вредните навици;

➤ разработване и прилагане на национални медицински стандарти и ръководни насоки в областта на профилактиката, диагностиката и лечението на остеопорозата;

➤ регламентиране ефективното лечение на остеопорозата;

➤ непрекъснато и системно подобряване знанията и уменията на здравните специалисти (ендокринолози, ревматолози, гинеколози, ортопеди/травматолози, рентгенолози, педиатри, общопрактикуващи лекари) за профилактика, диагностициране и лечение на остеопорозата;

➤ осигуряване на адекватни ресурси за измерване на костна плътност (минимум 4 DXA системи за милион население) с реимбурсация на измерванията за хората с висок риск от остеопорозни фрактури, както и системно анализиране на показателя цена-ефективност на изследванията;

➤ създаване на база данни от измерванията на костна минерална плътност (КМП) и от лечението на фрактурите, както и оценка на съществуващите до момента данни, свързани с остеопорозата и методите за тяхното събиране, необходими за планиране на бъдещите здравни ресурси и оценка на превантивните стратегии;

➤ включване на неправителствения сектор в мерките за ограничаване на заболяемостта и обособяване на пациентски групи за редовни занимания по профилактика и лечение на остеопорозата.

IV. ЦЕЛЕВИ ГРУПИ:

➤ жени в менопауза и след менопауза;

➤ мъже над 70 г.;

➤ лица с една и повече фрактури и с намалена КМП;

➤ лица с наследствена обремененост;

➤ деца, ученици и младежи;

➤ бременни и кърмещи жени;

➤ пушачи; лица, злоупотребяващи с алкохол;

➤ имобилизирани лица.

V. ОЧАКВАНИ РЕЗУЛТАТИ

Ключов момент в изпълнение на целите на програмата е участието на държавни, общински, неправителствени и стопански институции, както и на обществото като цяло. Във връзка с това е необходимо да се постигне:

➤ консенсус между държавни, общински, неправителствени и стопански институции и гражданското общество на национално, регионално и местно ниво за необходимостта от провеждане на активна политика за ограничаване разпространението на рисковите фактори за остеопорозата, ранна профилактика, информация, навременна диагностика и ефикасно лечение на заболяването;

➤ ангажиране и пряко участие на органите на изпълнителната и местна власт, системата на здравеопазването и образованието, неправителствените и стопански организации, националните и местни медии.

➤ активно ангажиране и политическа воля на парламента, правителството, местната власт и гражданското общество за реализиране на програмата.

Изпълнението на Националната програма ще доведе до намаляване разпространението на рисковите фактори за остеопорозата, фрактурния риск, инвалидизацията и смъртността вследствие на остеопорозата. Това намаление може да бъде отчетено след епидемиологично проучване на разпространението на остеопорозата сред населението и създадена база данни за остеопорозни фрактури спрямо изходния брой болни с доказана остеопороза след. Към 2009 г. следва да се очаква:

➤ общо намаление на честотата на разпространение на рисковите фактори за остеопороза с 5 %;

➤ намаляване на честотата на първата остеопорозна фрактура с 2%;

➤ намаляване на общия брой на остеопорозните фрактури с 5 %;

➤ снижаване на разходите на здравеопазването за лечение и рехабилитация на болните от остеопороза с 5 %;

➤ снижаване на разходите на семействата на болните от остеопороза с 5 %;

➤ обхващане на учениците с учебни програми за превенция на остеопорозата;

➤ постигане на медийно покритие, достигащо до 30% от българското население;

➤ обхващане на 5% от населението над 55 г. в пациентски групи по остеопороза;

➤ участие на 100 града от страната в годишните обществени образователни кампании;

➤ увеличаване потреблението на млякото и млечните продукти с 5 %

VI. РЪКОВОДСТВО И СТРУКТУРА НА ПРОГРАМАТА

Основно изискване за успешна подготовка и изпълнение на програмата е изграждането на ефективна система за управление и контрол на нейното изпълнение и обособяването на Национална мрежа от центрове по остеопороза.

