



Onkologia

W PRAKTYCE KLINICZNEJ

2013, tom 9



XVI Kongres Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej

Sopot, 29–31 sierpnia 2013 roku
Sheraton Sopot Hotel
Sopot, ul. Powstańców Warszawy 10



ORGANIZATOR



PATRONAT MEDIALNY



tvmed

Aktualne informacje znajdują się na stronie kongresu:
www.kongres.ptok.pl

Szanowni Państwo,

W imieniu Komitetów Naukowego i Organizacyjnego oraz Zarządu Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej mamy zaszczyt i przyjemność przywitać Państwa na XVI Kongresie naszego Towarzystwa, który odbędzie się w dniach 29–31 sierpnia 2013 roku w Centrum Konferencyjnym hotelu Sheraton w Sopocie.

Program tegorocznego Kongresu jest złożony z typowych sesji o charakterze naukowo-edukacyjnym oraz sesji poświęconych prezentacji własnych doświadczeń i trudnych przypadków zaczerpniętych z klinicznej praktyki. Zasadą wymienionych sesji jest omawianie wszystkich doniesień przez ekspertów w odpowiednich dziedzinach. Przygotowane zostało również omówienie najbardziej aktualnych problemów, ze szczególnym uwzględnieniem praktycznego zastosowania leczenia interdyscyplinarnego. Zapraszamy także do uczestnictwa w sesji nawiązującej do najważniejszych wydarzeń od ostatniego Kongresu PTOK. W trakcie Kongresu zostaną wręczone nagrody za wyróżnione prace wśród zgłoszonych na tegoroczny Konkurs PTOK 2013.

Mamy nadzieję, że atmosfera ostatnich dni lata będzie sprzyjać wymianie myśli i dyskusjom w gronie znajomych i przyjaciół. Licząc na Państwa aktywny udział, pozostajemy z wyrazami szacunku.

Przewodniczący Komitetu Naukowego

prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski

prof. dr hab. n. med. Piotr Potemski

prof. dr hab. n. med. Piotr Wysocki

Fundacja "Tam i z powrotem" z powodzeniem prowadzi akcję wydawniczą "Razem zwyciężymy raka!"

Celem akcji wydawniczej jest dostarczenie zainteresowanym – chorym i ich rodzinom – rzetelnej, fachowej wiedzy prezentowanej w zrozumiałym i przystępnym sposób. Poradniki są bezpłatnie dystrybuowane w ośrodkach onkologicznych, szpitalach, przychodniach czy w poradniach specjalistycznych w całej Polsce. Poradniki można również bezpłatnie pobrać w formie elektronicznej ze strony fundacji www.tamizpowrotem.org. Dzięki wsparciu darczyńców, Fundacja do tej pory wydała i dostarczyła zainteresowanym ponad 200 tysięcy egzemplarzy poradników. Zainteresowanie przerosło wszelkie oczekiwania. Taki odbiór pokazuje również, jak bardzo ważne jest wsparcie przez sponsorów i partnerów tej inicjatywy.

Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej (PTOK) objęło akcję „Razem zwyciężymy raka!” Honorowym Patronatem. Wsparcie tej inicjatywy przez wybitnych specjalistów zrzeszonych w PTOK jest ogromnym wyróżnieniem i stanowi potwierdzenie rzetelności oraz wiarygodności poradników.

W ramach akcji wydawniczej „Razem zwyciężymy raka!” zostały wydane następujące pozycje:

Po diagnozie. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin.

Poradnik stanowi podstawową informację na temat chorób nowotworowych, możliwych do zastosowania metod leczenia oraz sposobów pomocy psychologicznej pacjentom dotkniętym tymi chorobami.

Współpraca: Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Seksualność kobiety w chorobie nowotworowej. Poradnik dla kobiet i ich partnerów.

Poradnik odpowiada na często zadawane pytanie – jak wygląda jakość życia seksualnego kobiet, których stan zdrowia został powikłany diagnozą choroby nowotworowej i zastosowanym leczeniem.

Współpraca: Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Seksualność mężczyzny w chorobie nowotworowej. Poradnik dla mężczyzn i ich partnerek.

Poradnik stanowi uzupełnienie wiadomości o łagodzeniu

bądź zniesieniu dysfunkcji erekcyjnej i płodności u mężczyzn związanych z nowotworami.

Współpraca: Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Pomoc socjalna. Przewodnik dla pacjentów z chorobą nowotworową.

Kompendium wiedzy dotyczącej orzecznictwa rentowego i pozarentowego oraz zbiorów praktycznych wskazówek dla pacjentów i personelu medycznego zagubionych w gąszczu specjalistycznego języka aktów prawnych.

Współpraca: Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu

Pielęgnacja pacjenta w chorobie nowotworowej.

Zalecenia przedstawione w poradniku mogą być wykorzystywane zarówno w opiece szpitalnej lub hospicyjnej, jak również domowej.

Współpraca: Fundacja Hospicjum Onkologiczne Św. Krzysztofa w Warszawie

Chemioterapia i Ty. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową.

Poradnik wskazuje najlepsze sposoby postępowania podczas leczenia i pozwala zastosować metody odpowiednie dla poszczególnych rodzajów chemioterapii w celu zmniejszenia dokuczliwości powikłań.

Współpraca: Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej

Żywność a choroba nowotworowa. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin.

W poradniku zawarte zostały wskazówki i zalecenia dotyczące aspektów żywieniowych, opracowane zgodnie z obecnym stanem wiedzy i porządkujące olbrzymią liczbę informacji w tym zakresie.

Współpraca: Instytut Żywności i Żywienia im. prof. dra med. Aleksandra Szczygła w Warszawie

Gdy bliski choruje. Poradnik dla rodzin i opiekunów osób z chorobą nowotworową.

Publikacja jest skierowana do osób wspierających, które pomagają przejść bliskim przez terapię nowotworową.

Współpraca: Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Akcja wydawnicza
razem zwyciężymy raka!

tam  i z powrotem



Bezpłatne poradniki dostępne na www.tamizpowrotem.org

Nowości tegorocznego programu



Jednym z najważniejszych zadań Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej jest prowadzenie działalności naukowej i dydaktycznej, której celem powinno być doskonalenie wielospecjalistycznego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u chorych na złośliwe nowotwory. Wszystkie inicjatywy Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej zmierzają we wspomnianym kierunku. Oczywiście jest również potrzeba integracji środowiska lekarzy różnych specjalności onkologicznych — wymiana poglądów i doświadczeń jest najlepszym sposobem doskonalenia naszej działalności. Program tegorocznego XVI Kongresu Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej został pomyślany i przygotowany z myślą o czynnym udziale możliwie najszerzego grona lekarzy różnych specjalności onkologicznych, a także ma — w założeniu — stanowić okazję do prezentacji doświadczeń i problemów możliwie największej liczby ośrodków onkologicznych. Wspólną intencją osób zaangażowanych w tworzenie programu jest to, żeby XVI Kongres Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej był okazją do rzeczywistej i konstruktywnej wymiany poglądów na temat postępowania z chorymi na nowotwory.

Program tegorocznego Kongresu Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej jest złożony z typowych sesji o charakterze naukowo-edukacyjnym oraz sesji poświęconych prezentacji własnych doświadczeń i trudnych przypadków zaczerpniętych z klinicznej praktyki. Zasadą wymienionych sesji jest omawianie wszystkich doniesień przez ekspertów w odpowiednich dziedzinach. Uważam, że wspomniana formuła — prezentacja i dyskusja — stwarza doskonale możliwości edukacyjne. Podczas planowania wspomnianych sesji poświęconych naukowym doniesieniom oryginalnym i prezentacjom ciekawych przypadków nie oczekiwałem odzewu, który w rzeczywistości nastąpił. Zgłoszonych zostało około 50 ciekawych przypadków oraz około 30 doniesień oryginalnych

— Naukowy Komitet XVI Kongresu Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej musiał podzielić zgłoszenia, aby umożliwić odpowiednie formy prezentacji i dyskusji. Trzy sesje poświęcone prezentacji klinicznych problemów na podstawie opisów wybranych dwunastu przypadków uzupełniają publikacje pozostałych prac w suplemencie czasopisma „Onkologia w Praktyce Klinicznej”, które również są opatrzone komentarzami ekspertów. Podobny podział dotyczy naukowych doniesień — podczas kwalifikowania prac do prezentacji ustnych uwzględnialiśmy wartość naukową oraz możliwości wykorzystania wiedzy z zakresu biologii molekularnej nowotworów. Niezwykle ważny jest fakt przedstawienia większości przypadków i naukowych doniesień przez młodych onkologów, którzy są przyszłością naszych specjalności. Niektóre osoby wystąpią po raz pierwszy przed bardzo szerokim gronem słuchaczy — mam nadzieję, że obie strony odniosą korzyści podczas wspomnianych prezentacji.

W naszej pracy istotne znaczenie mają posiadanie odpowiedniej wiedzy i doświadczenia, ale ważne są również inne uwarunkowania. Mam na myśli świadomość znaczenia psychoonkologii i uwarunkowań prawnych w praktyce klinicznej. Oba zagadnienia zostaną przedstawione przez Osoby, które są wybitnymi ekspertami w swoich dziedzinach. Mam nadzieję, że wspomniana sesja znajdzie uznanie Uczestników XVI Kongresu Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej.

Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej dostrzega wielkie znaczenie, jakie ma współcześnie komunikacja za pomocą elektronicznych form

przekazu informacji. Zarząd Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej korzysta z ogromnego zapалу i doświadczenia Profesora Piotra Wysokiego, który jest animatorem i realizatorem koncepcji stworzenia możliwości wykorzystania tak zwanych mobilnych aplikacji w propagowaniu wiedzy i dostarczaniu informacji niezbędnych dla prowadzenia skutecznej praktyki klinicznej. Sesja — zaplanowana na piątek (30 sierpnia) — będzie poświęcona prezentacji nowych technologii szerzenia informacji, jakie Państwu proponuje Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej.

Mam nadzieję, że również inne sesje (w tym — poświęcona najważniejszym wydarzeniom naukowym, jakie miały miejsce od ostatniego spotkania) będą również cieszyć się zainteresowaniem. Program tegorocznego Kongresu Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej ma charakter wielospecjalistyczny — kilka sesji będzie poświęconych udziałowi metod miejscowego leczenia chorych na nowotwory, a Wykładowcami będą wybitni chirurdzy i radioterapeuci.

Podczas XVI Kongresu Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej będzie istniała możliwość zadawania pytań drogą elektroniczną, na które eksperci odpowiedzą w ciągu 7–14 dni po zakończeniu.

Podstawą sukcesu każdej konferencji jest czynny udział wszystkich Uczestników — zachęcam Państwa do aktywnego uczestnictwa, co przyczyni się do sukcesu obecnego spotkania i będzie miało nieocenioną wartość dla planowania następnych konferencji Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej. ■

Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski

Kierownik Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Centrum Onkologii-Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej. Od 1999 roku do chwili obecnej pełni funkcję krajowego konsultanta w dziedzinie onkologii klinicznej



W połowie 2012 roku Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (PTOK) — prof. Maciej Krzakowski zainicjował dyskusję na temat możliwości udoskonalenia strony internetowej Towarzystwa. Jednocześnie pojawił się pomysł stworzenia narzędzi cyfrowych, które byłyby przydatne Członkom PTOK w codziennej praktyce klinicznej. W ostatnim czasie gwałtownie wzrasta popularność urządzeń przenośnych (smartfonów, tabletów) umożliwiających nie tylko szybki dostęp do internetu, ale też stanowiących platformę dla najróżniejszych aplikacji mobilnych bardzo przydatnych w życiu codziennym. Od pewnego czasu pojawiają się również aplikacje medyczne, które można samodzielnie instalować w urządzeniach przenośnych np. indeksy leków, informatory medyczne.

PTOK zawsze pod ręką — aplikacje mobilne

Prof. dr hab. n. med. Piotr Wysocki

Wspólną decyzją Zarządu PTOK i wydawnictwa ViaMedica pod koniec ubiegłego roku zainicjowano proces tworzenia pierwszej aplikacji mobilnej dla członków Towarzystwa. Zdecydowano się na przygotowanie aplikacji na 3 najważniejsze platformy — iOS (iPhone), Android oraz Windows 8. W ciągu 8 miesięcy powstały 3 aplikacje, z których dwie — PROGRAMY LEKOWE oraz KURIER ONKOLOGICZNY są dostępne do pobrania w sklepach z aplikacjami (AppStore, Google Play oraz Marketplace), a trzecia (INTERAKTYWNA BAZA BADAŃ KLINICZNYCH — iBBK) znajduje się na etapie ostatecznych testów.

Aplikacje mobilne PTOK są przeznaczone dla czynnych członków Towarzystwa, którzy opłacili składkę członkowską za dany rok kalendarzowy. W celu aktywowania aplikacji po zainstalowaniu jej na urządzeniu przenośnym konieczne jest podanie numeru prawa wykonywania zawodu oraz indywidualnego kodu PTOK. Indywidualny kod można odczytać po zalogowaniu się do konta członkowskiego na portalu www.ptok.pl — zakładka „Twoje Konto”. Członkowie, którzy nie posiadają jeszcze konta w portalu PTOK muszą się zarejestrować online. Indywidualny kod każdego członka PTOK jest ważny przez cały rok kalendarzowy i umożliwia aktywację określonej aplikacji na trzech urządzeniach przenośnych.

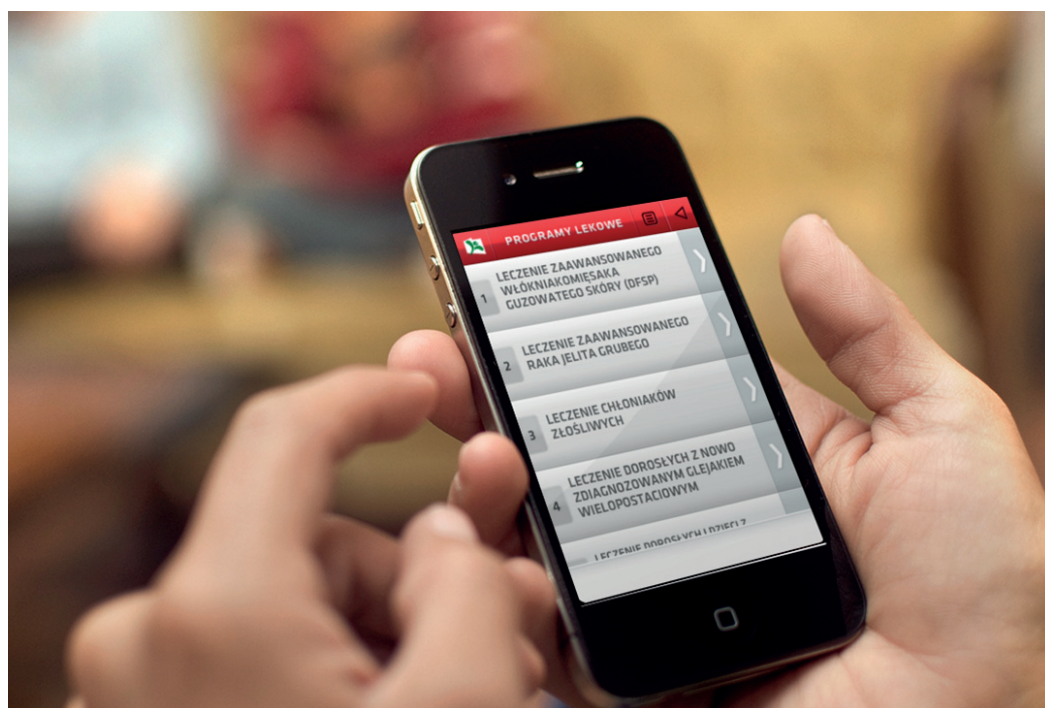
Na początku kolejnego roku kalendarzowego, po opłaceniu aktualnej składki członkowskiej na koncie członka w portalu www.ptok.pl pojawia się nowy kod, który przedłuża ważność aplikacji o kolejne 12 miesięcy.

PROGRAMY LEKOWE

Aplikacja Programy Lekowe umożliwia szybki i intuicyjny dostęp do opisów poszczególnych programów lekowych NFZ. W praktyce klinicznej, szczególnie w warunkach poradni chemioterapii często konieczne jest przywołanie konkretnych zapisów programu lekowego. Aby to zrobić, należy wyszukać interesującą informację w mało czytelnych, tabelarycznych opisach programów lekowych — na ekranie komputera lub na kartkach papieru. Aplikacja PROGRAMY LEKOWE zawiera w sobie wszystkie (aktualizowane na bieżąco) opisy programów lekowych NFZ. Dla każdego leku uwzględnionego w opisie danego programu lekowego dostępnych jest 7 zakładek:



- kryteria kwalifikacji
- czas leczenia w programie
- kryteria wyłączenia
- schemat dawkowania
- badania przy kwalifikacji
- monitorowanie bezpieczeństwa
- monitorowanie skuteczności.



www.ptok.pl

Dzięki przejrzystej budowie aplikacja PROGRAMY LEKOWE pozwala na szybki dostęp do konkretnej informacji dotyczącej kryteriów i procedur związanych z określonym programem lekowym.

KURIER ONKOLOGICZNY



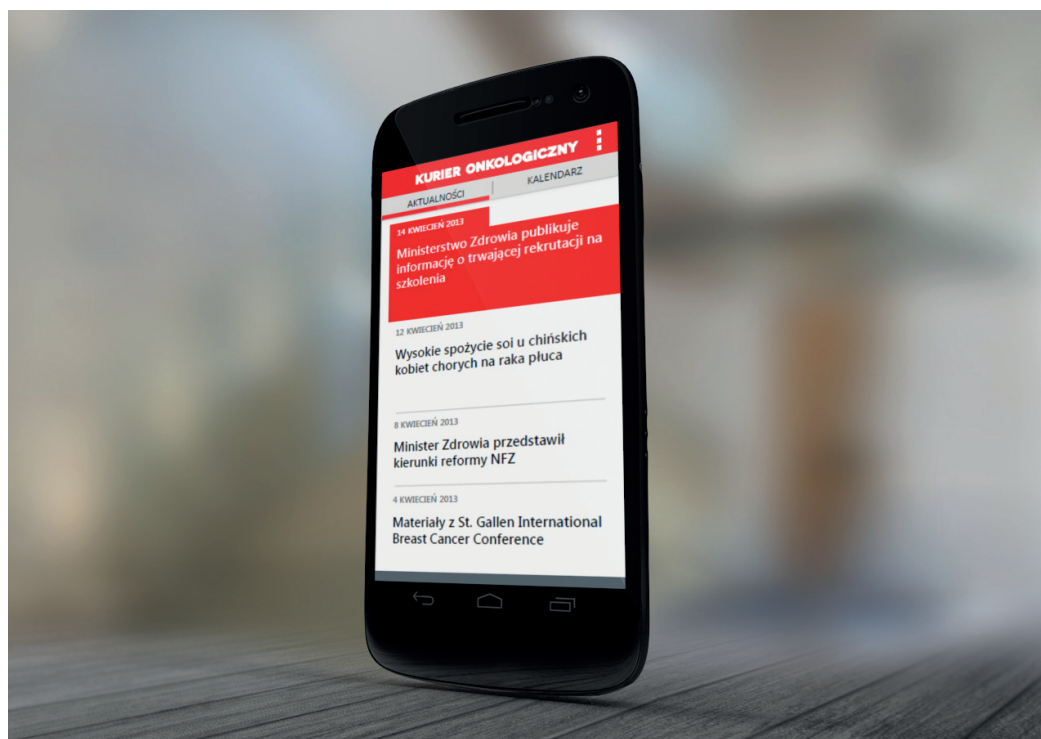
Ogromna liczba informacji onkologicznych płynąca z dziesiątek czasopism i niezliczonych konferencji naukowych przytłacza. W polskich

realiach większość onkologów nie dysponuje odpowiednią ilością czasu, aby być na bieżąco z interesującymi ich informacjami. Z tego powodu powstała aplikacja KURIER ONKOLOGICZNY. Aplikacja ta składa się z dwóch podstawowych części – aktualności oraz kalendarza. Aktualności to regularnie aktualizowane, krótkie informacje dotyczące najważniejszych wydarzeń w onkologii w ostatnim okresie (publikacje, doniesienia zjazdowe, rekomendacje międzynarodowe). Streszczenia ważnych doniesień, które dodatkowo będą opatrzone komentarzami przygotowuje zespół kilkunastu onkologów będących członkami Grupy Molekularnej przy Polskim Towarzystwie Onkologii Klinicznej. Tego typu forma przekazu umożliwi odbiorcom zapoznanie się z nowościami z zakresu onkologii i z ich potencjalnym wpływem na praktykę kliniczną w Polsce. Użytkownicy aplikacji będą mogli zapisywać w pamięci urządzenia interesujące ich doniesienia i będzie to równoznaczne z zapisaniem ich na koncie użytkownika w portalu www.ptok.pl. Tym samym nawet w przypadku zmiany lub uszkodzenia urządzenia przenośnego raz zapisane wiadomości będą zawsze dostępne. Docelowo użytkownicy będą mogli zgłaszać własne komentarze pod wiadomościami zamieszczonymi w KURIERZE ONKOLOGICZNYM.

