

Załącznik nr 1
do Miejski Program Ochrony i Promocji Zdrowia
„Zdrowy Kraków 2007-2009”

PROGRAMY PROFILAKTYCZNE
W LATACH 2007-2009

SPIS TREŚCI

<u>WSTEP</u>	22
<u>I PROGRAM PREWENCJI MIAŻDŻYCY, CUKRZYCY TYPU 2 I NADCIŚNIENIA</u>	23
<u>II PROGRAM EDUKACYJNO-PROFILAKTYCZNY WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA PIERSI</u>	30
<u>III PROGRAM PROFILAKTYKI I WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA SZYJKI MACICY</u>	33
<u>IV PROGRAM WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA JELITA GRUBEGO</u>	36
<u>V PROGRAM PROFILAKTYKI ASTMY I CHORÓB ALERGICZNYCH MŁODZIEŻY SZKOLNEJ</u>	38
<u>VI PROGRAM PROFILAKTYKI WAD POSTAWY</u>	40
<u>VII PROGRAM PROFILAKTYKI CHORÓB TARCZYCY U KOBIET PO 40 ROKU ŻYCIA</u>	44
<u>VIII PROGRAM PROFILAKTYKI PRÓCHNICY U DZIECI</u>	45
<u>IX PROGRAM PREWENCJI RAKA PROSTATY</u>	46
<u>X PROGRAM SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH PRZECIW GRYPIE MIESZKAŃCÓW MIASTA KRAKOWA PO 65ROKU ŻYCIA</u>	48
<u>XI „SZKOŁA RODZENIA”</u>	48

WSTĘP

Zarządzeniem Prezydenta Miasta Krakowa, powołany został Zespół Konsultacyjny ds. ochrony zdrowia (wyłoniony z grupy Konsultantów Wojewódzkich z poszczególnych dziedzin medycyny), którego zadaniem jest rekomendowanie do realizacji programów istotnych z epidemiologicznego punktu widzenia, koordynacja i nadzór nad programami profilaktycznymi realizowanymi przez Gminę Miejską Kraków oraz wypracowanie strategii samorządu w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia, stanowiącej jeden z najistotniejszych obszarów w Miejskim Programie Ochrony Zdrowia.

Ustala się następujące programy profilaktyki zdrowotnej finansowane przez Miasto Kraków:

Wieloletnie programy profilaktyczne do realizacji w latach 2007 – 2009:

1. Program profilaktyki miażdżycy, cukrzycy typu 2 i nadciśnienia,
2. Program wczesnego rozpoznawania raka piersi,
3. Program wczesnego rozpoznawania raka szyjki macicy – zgodnie z odrębną uchwałą Rady Miasta Krakowa,
4. Program wczesnego rozpoznawania raka jelita grubego,
5. Program profilaktyki astmy i chorób alergicznych,
6. Program profilaktyki wad postawy,
7. Program profilaktyki raka tarczycy,
8. Program profilaktyki próchnicy u dzieci,
9. Program prewencji raka prostaty,
10. Szczepienia przeciw grypie mieszkańców Krakowa powyżej 65 roku życia,
11. Program profilaktyki i edukacji przedporodowej „Szkoła rodzenia”

Wymienione programy winny być wdrażane z uwzględnieniem następujących zasad:

1. Realizatorów należy wyłaniać w trybie otwartych konkursów i zawierać z nimi umowy na okres 3 lat.
2. Warunki konkursu i wymagania konkursowe winny zapewnić szeroki dostęp dla mieszkańców do proponowanych badań.
3. Przy planowaniu budżetu należy rozpiścić środki finansowe na poszczególne programy.

Dopuszcza się możliwość realizacji innych programów istotnych ze względu na uwarunkowania epidemiologiczne – po podjęciu w tej sprawie stosownej uchwały przez Radę Miasta Krakowa.

I Program prewencji miażdżycy, cukrzycy typu 2 i nadciśnienia

Opracował:

Profesor Zbigniew Szybiński - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie endokrynologii

Przełanki dla realizacji programu

Częstość cukrzycy typu 2 rośnie gwałtownie na całym świecie, a równolegle do niej wzrastają pośrednie i bezpośrednie koszty jej leczenia. 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 młodszym wieku, czego bezpośrednią konsekwencją będzie wydłużenie czasu życia z cukrzycą, 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, nie zmienia to jednak faktu, że ciągle nasz kraj uważany jest za obszar o dużym ryzyku zgonu z powodu choroby sercowo-naczyniowej w okresie 10 lat.

W świetle powyższych faktów jasnym staje się, że jak najwcześniejsza identyfikacja osób z miażdżycą czy cukrzycą typu 2 i rozpoczęcie właściwego, zapobiegającego powikłaniom leczenia są bardzo ważne.

Cukrzyca typu 2 stanowi wręcz modelowy przykład choroby spełniającej wszystkie warunki uzasadniające podejmowanie badań przesiewowych. Ponad 150 milionów chorych na cukrzycę na świecie potwierdza, że choroba ta stanowi ważny problem społeczny. Ponadto w przeciwieństwie do chorób układu sercowo naczyniowego i pewnych typów nowotworów zapadalność i chorobowość cukrzycy gwałtownie wzrasta. Jest chorobą, której naturalna historia jest dobrze poznana, i w której początkowym, długim i bezobjawowym okresie stopniowo rozwijają się powikłania. 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. Cukrzycę w badaniach przesiewowych rozpoznajemy w oparciu o glikemię na czczo lub doustny test tolerancji glukozy. Inne metody takie jak badanie przygodnej glikemii, cukromoczu czy hemoglobiny glikowanej nie są stosowane w ze względu na niską czułość, brak standaryzacji, czy też wysokie koszty badania. Badanie poziomu glukozy w osoczu na czczo jest tanie, proste i standaryzowane, pozbawione ryzyka wystąpienia powikłań i akceptowane przez chorych, nie może jednak stanowić jedynej podstawy rozpoznania cukrzycy chociażby dlatego, że brak jest możliwości kontroli czy badany jest rzeczywiście na czczo. Badania grupy DECODE udowodniły ponadto, że eliminując test doustnego obciążenia glukozą z badań przesiewowych i używając jako jedynej metody oznaczania glikemii na czczo nie rozpoznaje się choroby u około jednej trzeciej osób z cukrzycą. Według zaleceń WHO z 1999r należy dążyć do wykonania testu doustnego obciążenia glukozą u wszystkich osób bez jawnych objawów klinicznych, u których podejrzewamy cukrzycę. Ponadto tylko

w oparciu o test doustnego obciążenia glukozą można rozpoznać upośledzoną tolerancję glukozy, jedna z trzech kategorii nieprawidłowej tolerancji węglowodanów. W oparciu o powyższe przesłanki przyjęto do realizacji Program Prewencji Miażdżycy, Cukrzycy typu 2 i Nadciśnienia w latach 2004/2006.