Ръководството на програмата се осъществява от Национален съвет за ограничаване на остеопорозата (НСОО) към Министерство на здравеопазването с председател зам. министър на здравеопазването и членове – представители на научните дружества по ревматология, ендокринология, ортопедия и травматология, акушерство и гинекология, рентгенология, клинична денситометрия, педиатрия, представители на Министерство на образованието, Министерство на финансите, Министерство на младежта и спорта, Министерство на земеделието и горите, Министерство на икономиката, Министерство на труда и социалната политика, Министерство на околната среда и водите, Национална здравноосигурителна каса (НЗОК), Национален център по здравна информация (НЦЗИ), Национален център по

опазване на общественото здраве (НЦООЗ), Български лекарски съюз (БЛС) и пациентски организации по остеопороза.

Съставът на Националния съвет се определя със заповед на министъра на здравеопазването по предложение на съответните министерства, ведомства и организации.

Националният съвет за ограничаване на остеопорозата(НСОО):

- координира реализацията на програмата като цяло и между отделните изпълнители;
- съдейства за преодоляване на затрудненията при реализация на отделни дейности;
- представя годишен отчет пред министъра на здравеопазването;
- предлага за утвърждаване от министъра на здравеопазването на стандарти, методи, методики, протоколи, статистически образци, необходими при профилактиката, диагностиката и лечението на остеопорозата;
- обявява и съдейства за реализацията на национални кампании за превенция на остеопорозата;
- приема и одобрява областните програми за ограничаване на остеопорозата;
- прави предложение за обявяване на конкурси за проекти, финансирани от средства на програмата.

Оперативната дейност по програмата на национално ниво се осъществява от **национален координатор**, който е експерт към Министерство на здравеопазването, а на областно ниво - от **областен координатор**, който е експерт към Районния център по здравеопазване.

Националният координатор:

- координира и контролира изпълнението на дейностите по Националната програма;
- подготвя тримесечен анализ за изпълнение на програмата, който представя за обсъждане и вземане на решения от Националния съвет и НЗОК;
- подготвя предложения за оптимизиране на дейностите по ограничаване на остеопорозата, залегнали в програмата, които се разглеждат на заседания на Националния съвет;
- поддържа връзка с международните организации по остеопороза;
- подава данни към Европейската база данни за фрактури, утвърдени от Председателя на НСОО;
- информира Националния съвет и областните координатори за нови документи на международни структури и организации в областта на остеопорозата;
- участва при разработването на конкурсната документация за изработването и отпечатването на информационни материали по проблема остеопороза, както и за проекти, финансирани от средства на програмата;
- координира и контролира дейността на областните координатори;
- събира и обработва тримесечните отчети за извършената дейност по ограничаване на остеопорозата, подадени от областните координатори;
- координира взаимодействието между специалистите и пациентските организации и подпомага ресурсното обезпечаване и функционирането на Национална

мрежа на пациентските групи по съвместни проекти с пациентски организации, представени на национално ниво;

- информира населението за резултатите от дейностите по програмата чрез медиите и интернет страницата на програмата.

Областният координатор:

- координира дейностите по изпълнението на Областната програма по ограничаване на остеопорозата и контролира дейността на Центровете по остеопороза на територията на областта;

- събира и обработва ежемесечно отчетите за дейността на Центровете по остеопороза и Регионалните инспекции по опазване и контрол на общественото здраве (РИОКОЗ);

- анализира изпълнението на дейностите от областната програма, на Центровете по остеопороза и РИОКОЗ и изпраща всеки месец отчети до националния координатор;

- прави предложения за подобряване дейността на Центровете по остеопороза;

- координира взаимодействието между специалистите и пациентските организации и подпомага ресурсното обезпечаване и функционирането на Областна мрежа на пациентските групи по съвместни проекти с пациентски организации, представени на областно ниво

- информира обществеността за заболяемостта от остеопороза в областта, за дейностите по програмата, популяризира дейността на Центровете по остеопороза и др.

В страната се създава **Национална мрежа от около 40 центъра по остеопороза.**

Центровете по остеопороза:

- се създават на функционален принцип към съществуващи Диагностично-консултативни центрове и обслужват население от 200 000 души;

- определят се от Националния съвет по остеопороза чрез конкурс в зависимост от броя специалисти, наличната апаратура и услугите, които могат да предложат в областта на остеопорозата;

- извършват вторична и третична профилактика на рисковите групи и лица с фрактури;

- извършват диагностика, лечение, кинезитерапия и диетолечение на болните от остеопороза;

- събират данни за преминалите пациенти, която обработват и изпращат ежемесечно в Районния център по здравеопазване;

- осъществяват периодични контакти с личните лекари в региона, обслужван от съответния Център по остеопороза цел обхващане в програмите за вторична и третична профилактика на остеопороза на рисковите лица от контингента на личния лекар;

- осигуряват необходимите условия (помещение, материално-техническа база, лектори и др.) за редовно функциониране на пациентските групи по остеопороза в техния участък и подпомагат дейността им.