Z kolei drugą część KURIERA ONKOLOGICZNEGO – „kalendarz” stanowi zbiór informacji na temat zbliżających się konferencji, kongresów, warsztatów oraz innych wydarzeń z zakresu onkologii odbywających się w kraju i za granicą. W przypadku wydarzeń odbywających się pod auspicjami PTOK w Kurierze Onkologicznym będzie dostępny pełen program danej konferencji wraz z innymi kluczowymi informacjami z nią związanymi (informacje logistyczne, streszczenia itp.). Aplikacja umożliwi również użytkownikowi dodanie danego zdarzenia do własnego kalendarza w urządzeniu mobilnym.

INTERAKTYWNA BAZA BADAŃ KLINICZNYCH

Wielokrotnie w praktyce klinicznej zdarza się sytuacja, w której jedyną opcją dalszego postępowania terapeutycznego u danego chorego jest



kwalifikacja go do badań klinicznych. Dziesiątki badań klinicznych prowadzone są w licznych ośrodkach onkologicznych w całej Polsce, jednak informacja dotycząca zarówno samych badań jak i lokalizacji ośrodków biorących w nich udział jest trudno dostępna. Obecnie podstawowym źródłem informacji na temat badań klinicznych są portale internetowe w tym clinicaltrials.gov prowadzony przez Amerykański Narodowy Instytut Zdrowia czy ‘badania kliniczne’ w portalu Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Niestety, oprócz możliwości szybkiego zweryfikowania czy w Polsce prowadzone jest badanie kliniczne w konkretnej sytuacji klinicznej i zapoznania się z informacjami dotyczącymi jego założeń brak jest wielu danych niezbędnych do szybkiej i prostej kwalifikacji chorego do takiego badania. Między innymi brak jest danych adresowych ośrodków uczestniczących w Polsce w danym badaniu, nie można zidentyfikować koordynatorów badań, a dodatkowo informacje są często nieaktualne bowiem np. badanie zakończono kilka lat temu, lub proces rekrutacji jeszcze się nie zaczął.

Interaktywna Baza Badań Klinicznych (iBBK) ma rozwiązać te problemy. Docelowo ma zawierać dane wszystkich aktywnych badań klinicznych toczących się w Polsce. Dzięki wbudowanej wyszukiwarce będzie można wyświetlić badania kliniczne z zakresu określonego nowotworu lub leku. Opis każdego badania zawartego w iBBK, oprócz standardowych danych dotyczących założeń badania, kryteriów włączenia i wyłączenia będzie zawierał szczegółowe dane krajowych ośrodków w nim uczestniczących (adres ośrodka, e-mail oraz bezpośredni telefon do koordynatora badania). Użytkownicy urządzeń mobilnych z poziomu aplikacji będą mogli wysyłać wiadomości bezpośrednio do koordynatora badania w wybranym ośrodku. Dodatkowo, korzystający z iBBK na smartfonach

będą mogli bezpośrednio połączyć się telefonicznie z koordynatorem badania w wybranym ośrodku. Nad kompletnością i aktualnością danych określonych badań wprowadzanych do iBBK czuwać będą przedstawiciele firm CRO nadzorujących określone badania. Z tego powodu aktualizacja danych badań klinicznych prowadzona będzie praktycznie w czasie rzeczywistym i wszelkie zmiany np. modyfikacje kryteriów włączenia/wyłączenia, otwarcie/zamknięcie ośrodka, zamknięcie badania powinny być od razu widoczne dla użytkowników iBBK.

Oddając iBBK w ręce onkologów, mamy nadzieję, że narzędzie to zdecydowanie poprawi świadomość lekarzy w zakresie toczących się w Polsce badań klinicznych oraz docelowo wyraźnie zwiększy populację chorych uczestniczących w tych badaniach.

DALSZE PLANY

W planach Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej oraz wydawnictwa ViaMedica jest tworzenie kolejnych aplikacji mobilnych dla Członków PTOK. Przy okazji każdej z trzech konferencji (Kongres PTOK, Biologia Molekularna Nowotworów, Konferencja Czasopisma „Onkologia w Praktyce Klinicznej”) w ręce onkologów będą oddawane kolejne aplikacje. Od momentu udostępnienia aplikacji PROGRAMY LEKOWE ze strony Członków PTOK pojawiają się sugestie nowych aplikacji oraz propozycje udoskonalenia już istniejących. Mamy nadzieję, że wspólne tworzenie i rozwijanie narzędzi informatycznych nie tylko ułatwi nam wszystkim praktykę kliniczną ale przede wszystkim zdecydowanie poprawi integrację środowiska onkologów skupionych w Polskim Towarzystwie Onkologii Klinicznej. Oczekujemy na Państwa propozycje i sugestie pod adresem mobile@ptok.pl. ■



Coroczny kongres Amerykańskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej jest przedsięwzięciem o tak dużej skali, że liczba odbywających się równolegle sesji wymusza dokonywanie przez uczestników konferencji niekiedy trudnych wyborów. W takiej sytuacji nieocenioną pomocą jest *Virtual Meeting* umożliwiający późniejszy dostęp online do niemal wszystkich prezentacji.



Dwugłos profesorów

Moje ASCO 2013

Prawdopodobnie wielu z Państwa uczestniczyło w końcu czerwca w konferencji PoASCO. W niniejszej relacji, która ma mniej formalny charakter, starałem się skoncentrować nie na prezentacjach dotyczących nowych, mało dostępnych lub w ogóle niedostępnych metod leczenia, ale na doniesieniach, które mogą mieć znaczenie praktyczne i wpływ na naszą codzienną praktykę lekarską. Wprawdzie należy być bardzo ostrożnym w zmienianiu postępowania lekarskiego tylko na podstawie lektury streszczeń z konferencji ASCO, ale doniesienia, które Państwu chcę przedstawić sprawiają jednak wrażenie, że mogą albo zmienić nasze codzienne postępowanie albo utwierdzić nas w przekonaniu, że dotychczasowe jest właściwe. Chciałbym także podzielić się swoimi refleksjami związanymi z sesją edukacyjną, w której uczestniczyłem, rezygnując z udziału w równoległych sesjach z doniesieniami oryginalnymi i — jak się okazało — była to słuszna decyzja.

Obserwacja u chorych na nowotwory jądra w pierwszym stopniu zaawansowania klinicznego

Zasady postępowania u chorych na nasieniaki w pierwszym stopniu zaawansowania obejmują obserwację, monoterapię karboplatiną lub radioterapię. Dotychczasowe doniesienia wskazują, że ryzyko wznowy u chorych poddanych wyłącznie obserwacji wynosi 17–19%, ale odsetek przeżyć 5-letnich swoistych dla nowotworu (po wyklucze-

niu zgonów z przyczyn innych niż nowotwór lub powikłania po leczeniu) sięga 99–100%. Z kolei u chorych na nienasieniaki możliwe sposoby postępowania po orchiektomii obejmują obserwację, limfadenektomię zaaotrzewną lub chemioterapię (2 kursy BEP). Dotychczasowe publikacje wskazują, że w przypadku nienasienaków częściej niż w nasieniakach, bo u prawie 30% chorych, dochodzi do nawrotu nowotworu (częściej w przypadku naciekania naczyń wewnątrzguzowych) — odsetek przeżyć 5-letnich swoistych dla raka wynosi także 98–100%.

W trakcie tegorocznej konferencji ASCO przedstawiono wyniki dwóch badań przeprowadzonych w dużych grupach mężczyzn oceniających wartość obserwacji jako sposobu postępowania u chorych na raka jądra.

Mortensen M. i wsp. (A4502) prześledzili losy 1822 Duńczyków, u których orchiektomię z powodu nasieniaka wykonano w latach 1984–2007.

Trzeba podkreślić, że prezentowane badanie cechowało się bardzo długim czasem obserwacji, którego mediana wyniosła aż 15,5 roku i znacznie przekraczała okresy obserwacji w publikacjach dotychczas dostępnych w literaturze. U 19,5% chorych stwierdzono nawrót raka — u 72% z nich w ciągu pierwszych 2 lat obserwacji (mediana czasu do nawrotu 14 mies.). U większości chorych nawrót wykryto w wykonywanych planowo badaniach obrazowych (przede wszystkim tomografia komputerowa). Trzy czynniki miały wpływ na zwiększenie ryzyka nawrotu: naciekanie naczyń w guzie (współczynnik ryzyka, HR = 1,37), średnica guza > 4 cm (HR = 1,39) oraz stężenie β HCG > 200 IU/l (HR = 3,58). W zależności od liczby czynników ryzyka (brak, 1 lub 2) wznowa występowała u 16, 26 i 37% chorych. Dziesięciu chorych zmarło z przyczyn związanych z chorobą nowotworową (w tym 4 z powikłań leczenia nawrotu), odsetek przeżyć 15-letnich swoistych dla

Dr hab. n. med. prof. nadzw. Piotr Potemski

Absolwent i profesor Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych i onkologii klinicznej. Pełni funkcje kierownika Kliniki Chemioterapii Nowotworów Katedry Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz przewodniczącego Oddziału Łódzkiego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Jest także przewodniczącym Komisji Inicjatyw Klinicznych w Polskim Towarzystwie Onkologii Klinicznej i ekspertem Grupy Molekularnej przy PTOK. Jego zainteresowania naukowe dotyczą między innymi czynników predykcyjnych dla terapii ukierunkowanych molekularnie w onkologii



www.ptok.pl

nowotworu wyniósł 99,5%, a przeżyć całkowitych (łącznie ze zgonami z innych przyczyn w tym naturalnych) — 92,1%.

Wieloośrodkowe, międzynarodowe (Kanada, USA, Wielka Brytania, Dania, Szwecja) retrospektywne badanie dotyczące 1168 chorych na nienasieniaki w pierwszym stopniu zaawansowania przeprowadzili Kollmannsberger i wsp. (A4503). Cechy naciekania naczyń stwierdzono u 21% chorych (u 2% nie udało się tego retrospektywnie ustalić). Po medianie czasu obserwacji klinicznej wynoszącym 63 miesiące, wznova wystąpiła u 22% chorych. Mniejszy niż podawany w literaturze odsetek nawrotów być może wynika z dokonywanej w uczestniczących w badaniu ośrodkach selekcji chorych (mniejszy niż w innych doniesieniach odsetek chorych z naciekaniami naczyń poddawanych obserwacji). Najistotniejszym czynnikiem zwiększonego ryzyka wznowy było naciekanie naczyń (nawroty: 48% *v.* 14%). Mediana czasu do wystąpienia nawrotu wynosiła 6 miesięcy (5 mies. u chorych z naciekaniami naczyń i 8 mies. w grupie bez tej cechy), a 72% wznów wystąpiło w ciągu 2 lat od pierwotnego leczenia. U chorych z naciekaniami naczyń wznova najczęściej (64%) była wykrywana dzięki oznaczeniom markerów, a u chorych bez naciekania zwykle (48%) na podstawie tomografii komputerowej. Sześciu chorych zmarło z przyczyn związanych z chorobą nowotworową (w tym 2 z powodu toksyczności leczenia nawrotu), a odsetek przeżyć 5-letnich swoistych dla nowotworu wyniósł 99% i był taki sam u chorych z naciekaniami naczyń jak i bez tej cechy.

Podsumowując, zarówno u chorych na nasieniaki jak i na nienasieniaki obserwacja jest wartościowym sposobem postępowania pozwalającym na uniknięcie niepotrzebnego leczenia uzupełniającego. Warunkiem jej efektywności jest jednak zachowanie założonego reżimu wykonywania badań kontrolnych, który w ciągu pierwszych 2–3 lat jest dość intensywny. Kwestia ta oczywiście wymaga przedyskutowania z chorym, jednak należy przy tym pamiętać, że osoby poddane leczeniu uzupełniającemu także podlegają obserwacji, w trakcie której wykonywane są badania obrazowe i oznaczenia markerów.

Jakie badania dodatkowe wykonywać u chorych na raka jelita grubego po radykalnym leczeniu?

Aktualne zalecenia ESMO, NCCN i PTOK wskazują na zasadność prowadzenia dość intensywnego nadzoru nad chorymi po przebytych radykalnym leczeniu raka jelita grubego. Poza kolonoskopią wykonywaną w pierwszym roku obserwacji, a później powtarzaną co 5 lat proponowane jest regularne badanie podmiotowe i przedmiotowe połączone z oznaczeniem stężenia CEA (co 3–6 mies. w ciągu pierwszych 3 lat po operacji, a przez kolejne 2 lata co pół roku) oraz u chorych z dużym ryzykiem nawrotu wykonywanie tomografii komputerowej klatki piersiowej i jamy brzusznej co 6–12 miesięcy przez 3 lata. Metaanaliza 8 badań porównujących różne strategie prowadzenia obserwacji po leczeniu radykalnym wskazała, że podejście bardziej intensywnie, tj. wykonywanie badań dodatkowych niezależnie od objawów klinicznych może mieć wpływ na

zmniejszenie umieralności, jednak nie pozwoliła na zidentyfikowanie najważniejszych elementów intensywniejszej strategii (Jeffery i wsp. Cochrane Database Syst Rev 2007: CD002200). Niemniej jednak tego rodzaju postępowanie jest dość powszechne w codziennej praktyce pomimo wątpliwości, czy ma rzeczywisty wpływ na rokowanie oraz analiz farmakoekonomicznych wskazujących, że może nie być efektywne kosztowo.

Na tegorocznej konferencji ASCO Mant i wsp. (A3500) przedstawili wyniki badania z randomizacją przeprowadzonego w Wielkiej Brytanii u 1202 chorych na raka jelita grubego w stopniu zaawansowania I–III po zakończonym leczeniu radykalnym (włączając w to terapię adiuwantową jeśli była zastosowana). U wszystkich wykonywano standardowo kolonoskopię zgodnie z zaleceniami. Chorzy byli losowo podzieleni na 4 grupy różniące się sposobem prowadzenia obserwacji po leczeniu:

1. obserwacja tzw. minimalna — tomografia komputerowa jeden raz 12–18 mies. po zabiegu, poza tym badania dodatkowe były zlecane tylko wtedy, gdy pojawiały się dolegliwości;

2. obserwacja z oznaczaniem CEA — jak grupa 1, ale dodatkowo oznaczanie stężenia CEA co 3 miesiące przez 2 lata, w roku 3–5 co 6 miesięcy;

3. obserwacja w wykonywaniu badań obrazowych — tomografia komputerowa co 6 miesięcy przez 2 lata, w latach 3–5 co 12 miesięcy;

4. obserwacja w wykonywaniu badań obrazowych i oznaczaniem CEA — tomografia komputerowa jak w grupie 3, a CEA jak w grupie 2.

Nawrót nowotworu dotyczył ogółem 187 osób. Stwierdzono, że w porównaniu z grupą 1, w której odsetek chorych poddanych z powodu wznowy radykalnemu leczeniu operacyjnemu wynosił 2,3%, we wszystkich pozostałych grupach częstość ta była większa (gr. 2 — 6,7%, 3 — 8,0% i 4 — 6,6%). Różnice te były niezależne od stopnia zaawansowania. Jak się wydaje, w grupie pierwszej poddanej tak zwanej minimalnej obserwacji większość nawrotów umożliwiających radykalne leczenie operacyjne została wykryta po wykonaniu zaplanowanej tomografii komputerowej (między 12 a 18 mies. obserwacji). Należy podkreślić, że nie stwierdzono różnic w odsetkach chorych operowanych radykalnie z powodu nawrotu pomiędzy grupami 2–4 co oznacza, że regularne wykonywanie tomografii komputerowej nie ma przewagi nad wykonaniem tego badania jeden raz połączonym z regularnym oznaczaniem stężenia CEA. Pomimo stwierdzonych różnic pomiędzy grupą pierwszą a pozostałymi, czas przeżycia chorych był taki sam, ale należy mieć na uwadze, że stosunkowo niewielki odsetek nawrotów, mała liczba chorych włączonych do badania oraz niezbyt długi czas obserwacji sprawiają, że przedstawione badanie może nie mieć siły statystycznej pozwalającej na stwierdzenie ewentualnych różnic w przeżyciu całkowitym. Jednak po włączeniu tego badania do wcześniej cytowanej metaanalizy, wpływ intensywniej obserwacji na poprawę rokowania znika.

Niezależnie od wszystkich zastrzeżeń, prezentacja Mant i wsp. przedstawia wyniki największego tego rodzaju badania przeprowadzonego u chorych na raka jelita grubego i już teraz dostarcza nowych informacji pozwalających na ocenę rzeczywistej

wartości badań kontrolnych wskazując, że kluczowe znaczenie ma wykonanie u wszystkich chorych tomografii komputerowej po roku obserwacji, a regularne oznaczanie CEA (co 3 mies. przez 2 lata, co 6 mies. w latach 3–5) prawdopodobnie może zastąpić resztę zaplanowanych tomografii, zmniejszając koszty i narażenie na promieniowanie.

Czy można zapobiegać polineuropatii związanej ze stosowaniem oksaliplatyny?

Częstym i uciążliwym objawem niepożądanym towarzyszącym terapii w wykorzystaniu oksaliplatyny jest polineuropatia. Na przykład, u 92% chorych na raka okrężnicy leczonych uzupełniająco schematem FOLFOX4 wystąpiła polineuropatia czuciowa, w tym u 12,5% w stopniu 3, a u 15% utrzymywała się po upływie 4 lat od zakończenia chemioterapii (Andre i wsp. J. Clin. Oncol. 2009; 27: 3109). Leczenie już rozwiniętych objawów jest nieskuteczne, a podstawowy sposób postępowania to zmniejszenie dawki bądź odstawienie w ogóle leku.

W 2004 roku ukazała się retrospektywna analiza wskazująca, że podawanie soli magnezu i wapnia przed i po wlewie oksaliplatyny może przeciwdziałać występowaniu tego powikłania (Gamelin i wsp. Clin. Cancer Res. 2004; 10: 4055). Ten sposób zapobiegania neurotoksyczności zaczął być stosowany w praktyce, mimo że dopiero rozpoczęto badania prospektywne z randomizacją mające ocenić rzeczywistą jego wartość. W roku 2007 przerwano je po ukazaniu się wstępnej analizy jednego z takich badań sugerującej mniejszą częstość odpowiedzi bezpośrednich u chorych otrzymujących sole magnezu i wapnia. Jednak późniejsza niezależna ocena radiologiczna wykazała, że obawy te były niesłuszne, a opublikowane w 2010 roku wyniki przerwanego przedwcześnie (po włączeniu 104 z planowanych 300 chorych) wyniki badań wskazały, że podawanie soli magnezu i wapnia rzeczywiście zapobiega polineuropatii (Grothey i wsp. J. Clin. Oncol. 2010; 29: 421).

Ci sami autorzy rozpoczęli kolejne badanie III fazy, którego celem było ostateczne rozstrzygnięcie, czy podawanie soli magnezu i wapnia zapobiega polineuropatii związanej ze stosowaniem oksaliplatyny. Wyniki tego właśnie podwójnie zaślepiętego badania z randomizacją przeprowadzonego w grupie 362 chorych na raka okrężnicy otrzymujących chemioterapię uzupełniającą zawierającą oksaliplatynę w dawce 85 mg/m² co 2 tygodnie (łącznie 12 kursów) zostały przedstawione przez Loprinzi i wsp. na tegorocznej konferencji ASCO (A3501).

Chorzy byli podzieleni na 3 grupy:

1. Otrzymujących sole magnezu i wapnia podawane przed i po wlewie oksaliplatyny;

2. Otrzymujących placebo podawane przed i po wlewie oksaliplatyny;

3. Otrzymujących sole magnezu i wapnia podawane przed wlewem oksaliplatyny, placebo podawane po wlewie.

Nie stwierdzono różnic pomiędzy tymi trzema grupami w nasileniu polineuropatii czuciowej, w czasie do ujawnienia się polineuropatii stopnia 2. ani w średniej dawce oksaliplatyny, którą otrzymali chorzy.