Do uczestnictwa w programie kwalifikowano mieszkańców Krakowa w wieku powyżej 25 r. ż, którzy wyrazili chęć uczestnictwa w programie, u których nie stwierdzano wcześniej zaawansowanej choroby i żeby jej wczesne stadium miał wykryć program przesiewowy. Tak, więc z programu wykluczali i cukrzyca i przebyty w przeszłości zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu jako manifestacja zaawansowanej miażdżycy. Można zadać w tym miejscu pytanie, dlaczego z przesiewu w kierunku cukrzycy zostały wykluczone osoby ze zdiagnozowaną chorobą sercowo-naczyniową, a z kolei z przesiewu w kierunku miażdżycy osoby ze zdiagnozowaną wcześniej cukrzycą, jeżeli wiadomo, że te dwie choroby współistnieją ze sobą i występowanie jednej zwiększa prawdopodobieństwo zachorowania na drugą. Decyzję tę podjęto po przeanalizowaniu obowiązujących w Polsce standardów postępowania u chorych z cukrzycą typu 2 i u chorych z chorobą sercowo-naczyniową. W każdym z powyższych standardów kładzie się bardzo duży nacisk na wykonywanie częstych badań mających rozpoznać współistniejące choroby, tak więc osoby z już rozpoznaną jedną chorobą są w stałej opiece czy to lekarza pierwszego kontaktu czy to specjalisty, który kontroluje zarówno ich gospodarkę węglowodanową jak i lipidową. Program wczesnej identyfikacji skierowany był do ludzi, u których zarówno cukrzyca jak i miażdżycy może co najwyżej występować bezobjawowo w swoim długim przedklinicznym stadium i chorobę zdiagnozować można tylko w trakcie badań przesiewowych.

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 I przedstawiono sposób przyporządkowania punktów poszczególnym czynnikom ryzyka cukrzycy.

Tab. 1. Czynniki ryzyka cukrzycy i ich wartość punktowa

Czynniki		Punkty
Wiek	25-44	0
	45-54	2
	55-64	3
	Powyżej 65	4
BMI	>25 kg/m ² i ≤ 30 kg/m ²	1
	>30 kg/m ²	2
Obwód pasa kobiety	< 80 cm	0
	≥80 i <88 cm	3
	≥ 88 cm	4
Obwód pasa mężczyźni	< 94 cm	0
	≥94 <102 cm	3
	≥ 102 cm	4

Leczenie nadciśnienia lub ciśnienie powyżej 140/90	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)	2	
Występowanie cukrzycy u krewnych	I stopnia	5
	II stopnia	4
Wskaźnik Ryzyka Cukrzycy	SUMA 0 % PUNKTÓW POWYŻSZYCH CZYNNIKÓW RYZYKA	

Przyporządkowanie punktów oparte zostało na modelu fińskim (J. Lindstrom Diabetes Care, 2003, 24, 725) z dwoma modyfikacjami. W oryginale jako czynnik ryzyka dołączona jest ocena aktywności fizycznej i codziennego spożycia warzyw i owoców, której w naszym programie nie włączaliśmy ze względu na trudność jej obiektywnej oceny. Dołączono natomiast obciążenie rodzinne, które w modelu fińskim nie występowało, aczkolwiek autorzy w swej pracy sugerowali konieczność dołączenia tego czynnika oraz zasugerowali jego wartość punktową. Osoby, które w powyższej ocenie osiągnęły co najmniej 9 punktów zostawały uznane jako osoby z dużym ryzykiem wystąpienia cukrzycy.

U wszystkich uczestników programu wykonywano na czczo badanie glikemii oraz poziomu całkowitego cholesterolu. U osób, u których poziom cholesterolu całkowitego przekraczał 5,2 mmol/l wykonywano pomiar cholesterolu HDL i trójglicerydów. Wartość cholesterolu LDL wyliczano z wzoru Friedewalda.

U osób, u których glikemia na czczo była $\geq 6,1$ mmol/l i $< 7,0$ mmol/l, lub wskaźnik ryzyka cukrzycy wynosił co najmniej 9 punktów wykonywano test doustnego obciążenia glukozą. W celu uniknięcia błędów przed laboratoryjnym testem doustnego obciążenia glukozą wykonywano według opracowanej instrukcji. U osób u których glikemia w pierwszym badaniu przekraczała 7 mmol/l, wykonywano powtórne badanie i albo rozpoznawano cukrzycę w przypadku potwierdzenia podwyższonej wartości glikemii, albo wykonywano test doustnego obciążenia glukozą, gdy druga wartość glikemii na czczo była niższa od 7 mmol/l

Po zakończeniu etapu laboratoryjnego kwalifikowano uczestników programu do dalszego postępowania. Osoby z prawidłową tolerancją glukozy i prawidłowymi wartościami lipidogramu informowano, że w chwili obecnej gospodarka lipidowa i węglowodanowa jest u nich prawidłowa. Osoby z nieprawidłowymi wartościami lipidów i upośledzoną tolerancją glukozy lub nieprawidłową glikemią na czczo zapraszano do udziału w programie interwencyjnym, który stanowił 2 etap opisywanego Programu Prewencji i polegał na edukacji prozdrowotnej (modyfikacja nieprawidłowego stylu życia) przez wyszkolone pielęgniarki z biorących udział w programie jednostek

Po zakończeniu programu interwencyjnego uczestnik programu przechodził do etapu 3 w trakcie którego kontrolowano skuteczność takiego postępowania po 3 miesiącach dla osób z dyslipidemią i po 12 miesiącach dla osób z upośledzoną tolerancją glukozy. Program Prewencji Miażdżycy, Cukrzycy typu 2 i Nadciśnienia 2004-2006 ciągle trwa, ale wyniki z pierwszych dwóch lat realizacji pozwalają wyciągnąć wnioski co do jego kontynuacji.

W trakcie badań przeprowadzonych w latach 2004/2005 ogółem zgłosiło się na badania 40989 osób (27 555 kobiet i 13 434 mężczyzn) w wieku 25 do 97 lat. W każdej grupie wiekowej zgłosiło się więcej kobiet niż mężczyzn, natomiast struktura wieku była podobna dla obu płci. Porównanie z populacją Krakowa w latach 2004/2005 wykazało reprezentatywność badanej próby dla grup wiekowych powyżej 35 r. ż.

Zaburzenia gospodarki węglowodanowej stwierdzono u 15% mężczyzn i 13% kobiet

Tab. 2 Częstość występowania zaburzeń tolerancji węglowodanów w zbadanej populacji Krakowa

Tolerancja węglowodanów		IFG	IGT	DM
K	n	1256	1021	1141
	%	4,6	3,7	4,1
M	n	769	483	719
	%	5,7	3,6	5,4
p		<0,001	Ns	<0,001

Oceniono także czułość i swoistość zastosowanej metody identyfikacji osób zagrożonych wystąpieniem cukrzycy typu 2.

Stwierdzono, że czułość rozpoznawania cukrzycy typu 2 w oparciu o punkt odcięcia dla stopnia ryzyka cukrzycy równy 9 w porównaniu do rozpoznawania cukrzycy w oparciu o pomiar glikemii na czczo i/lub test doustnego obciążenia glukozą wynosi 73,9%, swoistość 70,5% a dodatni iloraz wiarygodności 2,5. Rozpoznanie przy pomocy systemu punktowego cukrzycy typu 2 lub upośledzonej tolerancji glukozy zwiększa czułość do 82,4%.

Również na podstawie analizy krzywej ROC potwierdzono, że punkt odcięcia równy 9 jest optymalny dla rozpoznawania zaburzeń tolerancji węglowodanów w populacji Krakowa.

Skuteczność programu nefarmakologicznej interwencji (etap II) potwierdzona w trakcie etapu III jest wysoka. Pierwsze obserwacje (po upływie roku) wskazują, że u 24% osób nastąpiła istotna poprawa parametrów gospodarki lipidowej, u ponad połowy poprawa w zakresie gospodarki węglowodanowej, prawie 40% osób udało się zerwać z uzależnieniem od tytoniu.

