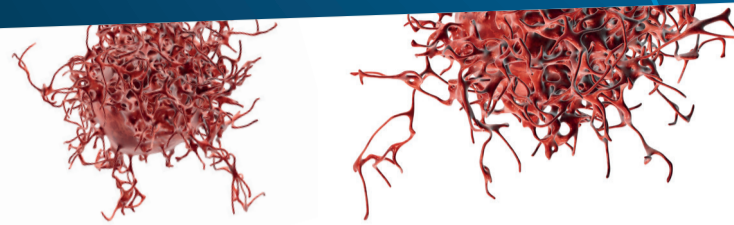
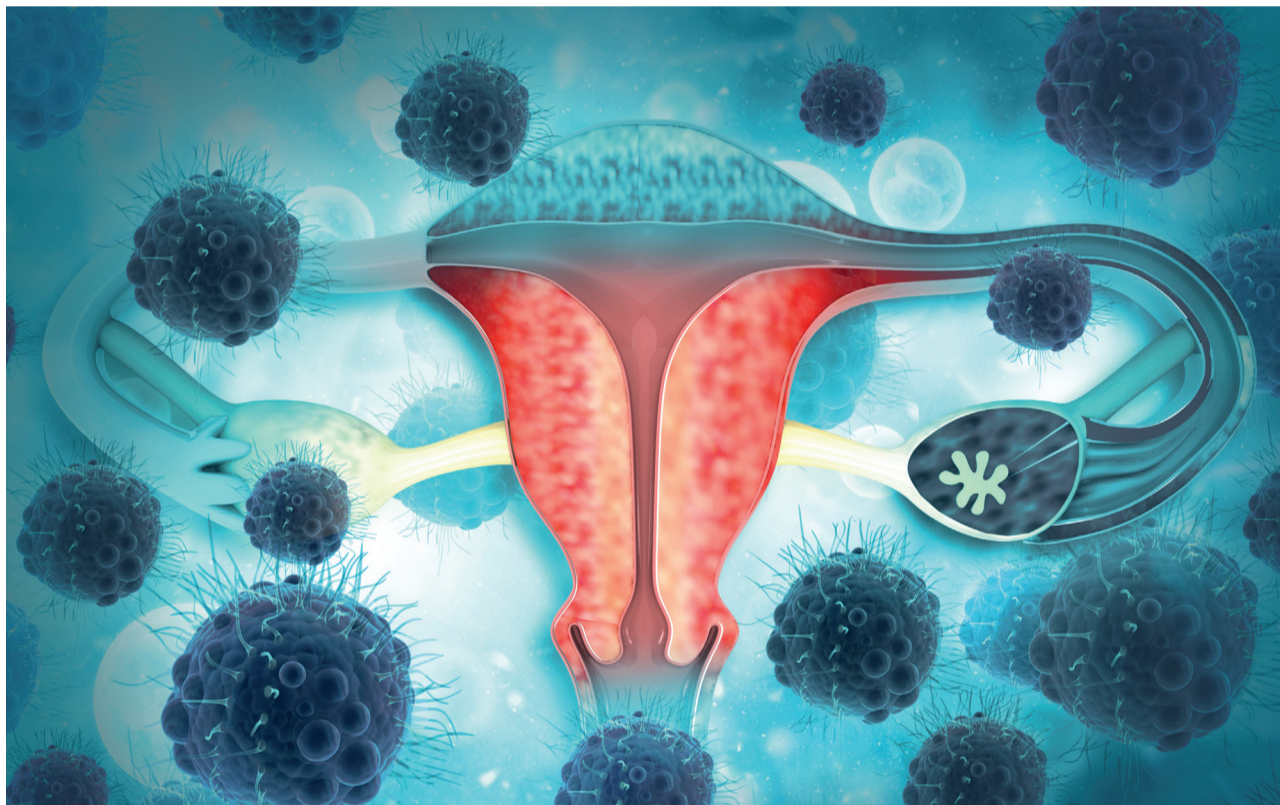


PRIORITIES AND CHALLENGES IN POLISH AND EUROPEAN
DRUG POLICY

Marta KOTON-CZARNECKA

PROFILAKTYKA, DIAGNOZA – FILARY NOWOCZESNEJ GINEKOLOGII



tystyk Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia w 2020 r. zgłaszalność na badania profilaktyczne w zakresie chorób szyjki macicy realizowane w ramach ogólnopolskiego programu badań przesiewowych spadła do 14 proc. Wcześniej sięgała ona 30 proc., co oznacza spadek o około połowę. Jest to powód do niepokoju – podkreślał prof. Mariusz Bidziński.