Prezentowane wyniki ostatecznie rozstrzygają, że podawanie soli magnezu i wapnia w żadnej mierze nie zapobiega neurotoksyczności związanej ze stosowaniem oksaliplatyny i sprawiają, że dotychczasowa dość powszechna praktyka powinna zostać zmieniona.

Czy powinniśmy wierzyć we wszystko, co czytamy?

W trakcie kongresu ASCO odbyła się sesja edukacyjna o dość prowokacyjnym tytule „Krytyczne podejście do artykułów w czasopiśmie i prezentacji: dlaczego nie powinniście wierzyć we wszystko, co przeczytaliście?”. W jej trakcie przedstawiono 3 krótkie wykłady, a ja chciałbym podzielić się z Państwem swoimi refleksjami po wysłuchaniu prezentacji pt. „Bajki i błędy w przedstawianiu wyników badań klinicznych” (tytuł oryginalny: „Spin and bias in the reporting of clinical trials”) wygłoszonej przez Iana Tannocka.

Na początku kilka słów o mówcy — Ian Tannock jest onkologiem klinicznym, profesorem Uniwersytetu w Toronto pracującym w *Princess Margaret Cancer Centre* i autorem lub współautorem 265 publikacji ujętych w bazie PubMed, wiele z tych publikacji zmieniło codzienną praktykę kliniczną. Profesor Tannock niedawno kilkakrotnie gościł w Polsce, między innymi w ubiegłym roku uczestnicząc w Kongresie Onkologii Polskiej we Wrocławiu. Wygłosił wtedy w trakcie sesji plenarnej „Etyczne wyzwania współczesnej onkologii” wykład pt. „Effectiveness or cost-effectiveness as the criterion for adopting new cancer treatments?”. Tych z Państwa, którzy nie byli we Wrocławiu bardzo zachęcam do odsłuchania go online (<http://www.viamedica.pl/sharedFiles/KOP/piatek/Tannock/index.html>).

W wykładzie wygłoszonym w Chicago prof. Tannock podkreślił, że streszczenie publikacji albo prezentacja na konferencji przedstawiające wynik badania klinicznego oceniającego nowy lek lub sposób leczenia muszą jasno określać przyjęty główny punkt końcowy badania. Taki punkt końcowy powinien mieć związek z odnoszoną korzyścią kliniczną, a główny wniosek może odnosić się wyłącznie do stwierdzonego wpływu (lub jego braku) na zdefiniowany wcześniej główny punkt końcowy. Bardzo istotne jest też zawarcie informacji o najważniejszych objawach niepożądanych terapii eksperymentalnej.

Niedawno ukazała się dość szokująca publikacja zespołu kierowanego przez prof. Tannocka zawierająca analizę pod względem jakości prezentacji wyników 164 badań klinicznych z randomizacją, do których włączono przynajmniej 200 chorych na raka piersi opublikowane w latach 1995–2011 (Vera-Badillo i wsp. *Ann. Oncol.* 2013; 24: 1238). Aż w 33% z tych publikacji stwierdzono błędy w przedstawieniu wyników, a w 67% w przedstawieniu objawów niepożądanych. Aż 59% z 92 badań negatywnych w odniesieniu do głównego punktu końcowego było przez ich autorów przedstawiane jako pozytywne w oparciu o pozostałe punkty końcowe.

W zależności od tego, jaki punkt końcowy jest przyjęty, podobne wyniki badań są uznawane za negatywne lub pozytywne. Przy okazji, FDA wymaga, aby w badaniach klinicznych oceniających nowe leki u chorych na opornego na kastrację przerzutowego raka gruczołu krokowego głównym punktem końcowym zawsze był czas przeżycia całkowitego. Od 2004 roku, w którym opublikowano wyniki badania klinicznego wykazującego, że docetaksel wydłuża czas przeżycia i poprawia jakość życia chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego (notabene pierwszym autorem artykułu w *New Engl. J. Med.* był właśnie Ian Tannock) przedstawiono wyniki 8 badań III fazy, w których z docetaksem kojarzono inne leki (m.in. bewacyzumab, dasantynib, aflibercept) — wszystkie okazały się negatywne. Kolejnym przykładem ilustrującym kluczowe znaczenie przyjętego głównego punktu końcowego są badania III fazy z bewacyzumabem dołączanym do chemioterapii u chorych na raka żołądka, gruczołu krokowego, trzustki, piersi czy jajnika. Jeśli punktem końcowym był czas przeżycia wolny od progresji, badania uznawano za pozytywne, jeśli czas przeżycia całkowitego — za negatywne. W każdym jednak przypadku dołączenie bewacyzumabu zwiększało toksyczność terapii.

Niezależnie od tego, jakiej dziedziny onkologii dotyczy badanie kliniczne, pomóc chorym na nowotwory można tylko na dwa sposoby: sprawiając, że będą żyli dłużej lub że będą żyli lepiej. Dlatego podstawowymi punktami końcowymi powinny być czas przeżycia całkowitego oraz jakość życia lub stopień kontroli objawów towarzyszących chorobie nowotworowej. Oczywiście nie zawsze czas przeżycia całkowitego może stanowić główny punkt końcowy i dość często stosowane są surogaty, takie jak czas przeżycia wolny od choroby lub czas przeżycia wolny od progresji. Surogaty te mogą jednak nie mieć ścisłego związku z czasem przeżycia całkowitego (np. jeśli czas przeżycia po progresji jest krótszy ze względu na zmianę biologii nowotworu) i są podatne na błędy na przykład w ocenie odpowiedzi. Jest wiele przykładów badań, w których wykazano istotne wydłużenie czasu przeżycia wolnego od progresji bez wpływu na czas przeżycia całkowitego. Jedną z przyczyn może być powszechne stosowanie cenzorowania (czyli w analizie statystycznej traktowania jako niekompletnych) obserwacji dotyczących progresji u chorych, którzy przerwali leczenie z powodu toksyczności nowego leku. Na przykład w badaniu BOLERO-2 dodanie ewerolimusa do eksemestanu bardzo istotnie (mediana 6,9 u. 2,8 mies.) w porównaniu z eksemestanem z placebo wydłużyło czas wolny od progresji u chorych na raka piersi po wcześniejszej terapii letrozolem lub anastrozolem (Baselga i wsp. *N. Engl. J. Med.* 2012; 366: 520). Jednak aż 24% chorych przerwało terapię ewerolimusem z powodu nieakceptowalnej toksyczności lub wycofania zgody w porównaniu do 6% otrzymujących placebo. Przerwanie terapii eksemestanem z tych samych powodów doty-

czyło, odpowiednio, 14 i 6% chorych. Dane te mogą wskazywać, że wpływ na wydłużenie czasu wolnego od progresji mógł częściowo zależeć od cenzorowania tych obserwacji. Warto też zauważyć, że dotychczas nie wykazano wpływu nowej terapii na wydłużenie czasu przeżycia całkowitego.

Kolejnym przykładem tego, że rzeczywista wartość nowych terapii może być inna niż sugerują to publikacje, jest porównanie skuteczności inhibitorów aromatazy i tamoksyfenu w terapii uzupełniającej chorych na raka piersi po menopauzie z obecnością receptora estrogenowego. Wyniki badań III fazy wskazywały na niewielkie wydłużenie czasu wolnego od nawrotu, ale czas przeżycia całkowitego nie zmienił się — bezwzględna różnica w odsetku przeżyć 8-letnich wynosi 0,2% i jest nieistotna statystycznie (Dowsett i wsp. *J. Clin. Oncol.* 2009; 28: 509). Inhibitory aromatazy są natomiast dużo droższe niż tamoksyfen i zwiększają ryzyko wystąpienia powikłań sercowo-naczyniowych (Amir i wsp. *J. Natl. Cancer Inst.* 2011; 103: 1299).

Należy pamiętać, że nowe leki zwiększają częstość i nasilenie objawów niepożądanych, zwłaszcza, gdy są dołączane do dotychczasowej terapii. Chorzy kwalifikowani do badań klinicznych zwykle cechują się lepszym stanem sprawności ogólnej i mają mniej współistniejących schorzeń niż chorzy leczeni tymi samymi lekami w warunkach codziennej praktyki klinicznej. Oznacza to, że toksyczność leczenia poza badaniami klinicznymi może być większa niż wskazują na to badania rejestracyjne. Warto przy tej okazji zauważyć, że w naszym kraju programy lekowe wprawdzie ograniczają swobodę stosowania nowych leków, ale jednocześnie wprowadzając ścisłe kryteria doboru chorych, sprawiają, że skuteczność i toksyczność nowych terapii nie powinna odbiegać od tej wykazanej w badaniach klinicznych.

Niestety, zauważalna jest tendencja do projektowania i przeprowadzania przez producentów leków badań klinicznych obejmujących bardzo duże liczebnie, na przykład ponad 1000-osobowe grupy chorych. Takie badania mogą wykazać istotność statystyczną bardzo niewielkiej i mało istotnej klinicznie różnicy w czasie przeżycia. Ze względów wspomnianych wyżej, kiedy leki takie są stosowane w codziennej praktyce, a chorzy nie spełniają kryteriów włączenia do badań klinicznych, ten niewielki wpływ na rokowanie może zupełnie zanikać.

Podsumowując, wykład prof. Tannocka dostarczył wiedzy pozwalającej na racjonalną i pozbawioną emocji analizę związaną z myśleniem, że nowsze leki są zawsze lepsze, ocenę praktycznego znaczenia publikacji przedstawiających wyniki badań klinicznych w onkologii. Taka pozbawiona elementów marketingowych, samodzielna ocena jest warunkiem tego, aby nasze codzienne działania przynosiły rzeczywistą korzyść leczonym przez nas chorym. ■



Gdyby trzeba było wskazać na najważniejszy trend tegorocznego kongresu amerykańskiego towarzystwa onkologii klinicznej, to hasło: „nadchodzi czas immunoterapii”, byłoby niewątpliwie dobrym podsumowaniem.



Dwugłos profesorów

Moje ASCO 2013

Po ponad dekadzie zwątpienia (od końca lat 90. XX w.) zarejestrowanie ipilimumabu w leczeniu czerniaka w 2011 roku ponownie rozbudziło zainteresowanie immunoterapią nie tylko tego czerniaka, ale też innych nowotworów litych. Na tegorocznym kongresie ASCO zaprezentowano wyniki kilku badań potwierdzających, że tak naprawdę czas immunoterapii dopiero się zaczyna. Liczne komentarze zarówno w prasie medycznej, jak i ekonomicznej zdecydowanie taką sytuację potwierdzały. Prezentacje wyników badań nad nowymi strategiami immunoterapii znalazły też odbicie na nowojorskiej giełdzie, gdzie zaobserwowano wyraźny wzrost kursów akcji firm farmaceutycznych posiadających w swoim portfolio nowatorskie leki immunologiczne o działaniu przeciwnowotworowym. W niniejszym artykule zaprezentowanych jest kilka ciekawych doniesień zarówno z zakresu immuno-onkologii, jak i innych obszarów onkologii klinicznej gorąco dyskutowanych na tegorocznym kongresie ASCO.

Skojarzenie ipilimumabu i GM-CSF w terapii czerniaka

W randomizowanym badaniu II fazy E1608 porównywano monoterapię ipilimumabem ze skojarzeniem ipilimumabu i GM-CSF u chorych na przerzutowego czerniaka. Przesłankami dla takiego skojarzenia było wielopłaszczyznowe działanie obu tych leków, z jednej strony eliminujące mechanizmy hamujące aktywność limfocytów (ipilimumab), a z drugiej zwiększające efektywność komórek dendrytycznych (profesjonalnych komórek prezentujących antygeny) w stymulacji antygenowo-swoistych odpowiedzi przeciwno-

wotworowych (limfocyty T). Terapia skojarzona znamienne zwiększyła medianę przeżycia całkowitego (OS) o prawie 5 miesięcy w porównaniu z monoterapią ipilimumabem (17,5 v. 12,7 mies.), co wiązało się z redukcją względnego ryzyka zgonu o 36%. Dodatkowo, skojarzenie GM-CSF z ipilimumabem charakteryzowało się mniejszym nasileniem i częstością występowania ciężkich działań niepożądanych w porównaniu do samego ipilimumabu. Ograniczenie działań niepożądanych dotyczyło głównie przewodu pokarmowego i płuc. Poprawa tolerancji ipilimumab wynika z działania GM-CSF, który odgrywa istotną rolę w utrzymaniu homeostazy w tych narządach oraz zapobieganiu schorzeniom autoimmunologicznym (m.in. występowaniu choroby Leśniowskiego-Crohna)

Obiecująca aktywność przeciwciał anty-PD1 w zaawansowanych nowotworach

Zastosowanie nivolumabu (anty-PD1) w ramach badania I fazy w leczeniu zaawansowanych

nowotworów litych po wyczerpaniu wszystkich możliwości terapii spotkało się z ogromnym zainteresowaniem podczas zeszłorocznego kongresu ASCO. W tym roku zaprezentowano aktualizację wyników tego badania obejmującą chorych na czerniaka (n = 106), niedrobnokomórkowego raka płuc (NDRP, n = 122) oraz raka nerkowokomórkowego (RCC, n = 34). W przypadku dwóch nowotworów immunogennych — czerniaka i RCC mediana OS (w ostatniej linii leczenia) wynosiła odpowiednio 16,8 mies. i > 22 mies., a odsetki przeżyć rocznych i dwuletnich odpowiednio 61% i 70% oraz 44% i 52%. Odsetki obiektywnych odpowiedzi w przypadku obu wymienionych nowotworów wynosiły około 30%. W przypadku NDRP, który nie jest uznawany za klasyczny nowotwór immunogeny, mediana OS wyniosła 9,6 mies., a odsetki przeżyć rocznych i dwuletnich odpowiednio 43% i 32%. Obiektywne odpowiedzi kliniczne obserwowano u 16% chorych. Powyższe wyniki sugerują, że aktywność immunoterapii prze-

Prof. dr hab. n. med. Piotr Wysocki

Absolwent Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu. Specjalista w dziedzinie onkologii klinicznej. Pracuje na Oddziale Chemioterapii Wielkopolskiego Centrum Onkologii oraz w Katedrze Biotechnologii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Były stypendysta m.in. Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej i Fundacji Tygodnika „Polityka”. Laureat m.in. Nagrody Prezesa Rady Ministrów, Nagród Ministra Zdrowia, Nagrody IDEA Amerykańskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (ASCO). Odbýwał stypendia w *Roswell Park Cancer Institute* w Buffalo w USA oraz *Princess Margaret Hospital* Uniwersytetu w Toronto w Kanadzie. Jego zainteresowania naukowe obejmują rozwój nowych strategii terapeutycznych w leczeniu raka piersi i nerki oraz przeciwdziałanie mechanizmom oporności komórek nowotworowych na leczenie ukierunkowane molekularnie



ciwciami anti-PD1 nie jest wyłącznie ograniczona do typowych nowotworów immunogennych takich jak czerniak czy RCC.

Przeciwciała monoklonalne to naprawdę immunoterapia

Wyniki dwóch analiz obejmujących chorych na raka piersi z nadekspresją HER2 leczonych w ramach prospektywnych badań klinicznych trastuzumabem rzuciły nowe światło na mechanizm działania przeciwciał monoklonalnych. Pierwsze badanie obejmowało chore uczestniczące w badaniu III fazy (NCCTG N9831) porównującym skuteczność trastuzumabu z placebo w leczeniu uzupełniającym. W surowicy chorych otrzymujących trastuzumab zaobserwowano wyraźny wzrost miana naturalnych przeciwciał IgG anti-HER2 w porównaniu z chorymi z ramienia placebo. Pomimo niewielkiej liczebności analizowanej populacji zaobserwowano wyraźny trend $HR = 0,23$ w kierunku zmniejszenia ryzyka nawrotu choroby u chorych, u których w wyniku zastosowania trastuzumabu pojawiły się naturalne przeciwciała anti-HER2.

Drugie badanie obejmowało chore na przerzutowego raka piersi leczone w ramach 2 badań klinicznych III fazy porównujących skuteczność skojarzenia chemioterapii i trastuzumabu z chemioterapią i placebo. Analiza surowic uzyskanych od części chorych wykazała, że u pacjentek leczonych chemioterapią z trastuzumabem pojawiają się naturalne przeciwciała skierowane przeciwko antygenom nowotworowym (nie tylko anti-HER2), których nie obserwuje się u chorych poddawanych samodzielnej chemioterapii.

Powyższe obserwacje dotyczące efektu immunostymulującego trastuzumabu potwierdzają wcześniejsze przypuszczenia, że efekt biologiczny przeciwciał monoklonalnych to nie tylko bezpośrednie działanie przeciwnowotworowe (hamowanie funkcji receptorów komórkowych, aktywacja procesów cytotosycyzozy zależnej od przeciwciał). Pojawienie się naturalnie produkowanych przeciwciał swoistych dla HER2 i innych antygenów nowotworowych jest dowodem na to, że przeciwciała monoklonalne poprzez aktywację komórek dendrytycznych i uwalnianie antygenów nowotworowych indukują swoiste mechanizmy humoralne i komórkowe. Aktywacja naturalnych mechanizmów przeciwnowotworowych może być jednym z istotnych elementów warunkujących poprawę rokowania chorych pod wpływem terapii przeciwciałami monoklonalnymi.

Postęp w leczeniu uogólnionego czerniaka gałki ocznej

W odróżnieniu od czerniaka skóry czy błon śluzowych, w czerniakach gałki ocznej stwierdza się mutacje *gnaq/Gna11* (Gq/11) prowadzące do aktywacji szlaku sygnałowego MAPK. Do tej pory ani chemioterapia, ani nowe molekularnie ukierunkowane terapie (skuteczne w leczeniu czerniaka skóry) nie były w stanie poprawić rokowania chorych na przerzutowego czerniaka gałki ocznej. W randomizowanym badaniu II fazy obejmującym 80 chorych z przerzutowym czerniakiem gałki ocznej porównywano inhibitor MEK1/2 — selu-

metinib z temozolomidem. Selumetinib wykazał się znacznie wyższą aktywnością niż temozolomid: mediana PFS 16 w. 4 tygodnie, odsetek objektywnych odpowiedzi 11% w. 0%, mediana OS 11,8 w. 4,7 mies. Zahamowanie aktywności szlaku sygnałowego MAPK poprzez blokadę MEK1/2 po raz pierwszy umożliwiło uzyskanie wyraźnego efektu terapeutycznego u chorych na przerzutowego czerniaka gałki ocznej. W ciągu kilku najbliższych lat oczekiwane są wyniki badania rejestracyjnego oceniającego skuteczność selumetinibu w leczeniu chorych z tym rozpoznaniem.

Uzupełniająca hormonoterapia w raku piersi — lepiej dłużej niż 5 lat

Wyniki badania aTTom, obok opublikowanych w zeszłym roku wyników badania ATLAS, stanowią kolejny dowód na to, że stosowanie tamoksyfenu w leczeniu uzupełniającym u chorych na wczesnego raka piersi przez 10 lat jest lepszą opcją w porównaniu z pięcioletnim okresem terapii. Dwukrotne wydłużenie leczenia tamoksyfenem wiąże się ze znamienym zmniejszeniem ryzyka nawrotu (o 15%) i zgonu z powodu raka piersi (o 25%) w porównaniu z tamoksyfenem przyjmowanym przez 5 lat. Łączna analiza wyników badania aTTom i ATLAS obejmująca ponad 17,5 tys. chorych wykazała, że 10-letnie stosowanie tamoksyfenu znamienne zmniejsza względne ryzyko nawrotu po 10 latach obserwacji o 16%. Przedłużona hormonoterapia wiązała się z niewielkim wzrostem ryzyka raka błony śluzowej macicy, natomiast nie zwiększała ryzyka incydentów zakrzepowo-zatorowych czy zgonu z powodów nieonkologicznych. Tym samym wyniki badań aTTom i ATLAS stanowią podstawę do rekomendowania przedłużonej (10-letniej) hormonoterapii dla chorych na wczesnego raka piersi

Bewacyzumab w nawrotowym/przerzutowym raku szyjki macicy

Planowana analiza pośrednia badania III fazy GOG240 wykazała, że dodanie bewacyzumabu do standardowej chemioterapii (cisplatyna + paklitaksel) zwiększało medianę czasu przeżycia całkowitego o prawie 3,7 miesiąca (17,0 w. 13,3 mies.) w porównaniu z samodzielną chemioterapią i wiązało się ze znamieną redukcją względnego ryzyka zgonu o 29%. Zastosowanie bewacyzumabu wiązało się również z redukcją ryzyka progresji — o 33% oraz zwiększeniem odsetka objektywnych odpowiedzi o 12% (48% vs 36%). Odsetek całkowitych odpowiedzi radiologicznych wzrastał natomiast dwukrotnie z 14% do 28%. Stosowanie bewacyzumabu wiązało się z występowaniem typowych działań niepożądanych, jednak nie obserwowano różnic w zakresie jakości życia pomiędzy chorymi leczonymi chemioterapią z bewacyzumabem czy samą chemioterapią.

