

PRIORYTETY W OCHRONIE ZDROWIA 2022

Polki nie muszą żyć krócej niż Unii Europejskiej. Co jest do

Polska wciąż wyprzedza kraje Europy Zachodniej, jeśli chodzi o ponure statystyki zgonów z powodu nowotworów kobiecych. Z powodu raka jajnika, szyjki macicy i endometrium każdego roku w naszym kraju umiera ok. 6 tys. kobiet. O tym, czy tę liczbę można zmniejszyć, jak to zrobić, jakie są priorytety w tych obszarach na 2022 r. – rozmawiali uczestnicy panelu „Zdrowie kobiety”.

Zdrowie polskich kobiet jest gorsze od zdrowia pozostałych mieszkanki Unii Europejskiej. Sytuację pogorszyła jeszcze pandemia COVID-19. Dane za ubiegły rok pokazują, że długość życia Polek skróciła się o rok. Jeżeli chodzi o przyczyny zgonów, to – podobnie jak w przypadku mężczyzn – na pierwszym miejscu są choroby układu krążenia, na drugim choroby nowotworowe.

Jak Polki chorują na nowotwory

„Wyzwania w opiece onkologicznej w Polsce – nowotwory ginekologiczne i rak piersi” to raport przygotowany przez zespół ekspertów i HTA Consulting. Robert Plisko, wiceprezes firmy HTA Consulting, zaprezentował najważniejsze wnioski z tego opracowania.

– Nowotwory ogółem odpowiadają za prawie 20 proc. obciążenia społecznego wyrażonego wskaźnikiem DALY, czyli latami życia skorygowanymi o niepełnosprawność. Co trzecia jednostka DALY związana jest z nowotworami. Głównie dotyczy to raka piersi i nowotworów ginekologicznych. Co roku tracimy ok. 350 tys. lat w zdrowiu w związku z przedwczesnymi zgonami lub niepełnosprawnością spowodowanymi tymi nowotworami – wyjaśnił wiceprezes Plisko.

Z raportu wynika, że największe szanse wieloletniego przeżycia mają chore na raka piersi i endometrium (trzonu macicy), w których to nowotworach współczynniki przeżycia względnego wynoszą 75–85 proc. W przypadku raka szyjki macicy jest to 55 proc., w raku jajnika – ok. 40 proc.

– Jeśli chodzi o raka piersi, w Polsce sytuacja jest dość niepokojąca, bo liczba zgonów rośnie i jest to trend przeciwny do obserwowanego w pozostałych krajach UE, gdzie liczba zgonów co najmniej ustabilizowała się, mimo że zapadalność rośnie. W raku szyjki macicy dzięki profilaktyce, tj. badaniom cytologicznym, liczba zgonów maleje, podobnie jak zapadalność i utracone DALY. Podobne trendy obserwujemy w innych krajach UE. W raku

jajnika mamy odwrócone trendy. W Polsce mocno rosną zarówno zapadalność, jak i liczba zgonów – od lat 90. XX w., a w krajach UE liczba zgonów się ustabilizowała, zapadalność zmalała, jak również utracone lata życia. W przypadku kolejnego nowotworu ginekologicznego, czyli raka endometrium – tutaj zarówno w Polsce, jak i krajach UE rośnie zarówno liczba zgonów, jak i zapadalność, a także utracone lata życia. Ta sytuacja wymaga baczniejszego przyjrzenia się problemowi i zaplanowania odpowiedniej strategii, żeby zmienić statystyki – zauważył Robert Plisko. HTA Consulting przygotowuje kolejny raport, tym razem poświęcony porównaniu refundacji i dostępu do leków w Polsce i pozostałych państwach Grupy Wyszehradzkiej (oprócz Polski – Czechy, Słowacja i Węgry).

– Analizujemy, jaki jest dostęp do najnowszych, ostatnio zarejestrowanych terapii w poszczególnych jednostkach chorobowych, m.in. raku piersi oraz raku jajnika. W leczeniu raka piersi od 2010 r. zarejestrowano 14 cząsteczek, w Polsce refundowanych jest 36 proc. z nich, na Węgrzech i w Czechach jest to 50 proc., czyli siedem z tych cząsteczek. W przypadku raka jajnika akurat u nas w Polsce jest całkiem dobra sytuacja, bo z pięciu cząsteczek, które zostały zarejestrowane od 2010 r., dwie są dostępne, natomiast na Węgrzech i w Czechach tylko po jednej. W omawianych dwóch nowotworach mamy dwa programy lekowe, po jednym w każdym z nich. W raku jajnika dostępne są trzy substancje lecznicze, w raku piersi tych substancji leczniczych jest zdecydowanie więcej – tłumaczył wiceprezes Plisko.