W programie planowanym do realizacji w latach 2007-2009 proponujemy niewielką modyfikację opisywanego systemu określania stopnia zagrożenia wystąpieniem cukrzycy, a mianowicie dołączenie do czynników ryzyka oceny aktywności fizycznej i oceny spożycia warzyw i owoców. Wprowadzi to niewielką zmianę, mianowicie doda 2 proste pytania do kwestionariusza, a dzięki temu będzie można porównywać wyniki naszych badań z wynikami uzyskanymi w innych krajach posługujących się tym samym systemem (między innymi w ramach programu „DE PLAN” czyli „Cukrzyca w Europie- Prewencja przez Aktywność Fizyczną, Zmianę Stylu Życia i Interwencję Żywieniową”, w których część jednostek realizujących program prewencji bierze także udział)

Drugą modyfikacją planowaną w latach 2007/2009 jest propozycja powtórnego badania osób, które uczestniczyły w Programie w latach 2004/2006. Pozwoli to ocenić stopień zagrożenia wystąpieniem powikłań miażdżycy układu sercowo naczyniowego i cukrzycy typu 2 w obserwacji prospektywnej, co wielokrotnie zwiększy rangę informacji uzyskanych na temat zdrowotności społeczeństwa Krakowa.

Jednocześnie proponujemy aby kontynuować ocenę zagrożenia wystąpieniem cukrzycy i miażdżycy u osób, które zechcą się zbadać po raz pierwszy. Jedyne różnice między tymi dwoma grupami badanych będą występowały w badaniu kwestionariuszowym w którym zostaną dodatkowo zadane pytania o występowanie cukrzycy i powikłań układu sercowo naczyniowego w ciągu czasu który upłynął od pierwszego badania.

Cel ogólny programu

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

- Identyfikację osób z wysokim ryzykiem rozwoju miażdżycy i cukrzycy typu 2
- Przeprowadzenie dla wszystkich osób z ryzykiem programu interwencji nefarmakologicznej.
- Kontrola skuteczności programu interwencyjnego.
- Prospektywna obserwacja osób – uczestników programu 2004/2006 w celu identyfikacji osób u których wystąpiły powikłania sercowo-naczyniowe lub cukrzycą.

Realizacja programu

Program będzie realizowany przez publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej w mieście Krakowie w latach 2007-2009.

Podmioty realizujące program

W programie mogą uczestniczyć podmioty realizujące świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

W programie biorą udział podmioty uczestniczące w programie międzynarodowym „DE-PLAN”, które realizują go do roku 2008 według osobnego protokołu zbliżonego do programu prewencji miażdżycy, cukrzycy typu 2 i nadciśnienia.

Populacja objęta programem

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

- Uczestników Programu Prewencji Miażdżycy, Cukrzycy typu 2 i Nadciśnienia w latach 2004-2006.
- Osób, które nie brały udziału w programie w latach 2004-2006, są mieszkańcami Krakowa, ukończyły 25 rok życia i które nie przebyły zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu i nie są w momencie badania leczone z powodu cukrzycy typu 2.
- Populacja objęta programem w latach 2004-2006 to ok. 50 000 osób - planowana jest wykonanie badań kontrolnych u co najmniej 70% zbadanych w latach ubiegłych.
- Planowane jest przebadanie po raz pierwszy ok. 20 000 tys. mieszkańców Krakowa.

Sposób realizacji programu

W ramach programu przeprowadzone zostaną:

Dla osób uczestniczących po raz pierwszy w programie

I ETAP

1. Konsultacja pielęgniarstwa obejmująca:

- Ankieta na temat czynników ryzyka miażdżycy i cukrzycy (dodatkowe 2 pytania w używanej w latach poprzednich ankiecie).
 - Dwukrotny pomiar ciśnienia tętniczego.
 - Pomiar wzrostu oraz masy ciała i określenie wskaźnika BMI, pomiar obwodu pasa i bioder.
 - Pobranie krwi do badań laboratoryjnych.
2. Oznaczenie poziomu glikemii oraz lipidogramu (u wszystkich cholesterolu całkowitego, w razie wartości przekraczającej 5,2 mmol/l – cholesterolu HDL i trójglicerydów).
- 2 a. Przeprowadzenie doustnego testu obciążenia glukozą w grupie ryzyka.
3. Konsultacja lekarska obejmująca:
- Dwukrotny pomiar ciśnienia tętniczego
 - Ocenę stanu gospodarki lipidowej i węglowodanowej wraz z oceną ryzyka rozwoju chorób układu krążenia i cukrzycy typu 2
 - Skierowanie osób z nieprawidłową gospodarką lipidową i węglowodanową lub obciążonych ryzykiem rozwoju chorób układu krążenia i cukrzycy typu 2 na szkolenie modyfikujące nieprawidłowy styl życia (przeprowadzane przez pielęgniarkę)

II ETAP

1. Szkolenie dotyczące stylu życia prowadzone przez pielęgniarkę
- Spotkanie pierwsze- pomiary antropometryczne, ocena stopnia nadwagi, pomiar ciśnienia tętniczego, ocena dotychczas stosowanej diety i wydatkowanej średniej dobowej energii. Korekta nieprawidłowych nawyków żywieniowych, zalecenia dietetyczne
 - Spotkanie drugie (ok. 2 tyg. po pierwszym)- pomiary antropometryczne, ocena stopnia realizacji zalecanej diety, dalsza korekta dietetyczna, zalecenia dotyczące indywidualnego wysiłku fizycznego
 - Spotkanie trzecie - ok. 2tyg po poprzednim – pomiary antropometryczne, ocena stopnia realizacji zalecanej diety i wysiłku fizycznego Korekta diety i zaleceń dotyczących wysiłku fizycznego. Dla osób uzależnionych od tytoniu: ocena testu Fagerströma i Schneider, zalecenia dotyczące leczenia uzależnienia od tytoniu.
 - Spotkanie czwarte – ok. 4 tyg. po poprzednim. Pomiary antropometryczne, pomiar ciśnienia tętniczego. Ocena stopnia realizacji zaleceń dotyczących diety i wysiłku fizycznego. Dla osób uzależnionych – ocena wyników leczenia uzależnienia od tytoniu.

III ETAP

1. Kontrola osób ze stwierdzanymi wcześniej zaburzeniami gospodarki lipidowej 3 miesiące po rozpoczęciu programu interwencyjnego.
- Konsultacja pielęgniarska -ocena wyników realizacji programu interwencyjnego- pomiary antropometryczne, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, ocena uzależnienia od tytoniu
 - Badania laboratoryjne- lipidogram
 - Konsultacja lekarska – decyzja o dalszym sposobie leczenia
2. Kontrola osób z upośledzoną tolerancją glukozy – 12 miesięcy po rozpoczęciu programu interwencji nefarmakologicznej

- Konsultacja pielęgniarska -ocena wyników realizacji programu interwencyjnego- pomiary antropometryczne, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, ocena uzależnienia od tytoniu
- Badania laboratoryjne- test doustnego obciążenia glukozą
- Konsultacja lekarska- decyzja o dalszym sposobie leczenia

Dla osób uczestniczących w programie w latach 2004/2006.

