

**Załącznik Nr 1
do Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia
„Zdrowy Kraków 2007-2009”**

OBSZARY PROFILAKTYKI ZDROWOTNEJ NA LATA 2010 - 2012

Obszary realizacji programów zdrowotnych.

Miasto Kraków corocznie podejmuje działania zmierzające do przygotowania najbardziej optymalnych programów profilaktyki i promocji zdrowia w stosunku do potrzeb mieszkańców. Jednym z podstawowych jest założenie, aby takie programy realizowały jednostki ochrony zdrowia, które swoim potencjałem ludzkim i materialnym, a także doświadczeniem oraz ofertą usług medycznych spełniały definiowane kryteria do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programów. W latach 2000-2003 oferta programów z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia przygotowywana była w ramach opracowywanego corocznie Miejskiego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia „Zdrowy Kraków”, a od 2004 r. w formie programu trzyletniego. Warto przy tym zaznaczyć, że programy miejskie są przygotowywane jako oferta uzupełniająca względem programów profilaktycznych przygotowywanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Wskazanie najistotniejszych z epidemiologicznego punktu widzenia programów oraz opracowanie kryteriów ich realizacji odbyło się przy pomocy, powołanego zarządzeniem Prezydenta Miasta Krakowa, Zespołu Konsultacyjnego ds. miejskich programów zdrowotnych, złożonego w przeważającej części z konsultantów województwa małopolskiego z poszczególnych dziedzin medycyny, przedstawicieli samorządów zawodów medycznych oraz przedstawicieli Komisji Zdrowia i Profilaktyki oraz Uzdrowiskowej Rady Miasta Krakowa.

Miasto Kraków podjęło starania, aby zapewnić mieszkańcom Miasta możliwie szeroką dostępność do profilaktycznych usług medycznych, podejmując działania zdrowotne (eliminacja czynników ryzyka dla zdrowia) oraz stymulując zmiany w stylu życia ludności poprzez edukację zdrowotną, kształtowanie przyjaznego zdrowiu środowiska życia, pracy i nauki. Miasto Kraków realizując programy profilaktyki zdrowotnej w latach 2010 – 2012 planuje podjęcie działań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia w odniesieniu do wszystkich grup wiekowych: dzieci i młodzieży, dorosłych oraz osób starszych. Tak, więc priorytetowe programy zdrowotne opracowywane dla mieszkańców Krakowa obejmują najważniejsze obszary zdrowotne w oparciu o dokładne analizy epidemiologiczne stanu zdrowia populacji i najczęściej występujące problemy zdrowotne. Dopuszcza się możliwość realizacji innych programów istotnych ze względu na uwarunkowania epidemiologiczne, po podjęciu stosownych uchwał w tym zakresie przez Radę Miasta Krakowa.

Przyjmuje się następujące obszary realizacji programów zdrowotnych:

- 1) obszar profilaktyki chorób układu krążenia** (prewencja choroby niedokrwiennej serca, miażdżycy, cukrzycy, nadciśnienia i otyłości).
- 2) obszar profilaktyki onkologicznej:**
 - a) wczesne rozpoznawanie raka szyjki macicy (profilaktyka raka szyjki macicy),
 - b) wczesne rozpoznawanie raka piersi;
 - c) wczesne rozpoznawanie raka tarczycy;
 - d) wczesne rozpoznawanie nowotworów układu moczowo- płciowego u mężczyzn;
 - e) wczesne rozpoznawanie nowotworów przewodu pokarmowego.
- 3) obszar zdrowia dzieci:**
 - a) profilaktyka wad postawy;
 - b) profilaktyka astmy i chorób alergicznych;
 - c) profilaktyka próchnicy;
 - d) szczepienia ochronne;
 - e) profilaktyka dysplazji stawów u noworodków;
 - f) zapobieganie nadwadze i otyłości.
- 4) obszar zdrowia matki i dziecka:**
 - profilaktyka i edukacja przedporodowa „Szkoła Rodzenia”.
- 5) obszar zdrowia osób starszych:**

- szczepienia ochronne przeciw grypie.

Jednocześnie oprócz trzyletnich miejskich programów zdrowotnych dla mieszkańców Miasta Krakowa, traktowanych priorytetowo (wskazanych poniżej), realizowane będą autorskie programy zdrowotne, w cyklu jednorocznym o zakresie przyjmowanym corocznie odrębnym zarządzeniem Prezydenta Miasta Krakowa, stanowiące uzupełnienie oferty Miasta. Przy czym, autorskie programy zdrowotne podejmowane będą realizowane w obszarach zdrowotnych:

- 1) **programy zdrowotne dla dzieci i młodzieży, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci niepełnosprawnych;**
- 2) **programy profilaktyki kardiologicznej;**
- 3) **programy profilaktyki onkologicznej;**
- 4) **programy wczesnego wykrywania chorób zakaźnych.**

Dodatkowo realizowane będą dzielnicowe programy zdrowotne, w ramach zadań priorytetowych Dzielnic Miasta Krakowa, których zakres określany będzie odrębnymi uchwałami Rad Dzielnic, przy założeniu zgodności z polityką zdrowotną i wskazanymi obszarami działań zdrowotnych Miasta.

Realizatorzy programów zdrowotnych wybierani będą w trybie konkursu ofert, zgodnie z art. 7 ust.1 pkt 5, art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j.: Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1591 z późn. zm.), art. 35, 35a i 54 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t.j.: Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.), art. 48 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 późn. zm.), Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lipca 1998 r. w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne (Dz. U. Nr 93, poz. 592), Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 lipca 2005 r. w sprawie szczegółowych warunków przekazywania samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej środków publicznych na realizację programów zdrowotnych i programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne (Dz. U. Nr 131, poz. 1099).

Warunki konkursu i wymagania konkursowe dla oferentów zapewnią będą szeroki dostęp dla mieszkańców Miasta Krakowa do proponowanych świadczeń zdrowotnych. Środki finansowe zostaną przypisane do poszczególnych programów przy planowaniu budżetu na dany rok realizacji Programu. W przypadku niezrealizowania planu finansowego przewidzianego na dany program zdrowotny, zapewni się możliwość przesunięcia środków finansowych na inny program.

I. Obszar prewencji otyłości, cukrzycy typu 2, nadciśnienia i miażdżycy.

Opracowanie: prof. dr hab. n. med. Zbigniew Szybiński
- konsultant dla województwa małopolskiego w dziedzinie endokrynologii

1. Przesłanki dla realizacji:

Częstość cukrzycy typu 2 rośnie gwałtownie na całym świecie, a równolegle do niej wzrastają pośrednie i bezpośrednie koszty jej leczenia. Liczbę chorych WHO szacuje na świecie na 150 milionów – w Polsce ponad 2 miliony, z czego ok. 50 % to tzw. cukrzyca nieznana. Leczenie cukrzycy i jej powikłań pochłania corocznie od 7 do 14% całkowitych nakładów na ochronę zdrowia w Europie i USA. Koszty leczenia cukrzycy będą nadal rosły, ponieważ choroba ta ujawnia się w coraz młodszy wieku, czego bezpośrednią konsekwencją będzie wydłużenie czasu życia z cukrzyca, a co za tym idzie zwiększone ryzyko rozwoju powikłań cukrzycowych. Od 1992 r. umieralność z powodu chorób układu krążenia (późnych powikłań miażdżycy) w Polsce systematycznie obniża się, jednakże ciągle nasz kraj uważany jest za obszar o dużym ryzyku zgonu z powodu choroby sercowo-naczyniowej w okresie 10 lat od wykrycia choroby. Stąd jak

najwcześniejsza identyfikacja osób z miażdżycą czy cukrzycą typu 2 i rozpoczęcie właściwego, zapobiegającego powikłaniom leczenia jest bardzo ważne. Zapobieganie chorobom układu sercowo-naczyniowego stało się głównym kierunkiem programów prewencyjnych Unii Europejskiej.

Cukrzyca typu 2 stanowi wręcz modelowy przykład choroby spełniającej wszystkie warunki uzasadniające podejmowanie badań przesiewowych. U części chorych mikroangiopatia cukrzycowa bywa rozpoznawana jednocześnie z cukrzycą. To samo dotyczy makroangiopatii – często rozpoznanie cukrzycy po raz pierwszy jest stawiane w trakcie badań wykonywanych z powodu wystąpienia zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu. Ustalono, że okres choroby od początku jej wystąpienia do postawienia rozpoznania może wynosić od 4 do 7 lat, a w pewnych przypadkach nawet do 12 lat. W tym bardzo długim okresie czasu możliwe jest postawienie rozpoznania cukrzycy tylko w trakcie badań przesiewowych. Bardzo ważnym warunkiem uzasadniającym podjęcie badań przesiewowych jest istnienie takich metod badania, które są pozbawione ryzyka powikłań oraz akceptowane przez badanych. Cukrzyce w badaniach przesiewowych rozpoznajemy zgodnie z rekomendacjami WHO w oparciu o doustny test tolerancji glukozy lub glikemię na czczo. Jednakże badania grupy „DECODE” udowodniły, że używając jako jedynej metody oznaczania glikemii na czczo nie rozpoznaje się choroby u około jednej trzeciej osób z cukrzycą. Ponadto tylko w oparciu o test doustnego obciążenia glukozą można rozpoznać upośledzoną tolerancję glukozy, jedną z trzech kategorii nieprawidłowej tolerancji węglowodanów. Według zaleceń WHO z 1999 r. należy dążyć do wykonania testu doustnego obciążenia glukozą u wszystkich osób bez jawnych objawów klinicznych, u których występują czynniki ryzyka cukrzycy.