– Z danych raportowanych przez NFZ wynika, że z roku na rok coraz bardziej rośnie liczba świadczeń udzielanych w omawianych nowotworach, co za tym idzie – oczywiście liczba chorych, dla których rozliczono te świadczenia. W raku piersi zareportowano przeszło 300 tys. pacjentek, raku szyjki 66 tys., raku trzonu macicy 106 tys., raku jaj-

nika 55 tys. Z roku na rok te liczby rosną. Należy także spojrzeć na koszty, bo każda z tych jednostek chorobowych generuje nie tylko koszty bezpośrednie, medyczne, związane z uruchamianiem poszczególnych części koszty świadczeń gwarantowanych, lecz także koszty pośrednie, czyli te, które powstają na skutek niepełnosprawności, niezdolności do pracy, śmierci – dodał wiceprezes Plisko.

Mamy w Polsce postęp w profilaktyce raka szyjki macicy

Profilaktyka jest podstawowym, łatwym do wprowadzenia sposobem na zmniejszenie umieralności. Wśród nowotworów ginekologicznych profilaktyka jest możliwa właściwie tylko w jednym z nich, czyli raku szyjki macicy. Każdego roku na ten nowotwór zapada ok. 2,5 tys. Polek, a umiera ok. 1,5 tys. Co się zmienia, jeżeli chodzi o profilaktykę?

– Rzeczywiście rak szyjki macicy jest dość unikalny, dlatego że dysponujemy zarówno profilaktyką wtórną, jak i pierwotną. Wtórna, czyli badaniem cytologicznym, pierwotną, czyli szczepieniami przeciwko HPV. Kraje rozwinięte dosyć dobrze wykorzystują te możliwości, ale jeszcze żaden nie poradził sobie całkowicie z tym nowotworem. Są plany, aby opierając się na połączeniu tych dwóch metod profilaktyki pierwotnej i wtórnej, sprowadzić raka szyjki macicy do miana takiego kazuistycznego – wyjaśnił dr hab. n. med. Andrzej Nowakowski, prof. NIO, kierownik Zakładu Profilaktyki Nowotworów Narodowego Instytutu Onkologii – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie.

Profesor Nowakowski zauważył, że mamy w Polsce postęp, choć nie jest u nas tak dobrze z profilaktyką jak w innych krajach, które przodują pod tym względem. – Mimo to od 30 lat notujemy trendy spadkowe. Dane Krajowego Rejestru Nowotworów z roku 2019 pokazują spadki zarówno zachorowal-

ności, jak i umieralności. Jesteśmy zapóźnieni, jeśli chodzi o profilaktykę, bo znaczna część krajów rozpoczęła refundację profilaktyki pierwotnej już kilka lat temu. W Polsce dopiero od 1 listopada 2021 r. mamy pierwszą refundowaną, na razie w 50 proc., szczepionkę przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego, który jest czynnikiem spraczym rozwoju raka szyjki macicy. Wiemy, że są pozytywne opinie AOTMiT o kolejnych szczepionkach. Trwają intensywne działania, aby szczepionki przeciwko HPV były dostępne bezpłatnie, początkowo dla nastoletnich dziewcząt, kiedy ta profilaktyka ma szansę być najbardziej skuteczna. Narodowa Strategia Onkologiczna zakłada, że w ciągu kilku lat powinniśmy objąć szczepieniami ok. 60 proc. populacji nastolatki. Myślę, że to nie są jakieś wygórowane cele, bo niektóre kraje mają ten wskaźnik na poziomie 80–90 proc. – powiedział ekspert.

W przypadku profilaktyki wtórnej, czyli wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, Narodowa Strategia Onkologiczna zakłada wprowadzenie nowych metod diagnostycznych, bardziej czułych niż badanie cytologiczne, czyli metod molekularnych wykrywających czynniki sprawczy raka szyjki macicy, którym jest zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego. W tym zakresie również prowadzone są intensywne działania.

