

**Uchwała Nr XXIV/236/08
Rady Gminy Mielno
z dnia 29 września 2008r.**

w sprawie przyjęcia „Programu profilaktyki raka szyjki macicy na lata 2009- 2013”.

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (tj. z 2001r. Dz. U. Nr 142 poz. 1591; z 2002r. Nr 23 poz.220, Nr 62 poz.558, Nr 113 poz.984, Nr 153 poz. 1271, Nr 214 poz. 1806; z 2003r. Nr 80 poz. 717, Nr 162 poz. 1568; z 2004r. Nr 102 poz. 1055, Nr 116 poz. 1203; z 2005r. Nr 172 poz. 1441, Nr 175 poz. 1457; z 2006r. Nr 17 poz. 128, Nr 181 poz. 1337; z 2007r. Nr 48 poz. 327, Nr 138 poz. 974, Nr 173 poz. 1218) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. z 2004r. Dz. U. Nr 210 poz. 2135; z 2005r. Nr 94 poz. 788, Nr 132 poz. 1110, Nr 138 poz. 1154, Nr 157 poz. 1314, Nr 164 poz. 1366, Nr 169 poz. 1411, Nr 179 poz. 1485; z 2006r. Nr 75 poz. 519, Nr 104 poz. 708, Nr 104 poz. 711, Nr 143 poz. 1030, Nr 170 poz. 1217, Nr 191 poz. 1410, Nr 227 poz. 1658, Nr 249 poz. 1824; z 2007r. Nr 64 poz. 427, Nr 82 poz. 559, Nr 115 poz. 793, Nr 133 poz. 922, Nr 166 poz. 1172, Nr 176 poz. 1243), Rada Gminy uchwala, co następuje:

§1. Uchwala się „Programu profilaktyki raka szyjki macicy na lata 2009- 2013”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Mielno.

§3. Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2009 roku.

Przewodniczący Rady

Piotr Garnicki

Oryginalny dokument opatrzony jest pieczęcią Rady Gminy Mielno oraz Przewodniczącego Rady Gminy Mielno wraz z ręcznym podpisem.

Załącznik
do Uchwały Nr XXIV/236/08
Rady Gminy Mielno
z dnia 29 września 2008r.



**PROGRAM
PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY
NA LATA 2009-2013**

Mielno, wrzesień 2008r.

WSTĘP

Zaspokajanie zbiorowych potrzeb mieszkańców w zakresie ochrony zdrowia jest jednym z najważniejszych zadań gminy wynikających z ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (tj. z 2001r. Dz. U. Nr 142 poz.1591 z późn. zm.).

Do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności opracowanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców - art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004r. Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.).

Zapobieganie chorobom cywilizacyjnym możliwe jest poprzez stosowanie odpowiedniej profilaktyki, a także poprzez podejmowanie wszelkich działań i środków zmierzających do wykrycia we wczesnych stadiach nowotworów, dających szansę na szybkie wyleczenie.

Warunkiem poprawy i utrzymania zdrowia społeczeństwa jest tworzenie i realizacja odpowiedniej polityki zdrowotnej.