Skryning z użyciem kwasu octowego może zmniejszyć umieralność z powodu raka szyjki macicy w krajach rozwijających się

Jedną z najważniejszych prezentacji na tegorocznym ASCO dotyczyła możliwości prowadzenia masowego skryningu w kierunku raka szyjki

macicy w krajach rozwijających się. Zaprezentowano wyniki 15-letniego randomizowanego badania obejmującego 150 tys. mieszkank dzielnic biedoty w Bombaju. U połowy chorych co 2 lata odpowiednio przeszkolony personel (szkolenie trwające 4 tygodnie), bez wykształcenia medycznego przeprowadzał badanie przesiewowe polegające na zwilżeniu octem tarczy szyjki macicy. Pod wpływem kwasu octowego zmiany przednowotworowe stają się białe i widoczne gołym okiem na tle prawidłowej błony śluzowej. Zastosowanie skryningu kwasem octowym zredukowało liczbę zgonów z powodu raka szyjki macicy z 16,2 do 11,1 przypadków na 100 tys. kobiet poddanych obserwacji, co było równoznaczne z 31-procentową redukcją ryzyka zgonu. Wprowadzenie powszechnego skryningu z zastosowaniem kwasu octowego może pozwolić na uniknięcie około 70 tysięcy zgonów rocznie z powodu raka szyjki macicy w krajach rozwijających się basenu morza indyjskiego. Prezentacja wyników omawianego badania zakończyła się kilkuminutową owacją na stojąco.

Podsumowanie

Jak co roku, podczas kongresu ASCO prezentowane są wyniki najważniejszych, prowadzonych na całym świecie badań klinicznych z zakresu onkologii. Pomimo licznych pozytywnych badań, nierzadko mogących być uznanymi za przełom w onkologii, należy jednak pamiętać, że większość informacji płynących z prezentacji konferencyjnych nie może być bezpośrednio przeniesiona do praktyki klinicznej. *Evidence Based Medicine* nie opiera się bowiem na prezentacjach zjazdowych, tylko na pełnych publikacjach w prestiżowych, recenzowanych czasopismach. Należy pamiętać, że około 10% wyników badań III fazy prezentowanych na ASCO w latach 1989–2003 nigdy nie zostało opublikowanych, a w przypadku kolejnych 13% publikacja pojawiała się po co najmniej 5 latach od prezentacji. Co jeszcze istotniejsze, 30% spośród wymienionych niepublikowanych badań prezentowane było na ASCO jako badania pozytywne. Natomiast w przypadku 60% spóźnionych publikacji, ich wcześniejsze opublikowanie mogłoby w istotny sposób wpłynąć na praktykę kliniczną.

Tegoroczne ASCO potwierdza również, że z roku na rok skraca się dystans czasowy pomiędzy badaniami podstawowymi a klinicznymi. Czas, który upływa od zdefiniowania nowego celu terapeutycznego do oceny nowego leku w warunkach badań klinicznych jeszcze nigdy nie był tak krótki. Tym samym, coraz większe znaczenie zyskują również badania translacyjne poszukujące rozmaitych biomarkerów (predykcyjnych, prognostycznych), które już w niedalekiej przyszłości powinny umożliwić lepszą optymalizację i personalizację zarówno „starych”, jak i „nowych” terapii systemowych stosowanych w onkologii. ■



„Czy to, co niemożliwe dziś, stanie się możliwe?” — innowacje w leczeniu nowotworów”

Spotkanie z profesorem Jerzym Stuhrem rozpoczęła jego wypowiedź zaprezentowana w krótkim filmie:

[...] Ja myślałem, że jestem na co innego chory. Człowiek ma samego siebie, to takie tchórzostwo, i myśli, że oni tak szybko to wyeliminowali (chorobę). Ale przyniesli wynik i okazało się, że jestem poważnie chory. Snulem sobie plany, jakieś programy, co naprawię w domu, jak przyjadę, czy mogę jechać na narty. Cały czas stawiałem sobie jakąś poprzeczkę.

Jak to wszystko usłyszałem, to musiałem sobie sam jakiś program założyć. I tak z dnia na dzień, oczywiście kulawo — trzy kroki do tyłu, jeden krok do przodu, jakieś chwilowe załamania... Ale przez moment nie pomyślałem, że to przegram...

Redaktor Bartosz Kwiatek (Polsat News):

Wydaje mi się, że choroba nowotworowa, to takie schorzenie, od którego uciekamy, o którym nie myślimy. I może dobrze. Ale zdarza się tak, że u niektórych następuje moment, gdy pada ta diagnoza i dowiadujemy się o chorobie. Pan powiedział, że nie myślał o przegranej. Po drugie, założył Pan sobie plan i ciągle podnosił poprzeczkę. Niestety, nie każdy z pacjentów, który się o chorobie dowiaduje, ma siłę na to, żeby sobie założyć taki plan i zmierzyć się z chorobą. Skąd Pan czerpał energię do tego i siłę, żeby walczyć z chorobą?

Jerzy Stuhr:

Dziękuję, i cieszę się przede wszystkim, że tu jestem. Jeśli mogę na wstępie. Cieszę się, że biorę udział w zgromadzeniu, które daje nadzieję, a przez ostatni rok, powiedzmy — odkąd dowiedziałem się, że jestem chory, tej nadziei akurat z kręgów medycznych niewiele otrzymywałem. Albo mi nic nie mówiono, albo to były kategoryczne stwierdzenia. Zacząłem się interesować tematem. Zacząłem czytać wywiady z lekarzami onkologami. Pamiętam, to było jakiś rok temu, kiedy już wiedziałem o mojej chorobie, przeczytałem wywiad z profesorem onkologiem w czasopiśmie polskim, może to było „Wprost”, który mówił: „na początku mówię

**Dyskusja z udziałem profesora Jerzego Stuhra.
Na podstawie relacji uczestników Forum Gospodarczego
w Krynicy — wrzesień 2012**



każdemu choremu, że jest śmiertelnie chory. No i teraz dopiero zaczynamy walczyć!”

I właściwie taka atmosfera była wokół mnie. Jakies trzy tygodnie temu przeczytałem wywiad z amerykańskim profesorem onkologii — tym razem w „Polityce” — który powiedział: „no możemy nieśmiało powiedzieć, że te choroby przechodzą przy obecnym stanie medycyny do kategorii chorób przewlekłych”.

Bardzo mi się to spodobało, bo w tym środowisku ciężko usłyszeć taki optymizm. Kiedyś któryś z lekarzy nawet mi się zwierzył i powiedział: „proszę Pana, u nas 50% pacjentów jest paliatywnie leczonych, tylko my im o tym nie mówimy...” I tak od razu człowiek sobie myśli, czy jest w tych 50%, czy nie. Mówiono cały czas, że my się jednak zobaczymy, a przy kolejnym nawrocie pan tu jeszcze wróci itd. ... Aż wreszcie wybuchnąłem. Dlaczego tak musi być, że ja mam tu wrócić? A pan profesor na to odpowiada: „...proszę pana, ale tutaj jest 70% umieralności”.

Ja na niego patrzę i mówię, że jest jeszcze pozostałe 30%. To może ja w tych 30% jestem. Dlaczego Pan już mnie wrzucił do worka z tymi 70%?

Może Pan coś więcej wie??

I wracając do pana pytania, pomyślałem sobie NIE! To Ja muszę sobie sam zbudować system obrony. Ja go nie dostanę w prezencie. Dostanę tylko lekarstwa, będą mnie lekarze kontrolować, czy już przekraczam granicę, czy można mnie dalej leczyć, czy na przykład nie wysiada mi coś zdrowego? Podobnie jak jedna z osób na przedstawianym wcześniej filmie, ja też przeżyłem taką sytuację przez moment, że odstawiono leki, bo nie można było, bo za słaby byłem, i pomyślałem sobie, że tu mi to wszystko dadzą. Ale tę walkę muszę podjąć sam. Ja sam sobie muszę taki program wymyśleć i muszę w niego wierzyć.

Pozwólcie Państwo, że posłużę się cytatem: ...Chcę tylko powiedzieć, że nie powinniśmy za bardzo wierzyć lekarzom.

O! Proszę! Czytam teraz taką książkę — pokazuje opasły tom: Abrikosow i Strugow Anatomopatologia, podręcznik akademicki, w której jest napisane, że zależność między chorobą nowotworową a centralnym układem nerwowym nie została jeszcze dostatecznie zbadana. A jest to zależność zadziwiająca. Przeczytałem wam dosłownie — przerzuca parę kartek.

— Występują niekiedy przypadki samoistnej remisji nowotworu — rozumiecie!?

— Nie wyleczenia, lecz ozdrowienia! No i co wy na to? — w sali zawrzało. To samoistne ozdrowienie wyleciało z kart książki niczym tęczy motyl i każdy nadsztawiał teraz czoło, policzki, twarz żeby tylko ów motyl musnął je swymi zbawczymi skrzydłami.

Samoistne! — Kostogłotow odłożył książkę — to znaczy, że nagle ni stąd ni zowąd guz zaczyna odwrót, zmniejsza się, cofa, wchłania i znika. Wszyscy zamilkli. Słuchali baśni z otwartymi ustami. Nie do wiary, żeby nowotwór, jego guz, ten zabójczy przekreślający całe życie guz mógł zniknąć tak sam z siebie, szczerząc bez śladu. Milczeli, czekali na motyla nadziei i jedynie ponury Poddujew zaskrzypiał łóżkiem i napinając się



bezsilnie wychrypiał: — „Do tego trzeba mieć czyste sumienie...”.

(Aleksander Solżenicyn
„Oddział chorych na raka”
w tłumaczeniu Pana Jagielty)

No i tak sobie pomyślałem. Musisz mieć czyste sumienie. Jeden pójdzie do spowiedzi, drugi zrobi jakiś rachunek sumienia, a ja sobie pomyślałem: całe życie przepracowałem dla ludzi, całe życie byłem wśród ludzi, żeby im dać trochę radości, sekundę wytchnienia, refleksji i cały byłem oddany ludziom. Tak na chwilę pomyślałem sobie: „mam czyste sumienie”.

Grażyna Rogala-Pawelczyk — Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych:

Pozwolę sobie zwrócić się do profesora Stuhra, który powiedział o trzech sprawach — od systemu

opieki zdrowotnej dostał niewiele poza precyzyjną diagnozą i bardzo precyzyjnym, dobrym leczeniem. Pan profesor zbudował sobie swój własny program walki i przetrwania i zastanawiał się, czy jest w tej pięćdziesiątce paliatywnych, czy nie. Mam wrażenie, że sam fakt, że jesteśmy tutaj, świadczy o tym, że innowacyjność i rozwój w onkologii są olbrzymie. Zaczyna nam jednak czegoś brakować — holistycznego spojrzenia na człowieka, na pacjenta. To, czego nam brakuje, to dopełnienia sukcesów onkologii o wspólne działania studentów, pielęgniarek, wolontariuszy, specjalistów.

Jerzy Stuhr:

Tego pierwiastka ludzkiego od pielęgniarek dostałem najwięcej. Kiedyś na spotkaniu podszedł

do mnie młody lekarz i powiedział, że jak kończył medycynę i miał nastąpić pierwszy kontakt z pacjentem, to tego bał się najbardziej. Czyli to jest to, o czym Pani mówi, że czegoś brakuje w edukacji właśnie. Brakuje tego szerokiego spojrzenia. Ja miałem często poczucie winy, że jestem chory, w kontaktach z lekarzami. Cały czas było tak: — Oj! Panie profesorze, to jest za późno, wszystko to jest na granicy, jesteśmy na granicy, no zrobimy, co możemy.

Moja wina.

Jak to zrobić, żeby to nie była moja wina, O! Tylko tyle ma do powiedzenia, że to razem walczymy o mnie. I tak mi się miło słucha Państwa, bo tak właśnie przebija z tego, co tutaj słyszę, że to właśnie ja jestem w centrum zainteresowania tej opieki. ■

W ostatnich latach nastąpił znaczny postęp w technologii biomedycznej. Jego owocem jest przede wszystkim olbrzymi wzrost napływu informacji powstałych w wyniku badań. Aby skutecznie poradzić sobie z zarządzaniem olbrzymią liczbą generowanych danych, tworzone są interdyscyplinarne grupy zajmujące się bioinformatyką, biologią systemową oraz walidacją wyników uzyskiwanych za pomocą najnowszych technik badawczych. W tym celu na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym powołano do życia nowy zespół bioinformatyczny pod kierownictwem dr. Radosława Zagożdżona. Jest to jeden z zespołów badawczych stworzonych w ramach projektu BASTION, największego niezależnego projektu na polskich uczelniach, poszukującego nowych terapii w onkologii.

Bioinformatyka

— nadzieja na nową jakość badań w onkologii



Bioinformatyka jest dziedziną, w której wykorzystuje się nowoczesne narzędzia matematyczne, statystyczne, obróbki danych i informatyczne w celu badania złożonych zagadnień z dziedziny nauk biologicznych lub medycznych. Celem nadrzędnym takiego podejścia jest integracja różnych rodzajów danych. Stwarza to możliwość dokonania nowych odkryć z wykorzystaniem już istniejących wyników lub uzyskania wieloaspektowej analizy badanych zjawisk.

We wczesnym okresie badań nad genomem bioinformatyka miała na celu tworzenie obszernej baz danych pochodzących z sekwencjowania genomu czy sekwencji białkowych, ale również na podstawie danych literaturowych. Powstały ogólnodostępne bazy danych, takie jak Entrez, UniProt czy Pubmed. Bazy te wciąż istnieją i rozwijają się, a dzięki nim badacze na całym świecie mają dostęp do wyników badań i publikacji z najlepszych ośrodków biomedycznych. Wciąż też powstają

nowe bazy danych w poszczególnych dziedzinach biomedycyny.

Z czasem bioinformatyka zaczęła stawiać przed sobą coraz ambitniejsze cele. Pojawiły się techniki komputerowego modelowania struktur przestrzennych, które natychmiast znalazły zastosowanie w pracowniach modelowania białek, leków oraz oddziaływań pomiędzy cząsteczkami. Pojawiła się również dziedzina biologii obliczeniowej (*computational biology*), zajmująca się zintegrowaną





analizą i interpretacją różnych typów danych biologicznych, a także standaryzacją pomiędzy różnymi technikami ich uzyskiwania. Dzięki pracy biologów obliczeniowych wciąż powstają nowe algorytmy, które mogą być wykorzystywane przez innych badaczy. Ponadto, ważny aspekt badań bioinformatycznych to komputerowa analiza obrazu, której celem jest jak najdalej posunięta automatyzacja uzyskiwania informacji z różnych technik obrazowania, takich jak tomografia komputerowa czy nowoczesne metody histologiczne. Na jej bazie powstała nowa i dynamicznie rozwijająca się dziedzina wiedzy o nazwie patologia cyfrowa (*digital pathology*).

Pomimo znacznych postępów technik obliczeniowych, kluczem do sukcesu w bioinformatyce jest świadomość, że wyniki uzyskane w analizach *in silico*, muszą podlegać rygorystycznej ocenie zespołów naukowych dysponujących obszerną wiedzą biologiczną i medyczną. Taka rygorystyczna

Onkolodzy poszukiwani do współpracy

Projekt: zbadanie roli stresu oksydacyjnego w nowotworach

Obszar współpracy: zespół dr. Zagożdżona poszukuje materiału nowotworowego do dalszych etapów prowadzonego projektu. Forma materiału to bloczki parafinowe zawierające wycinki tkanek nowotworowych z dołączoną informacją zawierającą dane kliniczne pacjentów (anonimowe)

Kontakt: tel.: 22 599 21 76, e-mail: radoslaw.zagozdzon@wum.edu.pl

analiza prowadzi do uniknięcia bądź minimalizacji występowania błędów w interpretacji uzyskanych wyników. Właśnie taką strukturę organizacyjną przybrał zespół bionformatyczny projektu BASTION. Doktor Zagożdżon jest doświadczonym badaczem, który przez osiem lat prowadził próby w dziedzinie biologii komórki i molekularnej w *Harvard Institutes of Medicine*, a następnie zajmował się badaniami biomarkerów nowotworowych, również przy użyciu technik bioinformatycznych, w *University College Dublin*. Oprócz

tego dr Zagożdżon jest lekarzem z kilkuletnim stażem klinicznym.

Do zespołu udało się pozyskać doświadczonych badaczy, między innymi dr. Pawła Gaję, bioinformatyka zajmującego się badaniami asocjacyjnymi w skali całego genomu (GWAS, *genome-wide association studies*). Z kolei dr Małgorzata Bajor jest biochemikiem specjalizującym się w badaniach proteomicznych. W skład zespołu wchodzi również informatycy zapewniający wsparcie programistyczne i sprzętowe dla narzędzi wykorzystywanych przez grupę bioinformatyczną.

Celem pracy zespołu bioinformatycznego dr. Zagożdżona jest szeroko rozumiana ocena roli zjawisk z zakresu immunologii i biologii molekularnej w nowotworach człowieka. Jednym ze szczegółowych zadań zespołu jest ocena grupy enzymów odpowiedzialnych za usuwanie skutków stresu oksydacyjnego wewnątrz komórki nowotworowej. Enzymy te badane są nie tylko pod względem funkcjonalnym, lecz również jako biomarkery prognostyczne w nowotworach. Badacze przypuszczają, że enzymy te mogą być potencjalnym celem dla nowych leków przeciwnowotworowych. W celu weryfikacji tej hipotezy zespół wykorzystuje dane uzyskiwane z zastosowaniem sekwencjonowania genomowego, transkryptomiki oraz pro-

O projekcie BASTION

W dniu 30 sierpnia 2012 roku Warszawski Uniwersytet Medyczny i Komisja Europejska zawarły umowę o dofinansowanie projektu BASTION „From Basic to Translational Research in Oncology”, który zgłoszony w konkursie 7. Programu Ramowego REGPOT 2012–2013

BASTION to multidyscyplinarny projekt naukowy, którego celem jest zwiększenie potencjału badawczego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w dziedzinie onkologii doświadczalnej. Zadaniem projektu jest skrócenie drogi wykorzystania wyników badań podstawowych w praktyce klinicznej. Prowadzone badania koncentrują się w szczególności wokół spersonalizowanej onkologii i opracowywania diagnostycznych i terapeutycznych metod dostosowanych do indywidualnych potrzeb chorych. Wartość projektu to ponad 22 mln PLN. Wniosek projektowy podczas oceny dokonywanej przez ekspertów z Komisji Europejskiej został sklasyfikowany jako drugi pod względem jakości. Otrzymał 14,5 punktu na 15 możliwych

Więcej informacji na temat projektu można znaleźć na stronie:
www.bastion.wum.edu.pl

teomiki, wsparte metodami histologicznymi oraz biologii molekularnej. Projekt ten, prowadzony we współpracy z *University College Dublin*, 27 lutego 2013 roku otrzymał nagrodę *Beatson Medal* dla najlepszej pracy na sympozjum IACR poświęconemu rakowi piersi. Do realizacji kolejnych etapów badań, mających na celu wyjaśnienie znaczenia stresu oksydacyjnego w nowotworach, zespół dr. Zagożdżona poszukuje onkologów, którzy mogliby dostarczyć badaczom tkanki nowotworowe do

dalszej analizy wraz ze związaną z nimi informacją kliniczną.

Zespół zapewnia również wsparcie bioinformatyczne dla pozostałych grup badawczych wewnątrz projektu BASTION, a także rozpoczął współpracę z klinicystami w celu stworzenia profesjonalnych baz danych łączących w sobie dane kliniczne, diagnostyczne i eksperymentalne.

Dodatkowo, w ramach projektu BASTION budowany jest specjalistyczny kłaster komputerowy. Nowo stworzona platforma obliczeniowa

umożliwi zmierzenie się z wieloma wyzwaniami bioinformatycznymi. Ponadto, system komputerowy zapewni miejsce do przechowywania danych doświadczalnych.