Szczepienia przeciwko HPV inwestycją w przyszłość

Profesor Nowakowski przypomniał, że pierwsze badania kliniczne nad bezpieczeństwem i skutecznością szczepionek przeciwko HPV rozpoczęły się na początku tego wieku. – Dysponujemy więc ponad 20-letnim okresem obserwacji. Absolutnie uważam, że należy skorzystać z tej szansy. Szczepione mogą być wszystkie osoby bez przeciwwskazań powyżej 9. roku życia. Ostatni krok to wprowadzenie szczepień



kobiety w innych krajach tego potrzebne?

Iwona Kazimierska

przeciwko HPV do Programu Szczepień Ochronnych, co spowoduje, że będą bezpłatne – ocenił prof. Andrzej Nowakowski.

Według eksperta inwestycja w szczepienia ochronne to inwestycja w przyszłość. – Dziewczęta szczepione teraz w wieku 12, 13 lat, także chłopcy, unikną szczytu zapadalności na nowotwory, który przypada na siódmą dekadę życia. W Polsce najistotniejszym czynnikiem ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy jest wiek – 40 proc. zachorowań i zgonów przypada na wiek powyżej 60 lat. Miną więc dekady, nim zobaczymy ostateczne efekty wprowadzenia szczepień przeciwko HPV. Jednak mamy twarde dowody naukowe, które jasno wskazują, że osoby zaszczepione w wieku 12, 13 lat mają o 70–80 proc. mniejsze ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy – wyjaśnił prof. Nowakowski.

– Mam nadzieję, że ten rok będzie przełomowy i państwo weźmie na siebie ciężar profilaktyki pierwotnej raka szyjki macicy. Myślę, że za kilka lat do grupy szczepionych dołączą również chłopcy i dzięki temu choroby wywoływane wirusem brodawczaka ludzkiego będą coraz rzadsze w Polsce u obu płci – podsumował prof. Nowakowski.

Niezmiernie ważne jest, żeby rodzice chcieli szczepić swoje dzieci przeciwko HPV. Jak ich do tego przekonać?

– Profilaktyka pierwotna bezwzględnie musi być bezpłatna. Z jednej strony mamy w społeczeństwie brak świadomości na temat korzyści płynących ze szczepień przeciwko HPV, z drugiej strony odpłatność powoduje, że nieliczne rodziny decydują się zaszczepić dziecko. Staramy się, żeby mamy zrozumiały, że nie ma lepszego prezentu dla dziecka, jak je zaszczepić – podkreśliła Krystyna Wechmann z Federacji Stowarzyszeń Amazonki, prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych. – Nie ma nic ważniejszego niż świadomość zadbania o swoje zdrowie, dlatego profilaktyka musi być najważniejsza. W Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, współpracując ze stowarzyszeniami zajmującymi się nowotworami ginekologicznymi, staramy się to wszystkim uświadamiać. Żeby dorosłe kobiety w porę zadbały również o siebie, swoje zdrowie, bo nie ma nic gorszego niż mama



W DEBACIE UCZESTNICZYLI:

- **dr hab. n. med. Anita Chudecka-Głaz, prof. PUM** – kierownik Kliniki Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dziewcząt Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
- **dr hab. n. med. Radostaw Mądry** – kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu oraz Oddziału Ginekologii Onkologicznej w Szpitalu Klinicznym im. Heliodora Świącickiego w Poznaniu, przewodniczący Grupy ds. Raka Jajnika i Polskiej Grupy Ginekologii Onkologicznej, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej
- **dr hab. n. med. Andrzej Nowakowski, prof. NIO** – kierownik Zakładu Profilaktyki Nowotworów Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie
- **Robert Plisko** – prezes Stowarzyszenia CEESTAHC, wiceprezes firmy HTA Consulting
- **Krystyna Wechmann** – Federacja Stowarzyszeń Amazonki, prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych
- moderator: **Katarzyna Pinkosz**

dbająca o wszystkich, a zapominająca o sobie – dodała.