- Към клиниките по ортопедия и травматология при Висшите медицински училища и отделенията по ортопедия и травматология при МБАЛ се създават специализирани звена по остеопороза, които идентифицират рисковите за развитие на остеопороза пациенти и тези с фрактури, настъпили вследствие на остеопороза, насочват ги към изследване на костна плътност и при необходимост назначават съответното лечение,

като след изписването им ги насочват към центъра по остеопороза по местоживееене. Звената по остеопороза подават текущи данни за регистрираните фрактури вследствие на остеопороза към националния координатор.

Регионални инспекции за опазване и контрол на общественото здраве:

- организират и провеждат първична профилактика по остеопороза на населението;
- организират кампании за повишаване нивото на информираност за остеопороза на населението;
- участват в образователните програми по остеопороза за всички възрастови групи;
- провеждат дейности за ограничаване въздействието на рисковите фактори за развитие на остеопороза;
- организират скринингови изследвания КМП;
- участват в реализацията на проекта “Остеопороза на работното място” или те осъществяват проекти в отделни сфери на превенцията на остеопорозата;
- издават и разпространяват печатни материали за превенция на остеопорозата;
- отчитат месечно дейността си на областния координатор;
- подпомагат дейността на регионалните структури на пациентските организации по остеопороза и осъществяват съвместни кампании и програми

VII. ИЗПЪЛНИТЕЛИ НА ПРОГРАМАТА

В изпълнението на програмата са ангажирани:

- лечебни заведения от извънболнична и болнична помощ;
- Националната здравно-осигурителна каса;
- Националният център по опазване на общественото здраве, Националният център по здравна информация;
- регионалните центрове по здравеопазване;
- регионалните инспекции по опазване и контрол на общественото здраве;
- детски заведения и училища;
- висшите медицински и педагогически университети;
- общините;
- средствата за масова информация;
- неправителствените организации по остеопороза;
- юридически лица с предмет на дейност, подпомагащ борбата срещу остеопорозата.

VIII. РАБОТНА ПРОГРАМА

Работната програма е съставена въз основа на приоритетите, посочени в раздел III.

A. Изграждане на структури за управление и координиране изпълнението на дейностите по програмата

1. Изграждане на Национален съвет по ограничаване на остеопороза (НСОО).

Срок: 2005 г.

Изпълнител: МЗ

2. Приемане на правила за дейността на НСОО.

Срок: 2005 г.

Изпълнител: НСОО

3. Изготвяне на конкурсен пакет документи за обособяването на ДКЦ като Центрове по остеопороза.

Срок: 2005 г.

Изпълнител: НСОО

4. Провеждане на конкурси за избор на Центрове по остеопороза.

Срок: 2005 г.

Изпълнител: НСОО

5. Провеждане на работни заседания **на НСОО** – 1 път на 3 месеца.

Срок: текущ

Изпълнители: МЗ, НСОО

6. Изграждане на структури за управление и координиране на дейностите на областно ниво.

Срок: 2005 г.

Изпълнители: МЗ, РЦЗ

7. Разработване на Областни програми за ограничаване на остеопорозата.

Срок: 2005 г.

Изпълнители: ОСОО

8. Провеждане на работни заседания на Областния съвет по ограничаване на остеопороза (ОСОО) – 1 път на 3 месеца.

Срок: текущ

Изпълнители: РЦЗ, ОСОО

9. Изграждане на система за отчитане, обратна връзка и контрол на изпълнението на дейностите.

Срок: 2005 и текущ

Изпълнители: МЗ, НСОО

10. Създаване и поддържане на интернет страница на програмата

Срок: 2005 и текущ

Изпълнители: МЗ, НСОО

Б. Дейности за повишаване нивото на информираност за остеопороза сред населението и особено сред рисковите групи

1. Ежегодно разпространение на Едноминутния тест за оценка на риска от остеопороза на МФО сред 30 000 жени на възраст над 40 години и мъже над 60 години.

Срок: ежегодно

Изпълнители: РИОКОЗ, Пациентските организации по остеопороза

2. Разпространение на Едноминутния тест за оценка на риска чрез интернет страници и периодични издания, предоставящи информация със здрава насоченост.

