

НАЦИОНАЛНА ПРОГРАМА
ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА ХРОНИЧНИТЕ НЕЗАРАЗНИ БОЛЕСТИ
2014-2020

1. ВЪВЕДЕНИЕ И ОБОСНОВКА

Основните хронични незаразни болести (ХНБ) – сърдечно-съдови заболявания, злокачествени новообразувания, хронични респираторни болести и диабет са причина за 60% от всички смъртни случаи в световен мащаб, 80% от които са в страните с ниски и средни доходи. В България за 2010 г. те са причина за над 80% от смъртните случаи, като водещи са болестите на органите на кръвообращението с 67.5%, следвани от злокачествените новообразувания с 15.1% и др. Основно те се причиняват от общи, модифицируеми, предотвратими рискови фактори, като тютюнопушене, нездравословно хранене, ниска физическа активност и злоупотреба с алкохол.

Разрастването на епидемията от ХНБ увеличава тяхното негативно влияние върху социално-икономическото развитие на обществата. Бедността, глобализацията, урбанизацията и стареенето на населението са основните фактори, допринасящи за разпространението на тази епидемия. Продължава нарастването на честотата на разпространение на рисковите за ХНБ фактори. Здравните системи, особено в развиващите се страни не са подготвени да отговорят ефективно и равнопоставено на здравните нужди на населението по отношение на ХНБ.

По отношение на превенцията и контрола на ХНБ, Световната здравна организация (СЗО) е приела Глобална стратегия за превенция и контрол на незаразните заболявания¹ и план за действие към нея²; Европейска стратегия за превенция и контрол на незаразните болести³ и план за действие към нея⁴. В отговор на нарастващите нива на заболяемост и смъртност от ХНБ и негативното социално-икономическо въздействие, което те оказват на обществата, Общото Събрание на ООН свика среща на високо равнище през септември 2011 г. с дневен ред превенция и контрол на незаразните болести. Заключителният документ на срещата подчертава значението на превенцията и контрола на незаразните болести в световен мащаб, отбелязва предизвикателствата и негативното социално-икономическо влияние, което те имат, особено върху развиващите се страни. Документът изтъква основната роля и отговорностите, които Правителствата имат при предприемането на мерки и действия за превенция и контрол на ХНБ и отбелязва значението на международното сътрудничество в тази област. Отбелязва се, че разпространението на ХНБ може значително да бъде

¹ Resolution WHA53.17 on Prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva, World Health Organization, 2000 (http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/ResWHA53/17.pdf).

² 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf

³ Gaining health The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006

⁴ Action plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/147729/wd12E_NCDs_111360_revision.pdf

ограничено чрез подобряване и укрепване на националните политики и здравни системи; намаляване на разпространението на рисковите фактори; засилване на международното сътрудничество; провеждане на научни изследвания; регулярен мониторинг и оценка.

1.1. Основни ХНБ

Сърдечно-съдови заболявания

Сърдечно-съдовите заболявания (ССЗ) са една от основните причини за смърт и инвалидност на населението в развитите страни. Във възрастовата група 45-65 г. ССЗ обуславят една трета от всички смъртни случаи при мъжете и около 10% при жените. 3/4 от починалите от исхемична болест на сърцето са над 65-годишна възраст. В смъртността от мозъчносъдова и исхемична болест на сърцето се наблюдават големи субрегионални колебания: понастоящем преждевременната смъртност от ССЗ в източноевропейските страни е два пъти по-висока, отколкото в останалата част на Европа. У нас въпреки тенденцията към намаляване на смъртността от болести на органите на кръвообращението през последните години, стандартизираният показател за България (611.3 на 100 000, 2008 г.) остава значително по-висок в сравнение с този за ЕС – 236.3 на 100 000 за 2008 г.⁵ У нас ССЗ са водеща причина за смъртност - през 2010 г. 67.5% от смъртните случаи в България се дължат на тях⁶.

Основните фактори на риска за възникване на ССЗ са хипертония, диабет, тютюнопушене, високи кръвни нива на липиди, ниска физическа активност, нездравословен модел на хранене, затлъстяване и обременена фамилна анамнеза. Те често съществуват заедно, което увеличава многократно риска за здравето и налага те да бъдат третирани по комплексен начин. Например в зависимост от нивото на холестерола в кръвта при хипертоници пушачи има от три до шест пъти по-висок риск от смъртност, свързана с исхемична болест на сърцето, отколкото при нормотонични непушачи. Пациенти с артериална хипертония имат двойно по-висок риск от инфаркт на миокарда, а при хипертония и силно увеличени нива на холестерола рискът от инфаркт на миокарда е приблизително 15 пъти по-висок. Рискът от заболяване на периферните артерии се повишава три пъти при пушачи, които имат артериална хипертония. Превантивните стратегии за контрол на сърдечносъдовите заболявания се основават на въздействие върху факторите на риска, водещи до тяхното възникване. Повечето от сърдечносъдовите инциденти са предотвратими, ако срещу посочените фактори на риска се предприемат интегрирани действия.

Злокачествени новообразувания

Злокачествените новообразувания представляват нарастващ здравно-социален и обществено-икономически фактор в България и света. Прогнози сочат, че в световен мащаб броят на новите случаи ще нараства всяка година и от 10 млн. през 2000 г. (4.7 млн. в развитите и около 5.5

⁵ Състояние на здравето на гражданите през 2010 г. и изпълнение на Националната здравна стратегия, Годишен доклад на МЗ, 2011.

⁶ <http://www.nsi.bg/otrasal.php?otr=22&a1=548&a2=549&a3=550#cont>

млн. в развиващите се страни) те ще достигнат 15 млн. през 2020 г. Една трета от тях могат да бъдат предотвратени с ефективни подходи за контрол на тютюнопушенето и употребата на алкохол, здравословно хранене, физическа активност и имунизации срещу вируса на хепатит В и човешкия папиломен вирус (HPV). Към втората трета от случаите усилията трябва да се насочат към своевременно и ранно откриване на случаите (ранна диагностика) и комплексно лечение.

Злокачествените новообразувания са една от водещите причини за умиранията в България, като те заемат 17% в тяхната структура след болестите на органите на кръвообращението. Прегледът на злокачествените новообразувания в световен мащаб показва, че през последните години България заема средно място както при фактическите, така и при стандартизираните показатели на заболяемостта и смъртността⁷.