Ogromne zmiany w leczeniu chorych na raka jajnika

W raku jajnika nie ma możliwości profilaktyki, możliwości wczesnego wykrycia choroby. Jedyne, co można zrobić, to dobrze leczyć te kobiety, u których już zdiagnozowano ten nowotwór. W minionym roku wydarzyło się dużo dobrego, jeżeli chodzi o leczenie chorych na raka jajnika. Ostatnia wiadomość jest taka, że inhibitory PARP są już dla nich dostępne

niezależnie od mutacji w genach BRCA1/BRCA2 w pierwszej linii leczenia.

– Jest to niezwykle dobra wiadomość, że od 1 stycznia 2022 r. mamy szerszy wachlarz leków, które możemy stosować u pacjentek z zaawansowanym rakiem jajnika. Chcę sprostować informacje, które pojawiły się w mediach, jakoby nowy lek był przeznaczony dla wszystkich chorych na raka jajnika. Na dziś inhibitory PARP nie są dostępne dla wszystkich chorych – poinformowała dr hab. n. med. Anita Chudecka-Głaz, prof. PUM, lekarz kierujący Kliniką Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekolo-

gicznej Dorosłych i Dziewcząt w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.

Profesor Chudecka-Głaz przypomniała, że pacjentka musi spełnić określone kryteria, aby otrzymać nowe leki. Trzy podstawowe to takie, że musi mieć zaawansowanego raka jajnika, czyli w stadium III i IV (I i II stopień nie kwalifikuje do udziału w programie lekowym), musi mieć nisko zróżnicowanego raka jajnika i musi być płatynowrażliwa, co oznacza, że odpowiedział całościwą bądź częściową remisją

PRIORYTETY W OCHRONIE ZDROWIA 2022

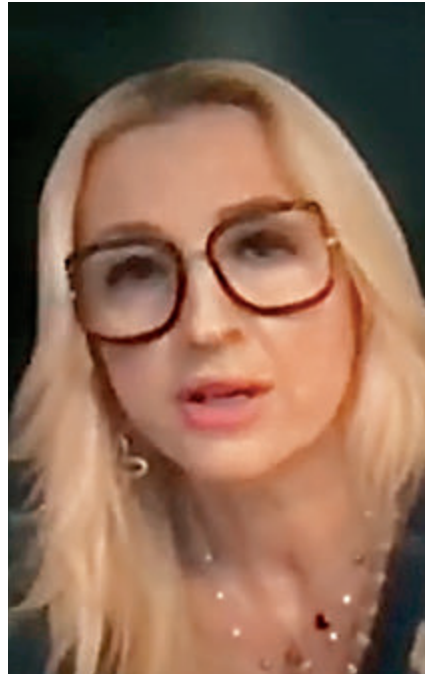
na leczenie chemioterapią z wykorzystaniem platyn. Ekspertka wyjaśniła, że te ograniczenia nie wynikają z zapisów programu lekowego, ale z badania, które udowodniło skuteczność niraparibu w takiej właśnie populacji chorych.

– Jeżeli pacjentki nie spełnią tych trzech podstawowych kryteriów, nie ma mowy o włączeniu u nich inhibitora PARP. Dopiero na tym etapie ma znaczenie, czy pacjentka jest czy też nie jest nosicielką mutacji. Do końca 2021 r. terapia z wykorzystaniem inhibitorów PARP była dostępna tylko dla chorych z mutacją w genie BRCA1/BRCA2 i spełniających kryteria, które wymieniłam. Rewolucja, jaka się dokonała od 1 stycznia 2022 r., polega na tym, że jeżeli pacjentka spełnia trzy podstawowe kryteria, a nie jest nosicielką mutacji BRCA1/BRCA2, mamy dla niej inhibitor PARP – niraparib, który może być podawany niezależnie od statusu molekularnego. To jest ogromny postęp, z którego cieszymy się my, lekarze, a jeszcze bardziej cieszą się pacjentki. Jest to na pewno ogromny sukces Ministerstwa Zdrowia, że nastąpiła refundacja tego leku – tłumaczyła ekspertka. – Ta decyzja pozwala nam na zastosowanie niraparibu w bardzo dobrym momencie, czyli wtedy, kiedy chora odpowiedziała na pierwotne leczenie i jest po pierwszej linii terapii. Początek leczenia, czyli zabieg chirurgiczny, chemioterapia I linii i terapia podtrzymująca są kluczowe dla dalszych losów pacjentki. Dlatego możliwość leczenia podtrzymującego za pomocą niraparibu czy olaparibu chorych, które są w trakcie pierwotnego leczenia, to ogromny sukces – dodała.