Zespół bioinformatyczny projektu BASTION jest otwarty na wszelkie możliwości współpracy z laboratoriami badawczymi i specjalistami klinicznymi w dziedzinie onkologii, którym w badaniach lub codziennej praktyce lekarskiej pomocne mogą być techniki bioinformatyczne. ■



Zespół projektu BASTION z prof. Jerzym Buzkiem podczas konferencji organizowanej w parlamencie europejskim (od lewej: Michał Gieraltowski, Marta Czanik-Kawecka, dr Tomasz Stokłosa, dr Radosław Zagożdżon, prof. Jakub Gołąb, Iwona Drozdowska-Rusinowicz, prof. Sławomir Majewski, dr Karolina Dzwonek)

Dr n. med. Radosław Zagożdżon

Absolwent I Wydziału Lekarskiego Warszawskiej Akademii Medycznej w 1996 roku. Doktorat w dziedzinie nauk medycznych obronił w 1998 roku w Centrum Biostruktury AM. W latach 1997–2000 pracował jako asystent w Klinice Immunoterapii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Instytutu Transplantologii AM. W roku 1999 uzyskał pierwszy stopień specjalizacji z chorób wewnętrznych. W latach 1999–2000 pracował jako adiunkt w Zakładzie Immunologii Centrum Biostruktury AM. W latach 2000–2005 pełnił funkcję *Postdoctoral Fellow*, a w latach 2005–2008 *Instructor* w *Beth Israel Deaconess Medical Center*, szpitalu klinicznym *Harvard School of Medicine* w Bostonie, Stany Zjednoczone. W latach 2008–2012 pracował jako *Postdoctoral Fellow/Occasional Lecturer* w *University College Dublin* w Irlandii. Obecnie pełni funkcję kierownika grupy bioinformatycznej w Zakładzie Immunologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w ramach projektu BASTION

Doktor Zagożdżon jest autorem lub współautorem kilkudziesięciu publikacji naukowych, zarówno oryginalnych, jak i poglądowych, oraz rozdziałów w książkach. Badania prowadzone przez dr. Zagożdżona były w przeszłości wspierane przez prestiżowe stypendia Fundacji na rzecz Nauki Polskiej, Departamentu Obrony Stanów Zjednoczonych czy też w ramach Akcji Marie-Curie w 7. Programie Ramowym Unii Europejskiej. Radosław Zagożdżon uzyskał również nagrodę Prezesa Rady Ministrów za swoją pracę doktorską





Czy etyka może nadążać za zmianami?

Rozmowa z ks. Arkadiuszem Nowakiem
— doktorem nauk społecznych — Prezesem Instytutu
Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej

W XXI wieku obserwujemy znaczący rozwój medycyny i przede wszystkim onkologii. Również relacja uczeń–mistrz ulega przeobrażeniom. Czy etyka może nadążać za tymi zmianami i stawiać się bardziej współczesna?

Proponuję rozdzielić dwie kwestie. Podoba mi się pytanie: Czy etyka może nadążać za zmianami? Otóż nie może i nawet nie powinna nadążać za wymogami współczesności. Fundamentalne zasady etyki, a również podstawowe powinności moralne są niezmiennie i to nawet — a może warto powiedzieć — w szczególności tak właśnie być powinno w kontekście szybkiego rozwoju różnych dyscyplin i technologii. Dotyczy to również rozwoju medycyny i szeroko rozumianej ochrony zdrowia. Innym problemem jest natomiast to, że za znaczącym rozwojem medycyny powinno nadążać prawo — szczególnie tak ukształtowane, aby chronić pacjenta i jego prawa. I tutaj rodzi się problem i pytanie zarazem: na ile prawo w ochronie zdrowia, które u podstaw powinno zakładać dobro pacjenta, jest uchwalane na fundamentach etyki? Jest to pytanie natury ogólnej, stanowi jednak klucz do zrozumienia między innymi powinności instytucji państwowych i pracowników ochrony zdrowia wobec pacjentów. Ja nie mam wątpliwości, że każde prawo winno być ustalone na trwałych fundamentach etycznych. I dlatego, jeżeli mamy mówić o zmianach w kontekście rozwoju medycyny, to przede wszystkim o zmianach w zakresie prawa, a nie etyki. Prawo powinno nadążać za rozwojem medycyny, nie zapominając jednak o pragmatycznym podejściu zawartym w obiegowej opinii „że prawo jest dla człowieka, a nie odwrotnie”. Ponad wszelką wątpliwość dobro pacjenta powinno przyświecać każdej zmianie prawa w ochronie zdrowia. Zestawiając te dwie kwestie, zauważamy jednak „konflikt interesów”. Pojawiają się dylematy pomiędzy stanowiącymi prawo a uchwalającymi je. Stanowiący prawo, opracowując projekty ustaw, rozporządzeń, często kierują się wspomnianymi wyżej wartościami

etycznymi. Uchwalający prawo, którzy wprowadzić również posiadają intencję działania w dobrze pojętym interesie jednostki, ostatecznie jednak kierują się względami pragmatycznymi, na przykład czynnikami ekonomicznymi. I tu chyba tkwi największa trudność zarówno z punktu widzenia pacjenta, jak i rozwoju technologii medycznych. Jak skonstruować dobre prawo, aby, biorąc pod uwagę innowację w medycynie, zapewnić pacjentowi realizację przysługujących praw. To temat ciągle warty dyskusji.

Druga kwestia to relacje uczeń–mistrz. Wskutek rozwoju życia społecznego oraz technologii, również tych komunikacyjnych, relacje ulegają zmianie. Często mamy do czynienia z młodymi ambitnymi lekarzami którzy bardzo chętnie kształcą się, szybko zdobywając tytuły naukowe. W konsekwencji posiadają duże zasoby wiedzy i kompetencji. Wydaje się oczywistym, że aspirują do szybkiego piastowania stanowisk pozwalających na podejmowanie ważnych decyzji i usamodzielnienie w swojej pracy. W takiej sytuacji realne staje się zagrożenie, że uczeń szybko przerodzi się w mistrza. Jak sobie wówczas radzić? Myślę, że to jest bardziej sfera umiejętności oddziaływań komunikacyjnych i psychologii aniżeli etyki. Jednak podstawowa zasada etyczna zakładająca wzajemny szacunek i otwartość na dialog jest punktem wyjścia do rozwiązania ewentualnego konfliktu. Nawet jeśli uczeń przerasta mistrza, to sedno odpowiedzialności za naprawę relacji spoczywa po stronie mistrza. Medialny przebieg ostatnich tygodni to konflikt między ks. Lemańskim a Arcbp. Hoserem. To typowa relacja uczeń–mistrz w sytuacji kryzysu. Ewidentnie widać, że w tym kryzysie po obu stronach zabrakło chęci i odpowiedzialności prowadzenia dialogu. W konflikcie zawsze uprawnione jest oczekiwanie, aby ten, który pełni rolę mistrza, stanął „ponad”, właśnie w imię odpowiedzialności. Ponadto, słusznie oczekuje się, że mistrzowi towarzyszyć będzie w próbie rozwiązania sytuacji kryzysowej cnota roztropności. Sądzę, że podobne sytuacje kryzysu w relacjach występują w środowisku medycznym.

Na ogół mistrzowie są już wieloletnimi profesorami, a uczniowie stają się nimi szybciej aniżeli było to w przypadku mistrza. Nagle w statusie naukowym stają się równorzędni, pozostaje tylko kwestia przewagi zdobytego doświadczenia. Życie pokazuje, że na tym tle dochodzi do konfliktów. W ich rozwiązaniu stawiałbym jednak na roztropność mistrza.

Obecnie żyje wiele osób wyleczonych z choroby nowotworowej, a wielu chorych na nowotwory choruje przewlekłe. Czy to oznacza, że stygmat nieuchronnego przestaje mieć takie znaczenie jak wcześniej w onkologii? Czy i jakim zmianom powinna podlegać postawa lekarza?

Ja zajmowałem się w swojej pracy społecznej i zawodowej osobami, które w sposób szczególny poddane były stygmatowi — zakażeni HIV i chorzy na AIDS. Ale ten stygmat podyktowany był zachowaniami społecznymi wynikającymi z braku akceptacji i pruderyjnego spojrzenia na źródło zakażenia. Zastanawiający był fakt, że znaczna część społeczeństwa, które piętnowało określone powody zakażenia, powielalo te same ryzykowne zachowania w swoim życiu. Cieszyli się jednak tym, że to nie oni są w grupie osób zakażonych. Można tu zatem mówić o typowej moralności Pani Dulskiej. Walce z tym stygmatem poświęciłem wiele lat osobistego życia i to chyba z sukcesem. Trudno mi jednak zrozumieć, że również chorzy na choroby nowotworowe czują się stygmatyzowani. Ten rodzaj choroby jest tak powszechny, że chyba nie ma nikogo, kto by wśród osób bliskich nie spotkał się wprost z doświadczeniem nowotworu. I to właśnie powszechność choroby powinna skutecznie wykluczyć stygmat. Rozumiem jednak, że pytanie dotyczy nie tyle stygmatyzacji społecznej chorób nowotworowych, ile stygmatu nieuchronności śmierci. Należy tylko zapytać, czy rzeczywiście nieuchronność śmierci na skutek przeżywania choroby nieuleczalnej — niekoniecznie nowotworowej, należy zaliczyć do kategorii stygmatu. Raczej nie. Być może jednak dla osób,



które całe życie zawodowe poświęcają diagnozowaniu chorób nowotworowych i walczą o życie chorego i, niestety, stają się świadkami wielu przegranych — choroba nowotworowa jest stygmatem nieuchronnego. Ale tak być nie powinno. Przecież śmierć to konieczny fragment naszego życia. To właściwie pytanie o filozofię życia i śmierci. Ponieważ istnieje absolutna nieuchronność śmierci, trzeba na nią spojrzeć z innej zupełnie perspektywy. Jako teolog siłą rzeczy postrzegam nieuchronność śmierci w perspektywie eschatologicznej. Nie tyle przeraża mnie jej nieuchronność, co raczej pytanie, na ile jestem przygotowany na jej nadejście. Myślę, że każda osoba chora i równocześnie wierząca rozważa konsekwencje swojej choroby i ewentualną nieuchronność śmierci również w tych kategoriach. Osoby pozbawione łaski wiary powiedzą raczej, że jedynie ważny jest klarowny rachunek możliwości przeżytych miesięcy w zależności od dostępności leczenia. Nie oznacza to jednak, że wierzący pozbawieni są naturalnej walki o przeżycie. Posiadają jednak inną perspektywę, która może skutecznie pomóc w pogodzeniu się z nieuchronnością śmierci. Rodzi się pytanie: czy lekarz powinien mieć wpływ na to, jak pacjent przeżywa tego rodzaju sytuację, i czy w ogóle powinien go zachęcać do rozmów o śmierci. To trudne, ale ostatecznie sędzę, że tak. Lekarz jest bowiem tą osobą, która przekazuje pacjentowi najważniejszą informację w jego życiu dotyczącą przyszłości. Trudno ograniczyć się tylko do jej przekazania, szczególnie wobec zaufania, jakim na ogół pacjent obdarza lekarza. Jest więc oczywiste, że chory będzie oczekiwał znacznie więcej. To zaś rodzi dodatkowe obciążenie dla lekarza, ale warto ten trud podjąć, szczególnie w ścisłej współpracy z psychoonkologami.

Współczesność ułatwia pacjentom i ich rodzinom dostęp do wiedzy specjalistycznej. Czy to kreuje nowe wyzwania dla lekarza onkologa w relacjach z chorymi?

Tak, kreuje nowe wyzwania i to z kilku powodów. Faktycznie można zaobserwować, że pacjenci są coraz lepiej wyedukowani i świadomi przysługujących im praw. I do tego ja sam poprzez działalność Instytutu Praw Pacjenta staram się przyczynić. Jednym z tych kluczowych jest prawo do informacji o stanie zdrowia przekazane pacjentowi w sposób dla niego w pełni zrozumiały. To prawo staje się trudnym zobowiązaniem dla lekarza, który musi informacje przekazać tak, aby nie były chaotyczne, zbyt lapidarne i jeszcze powinien dostosować przekaz do możliwości percepcji pacjenta. Ale jest to zadanie niezwykle ważne, bo przecież pacjent na podstawie uzyskanych informacji będzie w dalszej kolejności wyrażał zgodę na postępowanie terapeutyczne. Narzuca to lekarzowi dodatkowe zadanie, nie tylko samej umiejętności przekazu,

ale też empatycznego podejścia do pacjenta. Lekarz powinien przynajmniej spróbować wczuć się w rolę swojego pacjenta. Inną sprawą jest to, że powszechny dostęp do informacji w internecie powoduje, że coraz częściej w gabinetach lekarskich pojawiają się pacjenci podejmujący dyskusję czy nawet polemikę z lekarzem. W skrajnych wypadkach bywają też pacjenci pretensjonalni, którzy na skutek posiadanej wiedzy z forów internetowych najlepiej leczyliby się sami. Takie zachowania pacjentów mogą tworzyć konflikty we wzajemnych relacjach i zapewne nie sprzyjają budowaniu zaufania. Jednak, nawet jeżeli to pacjent poprzez swoje zachowanie wobec lekarza generuje konflikt we wzajemnych relacjach, to obowiązkiem lekarza pozostaje zrobienie wszystkiego, aby zrozumiał on swój błąd. I to jest bez wątpienia kolejne dodatkowe utrudnienie w pracy lekarza.

W każdym kwartale rejestrujemy nowe preparaty onkologiczne. Większość z nich jest kosztowna i ma znaczenie dla wybranej grupy chorych, przynosząc niejednokrotnie jedynie wydłużenie czasu wolnego od choroby, nie poprawiając przeżycia całkowitego i pozostając bez wpływu na jakość życia. Jak sobie z tym radzić w Europie ogarniętej problemami ekonomicznymi?

To często podkreślany przez lekarzy dylemat — przerzucania na nich obowiązku leczenia z zachowaniem konieczności określonych ramach finansowych. Bywa, że lekarze muszą zmieścić się z leczeniem w określonych limitach. Tak akurat jest z leczeniem antyretrowirusowym u zakażonych i chorych na Aids. Jest to bardzo niekomfortowa sytuacja dla lekarza, który z jednej strony ma na plecach oddech dyrektora ekonomicznego szpitala, a z drugiej — powinność moralną działania przede wszystkim dla dobra pacjenta. Na pewno lekarz nie powinien być zmuszany do tego, aby nieustannie weryfikował jakość i metody leczenia w zależności od bieżącej kondycji finansowej szpitala. Nie można też oczekiwać od lekarza, aby sposób jego leczenia wpływał na zapewnienie wydolności i tak niewydolnego systemu. W praktyce to niezwykle trudna sytuacja — w zasadzie chyba nie do rozwiązania bez zmian systemowych. Na te jednak długo przyjdzie nam poczekać. Warto natomiast podkreślić, że pacjent powinien mieć pełną informację, również o tym, że istnieją metody leczenia skuteczne lub znacznie zwiększające jakość życia w chorobie, które w Polsce nie są refundowane. Uważam, że jeżeli lekarz ma taką wiedzę, to powinien się nią z pacjentem podzielić. Znam wielu pacjentów mocno zdeterminowanych do tego, aby szukać rozwiązań również poza polskim systemem refundacyjnym. Korzystają wówczas z pomocy chociażby różnych organizacji społecznych, pacjenckich i bywają w tym skuteczni. Uważam, że pacjenci

mają do tego pełne prawo i nikt nie powinien się na nich obrażać. W końcu walczą o swoje życie. Lekarz zaś funkcjonuje zawodowo w określonej przestrzeni i nie ma bezpośredniego wpływu na wysokość kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia przez szpital, w którym pracuje. Powinien przede wszystkim skutecznie leczyć, a nie jedynie liczyć, czego niestety coraz częściej menedżer od niego wymaga. Liczenie kosztów i dbałość o rentowność jednostki to typowe zadanie dla dyrektora zakładu. W skali makro zaś to podstawowy obowiązek dla Ministra Zdrowia, Ministra Finansów i Prezesa NFZ. Ponad wszelką wątpliwość nie jest to podstawowe zadanie lekarza.

Zdarza się wiele słyszeć o relacjach pomiędzy przemysłem a środowiskiem lekarskim, pomiędzy lekarzami a państwową administracją. Jakie wzorce zachowań warto by dla tych relacji podkreślać?

Życie pokazało, że państwo zdecydowanie próbuje uregulować te relacje. Ustawowe rozwiązania wprowadzone dwa lata temu skutecznie ograniczają możliwości, które wcześniej pozwalały przemysłowi farmaceutycznemu na bezpośrednie oddziaływanie między innymi na to, co lekarz przepisuje. Niektóre z takich działań po szczegółowej analizie wykazywały znamiona postępowania niezgodnego z etyką. Jednak wszelkie próby uogólniania w tej materii byłyby relatywnie krzywdzące dla lekarzy. Mam wrażenie, że obecnie wiele uległo zmianie. Firmy nie są już tak chętne do naukowego sponsoringu, a i lekarze może bardziej wyczuleni na składane propozycje. Natomiast mnie niepokoi co innego, mianowicie, że w publicznym postrzeganiu firm farmaceutycznych przez Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia akcentuje się to, co złe, a nie dostrzega działań korzystnych. Pacjenci mają dostęp do wielu informacji o lekach, niejednokrotnie dzięki działaniom edukacyjnym prowadzonym przez firmy farmaceutyczne. Nie wolno tego blokować, jeżeli taka działalność jest transparentna. Kiedyś zadałem sobie trud policzenia: ile w jednym roku odbyło się spotkań edukacyjnych dla pacjentów, ich rodzin zorganizowanych przez organizacje pacjenckie z grantów firm. Było tego bardzo, bardzo wiele. Czy to coś złego? Zapewne odpowiedź uzależniona jest od tego, kto jej udziela. Niestety, Ministerstwo Zdrowia nie przekazuje organizacjom pacjenckim funduszy na działalność, w ogóle z założenia ich nie finansuje. Warto w tym miejscu wspomnieć o kodeksach etycznych, które opracowały niezależnie i firmy farmaceutyczne, i organizacje pacjentów, i które stosowane na co dzień zapewniają pełną transparentność podejmowanej współpracy. ■



Hipokratesowską zasadę, zgodnie z którą „lekarz ma za zadanie wyleczyć chorego — jaką drogą to robi, jest rzeczą obojętną”, należy zmodyfikować, mając na uwadze aktualne regulacje prawne, które kształtują zasady udzielania świadczeń zdrowotnych.

Prawo medyczne w onkologii — czyli nie wycofuj się rakiem z edukacji prawnej

Truizmem wydaje się twierdzenie, że nieznanie prawa szkodzi. W ostatnim czasie konieczność znajomości prawa dotyczy osób wykonujących zawody medyczne, w tym w sposób szczególny lekarzy i średniego personelu medycznego. Hipokratesowską zasadę, zgodnie z którą „lekarz ma za zadanie wyleczyć chorego — jaką drogą to robi, jest rzeczą obojętną” należy zmodyfikować, mając na uwadze aktualne regulacje prawne, które kształtują zasady udzielania świadczeń zdrowotnych. Jednocześnie należy zwrócić uwagę na rosnącą świadomość pacjentów i ich rodzin w zakresie dochodzenia różnego rodzaju roszczeń na drodze sądowej, a także na podstawie procedury realizowanej przed Komisjami do spraw orzekania o niepożądanych zdarzeniach medycznych.

Prawo medyczne w onkologii wiąże się z niezwykle szerokim spektrum zagadnień, które obejmują zarówno prawa pacjenta, skorelowane z nimi obowiązki lekarza, ogólne zasady udzielania świadczeń zdrowotnych, jak również tematykę dedykowaną onkologii, do której należy zaliczyć przywilej terapeutyczny i dopuszczalność stosowania terapii *off-label use*. Problematyka prawna w onkologii wiąże się ponadto z kwestiami wynikającymi z prawa farmaceutycznego i przepisów związanych z refundacją produktów leczniczych.

Jakkolwiek każdy z wymienionych tematów stanowi odrębny i istotnie ważny wycinek prawa w medycynie, tak wydaje się, że kluczowe znaczenie mają obecnie poszanowanie praw pacjenta i dopuszczalność stosowania terapii *off-label use*, co ma bezpośredni związek ze specyfiką terapii w onkologii.