I ETAP

1. Konsultacja pielęgniarska obejmująca:
 - Ankietę na temat czynników ryzyka miażdżycy i cukrzycy jak dla osób uczestniczących po raz pierwszy
 - Ankietę na temat występowania chorób układu krążenia i cukrzycy w czasie który upłynął od I badania
 - Dwukrotny pomiar ciśnienia tętniczego
 - Pomiar wzrostu oraz masy ciała i określenie wskaźnika BMI, pomiar obwodu pasa i bioder
 - Pobranie krwi do badań laboratoryjnych
2. Oznaczenie poziomu glikemii oraz lipidogramu (u wszystkich cholesterolu całkowitego, w razie wartości przekraczającej 5,2 mmol/l – cholesterolu HDL i trójglicerydów)
 - 2 a. Przeprowadzenie doustnego testu obciążenia glukozą w grupie ryzyka
3. Konsultacja lekarska obejmująca:
 - Dwukrotny pomiar ciśnienia tętniczego
 - Ocenę stanu gospodarki lipidowej i węglowodanowej w stosunku do wyników osiągniętych w trakcie poprzedniego badania wraz z aktualną oceną ryzyka rozwoju chorób układu krążenia i cukrzycy typu 2
 - Skierowanie osób, u których po raz I stwierdzono nieprawidłową gospodarkę lipidową i węglowodanową lub obciążenie ryzykiem rozwoju chorób układu krążenia i cukrzycy typu 2 na szkolenie modyfikujące nieprawidłowy styl życia (przeprowadzane przez pielęgniarkę)
 - Skierowanie osób, u których utrzymuje się zagrożenie wystąpieniem miażdżycy i cukrzycy lub nastąpiła jego progresja na szkolenie grupowe prowadzone przez pielęgniarkę

II ETAP

1. Szkolenie indywidualne dotyczące stylu życia prowadzone przez pielęgniarkę
 - Spotkanie pierwsze- pomiary antropometryczne, ocena stopnia nadwagi, pomiar ciśnienia tętniczego, ocena dotychczas stosowanej diety i wydatkowanej średniej dobowej energii. Korekta nieprawidłowych nawyków żywieniowych, zalecenia dietetyczne
 - Spotkanie drugie (ok. 2 tyg. po pierwszym)- pomiary antropometryczne, ocena stopnia realizacji zalecanej diety, dalsza korekta dietetyczna, zalecenia dotyczące indywidualnego wysiłku fizycznego
 - Spotkanie trzecie - ok. 2tyg po poprzednim – pomiary antropometryczne, ocena stopnia realizacji zalecanej diety i wysiłku fizycznego Korekta diety i zaleceń dotyczących wysiłku fizycznego. Dla osób uzależnionych od tytoniu: ocena testu Fagerströma i Schneider, zalecenia dotyczące leczenia uzależnienia od tytoniu.

- Spotkanie czwarte – ok. 4 tyg. po poprzednim. Pomiary antropometryczne, pomiar ciśnienia tętniczego. Ocena stopnia realizacji zaleceń dotyczących diety i wysiłku fizycznego. Dla osób uzależnionych – ocena wyników leczenia uzależnienia od tytoniu.

Szkolenie grupowe dla osób z brakiem poprawy lub progresją miażdżycy lub cukrzycy. Co najmniej 10 grupowych sesji dla 10-14 osób, w których szczególny nacisk zostanie położony na motywowanie do zmian nieprawidłowego stylu życia. Spotkania te mają służyć inicjowaniu powstawania tzw. grup wsparcia dla osób pragnących zmienić dotychczasowy styl życia

III ETAP

Dla osób ze stwierdzonym po raz pierwszy zagrożeniem wystąpienia miażdżycy lub cukrzycy

1. Kontrola osób ze stwierdzanymi wcześniej zaburzeniami gospodarki lipidowej 3 miesiące po rozpoczęciu programu interwencyjnego.
 - Konsultacja pielęgniarska -ocena wyników realizacji programu interwencyjnego- pomiary antropometryczne, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, ocena uzależnienia od tytoniu
 - Badania laboratoryjne- lipidogram
 - Konsultacja lekarska – decyzja o dalszym sposobie leczenia
2. Kontrola osób z upośledzoną tolerancją glukozy – 12 miesięcy po rozpoczęciu programu interwencji nefarmakologicznej
 - Konsultacja pielęgniarska -ocena wyników realizacji programu interwencyjnego- pomiary antropometryczne, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, ocena uzależnienia od tytoniu
 - Badania laboratoryjne- test doustnego obciążenia glukozą
 - Konsultacja lekarska- decyzja o dalszym sposobie leczenia

Osoby u których stwierdzono brak poprawy w stosunku do badania w latach 2004/2006 nie podlegają III etapowi.

II Program edukacyjno-profilaktyczny wczesnego wykrywania raka piersi.

Opracował:

Profesor Leszek Kołodziejski - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chirurgii onkologicznej

Przełanki dla realizacji programu

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 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 UE” 66%, w krajach skandynawskich 70-80%.

Przyczyną niezadowolających wyników leczenia raka piersi w Polsce i 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 i Finlandii ok. 80%.

Głównymi przyczynami późnego wykrywania raka w Polsce są:

- późne zgłaszanie się do lekarza chorych z objawami,
- zaniebywania regularnego samobadania piersi (tylko 5% kobiet je przeprowadza) i badań mammograficznych u kobiet bezobjawowych,
- 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,
- zaniebywanie 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 (wysokiego w naszej populacji) przed wykryciem raka – 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 skryningu 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 skryningu 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.

Dotychczas przeprowadzone „akcje” oraz Program „Zdrowy Kraków 2004-2006” wykazały niską zgłaszalność na poziomie ok. 1/3 zaproszonych pisemnie do udziału w Programie (przy założonej 50% frekwencji). Spowodowało to włączenie do programu starszych roczników kobiet zgłaszających się czynnie (bez zaproszeń). Świadczy to o większym zainteresowaniu stanem zdrowia kobiet w okresie menopauzy i pomenopauzalnym.

Niniejszy program powinien być zatem adresowany do kobiet w okresie przedmenopauzalnym przed zażywaniem 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 skryningów (np. NFZ) obejmujących populację po 50 roku życia.

Proponowany na lata 2007-2009 Program stanowi logiczną kontynuację poprzedniego z lat 2004-2006. Docelowo oba Programy powinny objąć populację kobiet pomiędzy 40 a 50 rokiem życia, tj. kobiet, u których dotychczas nie przeprowadzono żadnych programów skryningowych.

Ponieważ zgłaszalność w poprzednim Programie kobiet 40-letnich wyniosła ok. 1/3 zaproszonych proponuje się objęcie Programem oprócz kobiet 40 letnich (rocznik 1967-1969) także roczniki 1958-1963 (wiek 46-49 lat) – dotychczas nieuczestniczących w żadnych programach wg następującego schematu (zaproszenie roczników 1958 do 1963 uzależnione będzie od wysokości środków finansowych przeznaczonych na program):

Rok 2007: zaproszone do Programu, kobiety roczników:

1967 - 40 letnie	szacowana zgłaszalność ok. 1 300
1959 - 48 letnie	szacowana zgłaszalność ok. 1300
1958 - 49 letnie	szacowana zgłaszalność ok. 1300

Razem ok. 4 000 kobiet

<u>Rok 2008:</u> 1968 - 40 letnie	szacowana zgłaszalność ok. 1300
1961 - 47 letnie	szacowana zgłaszalność ok. 1300
1960- 48 letnie	szacowana zgłaszalność ok. 1300

Razem ok. 4 000 kobiet

<u>Rok 2009:</u> 1969 - 40 letnie	szacowana zgłaszalność ok. 1300
1963 - 46 letnie	szacowana zgłaszalność ok. 1300
1962 - 47 letnie	szacowana zgłaszalność ok. 1300

Razem ok. 4 000 kobiet

Szacuje się nieco wyższą zgłaszalność kobiet z roczników wcześniejszych co przemawia za pewnym wykorzystaniem środków przeznaczonych na Program.

Do Programu nie będą kwalifikowane kobiety, u których przeprowadzono badanie mammograficzne w okresie krótszym niż rok.

Cel Programu

Celem ogólnym Programu jest edukacja w kierunku propagowania profilaktyki wtórnej raka piersi jako postępowania prozdrowotnego u kobiet począwszy 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: skryning 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.

Podmioty realizujące Program

Publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej w mieście Krakowie w latach 2007-2009. W programie mogą uczestniczyć podmioty świadczące specjalistyczne usługi onkologiczne.