Profesor Chudecka-Głaz przypomniła, że zgodnie z protokołem, aby pacjentka mogła otrzymać leczenie podtrzymujące, musi skończyć cykl chemioterapii – standardowo sześć kursów leczenia uzupełniającego. Następnie ma wykonywane badania obrazowe w celu potwierdzenia odpowiedzi na tę terapię, czyli potwierdzenie całkowitej bądź częściowej remisji. Dopiero wtedy podejmowana jest decyzja, czy może uzyskać leczenie podtrzymujące z zastosowaniem inhibitorów PARP.

Leczenie podtrzymujące wydłuża czas wolny od objawów

Na pytanie, jakie korzyści zyskują chore na raka jajnika, które otrzymają terapię podtrzymującą w I linii leczenia, prof. Chudecka-Głaz odpowiedziała: – Kryteria, o których mówiłam, dotyczą bardzo trudnej populacji, tej, która ma najgorsze rokowania. To są pacjentki z zaawansowanym rakiem jajnika, m.in w IV stadium, czy też leczone wcześniej chemioterapią neoadiuwantową. Te chore są narażone na wiele lat leczenia, wiele kursów chemioterapii.



Fot. Termedia / Patryk Rydzik

”

prof. Anita Chudecka-Głaz:

Możliwość leczenia podtrzymującego za pomocą niraparibu czy olaparibu chorych, które są w trakcie pierwotnego leczenia, to ogromny sukces

Zastosowanie leczenia podtrzymującego powoduje, że czas wolny od objawów choroby się wydłuża. Na razie nie mamy danych dotyczących czasu całkowitego przeżycia, które pokazywałyby, że pacjentki otrzymujące leczenie podtrzymujące oparte na inhibitorach PARP po pierwszej linii chemioterapii żyją dłużej od tych, które inhibitorów PARP nie przyjmowały. Wszystkie pacjentki, które były włączone do badań stanowiących podstawę rejestracji i refundacji, są dalej poddawane analizie i takie wyniki na pewno będziemy mieć w niedługim czasie. Jednak dziś wiemy na pewno, że inhibitory PARP wydłużają znacząco czas wolny od objawów choroby.

Rak trzonu macicy – mniejszy rak? Nic bardziej mylnego!

Spośród nowotworów ginekologicznych stosunkowo najrzadziej mówi się o raku endometrium (raku trzonu macicy), choć jest to najczęstszy nowotwór ginekologiczny. Może z tego powodu, że uchodzi za nowotwór stosunkowo najmniej groźny. Czy tak rzeczywiście jest?



Fot. Termedia / Patryk Rydzik

”

dr hab. Radosław Mądry:

Wydaje mi się, że wyzwaniem na rok 2022 jest program terapeutyczny dający możliwość zastosowania bewacizumabu z olaparibem równocześnie, tak jak były leczone uczestniczki badania Paola-1

Doktor hab. n. med. Radosław Mądry, kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu oraz Oddziału Ginekologii Onkologicznej w Szpitalu Klinicznym im. Heliodora Święcickiego w Poznaniu wyjaśnia: – Historycznie ten nowotwór, w porównaniu z rakiem szyjki macicy czy rakiem jajnika, jest tym, który zabija najrzadziej. Jednocześnie jest to jedyny nowotwór ginekologiczny, w którym zachorowalność istotnie rośnie. Z dużym prawdopodobieństwem możemy stwierdzić, że przyczynia się do tego rozprzestrzeniająca się epidemia nadwagi i otyłości, które istotnie zwiększają ryzyko wystąpienia tego nowotworu. Kolejny czynnik sprawczy to starzenie się populacji. Wydaje się też, że coś zaczęliśmy robić źle, lecząc raka trzonu macicy, bo lawinowo wzrasta liczba kobiet, które umierają z jego powodu. W 2005 r. umierało 18 proc. pacjentek, a w roku 2019 już 31 proc. To jest dramatyczny sygnał, że gdzieś popełniamy błąd. Sądzę, że jest to związane z traktowaniem tego nowotworu jako „mniejszego raka”. Nawet w świadomości profesjonalistów jest to nowotwór, do diagnostyki którego wystarczy



