

CZUJNOŚĆ ONKOLOGICZNA – PŁUCO

Spojrzenie na organizację opieki onkologicznej

Katarzyna Wysocka

Choroby nowotworowe są obecnie jedną z najczęstszych przyczyn zgonów Polaków, a prognozy wskazują, że liczba pacjentów onkologicznych w ciągu kolejnych 10 lat zwiększy się aż o blisko 30 proc. Jednym z kluczowych elementów Narodowej Strategii Onkologicznej jest wdrożenie Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO), dzięki której powstaną podmioty wyspecjalizowane w diagnostyce i leczeniu określonych nowotworów, a każdy pacjent zyska dostęp do świadczeń o najwyższym standardzie. O pilotażu KSO i związanych z tym wyzwaniach mówi dr hab. n. med. Adam Maciejczyk, dyrektor naczelny Dolnośląskiego Centrum Onkologii i prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego.



”

dr hab. Adam Maciejczyk:
W naszej propozycji pilotażu sieci onkologicznej uszczegółowiliśmy zadania koordynatorów, wprowadziliśmy również szereg rozwiązań i dokumentów, które usprawniają proces organizacyjny oraz przebieg diagnostyki i leczenia pacjentów onkologicznych

1 stycznia 2015 r. wprowadzono pakiet onkologiczny – przepisy, których celem była poprawa diagnostyki i leczenia raka w Polsce. Jego elementem stała się karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, zwana kartą DiLO lub inaczej zieloną kartą. Szybka terapia onkologiczna przeznaczona jest dla pacjentów, u których istnieje podejrzenie nowotworu złośliwego lub też został on już wykryty, a także dla chorych w trakcie leczenia.

Założenia Krajowej Sieci Onkologicznej

Rozwinięciem szybkiej terapii onkologicznej ma być KSO. Jej koncepcję już w 2018 r. opracował zespół ekspertów powołanych przez ministra zdrowia. Zgodnie z założeniami KSO uporządkuje już istniejącą strukturę opieki onkologicznej i nada poszczególnym podmiotom odpowiednie kompetencje. W jej skład wejdą instytuty naukowo-badawcze, centra onkologii, ośrodki uniwersyteckie oraz jednostki n rządowe (np. Breast Cancer Unit). Centralnym organem sieci będzie zaś Narodowa Rada Onkologii, odpowiedzialna m.in. za monitorowanie działania systemu opieki onkologicznej i tworzenie standardów w zakresie referencyjności i akredytacji ośrodków, które należą do KSO.

Według ekspertów opieka onkologiczna w ramach KSO ma obejmować profilaktykę (pierwotną i wtórną), diagnostykę (wstępną i pogłębioną), leczenie chirurgiczne, radioterapię, leczenie systemowe, rehabilitację onkologiczną, a także monitorowanie stanu pacjenta po zakończeniu leczenia oraz opiekę paliatywną i hospicyjną.

– Obecnie jesteśmy w trakcie analizy propozycji ustawy o krajowej sieci onkologicznej,

której koncepcja jest pewnym rozwinięciem pakietu onkologicznego i nawiązaniem do zielonej karty, która w dużym stopniu będzie uzupełniona – mówi dr hab. Adam Maciejczyk. – W pakiecie onkologicznym mamy informację o skróceniu czasu oczekiwania na diagnozę i leczenie jako cel tej karty, mamy informację o konsylium, koordynatorze leczenia itp., ale w tym wszystkim brakowało szczegółów. W naszej propozycji pilotażu sieci onkologicznej, a co za tym idzie – również ustawy o KSO, uszczegółowiliśmy zadania koordynatorów, wprowadziliśmy również szereg rozwiązań i dokumentów, które usprawniają proces organizacyjny oraz przebieg diagnostyki i leczenia pacjentów onkologicznych. Co istotne, zadbaliśmy o standaryzację tych procesów, czyli wprowadziliśmy standardowe raporty patologiczne, testujemy też raporty radiologiczne – wyjaśnia.

Ekspert dodaje, że obecnie opieka onkologiczna jest bardzo rozproszona. – Od 2015 r. praktycznie każda placówka mogła zadeklarować, że zajmuje się opieką onkologiczną. I to był jeden z większych błędów pakietu onkologicznego. W województwie dolnośląskim umowę z NFZ na realizację diagnostyki i leczenia onkologicznego ma aż 80 podmiotów. To zdecydowanie za dużo. Widać to najlepiej na przykładzie pilotażu KSO, gdzie mimo że wprowadziliśmy bardzo niskie kryteria wejścia, trafiło tylko 15 ośrodków – mówi dr hab. Adam Maciejczyk.

Pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej

Pilotaż KSO wystartował w lutym 2019 r. Jego podstawowym założeniem było to, aby w strukturze sieci znalazły się wyłącz-

nie ośrodki oferujące opiekę medyczną o bardzo wysokiej jakości. Mogą to być zarówno ośrodki i oddziały szpitali regionalnych, jak i powiatowych czy wojewódzkich, a także szpitale uniwersyteckie, wojskowe i prywatne. Z punktu widzenia pacjenta nie jest bowiem istotne, kto jest właścicielem placówki. – Pilotaż na początku rozpoczął się w dwóch województwach – dolnośląskim i świętokrzyskim. Następnie z uwagi na pozytywne efekty został rozszerzony na kolejne dwa województwa: od grudnia 2019 r. na województwo podlaskie, a od kwietnia 2020 r. pomorskie. Dzięki temu możemy już w szerszym zakresie, bo w jednej czwartej kraju, porównywać opiekę onkologiczną – mówi dr hab. Adam Maciejczyk.

Ekspert przypomniał, że Dolnośląskie Centrum Onkologii już od pewnego czasu uczestniczy również w europejskim projekcie Innowacyjne Partnerstwo dla Działań w Zwalczaniu Raka (Innovative Partnership for Action Against Cancer – iPAAC). Inicjatywa ta dotyczy europejskiej Sieci Kompleksowej Opieki Onkologicznej, a jej celem jest rozwijanie innowacyjnego podejścia do współczesnych wyzwań w zwalczaniu nowotworów. Projekt ten łączy 44 partnerów z 24 europejskich krajów, a działania koordynuje Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego w Słowenii.

Dolnośląskie Centrum Onkologii było pierwszym polskim ośrodkiem, który zaczął się starać o certyfikat iPAAC. Nad poprawą procedur i jakości leczenia szpital pracował przez 3 lata. Ukoronowaniem starań było otrzymanie certyfikatu ogólnego – Kompleksowe Centrum Onkologii,

WYKŁAD I



oraz dwóch certyfikatów szczegółowych – Centrum Leczenia Raka Jelita Grubego i Centrum Leczenia Raka Trzustki.