W kontekście poszanowania praw pacjenta, na plan pierwszy wysuwa się obowiązek informacji i udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie świadomej zgody pacjenta. Zgodnie z przepisami, które weszły w życie pod koniec 1996 roku, każde świadczenie zdrowotne, bez względu na jego rodzaj i zakres wymaga wyrażenia przez pacjenta zgody, której skuteczność zależy od zakresu uprzednio udzielonej informacji. W zależności

od rodzaju podejmowanych czynności zmienia się jedynie forma, w jakiej zgoda powinna zostać wyrażona. Istotnego znaczenia nabiera zgoda pisemna, której wyrażenie konieczne jest w przypadku podejmowania czynności leczniczych bądź diagnostycznych podwyższonego ryzyka, które w onkologii stanowią większą część wszelkich czynności planowanych w szeroko pojętym procesie leczenia. Z punktu widzenia ochrony prawnej lekarzy konieczne wydaje się opracowanie ujednoliconego formularza świadomej zgody pacjenta na zabieg operacyjny, leczenie farmakologiczne podwyższonego ryzyka, poddanie się cyklowi terapeutycznemu oraz wykonanie czynności diagno-

stycznych podwyższonego ryzyka. Uwypuklenie w tekście świadomej zgody klauzul odnoszących się na przykład do rozszerzenia zakresu zabiegu lub leczenia w trakcie jego trwania, rokowania, jak również klauzuli dotyczącej informacji na temat potencjalnych negatywnych następstw i powikłań podjęcia, jak również zaniechania planowanych czynności medycznych, stanowi o wyeliminowaniu naruszenia prawa pacjenta do informacji i świadomego uczestnictwa w procesie diagnostyczno-terapeutycznym.

Odrębne zagadnienie stanowi zgoda pacjenta na niestandardową terapię farmakologiczną, której rozpoczęcie lub kontynuacja odpowiada wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Jakkolwiek wdrożenie terapii poza ściśle zarejestrowanymi wskazaniami lub w grupie wiekowej, która nie została ujęta w Charakterystyce Produktu Leczniczego, stanowi działanie dopuszczalne w świetle standardów leczenia, tak z punktu widzenia prawa działanie tego rodzaju identyfikowane jest ze swoistym eksperymentem leczniczym, którego prowadzenie jest uzależnione od spełnienia wielu przesłanek. Jedną z nich jest uzyskanie od pacjenta lub w przypadku pacjentów małoletnich podmiotu uprawnionego do wyrażenia zgody razem z nimi lub w ich imieniu, świadomej decyzji na niestandardową terapię. Odstąpienia od pobrania świadomej zgody w tym zakresie nie może być usprawiedliwione faktem, że terapia *off-label use* stanowi jedyny sposób leczenia, który rokuje największymi szansami uzyskania oczekiwanego efektu, jak również, że działanie takie stanowi odpowiedź na wymagania aktualnie obowiązujących standardów medycznych w danej dziedzinie



Mgr prawa, dr n. med. Justyna Zajdel

Prawnik i nauczyciel akademicki — adiunkt w Zakładzie Prawa Medycznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Od 2005 roku specjalizuje się w szeroko pojętym prawie medycznym, ze szczególnym uwzględnieniem ochrony praw osób wykonujących zawody medyczne. Jest autorką 13 monografii z zakresu prawa medycznego. Najbardziej znane tytuły to *Prawo medyczne w algorytmach*, *Kompendium prawa medycznego*, *Prawa lekarza*



medycyny. W wielu przypadkach zastosowanie leczenia farmakologicznego niezgodnego z formalnymi zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego, stanowi dołożenie należytej staranności w procesie leczenia, przez którą należy rozumieć wyczerpanie wszelkich dostępnych metod i środków terapeutycznych.

Ponadto wdrożenie terapii *off-label use* stanowi często istotne obniżenie finalnych kosztów terapii, co ma szczególne znaczenie przypadku wyboru biorównoważnego leku generycznego posiadają-

cego ograniczoną rejestrację w stosunku do leku referencyjnego (oryginalnego).

Tematem związanym ściśle z onkologią jest również „przywilej terapeutyczny”, który stanowi odstępstwo od zasady udzielania pełnej informacji w procesie leczenia. Ze względu na specyfikę udzielanych świadczeń, w szczególnych przypadkach dopuszczalne jest ograniczenie negatywnych informacji, na przykład dotyczących rokowania, jeśli przemawia za tym dobro pacjenta. Korzystanie z przywileju terapeutycznego stanowi odstępstwo od ogólnej zasady, zgodnie z którą pacjent ma

prawo do pełnej i rzetelnej informacji w procesie leczenia, a co za tym idzie, wymaga wyczerpania przesłanek określonych w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentysty.

Mając na uwadze coraz głębsze przenikanie prawa do medycyny, należy zaznaczyć, że znajomość aktualnie obowiązujących przepisów związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych stanowi konieczność, która zapewnia bezpieczeństwo wykonywania zawodu lekarza, jak i podniesienie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. ■

Dane epidemiologiczne wskazują, że zachorowalność na HPV-zależne raki ustnej części gardła dynamicznie wzrasta. Zjawisko to, w dużej mierze związane z zachowaniami seksualnymi, jest najbardziej spektakularne w Stanach Zjednoczonych, gdzie udział przypadków współistnienia z zakażeniem HPV dotyczy już około 50%, a nawet więcej, nowo rozpoznawanych raków ustnej części gardła.

Nowotwory nabłonkowe **narządów głowy i szyi — co nowego w ostatnich latach?**



Ostatnie lata przyniosły wiele nowych, ważnych informacji na temat nowotworów nabłonkowych narządów głowy i szyi. Co należy uznać za najbardziej istotne? Moim zdaniem taką „perełką” jest, oparte na dowodach o wysokim stopniu wiary-

godności, zdefiniowanie raka ustnej części gardła zależnego od zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV, *human papilloma virus*) jako jednostki chorobowej odmiennej od innych raków płaskonabłonkowych narządów głowy i szyi, co w niedługim czasie powinno doprowadzić do modyfikacji standardów postępowania.

Dane epidemiologiczne wskazują, że zachorowalność na HPV-zależne raki ustnej części gardła dynamicznie wzrasta. Zjawisko to, w dużej mierze związane z zachowaniami seksualnymi,

jest najbardziej spektakularne w Stanach Zjednoczonych, gdzie udział przypadków współistnienia z zakażeniem HPV dotyczy już około 50%, a nawet więcej, nowo rozpoznawanych raków ustnej części gardła. W krajach Unii Europejskiej odsetki te są niższe i prawdopodobnie kształtują się na poziomie 15–25%. Analizy dużych populacji chorych na HPV-zależne raki ustnej części gardła, jednoznacznie wykazały, że charakterystyka biologiczna i histokliniczna tej grupy nowotworów jest odmienna od pozostałych raków płasko-

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Kawecki

Absolwent Akademii Medycznej w Warszawie rocznik 1982, specjalista radioterapii onkologicznej i onkologii klinicznej, Kierownik Kliniki Nowotworów Głowy i Szyi Centrum Onkologii w Warszawie, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Radioterapii Onkologicznej woj. Mazowieckiego, Sekretarz Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, Wiceprzewodniczący Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej, Redaktor Naczelny „Onkologii po Dyplomie”, członek Komitetów Redakcyjnych 5 innych czasopism. Autor lub współautor 75 prac oryginalnych i poglądowych ogłoszonych drukiem w całości w czasopismach recenzowanych, 26 rozdziałów w podręcznikach oraz ponad 200 prac oryginalnych opublikowanych w streszczeniach. Główne zainteresowania prof. Kaweckiego dotyczą optymalizacji skojarzonego postępowania radykalnego u chorych na zaawansowane raki narządów głowy i szyi z udziałem chemioterapii i leczenia ukierunkowanego, optymalizacji systemowego leczenia chorych z nawrotami lub przerzutami odległymi z uwzględnieniem aplikacji nowych generacji leków oraz optymalizacji wieloaspektowego leczenia wspomagającego w onkologii.



nabłonkowych narządów głowy i szyi [1]. Raki HPV-zależne występują u osób w młodszym wieku, często niepalących, o stosunkowo wysokim statusie społeczno-ekonomicznym. Zwykle stwierdza się nadekspresję p16, natomiast rzadko występują zaburzenia molekularne w zakresie p53, typowe dla klasycznych raków płaskonabłonkowych. Patomorfologicznie, nowotwory HPV-zależne charakteryzuje niższy w porównaniu z innymi rakami płaskonabłonkowymi stopień zróżnicowania i zwykle nie wykazują cech rogowacenia. Stopień klinicznego zaawansowania miejscowego w chwili rozpoznania często odpowiada cesze T1-2, przy czym przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych nie są rzadsze niż w innych rakach płaskonabłonkowych. Co najbardziej istotne z klinicznego punktu widzenia, reaktywność raków HPV-zależnych na standardowe metody leczenia, czyli napromienianie lub chemioradioterapię, jest wyraźnie wyższa w porównaniu z klasycznymi rakami narządów głowy i szyi, przez co rokowanie jest zdecydowanie bardziej korzystne. Odsetek 5-letnich przeżyć w przypadkach loko-regionalnie zaawansowanych (CSIII-IV) raków HPV-zależnych ustnej części gardła przekracza 80% w porównaniu z około 40% u pozostałych chorych [1]. Ang i wsp. w znakomitej publikacji w *New England Journal of Medicine* z 2010 roku zaproponowali, na podstawie wyników dedykowanego innym zagadnieniom randomizowanego badania klinicznego RTOG 0129, nową klasyfikację prognostyczną raka ustnej części gardła, uwzględniającą oprócz stopnia klinicznego zaawansowania również koincydencję z zakażeniem HPV i ekspozycję na dym tytoniowy [2]. Po raz pierwszy w historii onkologii narządów głowy i szyi okazało się, że istnieją podgrupy chorych, w których stopień miejscowego zaawansowania ma drugorzędne znaczenie. Współistnienie zakażenia HPV i niepalenie tytoniu kwalifikuje chorych na raka ustnej części gardła do podgrupy o dobrym rokowaniu, niezależnie od stwierdzanego stopnia miejscowego zaawansowania nowotworu.

Przytoczone fakty automatycznie nasuwają sugestię poszukiwania mniej agresywnych metod terapeutycznych, które mogłyby być wykorzystywane w rosnącej populacji chorych na HPV-zależnego raka ustnej części gardła. Temu zagadnieniu poświęcone są już trwające badania dotyczące deeskalacji intensywności leczenia, z których najważniejszym jest RTOG 1016. W ramach tego randomizowanego doświadczenia III fazy chorzy na miejscowo zaawansowanego, HPV-zależnego raka ustnej części gardła są losowo przydzielani do ramienia standardowej, przyspieszonej chemioradioterapii z udziałem cisplatyny lub do potencjalnie mniej toksycznego leczenia napromienianiem w skojarzeniu z cetuksymabem. Należy mieć nadzieję, że wyniki badania RTOG 1016 wpłyną na zmodyfikowanie standardów leczenia w systematycznej rosnącej populacji chorych na HPV-zależne raki ustnej części gardła.

W ostatnich latach przeprowadzono całą serię badań, których intencją była poprawa indeksu terapeutycznego u chorych na miejscowo zaawansowane raki płaskonabłonkowe narządów głowy i szyi poprzez intensyfikację chemioradioterapii.

Pierwszą analizowaną strategią było kojarzenie chemioradioterapii z lekami ukierunkowanymi molekularnie. Merytoryczną podstawę tej metody stanowiły wyniki badania Bonnera i wsp., w którym wykazano znamienne poprawę zmiennych czasu przeżycia po dodaniu do napromieniania cetuksymabu, przeciwciała monoklonalnego hamującego aktywność receptora naskórkowego czynnika wzrostu (EGFR) i zależnego od niego szlaku sygnałowego sprzyjającego progresji nowotworu oraz wytwarzaniu oporności na leczenie [3]. Założono, że dodanie leków ukierunkowanych przeciwko EGFR do jednoczesnej chemioradioterapii, będącej postępowaniem standardowym, przekładać się będzie na dalszą poprawę skuteczności leczenia. Niestety, wczesne wyniki kilku już zakończonych badań klinicznych okazały się rozczarowujące. W badaniu RTOG 0522, którego wyniki ogłoszono na kongresie ASCO w 2011 roku, Ang i wsp. stwierdzili, że dodanie cetuksymabu do przyspieszonej, jednoczesnej chemioradioterapii nie skutkuje poprawą zmiennych czasu przeżycia, natomiast w przeciwieństwie do obserwacji z badania Bonnera nasila działania niepożądane leczenia [4]. W kolejnym badaniu CONCERT-1 podobnie nie wykazano wyższej skuteczności kojarzenia jednoczesnej chemioradioterapii z panitumumabem, innym przeciwciałem interferującym z aktywnością EGFR, w porównaniu z wyłączonej chemioradioterapią [5]. Również kojarzenie jednoczesnej chemioradioterapii z gefitynibem lub erlotynibem, niskocząsteczkowymi inhibitorami kinazy tyrozynowej EGFR, odpowiednio w badaniach FULCRUM oraz Martinsa i wsp. nie przełożyło się na poprawę zmiennych czasu przeżycia [6, 7]. Przyczyny niepowodzeń wymienionych doświadczeń wymagają dokładnej analizy. Jest prawdopodobne, że mechanizmy działania cisplatyny i leków ukierunkowanych na szlak EGFR są w pewnym zakresie podobne, co przekłada się na brak oczekiwanej eskalacji skuteczności leczenia. Kolejny problem stanowi wtórna aktywacja innych niż zależny od EGFR szlaków przekazywania sygnału, nawet w zakresie tej samej rodziny HER, co zmniejsza efekt terapeutyczny leków ukierunkowanych. Wreszcie, udowodniono, że w części komórek raka płaskonabłonkowego narządów głowy i szyi występuje wariant III receptora EGF (EGFRvIII) pozbawiony domeny zewnątrzkomórkowej będącej punktem uchwytu dla przeciwciał monoklonalnych, co czyni ich podawanie nieskutecznym. Dodatkowym problemem w rakach płaskonabłonkowych narządów głowy i szyi, w przeciwieństwie do raka jelita grubego i raka płuca, jest brak czynników przepowiadających uzyskanie odpowiedzi terapeutycznej, które można by określić przed planowanym leczeniem selekcyjując w ten sposób odpowiednią grupę chorych.

Druga strategia dążenia do poprawy skuteczności leczenia zakładała skojarzenie jednoczesnej chemioradioterapii z opartą na docetakselu, trójkową indukcyjną chemioterapią (schemat TPF — docetaksel, cisplatyna, fluorouracyl). Przesłankę do analizowania tej metody stanowiły znakomite wyniki badania TAX 324, w którym dodanie indukcyjnej chemioterapii TPF do jednoczesnej che-

mioradioterapii przyniosło zaskakująco korzystne zmienne czasu przeżycia i udowodniono wyższość schematu TPF nad standardowym PF (cisplatyna, fluorouracyl) [8]. Niestety, badania randomizowane porównujące bezpośrednio skojarzenie indukcyjnej chemioterapii i jednoczesnej chemioradioterapii ze „złotym standardem”, czyli jednoczesną chemioradioterapią stosowaną jako leczenie wyłączone, przyniosły rozczarowanie. W kluczowych badaniach PARADIGM i DeCIDE nie wykazano, aby poprzedzenie jednoczesnej chemioradioterapii indukcyjną chemioterapią TPF wpływało na wydłużenie zmiennych czasu przeżycia [9, 10].

Niepowodzenia całej serii badań dotyczących intensyfikacji leczenia chorych na miejscowo zaawansowane, płaskonabłonkowe raki narządów głowy i szyi powodują, że granicę możliwości terapeutycznych w tych przypadkach nadal wyznacza jednoczesna chemioradioterapia oparta na pochodnych platyny. Należy przy tym podkreślić, że skuteczność tej metody w ciągu ostatnich lat uległa wyraźnej poprawie, o czym świadczą wyniki uzyskiwane w ramionach kontrolnych wyżej opisanych badań. Stało się tak zapewne dzięki postępowi technologicznemu w radioterapii (udoskonalenie i upowszechnienie techniki IMRT, która obecnie powinna stanowić standard napromieniania chorych na zaawansowane raki narządów głowy i szyi) oraz optymalizacji leczenia wspomagającego, odgrywającego nadzwyczaj ważną rolę w tej agresywnej i obciążonej wysokim ryzykiem działaniu niepożądanych strategii postępowania.

Trwają intensywne badania kliniczne dotyczące aplikacji kolejnych leków o działaniu ukierunkowanym, oddziałujących na więcej niż jeden molekularny punkt uchwytu. Do takich należą choćby inhibitory dwukinasowe działające w zakresie rodziny HER, jak lapatynib czy afatynib. Wczesne wyniki, dotyczące również chorych z nawrotami lub przerzutami odległymi, są zachęcające, ale o potencjalnym rutynowym stosowaniu tych leków muszą przesądzić duże, randomizowane badania kliniczne.

Należy jednak podkreślić, że od dawna istnieje pozornie bardzo prosta metoda, która przekłada się na zapewnienie korzystnego rokowania po zastosowaniu nisko kosztowego leczenia i to zwykle przy satysfakcjonującym efekcie estetyczno-czynnościowym, zapewniającym chorym dobrą jakość życia. Chodzi oczywiście o dążenie do rozpoznawania raków narządów głowy i szyi we wczesnych stopniach klinicznego zaawansowania (CSI-II). W takich przypadkach wyłączone napromienianie przy użyciu nowoczesnych technologii lub oszczędzająca chirurgia, względnie skojarzenie obu metod zapewnia wysokie odsetki wyleczeń i zazwyczaj dobry efekt estetyczny i czynnościowy. Tego typu strategia postępowania cechuje się również nieporównywalnie lepszymi wskaźnikami efektywności kosztowej w porównaniu do wykorzystywanej w przypadkach zaawansowanych chemioradioterapii lub rozległych zabiegów operacyjnych z natychmiastową rekonstrukcją. Problem leży w tym, że w Polsce u około 70% chorych rak narządów głowy i szyi jest rozpoznawany w stadium znacznego zaawansowania miejscowego i/lub regionalnego, co wymaga wdrożenia



agresywnego i kosztownego leczenia. W celu zmiany tego niekorzystnego zjawiska, Polska Grupa Badań Nowotworów Głowy i Szyi kierowana przez prof. Wojciecha Golusińskiego z Wielkopolskiego Centrum Onkologii wystąpiła z inicjatywą wdrożenia I Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi. Działania podejmowane w ramach Programu mają na celu szeroka popularyzację wiedzy w społeczeństwie na temat tej dotychczas „nie medialnej” grupy nowotworów ze szczególnym uwzględnieniem wczesnych objawów choroby, a także edukację lekarzy pierwszego kontaktu oraz stomatologów w zakresie wczesnego wykrywania raka narządów głowy i szyi. Należy zawsze pamiętać o tym, że dłuższe niż 3 tygodnie utrzymywanie się niespecyficznych objawów, takich jak chrypka, bóle gardła, uczucie ciała obcego w gardle, trudności w przełykaniu czy zgrubienia lub niegojące się owrzodzenia błon śluzowych, jest bezwzględny wskazaniem do wdrożenia specjalistycznej diagnostyki. Tylko upowszechnienie tego typu zasad postępowania pozwoli na odwrócenie niekorzystnego zjawiska późnego rozpoznawania raków narządów głowy i szyi. Inicjatywa Polskiej Grupy Badań Nowotworów

Głowy i Szyi bezwzględnie zasługuje na wsparcie całego środowiska onkologicznego.