Според публикуваните данни на Националния раков регистър за 2009 г.,⁸ в структурата на заболяванията от злокачествените заболявания с най-голям относителен дял при мъжете е ракът на белия дроб (18.0%), следван от ракът на кожата (12.3%), простатата (9.2%), дебелото черво (8.2%) и т.н. Ракът на женската гърда заема почти 1/4 от злокачествените заболявания при жените (23.0%), следван от рака на кожата (12.5%), този на маточното тяло (7.7%), дебелото черво (7.6%) и други. Структурата на умиранията от злокачествените новообразувания за 2009 г. показва, че ракът на белия дроб при мъжете заема 1/3 от всички смъртни случаи при тях (27.0%), следван от рака на дебелото черво (8.5%), стомаха (8.5%) и простатата (8.2%). Ракът на гърдата (17.6%) е водеща причина за смърт при жените, следван от този на дебелото черво (10.1%), белия дроб (8.3%) и стомаха (7.0%). Стандартизираната заболяемост нараства с по-ускорени темпове при мъжете в сравнение с жените. Средногодишното нарастване при мъжете е 2.04, а при жените 1.73 на 100 000 мъже и жени съответно, за периода 1965-2009 г. Стандартизираната смъртност нараства с по-бавни темпове от заболяемостта и за разглеждания период от време е 0.22 на 100 000 население годишно.

Независимо от сравнително умерената заболяемост и смъртност в България понастоящем, налице са тенденции, които показват, че в близко бъдеще ситуацията може да стане по-неблагоприятна. Масовото разпространение на редица рискови фактори (тютюнопушене, нездравословно хранене), ниската ефективност или отсъствието на профилактични действия (рак на женската гърда, маточната шийка, простатата, колона и ректума) ще задълбочи проблема рак у нас в близко бъдеще. Увеличаващото се с бързи темпове засягане и застаряване на населението изисква адекватни действия в областта на рака, насочени в най-голяма степен към профилактиката и ранната диагностика. Своевременното откриване на заболяването има отношение не само към по-благоприятния изход и респективно по-голямата преживяемост и качество на живот на болните, но е

⁷ Alwan A., T. Armstrong, M. Cowan et al. Noncommunicable diseases country profiles 2011. WHO Press, 2012, 207.

⁸ Димитрова Н., М. Вуков, З. Валерианова. Заболяемост от рак в България, 2009. Български национален раков регистър, Том XX, 2011, Изд. "Авис-24" ООД, София, 96.

свързано и със значителни социални и икономическите ползи за обществото.

Диабет

Диабетът е сериозен медико-социален проблем за всички страни в света. За една година по причини, свързани с него в света умират 3.5 милиона души. Заболяването засяга 7.8% от населението на ЕС, като се очаква до 2025 г. техният дял да достигне 9.1%. В България разпространението на захарния диабет придобива застрашаващи размери и засяга 8.3% от населението, като смъртността съставлява 23.3 на 100 000.⁹ Около 75% от диагностицираните диабетици са с лош метаболитен контрол, което води до развитие на усложнения - миокарден инфаркт, мозъчен инсулт, слепота, ампутации на крайниците и хронична бъбречна недостатъчност.

Дългосрочната прогноза и качеството на живот на диабетно болните зависят от развитието и тежестта на късните усложнения, като диабетна ретинопатия, диабетна нефропатия, макроангиопатия, мозъчно-съдова болест и исхемична болест на сърцето. Рискови фактори, водещи до възникване на това заболяване са затлъстяването, нездравословен модел на хранене, ниска физическа активност, фамилна анамнеза. Съчетаването на диабета с хипертония, повишен серумен холестерол и тютюнопушене увеличава многократно риска за здравето. Проучвания установяват съкращаване на продължителността на живота с 5-10 години при болни на възраст над 40 години. Най-честите причини за смърт при захарен диабет тип 2 са сърдечно-съдови заболявания и бъбречна недостатъчност.

Захарният диабет може да бъде контролиран с подходящи грижи, обучение и съвременно лечение. Опитът на водещите страни показва, че ранната диагноза, ефективната профилактика и лечение на диабета и неговите усложнения, както и обучението на пациентите са от съществено значение за ограничаване на заболяемостта, на появата и прогресирането на усложненията, на инвалидността и смъртността. Това би довело до подобряване на качеството на живот на хората с диабет и значително снижаване на разходите за заболяването.

Хронична обструктивна белодробна болест (ХОББ)

ХОББ е една от водещите причини за заболяемост и смъртност, която е свързана със значими здравни, социални и икономически разходи^{10,11}. Въпреки че пълно оздравяване от ХОББ не е възможно, съвременните терапевтични средства и стандарти за лечение могат да осигурят ефективна превенция и повлияване (особено в ранните стадии) на болестта. ХОББ е състояние на прогресираща обструкция на въздухоносните пътища, възникващо в хода и като резултат на заболяванията хроничен бронхит, емфизем или комбинацията от двете. ХОББ е четвъртата по

⁹ Меморандум за ограничаване на захарния диабет в България, БАД, 2008
http://www.badiabet.com/index.php?option=com_content&view=article&id=63%3A

¹⁰ GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) е консенсус, одобрен от American Thoracic Society, European Respiratory Society, Canadian Thoracic Society и National Institute for Clinical Excellence

¹¹ Fromer L. et Cooper C. A review of the GOLD guidelines for the diagnosis and treatment of patients with COPD. Int J Clin Pract. 2008, 62 (8): 1219-1236
http://www.blackwellpublishing.com/ijcp_enhanced/default.asp

честота причина за фатален изход в развитите страни, като според прогнози към 2020 г. тя може да заеме трето място. От това заболяване страдат 10% от населението в света.

Рисковите фактори за възникване на ХОББ са тютюнопушене, замърсения въздух, дефицит на алфа1-антитрипсин (единствения генетично обусловен фактор за развитието на ХОББ), бронхиалната хиперреактивност (близко до астма състояние). При всички случаи, съчетанието на тютюнопушене и гореизброените фактори, значително увеличава риска за изява на заболяването. Ранното диагностициране на ХОББ е от особена важност за постигането на максимален ефект от терапия.