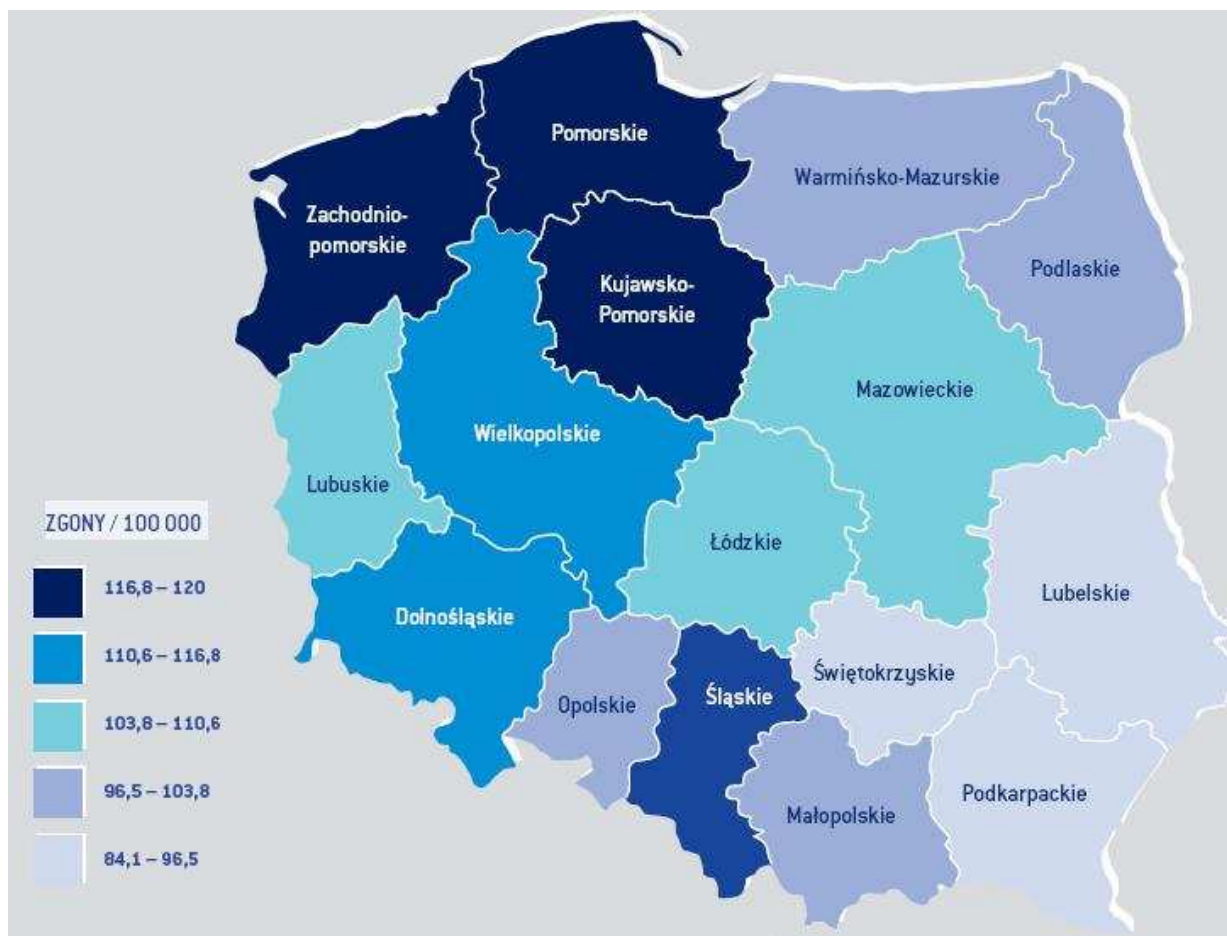
PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY

Ogólna charakterystyka

W Polsce ponad 3.600 kobiet zapada co roku na raka szyjki macicy, a połowa z nich umiera. Pod względem zachorowalności i umieralności z powodu tej choroby Polska zajmuje czołowe miejsce wśród krajów Unii Europejskiej.

Zaobserwowano również różnice regionalne w zachorowalności i umieralności z powodu nowotworów złośliwych. Pokrywają się one z umieralnością z powodu nowotworów złośliwych u kobiet zgodnie z ryciną nr 1.

Rycina nr 1. Rozkład geograficzny umieralności na nowotwory złośliwe.



Najwyższe współczynniki zgonów, z powodu chorób nowotworowych zaobserwować można w północno-zachodnich rejonach Polski, a najniższe w południowo-wschodnich. Różnice te należy jednak wiązać raczej z odmiennościami w stylach życia kobiet, wpływających na obniżenie ryzyka zachorowania w bardziej tradycyjnych środowiskach niż efektywnością leczenia. Bardziej tradycyjne wzory moralności, silniejsza kontrola relacji międzyludzkich stanowi czynnik zmniejszający ryzyko zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową.