2. Cel ogólny:

Celem ogólnym jest ograniczenie zachorowalności na choroby układu krążenia i cukrzycy typu 2 poprzez:

- * identyfikację osób z wysokim ryzykiem rozwoju miażdżycy i cukrzycy typu 2
- * przeprowadzenie dla osób ryzykiem programu interwencji nie farmakologiczne
- * kontrola skuteczności programu interwencyjnego
- * prospektywna obserwacja osób – uczestników Programu w latach wcześniejszych (od 2004 r.), w celu identyfikacji osób, u których wystąpiły powikłania sercowo-naczyniowe lub cukrzyca.

Program wczesnej identyfikacji osób z nieprawidłową tolerancją węglowodanów i dyslipidemią od początku był programem dwustopniowym. Początkowo, u każdej badanej osoby wykonywane były pomiary antropometryczne i badano dwukrotnie ciśnienie tętnicze krwi. Aby uniknąć błędów pomiarowych, pomiary antropometryczne i pomiar ciśnienia tętniczego wykonywano według specjalnie opracowanej instrukcji. Każda badana osoba odpowiadała na pytania dotyczące leczenia nadciśnienia, występowania w przeszłości nieprawidłowej tolerancji glukozy, obciążenia rodzinnego cukrzycą i przedwczesną miażdżycą, uzależnienia od tytoniu. Na podstawie tego badania u każdego określano stopień zagrożenia wystąpieniem cukrzycy. W Tabeli Nr I. 1 przedstawiono sposób przyporządkowania punktów poszczególnym czynnikom ryzyka cukrzycy.

Tabela Nr I. 1. Czynniki ryzyka cukrzycy i ich wartość punktowa.

Czynniki		Punkty
Wiek	25-44	0
	45-54	2
	55-64	3
	Powyżej 65	4

Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2010–2012”

BMI	>25 kg/m ² i < 30 kg/m ²	1
	>30 kg/m ²	3
Obwód pasa kobiety	<80 cm	0
	>80 i <88 cm	3
	>88 cm	4
Obwód pasa mężczyźni	<94 cm	0
	>94<102cm	3
	> 102 cm	4
Leczenie nadciśnienia lub ciśnienie powyżej 130/80 mm Hg		2
Występowanie cukrzycy w przeszłości, (jeżeli kiedykolwiek lekarz powiedział, że jest zbyt wysoki poziom cukru we krwi lub cukrzyca lub, jeżeli kobieta urodziła dziecko z masą urodzeniową powyżej 4 kg)		5
Występowanie cukrzycy u krewnych	I stopnia	5
	II stopnia	3
Codzienne spożycie warzyw i owoców	Tak	0
	Nie	1
Codzienna aktywność fizyczna w wolnym czasie	Tak	0
	Nie	1
Wskaźnik Ryzyka Cukrzycy	15 pkt	

3. Podmioty realizujące:

W Programie uczestniczą publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej z terenu Miasta Krakowa, realizujące świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

4. Określenie populacji, do której adresowane będą działania:

Program profilaktyki miażdżycy, cukrzycy typu 2 i nadciśnienia adresowany jest do:

- * uczestników Programu w latach 2004-2009
- * osób, które nie brały udziału w Programie w latach 2004-2009, a są mieszkańcami Krakowa, ukończyły 25 rok życia i które nie przeżyły zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu i nie są w momencie badania leczone z powodu cukrzycy typu 2.

II. Obszar edukacyjno-profilaktyczny wczesnego wykrywania raka piersi.

Opracowanie: prof. dr hab. n. med. Leszek Kołodziejski

- konsultant dla województwa małopolskiego w dziedzinie chirurgii onkologicznej

Przesłanki dla realizacji:

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem u kobiet (19%) i stanowi najczęstszą przyczynę zgonu z powodu nowotworów (14,1%). Zachorowalność dynamicznie wzrasta (3,5% rocznie). W Krakowie „zachorowuje” na raka piersi ok. 200 kobiet rocznie, 95% kobiet zapada na tę chorobę w wieku powyżej 40 roku życia – ze wzrostem wieku zachorowalność szybko rośnie.

„Wyleczalność” raka piersi w Polsce wynosi ok. 50%, w Krakowie 55%, w krajach „starej Unii Europejskiej” 66%, a w krajach skandynawskich 70-80%. Przyczyną niezadowolających wyników leczenia raka piersi w Polsce i w Krakowie jest rozpoznawanie raka w późnych stadiach zaawansowania (połowa chorych w III i IV stopniu zaawansowania). Obecnie w Polsce odsetek wykrytych „wczesnych” raków piersi sięga 20%, podczas gdy w Skandynawii ok. 80%.

Głównymi przyczynami późnego wykrywania raka w Polsce są:

- późne zgłaszanie się do lekarza chorych z objawami,
- zaniedbywanie regularnego „samobadania piersi” (tylko 5% kobiet je przeprowadza) i badań mammograficznych u kobiet bez objawów choroby,
- braki w edukacji onkologicznej także fachowych pracowników służby zdrowia,
- zbyt niska dostępność mammografów.

W Polsce, w sytuacji niedoinwestowania i „niedofinansowania” państwowej służby zdrowia największym problemem decydującym pośrednio o niezadowolających wynikach leczenia raka piersi są braki w edukacji onkologicznej społeczeństwa. Przedkładają się one na:

- lekceważenie objawów ze strony piersi przez chore i lekarzy,
- niewykorzystanie możliwości istniejących placówek służby zdrowia w zakresie profilaktyki wtórnej,
- mylenie możliwości diagnostycznych mammografii i ultrasonografii,
- zaniedbywanie systematyczności badań.

Podniesienie poziomu edukacji onkologicznej kobiet wchodzących w okres pełnej dojrzałości pozwoli na wyrobienie u nich nawyku systematycznego badania piersi („samobadanie + mammografia + badanie przez lekarza”) i wymuszenie przeprowadzenia regularnych badań u kobiet bez objawów klinicznych. Istotnie korzystnym aspektem edukacji jest obniżenie poziomu lęku przed wykryciem raka (wysokiego w naszej populacji), pociągającym za sobą operacje zniekształcające pierś lub powodujące jej amputacje (90% aktualnie wykonywanych operacji raka piersi w Polsce).

W literaturze naukowej wykazano korzyści płynące z „samobadania” i badania piersi przez lekarza a także skринingu mammograficznego u kobiet po 50 roku życia w postaci obniżenia umieralności z powodu raka.

Specyficzność mammografii wynosi 91-95%, tylko 10% podejrzanych mammograficznie zmian stanowi rzeczywisty rak piersi – stąd wysoka cena wykrycia pojedynczego przypadku. Z powodu wysokich kosztów skринingu populacyjnego nigdy nie objęto nim całej populacji kraju, ani nawet Miasta Krakowa.

W sytuacji braku realnych perspektyw istotnej poprawy finansowania służby zdrowia, a zwłaszcza badań profilaktycznych, nadrzędnym celem staje się poprawa edukacji onkologicznej kobiet. Inwestowanie nawet niewielkich środków finansowych w programy edukacyjne może pośrednio wypłynąć na poprawę profilaktyki wtórnej raka piersi. Istotną rolę może tu odegrać zmiana postawy kobiet wobec badań profilaktycznych z biernej na czynną, wynikającą z nawyku dbałości o swoje zdrowie i egzekwującą wykonywanie badań w placówkach służby zdrowia.

Niniejszy Program powinien być adresowany do kobiet w okresie przedmenopauzalnym przed zazywaniem hormonalnej terapii zastępczej, czynnych zawodowo i społecznie, gdzie można wcześniej, przy jeszcze niskim ryzyku zachorowania, rozpocząć edukację prozdrowotną. Edukacja kobiet w wieku 46-49 lat, badanych dodatkowo uzupełniłaby większość skринingów (np. Narodowego Funduszu Zdrowia), obejmujących populację po 50 roku życia. Proponowany na lata 2007-2009 Program stanowi logiczną kontynuację poprzednich (prowadzonych od 2004 r.). Docelowo oba programy powinny objąć populację kobiet pomiędzy 40 a 50 rokiem życia, tj. kobiet, u których dotychczas nie przeprowadzono żadnych programów skринingowych.

Ponieważ „zgłaszalność” w poprzednich programach kobiet 40-letnich wyniosła ok. 1/3 zaproszonych, proponuje się objęcie Programem oprócz kobiet 40 letnich (w 2010 r.: rocznik 1970, w 2011 r.: rocznik 1971, w 2012 r. – 1972), kobiet z roczników wcześniejszych, nie objętych

programem finansowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia. I dlatego, ustala się, iż do 30 czerwca danego roku realizacji Programu, mogą zgłaszać się kobiety, które w danym roku ukończyły lub ukończą 40 rok życia, natomiast po tej dacie – w przypadku niezrealizowania zaplanowanych środków finansowych – mogą zgłaszać się kobiety w przedziale wiekowym od 40 do 50 roku życia i kobiety, które ukończyły 69 rok życia. Przy czym, do Programu nie będą kwalifikowane kobiety, u których przeprowadzono badanie mammograficzne w okresie krótszym niż rok.

Cel:

Celem ogólnym Programu jest edukacja w kierunku propagowania profilaktyki wtórnej raka piersi jako postępowania prozdrowotnego u kobiet poczynszyszy od 40 roku życia. Należą do niej (3) nieodłącznie związane elementy:

- 1) samobadanie piersi raz w miesiącu;
- 2) badanie piersi przez lekarza raz w roku;
- 3) mammografia raz na 1-1,5 roku.

Cel bliski: skrining zmierzający do wykrycia raka piersi we wczesnej fazie rozwoju (stany przedkliniczne).

Cel dalszy: wdrożenie prozdrowotnych zachowań w skali populacji, co spowoduje kontynuację regularnych badań u kobiet z ich własnej inicjatywy, a nie biernego uczestnictwa w akcjach mammograficznych.