1.2. Основни рискови фактори

Основните рискови фактори за ХНБ – тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, нездравословно хранене и ниска физическа активност, са широко разпространени в България.

Употреба на тютюневи изделия

Тютюнопушенето е една от доказаните, водещи предотвратими причини за болестност и смъртност. По данни на СЗО всяка година, над 5.6 милиона души в целия свят умират преждевременно от заболявания, свързани с тютюнопушенето. Над 5 милиона от тях са настоящи и бивши пушачи и над 600 000 са непушачи, изложени на пасивно тютюнопушене. До 2030 г. смъртността се очаква да достигне до 8 милиона годишно. Ако подобни тенденции се запазят, през 21 век тютюнопушенето ще е причина за смърт на около 1 милиард души. Смята се, че повече от 80% от тези смъртни случаи ще са в страните с ниски и средни доходи. В Европа тютюнопушенето формира 12.2% от глобалното бреме на болестите (3-28.8% в отделните страни) и е причина за 2.3-21% от всички смъртни случаи. В България кореспондиращите данни са съответно 13.5% от всички болести и 12.4% от смъртните случаи. Изчислено е, че приблизително 650 000 граждани на ЕС умират преждевременно всяка година заради употребата на тютюн, включително и непушачи. Съгласно оценките на Световната банка цената, която плаща здравната система на дадена държава за последствията за здравето от употребата на тютюневи изделия съставлява между 0.1% и 1.1% от brutния вътрешен продукт в различните страни.

Тютюнопушенето е широко разпространено у нас. Ако през 1952 г. са пушили 13,7% от българските граждани, то през 2007 г. тютюнопушенето е разпространено сред 45,2 % българи¹². В последните години се очертава тенденция към ограничаване на тютюнопушенето – през 2008 г. са пушили 38,8%¹³, през 2011 г. – 36%¹⁴, а през 2012 г. като пушачи се самоопределят 34%¹⁵. Голяма

¹² Василевски, Н., Л. Иванов, Г. Цолова и Пл. Димитров Национално изследване на факторите на риска за здравето, свързани с начина на живот, сред население на възраст 25-64 г. сп. „Българско списание за обществено здраве, 2010 г., кн. 3.

¹³ Европейско здравно интервю, Национален статистически институт, 2008 г.

¹⁴ “Attitudes of Europeans towards Tobacco”, Special Eurobarometer 385, 2012.

загриженост предизвиква тютюнопушенето при българските деца. От изследваните 13-15-годишни деца през 2008 г.¹⁶ правилите опит да пушат са 58.8%, като 56.1% са момчета и 61.3% са момичета. От тях учениците, които са запалили първата си цигара преди 10-годишна възраст, са 21.2% (26.6% момчета и 16.3% момичета). Пушилите цигари през последния месец са 28.2%, като 24.4% са момчета и 31.6% са момичета. Непушещите, склонни да пропушат са 31.2%, като 27% са момчета и 36.4% са момичета. На пасивно тютюнопушене у дома са изложени 71.9% от 13-15-годишните български деца. Значително високо е равнището на тютюнопушене и сред 15-16-годишните български деца – 38,9% през 2011 г., от които 32,7% момчета и тревожно високо равнище за момичетата - 45,6%¹⁷.

Заради тютюнопушенето у нас се увеличава броят на новите случаи със злокачествени тумори на белия дроб – през 2008 г. са регистрирани 3996 новозаболели, които са с 43.3% повече от тези през 1970 г. (2266). Тенденция за увеличаване или нарастване има както при мъжете, така и при жените. При мъжете, по причина на тютюнопушенето, най-висок е относителният дял на умираанията от рак на белия дроб, в сравнение с други класове болести или нозологични единици. Например във възрастта на 45-64-годишните 93% от смъртните случаи от рак на белия дроб се дължат на тютюнопушенето; при 35-44-годишните относителния дял е 85%, а над 65 години - 86%. При жените, както и при мъжете делът на умираанията от рак на белия дроб, свързани с тютюнопушенето, е най-голям за възрастовите групи: 35-44 г. - 21%; 45-64 г. - 50% и над 65 г. - 29%. При жените на възраст 45-64 години всеки втори смъртен случай от рак на белия дроб се дължи на тютюнопушенето¹⁸.

Висок е относителният дял на смъртните случаи при мъжете от болести на органите на кръвообращението, дължащи се на тютюнопушенето. Те се разпределят във възрастовите групи: 45-64 - 48% и 35-44 - 43%, т.е. почти всеки втори смъртен случай от болести на органите на кръвообращението при мъжете се дължи на тютюнопушенето. При жените по отношение на приноса на тютюнопушенето в смъртността от болести на органите на кръвообращението, данните показват, че във възрастовите категории 35-44 г. тя е 9%, а 45-64 години – 10%, т.е. в сравнение с мъжете, делът на смъртните случаи, дължащи се на тютюнопушене при жените, е значително по-нисък.

Злоупотреба с алкохол

Рисковата и вредната консумация на алкохол обуславя 9.2% от общото бреме на болестите в развитите страни. По данни на СЗО, от 2 милиарда души по света, които консумират алкохолни напитки, 76.3 милиона души са с диагностицирано разстройство по причина на алкохола. 2.5 милиона души по света са починали през 2004 г. от болести, свързани с алкохолната злоупотреба, включително 320 000 млади хора между 15 и 29 години. Алкохолната консумация е отговорна за

¹⁵ “Обществените нагласи към тютюнопушенето. Промяна на пушачите след влизане в сила на забраните и ограниченията за тютюнопушене в закрити обществени места”, НЦИОМ, 2012 г.

¹⁶ “Глобално проучване на тютюнопушенето при младите хора”, България, (GYTS), 2008, данни от НЦООЗ.

¹⁷ The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries.

3.8% от общата смъртност в света през 2004 г. и 4.6% от общата заболяемост. Алкохолът е причина за около 20-30% от случаите на заболяване на хранопровода, цирозата на черния дроб, епилептичните припадъци, убийствата и пътните произшествия в света.