– Starając się o certyfikat, przede wszystkim rozszerzyliśmy nasze działania od poziomu profilaktyki aż do kontroli po leczeniu. Audytorzy iPAAC zwracali również uwagę na konieczność właściwej komunikacji z lekarzami rodzinnymi. To chyba najważniejszy element, nad którym musieliśmy pracować, gdyż w pilotażu KSO skupialiśmy się przede wszystkim na diagnostyce i leczeniu onkologicznym, a w programie iPAAC szerzej patrzyliśmy na całość opieki – mówi dr hab. Adam Maciejczyk.

Ważna poprawa komunikacji

Konieczność współpracy i poprawy komunikacji między onkologami a lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej była wielokrotnie podkreślana, nie tylko przez ekspertów europejskich. – My intuicyjnie wiedzieliśmy o tym już wcześniej. Efektem jest zacieśnienie współpracy między lekarzami rodzinnymi a onkologami w zakresie poprawy dostępności i jakości świadczeń dla pacjentów, u których jest podejrzewana lub została rozpoznana choroba nowotworowa, w ramach sieci onkologicznej na Dolnym Śląsku – zwraca uwagę dr hab. Adam Maciejczyk.

Porozumienie o ścisłej współpracy zawarły Dolnośląskie Centrum Onkologii, Dolnośląski Związek Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców oraz konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej. Jego głównym celem jest stworzenie wspólnej strategii informacyjnej dotyczącej profilaktyki chorób nowotworowych, ich wczesnego wykrywania i leczenia, a także monitoro-

wania pacjentów z chorobami nowotworowymi. W ramach współpracy odbywają się m.in. webinary szkoleniowe na temat organizacji opieki onkologicznej, profilaktyki, diagnostyki, leczenia oraz opieki nad pacjentem leczonym onkologicznie z uwzględnieniem roli lekarza rodzinnego. – Do tej pory komunikowaliśmy się głównie za pośrednictwem pism, np. poprzez skierowania. Chcę przy okazji zementować: do onkologa nie jest potrzebne skierowanie od lekarza POZ. Ale niestety nadal jest potrzebne skierowanie do poradni chirurgii onkologicznej. My co prawda radzimy sobie już z tym problemem – kierujemy pacjenta najpierw do onkologa, a dopiero potem do poradni chirurgii onkologicznej, ale to utrudnia i wydłuża proces konsultacji, dlatego o tym przypominam – mówi ekspert.

Podstawowym atutem lekarzy rodzinnych, który wiąże ich praktykę z pacjentami onkologicznymi, jest możliwość wystawiania karty DiLO. – Bardzo prosimy, żeby już przy podejrzeniu choroby onkologicznej jak najszybciej wystawiać taką kartę, nawet jeśli są wątpliwości. Lepiej ją wystawić, gdyż otwiera ona pacjentowi szereg dróg dotarcia do szpitala onkologicznego – apeluje dr hab. Adam Maciejczyk. – Pacjent z kartą DiLO może podać jej numer i swój numer telefonu, wówczas my do niego dzwoniemy i umawiamy od razu tam, gdzie powinien trafić – dodaje.

Ekspert wyjaśnia, że w placówkach uczestniczących w pilotażu KSO od razu podawany jest czas oczekiwania na pierwszą wizytę u poszczególnych specjalistów. – Pierwsza wizyta inicjująca jest ustalana przez infolinię, tam też pacjent jest uma-

wiany z koordynatorem. Rozpoczyna się proces diagnostyki, która również jest monitorowana i nadzorowana przez koordynatorów. W trakcie diagnostyki trzeba wykonać bardzo dużo badań, w raku płuca jest to np. bronchoskopia, tomografia komputerowa, często rezonans głowy, które muszą być skoordynowane z uzyskaniem wyniku badania histopatologicznego. To wszystko tworzy ścieżkę diagnostyczną, w której przejściu pomaga pacjentowi koordynator – wyjaśnia ekspert.

Obecnie na wizytę w ośrodkach uczestniczących w pilotażu KSO można się umówić, dzwoniąc na infolinię dla pacjentów. – Zakładamy, że powstanie jeden wspólny numer dla całego kraju, który będzie monitorowany przez NFZ, i pacjenci po zadeklarowaniu, do którego ośrodka chcą dotrzeć, zostaną tam przekierowani – mówi dr hab. Adam Maciejczyk.

Jak podkreśla ekspert, nie można zapominać o drugiej grupie pacjentów, czyli osobach bez karty DiLO. – Ich również musimy skierować na odpowiednią ścieżkę wejścia do systemu. Jak powinien być przygotowany pacjent? Musi mieć ze sobą dowód osobisty, dokument ubezpieczenia, ksero wyników badań, listę przyjmowanych leków, płyty CD z badań obrazowych, długopis, okulary – przypomina.

W komunikacji między pacjentem a ośrodkiem onkologicznym mogą być przydatne również różne aplikacje. – Obecnie w naszym województwie testujemy różne mobilne formy komunikacji, które zachęcają do badań przesiewowych. Być może po decyzji Ministerstwa Zdrowia udostępniemy je w całym kraju – informuje dr hab. Adam Maciejczyk.

Jedną z takich aplikacji są e-usługi DCO. Aplikacja Mobilne DCO w założeniu ma skrócić ścieżkę pacjent – lekarz rodzinny – lekarz onkolog. Wystarczy, że pacjent zaloguje się do aplikacji, wpisze wymagane dane i wypełni krótką ankietę. Na podstawie odpowiedzi system wskaże, z jakich badań profilaktycznych powinien skorzystać, podpowie również, gdzie na terenie województwa dolnośląskiego może je wykonać.

Szybka ścieżka dla raka płuc

Doktor hab. Adam Maciejczyk opowiedział również, jak wygląda szybka ścieżka dla raka płuc w Dolnośląskim Centrum Onkologii. – Ścieżka powstała głównie z myślą o czasie pandemii, ale nie tylko. Przede wszystkim zwiększyliśmy możliwości dotarcia do Centrum poprzez uruchomienie zdalnej rejestracji oraz telekonsultacji w zakresie ustalenia badań, jakie należy wykonać. Terminy wizyt bezpośrednich w szpitalu określa koordynator, który monitoruje także ich celowość. Ujednoliliśmy również szereg procedur w związku z tym, że Dolnośląskie Centrum Onkologii łączy się z Dolnośląskim Centrum Chorób Płuc i od stycznia 2022 r. będą one jednym organizmem – Dolnośląskim Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii. Dzięki konsekwentnemu stosowaniu tej ścieżki przyspieszamy terminy realizacji wszystkich świadczeń, ale dalecy jesteśmy jeszcze od optymalnego efektu. Czy go osiągniemy, w bardzo dużym stopniu zależy też od tego, w jaki sposób onkolodzy będą się porozumiewać z lekarzami POZ – podsumowuje dr hab. Adam Maciejczyk. ■