Cel strategiczny: zwiększenie odsetka wykrywanych raków piersi w stanach przedklinicznych (u chorych bezobjawowych) – zwiększenie odsetka chorych leczonych metodami oszczędzającymi pierś i pachę oraz istotna poprawa „wyleczalności” raka piersi w skali populacji Miasta Krakowa.

III. Obszar profilaktyki raka szyjki macicy.

Opracowanie: prof. dr hab. n. med. Antoni Basta
- konsultant dla województwa małopolskiego w dziedzinie położnictwa i ginekologii

Epidemiologia raka szyjki macicy – stan obecny:

W skali całego świata rak szyjki macicy jest drugim, co do częstości rakiem, który dotyka kobiety i drugą, co do częstości przyczyną zgonów z powodu chorób nowotworowych wśród kobiet. W Polsce zapada na ten typ nowotworu ponad 3.600 kobiet rocznie, z czego umiera, co roku około 2.000 – jest to jeden z najwyższych wskaźników umieralności w Europie. Sytuacja ta nie zmienia się od lat, co jest wynikiem zaniedbań i błędów w profilaktyce i wczesnym wykrywaniu raka szyjki macicy. Połowa chorych na raka szyjki macicy nie miała nigdy wykonanego wymazu cytologicznego, a 10% chorych nie miało pobranego wymazu w ciągu ostatnich 5 lat.

Za raka szyjki macicy odpowiedzialne są zakażenia genitalnymi typami wirusów HPV. To właśnie one wywołują różnego typu zmiany łagodne przednowotworowe i nowotworowe na błonach śluzowych narządów płciowych i innych okolic ciała. Największy związek z rakiem szyjki macicy wykazuje „HPV 16” oraz „HPV 18”, które są odpowiedzialne za ponad 70% wszystkich przypadków tego raka i większości przypadków śródnabłonkowych zmian przednowotworowych. 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 „HPV11”. 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.

Ryzyko zakażenia genitalnymi typami HPV w ciągu całego życia u osób aktywnych seksualnie wynosi około 50%, a zakażenia te są najczęstsze u młodych kobiet. W większości przypadków zakażenia te mają charakter przemijający i ustępują po kilku – kilkunastu miesiącach, natomiast w części przypadków dochodzi do przetrwałego zakażenia, które niesie za sobą ryzyko wystąpienia zmian niskiego lub wysokiego stopnia w szyjce macicy oraz inwazyjnego raka.

Koszty społecznie i finansowe:

Najpoważniejszym problemem społecznym jest oczywiście zbyt późne wykrywanie zmian nowotworowych i co za tym idzie wysoka śmiertelność. Na raka szyjki macicy umierają często kobiety w sile wieku, pozostawiając osamotnionych mężów i dzieci. Jeśli pacjentka przeżyje długie leczenie, przypłaca je często trwałym uszczerbkiem na zdrowiu i psychice. Nawet w przypadku wcześniejszego wykrycia zmian przednowotworowych, młode kobiety – w zależności od stopnia ingerencji chirurgicznej – często znajdują się w sytuacji, w której posiadanie dzieci staje się utrudnione lub niemożliwe.

Odrębnym problemem, ale niesłyszanie doniosłym i trudnym dla psychiki młodych ludzi są brodawki płciowe. Problem ten dotyka zarówno kobiety jak i mężczyzn, uniemożliwiając współżycie seksualne przez cały okres leczenia zmian, często nawracających. Brodawki płciowe nie niosą wprawdzie za sobą ryzyka zgonu, odbijają się jednak niewątpliwie na zdrowiu prokreacyjnym.

W tej sytuacji należy zadać sobie pytanie, co zrobić, aby ta dramatyczna sytuacja uległa poprawie. Potrzebna jest tu niewątpliwie koordynacja kilku różnych działań:

- w sferze edukacji i promocji zdrowia,
- poprawy „zgłaszalności” do programu przesiewowych badań cytologicznych (profilaktyka wtórna)
- a także szczepień przeciw HPV (profilaktyka pierwotna).

Funkcjonujący obecnie w Krakowie „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy”, wspiera działania w ramach „Narodowego Programu Profilaktyki Raka Szyjki Macicy” (skierowany do kobiet w wieku od 25 do 59 lat). Jego celem jest obniżenie zachorowalności i umieralności kobiet na raka szyjki macicy wśród mieszkanki Miasta Krakowa w latach 2007-2009. Program ten finansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia, służy głównie poprawie „zgłaszalności” do przesiewowych badań cytologicznych.

Uruchomienie programu szczepień nastolatków przeciw HPV będzie wymagało wsparcia edukacyjnego – w celu uświadomienia młodym ludziom i ich rodzicom znaczenia wirusa w patogenezie raka szyjki macicy. Dotarcie z odpowiednio skonstruowanym programem edukacyjnym do młodzieży oraz rodziców z pewnością zachęci część osób do częstszych wizyt u ginekologa oraz przekona matki do konieczności wykonywania regularnych badań cytologicznych. Z punktu widzenia edukacji i promocji zdrowia efekt tego typu działań wydaje się nie do przecenienia. Edukacja dotycząca profilaktyki raka szyjki macicy musi podkreślać znaczenie cytologicznych badań przesiewowych, jako metody wczesnego wykrywania zmian przedrakowych. Ale należy pamiętać, że szczepienia przeciw HPV dają możliwość zapobiegania większości z nich. To oznacza, że u większości spośród zaszczepionych kobiet nie rozwiną się nigdy zmiany chorobowe, wymagające często długotrwałego leczenia i czasem kończące się śmiercią.

Szczepienia przeciw HPV:

Szczepionki zapobiegają zakażeniu wywołanemu przez wirusy typu 16 i 18, odpowiedzialne w sumie za ponad 70% przypadków raka szyjki macicy. Nie chronią jednak przed zakażeniem pozostałymi typami wirusów onkogennych, dla których nadal najważniejszą metodą profilaktyczną pozostają badania przesiewowe. Wzajemne oddziaływanie promowania szczepień przeciwko HPV i wykonywania okresowych badań cytologicznych jest szczególnie ważne. Odpowiednia edukacja dzieci i rodziców powinna, bowiem doprowadzić do utrwalenia ich nawyków profilaktycznych w przyszłości.

Do racjonalnego wykorzystania szczepień przeciw HPV należy wykorzystać doświadczenia płynące z wprowadzania innych szczepień ochronnych. Przykładem mogą być szczepienia przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B. Wprowadzenie programu masowych szczepień obniżyło wskaźnik zachorowań na „WZW B” z 35/100.000 w 1993 r. do 4,4/100.000 w 2006 r. Przytoczony powyżej przykład powinien zostać wykorzystany w programie zapobiegania rakowi szyjki macicy przy pomocy szczepionki przeciwko HPV.

Biorąc pod uwagę fakt, że najwyższe ryzyko zakażenia tym wirusem występuje w ciągu pierwszych pięciu lat od momentu inicjacji seksualnej, najlepszą grupą do szczepienia powinny być dzieci i młodzież przed rozpoczęciem aktywności seksualnej. Szczepionka czterowalentna została zarejestrowana we wrześniu 2006 r. 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 r. szczepionka została zarejestrowana w USA. Rekomendacje Komitetu Doradczego ds. Szczepień („*Advisory Committee on Immunization Practices – ACIP*”) dotyczą dziewczynek w wieku 11-12 letnich oraz 13-26 letnich, jeśli nie były uprzednio szczepione. Poza USA rekomendację dotyczącą szczepienia przeciwko HPV wydano także w innych krajach, przy czym zalecany wiek szczepienia obejmuje okres od 9 do 18 lat, najczęściej 11–13 lat.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty naukowe, wydaje się, że najrozsądniejszym wyjściem z punktu widzenia samorządu terytorialnego jest objęcie szczepieniem minimum jednego rocznika dziewcząt i kontynuowanie tego programu w latach następnych. Tylko takie podejście gwarantuje znamienne statystycznie efekty, dzięki którym już po kilku latach będzie widać zmniejszenie liczby przypadków brodawek płciowych, później zmian dysplastycznych, a po kilkunastu latach także częstości występowania raka szyjki macicy. W uwagi na fakt finansowania badań cytologicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, proponuje się edukację zdrowotną kobiet oraz wdrożenie profilaktyki pierwotnej, tj. szczepienia przeciwko onkogennym typom HPV dla dziewcząt w wieku 14 – 16 roku życia.

IV. Obszar wczesnego wykrywania raka jelita grubego.

Opracowanie: **prof. dr hab. n. med. Jan Kulig**
 - konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii ogólnej

1. Przesłanki dla realizacji:

W rejonie Małopolski i Podkarpacia nowotwory stanowią drugą, co do częstości przyczynę zachorowalności i umieralności, po schorzeniach układu krążenia. Wzrost zachorowalności i zgonów z powodu nowotworów złośliwych wynika z różnych przyczyn, w tym ze wzrostu liczby ludności, zwiększenia liczebności grup wiekowych, w których zachorowalność jest szczególnie wysoka, niekorzystnych postaw prozdrowotnych społeczeństwa (niewłaściwe odżywianie, alkohol, palenie tytoniu), a także, co należy podkreślić z całą stanowczością, niezadowalającej poprawy wczesnego rozpoznawania, i co z tym jest związane, z wyników leczenia. Nowotwory przewodu pokarmowego dają zbyt późno charakterystyczne objawy, co sprawia, że chorzy trafiają do oddziałów chirurgicznych, a więc podstawowego miejsca leczenia tych schorzeń zbyt późno i w zaawansowanych stadiach choroby nowotworowej. Stanowi to bardzo istotny problem, bowiem

jedynie wczesne wykrycie daje szansę pełnego wyleczenia. Zaznaczyć należy, że istnieją gotowe projekty postępowania diagnostyczno-leczniczego opracowane przez nadzór krajowy w dziedzinie chirurgii onkologicznej oraz „Polską Unię Onkologii” dotyczące nowotworów przewodu pokarmowego, tj. żołądka, trzustki, dróg żółciowych, wątroby, jelita grubego i odbytnicy, a także sutka, tarczycy i płuc, które powinny być uwzględnione i wykorzystane przez zespoły badawcze.