В Европейския съюз вредната и рисковата консумация на алкохол е третият най-голям рисков фактор за влошено здраве (при количество от 11 литра абсолютен алкохол (АА) за година на човек), отговорен за 195 000 смъртни случая всяка година, наброяващи 12% от преждевременната смъртност при мъжете и 2% от преждевременната смъртност при жените. Най-висок процент на общо употребяващи алкохол в Европейския съюз, според публикувания през 2010 г. „Евробарометър“, се открива в Дания (93%), Швеция (90%) и Холандия (88%), а най-нисък – в Португалия (58%), Италия (60%) и Унгария (64%).

Резултатите от „Национално изследване на факторите на риска, свързани с начина на живот сред население на възраст 25-64 г.“¹⁹ проведено от Националния център по общественото здраве и анализи (НЦООЗ), показва, че 23.2% от населението (39.5% от мъжете и 7.3% от жените) употребяват алкохол редовно. 13.8% (19.8% от мъжете и 3.8% от жените) консумират концентрати всеки ден.

По данни на Националния статистически институт²⁰, отразяващи проведено Европейско здравно интервю, което е част от Европейската система на здравни изследвания, показва, че нито веднъж не са употребявали алкохол 16.9% от мъжете и 42.9% от анкетираните жени или общо 30.5 % за страната; от 4 до 6 пъти седмично алкохол консумират 4.8% (7.5% мъже и 2.2% жени), а всеки ден алкохол се консумира от 6.1% български граждани (10.4% мъже и 2.1% жени). Отчетени са нива и на „тежко епизодично пиене“: 62.1% българи никога не са пили 6 и повече питиета при един повод, но ежеседмично те са 7.2% (8.4 % мъже и 4.3% жени), ежеседмично 2.4% (2.8% мъже и 1.4%) и ежедневно или почти всеки ден – 0.5% (0.7 % мъже и 0.0% жени).

По отношение на подрастващите „Европейски училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици“ (ESPAD), провеждан съвместно от НЦООЗ и Националния център по наркомании, показва, че сред 16-годишните, употребата на поне едно питие през последните 30 дни е при 57% през 1999 г., 65% през 2003 г., 66% през 2007 г. и 65.2% през 2011 г. Резултатите показват, че през 2007 г. 21% от учениците (25% момчета и 18% момичета) са се напивали поне веднъж през последните 30 дни, като през 2011 г. тези проценти са съответно 20.4% (23.6% и 18.1%)²¹.

Нездравословно хранене

Негативните характеристики на храненето, както и неблагоприятните тенденции в модела на хранене на населението в България, водят до увеличаваща се честота на наднормено тегло и

¹⁸ Цолова, Г., Н. Василевски, П. Димитров. Смъртност, дължаща се на тютюнопушенето. Обща медицина. бр., 2, 2008 г.; 21-27 с.

¹⁹ N.Vasilevsky, L.Ivanov, G.Tsolova, P.Dimitrov. National behavioral risk factor survey among population aged 25-64, 2007. Bulgarian Journal of Public health, Vol. 1, (3), 1-41, 2009.

²⁰ <http://www.nsi.bg/otrasal.php?otr=22&a1=556&a2=558#cont>

²¹ ESPAD. The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries. CAN, EMCDDA, Pompidou Group. 2012

затлъстяване, включително и при децата, висока заболяемост и смъртност от хронични болести, свързани с храненето.

Епидемията от затлъстяване поставя едно от най-сериозните предизвикателства пред общественото здраве в Европейския регион. Разпространението на затлъстяването се е увеличило 3 пъти през последните 2 десетилетия. Половината от всички възрастни и една пета от децата в страните на Европейския регион са с наднормено тегло. От тях една трета са вече със затлъстяване и броят им бързо нараства. В България също се наблюдава неблагоприятна тенденция за увеличаване разпространението на затлъстяването при децата. Данните от националното представително проучване на храненето и хранителния статус на учениците в България, проведено през 1998 г.²², показва например, че при децата на 7-8-годишна възраст с наднормено тегло са 23.3%, като 7.2% от тях са със затлъстяване, докато при проведеното през 2008 г.²³ изследване при същата възрастова група наднорменото тегло се е увеличило и се наблюдава при 30.6% от изследваните деца, като 13.6% от тях са със затлъстяване. Децата и от двата пола от 1 до 5 години също са рискова група за наднормено тегло, което се установява при 9,5% от тях.²⁴

Свръхтеглото и затлъстяването допринасят в голяма степен за развитието на незаразните заболявания, намаляват продължителността на живота и повлияват неблагоприятно неговото качество. Повече от 1 милион от смъртните случаи в региона се дължат на заболявания, свързани със свръхтеглото. Тенденцията е особено тревожна при децата и юношите, която преминава по-нататък в епидемия в зряла възраст и повишава здравния риск за следващото поколение. Затлъстяването повлиява силно икономическото и социалното развитие: 6% от разходите за здравни грижи в Европейския регион се дължат на затлъстяването и свръхтеглото при възрастното население. Допълнително свръхтеглото и затлъстяването водят до поне 2 пъти по-високи индиректни разходи (дължащи се на преждевременна смъртност, намалена работоспособност и свързани с това загуба на доходи).

В нашата страна са налице сериозни предизвикателства в областта на храненето. Необходимо е предприемане на дейности за намаляване разпространението на наднормено тегло и затлъстяване сред населението, особено при децата; намаляване консумацията на готварска сол; реформулиране на храните с цел подкрепа на здравословен модел на хранене и осигуряване на качествени и безопасни храни за цялото население; намаляване честотата на анемията при кърмачета, малки деца и жени в детеродна възраст, със специален фокус към социално слабите групи; създаване на регулаторни механизми за намаляване въздействието на рекламата на храни и напитки, допринасящи за нездравословен модел на хранене, предназначени за деца.