CZUJNOŚĆ ONKOLOGICZNA – PŁUCO

Spojrzenie lekarza rodzinnego

Katarzyna Wysocka

– Wykrycie raka płuc przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej jest możliwe nawet przy ograniczonych możliwościach diagnostycznych, jakimi dysponują specjaliści medycyny rodzinnej. Na etapie identyfikacji pacjentów z podejrzeniem nowotworu i kierowania ich pod dalszą opiekę onkologa ciągle jednak są słabe punkty, nad którymi należy pracować – mówi dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas, kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, konsultant krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej, prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej.



dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas: Z danych NFZ za 2018 r. wynika, że wystawiono ok. 13 tys. kart DiLO z podejrzeniem nowotworu płuca, co oznacza, że 40 proc. pacjentów z rozpoznaniem rakiem płuca jej nie otrzymało

Rak płuca to jeden z najczęstszych nowotworów zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet. Z danych przytoczonych przez dr hab. Agnieszkę Mastalerz-Migas wynika, że tylko w 2018 r. zachorowało na niego 13 445 mężczyzn i 7815 kobiet, a zmarło z jego powodu 15 619 mężczyzn i 8076 kobiet.

– Tak duża liczba nowych przypadków i zgonów w dużej mierze wynika z faktu, że rak płuca jest wykrywany zbyt późno, aczkolwiek wiemy, że ma on również takie postacie, których nawet wczesne wykrycie wiąże się ze złym rokowaniem dla pacjenta. Skoro jednak raka płuca wykryto w Polsce w 2018 r. u ponad 20 tys. osób, to powstaje pytanie, względem ilu pacjentów musieliśmy jako lekarze rodzinni wykazać czujność onkologiczną, ilu musiało zostać przebadanych. Na pewno było to co najmniej kilkanaście razy więcej. To pokazuje skalę zjawiska. My w POZ często posługujemy się wielkimi liczbami, bo stanowimy ogromny kawałek systemu. Jeśli popatrzymy na to, że codziennie w POZ odbywa się od 500 tys. do prawie miliona wizyt, to 20 tys. przypadków w skali roku daje nam średnio jeden przypadek na rok na przeciętną placówkę, wliczając małe praktyki lekarzy rodzinnych. Pomyślimy: to wcale nie taka częsta choroba. Warto jednak zdać sobie sprawę z tego, że pacjentów, u których objawy sugerują raka płuc i u których musimy go wykluczyć, jest dużo więcej. Właśnie dlatego czujność onkologiczna jest tak ważna. Jako lekarze powinniśmy też wiedzieć, u kogo należy aktywnie poszukiwać raka płuc i co u pacjenta powinno nas zaniepokoić – wyjaśnia dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas.

Co powinno zwrócić uwagę lekarza POZ?

Na liście osób, które wymagają szczególnej uwagi lekarza POZ, są palacze – zarówno

no aktywni, jak i bierni, osoby chorujące na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP), zawodowo narażone na azbest, radon, chrom, nikiel, a także pacjenci z nietypowym przebiegiem infekcji górnych dróg oddechowych (np. nawracające, niepoddające się leczeniu), nawracającymi zapaleniami płuc oraz z wieloletnim kaszlem w wywiadzie, szczególnie jeśli w ostatnim czasie charakter tego kaszlu uległ zmianie.

– Uwagę powinien zwrócić również kaszel, który niedawno się pojawił. Może on mieć różną etiologię, natomiast jeśli trwa już od jakiegoś czasu – w zależności od wytycznych przyjmuje się okres między 8 a 12 tygodni, powinniśmy wdrożyć diagnostykę i ustalić przyczynę. Oczywiście są przypadki, w których ta przyczyna będzie bardzo trudna do ustalenia. Inne objawy zwykle pojawiają się, gdy guz jest już dosyć duży. Są to duszności, nawracające infekcje płucne (wzrost guzów wewnątrzoskrzelowych może powodować niedodmę, której często towarzyszy proces zapalny lub ropny), chrypka związana z szerzeniem się guza przez ciągłość, co powoduje porażenie nerwu krtaniowego wstecznego, zespół Hornera, zespół żyły głównej górnej czy dysfagia – wylicza ekspertka.

Jak wykryć nowotwór płuc w POZ?

Doktor hab. Agnieszka Mastalerz-Migas podkreśla, że wykrycie raka płuc przez lekarza POZ jest możliwe nawet przy ograniczonych możliwościach diagnostycznych. – Pierwszym krokiem jest badanie przedmiotowe pacjenta i ocena zgłaszanych przez niego symptomów. Takie objawy, jak zmiana charakteru kaszlu, gorsze samopoczucie, krwiotłucie, zawsze powinny implikować badanie pacjenta i wykonanie zdjęcia klatki piersiowej – wyjaśnia.

Dopóki nie zostaną poszerzone kompetencje diagnostyczne w POZ, co być może nastąpi w 2022 r. w ramach opieki koordynowanej, dostępnym dla lekarza pierwszego kontaktu badaniem obrazowym jest RTG klatki piersiowej. Zdjęcie powinno być wykonane w dwóch projekcjach: przednio-tylnej oraz bocznej, na stojąco. – Wprawdzie zwiększa to koszt diagnostyki, ale u pacjenta z objawami jesteśmy do tego zobligowani, a zdjęcie w jednej projekcji może spowodować przeoczenie zmiany, zwłaszcza mniejszej – podkreśla ekspertka. Dodaje, że u pacjentów leżących zdjęcie można wykonać w pozycji półsiedzącej lub leżącej. Badania pomocnicze, takie jak morfologia z rozmazem, kreatynina, mocznik, sód, potas, wapń, bilirubina, nie służą do wykrycia nowotworu płuc, ale w dużym stopniu pomagają w diagnostyce różnicowej.

Jakie są wady i zalety zdjęcia klatki piersiowej? – Zaletą tego badania na pewno jest łatwa dostępność, niski koszt i bezpieczeństwo – to badanie nieinwazyjne, o niskim poziomie radiacji i właściwie nie ma istotnych przeciwwskazań. Jego wadą jest oczywiście nieskuteczność przy małych zmianach. Poza tym w przypadku prawidłowego RTG następuje uspokojenie pacjenta i lekarza, co przy małych zmianach może uspić czujność – odpowiada dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas.

Nieprawidłowości w RTG

Zdjęcia RTG zlecane przez lekarza POZ są opisane przez lekarza radiologa, jednak oglądając takie zdjęcia, warto pamiętać, że nowotwór płuca nie zawsze będzie widoczny jako okrągły cień. – Może go sugerować guz lub cień w obszarze miąższu płucnego, niedodma, przestrzenie rozedmowe, powiększone węzły

WYKŁAD II



chlonne węglowe lub śródpiersiowe, płyn w jamie opłucnej, jednostronne uniesienie przepony, zmiany kostne lub bezpośrednie naciekanie guza. Pamiętajmy też o masce zapalnej nowotworu, czyli obrazie RTG sugerującym zapalenie płuc, gdyż de facto guz może być ukryty w tym zapaleniu – podkreśla ekspertka.