Piśmiennictwo:

1. Ang K.K., Sturgis E.M. Human papillomavirus as a marker of the natural history and response to therapy of head and neck squamous cell carcinoma. *Semin. Radiat. Oncol.* 2012; 22: 128–142.
2. Ang K.K., Harris J., Wheeler R. i wsp. Human papillomavirus and survival of patients with oropharyngeal cancer. *N. Eng. J. Med.* 2010; 363: 24–35.
3. Bonner J.A., Harrari P.M., Giralt J. i wsp. Radiotherapy plus cetuximab for squamous cell carcinoma of the head and neck. *N. Eng. J. Med.* 2006; 354: 567–578.
4. Ang K.K., Zhang Q.E., Rosenthal D.I. i wsp. A phase III randomized trial (RTOG 0522) on concurrent accelerated radiation plus cisplatin with or without cetuximab for stage III–IV head and neck squamous cell carcinoma. *J. Clin. Oncol.* 2011; 29 (supl. P5500).
5. Giralt J., Fortin A., Mesia R. i wsp. A phase II, randomized trial (CONCERT-1) on chemoradiotherapy with or without panitumumab in patients with unresected, locally advanced squamous cell carcinoma of the head and neck. *J. Clin. Oncol.* 2012; 30 (supl. P5502).
6. Gregoire V., Hamoir M., Chen C. i wsp. Gefitinib plus cisplatin and radiotherapy in previously untreated head and neck squamous cell carcinoma: a phase II double-blind, placebo-controlled study. *Radiother. Oncol.* 2011; 100: 62–69.
7. Martins R., Parvathaneni U., Sharma A.K. i wsp. Randomized phase II trial on cisplatin and radiotherapy with or without erlotinib in patients with locally advanced squamous cell carcinoma of the head and neck. *J. Clin. Oncol.* 2012; 30: P5503.
8. Lorch J.H., Goloubeva O., Haddad R.I. i wsp. Induction chemotherapy with cisplatin and fluorouracil alone or in combination with docetaxel in locally advanced squamous cell cancer of the head and neck: long term results of the TAX 324 randomized phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2011; 12: 153–159.
9. Haddad R., O'Neill A., Rabinowits G. i wsp. Induction chemotherapy followed by concurrent chemoradiotherapy (sequential chemoradiotherapy) versus concurrent chemoradiotherapy alone in locally advanced head and neck cancer (PARADIGM): a randomized phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2013; 14: 257–264.
10. Cohen E., Karrison T., Kocherginsky M. i wsp. DeCIDE: a phase III randomized trial of docetaxel, cisplatin, 5-fluorouracil (TPF) induction therapy in patients with N2/3 locally advanced squamous cell carcinoma of the head and neck. *J. Clin. Oncol.* 2012; 30: P5500.

Na sukces leczenia onkologicznego powinien pracować cały zespół terapeutyczny, w którego skład wchodzi: lekarz prowadzący i inni lekarze onkolodzy współpracujący na zasadzie konsylium, odpowiednio wyszkolona pielęgniarka onkologiczna, psycholog, psychiatra, asystent socjalny, a także członkowie rodziny chorego i przyjaciele, którzy go na co dzień mogą z powodzeniem wspierać.



Przemyślenia na temat relacji lekarza z chorym

Zbudowanie odpowiedniej relacji z chorymi to przede wszystkim rola lekarza.

Relacja lekarza z pacjentem powinna być partnerska. Nie może być to model patriarchalny, w którym lekarz jest bogiem czy wyrocznią, której

Dr n. med. Janusz Meder

Pracuje w Centrum Onkologii — Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie. Jest Prezesem Polskiej Unii Onkologii i współtwórcą Polskiej Grupy Badawczej Chłoniaków oraz Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej. Jest członkiem Komitetu Bioetyki Polskiej Akademii Nauk oraz Prezydium Polskiej Akademii Nauk



pacjent ma się bezwzględnie poddawać. W patriarchacie pacjent często boi się zapytać o to, co go trapi, i zamiast zastanawiać się i skupić nad własnym zdrowiem i życiem, stara się za wszelką cenę nie urazić swojego lekarza, nie zająć mu zbyt dużo czasu.

Onkolog musi mieć do chorego wiele cierpliwości — wszystko mu powoli stopniowo wytłumaczyć, przedstawić alternatywy metody leczenia, rozwiać nasuwające wątpliwości. Niestety, dziś organizacja leczenia onkologicznego w naszym kraju nie sprzyja budowaniu takich relacji. Mówi się o konieczności indywidualnego, całościowego i kompleksowego podejścia do pacjenta, o potrzebie rehabilitacji, wsparcia psychoonkologicznego... Niestety w wyniku kolejnych pseudo reform w służbie zdrowia, wprowadzenia kas chorych, powstania NFZ, rosnącej biurokracji lekarze uwikłani w machinę biurokracji mają dla pacjentów coraz mniej czasu.

To, jak do pacjenta podchodzi lekarz, jest sumą jego doświadczeń i wiedzy wyniesionej z domu rodzinnego, kolejnych etapów nauki, w tym w uczelni wyższej. Niestety, spotyka się coraz mniej nauczycieli akademickich z powołania — prawdziwych mistrzów sztuki lekarskiej. Dlatego coraz mniej jest wartościowych wzorów do naśladowania.

Niestety, większość absolwentów, którzy opuszczają mury uczelni medycznych, nie umie rozmawiać z pacjentami i ich bliskimi, nikt nie nauczył ich przekazywania trudnych treści, tego jak wspierać pacjentów i motywować ich do walki z chorobą. Taki stan rzeczy jest szkodliwy zarówno dla chorych, jak i dla samych lekarzy, którzy bardzo często z tego powodu cierpią na przedwczesny syndrom wypalenia zawodowego.

Cała machina leczenia onkologicznego coraz szybciej pędzi do przodu i zdarza się, że w tym wszystkim zatracą się podmiotowość człowieka — pacjenta. Personel medyczny i lekarze nie mają siły i chęci, dlatego że bariery biurokratyczne odbierają im całą energię. Onkolog, zamiast mieć czas na rozmowę, na spokojne wyjaśnienie, dokładne zbadanie pacjenta, zadbanie o zachowanie jego praw do intymności i godności, musi siedzieć przed komputerem i wypełniać coraz bardziej skomplikowane tabelki, które mnoży system. A pacjent jest rozczarowany i zły na tego lekarza, który często nie ma wpływu na to, co się dzieje. Zdarza się, że chorzy piszą skargi do dyrektorów szpitali albo do Rzecznika Praw Pacjenta, licząc, że załatwią sprawę od ręki i że ktoś się nimi właściwie zajmie. Zarówno pacjent, jak i lekarz stają się zakładnikami i ofiarami chorego systemu, który coraz częściej wymusza na mniej odpornych pracownikach ochrony zdrowia dopasowywanie procedur diagnostyczno-leczniczych nie zawsze idących w parze z interesem chorego i koniecznością indywidualnego podejścia stosownie do wskazań medycznych i potrzeb chorego na podstawie dowodów naukowych i praktyki klinicznej. A lekarz, który jednego dnia przyjmuje po 30–40 pacjentów, naprawdę nie ma siły obsłużyć ich tak, jak być może powinien. To prowadzi do poważnej frustracji po obydwu stronach.

Rozmawiając z chorym, przede wszystkim nie można go okłamywać. Znam takie przypad-

ki z dalekiej już na szczęście przeszłości, kiedy w ośrodkach medycznych wypisywano dwie karty informacyjne choroby — jedną, chroniącą przed okrutną prawdą — dla pacjenta, i drugą, już ze szczegółami dla rodziny. Tak nie powinno być. Chory powinien znać prawdę o swoim stanie zdrowia, ale z drugiej strony ta prawda musi być podana mu w taki sposób, aby nie odbierała nadziei. Na każdym etapie: diagnozy, leczenia czy nawrotów choroby trzeba kierować się wiedzą medyczną, ale jednocześnie mieć serce do chorego i pokorę do własnej wiedzy.

Jeżeli pacjent chce wszystko szczegółowo wiedzieć, znać rokowania, szanse na przeżycie, to lekarz też powinien mu takich informacji udzielić. Należy jednak pamiętać, że jest ogromna rozbieżność pomiędzy średnimi statystycznymi a rzeczywistością. Nie jesteśmy, tak naprawdę, w stanie powiedzieć, jak będzie przebiegała choroba u danego pacjenta. Zdarzają się przecież tzw. „cuda medyczne”, przypadki, które nie przebiegają książkowo. Układ immunologiczny bywa naprawdę nieobliczalny. Dlatego w określonych sytuacjach klinicznych warto, mimo gorszych rokowań, przeprowadzić u pacjenta leczenie odpowiednio dobrane przez wielodyscyplinarne kolegium lekarskie i etapowo potwierdzać skuteczność bądź też jej brak.

Spotkałem się z przypadkami, gdzie w sytuacjach beznadziejnych była bardzo dobra odpowiedź na wprowadzoną terapię. Czasem u osób z rozsianym nowotworem udaje się zatrzymać postęp choroby nawet na kilka-kilkanaście lat. To powinno budować pewną pokorę do własnej wiedzy i sprawiać, że lekarze dwa razy pomyślą, zanim przedstawiają pacjentowi niekorzystne rokowania. Tu naprawdę trzeba ważyć każde słowo. Niewłaściwe sformułowania, narastające wątpliwości, potrafią wpędzić pacjenta w taką depresję, że zamiast roku, który powinien przeżyć zgodnie z rokowaniami... przeżyje kilka tygodni.

Na sukces leczenia onkologicznego powinien pracować cały zespół terapeutyczny, w którego skład wchodzi: lekarz prowadzący i inni lekarze onkolodzy, współpracujący na zasadzie konsylium, odpowiednio wyszkolona pielęgniarka onkologiczna, psycholog, psychiatra, asystent socjalny, a także członkowie rodziny chorego i przyjaciele, którzy go na co dzień mogą z powodzeniem wspierać.

Mamy już dziś wyniki badań naukowych, pokazujące, że pacjenci mający odpowiednie wsparcie w otoczeniu, którym lekarz poświęca czas, dostosowuje przekaz do ich filozofii życiowej, mają znacznie lepsze wyniki leczenia od pacjentów, którzy w chorobie są zagubieni i pozostawieni sami sobie. Udowodniono nawet, że w krwi tych pierwszych jest więcej limfocytów T tzw. killerów, które potęgują możliwości obronne organizmu i zwiększają efektywność niszczenia komórek nowotworowych!

Z całą pewnością nie powinno się stosować terapii daremnych, które prowadzą tylko do zwiększenia cierpienia i niepotrzebnego przedłużenia życia pacjenta w takich męczarniach. A niestety bywa, że na takie leczenie naciska rodzina chorego czy nawet sam pacjent, który nie dopuszcza do swojej świadomości, że są granice możliwości dzisiejszej medycyny, wobec których jest ona wciąż bezradna.

Jeżeli jednak bez szkody dla chorego i bez znacznego obniżenia komfortu jego życia, możemy zastosować jakieś leczenie, które można oceniać etapami i ewentualnie je modyfikować, to ja uważam, że zawsze warto po nie sięgnąć.

Oczywiście pacjenta, któremu nie można zaproponować już żadnej terapii, nie wolno zostawić bez pomocy. Na szczęście w Polsce coraz prężniej rozwija się sieć ośrodków opieki paliatywnej, a także powstają kolejne hospicja stacjonarne i domowe. Chory w niuleczalnej fazie choroby powinien mieć stały kontakt z lekarzem, który w razie potrzeby przyjdzie do niego do domu zbadać i wraz z pielęgniarką udzieli niezbędnych świadczeń. Chory powinien móc pytać, rozmawiać i uzyskiwać wszelkie potrzebne mu wsparcie.

Powinna rosnąć też liczba psychoonkologów, asystentów socjalnych, po to, żeby zająć się pacjentem i jego rodziną we współpracy z lekarzami. Wspólnie powinni zadbać o prawa, godność, intymność i najwyższy możliwy komfort, niezależnie od tego czy pacjent dożywa swoich dni w szpitalu, w hospicjum czy też we własnym łóżku wśród najbliższych. I co najważniejsze, pacjentowi powinno dać się prawo do decydowania o tym, jak te jego ostatnie chwile mają wyglądać. Jeśli nie chce już być po raz kolejny wożony do kliniki, podłączany do kolejnej aparatury, to trzeba mu na to pozwolić.

Czy pacjent może przygotować się w jakiś sposób na odejście?

To wszystko zależy od jego filozofii życiowej. Między innymi od tego, czy jest wierzący. Każdy chory, jeśli ma mądrego przewodnika w postaci swojego lekarza prowadzącego, sam powinien wypracować swój model drogi, jaką przechodzi od momentu diagnozy, poprzez kolejne etapy leczenia, aż do fazy terminalnej, jeżeli taka w przypadku danego pacjenta nastąpi.

Nie mogę pominąć w tym miejscu wątku eutanazji... Ja jako lekarz, który składał przysięgę Hipokratesa, w ogóle nie dopuszczam takiej możliwości. Uważam, że medycyna jest już na tyle rozwinięta, że naprawdę bardzo rzadko zdarzają się sytuacje, kiedy choremu nie jesteśmy w stanie ulżyć w jego cierpieniach. Rolą najbliższych chorego i personelu medycznego jest taka opieka nad pacjentem, dzięki której nie będzie on myślał o rozwiązaniu, jakim jest eutanazja.

Dzięki powszechnemu dostępowi do internetu, coraz więcej pacjentów jest dobrze wyedukowanych albo wspieranych przez młodszych członków rodziny czytanych na temat ich choroby. Zdarza się, że przynoszą do gabinetu rewelacje znalezione w sieci. Należy pamiętać jednak, że nawet jeśli są one z medycznego punktu widzenia absurdalne, lekarz nie może zbywać chorego, bagatelizować jego sugestii. Jeśli pacjent straci do swojego onkologa zaufanie, to pójdzie się leczyć do jakichś hochsztaplerów czy cudotwórców, a do tego nie powinno się dopuścić.

Pacjent ma prawo do konsultacji poza swoim lekarzem prowadzącym, jeżeli tylko wyrazi takie życzenie. Niestety, bardzo często łamane są prawa pacjentów związane z dostępem do ich dokumentacji medycznej. Co więcej, zdarza się, że znani profesorowie obrażają się na swoich pacjentów, którzy



chęć zasięgnąć opinii innego lekarza i na przykład odmawiają im dalszych konsultacji. A ja uważam, że lekarz, który się obraża albo gniewa na swojego pacjenta powinien zmienić zawód... Bo to znaczy, że nie posiadał podstawowej wiedzy o tym, jak należy budować relację z chorym. Bycie lekarzem to nie tylko zawód — to misja.

Niestety, również placówki terapeutyczne i diagnostyczne nie chcą wypożyczać dokumentacji, na każdym kroku rzuca się pacjentowi kłody pod nogi. A znam przypadki, kiedy druga lub trzecia konsultacja z innym onkologiem zmieniała diagnozę nawet do tego stopnia, że wykluczała całkowicie nowotwór albo stwierdzała go tam, gdzie wcześniej nikt go nie zauważył.

Uważam, że lekarz prowadzący nie powinien choremu utrudniać kontaktu z innymi onkologami. Przecież chory chce mieć pewność, że wybrał najlepszą z możliwych opcji. Ja moim pacjentom daję nawet namiary do placówek, w których mogą zasięgnąć porady i drugiej opinii. Nawet jeśli chcą się leczyć za granicą, staram się dawać im adresy poważnych instytucji, które mogą się nimi zająć. To jest nie tylko zysk dla pacjenta, ale również dla onkologa. Wzrasta bowiem zaufanie i zacieśnia się więź między nim a chorym. Jeżeli lekarz odmawia lub utrudnia dostęp do dokumentacji albo w jakikolwiek inny sposób przyjmuje pacjenta nie tak, jak ten by tego oczekiwał, to ... należy zmienić lekarza.

Ja stanowczo namawiam do tego, aby być niepokornym pacjentem. Szukać wiedzy na temat swojej choroby we wszystkich dostępnych źródłach i dzielić się nią z lekarzem. Nie ma przecież ludzi nieomylnych, a tu gra się toczy o życie. Jeżeli nie mamy do kogoś zaufania, jeżeli boimy się o coś zapytać, to już jesteśmy przegrani. Dlatego uważam, że konsultacja z innym lekarzem jest wskazana. Jeśli miałoby się okazać, że pacjent jest źle leczony czy niewłaściwie zdiagnozowany, to warto zaryzykować nawet największy gniew lekarza prowadzącego.

Pacjent niepokorny to pacjent świadomy, który cały czas czuwa nad swoim procesem leczenia. Powinien aktualizować stale wiedzę na temat swojej choroby i leczenia. W pewnym sensie patrzy lekarzowi na ręce. Zdarzają się błędy w sztuce lekarskiej i dzięki takiej postawie jest szansa na ich wychwycenie.

Bywają jednak chorzy, którzy zalewają całą masą pytań, stwierdzeń, pretensji, domysłów i nawet nie sposób im przerwać, żeby cokolwiek wyjaśnić. Dlatego sztuką, którą powinni posiadać lekarze, jest asertywność. Niestety, nikt nie uczy jej na uczelniach medycznych... Dlatego, w obliczu takich pacjentów, wielu lekarzy jest bezradnych i albo wybuchają, albo uciekają gdzieś w bok, dostrzegając ich na końcu korytarza. Chorzy czują się wówczas zaniedbani, pokrzywdzeni i popadają w coraz głębszą depresję. Stąd wynika konieczność doszkalania lekarzy w zakresie komunikacji międzyludzkiej.

Niestety, narasta niepokojące zjawisko roszczeniowości ze strony pacjentów i ich rodzin. Szukają we wszystkim pomyłek, z góry wiedzą, że wszelkie działania ze strony lekarza będą złe i szkodliwe. Obarczają lekarza winą za niepowodzenia w leczeniu czy nawrót choroby. Zdarza

się, że rodzina zmarłego pacjenta oddaje sprawę do sądu, bo chce ugrać odszkodowanie za śmierć swojego bliskiego. W większości wypadków takie procesy są umarzane, bo ewidentnie widać brak winy po stronie lekarza, a chęć zarobienia po drugiej stronie.

Jak pacjent powinien przygotować się do rozmowy z lekarzem?

Czasem warto zapisać sobie na kartce pytania, które chcemy zadać lekarzowi. Oczywiście, powinno się być powściągliwym i pytać o to, co jest dla nas naprawdę ważne. Niestety, my lekarze nie możemy poświęcić pacjentowi dwóch godzin na to, żeby krok po kroku objaśnić mu podczas jednej wizyty wszystkie wątpliwości. Są też inni chorzy, którzy czekają na naszą pomoc.

Mądry onkolog proponuje pacjentowi rozłożenie nurtujących go kwestii na kilka spotkań, zaczynając od tych najważniejszych. Pacjent z kolei, powinien posiadać podstawową wiedzę o swojej chorobie czy to z internetu czy z materiałów stowarzyszeń pacjentów. Świadomy pacjent to nie tylko ten, który zdaje sobie sprawę ze swojego stanu zdrowia, ale to również ten który wie, że nie jest jedyny i że jego lekarz musi znaleźć czas i energię na setki innych chorych.

Zgodnie z prawami pacjenta wszelkie informacje odnośnie do jego choroby przekazujemy tylko choremu. Nawet jeżeli pacjent przychodzi do gabinetu z kimś z rodziny, to ja zawsze pytam czy chce, abyśmy o wszelkich kwestiach związanych ze stanem zdrowia rozmawiali wspólnie. Jeżeli wyrazi na to zgodę, to jego bliscy otrzymają pełną informację i będą mieli również możliwość zadawania pytań.

Najważniejszy jest przecież pacjent i jeżeli on chce, żeby był przy nim przyjaciel czy ktoś z rodziny, to powinien mieć do tego prawo. Jeżeli chory przychodzi do mnie z osobą towarzyszącą, to ja się z tego tylko cieszę. Takie wsparcie jest potrzebne szczególnie na początku, kiedy z powodu szoku wywołanego diagnozą, pacjent nie jest w stanie zapamiętać większości przekazywanych wiadomości, o których się mówi podczas wizyty. Osoba towarzysząca jest w stanie sobie w trakcie rozmowy coś zapisać, może zadać pytania, które pacjentowi wyleciały z głowy. Dzięki temu, po raz kolejny zyskuje i pacjent i lekarz, który nie musi powtarzać tych samych kwestii przy kolejnej wizycie.

Bywa jednak i tak, że pacjent nawet jeśli przyjdzie do placówki z kimś bliskim nie chce, aby ta osoba wchodziła z nim do gabinetu i nie życzy sobie, aby informować ją o szczegółach jego stanu zdrowia. Oczywiście ma do tego prawo. Jednak moim zdaniem znacznie zyskują ci chorzy, którzy w swoim zespole terapeutycznym mają również zaufane, bliskie osoby, które na co dzień mogą być dla nich wsparciem.

Poczucie bezpieczeństwa u pacjentów zaburza również fakt, że w trakcie ich leczenia — kilkumiesięcznego, a czasem kilkuletniego — nie mają jednego lekarza prowadzącego. Rodzi się pytanie: czy pacjent może mieć na to jakiś wpływ?

To wszystko zależy, niestety, od organizacji pracy danej placówki. Są takie kliniki, w których pacjent najczęściej trafia do tego samego lekarza.

To jest bardzo korzystne, ponieważ przywiązuje się do swojego onkologa, a z kolei lekarz kojarzy pacjenta i jest w stanie bardziej kompleksowo przyglądać się jego przypadkowi. Jest to znów zysk dla obydwu stron i dobre rokowanie dla całego procesu leczenia.