Psychofizyczne konsekwencje raka szyjki macicy

W Polsce nie prowadzono systematycznych badań analizujących doświadczenia życiowe kobiet dotkniętych tą właśnie chorobą. Dostępne są jedynie dane o charakterze epidemiologicznym, które wskazują, że niemal 1/3 zgonów dotknęła kobiety w wieku 15–49 lat, a więc kobiety młode, u progu lub w pełni aktywnego życia, karier zawodowych, niezrealizowanych planów na przyszłość.

W perspektywie indywidualnego doświadczenia choroba nowotworowa powoduje ból oraz lęk wynikły z zagrożenia życia, dodatkowo podsycany negatywnymi wyobrażeniami i społecznymi „metaforami” raka. Rak jest przede wszystkim „zabójcą”. Pierwsze objawy choroby, a nawet dalsze, wskazujące już na znaczny jej rozwój, mogą być przez kobietę ignorowane. Dopiero nasilenie się objawów (ból, dyskomfort fizyczny) powoduje niepokój, do którego po otrzymaniu diagnozy niejednokrotnie dołącza lęk i depresja. Źródłem wtórnych cierpień jest także leczenie (chirurgia, radioterapia, chemia), a także stresujące pobyty w szpitalach i obawy o los najbliższych, szczególnie dzieci pozbawionych opieki. Indywidualna reakcja na chorobę może się oczywiście różnić; zależy od szeregu czynników, takich jak cykl życia kobiety, prognoza co do dalszego rozwoju choroby, powodowane nią zaburzenia w strukturze rodziny, wiedza o raku i możliwościach jego leczenia, dotychczasowe doświadczenia kontaktów z medycyną i wielu innych. Zawsze jednak stanowi źródło cierpień fizycznych i negatywnych emocji.

Zakażenie wirusem HPV może wywierać także bardziej bezpośredni wpływ na przebieg ciąży. Liczne badania kliniczne i doświadczalne wskazują, że zakażenie genitalnymi typami HPV, w tym typami HPV 6/11 (odpowiedzialnymi za kłykciny), może prowadzić do spontanicznych poronień we wczesnej fazie ciąży.

Badania te stwierdziły obecność DNA wirusów HPV w próbkach pobranych aż z 70% płodów po poronieniu samoistnym.

Wykazano także, że kobiety z historią zakażeń HPV mają ok. 3 razy większe ryzyko utraty ciąży, a także znaleziono HPV 18 w 50% preparatów nabłonika kosmówkowego złośliwego. W ostatnich latach odkryto też, że wirusy HPV 16 i HPV 31 mogą replikować de novo w łożyskowych trofoblastach.

HPV jako czynnik wywołujący raka szyjki macicy

Rozpoznanym czynnikiem sprawczym raka szyjki macicy są onkogenne wirusy brodawczaka ludzkiego (HPV). Zakażenia genitalnymi typami tych wirusów wywołują różnego typu zmiany przednowotworowe i nowotworowe na błonach śluzowych narządów płciowych i innych okolic ciała. Wirus przenoszony jest drogą płciową. Ryzyko zakażenia genitalnymi typami HPV w

ciągu całego życia u osób aktywnych seksualnie wynosi około 50%, a zakażenia te są najczęstsze u młodych kobiet.

Spośród ponad 100 typów wirusa HPV około 40 zakaża preferencyjnie błony śluzowe narządów płciowych. Największy związek z rakiem szyjki macicy wykazuje HPV 16 oraz HPV 18, które są odpowiedzialne za ponad 70% wszystkich przypadków tego raka i większość przypadków śródnabłonkowych zmian przednowotworowych.

Ścisły związek między zakażeniem HPV (zwłaszcza HPV 16) a ryzykiem rozwoju raka szyjki macicy został potwierdzony także w kontrolowanych badaniach retrospektywnych. Zmiany niskiego stopnia na szyjce macicy i w innych okolicach ciała: sromie, prąciu, odbycie są wywoływane nie tylko przez typy onkogenne HPV, ale w części przypadków mogą być związane z zakażeniem wirusami o niskim potencjale onkogennym, głównie HPV 6 i HPV 11. Ponadto wirusy HPV 6 i HPV 11 są odpowiedzialne za ponad 90% przypadków brodawek płciowych i brodawek w okolicy odbytu oraz dużej części zmian brodawczakowatych w jamie ustnej.