Skuteczna profilaktyka jest jednym z priorytetów dla konsultanta krajowego. – Obecnie dysponujemy dobrymi narzędziami do efektywnej profilaktyki raka szyjki macicy, ale trzeba do tego zadania zaangażować większą grupę ludzi, np. położne środowiskowe, których w Polsce jest bardzo dużo, bo aż 27 tys. Gdyby włączyć je do aktywnego poszukiwania kobiet z grup wysokiego ryzyka, to sądzę, że w niedługim czasie można by uzyskać zdecydowanie lepsze wyniki profilaktyki tego nowotworu. Niezwykle ważna jest również profilaktyka pierwotna, czyli program szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) – przekonywał prof. Mariusz Bidziński.

WYELIMINOWAĆ HPV

O szczepieniach przeciwko HPV szerzej mówił prof. dr hab. n. med. Andrzej Nowakowski, kierownik Poradni Profilaktyki Raka Szyjki Macicy w Narodowym Instytucie Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Państwowym Instytucie Badawczym. – Z zakażeniem HPV związanych jest praktycznie 100 proc. raków szyjki macicy, a także pewien odsetek innych nowotworów ginekologicznych, takich jak nowotwory pochwy czy sromu. Możliwość szczepień przeciwko HPV i uniknięcia zakażenia jest w Polsce zupełnie niewykorzystaną szansą, gdyż jesteśmy jedynym krajem w Unii Europejskiej, który nie refunduje tych szczepień. Były co prawda realizowane różne samorządowe programy profilaktyczne, ale szczepieniami objęto mniej niż 10 proc. dziewcząt czy chłopców z pojedynczych roczników. To jest kropla w morzu potrzeb. Brakuje u nas także rejestru szczepień przeciwko HPV. Obecnie, dzięki pandemii, mamy rejestr szczepień przeciwko COVID-19, więc być może na tej bazie uda się stworzyć także rejestry innych szczepień. Mielibyśmy wówczas twarde dane, na których można by oprzeć dyskusję, bo obecnie dysponujemy jedynie szacunkami – zwracał uwagę ekspert. Zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia powinny być bezpłatne, szeroko dostępne, a najlepszymi grupami docelowymi są nastolatki pomiędzy 12. a 14. rokiem życia. Wówczas jest to

– BEZ KOMPLEKSOWYCH OŚRODKÓW I DOBRYCH JAKOŚCIOWO BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH NIE JESTEŚMY W STANIE LECZYĆ NOWOTWORÓW GINEKOLOGICZNYCH PRECYZYJNIE, A JEŚLI NIE MA PRECYZJI, WYNIKI LECZENIA NIE MOGĄ BYĆ SATYSFAKCUJĄCE – mówił prof. dr hab. n. med. Mariusz Bidziński,

konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej, podczas panelu „Zdrowie kobiety – diagnostyka i dostęp do leczenia chorób nowotworowych”, który odbył się w ramach międzynarodowej konferencji „Priorities and challenges in Polish and European drug policy”. Pozostali paneliści w pełni zgodzili się z tym stwierdzeniem.

Statystyki są nieubłagane – Polska znajduje się na końcowych pozycjach wśród krajów europejskich pod względem leczenia nowotworów ginekologicznych. Sytuacja dodatkowo pogorszyła się w okresie pandemii, kiedy placówki podstawowej opieki zdrowotnej zostały zamknięte lub działały fragmentarycznie, udzielając jedynie teleporad.