²² С. Петрова, Кр. Ватралова, В. Дулева и др. Оценка на хранителния статус на учениците в България на базата на антропометрични индикатори. В «Хранене и хранителен статус на учениците на възраст 7-19 години в България, Пропелер 2007, 123-133

²³ С. Петрова, В. Дулева. Европейска инициатива на СЗО за наблюдение на затлъстяването при деца. <http://ncphp.government.bg/files/unicef.swf>

Ниска физическа активност

Ниската физическа активност е един от основните фактори на риска за възникване на хронични незаразни болести. Тя формира 3.5% от глобалното бреме на болестите в Европейския регион на СЗО (от 1.8% до 5.6% за отделните страни) и е причина за 3.3-11.2% от всички смъртни случаи. За България тези показатели са съответно 4.3% и 7.7%^{25, 26}. С недостатъчна физическа активност в света са над 60% от населението^{27, 28}. Не практикуват никакъв спорт около 50% от европейците, като с най-висок дял е България (82%), следвана от Гърция (79%), Унгария (71%), Румъния (69%), Италия (67%), Полша (66%) и Латвия (65%)²⁹. Ниската физическа активност, заедно с редица други фактори на риска, води до по-висока заболяемост и смъртност от исхемична болест на сърцето, мозъчносъдова болест, диабет, хипертонична болест, злокачествени новообразувания и др. Комбинациите от ниска физическа активност, повишено артериално налягане, повишен холестерол, наднормена телесна маса или затлъстяване увеличават многократно риска за здравето на хората^{30, 31, 32}.

Обездвиженият начин на живот е широко разпространен сред всички възрастови групи на населението в България. По данни на Национално изследване за факторите на риска за хроничните неинфекциозни болести сред население 25-64 г.³³, над 80% от анкетираните са с недостатъчна физическа активност през свободното време. Не практикуват въобще физически упражнения 74.6% от тях (включително поради болест и инвалидност). Веднъж седмично и по-рядко извършват физически упражнения 13.9% от изследваните; 2-3 пъти седмично са физически активни едва 6.4% от тях. Ниска е честотата на извършваните енергични и умерени физически натоварвания през седмицата, недостатъчна е тяхната продължителност. Особено сериозен е проблемът с ниската физическа активност при децата в ученическа възраст. Физическите занимания, в рамките на учебните програми в училищата, са недостатъчни за поддържане на добро здраве, което налага извършването на допълнителни физически натоварвания през свободното време.

Изследване за честотата и продължителността на физическата активност на учениците на възраст 7-19 г., извън училищната програма, показва, че само 14-21% от момчетата и 8-11.4% от момичетата извършват умерена физическа активност поне 1 час дневно. По-малко от ½ час е продължителността на физическата активност при 42.5% от момчетата и 51% от момичетата на 7-10 г.

²⁴ Ст. Петрова, В. Дулева, Л. Рангелова и др. Национално проучване на храненето на кърмачета и малки деца до 5-годишна възраст и отглеждането им в семейството. Хранителен статус на деца от 0- до 5-годишна възраст в България, оценен чрез стандарти за растеж на деца, СЗО-2006 г. (под печат)

²⁵ The European Health Report 2005. Public health action for healthier children and populations. World Health Organization, 2005.

²⁶ The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.

²⁷ Health Evidence Network. Which are the known causes and consequences of obesity, and how can it be prevented? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004.

²⁸ Racioppi F et al. A physically active life through everyday transport. With a special focus on children and older people and examples and approaches from Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002.

²⁹ Eurobarometer 72.3. Sport and Physical Activity. Special Eurobarometer 334 / Wave 72.3 – TNS Opinion & Social. Brussels, 2010.

³⁰ Löllgen H, Böckenhoff A, Knapp G. Physical Activity and All-cause Mortality: An Updated Meta-analysis with Different Intensity Categories. Int J Sports Med 2009.

³¹ Oguma Y, Shinoda-Tagawa T. Physical activity decreases cardiovascular disease risk in women: review and meta-analysis. Am J Prev Med 2004.

³² Puska P. Physical activity and cvd prevention. JCS 2010, Kyoto 5 March 2010.

³³ Национално изследване на факторите на риска за здравето на населението на възраст 25-64 г, БСОЗ, кн.2, прил. 1, 2009.

и 30% от момчетата и 45% от момичетата на 10-19 г. Висок е относителният дял на учениците, които не извършват или извършват рядко (по-малко от 1-3 пъти месечно) физическа активност през свободното време – 11-16% от момчетата и 17-27% от момичетата. Най-голяма е неактивността сред момичетата на 14-годишна възраст³⁴.

Посочените изследвания показват, че е налице нарастващо обездвижване на населението в страната, което налага разработването и реализирането на национална политика в тази област.

1.3. Основание за разработване на програма

От няколко десетилетия глобалните усилия за контрол на епидемията от ХНБ бележат успех и вече има значими резултати в много развити страни. **Практиката показва, че редуцирането на основните рискови фактори води до намаляване на смъртността и заболяемостта от тези болести, съответно и на тяхното бремене за обществото.** Най-ефективният път за постигане на тази цел е профилактиката (превенцията), в рамките на програми за общи координирани (интегрирани) подходи и действия за намаляване нивото на факторите на риска, ранна диагностика, лечение и рехабилитация на болелите, и осигуряване на здравословна среда за живот. Интегрираният подход е интервенция, която е насочена към няколко рискови фактори. Той комбинира различни стратегии, включително развитие на политики, изграждане на капацитет, партньорство и информационна подкрепа на всички нива. Прилага комбинация на популационните и високорисковите стратегии, които свързват различни компоненти на здравните системи, като промоция на здравето, обществено здравни услуги, първична медицинска помощ и болнична помощ. Включва междусекторни действия, които прилагат здравните политики, включително координирани действия, насочени към основните детерминанти на здравето.

Концепцията за факторите на риска следва да бъде в основата на профилактичните дейности по програмите, при водещ популационен подход за интервенция, но и с прилагане на високорисков подход. Популационният подход цели намаляване на нивото на рисковите фактори за всички лица, като създава благоприятна среда, позволяваща здравословен начин на живот посредством редица мерки като промяна в законодателство, данъци, финансови стимули от правителството и др. Той има незначителен ефект за отделните лица, но значителен на популационно ниво, не изисква поведенчески промени, осъществява се сравнително бързо и е обоснован по отношение на разходите, т.е. води до “ползи за всички”. Високорисковият подход е насочен към откриване и лечение на лица във висок риск. Изисква поведенчески промени на индивидуално ниво, води до значителен ефект за отделните лица, но има малък ефект на ниво популация, т.е. води до “ползи за някои”.