Algorytm postępowania klinicznego w POZ

Jak wygląda algorytm postępowania klinicznego w POZ w przypadku podejrzenia raka płuca? Doktor hab. Agnieszka Mastalerz-Migas wyjaśnia, że u pacjentów z objawami klinicznymi konieczne jest wykonanie zdjęcia RTG. Jeśli są w nim zmiany sugerujące raka płuca, należy wystawić pacjentowi kartę DiLO. Jeżeli natomiast pacjent nie ma objawów, ale jest w grupie ryzyka i lekarz POZ chce poddać go screeningowi, to należy skierować go na badanie metodą niskodawkowej tomografii komputerowej, gdy spełnia kryteria kwalifikacji.

Obecne kryteria włączania pacjentów do programu badań przesiewowych obejmują osoby w wieku 55–74 lat, które nałogowo palą papierosy (w wywiadzie mają ponad 20 paczolat z okresem abstynencji krótszym niż 15 lat), a także osoby, które dodatkowo mają jeden z następujących czynników ryzyka: ekspozycję zawodową na beryl, radon, nikiel, chrom, azbest, związki arsenu, spaliny silników diesla, dym ze spalania węgla kamiennego (sadze). Do programów kwalifikują się również pacjenci, którzy przeżyli raka płuca, inne nowotwory tytoniozależne (np. rak pęcherza), w wywiadzie rodzinnym zgłaszają raka płuca u krewnego pierwszego stopnia, chorują na POChP lub włóknienie płuc.

Karta DiLO w praktyce lekarza POZ

– Karta DiLO jest priorytetowym skierowaniem dla osoby z podejrzeniem nowotworu. Dzięki niej pacjent omija zwykle kolejki i ma istotnie przyspieszoną diagnostykę – mówi dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas. – Lekarz POZ powinien wystawić ją zawsze przy podejrzeniu nowotworu. Przyjmuje się, że od momentu zgłoszenia się pacjenta z kartą DiLO w celu wykonania diagnostyki do postawienia diagnozy powinno upłynąć maksymalnie 7 tygodni. Z danych NFZ za 2018 r. wynika, że wystawiono ok. 13 tys. kart DiLO z podejrzeniem nowotworu płuca, co oznacza, że 40 proc. pacjentów z rozpoznaniem raka płuca jej nie otrzymało – komentuje ekspertka.

– Czasem narzędzie, które miało przyspieszać diagnozę, komplikuje życie i pacjentowi, i wystawiającemu, i odbierającemu tę kartę – mówi dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas. – Zdarzają się bowiem sytuacje, że lekarze POZ dostają ze szpitali telefony z prośbą o zamknięcie wystawionej karty, ponieważ systemowe zawirowania powodują, że dla pacjenta będzie lepiej i szybciej, jeśli ta karta zostanie wystawiona bezpośrednio w ośrodku albo jeśli pacjent dostanie się tam bez karty – wyjaśnia.

Gdzie realizować kartę DiLO?

Ekspertka przypomina, że karta DiLO może być realizowana w poradni chorób płuc, onkologicznej, na oddziale torakochirurgii. – W skali ogólnopolskiej dobrze by było, gdyby każdy lekarz wiedział, kto w danym regionie zajmuje się danym obszarem. Krajowa Sieć Onkologiczna będzie to porządkować, bo nie ma nic gorszego niż sytuacja, kiedy lekarz nie wie, dokąd skierować pacjenta i ten musi sam szukać sobie miejsca. Pacjent

powinien dostać bardzo konkretne wskazanie. W onkologii świetnie sprawdzili się koordynatorzy. Bardzo liczę na to, że w POZ będzie podobnie i koordynatorzy staną się dla pacjentów pomocą w poruszaniu się po systemie – mówi.

Działania profilaktyczne

Ekspertka podkreśla znaczenie profilaktyki, szczególnie antynikotynowej. Przypomina, że czynne palenie tytoniu odpowiada za 90 proc. zachorowań u mężczyzn i 80 proc. u kobiet. Szacuje się, że ryzyko nowotworu płuca jest od 15 do 60 razy większe u palaczy niż u osób niepalących. W miarę możliwości lekarz POZ powinien więc stosować interwencję minimalną u każdego palącego pacjenta, opartą na zasadzie 5P: pytaj o nałóg palenia, poradź zaprzestanie palenia, pamiętaj o ocenie motywacji, pomagaj palącemu rozstać się z nałogiem, planuj terminy wizyt kontrolnych lub kontaktu telefonicznego w celu sprawdzenia realizacji planu zaprzestania palenia. – W praktyce jest to bardzo trudne do realizacji. Pacjent rzucający palenie nie powinien być zostawiony sam sobie, ale trudno wygospodarować czas, by go motywować – przyznaje dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas.

Rola lekarza POZ w procesie diagnostyczno-lecznym

Lekarz rodzinny w procesie diagnostyczno-lecznym ma do spełnienia wiele ważnych zadań. Przede wszystkim profilaktyka, w tym interwencja antynikotynowa, czy kierowanie pacjentów do programów profilaktycznych badań niskodawkową tomografią komputerową.

Drugi obszar to czujność onkologiczna, czyli zwracanie uwagi na objawy, które mogą świadczyć o nowotworze. – Dzięki

niej dochodzi do inicjowania ścieżki diagnostycznej i leczenia onkologicznego – mówi ekspertka.

W kompetencjach lekarza POZ leży również przeprowadzenie podstawowej diagnostyki, wystawienie karty DiLO w przypadku podejrzenia nowotworu, a także długofalowe prowadzenie pacjenta, który po leczeniu w ośrodku onkologicznym wróci do placówki POZ. Doktor hab. Agnieszka Mastalerz-Migas podkreśla, że lekarz rodzinny nigdy nie znika z orbity pacjenta – nawet jeśli jest on pod intensywnym nadzorem ośrodka onkologicznego, to w sprawach niezwiązanych z leczeniem onkologicznym będzie potrzebował wsparcia lekarza POZ lub pielęgniarki. – Warto więc zastanowić się nad większym włączeniem lekarzy rodzinnych w proces opieki onkologicznej. W niektórych krajach praktykowany jest udział w konsyliach lekarzy rodzinnych, którzy skierowali pacjentów do onkologów, by wiedzieli, jakie zapadły decyzje. Taka komunikacja jest potrzebna chociażby po to, by otrzymać wskazówki co do dalszego postępowania z pacjentem, opieki, rehabilitacji czy tzw. czerwonych flag, czyli objawów, które powinny skłonić do powrotu pod opiekę onkologa. Niektóre nowotwory mają źródło genetyczne, dlatego jeśli są przesłanki, by objąć nadzorem członków rodziny, taka informacja również powinna trafić do lekarza rodzinnego. Brakuje też pisemnego przekazywania zaleceń dla lekarza, który skierował pacjenta do onkologa. Teoretycznie mamy już wymianę informacji medycznych i dużo się dzieje w obszarze cyfryzacji, ale system nadal nie jest szczelny – podsumowuje dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas. ■