Prawdopodobny model rozwoju raka szyjki macicy przedstawia się następująco:

- infekcja HPV rozpoczyna się po kontakcie płciowym,
- u około 80% kobiet zwalcza infekcję i nie występują u nich jakiegokolwiek objawy i zmiany na szyjce macicy,
- u 20% kobiet ostra infekcja przechodzi w fazę przewlekłą i w ciągu 2-4 lat rozwijają się zmiany typu CIN,
- u 15% kobiet następuje samowyleczenie infekcji HPV wraz z regresją zmian CIN,
- u 3-5% nieleczonych kobiet rozwija się rak szyjki macicy.

Diagnostyka i leczenie

Leczenie chorych z rakiem szyjki macicy wymaga bardzo starannej diagnostyki zarówno histopatologicznej, jak i radiologicznej oraz dużego doświadczenia zespołu leczącego. Jedynie prawidłowo zaplanowane i właściwie oraz terminowo przeprowadzone leczenie daje szanse na

dobry ostateczny wynik terapii. Objawy kliniczne raka szyjki macicy pojawiają się dość późno i wiele kobiet we wczesnych stadiach choroby nie zgłasza dolegliwości.

Zazwyczaj jako pierwszy sygnał nieprawidłowości pojawia się krwawienie niezwiązane z miesiączką, mogą także występować krwawienia po stosunku. W następnym okresie dołączają się upławy i bóle w okolicy krzyżowo-lędźwiowej lub pośladków. W bardzo zaawansowanych stadiach choroby występuje obrzęk kończyny dolnej.

Częstym sygnałem do podjęcia kroków diagnostycznych jest nieprawidłowy wynik cytologii pobranej z szyjki macicy, ale dopiero wynik badania histopatologicznego materiału pobranego z tarczy części pochwowej (wskazane wykonanie biopsji pod kontrolą kolposkopu) lub wyskrobin z kanału szyjki upoważnia do rozpoznania choroby nowotworowej.

Wynik histopatologiczny określa typ nowotworu, istotny do właściwego doboru metody leczenia, jednak ostateczne zakwalifikowanie do rodzaju terapii jest możliwe po określeniu.

Wybór metody terapii jest zatem wypadkową kilku istotnych czynników, tj. stopnia zaawansowania choroby, typu histologicznego nowotworu, wieku chorej, jej indywidualnych preferencji oraz możliwości i doświadczenia ośrodka podejmującego się leczenia raka szyjki macicy. Należy jednak podkreślić, że niezależnie od zastosowanych, skomplikowanych i kosztownych procedur, leczenie pozostawia trwały, okaleczający ślad zarówno w ciele oraz jego funkcjach, jak i w psychice kobiety.

Opóźniona w Polsce diagnostyka raka szyjki macicy u kobiet, wysokie koszty leczenia, problematyczne- przynajmniej w porównaniu z innymi krajami europejskimi – jego efekty, ale przede wszystkim przedwczesne zgony wielu kobiet stanowią istotną przesłankę do intensyfikacji działań profilaktycznych ograniczających występowanie i skutki choroby.

Profilaktyka

Profilaktyka raka szyjki macicy sprowadza się przede wszystkim do redukcji częstości występowania nowych zachorowań i ograniczenia roli czynników nasilających podatność na chorobę (profilaktyka pierwotna), oraz działań zmierzających do wczesnego wykrywania objawów (profilaktyka wtórna). Przez wiele lat, w zakresie zdrowia publicznego, w stosunku do raka szyjki macicy dominowały działania drugiego typu.

Profilaktyka polegała na realizacji indywidualnych badań cytologicznych i programów badań przesiewowych, wspieranych okazjonalnymi działaniami z zakresu edukacji zdrowotnej. Nowy etap walki z rakiem szyjki macicy na świecie rozpoczął się wraz z wprowadzeniem szczepionki przeciw HPV (dostępnej w Europie od 2006 roku), rozpoznanym, jako niezbędny czynnik warunkujący rozwój choroby.