Zagadnienia dotyczące diagnostyki i leczenia raka jelita grubego w szerokim zakresie zostały opracowane przez wieloosrodkowy zespół specjalistów z ośrodków onkologicznych przy współudziale zespołu I Katedry Chirurgii Ogólnej i Kliniki Chirurgii Gastroenterologicznej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, co zostało opublikowane w monografii pod redakcją prof. dr hab. n. med. Marka Pawlickiego „Rak okrężnicy - diagnostyka, leczenie, kontrowersje”.

Rak jelita grubego jest aktualnie drugim, co częstości występowania zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet (25-28 nowych zachorowań na 100.000 osób w skali rocznej), a obserwowane współczynniki zapadalności na to schorzenie mają stałą tendencję wzrostową, zarówno w Polsce, jak i na świecie. Rocznie notuje się w Polsce 12.000 zachorowań na raka jelita grubego i odbytnicy. Rak jelita grubego stanowi jedną z najczęstszych przyczyn zgonów z powodu nowotworów złośliwych przewodu pokarmowego. Jedynie wczesna wykrywalność nowotworów stanowi jeden z głównych czynników poprawiających wyniki leczenia, a odsetki 5-letniego przeżycia we wczesnych stadiach zaawansowania przekraczają 80%.

Jak wynika z wielu doświadczeń w przeprowadzaniu tego typu badań oraz licznych publikacji w literaturze krajowej i zagranicznej tak prowadzony program nie daje reprezentatywnych wyników. Dwuetapowy program profilaktyczny obejmujący badania przesiewowe i pogłębione winien być realizowany w oparciu o duże liczbowo (liczące kilkadziesiąt tysięcy) populacje zapewniając jednocześnie możliwość badań pogłębionych u wszystkich osób kwalifikujących się do II etapu. Spełnienie tych kryteriów daje wiarygodne dane odnośnie epidemiologii zachorowania w badanej populacji.

Badaniom przesiewowym winna być poddana duża populacja osób (całkowicie bezobjawowa) w wieku pomiędzy 50 a 65 rokiem życia, a także osoby z grupy podwyższonego ryzyka raka jelita grubego, w tym z udokumentowaną polipowatością jelita, także polipowatością rodzinną, podejrzeniem dziedzicznego, niepolipowatego raka jelita grubego, przewlekłych, nieswoistych stanów zapalnych jelita grubego, jawnego lub utajonego krwawienia z przewodu pokarmowego, objawów utrudnionego pasażu jelita grubego. W stosunku do osób z grupy podwyższonego ryzyka kryterium wiekowe nie jest obowiązujące. Osoby zgłaszające się do badań kolonoskopowych winny wypełnić ankietę w ośrodku endoskopowym służącą jedynie celom poznawczym realizowanego programu niekwalifikującą ani dyskwalifikującą od kolonoskopii. W tej populacji badaniem przesiewowym winno być badanie endoskopowe – kolonoskopia całego jelita grubego z możliwością jednoczesowego pobrania materiału do badania histopatologicznego (wycinki, usunięte polipy). Należy uwzględnić i zapewnić możliwość okresowych badań kontrolnych w grupie osób o podwyższonym ryzyku zachorowania na raka jelita grubego.

Program powinien być realizowany jedynie w wyspecjalizowanych ośrodkach spełniających wymagane kryteria dotyczące bazy lokalowej, aparatury i fachowej kadry. Nadzór nad realizacją programu winien sprawować jedynie koordynator, co pozwoli na sprawniejszą organizację programu, ciągły i bezpośredni nadzór jego realizacji i jednolite kryteria oceny wyników. W ośrodkach realizujących program badań musi być zatrudniony zespół najlepszych specjalistów zdolnych do przeprowadzania programu diagnostycznego. Niezbędne jest wyposażenie pracowni w nowoczesny sprzęt endoskopowy oraz możliwość pobierania materiału do badań histopatologicznych z jednoczesną możliwością endoskopowego usuwania polipów. Program

zakłada akcję informacyjno-propagandową wśród mieszkańców Miasta dotyczącą objawów, grup zagrożenia, a przede wszystkim informacje o szczegółach i miejscach realizacji programu. W tym celu należy uwzględnić ważną rolę mediów.

Zapobieganie nowotworom jelita grubego szczególnie nadaje się do badań przesiewowych, bowiem z jednej strony stanowi bardzo istotny problem epidemiologiczny, z drugiej strony rozwija się na podłożu gruczolaków, które można usuwać endoskopowo, charakteryzuje się powolnym wzrostem pozostając długo we wczesnych stanach zaawansowania. Długi czas przemiany gruczolaka w raka sprawia, że działania prewencyjne są skuteczne, co daje szansę skutecznej interwencji leczniczej.

Kolonoskopia jest obecnie najbardziej wydolną metodą diagnostyczną jelita grubego, ponadto w czasie tego badania można usunąć polipy, a w konsekwencji w ok. 90% zapobiec rozwojowi raka. Jest również najlepiej akceptowalnym badaniem przesiewowym.

2. Cel ogólny i cele szczegółowe:

Celem ogólnym Programu jest poprawa wyników leczenia raka jelita grubego, czyli przedłużenie czasu przeżycia pacjentów oraz zmniejszenie umieralności z tego powodu. Celem szczegółowym Programu jest zwiększenie wykrywalności raka jelita grubego we wczesnych jego stadiach zaawansowania oraz tzw. stanów przedrakowych.

3. Określenie populacji, do której adresowane będą działania:

Populacja osób (kobiet i mężczyzn) w wieku pomiędzy 50 a 65 rokiem życia niezgłaszających (niepodających w wywiadzie lekarskim) żadnych dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Ponadto, osoby z grupy podwyższonego ryzyka raka jelita grubego, w tym z chorobą nowotworową w najbliższej rodzinie, z udokumentowaną tzw. polipowatością jelita, także z tzw. polipowatością rodzinną, podejrzeniem dziedzicznego niepolipowatego raka jelita grubego, przewlekłych stanów zapalnych jelita grubego oraz jawnego lub utajonego krwawienia z przewodu pokarmowego. Dla osób z grupy podwyższonego ryzyka kryterium wiekowe nie jest obowiązujące.

V. Obszar profilaktyki astmy i chorób alergicznych młodzieży szkolnej.

Opracowanie: prof. dr hab. n. med. Krystyna Obtulowicz

1. Przesłanki dla realizacji:

Szybki wzrost częstości alergii obserwowany we współczesnym świecie w istotny sposób wiąże się ze skażeniem środowiska i chemizacją życia. Udział w nim mają także czynniki dziedziczne, co uwidacznia się m.in. w obniżaniu wieku ujawniania objawów alergii w populacji. Ujawnienie alergicznej choroby jest zwykle początkiem rozwoju alergizacji ustroju chorego i ma charakter rozwojowy. Z czasem trwania choroby wzrasta liczba uczulających substancji i nasilają się objawy. Temu naturalnemu rozwojowi alergii, które pociąga za sobą nie tylko cierpienie, obniżenie jakości życia, towarzyszą coraz to większe wydatki na leczenie a także niesprawność. Zgodnie z zaleceniami „Europejskiej Akademii Alergologii (EAACI)” i „Polskiego Towarzystwa Alergologicznego (PTA)” istnieje konieczność wczesnego rozpoznawania chorób alergicznych i ich przyczyn, celem wstrzymania rozwoju choroby i zapobieganiu kalectwu. Rozpoznanie choroby alergicznej obejmuje rozpoznanie jej rodzaju na podstawie objawów oraz ustalenie jej przyczyny i mechanizmu, istotnych dla skuteczności leczenia.

W ramach programu, który ma za cel opracowanie najskuteczniejszych zasad prawidłowego nadzoru medycznego nad młodzieżą szkolną z chorobami alergicznymi – dotychczas stwierdzono, że:

- * znaczna część młodzieży z alergią nie jest leczona, nie ma ustalonej przyczyny choroby i korzysta jedynie z doraźnej pomocy lekarskiej;
- * nie istnieje żaden system poradnictwa przed zawodowego, który może być przyczyną wczesnego rozwoju alergii zawodowej u uczniów już w chwili nauki zawodu.

Celem realizowanego Programu jest wypracowanie wzoru prawidłowego nadzoru medycznego młodzieży szkolnej w zakresie chorób alergicznych. Wyniki dotychczasowych badań wykonanych w latach wcześniejszych, w toku realizacji Programu, wskazały, że alergiczne choroby w grupie uczniów w wieku 7-9 lat występują u ok.15 – 20%, a w grupie uczniów w wieku 16-18 lat u ok.15%. Są to schorzenia górnych dróg oddechowych, astma oskrzelowa oraz alergiczne choroby skóry. Jedynie 20–30% uczniów z tymi chorobami miało rozpoznane schorzenie, ustaloną przyczynę i było leczonych. Zatem 70–80% chorych uczniów nie ma odpowiedniej opieki medycznej i nie ma żadnych zaleceń prewencyjnych. Istnieje konieczność bieżącej stałej (rocznej) analizy tych danych zmierzających do prawidłowego nadzoru opieki zdrowotnej w tej grupie wiekowej.

Szczególnym problemem jest także częste zwalnianie uczniów z alergią od zajęć wychowania fizycznego („WF”) bez propozycji jakichkolwiek zastępczych form zajęć wychowania fizycznego. W grupie uczniów starszych skłonnych do alergii dodatkowym problemem jest brak doradztwa zawodowego i podstawowych wiadomości pomocnych w zapobieganiu rozwojowi alergii.