Populacja objęta Programem

Program adresowany jest do wszystkich kobiet, mieszanek miasta Krakowa rozpoczynających 40 rok życia w danym roku kalendarzowym tj.:

rocznik 1967- ok. 4000	oraz rocznik 1958 i 59 w sumie 8000
rocznik 1968- ok. 4000	oraz rocznik 1960 i 61 w sumie 8000
<u>rocznik 1969- ok. 4000</u>	<u>oraz rocznik 1962 i 63 w sumie 8000</u>
w sumie 12000	w sumie 24 000

Planuje się zaproszenie do Programu 36000 kobiet – przy dotychczasowej frekwencji uczestnictwo w Programie szacuje się na 12000 tj. rocznie po ok. 4000 kobiet w/w roczników.

W przypadku niezrealizowania zaplanowanych środków finansowych w danym roku istnieje możliwość włączenia do programu kobiet z roczników poprzednich (starszych) w miarę zgłoszeń.

Sposób realizacji programu zostanie ustalony przez Prezydenta Miasta Krakowa po zasięgnięciu opinii właściwego konsultanta wojewódzkiego, samorządów zawodów medycznych oraz właściwej w sprawach zdrowia komisji RMK.

III Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy.

Opracował:

Profesor Antoni Basta - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie ginekologii i położnictwa

Przesłanki 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 2000 zgonów spowodowanych rakiem szyjki macicy. Wyższą zachorowalność obserwuje się w krajach Ameryki Południowej; Argentyna (dane z miasta Concordia) 30,4, 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 skrinigowych badań cytologicznych początkowo jeszcze z wykorzystaniem klasyfikacji oceny wymazów wg 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, cele szczegółowe programu

Cel ogólny:

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

Cele szczegółowe:

1. Wykrywania stanów przednowotworowych (CIN1, CIN2, CIN3).
2. Wyodrębnienie grupy podwyższonego ryzyka, wymagającej badań cytologicznych częstszych, niż co 3 lata.
3. Współpraca z Wojewódzkim Ośrodkiem Koordynującym Narodowy Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy i współpraca z Oddziałem Małopolskim Narodowego Funduszu Zdrowia w tworzeniu centralnej bazy danych kobiet uczestniczących w programie na lata 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, patomorfologodzy, 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)

Podmioty realizujące program:

Wymagania dla podmiotów realizujących program zostaną ustalone przez Prezydenta Miasta Krakowa po zasięgnięciu opinii właściwego konsultanta wojewódzkiego, samorządów zawodów medycznych oraz właściwej w sprawach zdrowia komisji RMK.

Populacja objęta programem

Populacja badana – kobiety w wieku 25-59 lat.

Wg danych GUS – stan na dzień 30.06.2004r., populacja kobiet w Polsce w wieku 25-59 lat wynosi 9 502 169.

Należy dołożyć wszelkich starań aby badaniem były objęte szczególnie kobiety, u których nie wykonywano badania cytologicznego w ostatnich 3 latach. Szczególnie istotne jest pozyskanie do programu kobiet o tzw. niższym statusie socjoekonomicznym.

IV Program wczesnego wykrywania raka jelita grubego.

Opracował:

Profesor Jan Kulig - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chirurgii ogólnej.

W rejonie Małopolski i Podkarpacia nowotwory stanowią drugą co do częstości przyczyną 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, niezadowolającej 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 współdziałaniu zespołu I Katedry Chirurgii Ogólnej i Kliniki Chirurgii Gastroenterologicznej CM UJ w Krakowie, co zostało opublikowane w monografii pod redakcją prof. dr hab. med. Marka Pawlickiego pt. „Rak okrężnicy - diagnostyka, leczenie, kontrowersje”.

Obecnie realizowany jest na zlecenie Urzędu Miasta Krakowa dwuetapowy program wczesnej wykrywalności raka jelita grubego i odbytnicy. Rak jelita grubego jest obecnie drugim co do 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%. Dotychczas program realizowany był dwuetapowo. Po dwóch latach realizacji tego programu, w ramach I etapu przeprowadzono 5285 badań ankietowych, w wyniku których do II etapu, tj. badań pogłębionych (kolonoskopii) skierowano 1081 osób. Badanie kolonoskopowe wykonano u 452 osób, co stanowi jedynie 41% zakwalifikowanych do tego badania. Jedynie u 4 osób rozpoznano raka jelita grubego, a u 88 osób zmiany chorobowe zaliczane do zmian lub stanów przedrakowych. Ten niski odsetek badań kolonoskopowych wynikał wyłącznie z ograniczeń finansowych uniemożliwiających zakontraktowanie większej ilości badań.

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 zapewniający jednocześnie możliwość badań pogłębionych u wszystkich osób kwalifikujących się do II etapu. Spełnienie tych kryteriów daje wiarygodne dane odnośnie epidemiologii zachorowania w badanej populacji.

Konieczność poprawy wyników wykrywania i leczenia nowotworów jelita grubego w pełni uzasadnia konieczność kontynuacji realizowanego programu w latach 2007 - 2009 w zmienionej jednak formie jego realizacji.

Proponowane zmiany winny obejmować:

- rezygnację z badań ankietowych w ramach I etapu realizowanego w placówkach Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Dotychczasowe badania ankietowe były podstawą dosyć dowolnej kwalifikacji przez lekarzy POZ chorych do II etapu, jak również nieznacznie, w skali całego miasta, ułatwiły dostępność badań kolonoskopowych.
- 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 jednoczesnego 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 regionu dotyczącą objawów, grup zagrożenia, a przede wszystkim informacje o szczegółach i miejscach realizacji programu. W tym celu należy uwzględnić ważną rolę mediów. Wyboru jednostek realizujących program winien dokonać Urząd Miasta Krakowa.

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. Szczegóły dotyczące programu powinny być uzgodnione z koordynatorem programu i realizowane pod jego nadzorem przy udziale zespołu z Wydziału Spraw Społecznych Urzędu Miasta Krakowa.

V Program profilaktyki astmy i chorób alergicznych młodzieży szkolnej.

Opracowanie:

Profesor Krystyna Obtulowicz - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie alergologii

Przełanki do realizacji programu w latach 2007-2009:

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 coraz 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:

1. znaczna część młodzieży z alergią nie jest leczona, nie ma ustalonej przyczyny choroby i korzysta jedynie z doraźnej pomocy lekarskiej,
2. nie istnieje też 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 toku realizacji programu 8 w latach 2004-2006 wskazały, że alergiczne choroby w grupie uczniów w wieku 7-9 lat występują u ok.15-20%, 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 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.

Cel ogólny programu i cele szczegółowe programu:

1. Wczesne rozpoznawania choroby alergicznej u wszystkich uczniów i jej leczenie przez lekarza rodzinnego pod nadzorem alergologa.
2. Edukacja zdrowotna w zakresie podstaw wiedzy dotyczącej zjawisk alergii we współczesnym świecie i w skażonym przemyśle środowisku.
3. Doradztwo zawodowe w grupie uczniów starszych (16) ze skłonnością do chorób alergicznych.

Realizacja programu:

Program będzie realizowany przez publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej w mieście Krakowie w latach 2007-2009.

Podmioty realizujące program:

W programie mogą uczestniczyć podmioty realizujące świadczenia z zakresu podstawowej [pielęgniarki szkolne] i specjalistycznej [alergologicznej] opieki zdrowotnej

Populacja objęta programem:

Program winien objąć wszystkich uczniów w wieku:

1. 7 lat (wg aktualnych danych dla M. Krakowa jest to grupa ok. 5 500 osób)
2. 16 lat (wg aktualnych danych dla M. Krakowa jest to grupa ok. 7 500 osób)

W kolejnych latach objętych programem będzie łącznie 13 000 uczniów.