– Dziś widzimy tego efekty. Dostaję wiele alarmujących komunikatów, że na oddziały szpitalne ginekologii onkologicznej zgłaszają się chore z niezwykle zaawansowanymi procesami nowotworowymi, które są na pograniczu leczenia wyłącznie objawowego. Niestety podczas pandemii bardzo ucierpiała też profilaktyka. Według oficjalnych sta-

STYKA, TERAPIA LOGII ONKOLOGICZNEJ

skuteczna interwencja medyczna i efektywna kosztowo inwestycja w zdrowie publiczne, która w perspektywie kilkunastu – kilkudziesięciu lat może doprowadzić do zdecydowanego spadku zachorowalności i umieralności na nowotwory związane z infekcją HPV oraz do ograniczenia wydatków na ich leczenie. – Szansą jest Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030, bo w ustawie tej jest zapisane, że szczepienia przeciwko HPV powinny się rozpocząć już w 2021 r. W połowie maja obradowała Rada Przejrzystości, która opiniowała jeden z produktów, więc ten proces się toczy. Czekamy z niecierpliwością na decyzje Ministerstwa Zdrowia co do wdrażania programu tych szczepień – podsumował prof. Andrzej Nowakowski.

ZAANGAŻOWAĆ

położne
Jeśli chodzi o profilaktykę wtórną, która polega na wczesnym wykrywaniu zmian nowotworowych, to podobnie jak w przypadku profilaktyki pierwotnej najefektywniejsze dostępne narzędzia dotyczą raka szyjki macicy. Są to cytologiczne badania przesiewowe. – W Polsce skrining cytologiczny nigdy nie był realizowany w sposób optymalny. Być może dlatego, że nie mamy w tym zakresie wieloletniej tradycji, takiej jak np. Finlandia, gdzie masowe programy badań przesiewowych rozpoczęto już w latach 70. ubiegłego wieku. W Polsce próbowaliśmy wysłać do kobiet zaproszenia na badania cytologiczne, ale to rozwiązanie się nie przyjęło. Obecnie pracujemy nad nowym modelem, w którym na pewno – zgodnie z postulatem konsultanta krajowego – większą rolę powinny odgrywać położne środowiskowe. Dzięki nim można lepiej dotrzeć do grup ryzyka, czyli tych kobiet, które nigdy nie odwiedzają ginekologa lub robią to bardzo rzadko. Dużą bolączką jest także brak centralnej bazy rozmazów cytologicznych. Bez niej nie mamy twardych danych i nie jesteśmy w stanie oszacować faktycznego objęcia populacji badaniami przesiewowymi. Jeśli chodzi o inne nowotwory ginekologiczne, to możliwości profilaktyki są dużo bardziej ograniczone. Nie istnieją żadne wytyczne co do skriningu raka jajnika, który jest nowotworem wyjątkowo trudnym i podstępym. Pewnym rozwiązaniem są badania genetyczne pozwalające na identyfikację grup ryzyka, a następnie nadzór nad tymi pacjentkami – wyjaśniał prof. Andrzej Nowakowski.

POPRAWIĆ

diagnostykę
Identyfikowanie kobiet z grupy wysokiego ryzyka zachorowania na raka jajnika polega na badaniach



W DEBACIE UCZESTNICZYLI:

- **prof. dr hab. n. med. Mariusz BIDZIŃSKI** – kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej
- **prof. dr hab. n. med. Paweł BLECHARZ** – kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, Oddział w Krakowie
- **Szymon CHROSTOWSKI** – prezes zarządu fundacji Wygrajmy Zdrowie
- **prof. dr hab. n. med. Andrzej NOWAKOWSKI** – kierownik Poradni Profilaktyki Raka Szyjki Macicy, Narodowy Instytut Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy
- **prof. dr hab. n. med. Włodzimierz SAWICKI** – Mazowiecki Szpital Bródnowski, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej

genetycznych w zakresie mutacji w genach *BRCA1/BRCA2*. Nosicielki tych mutacji powinny być następnie włączane do programu wczesnego wykrywania raka jajnika, czyli regularnych badań USG.

PROF. MARIUSZ BIDZIŃSKI

Dostają wiele alarmujących komunikatów, że na oddziały szpitalne ginekologii onkologicznej zgłaszają się chore z niezwykle zaawansowanymi procesami nowotworowymi, które są na pograniczu leczenia wyłącznie objawowego

Badania USG powinny być wykonywane również u kobiet niebędących nosicielkami mutacji *BRCA1/BRCA2*. Dzięki zastosowaniu odpowiednich algorytmów i modeli matematycznych pozwalają one identyfikować podejrzane zmiany w obrębie jajnika, które powinny być kierowane na dalszą, pogłębioną diagnostykę do ośrodków mających odpowiednie doświadczenie w tym zakresie. Tam wykonywane są bardziej zaawansowane badania obrazowe, które pozwalają ustalić taktykę postępowania. Najlepszą opcją jest pierwotna operacja z założeniem całkowitej cytoredukcji. – *Ośrodek* ▶