2. Cel ogólny i cele szczegółowe działań:

- * wczesne rozpoznawanie choroby alergicznej u wszystkich uczniów i jej leczenie przez lekarza rodzinnego pod nadzorem alergologa
- * edukacja zdrowotna w zakresie podstaw wiedzy dotyczącej zjawisk alergii we współczesnym świecie i w skażonym przemyśle środowisku
- * doradztwo zawodowe w grupie uczniów starszych ze skłonnością do chorób alergicznych.

3. Podmioty realizujące działania:

w programie zdrowotnym mogą uczestniczyć podmioty realizujące świadczenia z zakresu podstawowej (pielęgniarki szkolne) i specjalistycznej (alergologicznej) opieki zdrowotnej.

4. Określenie populacji, do której adresowany będą działania:

Program winien objąć wszystkich uczniów w wieku:

- * 7 – 8 lat,
- * 16 – 17 lat.

VI. Obszar profilaktyki wad postawy.

Opracowanie: prof. dr hab. n. med. Bogusław Frańczuk

1. Przesłanki do realizacji:

Skoliozy (nazywane niezbyt właściwie bocznymi skrzywieniami kręgosłupa, ze względu na istnienie skrzywienia wielopłaszczyznowego a nie tylko bocznego) stanowią duży problem terapeutyczny oraz społeczno-ekonomiczny, gdyż występują w około 2-5% populacji, w tym w

Polsce nawet do 15%, a około 90% wszystkich skrzywień kręgosłupa stanowią skoliozy idiopatyczne. Skoliozy zdefiniować można jako wady postawy polegające na wielopłaszczyznowym zniekształceniu kręgosłupa i związanymi z nim zniekształceniami klatki piersiowej i narządów wewnętrznych. Skolioza jest deformacją pojawiającą się wyłącznie u człowieka. W wyniku ewolucji uzyskał on postawę pionową, wskutek czego siła ciężkości działająca wzdłuż długiej osi kręgosłupa stała się czynnikiem determinującym dalszy jego rozwój. Powstawanie i powiększanie się skoliozy zależy przede wszystkim od dwóch czynników: etiologicznego, który zapoczątkowuje skrzywienie i może być bardzo zróżnicowany oraz biomechanicznego, który steruje rozwojem skoliozy i jest wspólny dla wszystkich skrzywień bez względu na etiologię oraz działa zgodnie z prawami wzrostu.

W postępowaniu korekcyjnym w przypadku bocznego skrzywienia kręgosłupa głównym celem jest zapobieganie tworzenia się nawyku nieprawidłowej postawy, kształtowaniu nawyku prawidłowego na podstawie przywróconych, prawidłowych warunków anatomicznych. Postępowanie zmierzające do osiągnięcia tego celu zwane jest reedukacją posturalną. Podstawę postępowania terapeutycznego w bocznych skrzywieniach kręgosłupa stanowi prawidłowa i precyzyjna diagnoza. Postęp techniczny umożliwił zastosowanie komputerów w diagnostyce i terapii skrzywień kręgosłupa. Dzięki odpowiednim urządzeniom i programowi komputerowemu możliwe jest dokonanie właściwej analizy kręgosłupa.

Program leczenia usprawniającego powinien zawierać globalną reedukację posturalną, uwzględniającą wycucie przestrzennego ustawienia własnego ciała i uświadomienie sobie występujących nieprawidłowości i wycucie pozycji. Obecnie tzw. boczne skrzywienia kręgosłupa stanowią duży problem terapeutyczny oraz społeczno-ekonomiczny, gdyż występują w około 2-5% populacji, w tym w Polsce nawet do 15%, a problem etiologii nadal pozostaje nierozstrzygnięty. Dotychczas poznano wiele czynników etiologicznych, ale wyjaśniają one przyczynę zaledwie około 10-20% skrzywień. Tak, więc najwięcej, bo około 90% wszystkich skrzywień kręgosłupa stanowią skoliozy idiopatyczne.

Boczne skrzywienie kręgosłupa (skolioza) to wada postawy polegająca na wielopłaszczyznowym zniekształceniu kręgosłupa i związanymi z nim zniekształceniami klatki piersiowej i narządów wewnętrznych. W skoliozie obok wygięcia kręgosłupa w płaszczyźnie czołowej występują zmiany wielkości krzywizn w płaszczyźnie strzałkowej oraz rotacja i torsja kręgów. Towarzyszą jej zmiany biochemiczne, będące odbiciem zaburzeń metabolizmu tkanki kostnej, chrzęstnej, łącznej i nerwowej. Tak, więc boczne skrzywienie kręgosłupa uważa się za schorzenie ogólnoustrojowe, gdyż powoduje ono niekorzystne zmiany nie tylko w układzie ruchu i układzie krążeniowo-oddechowym, ale również obniża sprawność i wydolność organizmu. Skoliozy idiopatyczne stanowią największy problem społeczny i leczniczy. Powstają tylko i wyłącznie u dzieci i młodzieży w okresie wzrostu i częściej dotyczą dziewcząt. Pomimo, że skoliozy wczesnodziecięce („*scoliosis infantilis*”) częściej występują u chłopców, podobnie jak skoliozy dziecięce („*scoliosis juvenilis*”), w wieku 4-6 lat, to już w grupie wiekowej 7-9 lat skrzywienie idiopatyczne częściej stwierdza się u płci żeńskiej. Natomiast w skoliozach młodzieńczych („*scoliosis adolescentium*”) przewaga ta staje się bardziej wyraźna, gdyż stosunek płci żeńskiej do męskiej wynosi 7:1.

2. Cel ogólny:

Celem ogólnym Programu jest wczesne wykrywanie wad postawy u dzieci zagrożonych.

Cel szczegółowy:

Celem szczegółowym jest zmniejszenie odsetka dzieci z nieleczoną skoliozą idiopatyczną, także ograniczenie liczby powikłań tych zaburzeń.

3. Podmioty realizujące:

Program będzie realizowany przez publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej świadczące usługi w zakresie rehabilitacji medycznej lub ortopedii posiadające w tym zakresie „kontrakt” z Narodowym Funduszem Zdrowia w latach 2010-2012

4. Określenie populacji, do której adresowane będą działania:

Badaniami objęte zostaną dzieci w wieku 12-13 lat, które są uczniami 5 i 6 klas szkół podstawowych Miasta Krakowa.

VII. Obszar profilaktyki chorób tarczycy u kobiet po 40 roku życia.

Opracowanie: prof. dr hab. n. med. Zbigniew Szybiński
- konsultant dla województwa małopolskiego w dziedzinie endokrynologii

1. Przesłanki dla realizacji:

Schorzenia gruczołu tarczowego są jedną z częściej występujących patologii na obszarze niedoboru jodu i dotyczą w wyższych grupach wieku około 10-20% populacji. Wśród tych schorzeń szczególnej uwagi wymaga zróżnicowany rak tarczycy, który występuje 3-4 razy częściej u kobiet o 40 r. życia niż u mężczyzn, a jego częstość wyraźnie rośnie w całej polskiej populacji i stanowi stały problem diagnostyczny. Wczesne wykrycie raka tarczycy i jego wczesne operacyjne leczenie podobnie jak w innych nowotworach, daje szansę wyleczenia i decyduje o dobrych odległych wynikach tego leczenia.

2. Cel ogólny:

Celem Programu jest wczesne wykrycie patologii tarczycy w grupie ryzyka raka tarczycy.

3. Podmioty realizujące:

Publiczne oraz niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej w Mieście Krakowie, spełniające wymagane warunki zaplecza diagnostyczno-leczniczego i kwalifikacji personelu medycznego.

4. Określenie populacji, do której adresowane będą działania:

Populację badaną będą stanowiły mieszkanki Krakowa po 40 roku życia z podejrzeniem schorzenia gruczołu tarczowego kierowane do ośrodka prowadzącego badania przez tzw. lekarza pierwszego kontaktu. W zależności od uzyskanych środków planuje się poszerzenie badanej populacji w porównaniu z latami ubiegłymi lub włączenie do badań mężczyzn po 40 roku życia.

Badania laboratoryjne:

Ultrasonografia gruczołu tarczowego będzie wykonywana głowicą 7,5 mHz w sposób typowy. Badania stężenia TSH i hormonów tarczycy w osoczu krwi będą wykonane w laboratoriach posługujących się metodami referencyjnymi i pozostających w międzynarodowym systemie kontroli jakości.