CZUJNOŚĆ ONKOLOGICZNA – PŁUCO

Spojrzenie onkologa

Katarzyna Wysocka



– Część pacjentów chorujących na raka płuca wróci do lekarza POZ w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu. Dlatego lekarz rodzinny powinien wiedzieć, gdzie znaleźć wytyczne onkologiczne, jak przebiega diagnostyka raka płuca, planowanie terapii, jakie metody leczenia tego nowotworu są stosowane w Polsce i jak jest zorganizowana opieka nad pacjentem po zakończeniu terapii – mówi lek. Aleksandra Sztuder, onkolog, radioterapeuta z Dolnośląskiego Centrum Onkologii.

Zalecenia dotyczące postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w raku płuca zostały przedstawione w wytycznych polskich, europejskich (European Society for Medical Oncology – ESMO) oraz światowych (National Comprehensive Cancer Network – NCCN). – Jako onkolodzy na co dzień korzystamy z wytycznych NCCN, z którymi każdy lekarz mający prawo wykonywania zawodu może się zapoznać na stronie <https://www.nccn.org/>. Wszystkie nowotwory są w nich dokładnie opisane w formie ścieżki postępowania, charakterystycznej dla danego stopnia zaawansowania – mówi lek. Aleksandra Sztuder.

Podstawowym badaniem w diagnostyce raka płuca, jakie zleca lekarz onkolog, jest tomografia klatki piersiowej. – Staramy się wykonywać tomografię z nadbrzuszem, by ocenić, czy nie ma przerzutów w wątrobie. Zwykle przeprowadzamy badanie z kontrastem – wyjaśnia ekspertka.

Z kolei podstawowym badaniem, które służy rozpoznaniu nowotworu, jest diagnostyka histopatologiczna. – Obecnie najczęściej wykonuje się histologiczną ocenę wycinka pobranego w czasie bronchofiberoskopii. Czasem udaje nam się pobrać tylko materiał do badania cytologicznego, czyli komórki do oceny wymazu lub popłuczyny z oskrzeli. Czasem konieczna jest histologiczna lub cytologiczna ocena materiału uzyskanego za pomocą biopsji przez ścianę klatki piersiowej, oskrzela lub przełyk – wyjaśnia lekarka. – Niekiedy diagnostyka histopatologiczna musi być inwazyjna, a więc pacjentowi trzeba zrobić mediastinoskopię, mediastinotomię lub otworzyć klatkę piersiową, jeśli nie uda nam się uzyskać wycinka prostszymi metodami. Nowoczesna diagnostyka umożliwia przeprowadzenie badań endoskopowych, przezoskrzelowych lub przezprzełykowych, podczas których nie tylko robimy endoskopię, ale jednocześnie USG. Możemy oglądać np. węzły chłonne i przeprowadzić biopsję celowaną – tłumaczy.

Diagnostyka molekularna i nowoczesne leczenie

Obecnie pacjenci z rakiem płuca kwalifikowani są już nie tylko do podstawowych



”

lek. Aleksandra Sztuder:

U niektórych pacjentów z rakiem płuca w IV stopniu zaawansowania z przerzutami, którym kiedyś dawano 10 miesięcy życia, obecnie ten czas dzięki nowoczesnym terapiom zwiększył się do 30 miesięcy

metod leczenia, dobrze znanych lekarzom, takich jak zabieg chirurgiczny, chemioterapia czy radioterapia, lecz także do metod bardzo nowoczesnych. – By zastosować leczenie celowane, bardzo często musimy poddać próbę z badania histopatologicznego dodatkowym oznaczeniom, by zbadać stan różnych genów – wyjaśnia lek. Aleksandra Sztuder.

Rozpoznanie patomorfologiczne raka płuca powinno być uzupełnione wynikami badań immunohistochemicznych, a u chorych na zaawansowanego raka płuca – badań genetycznych (obecnie bada się stan genów

EGFR i ALK) w celu wykrycia zaburzeń i określenia rodzaju leczenia systemowego. W kwalifikacji chorych na zaawansowanego raka płuca do immunoterapii za pomocą inhibitorów punktów kontrolnych należy z kolei określić ekspresję białka PD-L1.

Kolejne badanie to PET-CT wykonywane w celu oceny zaawansowania raka przed planowaną resekcją lub radykalną radioterapią, jeśli wcześniejsze badania nie pozwalają na jednoznaczne określenie stopnia zaawansowania, oraz w celu oceny resztkowej choroby po indukcyjnej chemioterapii.

– Zdarza się, że wykonujemy również tomografię komputerową lub rezonans magnetyczny mózgu, poszukując przerzutów odległych. W niektórych przypadkach przeprowadzamy scyntyografię kości. W kwalifikacji do leczenia bardzo ważna jest także ocena wydolności układu oddechowego za pomocą spirometrii oraz układu sercowo-naczyniowego, czyli konsultacja kardiologiczna z USG serca – dodaje ekspertka.

W trakcie konsylium, w którym uczestniczą torakochirurg, radioterapeuta i chemioterapeuta, oceniany jest stopień zaawansowania nowotworu. W zależności od niego, a także od chorób współistniejących i stanu ogólnego pacjenta podejmowana jest decyzja o leczeniu.

Metody leczenia raka płuca w Polsce

Jedną z metod leczenia raka płuca jest zabieg chirurgiczny. – Standardem jest lobektomia z limfadenektomią, stosowane są również techniki małoinwazyjne. Pulmonektomię, jako zabieg bardzo okaleczający, wykonuje się obecnie dosyć rzadko – mówi lek. Aleksandra Sztuder. Wykorzystywana jest także radioterapia standardowa lub stereotaktyczna. Wreszcie leczenie systemowe – nie tylko chemioterapia, lecz także bardzo nowoczesne leczenie celowane i leki ukierunkowane molekularnie, które mogą być elementem leczenia radykalnego, ale też elementem skutecznego, czasami wieloletniego leczenia paliatywnego. Jak skuteczne są nowoczesne terapie? – W niektórych przypadkach umożliwiają one dwukrotne zwiększenie mediany przeżycia – odpowiada lek. Aleksandra Sztuder. – U niektórych pacjentów z ra-

kiem płuca w IV stopniu zaawansowania z przerzutami, którym kiedyś dawano 10 miesięcy życia, obecnie ten czas dzięki nowoczesnym terapiom zwiększył się do 30 miesięcy – dodaje.