Szczegółowy sposób realizacji programu:

1. Opracowanie **kart alergii dla uczniów i kart leczenia choroby alergicznej.**
Karty leczenia alergii zawierałyby rozpoznanie choroby alergicznej, rodzaj substancji uczulających, uwagi dotyczące doboru zajęć WF dla ucznia, zalecenia leczniczych dla lekarza rodzinnego, uwagi dotyczących doboru zawodu w grupie uczniów 16-letnich.
2. Wypełnienie przez uczniów (rodziców) kart alergii pod nadzorem przyuczonej pielęgniarki szkolnej pozwalających wyłonić osoby z objawami alergii. Dla uczniów

w wieku 7 lat karty byłyby wypełniane przez rodziców, a w wieku 16 lat przez samych uczniów.

3. Wyłonienie spośród ankietyzowanych uczniów z objawami alergii:
 - a) uczniów leczonych w Poradniach Alergologicznych (grupa A) i skierowanie ich do wypełnienia kart leczenia choroby alergicznej w tych Poradniach
 - b) uczniów z objawami alergii i nieleczonych [grupa B]. Skierowanie ich przez lekarza podstawowej opieki do Poradni Alergologicznych (w oparciu o dodatkowy kontrakt z NFZ) realizujących program z podejrzeniem choroby alergicznej celem badania specjalistycznego diagnostycznego i w przypadku potwierdzenia alergii wydania zaleceń (włącznie z doradztwem zawodowym i zaleceniami dotyczącymi rodzaju zajęć WF) oraz wypełnienia karty alergii i karty leczenia choroby alergicznej ucznia.
4. Opracowanie przez zespół koordynujący **programu i materiałów edukacyjnych** na temat zjawisk alergii i problemów uczniów z alergią w szkole w oparciu o wzór stosowany w innych krajach Europy. Włączenie tego programu do nauczania szkolnego np. na lekcje wychowawcze oraz do programu edukacyjnego organizowanego przez alergologów przygotowujących materiały edukacyjne i biorących udział w realizacji programu (ABC alergii, alergia krzyżowa, jak rozpoznawać alergię, jak zapobiegać alergii pomoc doraźna w alergii).
5. Opracowywanie przez koordynatora z pomocą pielęgniarek szkolnych rocznych raportów dotyczących danych na temat liczby uczniów z alergią w wieku 7 i 16 lat, (na podstawie analiz kart alergii i ich leczenia) rodzaju schorzeń alergicznych i czynników uczulających co pozwoliłoby analizować istniejący problem chorób alergicznych młodzieży szkolnej i jego dynamizm w grupie młodzieży 7 i 16 letnie na przestrzeni 3 kolejnych lat program realizowany będzie przez:
 - a) szkolne pielęgniarki pod nadzorem koordynatora programu
 - b) referencyjne / interdyscyplinarne jednostki poradnictwa alergologicznego wyłonione jednostek drodze konkursu ofert, najlepiej spośród jednostek sprawdzonych i dobrze realizujących program 8 w latach 2004-2006
 - c) zespół alergologów odpowiedzialnych za przygotowanie materiału edukacyjnego i realizację miejskiego programu na temat: Alergia w szkole (broszura, materiały oświatowe)

Realizacja badań alergologicznych (diagnostyka, wypełnienie karty alergii z wynikami badań alergologicznych i podaniem rodzaju oraz przyczyn alergii u ucznia, zalecenia lecznicze) byłyby realizowane przez alergologów wyznaczonych interdyscyplinarnych Poradni Alergologicznych w oparciu o dodatkowy kontrakt z NFZ na te usługi zdrowotne (konsultacje alergologiczne nieleczonych uczniów z podejrzeniem alergii).

VI Program profilaktyki wad postawy.

Opracował:

Profesor Bogusław Frańczuk - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie ortopedii

Przesłanki do realizacji programu, uzasadnienie jego realizacji, dane epidemiologiczne.

Idiopatyczna skolioza odpowiada za co najmniej 65% przypadków wielopłaszczyznowego skrzywienia kręgosłupa o kącie równym lub większym od 11 stopni,

stwierdzonych u ludzi dorosłych. Schorzenie to rozwija się w okresie dzieciństwa, a najczęściej stwierdza się je u dzieci dziesięcioletnich. Dana z różnych badań wskazują na to, że progresja skrzywienia o 5 lub więcej stopni dotyczy od 5 do aż 90% dzieci poddanych badaniom przesiewowym, w zależności od ich wieku, płci oraz dojrzałości kośćca. Jednak w 25 do 75% przypadków skrzywienie może ulec zmianie, a w 3 do 12% może nawet ulec zmniejszeniu. Mniejszą progresję stwierdza się u dzieci starszych z bardziej dojrzałym układem kostno-stawowym oraz u tych, u których stwierdzone początkowo skrzywienie było mniejsze. Bardziej niekorzystnie rokują zmiany stwierdzone u dziewczynek w wieku poniżej 15 r. ż. Potencjalne konsekwencje skoliozy nieznacznego stopnia obejmują bóle pleców, deformację o charakterze kosmetycznym, a także szkody w sferze psychospołecznej, tak w dzieciństwie (niska samoocena, izolacja w gronie rówieśników) jak i w życiu dorosłym (trudności w uzyskaniu pracy oraz znalezieniu partnera życiowego, niska samoocena, ograniczenia w życiu zawodowym i społecznym). Powikłania ze strony układu oddechowego i układu krążenia dotyczą jedynie chorych z bardzo dużymi skrzywieniami. Stosowane leczenie obejmuje programy rehabilitacji z uwzględnieniem specjalistycznych metod, gorsetowanie, stymulacje elektryczną, a w przypadkach znacznych skolioz także interwencję chirurgiczną. W piśmiennictwie fachowym istnieją doniesienia na temat skuteczności terapii zachowawczej, jakkolwiek rzeczywiste korzyści odległe są trudne do oceny, dotyczy to jednak niewielkich skolioz (ocena radiologiczna radiogram A-P wykonywany w pozycji stojącej). Do metod dokumentowania metodą skringingu jest badanie fizykalne z testem zgięciowym Adama. Czułość i swoistość takiego badania jest zróżnicowana. Pozytywna wartość prognostyczna tego testu jest niska, głównie z uwagi na względnie rzadkie występowanie kliniczne znamienych skrzywień w ogólnej populacji dzieci. Dlatego alternatywnym typem skringingu może być technika komputerowa z wykorzystaniem zjawiska mory projekcyjnej. Dzięki zastosowaniu tej metody zwiększa się efektywność i wiarygodność badania przez ujęcie ewentualnie zdiagnozowanej wady w parametry matematyczne oraz określenie w milimetrach różnicy wysokości barków i łopatek oraz trójkątów talii. Ocenia się również jednocześnie czy głębokość lordozy lędźwiowej i kifozy piersiowej w płaszczyźnie strzałkowej mieści się w granicach fizjologicznej normy. Dodatkowo dzięki temu można obserwować zmiany zachodzące u poszczególnych dzieci w kolejnych latach przez możliwość wykonania corocznych badań porównawczo-kontrolnych. Skringing w kierunku skoliozy w wielu krajach jest wciąż zalecany, a nawet obowiązkowy (np. USA). Takie postępowanie znajduje dodatkowe uzasadnienie. W Polsce kompleksowa ocena stanu zdrowia dzieci w wieku szkolnym, obejmująca wady postawy, wykonywana jest w 10 r. ż., kolejna dopiero za cztery lata

Cel ogólny i cele szczegółowe.

Celem ogólnym programu jest wczesne wykrywanie wad postawy ciała, szczególnie skolioz u dzieci.