³⁴ Петрова, С., Д. Байкова, В. Дулева и др. Физическа активност на учениците в България. Национално проучване „Хранене и хранителен статус на учениците на възраст 7-19 г. в България”. МЗ, НЦООЗ, С., Изд. „Пропелер”, 2007

2. ЦЕЛИ НА ПРОГРАМАТА

2.1. Стратегическа цел

Да се подобри здравето на населението и да се повиши качеството на живота чрез намаляване на преждевременната смъртност, заболяемост и последствията за здравето (инвалидизация) от основните ХНБ (сърдечно-съдови заболявания, злокачествени новообразувания, хронични белодробни болести, диабет), свързани с рисковите фактори - тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, нездравословен модел на хранене и ниска физическа активност.

2.2. Основна цел

Осъществяване на системна национална политика за:

а) редуциране на нивото на общите за ХНБ, най-често срещани рискови фактори: поведенчески, биологични, психосоциални, чрез намаляване на разпространението на тютюнопушенето, злоупотребата с алкохол, подобряване на храненето и увеличаване на физическата активност и за

б) ранна диагностика на основните ХНБ.

2.3. Основни подцели

а) Надграждане и развитие на утвърдената национална политика за ограничаване на употребата на тютюневи изделия, промоция на здраве и профилактика на заболяванията по причина употребата на тютюневи изделия.

б) Изграждане на успешен модел на национална политика до степен на саморегулация за ограничаване на злоупотребата с алкохол, промоция на здраве и профилактика на заболяванията по причина на злоупотребата с алкохол.

в) Затвърждаване на постигнатите положителни промени в националния хранителен модел и постигане на нови за намаляване риска от хранителни дефицити и хронични заболявания, свързани с храненето, и подобряване осигуряването на храни, допринасящи за здравословен модел на хранене, както и осигуряването на широк достъп до тях от цялото население.

г) Изграждане на успешен модел за повишаване на физическата активност на населението за постигане на по-добро здраве, дееспособност и дълголетие. Създаване на условия и възможности за достъп на населението за практикуване на физически упражнения, спорт и туризъм, практикуван на възрастов, териториален, ведомствен и отраслов принцип.

д) Укрепване на капацитета на първичната здравна помощ по посока на превенцията и ранната диагностика на основните хронични незаразни болести.

3. ПРИНЦИПИ И СТРАТЕГИИ НА ПОЛИТИКАТА НА ПРОГРАМАТА

- а) Интегриран мултидисциплинарен подход на междуинституционално равнище при водеща и координираща роля на Министерството на здравеопазването.
- б) Реализиране на дейности по промоция на здраве, профилактика на болестите, прилагане на модули за интервенция за намаляване факторите на риска при всички възрастови и професионални групи и др., с използване на различни стратегии при създаване на система за координация на профилактичната дейност на специалистите и работата им в екип.
- в) Междусекторно сътрудничество чрез развитие на координирани, съвместни дейности за здраве между обществените сектори, формиране на междусекторни съвети, работни групи и др..
- г) Изграждане на диалог и партньорство с всички заинтересовани страни, активно включване на професионални и неправителствени организации и сдружения, медии и др.
- д) Преориентиране на структурите на Националната система за здравеопазване (РЗИ, РЗОК, амбулатории за първична и специализирана медицинска помощ, МЦ, ДКЦ, здравни кабинети в детските градини и училищата, болници, центрове за профилактични дейности – медицина и спорт, и др.) към профилактични дейности, промоция на здраве и за успешни резултати от тях.
- е) Ефективно управление и координация на дейностите на национално и регионално ниво; изграждане на институционален капацитет за прилагане на Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести.
- ж) Приоритизиране на специфичните дейности; използване на разнообразни принципи и ефективни мерки за реализация на дейностите.
- з) Използване на научния подход, базиращ се на съвременни, научно доказани факти и концепции; използване на съществуващото научно познание и опит в областта на профилактиката, създаване на модели за профилактика, развитие на нови изследвания в тази насока, предоставяне на нови знания за практиката, оценка и контрол на резултатите и др.
- и) Международно сътрудничество за хармонизиране на националната политика с политиката на Европейския съюз при реализиране на националните дейности, свързани с международни инициативи; обмяна на опит, резултати, интервенционни модули, квалификация на кадри, оценка на резултатите и др., като се уточни най-добрата политика и подходи за профилактика на ХНБ.
- й) Мониториране на прилагането на Програмата и отговорностите на ангажираните институции.
- к) Адекватно финансиране на всички изпълнители по Програмата и ефективно и целесъобразно разпределяне на ресурсите за реализиране на дейностите.

4. ПРИОРИТЕТИ ЗА ИНТЕРВЕНЦИОННИТЕ ДЕЙНОСТИ В РАМКИТЕ НА ПРОГРАМАТА

Приоритетни болести и състояния: сърдечно-съдови заболявания, злокачествени новообразувания, диабет, хронични белодробни болести,

Приоритетни поведенчески и биологични фактори на риска за здравето: тютюнопушене, нездравословен модел на хранене, ниска физическа активност, злоупотреба с алкохол, повишено артериално налягане, повишен холестерол, повишен индекс на телесна маса.

5. ЦЕЛИ В ОБЛАСТТА НА ПРЕВЕНЦИЯТА НА ХНБ ДО 2020 Г.

В средносрочен план целите са свързани със задържане на нивата за показателите (в сравнение с базовите данни от 2012 г.) за заболяемост, инвалидизация, смъртност, честота на разпространение на рисковите фактори.

В дългосрочен план целите (в сравнение с базовите данни от 2012 г.) са както следва:

5.1. Сърдечно-съдови заболявания:

- а) Намаляване на смъртността от исхемична болест на сърцето с 10%.
- б) Намаляване на смъртността от мозъчно-съдова болест с 10%.
- в) Намаляване честотата на артериалната хипертонията във възрастовата група 25-64 г. с 10%.
- г) Намаляване на преждевременната смъртност (смъртност преди 65-год. възраст) от сърдечно-съдови заболявания с 20%.