Radioterapia stosowana w raku płuca

Polscy radioterapeuci mają do dyspozycji wszystkie metody, które są dostępne na świecie, a radioterapia w Polsce jest równie nowoczesna jak w Stanach Zjednoczonych. Często stosowane jest tzw. bramkowanie oddechowe, a więc guz jest obserwowany i napromieniowywany w każdej fazie oddechowej. Czas trwania radioterapii ustala się indywidualnie, ale pacjent może być w ten sposób leczony nawet przez 6,5 tygodnia, przy założeniu, że jest leczony ambulatoryjnie i ma 33 frakcje przez 5 dni w tygodniu.

– Część pacjentów z małymi guzkami niekwalifikujących się do zabiegu chirurgicznego ani do leczenia systemowego jest leczona tzw. radiochirurgią lub inaczej radioterapią stereotaktyczną. Pacjentowi podaje się 1, 3, a niekiedy 5 frakcji radioterapii, czasem w schemacie co drugi dzień. I taki chory może być skutecznie wyleczony. To dotyczy przede wszystkim pacjentów starszych albo obciążonych internistycznie. Czas spędzany na aparacie terapeutycznym to ok. 10 minut dziennie – mówi ekspertka. Dodaje, że przy tej metodzie zdarzają się niepowodzenia odległe, tzn. w przyszłości u pacjenta mogą wystąpić odległe przerzuty.

Radioterapia może powodować powikłania, a jednym z poważniejszych jest popromienne zapalenie płuc, które rozwija się od 4 tygodni do 6 miesięcy po leczeniu.

– Objawia się suchym kaszlem, gorączką, dusznością wysiłkową, bólem w klatce piersiowej. To bardzo poważne powikłanie, ograniczające przeżycie. Pacjent z popromiennym zapaleniem płuc powinien być skierowany na oddział pulmonologiczny lub internistyczny. Leczenie to steroidoterapia i antybiotykoterapia – wyjaśnia lek. Aleksandra Sztuder.

Niektórzy pacjenci skarżą się też na popromienne zapalenie przełyku. – Nie ma leczenia przyczynowego, ale powinniśmy

WYKŁAD III



zastosować inhibitory pompy protonowej i substancje łagodzące, takie jak kisiel czy siemię lniane. Warto także rozważyć włączenie leków przeciwgrzybiczych, bo popromiennemu zapaleniu przełyku, zwłaszcza w 3. stopniu nasilenia, często towarzyszy grzybica przełyku. Pamiętajmy, że tacy pacjenci bardzo często potrzebują leczenia dietetycznego – pokarmy powinny być lekkostrawne, nie należy spożywać potraw pikantnych i kwaśnych – mówi ekspertka. Innymi typowymi powikłaniami są nudności i wymioty. Zdarza się również toksyczność kardiologiczna, dlatego pacjenci poddawani radioterapii raz w roku powinni być kierowani do kardiologa. Może też wystąpić krwioplucie. Jeśli jest ono istotne klinicznie, pacjenci powinni być skierowani do pulmonologa lub onkologa, można od razu zalecić Cyclonamine (etamsylat).

Chemioterapia stosowana w raku płuca

– W chemioterapii raka płuca stosowana jest cisplatyna w skojarzeniu z etopozydem lub winorelbina, niekiedy cisplatyna z taxoidem (docetaksel lub paklitaksel). U pacjentów z niewydolnością nerek cisplatinę zamieniamy na karboplatinę – mówi lek. Aleksandra Sztuder.

Po chemioterapii również zdarzają się powikłania. – Bardzo często jest to leukopenia, czasem również niedokrwistość. Inne powikłania to łysienie, silne nudności, a także neuropatia. W przypadku neuropatii nie ma leczenia przyczynowego. Zwykle stosowane są preparaty witaminy B, jednak wcześniej warto oznaczyć poziom witaminy B12, ponieważ nie powinna być ona stosowana u chorych z nowotworami, którzy nie mają jej niedoboru – przestrzega ekspertka.

Schematy leczenia raka płuca

Prelegentka wyjaśnia, że w raku płuca zawsze stosowane są schematy leczenia skojarzonego. – Może to być zabieg chirurgiczny, zabieg chirurgiczny z uzupełniającą chemioterapią, chemioterapia z następczym zabiegiem chirurgicznym lub złoty standard w leczeniu zaawansowanego raka płuca, czyli radiochemioterapia, kiedy stosujemy jednocześnie radioterapię i chemioterapię. To jest leczenie bardzo toksyczne, ale dużo

skuteczniejsze niż leczenie w sekwencji, czyli zastosowanie najpierw chemioterapii, a potem radioterapii. U części pacjentów stosujemy przeciwciała monoklonalne albo inhibitory kinazy, czyli tzw. leczenie celowane – mówi lek. Aleksandra Sztuder. – Pacjenci, u których stosowano radiochemioterapię, często jako leczenie uzupełniające otrzymują przeciwciała monoklonalne durwalumab, co znacznie poprawia wyniki terapii – dodaje.

Ekspertka wyjaśnia podstawowe różnice między przeciwciałami monoklonalnymi a inhibitorami kinaz: – Jeśli mamy na wypisie lek z końcówką -mab, to jest to przeciwciało monoklonalne, jeśli natomiast -nib, to jest to inhibitor kinaz. Inna jest ich droga podania – przeciwciała zwykle podaje się dożylnie, a inhibitory doustnie. Czas półtrwania w surowicy przeciwciał to kilka – kilkanaście dni, a więc stosunkowo długo, i w tym przypadku mogą występować typowe reakcje nadwrażliwości. Jeśli chodzi o inhibitory kinaz, teoretycznie typowe reakcje nadwrażliwości nie występują, a czas półtrwania w surowicy to kilka – kilkanaście godzin.

Warto podkreślić, że immunoterapia może być stosowana nawet jako leczenie pierwszej linii u pacjentów z rakiem w IV stopniu zaawansowania. – Możemy mieć więc w wypisie informację, że pacjent jest leczony pembrolizumabem, a cykli może być kilkanaście lub kilkadziesiąt. I to będzie prawidłowy schemat. Tak właśnie są leczeni pacjenci, ponieważ niekiedy odpowiedź na leczenie celowane jest bardzo długa. Warto podkreślić, że przez cały ten czas chory jest pod opieką onkologa i lekarz rodzinny może do niego kierować pytania w razie potrzeby – mówi lekarka.

Immunoterapia również może mieć działania niepożądane. – To może być wysypka, biegunka, wszelkie zapalenia immunologiczne: płuc (bardzo poważne – jeśli mamy takie podejrzenie, pacjent powinien być skierowany do ośrodka leczącego), wątroby lub nerek, a także endokrynopatie: niedoczynność przysadki lub tarczycy. One zwykle występują po 2–6 tygodniach trwania leczenia. Te działania niepożądane najczęściej nie ograniczają leczenia i zwy-

kle można je kontynuować – zaznacza lek. Aleksandra Sztuder.

