

**„Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV)
na lata 2012–2014”, realizowany przez Gminę Opalenica**

1. WSTĘP

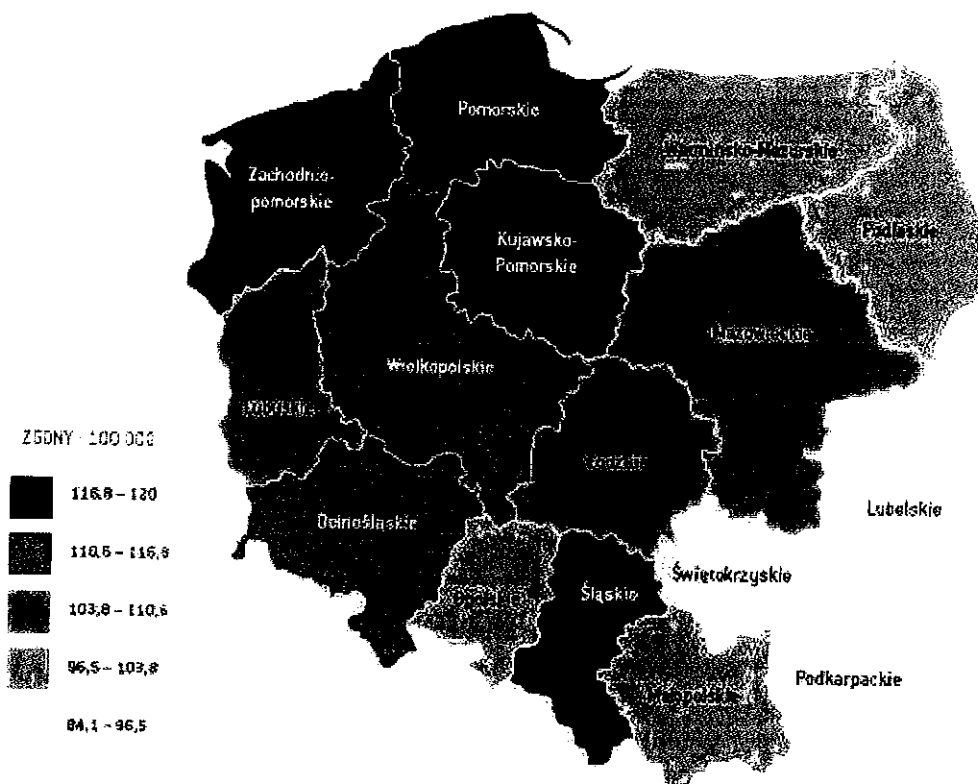
Zaspokajanie zbiorowych potrzeb mieszkańców w zakresie ochrony zdrowia jest jednym z istotniejszych zadań gminy wynikających art. 7 ust. 1. pkt 5 z ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2001 r. Nr 142 poz.1591 z zm.). Do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu 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 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027 z 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.

2.UZASADNIENIE CELOWOŚCI WDROŻENIA PROGRAMU

Ogólna charakterystyka

W Polsce ponad 3.600 kobiet zapada co roku na raka szyjki macicy, a połowa z nich umiera. Jest to jeden z najwyższych wskaźników umieralności w Europie (9,4/100 000 kobiet). 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.



Źródło: Wojciechowska U., Didkowska J., Tarkowski W., Zatoński W., Nowotwory złośliwe w Polsce w roku 2004. Warszawa 2006.

Rak szyjki macicy w skali całego świata jest drugim, co do częstości rakiem, który dotyka kobiety i drugą, co do częstości przyczyną ich zgonów z powodu chorób nowotworowych. Globalnie, co roku notuje się ok. 500 000 nowych zachorowań, a około 300 000 kobiet umiera z powodu raka szyjki macicy. Szacuje się, że na świecie liczba kobiet chorych na raka szyjki macicy sięga 1,4 miliona.

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 śród nabłonkowych 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 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,
- 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

Należy podkreślić, że niezależnie od zastosowanych skomplikowanych i kosztownych procedur, leczenie raka szyjki macicy pozostawia trwałą, okaleczającą ślad zarówno w ciele, jak i w psychice kobiety. Opóźniona w Polsce diagnostyka raka szyjki macicy, 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.

3. CELE GŁÓWNE I POŚREDNIE PROGRAMU

A. Cele główne:

- Zmniejszenie liczby zachorowań na raka szyjki macicy w gminie Opalenica.
- Ukształtowanie właściwych nawyków prozdrowotnych u dziewcząt w wieku gimnazjalnym.

B. Cele pośrednie:

- Podniesienie poziomu świadomości zdrowotnej młodych dziewcząt i ich rodziców.
- Wypromowanie zdrowego trybu życia wśród młodzieży szkolnej.

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 wirusowi HPV (dostępnej w Europie od 2006 roku), rozpoznany jako niezbędny czynnik warunkujący rozwój choroby. Powszechniejszą w krajach europejskich i w USA metodą profilaktyki raka szyjki macicy stały się 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. Programy edukacyjne propagujące zdrowy styl życia mają na celu zapobieganie chorobie, co w efekcie zmniejszy koszty ponoszone na leczenie. Ważną sprawą jest aby edukacją objąć zarówno młode dziewczęta, jak i ich opiekunów. Jest to niezbędne przy kształtowaniu właściwych nawyków higienicznych w każdym domu. Przed wprowadzeniem akcji szczepień dostarczone zostaną materiały informacyjne dla dziewcząt i ich opiekunów. Zaplanowano również prelekcje dla dziewcząt oraz spotkania informacyjne dla rodziców/opiekunów, prowadzone przez lekarzy ginekologów.