Powszechniejszą w krajach europejskich i w USA metodą profilaktyki raka szyjki macicy są powszechne szczepienia przeciw wirusowi HPV, które– według prowadzonych badań w zaszczepionej populacji eliminują w znacznym stopniu ryzyko zachorowania. Dotychczas 10 krajów europejskich wydało już oficjalne rekomendacje dotyczące szczepień przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego. Są to: Niemcy, Włochy, Francja, Norwegia, Wielka Brytania, Belgia, Szwajcaria, Austria, Szwecja i Luksemburg.

Doświadczenia krajów zachodnich, a szczególnie skandynawskich, pokazują wyraźnie, że roli profilaktyki w zapobieganiu rakowi szyjki macicy nie można przecenić. Choroba ma poważne konsekwencje zdrowotne i społeczne, a jej leczenie pociąga za sobą znaczne koszty. Badania przesiewowe oraz działania profilaktyczne, obejmujące szczepienia przeciwko HPV, mogą nie tylko ograniczyć ryzyko występowania raka szyjki macicy, ale przyczynić się istotnie do zmniejszenia następstw psychospołecznych i ekonomicznych tej choroby.

Szczepienia ochronne

Szczepionka czterowalentna– przeciw czterem najczęściej występującym typom wirusa brodawczaka ludzkiego, w tym dwóm z grupy onkogennej (HPV 16 i HPV 18) oraz dwóm typom tzw. niskiego ryzyka (HPV 6 i HPV 11)- została zarejestrowana we wrześniu 2006 roku w Unii Europejskiej do stosowania u dzieci w wieku 9–15 lat oraz u kobiet w wieku 16–26 lat. Wcześniej, bo już w czerwcu 2006 roku, szczepionka została zarejestrowana w USA. Obecnie jest zarejestrowana w ponad 80 krajach. W ostatnim okresie zarejestrowano w Australii i Europie również szczepionkę dwuwalentną.

Szczepionki przeciw HPV są produkowane w oparciu o technologię inżynierii genetycznej. Antygenami są białka kapsydu wirusów VLP (virus like participle). Generują one wysokie miana przeciwciał, ponieważ:

- są podawane domięśniowo, a więc szybko dostają się do naczyń krwionośnych i lokalnych węzłów chłonnych,
- antygen jest szeroko prezentowany układowi immunologicznemu,
- wywołują dobrą odpowiedź limfocytów Th oraz limfocytów B,
- dominują przeciwciała neutralizujące i specyficzne dla typu wirusa (możliwa jest reakcja krzyżowa i krzyżowa neutralizacja dla bardzo podobnych typów wirusa).

Skuteczność szczepienia oceniana jest na:

- 75% w przypadku zapobiegania rakowi płaskonabłonkowemu (carcinoma planoepitheliale cervicis uteri)– najczęstszemu typowi histologicznemu raka szyjki (ok. 85% przypadków),
- 96% w przypadku zapobiegania gruczolakorakowi (adenocarcinoma cervicis uteri), który stanowi ok. 10% przypadków i choć rozwija się wolniej niż rak płaskonabłonkowy, to wyniki leczenia są zwykle nieco gorsze.

Biorąc pod uwagę, że najwyższe ryzyko zakażenia tym wirusem występuje w ciągu pierwszych 5 lat od momentu inicjacji seksualnej, najlepszą grupą do szczepienia powinny być dzieci i młodzież przed rozpoczęciem aktywności seksualnej (dziewczynki 10-16- letnich).

Rozważając aktualne możliwości realizacji szczepień przeciw HPV w Polsce, trzeba wskazać na konieczność sfinansowania szczepionki, która nie została na razie włączona do obowiązkowej części Programu Szczepień Ochronnych, pokrywanych przez budżet państwa. Koszt zakupu szczepionki czterowalentnej obecnie kształtuje się ok. 1.400 złotych (cena całkowitego zaszczepienia- trzy dawki).