Inhibitory kinaz

Drugą grupą nowoczesnych leków stosowanych w leczeniu raka płuca są inhibitory kinaz: erlotynib, gefitynib lub inhibitor kinazy drugiej generacji – afatynib. Leki te także mają działania niepożądane. Do najczęstszych należy biegunka, w trakcie której pacjent może stosować loperamid, a także bardzo charakterystyczna wysypka grudkowa lub grudkowo-krostkowa. Jak tłumaczy lek. Aleksandra Sztuder, wysypka ta przypomina trądzik, ale pacjentowi nie wolno przepisywać leków wykorzystywanych w terapii trądziku. Wskazane jest nawilżanie, a także stosowanie steroidów lub miejscowych antybiotyków. Działaniem niepożądanym inhibitorów kinaz mogą być również dysfunkcja wątroby, niedoczynność przysadki lub tarczycy, choroba śródmiąższowa płuc. W razie ich podejrzenia pacjent powinien być skierowany do ośrodka leczącego. Jeśli działania niepożądane mają łagodne nasilenie, zwykle po ok. 14 dniach można wrócić do leczenia.

Inne powikłania

Niezależnie od zastosowanej terapii bardzo charakterystycznym powikłaniem jest zespół przewlekłego zmęczenia związany z leczeniem onkologicznym. – Możemy mieć pacjenta, który w trakcie leczenia onkologicznego czuje się słabiej. Trzeba go poinformować, że tak może być i że jest to normalne. Tak naprawdę aktywność fizyczna jest jedynym udowodnionym sposobem na zespół przewlekłego zmęczenia. I o tym też powinniśmy informować pacjentów – mówi lekarka.

Opieka po leczeniu onkologicznym

Istotną część kompleksowej opieki onkologicznej stanowi obserwacja i kontrola chorych po zakończonym leczeniu onkologicznym. Podlegają jej zarówno ozdrowieńcy, jak i chorzy po zakończeniu leczenia paliatywnego oraz po wyczerpaniu możliwości leczenia. Pacjent po zakończonym leczeniu onkologicznym otrzymuje schemat kontroli w formie tabelki, tzw. follow-up. W przypadku ozdrowieńców stała kontrola może trwać

nawet kilkanaście lat. W tym czasie pacjenci są poddawani badaniom wg wskazań.

– U pacjentów po radykalnym leczeniu wykonujemy tomografię komputerową klatki piersiowej przez pierwsze dwa lata co 6–12 miesięcy, przez kolejne 3 lata co 12 miesięcy. Nie ma badań, które potwierdzałyby, że powinniśmy aktywnie poszukiwać bezobjawowych przerzutów do innych narządów, takich jak mózg czy kości, oraz do jamy brzusznej, a więc wykonywać badanie PET, rezonans magnetyczny mózgu czy jamy brzusznej. Takie badania należy przeprowadzać tylko wtedy, kiedy u pacjenta pojawią się niepokojące objawy. Warto pamiętać, że przez 5 lat pacjenci powinni być pod kontrolą ośrodka, który ich leczył – wyjaśnia lek. Aleksandra Sztuder.

Rokowanie w raku płuca

Prognozowana długość życia u pacjenta z rakiem płuca zależy od stopnia zaawansowania nowotworu. W przypadku raka niedrobnokomórkowego w I stopniu zaawansowania 5-letnie przeżycie osiąga 60–70 proc. pacjentów, w II stopniu 40–50 proc., w III stopniu poniżej 15 proc., natomiast w stopniach IIIb i IV tylko 1 proc., chociaż dzięki leczeniu celowanemu długość przeżycia obecnie bardzo się poprawia. Pacjenci z rakiem drobnokomórkowym płuca żyją bardzo krótko pomimo leczenia. Dla chorych nieleczonych czas przeżycia wynosi średnio 6–8 miesięcy. W przypadku zastosowania radioterapii i chemioterapii 2-letnie przeżycie wynosi 2–40 proc. Lepsze rokowanie mają chorzy z postacią ograniczoną i w dobrym stanie ogólnym – w ok. 10 proc. takich przypadków można uzyskać całkowitą remisję trwającą dłużej niż 3 lata.

Znaczenie rokownicze, również w trakcie leczenia onkologicznego i po jego zakończeniu, ma palenie papierosów. – W zakresie poradnictwa antynikotynowego bardzo potrzebujemy pomocy lekarzy POZ. Pacjent powinien mieć wręcz wydany zakaz palenia papierosów podczas leczenia i po jego zakończeniu, gdyż palenie zwiększa ryzyko zgonu, nawrotu i drugiego niezależnego nowotworu we wczesnym stadium niedrobnokomórkowego raka płuca – mówi lek. Aleksandra Sztuder. ■

CZUJNOŚĆ ONKOLOGICZNA – PŁUCO

Sesja pytań i odpowiedzi

Katarzyna Wysocka

Czy u pacjentów bez objawów warto zlecać profilaktycznie wykonanie zdjęcia RTG klatki piersiowej?

AGNIESZKA MASTALERZ-MIGAS: W ścieżce diagnostycznej pacjenta z objawami takie badanie powinno być zlecone przez lekarza POZ w dwóch projekcjach, natomiast w szeroko pojętej profilaktyce co do zasady nie należy zlecać RTG, gdyż mamy niskodawkową tomografię komputerową. Profilaktyczne RTG klatki piersiowej ma uzasadnienie w sytuacjach wyjątkowych, np. w razie problemów z dostępnością niskodawkowej tomografii komputerowej. Nie traktujemy jednak RTG klatki piersiowej jak badania przesiewowego.

Jakie najważniejsze zmiany są planowane w karcie DiLO?

ADAM MACIEJCZYK: Są dwa kierunki tych zmian, moim zdaniem obecnie zmierzamy w stronę uproszczenia kart DiLO, wzorując się na sposobie, w jaki prowadzone są dokumenty w ramach np. *colorectal cancer units*, czyli w modelu organizacji diagnostyki i leczenia raka jelita grubego. Myślę, że będą to zmiany polegające na uproszczeniu schematu, rezygnacji z pewnych kompletnie nierealnych terminów i całościowym patrzeniu na model opieki onkologicznej. Moim zdaniem nie ma potrzeby podziału na część diagnostyki wstępnej i pogłębionej, a już na pewno nie ma jej w raku płuca. Chciałbym przy okazji wytłumaczyć problemy z kartą DiLO. Niektórzy lekarze zamykają ją niemal od razu po wystawieniu, ponieważ w przypadku raka płuca bardzo trudno jest dotrzymać terminów badań diagnostycznych wymienionych na checkliście, szczególnie pulmonologom. Karta DiLO wymusza terminową realizację tych świadczeń. Nie mówiąc już o tym, że zgodnie z przepisami po konsylium mamy 2 tygodnie na rozpoczęcie leczenia – w przypadku zabiegu chirurgicznego jest to bardzo karkołomne wymaganie.

