

„Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy.”

Przestanki dla realizacji Programu, uzasadnienie jego realizacji, dane epidemiologiczne:

Pomimo prowadzenia od kilkadziesiąt lat aktywnej profilaktyki raka szyjki macicy jest on drugim pod względem częstości występowania nowotworem złośliwym wykrywanym u kobiet na świecie. W statystyce umieralności kobiet z powodu nowotworów złośliwych rak szyjki macicy zajmuje trzecie miejsce. Według danych publikowanych w Polsce oraz cytowanych aktualnie przez liczące się w świecie periodyki naukowe zachorowalność na raka szyjki macicy w naszym kraju utrzymuje się wciąż na bardzo wysokim poziomie. Rak szyjki macicy jest czwartym pod względem częstości występowania nowotworem złośliwym rozpoznawanym u kobiet w Polsce („Nowotwory złośliwe w Polsce w roku 2000”, J. Didkowska i wsp.). Polska zajmuje aktualnie niechlubne, pierwsze miejsce wśród krajów Unii Europejskiej pod względem liczby nowych zachorowań na raka szyjki macicy rocznie -18,1 w przeliczeniu na 100.000 kobiet. Każdego roku notuje się w naszym kraju około 4.000 nowych zachorowań i blisko 2.000 zgonów spowodowanych rakiem szyjki macicy. Wyższą zachorowalność obserwuje się w krajach Ameryki Południowej; Argentyna (dane z miasta Concordia) 30,4 i Peru (dane z miasta Trujillo); Brazylia od 44,4 do 83,2 (dane odpowiednio z miasta Belem i Reclife) oraz w Afryce. Wysoka zachorowalność na raka szyjki macicy w Polsce porównywalna z krajami trzeciego świata ma swoje dwojakie uzasadnienie. Na pierwszy plan wysuwa się rozpowszechnienie czynników ryzyka rozwoju raka szyjki macicy, które są stosunkowo dobrze poznane i opisane.

Czynniki główne	Czynniki prawdopodobne
<ul style="list-style-type: none">- zakażenie HPV 16/18 i innymi typami onkogennymi- wiek- wczesne rozpoczęcie współżycia płciowego- duża liczba partnerów płciowych- duża liczba porodów- palenie papierosów- niski status socjoekonomiczny- „CIN2” i „CIN 3” w wywiadzie	<ul style="list-style-type: none">- wieloletnie stosowanie hormonalnych leków antykoncepcyjnych- dieta uboga w antyoksydanty- częste stany zapalne pochwy wywołane przez:<ul style="list-style-type: none">* „Chlamydia trachomatis”* „Neisseria gonorrhoeae”* „HSV 2”

Trudno stwierdzić z całą pewnością, który z przedstawionych w tabeli głównych czynników ryzyka rozwoju raka szyjki macicy (poza zakażeniem „HPV”) obdarzony jest większym znaczeniem prognostycznym. Ale już pobieżna analiza wskazuje na wyraźny związek niektórych z wymienianych czynników ryzyka z przyjętymi w Polsce wzorcami i standardami obowiązującymi w życiu codziennym. Przykładowo wciąż niesłychanie wysoka liczba mężczyzn i kobiet palących nałogowo papierosy, czy stosunkowo niski status socjoekonomiczny w porównaniu do innych krajów Unii Europejskiej. Niski status socjoekonomiczny wiąże się również z innymi, prawdopodobnymi czynnikami podwyższonego ryzyka rozwoju raka szyjki macicy. Chodzi tu między innymi o dietę ubogą w antyoksydanty, niski poziom wykształcenia i świadomości społecznej, nieregularne korzystanie z opieki medycznej, częste i nieleczone stany zapalne pochwy itp. Druga z wspomnianych

powyżej przyczyn złej sytuacji epidemiologicznej dotyczącej raka szyjki macicy w Polsce to brak skutecznego programu profilaktyki onkologicznej. O tym, że skuteczna profilaktyka może radykalnie zmienić złą sytuację epidemiologiczną dotyczącą zachorowalności na raka szyjki macicy może świadczyć dobitnie przykład krajów skandynawskich.

W Finlandii wprowadzono w latach 60-siątych nowy program aktywnej profilaktyki raka szyjki macicy. Należy zaznaczyć, że faktycznym powodem wdrożenia skutecznej profilaktyki w tym kraju była zła sytuacja epidemiologiczna, bardzo zbliżona pod wieloma względami do obecnej sytuacji epidemiologicznej w Polsce. Współczynnik zachorowalności na raka szyjki macicy w Finlandii w latach 60-tych oscylował wokół 15. Po wprowadzeniu skutecznego, aktywnego programu skriningowych badań cytologicznych początkowo jeszcze z wykorzystaniem klasyfikacji oceny wymazów według Papanicolau, współczynnik zachorowalności obniżył się do 5,0 w roku 1985. Podobny pozytywny skutek odniosły analogiczne do fińskich reformy zasad profilaktyki przeprowadzone w innych krajach skandynawskich. W Szwecji współczynnik zachorowalności na raka szyjki macicy w okresie czasu analogicznym do reform fińskich, obniżył się z 20,0 do 10,0. W Danii zachorowalność na raka szyjki zmalała z 35/100.000 kobiet/rok do 15/100.000 kobiet/rok.

Cel ogólny Programu:

Obniżenie zachorowalności i umieralności kobiet na raka szyjki macicy wśród mieszkanki Miasta Krakowa w latach 2007-2009.

Cele szczegółowe Programu:

- 1) wykrywanie stanów przednowotworowych („CIN1”, „CIN2”, „CIN3”);
- 2) wyodrębnienie grupy podwyższonego ryzyka, wymagającej badań cytologicznych częstszych, niż co trzy lata;
- 3) współpraca z Wojewódzkim Ośrodkiem Koordynującym „Narodowy Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy” i współpraca z Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w tworzeniu centralnej bazy danych kobiet uczestniczących w programach w latach 2007-2014;
- 4) podniesienie poziomu świadomości społecznej, w kwestii badań profilaktycznych;
- 5) przygotowanie wyspecjalizowanej kadry realizującej Program;
- 6) wprowadzenie światowych standardów postępowania profilaktycznego (edukacja i podnoszenie kwalifikacji osób realizujących Program – ginekolodzy, kolposkopiści, patomorfologicy, cytotechnicy).

Realizacja Programu:

Program będzie realizowany przez publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej w Mieście Krakowie w latach 2007- 2009 wyłonione drogą konkursu po akceptacji Kierownika Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego „Narodowy Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy” (prof. dr hab. med. Antoni Basta).

Populacja objęta Programem:

Populacja badana – kobiety w grupie wiekowej od 18 do 25 roku życia oraz kobiety, które ukończyły 59 rok życia, z wykluczeniem roczników finansowanych przez NFZ. Szczególnie istotne jest pozyskanie do Programu kobiet o tzw. niskim statusie socjoekonomicznym.