Fot. Termedia / Patryk Rydzik

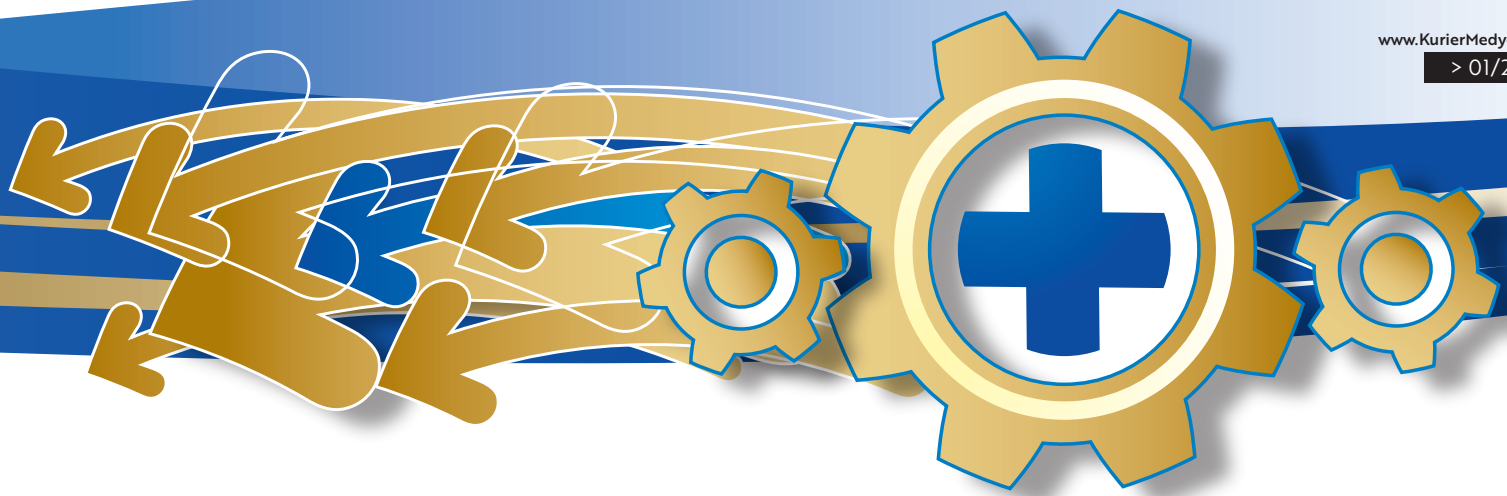
”

prof. Andrzej Nowakowski:

Dziewczęta szczepione przeciwko HPV w wieku 12–13 lat, a także chłopcy, unikną szczytu zapadalności na nowotwory, który przypada na siódmą dekadę życia

badanie ultrasonograficzne i RTG klatki piersiowej, a następnie wykonanie prostego zabiegu chirurgicznego. Po tym nie kwalifikujemy pacjentek we właściwy sposób do leczenia uzupełniającego. Mamy więc do czynienia z bardzo istotnym problemem, na który trzeba zwrócić uwagę, bo w ciągu kilkunastu lat z 700 zgonów rocznie zrobiło się ponad 1800. Ekspert jest zdania, że leczenie raka trzonu macicy w Polsce musi ulec bardzo głębokiej zmianie, może nie rewolucyjnej, ale ewolucyjnej. Zapewne niełatwo będzie odwrócić trend wzrastających zachorowań, ale zwiększająca się liczba zgonów jest związana z leczeniem i to jest sytuacja, którą trzeba zmienić. Potrzebne są zmiany organizacyjne, zwiększenie rygorów postępowania diagnostycznego i przedoperacyjnego, a następnie sposobu kwalifikacji do leczenia uzupełniającego.

W terapii raka trzonu macicy pojawiły się nowe opcje – leki będące inhibitorami punktów kontrolnych, odblokowujące system immunologiczny. – Wydaje się, że w raku trzonu macicy te leki mogą być bardzo efektywne. W Europie zarejestrowana jest jedna taka



Fot. Termedia / Patryk Rydzik



Fot. Termedia / Patryk Rydzik

”

Robert Plisko:

Największe szanse wieloletniego przeżycia mają chore na raka piersi i endometrium, w których to nowotworach współczynniki przeżycia względnego wynoszą 75–85 proc.

cząsteczka, w Stanach Zjednoczonych jeszcze jedna. To stwarza szansę na wzbogacenie procesu leczenia o dodatkowe linie. Na razie w raku trzonu macicy niestety nie mamy tak wielu możliwości terapii jak w raku jajnika. Dlatego nowe leki na pewno są bardzo potrzebne – zauważył dr hab. Radosław Mądry.