PRIORITIES AND CHALLENGES IN POLISH AND EUROPEAN DRUG POLICY

► przeprowadzający operację powinien dysponować doświadczoną kadrą, a także możliwościami diagnostyki przedoperacyjnej i śródoperacyjnej, którą są badania histopatologiczne z oznaczeniem mutacji w zakresie genów BRCA1/BRCA2. Niestety, mimo że ta procedura jest obecnie refundowana, jedynie 30–40 proc. pacjentek z rakiem jajnika ma wykonywane badania molekularne. Liczba badań w kierunku mutacji BRCA1/BRCA2 jest zdecydowanie niewystarczająca. W małych ośrodkach lekarze często nie mają świadomości, że takie badanie jest wręcz kluczowe, bo determinuje dalsze losy pacjentki – podkreślał prof. dr hab. n. med. Włodzimierz Sawicki, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej.

– Nie możemy również zapominać o ogromnym znaczeniu badań histopatologicznych, których jakość w Polsce pozostawia wiele do życzenia, co pokazał ubiegłoroczny raport NIK. Trzeba odpo-

lub nabytą mutacją BRCA1/BRCA2, które po leczeniu I linii osiągnęły częściową lub całkowitą remisję. To rozszerzenie to efekt badania klinicznego SOLO-1, którego wyniki były prezentowane już 3 lata temu.

– Pacjentki, u których nie zrobiono badania genetycznego, nie mogą korzystać z tego najbardziej nowoczesnego leczenia. Dlatego tak ważne jest upowszechnianie obowiązku badania molekularnego tkanki nowotworowej u wszystkich chorych z rakiem jajnika. To powinien być standard w leczeniu tej choroby. Niezbadanie statusu mutacji oznacza odebranie pacjentce szansy na skuteczne leczenie. To rażące zaniedbanie lekarskie, które może się spotkać z wyrokiem sądowym. Zwłaszcza że jest przecież pełne finansowanie tych badań – podkreślał prof. dr hab. n. med. Paweł Blecharz, kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej Narodowego Instytutu Onkologii im. M. Skłodow-

PROF. WŁODZIMIERZ SAWICKI

Mimo że ta procedura jest obecnie refundowana, jedynie 30–40 proc. pacjentek z rakiem jajnika ma wykonywane badania molekularne. Liczba badań w kierunku mutacji BRCA1/BRCA2 jest zdecydowanie niewystarczająca

cza raka jajnika, jest brak skoordynowanej opieki nad pacjentkami i zbyt duże rozproszenie systemu tej opieki. – Wielu chorych korzysta z placówek, które nie mają dużego doświadczenia w zakresie leczenia onkologicznego. Przykładowo, w 2020 r. w województwie mazowieckim w leczeniu raka jajnika uczestniczyło aż 27 podmiotów. Niektóre z nich miały zaledwie po 2–3 takie przypadki na swoim koncie. Doświadczenie tych placówek jest zatem minimalne, tak samo jak niedoskonała jest ich infrastruktura. Te ośrodki nie oferują leczenia skojarzonego, wykonują tylko pewien etap terapii, czyli leczenie chirurgiczne. Pacjentki, żeby kontynuować leczenie, muszą szukać innych placówek, co nie zawsze kończy się sukcesem lub jest rozwleczone na długie tygodnie. Dlatego tak ważne jest zbudowanie systemu ośrodków referencyjnych, tzw. unitów. Znaczenie ośrodków referencyjnych widać bardzo wyraźnie na przykładzie położnictwa – dzięki nim zmniejszyła się umieralność okołoporodowa. W systemie ośrodków referencyjnych nie chodzi o wykluczenie mniejszych ośrodków, ale o jasne określenie ich roli. Dziś dzięki cyfryzacji możemy doskonale konsultować pacjentów poprzez łącza internetowe. Dlatego każdy szpital powiatowy, zanim rozpocznie proces terapeutyczny, może i powinien każdego pacjenta skonsultować z ośrodkiem referencyjnym, który określi, czy ten pacjent może pozostać w ośrodku powiatowym czy też powinien być jak najszybciej przekazany do ośrodka referencyjnego, zapewniającego kompleksowość działania. Bo trzeba pamiętać, że onkologia to nie tylko leczenie, to przede wszystkim odpowiednia diagnostyka, dopiero potem właściwe leczenie skojarzone przebiegające w różnych sekwencjach i wreszcie rehabilitacja. Pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej pokazał też, jak ważne jest tworzenie etatu tzw. koordynatora. Jest to osoba, która potrafi wyznaczyć tor postępowania, a następnie pilnować jego realizacji – przekonywał prof. Mariusz Bidziński.