AGNIESZKA MASTALERZ-MIGAS: Teoretycznie lekarz POZ ma dostęp do wszystkich danych pacjenta, natomiast do systemu ciągle jeszcze spływa zbyt mało informacji. Marzy mi się, by karta DiLO była narzędziem w pełni cyfrowym, optymalnie z podpowiedzią generowaną przez system, dokąd kierować pacjenta z określonym podejrzeniem i kodem zamieszkania. W systemie powinien być również ślad, że centrum onkologii odebrało te dane i przyjęło pacjenta.

Gdzie widzą państwo wąskie gardła w szybkiej ścieżce onkologicznej?

ADAM MACIEJCZYK: Na pewno jest nim bronchoskopia o wysokiej jakości. Czym innym jest jednak sam dostęp do badania, a czym innym jakość jego wykonania i efektywność wyniku. Wąskim gardłem jest również badanie PET-CT, które powinno być wykonane u każdego pacjenta kwalifikowanego do leczenia radykalnego, by wykluczyć przerzuty i ocenić, czy decyzja o takim leczeniu nie powinna zostać wstrzymana. Wąskich gardła na pewno jest więcej i bardzo ważne jest ich wykrywanie na bieżąco, by je poszerzać. To jest jeden z głównych celów Krajowej Sieci Onkologicznej.

Pytanie dotyczy ekspozycji na radon. Czy naprawdę każdy, kto pali papierosy i mieszka w określonych powiatach Dolnego Śląska, wymienionych przez Ministerstwo Zdrowia, kwalifikuje się do programu przesiewowego?

ADAM MACIEJCZYK: Dyrektywa Unii Europejskiej nakazuje monitorowanie skażenia radonem. Radon jest gazem, który dobrze rozpuszcza się w wodzie i występuje w Sudetach. W praktyce programem profilaktycznym należy objąć osoby, które są narażone na ekspozycję na radon i mają co najmniej jeden dodatkowy czynnik ryzyka. Warto wiedzieć, że jeśli pacjent mieszka w okolicy podgórskiej, szczególnie tam, gdzie były kopalnie uranu, to w wodzie, którą czerpie z przydomowej studni, może być radon. Na ten gaz jest jednak prosty sposób: uwalnia się, gdy tę wodę pomieszymy. Nie dotyczy to osób, które mają wodę miejską, gdyż ona jest oceniana pod kątem obecności radonu. Mieszkańcy tych terenów powinni też często wietrzyć domy i nie uszczelniać ich.

Jak zmotywować lekarzy POZ, aby nie czekając na objawy, zlecali okresowo choć kontrolne RTG klatki piersiowej u osób z czynnikami ryzyka?

AGNIESZKA MASTALERZ-MIGAS: Myślę, że na to pytanie odpowiedzieliśmy na początku. Kontrolne RTG nie powinno być badaniem przesiewowym, można je rozważyć w sytuacji utrudnionego dostępu do niskodawkowej tomografii komputerowej. Warto natomiast mówić o motywacji do wychwytywania pacjentów z grupy ryzyka i kierowania ich na niskodawkową tomografię komputerową. Myślę, że takim motywatorem, o którym rozmawiamy choćby na forum zespołu ds. zmian w POZ, mogłaby być premia motywacyjna za zachęcanie pacjentów do udziału w programach profilaktycznych i badaniach przesiewowych i za osiągnięcie określonych progów w populacji, która się kwalifikuje do takich badań.

Instytucja lekarza rodzinnego nie sprawdza się w polskim systemie. Czy mają państwo pomysły, jak to zmienić? I czy obecnie jest to w ogóle możliwe?

AGNIESZKA MASTALERZ-MIGAS: Instytucja się sprawdza, to system nie wykorzystuje w pełni potencjału, jaki drzemie w specjalizacji z medycyny rodzinnej. Myślę, że trzeba zastanowić się nad tym, co zrobić, by lekarz rodzinny, wykształcony jako specjalista opieki podstawowej, mógł w pełni realizować to, do czego jest przygotowany i do czego ta specjalizacja go niejako predestynuje. W tej chwili system powoduje, że działania lekarza rodzinnego to głównie reaktywność. Nie ma czasu na profilaktykę, na kompleksowe zajęcie się pacjentem, bo ciągle gasimy pożary, zajmujemy się wieloma rzeczami, którymi lekarz nie musiałby się zajmować. Jeśli więc chcemy wykorzystać kompetencje lekarzy rodzinnych, to należy dać im duże wsparcie innych pracowników ochrony zdrowia, i to nie tylko medycznych – chodzi o koordynatora, wsparcie administracyjne, większy zakres kompetencji dla pielęgniarek, które w POZ są mocno niewykorzystane. Wtedy zobaczymy, że lekarz rodzinny jak najbardziej sprawdza się w systemie. Myślę, że dziś trudno sobie wyobrazić system ochrony zdrowia bez lekarzy rodzinnych, którzy mają szerokie kompetencje. Tylko trzeba pozwolić im pracować i motywować ich do tego, żeby pracowali lepiej.

Jak pandemia wpłynęła na diagnostykę i leczenie raka płuca? Czy są konkretne dane?

ADAM MACIEJCZYK: Są, nawet bardzo konkretne. Dane te zostały umieszczone w raporcie ogólnopolskim na temat sytuacji onkologicznej w pandemii, który jako Dolnośląskie Centrum Onkologii przygotowaliśmy wspólnie z Narodowym Instytutem Onkologii. Wnioski zasadniczo sprowadzają się do tego, że pacjenci z podejrzeniem raka płuca mieli w pandemii utrudniony dostęp do diagnostyki onkologicznej, gdyż objawy tego nowotworu są podobne do objawów COVID-19. Poza tym szpitale pulmonologiczne zostały przekształcone w szpitale covidowe. Niestety ten błąd się w tej chwili powiela. Apelowaliśmy o to, żeby z naszych szpitali i z oddziałów pulmonologicznych nie robiono oddziałów covidowych, jednak na razie w większości przypadków bez efektu. Z raportu wynika również, że w pandemii istotnie zwiększyła się liczba pacjentów z rakiem płuca w IV stopniu zaawansowania. W innych nowotworach takiej sytuacji nie mamy.

Tekst powstał na podstawie e-konferencji CZUJNOŚĆ ONKOLOGICZNA CYKL I „PŁUCO” pod kierownictwem naukowym dr hab. n. med. Agnieszki Mastalerz-Migas, prof. UMW, oraz dr. hab. n. med. Adama Maciejczyka. Dwugłos Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Medycyny Rodzinnej i Przewodniczącego Zarządu Głównego PTO z dnia 22 listopada 2021 r.