5.2. Злокачествени новообразувания:

- а) Намаляване на заболяемостта от злокачествени новообразувания
- б) Увеличаване с 30% на случаите със злокачествени новообразувания, открити чрез преглед или скринингово изследване при локализациите, подлежащи на скрининг (рак на гърдата, рак на маточната шийка, рак на дебелото и правото черво)
- в) Намаляване с 30% на случаите с напреднало злокачествено новообразувание при локализациите, подлежащи на скрининг (рак на гърдата, рак на маточната шийка, рак на дебелото и правото черво)
- г) Стационариране на смъртността от злокачествени новообразувания.

5.3. Хронични болести на дихателната система:

- а) Намаляване на смъртността от ХОББ с 5%.
- б) Намаляване на процента на пациенти с ХОББ, които са с ограничения в ежедневните дейности поради заболяването.

в) Намаляване честотата на екзацербациите/хоспитализациите посредством имунизации с противогрипни и пневмококови ваксини.

5.4. Диабет

а) Относително намаляване на болестността/разпространението на диабет (определен като повишена глюкоза в кръвта $\geq 7.0 \text{ mmol/L}$ или лица на лечение за диабет) сред лицата на възраст над 25 години с 10%

б) Стационариране на инвалидизацията от диабет

6. ЦЕЛИ В ОБЛАСТТА НА ОСНОВНИТЕ ФАКТОРИ НА РИСКА ЗА ХНБ ДО 2020 Г.

6.1. Употреба на тютюневи изделия

а) Намаляване равнището на разпространение на тютюнопушенето сред населението с 10%;

б) Намаляване равнището на разпространение на пропушването на цигари при деца до 13 г. с 50%;

в) Намаляване интензитета на тютюнопушенето при пушачи – мъже и жени на 25-64 г. с 50%;

г) Увеличаване на броя на пациентите-редовни пушачи, получили консултация от личния си лекар да откажат употребата на тютюневите изделия до 50%

д) Намаляване броя на бременните жени, които пушат по време на бременността с 50%.

6.2. Злоупотреба с алкохол

а) Намаляване на средната консумация на алкохол на човек от населението с 5%;

б) Намаляване на относителния дял на лицата, злоупотребяващи с алкохол с 30%;

в) Намаляване на консумация на алкохол от деца до 18 години с 50%;

г) Ограничаване на рисковата и високорисковата алкохолна консумация сред лица от 18 до 25 години с 20%;

д) Увеличаване на броя на пациентите злоупотребяващи с алкохол, получили консултация от личния си лекар да откажат употребата на алкохол до 50%

6.3. Физическа активност

а) Увеличаване на относителния дял на лицата, практикуващи физическа активност с умерена интензивност най-малко 30 минути, 5 дни в седмицата с 25%.

б) Увеличаване на относителния дял на децата, практикуващи ежедневно физическа активност с умерена до висока интензивност най-малко 60 минути дневно с 30%.

в) Намаляване с 10% относителния дял на лицата, практикуващи веднъж седмично и по-рядко

физически упражнения, спорт и туризъм при лица на възраст над 18 години.

г) Увеличаване на относителния дял на лицата, консултирани от личния лекар за редовно практикуване на физически упражнения, спорт и туризъм с 30%.

6.4. Хранене

а) Преустановяване на тенденцията за увеличаване честотата на затлъстяването при възрастното население

б) Запазване без увеличение на относителния дял на децата със затлъстяване;

в) Намаляване използването на индустриално произведените транс-мастни киселини (хидрогенирани растителни масла) при осигуряване с храни;

г) Намаляване на консумацията на готварска сол с дългосрочна цел достигане до 5 г среднодневно на лице;

7. ЦЕЛЕВИ ГРУПИ ЗА ИНТЕРВЕНЦИИ:

а) Кърмачета

б) Децата и млади хора до 29-годишна възраст

в) Жени в детеродна възраст, бременни и кърмещи жени

г) Население в трудоспособна възраст

д) Възрастни и стари хора.

е) Медицински специалисти и асоциирани медицински специалисти/здравни професионалисти

ж) Немедицински специалисти и партньори

8. МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА НА ДЕЙНОСТИТЕ. ИНДИКАТОРИ ЗА ОЦЕНКА

За проследяване на процеса на реализация на програмните дейности и тяхната ефективност ще се подготви *Ръководство за мониторинг и оценка на резултатите*. Събирането на всички данни се извършва по стандартизирани процедури.

Индикатори за мониторинг и оценка:

а) възрастово-полов състав на населението;

б) разпространение на факторите на риска, свързани с начина на живот (тютюнопушене, употреба на алкохол, ниска физическа активност, нездравословно хранене);

в) разпространение на биологичните фактори на риска (повишено артериално налягане, повишено ниво на общия серумен холестерол, повишен индекс на телесна маса (ИТМ));

г) заболяемост/болестност на населението по причини, пол и възраст;

д) смъртност на населението по причини, пол и възраст;

е) инвалидизация на населението по причини, пол и възраст.

Оценката на програмата се извършва на основата на данните от мониторинга. Към компонентите на оценката се отнасят: значимост, адаптивност, степен на изпълнение, ефективност, резултативност, въздействие, ефикасност (съпоставка на вложените ресурси - финансови, човешки и др., към получените резултати)

В Работната програма (приложение 1) са представени конкретните действия за мониторинг и оценка на Програмата.

9. УПРАВЛЕНИЕ НА ПРОГРАМАТА

Управлението на програмата се осъществява от *Национален програмен съвет (НПС)*, който се ръководи от заместник-министър на здравеопазването.

Националният програмен съвет включва представители от: МЗ, НЦОЗА, МРР, МИЕ, МОН, МОСВ, МЗХ, МТСП, МВР, ММС, НЗОК, БЛС и др. Поименният състав и Правилникът за дейността на Съвета се определят със заповед на министъра на здравеопазването. НПС съдейства при вземането на решения по хода на развитието и реализацията на програмата и финансирането ѝ, оценката на резултатите, дава предложения на различните обществени структури по програмни въпроси. При реализацията на дейностите, съблюдава Протокола за развитие на програмата.

Национални координатори на програмата

Двама национални координатори се определят със заповед на министъра на здравеопазването и отговарят за реализацията на политиката на програмата и постигането на целите ѝ; ръководят и участват в разработката на програмните документи и планове за работа, съобразно стратегиите на програмата, нейните цели и задачи; разпределят финансовите средства, предоставени по програмата; координират дейностите в областите; представят резултатите от дейностите на МЗ, НПС, координаторите на програмата в областите, при поискване и по други поводи; изготвя ежегодна информация за дейността по програмата.