Срок: текущ

Изпълнители: МЗ, РИОКОЗ, Научни медицински организации, Пациентски организации по остеопороза

3. Разпространение на информационни материали за остеопорозата като заболяване със значим ефект върху качеството на живота чрез печатни издания, интернет страници, медии, билбордове.

Срок: текущ

Изпълнители: МЗ, РИОКОЗ, Пациентски организации по остеопороза

4. Ежегодно отбелязване на 20 октомври – Световния ден без остеопороза с организиране на различни национални и местни прояви.

Срок: ежегодно

Изпълнители: МЗ, РИОКОЗ, Научни медицински организации, Пациентски организации по остеопороза, стопански организации и фирми с предмет на дейност, подпомагащи ограничаването на остеопорозата

5. Организиране на годишни изложения на стоки и услуги, насочени към профилактика и лечение на остеопорозата.

Срок: ежегодно

Изпълнители: МИ, МЗГ, РИОКОЗ, НПО по остеопороза, Браншови организации

В. Дейности за развитие на образователни програми сред всички възрастови групи за информиране на обществеността: за възможностите на намаляване на риска от остеопороза; за увеличаване на приема на калций и витамин Д; за рационално хранене; за повишаване на двигателната активност

1. Включване на профилактиката на рисковите фактори за възникване на остеопорозата в учебната програма по здравно образование.

Срок: 2006 г.

Изпълнители: МОН, МЗ

2. Организиране на конкурси за разработване на обучителни материали по темата остеопороза за часовете по здравно образование.

Срок: 2005 г.

Изпълнители: МОН, МЗ

3. Организиране на конкурси за разработване и издаване на детски книжки с подходящо съдържание и илюстрации за децата от детските градини.

Срок: 2005 г.

Изпълнители: МОН, МЗ

4. Организиране и провеждане на семинари с медицинските специалисти от детските градини и училищата по профилактиката на остеопорозата.

Срок: текущ

Изпълнители: МЗ, РИОКОЗ, НПО по остеопороза

5. Изготвяне на предложения за регламентиране на механизми за поощряване и стимулиране на производителите на обогатени с калций и витамин Д храни.

Срок: 2005 г.

Изпълнители: МФ, МЗГ, МЗ, НПО по остеопороза, Браншови организации

6. Изготвяне на предложения за актуализиране на референтните стойности за хранителния прием на калций и витамин Д за населението.

Срок: 2005 г.

Изпълнители: МЗ, НЦООЗ

7. Осъществяване на ефективен контрол по изпълнение изискванията на Наредба № 26 на МЗ от 2000 г. за здравословното хранене на учениците със специално внимание към храните, източници на калций, предлагани в училищата.

Срок: текущ

Изпълнители: МЗ, РИОКОЗ, НПО по остеопороза

8. Разширяване на извънкласните и извънучилищни спортни дейности, особено през ученическите ваканции – организиране на секции, отбори, провеждане на състезания.

Срок: текущ

Изпълнители: МОН, ММС, общините, НПО по остеопороза

9. Редовно организиране на излети, походи, екскурзии сред природата за учениците през почивните дни за осигуряване на по-продължителен престой на слънце и повишаване на двигателната им активност.

Срок: текущ

Изпълнители: МОН, ММС, общините, НПО по остеопороза

10. Изготвяне на предложения за регламентиране предоставянето на спортните бази за безплатно ползване от учениците.

Срок: 2005 г.

Изпълнители: ММС, МОН, общините

11. Организиране на “училища сред природата” с повишен двигателен режим.

Срок: текущ

Изпълнители: МОН

12. Изграждане на спортни площадки към училищата, в междублоковите и други съществуващи празни общински пространства.

Срок: текущ

Изпълнители: общините, ММС, МОН, спонсори

13. Създаване на групи по кинезитерапия за профилактика и лечение на остеопорозата.

Срок: текущ

Изпълнители: лечебните заведения, пациентски организации по остеопороза

14. Организиране и поддържане на маршрути (пътеки) за активно дълголетие, подходящи за възрастни хора в парковете и ниските части на планините с изграждане на места за почивка и необходимата трайна маркировка.

Срок: текущ

Изпълнители: МОСВ, общините, туристическите дружества, НПО по остеопороза

15. Изграждане на Национална мрежа от перманентно действащи пациентски групи за промоция на здраве, превенция и профилактика на остеопорозата и нефармакологичен мениджмънт на заболяването.