Kompleksowość i centralizacja leczenia są niezwykle istotne

Eksperti uczestniczący w panelu przedstawili swoje priorytety na rok 2022 w obszarze nowotworów kobiecych.

Prof. Anita Chudecka-Głaz stwierdziła: – Czekamy na powstanie ośrodków kompetencji z zakresu ginekologii onkologicznej. Myślę, że jeżeli mamy gdzieś szukać powodów, dla których statystyki dotyczące nowotworów ginekologicznych są tak złe, to właśnie w organizacji leczenia – jego rozproszeniu, braku kompleksowości. Ośrodki kompetencji znacząco poprawiłyby przeżywalność. Ja i doc. Mądry pracujemy w takich ośrodkach, ale duża część pacjentek jest leczona w tzw. terenie. Zwłaszcza nowotwory endometrium są tam chętnie leczone,

”

Krystyna Wechmann:

Priorytetem organizacji pacjentów jest na pewno edukacja, bo edukacja ratuje życie. Będziemy zabiegać o odpowiednią jakość wykonywanych badań profilaktycznych i oczywiście utworzenie ośrodków kompetencji poświęconych poszczególnym narządom

bo w przypadku raka jajnika jest większa centralizacja. Podkreślę jeszcze raz, że kompleksowość i centralizacja leczenia są niezwykle istotne. Przy czym centralizacja nie musi polegać na tym, że wszystkie pacjentki są leczone od początku do końca w ośrodku kompetencji, ale tam powinien zostać przygotowany dla nich plan leczenia, wyznaczona ścieżka terapeutyczna. Dostępność leczenia molekularnego jest coraz większa, więc personalizacja leczenia również będzie coraz większa, a zatem proces terapeutyczny staje się coraz trudniejszy. Stąd konieczność tworzenia ośrodków kompetencji. Myślę, że to jest jedna z ważniejszych rzeczy, która powinna się dokonać w 2022 r.

Doktor hab. Radosław Mądry podkreślił: – Jestem za tym, aby ośrodki kompetencji powstały w sposób naturalny, a nie zadekretowane odgórnie. Myślę, że można to uregulować poprzez właściwe finansowanie odpowiedniej liczby procedur oraz konieczność realizowania określonych procedur w określonym miejscu. Pracujemy w ośrodkach, gdzie jednocześnie leczy się chirurgicznie i stosuje chemioterapię. Ten

model kompleksowej terapii w jednym miejscu w przypadku raka jajnika jest na pewno bardzo efektywny. Nie ma sytuacji, że pacjentka musi czekać na operację albo szukać ośrodka, w którym zostanie zoperowana. Mam dużo pacjentek, które przyjeżdżają do mnie często z odległych miejsc, i wiem, że współpraca nawet między bardzo renomowanymi miejscami układa się różnie. Wydaje mi się, że wyzwaniem na rok 2022 jest program terapeutyczny dający możliwość zastosowania bewacizumabu w olaparibem równocześnie, tak jak były leczone uczestniczki badania Paola-1. Teraz ta terapia nie jest w Polsce dostępna. Musimy zdecydować, czy przerywać leczenie z wykorzystaniem bewacizumabu i rozpoczynać inhibitorami PARP, bo nie możemy ich połączyć. Wydaje się, że jest to wyzwanie do zrealizowania, niewiążące się chyba z dramatycznymi kosztami. A byłaby to szansa na lepsze leczenie naszych pacjentek. W przypadku raka trzonu macicy musimy zacząć od zidentyfikowania najbardziej prawdopodobnych powodów wzrostu liczby zgonów, a potem w racjonalny sposób im przeciwdziałać, zapewne również przez kompleksowe podejście do leczenia.