Координатори по факторите на риска

Координаторите по факторите на риска координират дейностите, свързани с отделните рискови фактори.

На областно ниво управлението на програмата се осъществява от Областен програмен съвет (ОПС).

Областен програмен съвет

Включва представители от: общинската администрация, РЗИ, областните МБАЛ, РЗОК, Районна колегия на БЛС и др. Поименният състав се определя със заповед на директора на РЗИ, който е и председател на Съвета. ОПС взема решения по хода на развитието и реализация на отделните дейности на програмата, оценката и резултатите; грижи се за допълнително финансиране

на дейностите; дава предложение на различните обществени структури по програмни въпроси; съблюдава препоръките на ОПС и Координатора по развитието на програмата.

Областен координатор

Определя се със заповед на директора на РЗИ. Координаторът отговаря за реализацията на политиката на програмата и постигането на целите ѝ на регионално ниво; ръководи и участва в разработката на плановете за работа, съобразно стратегиите на програмата, нейните цели и задачи; разпределя финансовите средства, предоставени по програмата; представя резултатите от дейностите на координатора на програмата на централно ниво, НПС, ОПС, при поискване и по други поводи; изготвя ежегодна информация за дейността по програмата.

Областни работни групи

Определят се със заповед на директора на РЗИ. Планира и участва в практическото реализиране на дейностите по програмата, съгласно приетите стратегии, цели, задачи и дейности; извършва оценка на резултатите от дейностите по ключовите фактори на риска за болестите; предоставя информацията на ръководните органи на програмата, на координатора на програмата на централно ниво и други структури при поискване; допълва създадената информационна база-данни за здравното състояние на населението в зоната на програмата, честотата на разпространение на факторите на риска, резултатите от проучванията.

10. УЧАСТВАЩИ ИНСТИТУЦИИ И ОРГАНИЗАЦИИ (ВОДЕЩО МЗ). ПАРТНЬОРИ ПО ДЕЙНОСТИТЕ НА ПРОГРАМАТА

- Министерство на здравеопазването
- Министерство на образованието и науката
- Министерство на младежта и спорта
- Министерство на вътрешните работи
- Министерство на земеделието и храните
- Министерство на финансите
- Министерство на икономиката и енергетиката
- Министерство на труда и социалната политика
- Министерство на транспорта, информационните технологии и съобщенията
- Национален център по обществено здраве и анализи
- Национален център по наркомании
- Регионални здравни инспекции
- Научни медицински дружества
- Национална здравноосигурителна каса

- Общопрактикуващи лекари, медицински специалисти
- Медицински специалисти от здравните кабинети в училищата и детските градини
- Лечебни заведения за първична или специализирана извънболнична и болнична помощ
- Детски градини и училища
- Висши училища с медицински и педагогически направления
- Български лекарски съюз
- Национален статистически институт
- Българска агенция по безопасност на храните
- Държавна агенция за закрила на детето
- Комисия за защита на потребителите
- Агенция "Митници"
- Изпълнителна агенция по лозата и виното при Министерството на земеделието и храните
- Изпълнителна агенция „Главна инспекция по труда“
- Общини
- Професионални организации
- Браншови организации на производители на храни и напитки
- Средства за масова информация
- Спортни клубове, туристически дружества, федерации
- Неправителствени организации.

11. РЕСУРСНО ОСИГУРЯВАНЕ НА ПРОГРАМАТА

Програмата се финансира от Републиканския бюджет чрез бюджета на Министерството на здравеопазването и останалите ведомства, партньори по Програмата. Финансовите средства, които са необходими за реализиране на предвидените в програмата дейности се планират за всяка бюджетна година и са в рамките на утвърдените със Закона за държавния бюджет на Република България разходи по бюджета на Министерството на здравеопазването и останалите ведомства, партньори по Програмата. Предвид дългосрочното действие на програмата, планираните финансови средства са в съответствие с параметрите на бюджетната прогноза за съответния тригодишен период. При възможност някои от дейностите се финансират/съфинансират от национални и/или международни проекти, донорски и оперативни програми.

12. РАБОТНА ПРОГРАМА (Приложение № 1)

13. ФИНАНСОВ РАЗЧЕТ НА НЕОБХОДИМИТЕ СРЕДСТВА ЗА РЕАЛИЗАЦИЯ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО ПРОГРАМАТА (Приложение № 2)

14. ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

БЛС – Български лекарски съюз

БНД – Българско научно дружество

ГДПБС – Главна дирекция “Пожарна безопасност и защита на населението”

ДКЦ – Диагностично-консултативен център

ДПБЛНА – Държавна психиатрична болница за лечение на наркомании и алкохолизъм

ЕМТОК – електронен модел за контрол върху тютюна (електронна система за докладване)

ЕС – Европейски съюз

ИТТИ – Институт по тютюна и тютюневите изделия

МБАЛ – Многопрофилна болница за активно лечение

МВР – Министерство на вътрешните работи

МЗ – Министерство на здравеопазването

МЗХ – Министерство на земеделието и храните

МИЕ – Министерство на икономиката и енергетиката

МОН – Министерство на образованието и науката

МОСВ – Министерство на околната среда и водите

МРР – Министерство на регионалното развитие

МТСП – Министерство на труда и социалната политика

МФ – Министерство на финансите

ММС – Министерство на младежта и спорта

МЦ – Медицински център

НЗОК – Национална здравноосигурителна каса

НПС – Национален програмен съвет

НЦОЗА – Национален център по общественото здраве и анализи

ОПС – Областен програмен съвет

ОГТТ – орален глюкозотолерантен тест

ПИМП – първична извънболнична медицинска помощ

РЗИ – Регионална здравна инспекция

РЗОК – Районна здравноосигурителна каса

СЗО – Световна здравна организация

СИМП – специализирана извънболнична медицинска помощ

СМИ – Средства за масова информация

ССЗ – Сърдечно-съдови заболявания

ХНБ – Хронични незаразни болести

ХОББ – Хронична обструктивна белодробна болест

ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

HPV – Human papillomavirus