Срок: текущ

Изпълнители: НПО по остеопороза

16. Организиране и провеждане на семинари по остеопороза за журналисти, отразяващи здравната тематика в медиите.

Срок: веднъж годишно

Изпълнители: МЗ, НСОО

17. Организиране и провеждане на обучителни курсове за доброволци - ръководители на пациентските групи.

Срок: текущ

Изпълнители: НПО по остеопороза

Г. Изграждане на Национална информационна система за регистрация на фрактурите вследствие на остеопороза и за разпространението на понижената костна плътност в различните региони на страната

1. Изработване на статистическа форма за регистрация на фрактурите вследствие на остеопороза.

Срок: 2005 г.

Изпълнители: МЗ, НЦЗИ, НЗОК

2. Създаване на функционираща система за обмен на данни между звената от извънболничната и болнична помощ за регистрация на възникналите вследствие на остеопороза фрактури и контролираното им отчитане.

Срок: 2005 г.

Изпълнители: МЗ, НЦЗИ, НЗОК

3. Провеждане измервания на костна плътност и костни маркери на рискови контингенти.

Срок: текущ

Изпълнители: Центровете по остеопороза, лечебните заведения

4. Създаване на база данни за регистрация на лицата с понижена костна плътност, преминали през скринингово измерване и статистическа форма за регистрация на данните, позволяваща проследяване във времето.

Срок: 2005 г.

Изпълнители: МЗ, НЦЗИ, НЗОК, НПО по остеопороза

Д. Дейности по разработване и прилагане на национални медицински стандарти и ръководства в областта на профилактиката, диагностиката и лечението на остеопорозата

1. Създаване на ръководство в областта на профилактиката на остеопорозата, утвърдено от министъра на здравеопазването.

Срок: 2005 г.

Изпълнители: МЗ, НЦРРЗ, НЦООЗ, РИОКОЗ, НПО по остеопороза

2. Създаване на ръководство за инструментална диагностика на остеопорозата, утвърдено от министъра на здравеопазването.

Срок: 2005 г.

Изпълнители: МЗ, НЦРРЗ, научни медицински дружества по клинична денситометрия, рентгенология

3. Създаване на ръководство за Добра медицинска практика в диагностиката и лечението на остеопорозата, предназначено за специалисти в областта на ендокринологията, ревматологията, акушерството и гинекологията, ортопедията и травматологията и общата медицина, утвърдено от министъра на здравеопазването.

Срок: 2005 г.

Изпълнители: МЗ, научни медицински дружества по ревматология, ендокринология, акушерство и гинекология, ортопедия и травматология, Национално сдружение на ОПЛ, НЦРРЗ

4. Разработване и предлагане на дейности, изпълнявани от общопрактикуващите лекари, които да бъдат включени в Националния рамков договор, с цел определяне на рисковите пациенти и провеждане на необходимите профилактични мероприятия по остеопороза.

Срок: 2005 г.

Изпълнители: НСОО

5. Организиране на квалификационни курсове с издаване на сертификати за специалистите, осъществяващи инструментални и лабораторни изследвания за остеопороза.

Срок: постоянен

Изпълнители: МЗ, НСОО

Е. Дейности за непрекъснато и системно подобряване знанията и уменията на здравни специалисти (ендокринолози, ревматолози гинеколози, ортопеди/травматолози, рентгенолози, педиатри, общопрактикуващи лекари) при диагностицирането и лечението на остеопорозата

1. Организиране и провеждане два пъти годишно на семинари на национално ниво със специалистите, работещи в Националната мрежа от центрове по остеопороза.

Срок: текущ

Изпълнители: МЗ, НС по остеопороза, РЦЗ, НЦРРЗ

2. Организиране и провеждане всеки три години на научни конференции в областта на остеопорозата, вкл. и с международно участие.

Срок: текущ

Изпълнители: МЗ, Националният съвет по остеопороза, научни медицински дружества по ревматология, ендокринология, акушерство и гинекология, ортопедия и травматология, Национално сдружение на ОПЛ, НЦРРЗ, НПО по остеопороза

3. Организиране на ежегодни семинари за общопрактикуващи лекари с цел повишаване на квалификацията за определяне на рисковите пациенти от своя контингент, провеждане на профилактични мероприятия и насочване към централните по остеопороза.