VIII. Obszar profilaktyki próchnicy u dzieci.

Opracowanie: lek. dent. Iwona Sanak
- konsultant dla województwa małopolskiego
w dziedzinie stomatologii dziecięcej

1. Przesłanki dla realizacji:

Próchnica jest chorobą zębów spowodowaną głównie działaniem kwasów, wytwarzanych przez bakterie obecne w płytce bakteryjnej. Wpływ na rozwój choroby ma podatność tkanek zęba, uwarunkowana niedostateczną jego mineralizacją, rodzaj spożywanych pokarmów oraz nawyki higieniczne. Nieleczona próchnica może być przyczyną chorób miazgi, ozębnej oraz kości czaszki. Próchnica atakuje zarówno uzębienie stałe, jak i mleczne. W tym ostatnim pojawia się już w pierwszym roku życia. Polskie dane epidemiologiczne, dotyczące występowania choroby u dzieci, są wyraźnie niekorzystne. W 6 roku życia zaledwie 13% dzieci posiada uzębienie wolne od tej choroby. Czynnikiem ryzyka rozwoju próchnicy u dzieci jest niska zawartość fluoru w wodzie pitnej, wychowanie w rodzinie patologicznej lub upośledzenie umysłowe, skutkujące brakiem dbałości o podstawowe zabiegi higieniczne jamy ustnej, zbyt długie karmienie piersią lub butelką, a także schorzenia układu pokarmowego. Zapobieganie próchnicy powinno mieć charakter działań kompleksowych, obejmujących edukację rodziców, przestrzeganie zasad racjonalnego żywienia oraz dbałości o higienę jamy ustnej, profilaktyczne stosowanie związków fluoru oraz regularna kontrola i sanacja uzębienia. Zarówno systemowe, jak i miejscowe stosowanie fluoru jest działaniem o udowodnionej skuteczności przeciwp próchnicznej. Najskuteczniejszą i najtańszą metodą profilaktyki jest fluorowanie wody pitnej. Według dostępnych danych żadne ujęcie wody pitnej w naszym kraju nie zawiera fluoru w ilości niezbędnej w profilaktyce próchnicy. Braki te uzupełnić można podając dzieciom od 2 roku życia preparaty fluoru w postaci tabletek lub kropli. Z dostępnych danych wynika, że i ta metoda nie jest dostatecznie rozpowszechniona. Ochronne działania wykazują także preparaty fluoru stosowane miejscowo w postaci past, żelów, lakierów, laków czy płynów do płukania jamy ustnej. Dużą skutecznością cechują się działania obejmujące regularne (raz na 6 miesięcy) lakierowanie zębów w grupie dzieci pomiędzy 6 a 14 rokiem życia, szczególnie tych o zwiększonym ryzyku próchnicy. Zwiększenie częstości wykonywania zabiegu nie wykazuje znamiennych korzyści. Także stosowanie laków pokrywających ubytki u dzieci z grupy ryzyka jest działaniem skutecznym.

2. Cel ogólny:

Głównym celem Programu jest obniżenie występowania próchnicy zębów wśród dzieci.

Cele szczegółowe:

Cele szczegółowe dotyczą m.in. podniesienia świadomości zdrowotnej młodzieży oraz rodziców dzieci o najniższym poziomie tej świadomości, zwiększenie odsetka dzieci i młodzieży ze zdrowym uzębieniem i przyzębiem, obniżenia ciężkości próchnicy u dzieci i młodzieży wyrażające się zwiększeniem liczby zdrowych zębów u dzieci.

3. Podmioty realizujące:

Program będzie realizowany przez publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, świadczące usługi w zakresie stomatologii dziecięcej w Mieście Krakowie w latach 2010-2012.

4. Określenie populacji, do której adresowane będą działania:

Programem zdrowotnym objęte zostaną dzieci ze szkół od 6 do 14 lat, będące mieszkańcami Miasta Krakowa.

Obszary profilaktyki układu moczowo – płciowego u mężczyzn:

Opracowanie: prof. dr hab. n. med. Zygmunt Dobrowolski

IX. Obszar prewencji raka prostaty.

1. Przesłanki dla realizacji:

Badania przesiewowe w celu wczesnego wykrycia raka stercza są równie ważną metodą kontroli choroby jak profilaktyka i udoskonalanie diagnostycznych i terapeutycznych procedur klinicznych. Perspektywy pierwotnej prewencji są ograniczone a większość chorych prezentujących objawy kliniczne nie rokuje całkowitego wyleczenia. Dostępne dane pozwalają mieć nadzieję, że badania przesiewowe przyczynią się do zmniejszenia umieralności z powodu raka prostaty. Rak gruczołu krokowego stanowi 5,4% wszystkich nowotworów złośliwych u mężczyzn w Polsce i zajmuje trzecie miejsce pod względem częstości zachorowań po raku płuca i żołądka. Obserwowana jest tendencja do wzrostu liczby zachorowań na raka stercza – współczynnik zachorowalności na 100.000 mieszkańców płci męskiej w 1965 r. wynosił 5,0; w 1975 r. 8,1; w 1989 r. 10,9; w 1991 r. 12,2; w 1999 r. 17,5 mężczyzn.

Podobnie jak w przypadku wzrostu częstości zachorowań obserwowany jest wzrost liczby zgonów z powodu raka stercza – standaryzowany współczynnik umieralności w 1963 r. wynosił 6,4, w 1975 r. 8,2, w 1989 r. 9,7, w 1991 r. 10,1, w 1999 r. 12, pomimo rozwoju i doskonalenia metod terapeutycznych. Częstość zachorowań wzrasta wyraźnie wraz z wiekiem, co jest powodem zwiększenia ilości rozpoznań u mężczyzn powyżej 50 roku życia. Wzrost liczby nowo rejestrowanych zachorowań w pewnej mierze może być tłumaczony wydłużeniem średniego czasu życia mężczyzn, doskonaleniem metod rejestracji przypadków zachorowań jak również postępem, zwłaszcza w okresie ostatnich 20 lat, w zakresie metod diagnostycznych.

Rak gruczołu krokowego we wczesnym okresie rozwoju przebiega na ogół bezobjawowo. Możliwości wykrycia nowotworu stwarza – w stopniu ograniczonym – badanie gruczołu krokowego palcem przez odbytnicę („DRE”). Istotną wartość w wykryciu raka gruczołu krokowego ma badanie stężenia w surowicy krwi swoistego antygenu sterczowego („*prostate-specific antygen*” – „PSA”). Podwyższone stężenie tego markera – powyżej 2,5 ng/ml, przy zastosowaniu wystandaryzowanych metod pomiaru stężenia PSA – i dodatni wynik badania palpacyjnego są wskazaniem do przeprowadzenia biopsji gruczołu krokowego pod kontrolą ultrasonografii przezodbytniczej.

Możliwości wyleczenia raka gruczołu krokowego dotyczą tylko chorych, u których nowotwór został rozpoznany we wczesnej fazie rozwoju, tzn., gdy rak ograniczony jest do gruczołu krokowego. Radykalne leczenie raka gruczołu krokowego chirurgiczne (prostatektomia radykalna) względnie napromienianiem (brachyterapia lub radykalna radioterapia) będzie podjęta u chorych na raka ograniczonego do gruczołu.

Niepokój budzi wzrastająca, pomimo rozwoju i doskonalenia metod terapeutycznych, liczba zgonów z powodu raka gruczołu krokowego. O ile w 1965 r. standaryzowany wskaźnik umieralności kształtował się na poziomie 6,4/100.000, to w 1991 r. wynosił on 10,1/100.000, a w 1999 r. 12/100.000. W Polsce raka gruczołu krokowego rozpoznaje się na ogół zbyt późno. Poprawa tej sytuacji, jak wskazują na to dotychczasowe doświadczenia szeregu wysoko rozwiniętych krajów, możliwa jest zasadniczo przez wprowadzenie badań przesiewowych obejmujących oznaczenia stężenia PSA (ewentualnie u wybranych na podstawie wyników badań stężenia całkowitego PSA) oraz badanie gruczołu krokowego palcem przez odbytnicę. Istnieją liczne dowody na to, że regularne badania przesiewowe przy użyciu PSA umożliwiają wykrycie większości guzów zanim staną się one klinicznie jawne, co pozwala na wczesne radykalne leczenie

i w efekcie zmniejszenie umieralności z powodu tej choroby. Jakikolwiek działania zmierzające do upowszechnienia skriningu o zasięgu ogólnopolskim muszą być jednak poprzedzone przeprowadzeniem w wybranych regionach kraju badań u mężczyzn w wieku 50 – 69 lat, którzy stanowią grupę wysokiego ryzyka zagrożenia nowotworem, i u których w przypadku rozpoznania nowotworu ewentualne wdrożenie leczenia radykalnego może przyczynić się do wydłużenia życia. Korzyści wynikające z badań przesiewowych w wymiarze społecznym polegają na zmniejszeniu liczby zgonów z powodu raka prostaty oraz zredukowaniu nakładów finansowych koniecznych do leczenia chorych w zaawansowanym stadium choroby.

2. Cel ogólny i cele szczegółowe:

Głównymi celami Programu jest udzielenie odpowiedzi na następujące pytania:

- jaki jest efekt (skutek) badań przesiewowych?
- czy wczesne wykrywanie raka prostaty przynosi wymierne korzyści w kategoriach rozpoznawania większego odsetka wcześniejszych stadiów choroby i poprawy wskaźników przeżywalności chorych z rozpoznaniem raka prostaty w stosunku do grupy porównawczej (referencyjnej), gdzie badania przesiewowe nie są wykonywane?
- jaki jest efekt badania przesiewowego w stosunku do założonego celu? Założonym celem badania przesiewowego jest uzyskanie poprawy o 20% wykrywalności wczesnych stadiów chorobowych w populacji poddanej badaniom przesiewowym w stosunku do populacji referencyjnej o podobnej strukturze społeczno-demograficznej i podobnej dostępności do lekarza i badań diagnostycznych?
- jaki jest efekt badań przesiewowych w stosunku do nakładów finansowych?
- jaka jest trafność diagnostyczna (czułość, swoistość, wskaźniki predykcji dodatniej i ujemnej) badania diagnostycznego „*per rectum*” i PSA dla wczesnego wykrywania raka prostaty?
- jaka jest trafność diagnostyczna (czułość, swoistość, wskaźniki predykcji dodatniej i ujemnej) badania ultrasonograficznego przezodbytniczego w badaniach przesiewowych nad rakiem prostaty?
- jaka jest trafność diagnostyczna (czułość, swoistość, wskaźniki predykcji dodatniej i ujemnej) badania „*per rectum*”, PSA w połączeniu z badaniem ultrasonograficznym przezodbytniczym w badaniach przesiewowych nad rakiem prostaty?
- jaki winien być model badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka prostaty w warunkach naszego kraju?