Celem szczegółowym jest zmniejszenie odsetka dzieci z nieleczoną skoliozą, a także ograniczenie jej następstw.

Realizacja programu.

Program będzie realizowany przez publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej w mieście Krakowie w latach 2007-2009.

Podmioty realizujące program.

Program będzie realizowany przez publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej świadczące usługi w zakresie opieki nad dziećmi szkolnymi (etap I i II) oraz rehabilitacji medycznej i fizjoterapii (etap I, II i III).

Populacja objęta programem.

Badaniami objęte zostaną dzieci w wieku od 11 do 12 r. ż. Będące mieszkańcami Miasta Krakowa.

Szczegółowy sposób realizacji programu.

Program składać się będzie z trzech etapów. Badaniami objęte zostaną wszystkie dzieci ze szkół zakwalifikowanych do uczestnictwa w programie. Do badań etapu II zakwalifikowane będą dzieci, u których na podstawie badań etapu I można będzie podejrzewać obecność skoliozy. Szacuje się, że dalszej oceny w ramach II etapu może wymagać ok. 30% dzieci, z których do 50% może wymagać badania radiologicznego. Do terapii w ramach III etapu może zostać skierowanych około 90% dzieci, u których potwierdzono diagnozę w II etapie. Badania etapu I przeprowadzone zostaną w szkole. Badania etapu II zostaną wykonane w gabinecie lekarskim realizatora programu. Terapia w ramach etapu III przeprowadzona zostanie w szkole (o ile dysponuje ona niezbędnymi do tego warunkami lokalowymi i sprzętowymi) lub na terenie przychodni realizatora programu.

I ETAP

W ramach I etapu wykonane zostanie:

- badanie fizykalne w kierunku wad postawy z testem zgięciowym Adamsa;
- alternatywne badanie komputerowe z wykorzystaniem zjawiska mory projekcyjnej
- w kierunku wykrycia wad postawy, poprzedzone badaniem fizykalnym z testem zgięciowym Adamsa;
- spotkanie edukacyjne (na terenie szkoły, w której realizowany jest program) dla rodziców zdiagnozowanych dzieci, na którym omówiony będzie problem profilaktyki i dalszego leczenia wad postawy oraz założenia i cele realizowanego programu;
- dzieci z podejrzeniem skoliozy otrzymają pisemną informację dla rodziców o możliwości weryfikacji zmian w ramach badań II etapu wraz z podaniem adresów i telefonów placówek wykonujących to badanie.

II ETAP

W ramach II etapu wykonane zostanie:

- weryfikacja zmian stwierdzonych w badaniach I etapu przez lekarza specjalistę ortopedę (u około 40% dzieci z I etapu);
- rentgenogram A-P kręgosłupa w pozycji stojącej (tylko u dzieci zakwalifikowanych do tego badania przez lekarza specjalistę – około 12% dzieci z I etapu). W przypadku stwierdzenia istotnej klinicznie wady postawy dziecko powinno otrzymać odpowiednie skierowanie w celu kontynuowania nad nim opieki, bądź w formie gimnastyki korekcyjnej indywidualnej lub grupowej, ewentualnie zajęć terapeutycznych w wodzie lub na leczenie ortopedyczne specjalistyczne.

III ETAP

W ramach III etapu wykonane zostaną:

- indywidualne instruktaże gimnastyki korekcyjnej – każde dziecko wytypowane do III etapu zostanie objęte specjalnym cyklem edukacyjno-terapeutycznym w formie indywidualnych instruktaży-konsultacji udzielonych przez lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej lub magistra fizjoterapii (magistra rehabilitacji ruchowej) po kursie danej metody rehabilitacji. Będzie to indywidualne spotkanie dziecka, rodzica i terapeuty. Trwać ono będzie 45 minut. W jego trakcie ustalany będzie krótko i długofalowy plan działania. Przygotowywany będzie specjalnie dostosowany dla danego dziecka system ćwiczeń, często oparty o specjalistyczne metody (np. PNF, prof. Dobosiewicz). Następnie wykonany będzie dokładny pokaz i opis ćwiczeń oraz przekazywane będą zalecenia do kontynuowania w domu. Codzienny czas ich trwania to około 20-30 minut. Raz na dwa miesiące odbywać się będą obowiązkowe spotkania w czasie których sprawdzana będzie prawidłowość wykonywania ćwiczeń oraz dokonywane będą niezbędne modyfikacje. Każde spotkanie będzie odnotowane i dokładnie opisane w kartotece pacjenta. Poza ustawieniem procesu terapeutycznego, niezwykle ważną częścią będą działania edukacyjne. W trakcie trwania instruktażu terapeuta omawiać będzie z rodzicem szeroko rozumiane problemy profilaktyki. Będzie informował o patomechanizmach powstawania wad, sposobach autokorekcji. W trakcie rozmów rodzic zostanie poinformowany o zasadach przygotowania miejsca pracy i nauki zgodnie z zasadami ergonomii.
- ćwiczenia korekcyjne grupowe – będą polegały na zorganizowaniu cyklu 20 zajęć gimnastyki korekcyjnej grupowej w jednym semestrze szkolnym. Prowadzone one będą: raz lub dwa razy w tygodniu przez magistra fizjoterapii (rehabilitacji ruchowej) w grupach 10-12 osobowych (w grupach dyspanseryjnych) co zapewni indywidualizację ćwiczeń i zwiększy ich efektywność. Każde dziecko po 2-3 zajęciach otrzyma indywidualny zestaw ćwiczeń domowych. Rodzice będą zapraszani na zajęcia i będą mogli obserwować sposób wykonywania poszczególnych ćwiczeń oraz ich cel terapeutyczny. Poza tym w każdym cyklu każdy rodzic indywidualnie w trakcie zajęć będzie mógł wspólnie z terapeutą prowadzić i kontrolować ćwiczenia swojego dziecka.
- ćwiczenia korekcyjne grupowe w wodzie – będą polegały na zorganizowaniu cyklu 12 zajęć terapeutycznych w wodzie w jednym semestrze. Prowadzone one będą: raz w tygodniu przez magistra fizjoterapii lub rehabilitacji ruchowej w grupach do 24 osób (na jednego terapeuty przypadało będzie do 12 dzieci – ćwiczenia te muszą mieć odpowiednie zabezpieczenie ratowników).

VII Program profilaktyki chorób tarczycy u kobiet po 40 roku życia

Opracował:

Profesor Zbigniew Szybiński - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie endokrynologii.

Przesłanki dla realizacji programu

Schorzenia gruczołu tarczowego są jedną z częściej występujących patologii na obszarze niedoboru jodu i dotyczą około 10-20% populacji. Wśród tych schorzeń szczególnej uwagi wymaga rak tarczycy, który pomimo generalnie niezłych wyników leczenia chirurgicznego, stanowi stały problem diagnostyczny, szczególnie dlatego, że jego częstość wyraźnie rośnie w całej polskiej populacji. Raka tarczycy stwierdza się obecnie u co 10-tego chorego leczonego operacyjnie z powodu wola. Wczesne wykrycie raka tarczycy i jego wczesne operacyjne leczenie podobnie, jak w innych nowotworach, decyduje o dobrych wynikach odległych tego leczenia.

Cel ogólny programu.

Głównym celem programu jest wczesne rozpoznanie istotnych patologii tarczycy.

Realizacja programu.

Program będzie realizowany przez publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej w mieście Krakowie w latach 2007 –2009.

Populację badaną będą stanowiły mieszkanki Krakowa po 40 r. ż. z podejrzeniem schorzenia gruczołu tarczowego.

Sposób realizacji programu:

I ETAP

Badanie fizykalne tarczycy.