Szczepienia ochronne

Obecnie istnieją dwie szczepionki profilaktyczne: szczepionka czterowalentna, skierowana przeciw HPV 6, 11, 16 i 18 oraz dwuwalentna, zawierająca antygeny skierowane przeciw wirusom HPV 16 i 18. Obie szczepionki wykazują 100% skuteczność w ciągu pięciu lat obserwacji. Szczepienia zaplanowano poprzez podanie szczepionki czterowalentnej - 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). Wskazana szczepionka 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 ramach realizacji zadania przewiduje się podanie szczepionki czterowalentnej.

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 (dziewczeta 10-16-letnie). 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. Wprowadzanie masowych szczepień prowadzi niewątpliwie do wyraźnego zmniejszenia występowania przednowotworowych zmian w obrębie szyjki macicy. Efekt szczepień dziewcząt będzie widoczny po kilku lub kilkunastu latach, gdy skriningowe badania cytologiczne zaczną obejmować kobiety zaszczepione przeciw HPV. Program profilaktyki raka szyjki macicy na terenie gminy Opalenica będzie obejmował wskazane roczniki dziewcząt, zamieszkałe na terenie gminy.

4. UCZESTNICZY PROGRAMU

Udział w Programie szczepień jest dobrowolny. W celu objęcia szczepieniem dziewcząt wymagane jest złożenie imiennych deklaracji przez rodzica, bądź prawnego opiekuna.

Poniższe dane przedstawiają szacunkowe uczestnictwo w programie w poszczególnych latach.

Szczepienia dziewcząt w roku 2012

rocznik 1998 – 83 dziewczęta

Szczepienie dziewcząt w roku 2013

rocznik 1999 – 81 dziewcząt

Szczepienia dziewcząt w roku 2014

rocznik 2000 – 85 dziewcząt

Liczbę dziewcząt kwalifikujących się do programu opracowano na podstawie danych ewidencji ludności na dzień 13 kwietnia 2012 r. Dopuszcza się wahania ilości planowanych zaszczepień +/- 20%. Czynnikiem wpływającym na zmiany ilościowe mogą być ruchy migracyjne.

5. HARMONOGRAM REALIZACJI PROGRAMU

- 1) Przedstawienie rodzicom/opiekunom informacji o szczepieniu profilaktycznym przeciwko wirusowi HPV – wrzesień 2012 r.
- 2) Złożenie imiennej zgody rodzica/opiekuna na objęcie dziewcząt programem bezpłatnych szczepień przez realizatora programu – do 30 września 2012 r.
- 3) Akcja promocyjna i prelekcje dla dziewcząt objętych programem – październik 2012 r.
- 4) Akcja edukacyjno-informacyjna dla chłopców w grupie wiekowej odpowiadającej dziewczętom – listopad 2012 r.
- 5) Wybór realizatora programu, który zapewni dostawę szczepionki przeciwko wirusowi HPV, przeprowadzenie akcji edukacyjnej i szczepienie dziewcząt, na podstawie art. 48 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027 z zm.) – wrzesień/listopad 2012 r.
- 6) Wykonanie badań wstępnych oraz zaszczepienie dziewcząt:
I dawka – grudzień 2012 r.
II dawka – luty/marzec 2013 r. (1-2,5 miesiąca po I dawce),
III dawka - czerwiec/grudzień 2013 r. (5-12 miesięcy po I dawce)
- 7) Monitorowanie przeprowadzonej akcji szczepień – grudzień 2012 r.-grudzień 2013 r.

6. WSKAŹNIKI DO MONITOROWANIA PROGRAMU

Podczas oceny zasadności realizacji Programu uwzględnione będą wskaźniki:

1. Liczba dziewcząt uczestniczących w Programie.
2. Liczba dziewcząt objętych szczepieniami.
3. Stopień osiągnięcia sukcesu, określony procentowo – liczba zadeklarowanych dziewcząt / liczba zaszczepionych dziewcząt.
4. Opinie odbiorców bezpośrednich (dziewcząt) oraz pośrednich (rodziców) o programie. Ocena skuteczności realizacji programu będzie możliwa po kilkunastu, bądź też dopiero po kilkudziesięciu latach. W chwili obecnej można przyjąć jedynie założenie hipotetyczne: stan zdrowia kobiet na terenie gminy Opalenica ulegnie znacznej poprawie, jeżeli chodzi o zachorowalność na raka szyjki macicy, ze względu na podjęte działania profilaktyczne: szczepienia przeciw wirusowi HPV.

7. CZAS TRWANIA PROGRAMU

Program będzie realizowany w latach 2012–2014.

Punkty 1., 2., 3. niniejszego programu zostały opracowane w oparciu o raport z sesji naukowej zorganizowanej przez szkołę Nauk Społecznych IFiS PAN i dziennik „Służba Zdrowia” w dniu 9 października 2007 r. 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 2007 r. w Gdańsku pod redakcją Dariusza Wydry i Janusza Emericha.