3. Podmioty realizujące:

W Programie mogą uczestniczyć podmioty realizujące świadczenia w zakresie specjalistycznej opieki zdrowotnej mogące wykonywać diagnostykę w zakresie chorób gruczołu krokowego:

- zespół lekarzy specjalistów z urologii;
- możliwość wykonania oznaczeń „PSAt” i „PSAf”;
- możliwość wykonania „TRUS”.

4. Określenie populacji, do której adresowane będą działania:

Badania przesiewowe będą wykonane na terenie Miasta Krakowa u mężczyzn w wieku od 50 roku życia.

X. Obszar badań przesiewowych w kierunku raka pęcherza moczowego wśród chorych o wysokim stopniu ryzyka.

1. Przesłanki dla realizacji:

Rak pęcherza moczowego stanowi szóstą, co do częstości przyczynę zgonów wśród nowotworów złośliwych u mężczyzn oraz piętnastą wśród kobiet. Mężczyźni chorują czterokrotnie częściej na raka pęcherza moczowego niż kobiety. W 2000 r. w Polsce odnotowano 4.543 nowych zachorowań, w tym u 3.659 mężczyzn (6,5% - wskaźnik struktury); standaryzowany współczynnik zachorowalności 15,3/10.000 oraz 823 u kobiet (wskaźnik struktury: 1,7%); standaryzowany współczynnik zachorowalności 2,6/100.000. Zmarło 2.000 mężczyzn i 493 kobiety (wskaźnik struktury odpowiednio: 4,2% i 2,5%); standaryzowany współczynnik umieralności 8,3/100.000 i 1,2/100.000.

Rak pęcherza moczowego występuje u kobiet i mężczyzn najczęściej w szóstej dekadzie życia. Rak pęcherza moczowego stanowi heterogenną grupę guzów. Podobne morfologicznie guzy mają różną biologię i zachowują się odmiennie. Rak pęcherza moczowego występuje w dwóch postaciach: powierzchniowej w około 70% i głębokiej w około 30% osób. Powierzchniowy rak pęcherza może wystąpić w postaci: „Ta” (ograniczonej do nabłonka błony śluzowej pęcherza moczowego), raka śródnabłonkowego „in situ T1” oraz w postaci „T1” (ograniczonej do błony podśluzowej pęcherza moczowego). Raki powierzchniowe nie obejmują mięśniówki właściwej pęcherza, mają jednak skłonność do nawracania u 60-80% populacji leczonych w 5-letniej obserwacji, co niesie za sobą konieczność leczenia wtórnego. Zabieg przezcewkowej elektroresekcji guzów „TURBT” jest metodą stosowaną standardowo w leczeniu powierzchniowych guzów pęcherza moczowego. Raki powierzchniowe u 38% leczonych mogą ulec progresji do raków głębokich.

Raki głębokie „T2”, „T3”, „T4” obejmują mięśniówkę właściwą pęcherza moczowego na różnej głębokości. Raki głębokie pęcherza moczowego stanowią zagrożenie dla życia i nieleczone powodują zejście śmiertelne w okresie 16-18 miesięcy. Zatem głęboki rak pęcherza moczowego jest chorobą śmiertelną, niestety wielokrotnie pomijany jest fakt, że powierzchniowy rak pęcherza T1 zwłaszcza o wysokim stopniu anaplazji szybko ulega progresji i staje się również chorobą śmiertelną.

Rak przejściowokomórkowy pęcherza jest nadal znaczącym problemem zdrowotnym. Naturalna historia powierzchniowego raka pęcherza jest nadal nieprzewidywalna, zarówno z powodu heterogeniczności guza, jak i wieloogniskowej natury tej choroby. Guzy nawracają u 40 - 80% chorych a progresja występuje u 30 – 40 % chorych pomimo doszczętnej resekcji. Generalnie nawroty powierzchniowego raka pęcherza występują w takim samym stadium zaawansowania klinicznego („*staging*”), jak i histopatologicznego („*grading*”). Jednakże u niektórych chorych progresja choroby powierzchownej, może sięgać od 50 do 80 %. Dwa podstawowe czynniki ryzyka progresji to wielkość guza, niskie zróżnicowanie i wieloogniskowość guza.

Rak „*in situ*” składa się ze słabo zróżnicowanych komórek nabłonka dróg moczowych pochodzących z urotelium i często współistnieje z powierzchniowym rakiem pęcherza. Taka koegzystencja stanowi o złym rokowaniu. Wszyscy pacjenci z powierzchniowym rakiem pęcherza, u których stwierdza się „CIS” mają wysoki odsetek nawrotów. Chorzy Ci, leczeni endoskopową resekcją, jako monoterapia w 80 % wykazują progresję do stadium nacieku błony mięśniowej.

Chociaż czas, jaki upłynie do inwazji błony mięśniowej jest nieprzewidywalny, to pacjenci z ciężkimi objawami ze strony dolnych dróg moczowych, na które wpływa wielkość guza wykazują krótsze interwały do „wznowy” i rozwoju guza inwazyjnego. Około 10 % chorych z ogniskowym „CIS” wykazuje przerzuty w regionalnych węzłach chłonnych stwierdzane po chirurgicznym leczeniu radykalnym.

U chorych w stadium „T1” choroby naciek błony mięśniowej występuje u ponad 1/3 pacjentów, a tylko 30 % z nich jest wolnych od nawrotu w czasie 3 lat bez uzupełniającej terapii. Dlatego odsetek pięcioletniego przeżycia chorych z brodawczakowatym powierzchownym rakiem pęcherza (stadium „Ta”) przy braku „CIS” osiąga 95%, podczas gdy odsetek przeżycia u chorych z naciekiem na „*lamina propria*” i w grupie „CIS” jest dużo gorszy.

Zasady leczenia powierzchniowego raka z nabłonka przejściowego dróg moczowych:

Obecnie przecewkowa resekcja guza pęcherza („TURBT”) jest uznawana za podstawowe leczenie oraz jest to metoda służąca do określenia klinicznego zaawansowania choroby. Ocena histopatologiczna guza i stanu jego zaawansowania jest niezbędna do określenia chorych, u których będą wskazania do terapii dopęcherzowej oraz tych, u których stopień zaawansowania stanowi wskazanie do radykalnego leczenia chirurgicznego.

U chorych z niskim stopniem zaawansowania klinicznego i histologicznego z niewielką objętością guza (progresje stwierdza się u 7% chorych w ciągu 7 lat) okresowe cystoskopie i ewentualne resekcje wznów mogą okazać się wystarczające. Z drugiej strony, u chorych z wyższym stopniem odróżnicowania i większą objętością guza i/lub zmianami wielogniskowymi należy rozważyć dopęcherzową terapię adjuwantową, której celem może być zniszczenie przetrwałej tkanki nowotworowej lub profilaktyka immunologiczna po radykalnej elektroresekcji, aby zapobiec ewentualnym wznowom. Uzupełniające dopęcherzowe leczenie zarówno w formie chemio jak i immunoterapii jest wskazane u chorych ze zwiększonym ryzykiem wznowy.

2. Cel ogólny:

Celem badań będzie ocena osób z grupy wysokiego ryzyka w aspekcie występowania raka pęcherza moczowego. Zakłada się, że rak pęcherza występuje głównie wśród osób o wysokim stopniu ryzyka. Czynniki wysokiego ryzyka są: cukrzyca, palenie tytoniu, praca w środowisku pochodnych amin aromatycznych oraz w przemyśle chemicznym, a zwłaszcza gumowym. Specjalnie narażeni na raka pęcherza moczowego są pracownicy przemysłu chemicznego, a zwłaszcza produkującego gumę, pracownicy rafinerii naftowych, stacji benzynowych, lakiernicy, malarze, stolarze, mechanicy.

3. Podmioty realizujące:

W Programie mogą uczestniczyć podmioty realizujące świadczenia w zakresie specjalistycznym z urologii posiadające możliwość diagnostyki „FISH” (genetyczna, cytologiczna analiza moczu) i diagnostyki „PDD” (barwienie przyżyciowe guzów pęcherza moczowego).

4. Określenie populacji, do której adresowane będą działania:

- 1) mężczyźni i kobiety z cukrzycą w przedziale wieku 40-60 lat;
- 2) osoby pracujące ponad 5 lat na stanowisku związanym z pracą w środowiskach pochodnych benzenu lub przy produkcji gumy w przedziale wieku 40-60 lat dla obu płci.

XI. Obszar wczesnego rozpoznawania guzów jąder.

1. Przesłanki do realizacji:

Wiadomym jest, że na raka jąder chorują głównie młodzi mężczyźni w przedziale wieku 15-37 lat. Grupę wysokiego ryzyka stanowią ci z nich, u których w dzieciństwie rozpoznano i leczono operacyjnie wnetrostwo jedno lub dwustronne. Nowotwory jąder stanowią 1,5% nowotworów złośliwych i 5% nowotworów urologicznych wśród mężczyzn, mimo, że są bardzo złośliwe,

wcześnie rozpoznane i leczone radykalnie dają szansę przeżycia u znacznego odsetka leczonych w zależności od typu nowotworu i stopnia jego zaawansowania oraz w zależności od rodzaju komórek, z których rozwijają się seminoma, czyli nasieniaki i nieseminoma w tej drugiej grupie.

Grupa wysokiego ryzyka: wnetrostwo, jądra niezastąpione, jądra wędrujące, osoby z jądrami atroficznymi lub hypotroficznymi z zespołem Klinefeltera, obciążeni wywiadem onkologicznym w zakresie jąder (rak jąder u ojca, brata, dziadka), osoby z guzem jąder po przeciwnej stronie, osoby z rozpoznaniem guzem typu „TIN – *Testicular Intraepithelial Neoplasia*”, wreszcie mężczyźni z rozpoznaną niepłodnością męską.