Wprowadzanie masowych szczepień prowadzi niewątpliwie do wyraźnego zmniejszenia występowania przednowotworowych zmian w obrębie szyjki macicy, czego naturalnym następstwem staje się obniżenie wartości pozytywnej predykcji badań cytologicznych.

W zależności od wybranej szczepionki (dwuwalentnej czy czterowalentnej), efekt szczepień jednej kohorty dziewcząt będzie widoczny po kilku lub kilkunastu latach (związane jest to z dodatkowym wpływem nieonkogennych typów 6 i 11 HPV) i będzie dotyczył wyłącznie roczników zaszczepionych. Dopiero jednak po kilkunastu latach od rozpoczęcia obowiązkowych szczepień sytuacja zmieni się na tyle, że możliwa będzie modyfikacja założeń

programu badań przesiewowych. Wtedy to populacja „przejęciowa” ulegnie wyczerpaniu, a skriningowe badania cytologiczne zaczną obejmować kobiety zaszczepione przeciw HPV. Stosowne będzie wówczas stopniowe zmniejszenie częstotliwości tych badań.

Program profilaktyki raka szyjki macicy będzie obejmował roczniki 16- letnich dziewcząt zameldowanych na pobyt stały oraz czasowy. Ilość dziewcząt zamieszkałych na terenie Gminy Mielno przedstawia tabela nr 1 (dane własne z dnia 30 sierpnia 2008r.- USC Mielno).

Tabela nr 1. Ilość dziewcząt 16- letnich kwalifikujących się do programu.

Rok urodzenia dziewcząt	1993	1994	1995	1996	1997
Ilość dziewcząt zameldowanych na pobyt stały i czasowy	31	39	33	29	27
Rok przeprowadzenia programu szczepienia	2009	2010	2011	2012	2013

Koszt programu

Program profilaktyki raka szyjki macicy będzie realizowany ze środków własnych Gminy Mielno (ok. 50% Urzędu Gminy w Mielnie oraz ok. 50% Gminnego Ośrodka pomocy Społecznej w Mielnie- Unieście z funduszu p/alkoholowego).

Nazwa programu	2009			2010			2011			2012			2013		
	ilość szczepień[szt.]	orientacyjna cena szczepionki [zł]	kwota programu [zł]	ilość szczepień[szt.]	orientacyjna cena szczepionki [zł]	kwota programu [zł]	ilość szczepień[szt.]	orientacyjna cena szczepionki [zł]	kwota programu [zł]	ilość szczepień[szt.]	orientacyjna cena szczepionki [zł]	kwota programu [zł]	ilość szczepień[szt.]	orientacyjna cena szczepionki [zł]	kwota programu [zł]
Program profilaktyki raka szyjki macicy	31	1400	43400	39	1400	54600	33	1400	46200	29	1400	40600	27	1400	37800
		SUMA	43400		SUMA	54600		SUMA	46200		SUMA	40600		SUMA	37800
Płatnik- UG Mielno			21000				28000				22400				18200
Płatnik- GOPS- fundusz p/alkoholowy			22400				26600				23800				19600

Wybór realizatora lub realizatorów programu zostanie wyłoniony przez Wójta Gminy Mielno w drodze najkorzystniejszej złożonej oferty (najniższy koszt jednostkowy szczepionki wraz z

przeprowadzeniem szczepienia) lub w drodze otwartego konkursu ofert, ogłoszonego na podstawie art. 48 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 poz. 2135 ze zm.) oraz art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1991 r. Nr 91 poz. 408 ze zm.).

Niniejszy program został opracowany w oparciu o raport z sesji naukowej zorganizowanej przez szkołę Nauk Społecznych IFiS PAN i dziennik „Służba Zdrowia” w dniu 9 października 2007r. w Warszawie pod redakcją naukową prof. dr. Hab. Antonina Ostrowskiego i dr. Mariusza Gujskiego, oraz Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Rak Szyjki macicy. Wybierz Życie” zorganizowanej przez Sekcję ginekologii Onkologicznej Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, Oddział Gdański Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej w dniach 21-22 września 2007r. w Gdańsku pod redakcją Dariusza Wydry i Janusza Emericha.