Potrzebne jest przyspieszenie tempa wprowadzania nowych leków

Profesor Andrzej Nowakowski podsumował: – Dla mnie priorytetem jest przede wszystkim uporanie się z pandemią. Takie wyzwanie stoi przed całym światem. Pandemia mocno utrudniła działania profilaktyczne, dostęp do diagnostyki i leczenia. Statystyki dotyczące udziału Polek w programie profilaktyki raka szyjki macicy, które już wcześniej nie były dobre, jeszcze się pogorszyły. Oczywiście powinna powstać sieć dobrych poziomów referencyjności ośrodków onkologicznych. Chore na raka jajnika absolutnie muszą być leczone w ośrodkach gwarantujących kompleksową opiekę. Nie może być tak, że operacja jest wykonywana w przypadkowym miejscu, a następnie pacjentka jest kierowana na chemioterapię w inne miejsce bez planu leczenia. Uważam, że część chorych na raka trzonu macicy niskiego ryzyka po stworzeniu planu leczenia w ośrodku onkologicznym może być przekierowywana do ośrodka niższego stopnia referencyjności, gdzie będzie miała wykonany zabieg chirurgiczny. Priorytetem będą zabiegi endoskopowe, bo takie są kryteria – 70–80 proc. zabiegów może być wykonanych w sposób minimalnie inwazyjny. Dla mnie osobiście priorytetem jest wprowadzenie bezpłatnych szczepień przeciwko HPV do programu Powszechnych Szczepień Ochronnych. Mam nadzieję, że uda się to w 2022 r.

Wiceprezes Robert Plisko stwierdził: – Dla mnie priorytetem jest dostęp do szczepień przeciwko HPV, ale też odpowiednia ich promocja. Społeczeństwo powinno wiedzieć, że są one dostępne i jakie korzyści z nich wynikają. Niezbędna jest zmiana organizacji leczenia nowotworów ginekologicznych poprzez utworzenie centrów kompetencyjnych. Potrzebne jest przyspieszenie tempa wprowadzania nowych leków, żeby czas między rejestracją a refundacją był znacznie krótszy. Teraz w przypadku niektórych leków wynosi on nawet 10 lat. Przyspieszenie refundacji miał zapewnić Fundusz Medyczny, zwłaszcza w terapiach onkologicznych i chorobach rzadkich. W pierwszym wykazie leków refundowanych dzięki Funduszowi znalazły się tylko leki stosowane w chorobach rzadkich, żaden lek onkologiczny tam nie trafił. Kolejne zagadnienie do poprawy to dostęp do leków w ramach procedury RDTL – Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowych. Wydawało się, że dzięki Funduszowi Medycznemu to poprawimy, bo nie będzie potrzebna ocena AOTMiT, decyzja ministra zdrowia. Według informacji opublikowanych na stronie Sejmu liczba pacjentów leczonych dzięki RDTL, mimo że proces został uproszczony, zdecydowanie spadła. Więc tę kwestię należałoby lepiej unormować. Uważam, że szczególnie należy się pochylić nad dostępnością nowych leków w raku endometrium. W tej jednostce chorobowej w Polsce poza leczeniem chirurgicznym możliwa jest tylko chemioterapia. Skoro są zarejestrowane nowe cząsteczki, należy się zastanowić nad ich refundacją. Zwłaszcza, że coraz więcej Polek choruje na raka endometrium – w ciągu 20 lat ich liczba wzrosła o 144 proc.

Prezes Krystyna Wechmann powiedziała: – Priorytetem organizacji pacjentów jest na pewno edukacja, bo edukacja ratuje życie. Będziemy zabiegać o odpowiednią jakość wykonywanych badań profilaktycznych i oczywiście utworzenie ośrodków kompetencji poświęconych poszczególnym narządom. Te ośrodki powinny powstać jak najszybciej, żeby ścieżka pacjentek była jasna, a kompleksowe leczenie odbywało się pod nadzorem koordynatora. Potrzebny jest lepszy dostęp do diagnostyki molekularnej, która pozwala na personalizację terapii, jak również stworzenie pacjentce możliwości wyboru terapii. Wprowadzanych jest dużo nowych cząsteczek, które nie są wykorzystywane w ośrodkach nienależących do referencyjnych. Tam pacjentka nawet nie ma szans na leczenie, które jest refundowane.

Nie możemy zapominać, że w leczeniu nowotworów ginekologicznych, podobnie jak w raku piersi, bardzo ważne są rehabilitacja i pomoc psychologiczna. ■