II ETAP

Część 1: Badanie poziomu TSH oraz badanie USG tarczycy, konsultacja lekarska,

Część 2 W uzasadnionych przypadkach (ok. 10 % osób badanych w II Etapie, części I) - biopsja cienkoigłowa.

VIII Program profilaktyki próchnicy u dzieci.

Program opiniowany przez:

Profesor Marię Chomyszyn-Gajewską - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie stomatologii zachowawczej oraz Dr Iwonę Sanak, konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie stomatologii dziecięcej

Przeżanki dla podjęcia programu

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 przeciwpróchnicznej. 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 działanie 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 znamienych korzyści. Także stosowanie laków pokrywających ubytki u dzieci z grupy ryzyka jest działaniem skutecznym.

Cel główny.

Głównym celem programu jest obniżenie występowania próchnicy zębów wśród dzieci.

Cel szczegółowy.

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.

Podmioty realizujące program.

Program będzie realizowany przez publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, świadczące usługi w zakresie stomatologii dziecięcej w mieście Krakowie w latach 2007-2009 roku.

Populacja objęta programem.

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

Sposób realizacji programu.

Programem objęte zostaną wszystkie dzieci ze szkół zakwalifikowanych do uczestnictwa w programie. W trakcie jego realizacji odbędą się dwie wizyty w gabinecie stomatologicznym, na które dzieci udadzą się ze szkoły z opiekunem. Przerwa pomiędzy I a II wizytą wyniesie 3 - 6 miesięcy.

W trakcie I wizyty zrealizowane zostaną następujące świadczenia:

- ocena stanu uzębienia (obecność zmian próchnicznych i wad zgryzu),
- usunięcie bakteryjnej płytki nazębnej jednorazową szczoteczką i gumką,
- lakierowanie zębów lakierem fluorkowym,
- przygotowanie informacji dla rodziców o stanie uzębienia dziecka i zalecanym sposobie dalszego postępowania (leczenia).

W trakcie II wizyty przeprowadzone zostanie:

- lakowanie zębów trzonowych (tylko u dzieci z grupy wysokiego ryzyka),
- lakierowanie całych łuków zębowych.

IX Program prewencji raka prostaty:

Opracował:

Profesor Zygmunt Dobrowolski - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie urologii

Przeżanki dla podjęcia programu

Badania przesiewowe w celu wczesnego wykrycia raka stercza są równie ważną metodą kontroli choroby jak profilaktyka i udoskonalenie 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 100000 mieszkańców płci męskiej w roku 1965 wynosił 5,0, w 1975 roku 8,1, w 1989 roku 10,9, 1991 roku 12,2, w 1999 roku 17,5 mężczyzn. Podobnie jak w przypadku wzrostu częstości zachorowań obserwowany jest wzrost liczby zgonów z powodu raka stercza – standaryzowany współczynnik umieralności w roku 1963 wynosił 6,4, w 1975 roku 8,2, w 1989 roku 9,7, w 1991 roku 10,1, w 1999 roku 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. Możliwość 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 (prostatespecific antigen – PSA). Podwyższone stężenie tego markera – powyżej 2,5ng/ml, przy zastosowaniu wystandaryzowanych metod pomiaru stężenia PSA – i dodatni wynik badania palpacyjnego są wskazaniem do przeprowadzenia biopsji gruczołu krokowego pod kontrolą ultrasonografii przezodbytniczej.

Możliwość 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 roku 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 skryningu 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.

Wymagania dla podmiotów realizujących program zostaną ustalone przez Prezydenta Miasta Krakowa po zasięgnięciu opinii właściwego konsultanta wojewódzkiego, samorządów medycznych oraz właściwej w sprawach zdrowia komisji RMK.

X Program szczepień ochronnych przeciw grypie mieszkańców Miasta Krakowa po 65 roku życia

Program opiniowany przez:

Dr hab. med. Aleksandra Garlickiego - Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chorób zakaźnych

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

We wszystkich rekomendacjach dotyczących ww. szczepień, właśnie grupa osób po 65 roku życia jest wskazywana na pierwszym miejscu (ostatnio pojawiają się dane wskazujące na potrzebę immunizacji u osób po 50 roku życia).

Według zaleceń WHO należy zaszczepić do 2010 roku 75% populacji osób po 65 roku życia. Podsumowując należy stwierdzić, że szczepienia ochronne p/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.

XI „Szkola Rodzenia”

Program profilaktyki i edukacji przedporodowej „Szkola rodzenia”

Wstęp.

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

Cel Programu.

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, zmiana postawy wobec badań profilaktycznych z biernej na czynną – wynikającej z nawyku dbałości o swoje zdrowie oraz 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 nauczenie 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.

Realizacja Programu doprowadzi do poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych dla kobiet w ciąży. W rezultacie przyczyni się do poprawy stanu zdrowia kobiet oraz dzieci.

Założenia Programu:

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

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

Podmioty realizujące Program.

Publiczne i niepubliczne szkoły rodzenia w Mieście Krakowie w latach 2007-2009, posiadające właściwie przygotowane sale wykładowe i sale do ćwiczeń fizjoterapeutycznych, specjalistyczny zespół edukacyjny, składający się z zespołu lekarzy położników, neonatologów, anestezjologów, położnych, położnych noworodkowych, położnych środowiskowych, psychologa, fizjoterapeuty i prawnika oraz posiadające dostęp do gabinetów lekarskich konsultacyjnych i badań ginekologicznych, badań ultrasonograficznych, posiadające sprawny sprzęt („KTG” i „USG”). W ramach Programu, na życzenie Pacjentki, powinny być zapewnione w szczególności: badania konsultacyjne i ginekologiczne, możliwość wykonywania badań „USG” i „KTG”, skierowanie do poradni patologii ciąży, jeżeli okaże się to konieczne.

Szczegółowe wymagania dla podmiotów realizujący Program zostaną ustalone przez Prezydenta Miasta, po zasięgnięciu opinii właściwego konsultanta wojewódzkiego, samorządów zawodów medycznych oraz właściwej w sprawach zdrowia komisji RMK.

Wybór podmiotów realizujących Program, nastąpi w trybie otwartego konkursu, w sposób zapewniający dostępność dla mieszkańców różnych dzielnic Miasta Krakowa.

Tematyka Programu:

Zajęcia teoretyczne:

- lekarz ginekolog-położnik: wstępne rozmowy i konsultacje dla par, przedstawienie misji, celu i Programu, ciąża i poród w społeczeństwie na przestrzeni wieków, jak dawniej traktowano kobietę w ciąży, w czasie porodu i położu, 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 i 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, lekarz anestezjolog, położna: jak rodzić - tradycja czy nowatorstwo, poród w wannie, czy musi boleć („ZOP”), cesarskie cięcie, zasady

pielęgnacji, higieny i odżywiania kobiety po porodzie, pielęgnacja po cięciu cesarskim, zajęcia praktycznego przygotowania do porodu.

Zajęcia praktyczne:

- przygotowanie do porodu;
- nauka prawidłowych zachowań w trakcie porodu;
- nauka łagodzenia bólu porodowego – techniki relaksacji, cykl ćwiczeń fizycznych - ogólnousprawniających, ćwiczenia wzmacniające i rozciągające, ćwiczenia relaksujące, nauka oddychania torem brzuszny, ćwiczenia przygotowujące do porodu, ćwiczenia w położeniu.

Zasady sprawozdawania i rozliczania świadczeń udzielonych w Programie:

1. Jednostką rozliczeniową Programu jest liczba kobiet ciężarnych, które ukończyły kurs szkoły rodzenia, w cyklu miesięcznym;
2. Urząd Miasta Krakowa będzie prowadzić rejestr realizatorów Programu oraz ciężarnych uczestniczących w Programie.