Срок: текущ

Изпълнители: МЗ, научни медицински дружества по ревматология, ендокринология, акушерство и гинекология, ортопедия и травматология, Национално сдружение на ОПЛ, НЦРРЗ

4. Участие на български мултидисциплинарни екипи по остеопороза в международни научни форуми по остеопороза.

Срок: текущ

Изпълнители: МЗ, НСОО

Ж. Дейности по осигуряване на адекватни ресурси за измерване на костна плътност (минимум 4 DXA системи за милион население) с реимбурсация на измерванията за хората с висок риск от остеопорозни фрактури, както и системно анализиране цена-ефективност на изследванията

1. Апаратурно обезпечаване на висококачествена диагностика на остеопорозата със средства от държавния бюджет и чрез кандидатстване в международни проекти.

Срок: текущ

Изпълнители: МЗ, НЦРРЗ

2. Изработване на методика за първоначална и периодична оценка на качеството на измерванията на апаратите за диагностика и скрининг на остеопорозата

Срок: 2006 г.

Изпълнители: МЗ, НЗРРЗ

3. Периодично оценяване на качеството на измерванията на апаратите за диагностика и скрининг на остеопорозата, работещи в Центровете по остеопороза.

Срок : текущ

Изпълнители: МЗ, НЦРРЗ

4. Изготвяне на предложения за реимбурсиране на средствата за диагностика и лечение на жени над 60 години и мъже над 70 години с една остеопорозна фрактура въз основа на данните от фрактурната база данни.

Срок: текущ

Изпълнители: МЗ, НСОО, НЗОК

3. Дейности за оценка на съществуващите данни, свързани с остеопорозата и методите за тяхното събиране за планиране на бъдещите здравни ресурси и оценка на превантивните стратегии.

1. Провеждане на епидемиологично проучване за разпространение на остеопорозата сред населението.

Срок: 2006 г.

Изпълнител: НСОО, МЗ

2. Извършване оценка на:

а) съотношението цена/ефективност на инструменталните диагностични дейности в Центровете по остеопороза и изготвяне на предложения за оптимизирането им;

б) необходимите финансови средства за реимбурсация на измерванията;

в) необходимостта от осъвременяване на техниката.

Срок: ежегодно

Изпълнители: МЗ, НЦРРЗ, научни медицински дружества, експерти

3. Текущ фармакоикономически анализ на лечението на остеопорозата и изготвяне на предложения за реимбурсация на медикаментите за жени под 60 г. и мъже под 70 г. с диагностицирана остеопороза.

Срок: ежегодно

Изпълнители: МЗ, научни медицински дружества, експерти

IX. Мониторинг на Националната програма

1. Текуща оценка на въздействието на рисковите фактори за разпространение на остеопорозата чрез скринингови измервания на костната плътност на рисковите групи от населението с последваща статистическа обработка и подаване в националната база данни за разпространението на намалената костна плътност.

Срок: текущ

Изпълнители: МЗ, Центровете по остеопороза, звената от извънболничната помощ, НПО по остеопороза

2. Текуща оценка и анализ на фрактурната база данни по отношение на първата остеопорозна фрактура и общия брой остеопорозни фрактури. Изготвяне на предложения за ограничаване на тяхната честота.

Срок: ежегодно

Изпълнители: МЗ, научни медицински дружества, експерти

3. Текуща оценка и анализ на разходите на здравеопазването за лечение и рехабилитация на болните от остеопороза и на социалните разходи, възникващи при случаите с остеопорозни фрактури.

Срок: ежегодно

Изпълнители: МЗ, научни медицински дружества, експерти

4. Текуща оценка и анализ на работата с подрастващите по профилактика на остеопорозата, включително на присъствието на темата в учебните програми и качеството на използваните учебни материали.

Срок: ежегодно

Изпълнители: МЗ, експерти

5. Текуща оценка и анализ на потреблението на мляко и млечни произведения от населението и изготвяне на предложения за облекчения на производителите.

Срок: ежегодно

Изпълнители: НСИ, браншови организации

6. Оценка на дейността по изграждането и функционирането на мрежа от пациентски групи по остеопороза от международни неправителствени организации.

Срок: веднъж на две години

Изпълнители: НПО по остеопороза

7. Оценка на популяризирането сред специалистите, обществеността и медийното отразяване на дейностите от Националната програма.

Срок: Ежегодно

Изпълнители: МЗ, експерти