Wcześniej rozpoznane nowotwory jąder są wyleczalne w 95%, wśród tych, u których rozpoznano zaawansowany nowotwór jądra procent wyleczalności jest znacznie mniejszy. Charakterystyczne dla przerzutów jąder jest bezbolesne powiększenie zwykle jednego jądra. Jądro takie jest powiększone, nierówne, guzowate, niebolesne, charakterystycznie ciężkie.

„Rozpoznawalność” nowotworów jąder za pomocą badania ultrasonograficznego można wynosi około 100%; w niektórych przypadkach można go uzupełnić badaniem MRI zwłaszcza w przypadku guzów w jądrami atypowych. Markery surowicy krwi charakterystyczne dla nowotworów jąder to alfa-fetoproteina (produkowana przez „yolk sac cells”), beta-choriongonadotropina kosmówkowa, beta-HCG (wyrażająca ekspresję trofoblastu), „LDH”, dehydrogenaza kwasu mlekowego, jako marker destrukcji tkanki oraz antygen karcyno-embrionalny „CEA”. Ujemny poziom markerów w surowicy nie wyklucza raka jąder, każdy guz jądra winien być odsłonięty i usunięty razem z powrózkiem nasiennym. Ujemny poziom markerów w surowicy nie wyklucza raka jąder. Każdy guz jądra winien być leczony operacyjnie. Strategia oszczędzająca narząd nie jest zalecana. Bardzo ważne jest badanie histologiczne preparatu, ocena wielkości guza, jego stosunku do osłonek, naczyń krwionośnych i chłonnych. Obowiązuje ocena: węzłów chłonnych pozaotrzewnowych, wątroby, płuc i kości. RTG płuc należy wykonać u wszystkich z „NSGCT” i tych z „seminoma”, które mają CT węzłów dodatnie. W guzach jąder obowiązuje system TNM („wyleczalność” mierzona 5 letnim przeżyciem w zależności od stopnia zaawansowania klinicznego w chwili rozpoczęcia leczenia waha się od 92%- 48%.)

2. Cel ogólny:

Efektami badań przesiewowych będzie wczesne wykrycie nowotworów jąder w grupie wysokiego ryzyka.

3. Określenie populacji, do której adresowane będą działania:

Populację badaną będą stanowili mężczyźni w przedziale wieku 18-35 oraz młodzieńcy w przedziale wieku od 10-17 lat, którzy w ciągu ostatnich 5 lat byli leczeni z powodu:

- wnetrostwa
- jąder wędrujących
- jąder atroficznych
- jąder hypotroficzych
- zespołu Klinefeltera
- uprzedniego leczenia z powodu nowotworu jądra
- niepłodności męskiej.

XII. Obszar szczepień ochronnych przeciw grypie mieszkańców Miasta Krakowa.

Opracowanie: dr hab. n. med. Aleksander Garlicki

- konsultant dla województwa małopolskiego w dziedzinie chorób zakaźnych

Głównym celem szczepień ochronnych przeciwko grypie jest zapobieganie zachorowaniom na grype, a tym samym zmniejszenie ryzyka ciężkiego przebiegu choroby, wystąpienia powikłań i redukcja związanej z tym śmiertelności.

We wszystkich rekomendacjach dotyczących ww. szczepień, grupa osób po 65 roku życia jest wskazywana na pierwszym miejscu, ostatnio pojawiają się jednak dane wskazujące na potrzebę immunizacji u osób po 50 roku życia. Ponadto szczepieniami ochronnymi przeciw grypie powinni zostać objęci mieszkańcy całodobowych ośrodków dla osób przewlekle chorych wraz z ich opiekunami.

Podsumowując należy stwierdzić, że szczepienia ochronne przeciwko grypie nie tylko zapobiegają wystąpieniu tej bardzo zaraźliwej i groźnej dla ludzi choroby, szczególnie dla osób starszych, ale także są najtańszym sposobem ograniczenia związanych z tym kosztów medycznych, społecznych i ekonomicznych.

XIII. Obszar profilaktyki i edukacji przedporodowej „Szkoła Rodzenia”.

Program edukacji przedporodowej „Szkoła rodzenia” jest to świadczenie profilaktyczno-edukacyjne i jest adresowany do kobiet w ciąży mieszkających na terenie miasta Krakowa oraz dla ich współmałżonków (ojca dziecka). Ma on być realizowany w czasie nie krótszym niż 4 tygodnie na kurs.

1. Cel ogólny:

Celem ogólnym Programu jest kompleksowa i interdyscyplinarna opieka nad kobietą ciężarną i jej dzieckiem oraz edukacja w kierunku propagowania zdrowych zasad przygotowania kobiety do porodu, zmianę postawy wobec badań profilaktycznych z biernej na czynną – wynikającą z nawyku dbałości o swoje zdrowie i zdrowie swojego dziecka, egzekwującą wykonywanie badań specjalistycznych w placówkach ochrony zdrowia, przez cały okres ciąży aż do porodu oraz kontroli stanu zdrowia po porodzie i zdrowia swojego dziecka w okresie niemowlęcym. Celem Programu jest także: przygotowanie kobiety do porodu i nauczanie jej prawidłowych zachowań w trakcie porodu oraz stosowanie technik łagodzenia bólu porodowego i relaksacyjnych przydatnych w trakcie porodu, przygotowanie rodziców do pielęgnacji i opieki nad niemowlęciem, podniesienie wiedzy i przygotowanie kobiety do wychowania zdrowego dziecka. W rezultacie Program przyczyni się do poprawy stanu zdrowia kobiet oraz dzieci.

Założenia ogólne Programu:

- 1) przekazanie wiedzy dotyczącej rozwoju płodu, przebiegu ciąży, porodu, porożu i podstawowych problemów dotyczących opieki nad dzieckiem i laktacji;
- 2) promocja zachowań sprzyjających zdrowiu matki, dziecka i rodziny;
- 3) informacja o dostępnych formach opieki medycznej w trakcie przebiegu ciąży;
- 4) wsparcie psychiczne i stymulacja do prozdrowotnych zachowań.

Formy i zasady prowadzenia edukacji przedporodowej: zbiorowa – wykłady, zajęcia praktyczne w podgrupach (do 10 par),

2. Podmioty realizujące:

Publiczne i niepubliczne szkoły rodzenia w Mieście Krakowie, posiadające właściwe przygotowane sale wykładowe i sale do ćwiczeń fizjoterapeutycznych, specjalistyczny zespół

edukacyjny składający się z zespołu lekarzy położników, neonatologów, anestezjologów, położnych, położnych noworodkowych, położnej środowiskowej, psychologa, fizjoterapeuty i prawnika oraz posiadający dostęp do gabinetów lekarskich konsultacyjnych i badań ginekologicznych, badań ultrasonograficznych, posiadających sprawny sprzęt („KTG”, „USG”).

W ramach Programu na życzenie Pacjentki powinny być zapewnione w szczególności: badania konsultacyjne i ginekologiczne, możliwość wykonywania badań „USG”, „KTG”, skierowanie kobiety ciężarnej do poradni patologii ciąży, jeżeli okaże się to konieczne.

3. Opis realizacji Programu:

- tematyka programu edukacji przedporodowej:

- lekarz ginekolog – położnik: wstępne rozmowy i konsultacje dla par, przedstawienie misji, celu i programu Szkoły Rodzenia, „ciąża i poród w społeczeństwie na przestrzeni wieków”, „jak dawniej traktowano kobietę w ciąży, w czasie porodu i porodu”, rozwój dziecka od poczęcia do porodu
- neonatolog, położna noworodkowa, lekarz ginekolog – położnik, położna: podstawowe wiadomości o ciąży, fizjologia noworodka: „jak pielęgnować, jak karmić, na co zwracać uwagę” – objawy fizjologiczne i patologiczne, podstawowe wiadomości o fazach rozwoju dziecka, karmienie piersią, problemy z laktacją, praktyczna prezentacja wspomagania laktacji
- psycholog, lekarz medycyny pracy, prawnik: psychologiczne aspekty ciąży – jej wpływ na małżeństwo i rodzinę, psychologia dziecka nienarodzonego, nauka poznawania wzajemnego matki i dziecka nienarodzonego, psychologia niemowlęcia, rola mężczyzny w opiece nad kobietą w ciąży, przepisy prawne dotyczące kobiet w ciąży, zasady i przepisy dotyczące pracy kobiet w ciąży
- lekarz ginekolog – położnik, anestezjolog, położna: „jak rodzić – tradycja czy nowatorstwo”, poród w wannie, „czy musi boleć”, cesarskie cięcie, zasady pielęgnacji, higieny i odżywiania kobiety po porodzie, pielęgnacja po cięciu cesarskim, zajęcia praktycznego przygotowania do porodu
- lekarz dentysta lub osoba przeszkolona: informacja dla rodziców dotycząca pielęgnacji jamy ustnej dziecka: pielęgnacja jamy ustnej od urodzenia, pielęgnacja jamy ustnej po pojawieniu się zębów mlecznych, kiedy wprowadzamy szczoteczkę do mycia zębów, kiedy wprowadzamy pastę do zębów (jaka pasta, ilość pasty), kto myje dziecku zęby, kiedy pierwszy raz zgłaszamy się do dentysty, bilans dwulotka, informacje o diecie dziecka, kiedy zaczynają rosnąć zęby stałe, karmienie przedłużone butelką, smoczek: problem wady zgryzu, ssanie palca: problem wady zgryzu
- zajęcia praktyczne: przygotowanie do porodu, nauka prawidłowych zachowań w trakcie porodu, nauka łagodzenia bólu porodowego – techniki relaksacji, cykl ćwiczeń fizycznych – ogólnie – usprawniających, ćwiczenia wzmacniające i rozciągające, ćwiczenia relaksujące, nauka oddychania torem brzusznym, ćwiczenia przygotowujące do porodu, ćwiczenia w porożu.