PRIORYTETY dla pacjentów

Z postulatami ekspertów zgodził się przedstawiciel środowiska pacjentów, Szymon Chrostowski, prezes zarządu fundacji Wygramy Zdrowie. – Ogromne korzyści wynikające z opieki skoordynowanej pokazuje pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej, prowadzony obecnie w czterech województwach: dolnośląskim, świętokrzyskim, pomorskim i podlaskim. Nie ma już odwrotu od tej koncepcji, która zresztą nie jest nowa, bo została wymyślona w latach 70. XX wieku, i jest z powodzeniem realizowana w innych krajach. Dlatego czekamy, aż sieć onkologiczna zacznie funkcjonować w całej Polsce. Korzyści z zaangażowania podstawowej opieki zdrowotnej, w tym położnych i pielęgniarek, do usprawnienia profilaktyki wykazał natomiast program POZ Plus, dlatego warto rozwijać tę koncepcję – mówił.

– Wszystkie priorytety, o których dzisiaj mówimy, czyli refundacja szczepień przeciwko HPV, koncentracja leczenia nowotworów ginekologicznych, bardziej umiejętna diagnostyka, stworzenie rejestrów i nowe terapie, są zapisane w Narodowej Strategii Onkologicznej. Mocno kibicuję, żeby te plany się powiodły i żeby były realizowane bez opóźnień – zakończył prof. Mariusz Bidziński. ■

PROF. ANDRZEJ NOWAKOWSKI

Z zakażeniem HPV związanych jest praktycznie 100 proc. raków szyjki macicy, a także pewien odsetek innych nowotworów ginekologicznych, takich jak nowotwory pochwy czy sromu

wiednio wycenić te badania jako odrębną procedurę oraz stworzyć normy akredytacyjne dla pracowni patomorfologicznych – uzupełniał prof. Mariusz Bidziński.

BRAK DIAGNOSTYKI odbiera szansę na leczenie

Zgodnie z nowymi listami refundacyjnymi obowiązującymi od maja 2021 r. pacjentki z nowotworami ginekologicznymi uzyskały dwie nowe opcje terapeutyczne. Pierwszą jest nowy (choć mocno spóźniony w stosunku do ogłoszenia wyników badania rejestracyjnego) program lekowy dotyczący zastosowania bewacyzumabu wraz z chemioterapią u chorych z rozsiałym, nawrotowym lub niewyleczonym rakiem szyjki macicy. Drugą nowością to rozszerzenie wskazań do terapii olaparibem (lekiem z grupy inhibitorów PARP) w ramach istniejącego już wcześniej programu lekowego na pacjentki z wrodzoną

skiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego, Oddział w Krakowie.

Zdaniem eksperta ciągle brakuje możliwości leczenia inhibitorami PARP chorych z rakiem jajnika niebędących nosicielkami mutacji BRCA1/BRCA2 zarówno w I linii, jak i w nawrocie choroby. Oczekiwana jest także refundacja innych części z grupy inhibitorów PARP. – Jeśli chodzi o całą ginekologię onkologiczną, to w przyszłości możemy się spodziewać nowych leków z grupy immunoterapeutyków, które przyniosą bardzo obiecujące wyniki u chorych z rozsiałym rakiem trzonu macicy oraz rozsiałym rakiem szyjki macicy. Na pewno pojawią się również kombinacje immunoterapii, inhibitorów PARP i chemioterapii – prognozował prof. Paweł Blecharz.

SYSTEM REFERENCYJNOŚCI ośrodków

W opinii panelistów przeszkodą w skutecznym leczeniu nowotworów ginekologicznych, a zwłaszcza

for. istochphoto.com

KOMENTARZ MINISTRA MACIEJA MILKOWSKIEGO dotyczący bieżącej sytuacji dostępny w formie wideo na stronie termedia.pl/mz