Nie może być nic gorszego niż pytanie za każdym razem chorego o historię jego choroby. To jest dramat, jeżeli każdego dnia przyjmuje inny onkolog i pacjent za każdym razem trafia na kogoś innego. Nawet z psychologicznego punktu widzenia, lekarz inaczej zajmuje się pacjentem, którego zna, niż takim którego widzi po raz pierwszy i być może więcej już nigdy nie zobaczy.

Niestety, pacjent nie ma na to wpływu. System nie zabezpiecza jednego lekarza prowadzącego. Chory może jedynie szukać takiej placówki, w której zostanie przydzielony do konkretnego onkologa. Na szczęście ma prawo leczyć się tam, gdzie chce. Nie powinien chować głowy w piasek, tylko iść do takiego miejsca, w którym będzie się czuł najbardziej komfortowo.

Co powinien zrobić lekarz, wiedząc, że nie może pacjentowi zastosować odpowiedniego leczenia ze względu na ograniczenia finansowe?

To jest bardzo głęboki problem. Tu w grę wchodzi niedomagania systemowe. Niestety, Polski w wielu wypadkach nie stać na refundowanie wszystkich najnowocześniejszych terapii. Za mało pieniędzy z budżetu państwa przeznacza się na leczenie chorych na nowotwory. W tym procesie bardzo ważne jest odróżnienie leków, które mogą uratować lub przedłużyć znacząco życie, od tych które tylko przedłużają życie pacjenta o kilka tygodni czy parę miesięcy. Bo, niestety, jeżeli dyrektor szpitala ma do dyspozycji pewną pulę pieniędzy, to musi wybrać, kogo za tę kwotę leczyć.

Gorzej, kiedy wiemy, że dostępne są leki, które dla chorego mogą być skuteczne, ale ze względów finansowych nie możemy po nie sięgnąć. Takie sytuacje są dla lekarzy bardzo ciężkie. Dlatego trzeba starać się zwiększać dostęp do nowoczesnych terapii tam, gdzie ma to swoje uzasadnienie medyczne oparte o dowody naukowe.

Mimo to każdy decydent musi jednak wprowadzić pewne granice dotyczące finansowania leków. Jego rolą jest jednak wyjaśnienie społeczeństwu swojego postępowania i zaproponowanie alternatywnego rozwiązania. Dlatego tak bardzo oczekujemy właściwej, szeroko zakrojonej reformy ochrony zdrowia, która będzie obejmowała między innymi współpłacenie za usługi medyczne i leki, która zbuduje rynek równoległych ubezpieczeń komplementarnych i odpowiednio zdefiniowany koszyk gwarantowanych świadczeń podstawowych, za które państwo będzie w pełni zwracać pieniądze. W tym koszyku powinna się znaleźć większość procedur onkologicznych. Ale do tego potrzeba nie tylko woli, ale i politycznej odwagi. A statystyki są niestety takie, że w naszym kraju na pacjenta onkologicznego przeznacza się w tej chwili czterokrotnie mniej środków niż średnio w Unii Europejskiej.

Jednak niezależnie od tego, jak bogate byłoby państwo, są pewne granice zdroworozsądkowe, poza które nie da się wykroczyć. Dlatego powinien zostać wprowadzony system ubezpieczeń prywat-



nych, które obywatele opłacaliby od najmłodszych lat, a dzięki którym w przyszłości zagwarantowany mieliby dostęp do kosztownych, zaawansowanych procedur medycznych znajdujących się poza koszykiem.

Proces zwiększania dostępności do nowoczesnych terapii jest bardzo opieszale. Gdyby był dobrze ustawiony system negocjacji cen leków z firmami farmaceutycznymi, można byłoby zagwarantować pacjentom znacznie więcej możliwości leczenia niż mają w tej chwili. Szkoda również, że nie ma zastosowania w polskiej opiece zdrowotnej reguła precedensu. Jeżeli w danych okolicznościach choremu udało się otrzymać zgodę płatnika na konkretne leczenie, to inni chorzy w jego sytuacji powinni automatycznie taką zgodę uzyskać bez kolejnego powtarzania procedury. Przecież w przypadku nowotworów upływający nieubłagalnie czas jest jednym z najgroźniejszych wrogów chorego człowieka.

Zdarzają się również sytuacje, kiedy mimo że lek jest skuteczny, w jego charakterystyce medycznej nie ma podanych wskazań, do których chcemy go zastosować i dlatego nie możemy go pacjentowi zaproponować. A przeprowadzenie szeroko zakrojonych badań, które w sposób wystarczający dla decydenta potwierdziłyby tę skuteczność, jest z różnych względów nieopłacalne... Z tego powodu grozi nam, że już niedługo nie będzie możliwości zlecenia leczenia niestandardowego i indywidualnego podejścia do każdego pacjenta. Dlatego albo trzeba zapewnić dostęp do określonych leków aż do czasu uregulowania tej kwestii odpowiednimi przepisami, albo natychmiast wprowadzić odpo-

wiednie programy terapeutyczne (lekowe), do których chorzy spełniający kryteria mogliby zostać zakwalifikowani.

Płatnik, czyli NFZ, postępuje nieetycznie. Kontakty ustawiane są w taki sposób, że nie widać w tym wszystkim chorego człowieka. Ta cała biurokracja do tego stopnia wypacza zawód lekarza, że w natłoku kolejnych tabelk do wypełnienia nawet niektórzy onkolodzy zaczynają traktować pacjenta jako kolejny przypadek, a nie jak konkretnego człowieka z konkretnym problemem.

Co gorsza, lekarz musi jeszcze zdecydować, czy dana procedura medyczna się opłaca. I tak na przykład prześwietlenie klaki piersiowej opłaca się wyłącznie, jeżeli pacjent trzy razy odwiedzi daną placówkę: pierwszy raz po skierowanie, drugi raz w celu przeprowadzenia badania, które zgodnie z procedurami nie może się odbyć w dniu wydania skierowania, i trzeci raz po odbiór wyników. Podczas jednego pobytu chorego w szpitalu nie można wykonać mu wszystkich niezbędnych badań, ponieważ NFZ pokrywa na przykład tylko jedną procedurę medyczną na jeden pobyt. To jest po prostu absurd. Pacjent, zamiast jak najszybciej zabrać się za leczenie, jest targany po lekarzach i kolejnych placówkach.

Jest to dla mnie zupełnie niezrozumiałe. Przecież wykonanie wszystkich potrzebnych procedur za jednym pobytom byłoby nie tylko wygodniejsze dla pacjenta, ale również bardziej opłacalne dla systemu. Ciekawe, czy ci dyrektorzy placówek, którzy uciekają się do różnego rodzaju sztuczek podnoszących rentowność, chcieliby się znaleźć na miejscu chorych, którzy w ich przychodniach

się leczą... Ja, jako lekarz zawsze siedząc przed pacjentem, zastanawiam się, jak chciałbym sam w jego sytuacji zostać przyjęty i według takich wytycznych starać się postępować. Taka refleksja zarówno wśród lekarzy, jak i dyrektorów szpitali, a także rządzących mogłaby w dużej mierze przyczynić się do zrozumienia problemów chorującego człowieka.

Oczywiście, smutna prawda jest taka, że państwo nie może wszystkim pokryć takich terapii, jakich by sobie życzyli. Z ekonomicznego punktu widzenia jest to po prostu niemożliwe i o to ciężko mieć pretensje...

Ale jeżeli chory jest pozbawiony możliwości standardowego leczenia, to jest to karygodne. Dlatego tak ważne jest wprowadzenie dobrowolnych komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych, które umożliwiłyby dostęp do ponadstandardowych terapii. Wówczas chory, który nie odkładałby pieniędzy na taką ewentualność, mógłby mieć pretensję tylko do siebie. To byłaby jego decyzja, czy chce się zabezpieczyć na przyszłość.

Dlatego powinna być przejrzysta komunikacja ze strony państwa. Pacjent powinien zdawać sobie sprawę z tego, co może zagwarantować mu płatnik, a o co musi sam zadbać, na co uzbierać, do czego dołożyć. Ale to państwo powinno mu stworzyć możliwość skorzystania z tych skuteczniejszych, ale i bardziej kosztownych terapii, nawet jeśli nie będzie ich w pełni finansować. To jest uczciwe podejście do sprawy. Nie można udawać, że w Polsce służba zdrowia jest całkowicie bezpłatna. ■



Mam nadzieję, że nasz nowy oddział chemioterapii dziennej i nowoczesna rozpuszczalnia cytostatyków znajdująca się na jego terenie będą w stanie w komfortowych warunkach obsłużyć wszystkich chorych Centrum Onkologii-Instytutu wymagających codziennej chemioterapii oraz przygotowywać, w miarę możliwości, również leki dla chorych z oddziałów stacjonarnych.



Idealny Oddział Chemioterapii Diennej — minęło 5 lat

Przed pięciu laty, również w wydaniu specjalnym Onkologii w Praktyce Klinicznej, pisałam o idealnym Oddziale Chemioterapii Diennej. Wiem, że od tamtej pory wiele takich oddziałów powstało w całej Polsce i nie ukrywam, że często koledzy z innych ośrodków onkologicznych wzorowali się na moim ideale. Do rozwoju już istniejących i powstania nowych oddziałów chemioterapii dziennej przyczyniają się rosnące możliwości chemioterapii, powstawanie nowych leków onkologicznych i nowoczesne podejście do leczenia systemowego chorych na nowotwory. Dowiedziano, że leczenie ambulatoryjne w systemie jednodniowym jest bardzo opłacalne zarówno dla świadczeniodawcy, jak i świadczeniobiorcy. Ponadto, leczenie to pozwala naszym chorym spędzać większość czasu w domu, wśród bliskich, dzięki czemu leczenie jest dla nich mniejszym stresem, a chorobę łatwiej zaakceptować i pokonać. Dlatego większość chemioterapii powinna być stosowana w systemie jednodniowym. Hospitalizacje na oddziałach stacjonarnych powinny w zasadzie być ograniczone do leczenia poważnych powikłań oraz stosowania schematów wielodniowej chemioterapii ciągłej. Inne sytuacje nie uzasadniają hospitalizowania chorych, ponieważ przede wszystkim leczenie w warunkach szpitalnych bardziej obciąża budżet, może wiązać się z ryzykiem zakażeń oraz, jak wspomniałam, wcześniej jest psychologicznie trudniejsze do zaakceptowania przez chorych. W Polsce, niestety, chemioterapia częściej jest podawana w warunkach hospitalizacji kilkudniowej (około 60% chorych). Choć w ostatnim okresie

to się poprawia, ale nadal jest dalekie od zaleceń stosowanych w innych krajach.

W Centrum Onkologii-Instytucie od czasu, kiedy pisałam o idealnym oddziale chemioterapii, nic się nie zmieniło, ale widzę światelko w tunelu i spełnienie moich marzeń. Od kilku miesięcy trwają przygotowania do rozbudowy obecnie istniejącego oddziału chemioterapii dziennej, który od początku bieżącego roku stał się częścią nowo utworzonej Kliniki Onkologii i Chorób Wewnętrznych. Powstały już plany architektoniczne i mogę sobie obecnie ten oddział w nowej formie wyobrazić. Cały nasz Zespół brał udział w konsultacjach tego projektu, odwiedzaliśmy wiele nowych i podobnych placówek, zarówno w kraju, jak i zagranicą i mam nadzieję, że chociaż w pewnej części wszystkich życzenia i marzenia zostaną spełnione.

Specjalnie zależało mi, żeby w bliskości rozbudowywanego oddziału znalazła się rozpuszczalnia leków cytostatycznych, spełniająca aktualne normy, ponieważ jest to najlepsze logistyczne rozwiązanie przy tak dużej liczbie chorych, których codziennie

leczymy (obecnie około 200 a w planach 300, a może i więcej). W ciągu roku podajemy na naszym oddziale około 30 000 wlewów cytostatyków i kilka tysięcy innych kroplówek oraz zabiegów związanych z leczeniem onkologicznym, jak podawanie leków wspomagających, leków hormonalnych, płukań portów donaczyniowych itd. Wiem od kolegów z innych ośrodków onkologicznych, że zwiększona odległość centralnej rozpuszczalni leków cytostatycznych od oddziału chemioterapii dziennej bardzo spowolniła i skomplikowała codzienną chemioterapię, a przede wszystkim wydłużyła czas oczekiwania chorych na wlew. Tego chcielibyśmy uniknąć, ponieważ wiemy, że zanim pacjent trafi na oddział chemioterapii dziennej, to już się wystarczająco naczeka najpierw na badania krwi, a potem pod gabinetem lekarza prowadzącego.

Mam nadzieję, że nasz nowy oddział chemioterapii dziennej i nowoczesna rozpuszczalnia cytostatyków będąca na jego terenie będą w stanie w komfortowych warunkach obsłużyć wszystkich chorych Centrum Onkologii-Instytutu wymagają-

Dr n. med. Maryna Rubach

Kierownik Oddziału Chemioterapii Diennej w Centrum Onkologii-Instytucie. Wraz ze swoimi współpracownikami: dr Martą Bijak-Ulejczyk, dr. Andrzejem Paszko oraz dr. Stanisławem Solygą leczy głównie chorych na raka piersi, raka jelita grubego i raka płuca

Współpracowała i nadal utrzymuje ścisłe kontakty z ośrodkami onkologicznymi w Holandii i Wielkiej Brytanii, a także w Stanach Zjednoczonych, gdzie również odbywała różne staże specjalizacyjne. Jest członkiem Komitetu Leczenia Paliatywnego w ESMO, członkiem PTO, a przez wiele lat była Prezesem Warszawskiego Oddziału PTO, skarbnikiem PTOK, członkiem Komisji Bioetycznej CO, członkiem Zespołu Terapeutycznego CO oraz członkiem Państwowej Komisji Egzaminacyjnej lekarzy kończących specjalizację z Onkologii Klinicznej



cych codziennej chemioterapii oraz będą przygotowywać, w miarę możliwości, również leki dla chorych z oddziałów stacjonarnych.

Na nowym oddziale chemioterapii dziennej planowane jest oprócz nowej rozpuszczalnej cytostatyków zbudowanej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa farmaceutycznego i BHP, 45–50 stanowisk dla chorych (obecnie jest 28), dwa gabinety zabiegowe, dwa gabinety lekarskie, oddzielny punkt wydawania leków w postaci tabletek oraz pokoje administracyjne, ruch chorych, a także pokoje dla lekarzy naszego Oddziału i pielęgniarek. Stanowiska dla chorych stanowić będą w większości wygodne fotele, jako forma bardziej preferowana przez chorych i ekonomiczniejsza, ale też nie zapomnimy o tych pacjentach, którzy z różnych powodów powinni otrzymywać chemioterapię na leżać. W związku z tym planowane są również sale łóżkowe z kilkunastoma łóżkami.

Chciałam przypomnieć, że obecny oddział chemioterapii dziennej i również ten po rozbudowie znajdują się blisko Przychodni Centrum Onkologii-Instytutu, co nie jest bez znaczenia dla komfortu chorych i porozumienia między lekarzami prowadzącymi chorych, a lekarzami naszego oddziału.

Mam nadzieję, że na nowym oddziale chemioterapii dziennej znajdzie się również miejsce na leczenie wspomagające, leczenie objawów niepożądanych chemioterapii oraz leczenie paliatywne.

Jestem pewna, że rozbudowany oddział chemioterapii dziennej poprawi warunki leczenia chemicznego chorych leczonych w Centrum Onkologii-Instytucie w systemie jednodniowym, poprawi warunki pracy personelu naszego oddziału oraz zdecydowanie poprawi system przygotowywania leków.

Jak widać, plany dotyczące przyszłości oddziału chemioterapii dziennej w Centrum Onkologii-Instytucie wyglądają bardzo optymistycznie, lecz mnie martwi coraz bardziej rozbudowująca się biurokracja związana z obsługą chorych leczonych systemem jednodniowym. Gdybym

była osobą decydującą, nieco zmodyfikowałabym dokumentację naszych chorych jednodniowych w porównaniu z dokumentacją chorych z oddziałów stacjonarnych. Z tego powodu myślę z wielką troską i jednocześnie lękiem o fakcie leczenia 300 chorych dziennie. Będzie się to wiązało, między innymi ze sporządzeniem na przykład 900 kart wypisowych (po 3 dla każdego chorego) i złożeniu na nich 1800 podpisów, a to tylko część dokumentacji, którą codziennie trzeba będzie przygotować.

Mimo wszystko jako niepoprawną optymistką mam nadzieję, że nowy oddział chemioterapii dziennej ponownie stanie się chlubą Centrum Onkologii-Instytutu oraz przykładem doskonałego leczenia i zarządzania dla innych, a także że powstanie wkrótce, a ja jako jego kierownik doczekam się jego otwarcia i chociaż przez krótką chwilę się nim nacieszę razem z naszymi chorymi i wszystkimi pracownikami oddziału. ■

Kwestie skuteczności klinicznej poszczególnych procedur medycznych czy kosztów ponoszonych na uzyskanie określonych skutków klinicznych ze względu na wybór procedury medycznej wykraczają poza zakres analizy efektywności ekonomicznej szpitala jako przedsiębiorstwa.



Mierzenie efektywności szpitala narzędziami mikroekonomicznymi i ekonometrycznymi

Nauki medyczne mają szczególny charakter wśród wszystkich nauk ze względu na wartość zdrowia i życia ludzkiego. Onkologia odgrywa zaś wyjątkową rolę wśród nauk medycznych. Szpital onkologiczny, pomimo swego wyjątkowego charakteru zdeteminowanego chorobami nowotworowymi, z ekonomicznego punktu widzenia jest jednak swoistym producentem, bowiem specyficzne przedsiębiorstwo będące szpitalem onkologicznym produkuje świadczenia zdrowotne — ratuje zdrowie i życie pacjentów dzięki zatrudnianiu czynników produkcyjnych, jakimi są praca — zatrudnieni pracownicy medyczni, ale również administracyjni

oraz kapitał — czyli wszelkiego rodzaju rzeczy, zaczynając od najbardziej wyrafinowanych urządzeń, a kończąc na banalnym, ale niezbędnym sprzęcie. Można również wspomnieć o ziemi, gdyż opłaty za

teren, na jakim funkcjonuje szpital też są ponoszone. Tak więc szpital ponosi koszty na prowadzoną działalność, które niestety czasami mają się nijak do otrzymywanych przychodów, gdyż te stanowi

Dr hab. prof. SGH Ewelina Nojszewska

Badacz skoncentrowany na efektywności i funkcjonowaniu systemów ochrony zdrowia oraz ekonomii zdrowia biorący udział w różnych programach badawczych także międzynarodowych. Członek Rady NFZ. Autor artykułów i książek dotyczących funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, a także tłumacz podręczników do ekonomii zdrowia. Nauczyciel akademicki również prowadzący zajęcia na studiach MBA skierowanych przede wszystkim do dyrektorów szpitali



przede wszystkim wartość kontraktu z publicznym płatnikiem. Uwzględniając nadwykonania, można stwierdzić, że konfrontacja wielkości kosztów i przychodów wywiera szczególną presję na efektywność gospodarowania posiadanymi zasobami przez dyrektorów czy menedżerów szpitali.

Kwestie skuteczności klinicznej poszczególnych procedur medycznych czy kosztów ponoszonych na uzyskanie określonych skutków klinicznych ze względu na wybór procedury medycznej wykraczają poza zakres analizy efektywności ekonomicznej szpitala jako przedsięwzięcia. Te zagadnienia mieszczą się w ramach farmakoekonomiki i są związane decyzjami agencji technologii medycznej i wiedzą lekarzy podejmujących decyzje o procesie leczenia.

Ekonomiści pragnący służyć swą wiedzą ochronie zdrowia widzą kwestię efektywności ekonomicznej szpitali w następujący sposób¹. Jeszcze w latach siedemdziesiątych XX wieku w krajach OECD stopa wzrostu wydatków na ochronę zdrowia wyprzedziła stopę wzrostu PKB (Produktu Krajowego Brutto, czyli wszystkich w danym roku nowo wytworzonych produktów). Skoro wielkość wydatków i ich przyrastanie zwiększały się z roku na rok pojawił się problem o źródło ich finansowania. Po raz pierwszy zwrócono uwagę na efektywność „gospodarowania” w ochronie zdrowia. Te same wyniki po stronie skuteczności klinicznej można bowiem uzyskać dzięki lepszej organizacji i zarządzaniu w poszczególnych podmiotach leczniczych i całym systemie ochrony zdrowia, a więc po niższych kosztach. Uwzględniając strukturę i prognozę demograficzną polskiego społeczeństwa oraz liczby dotyczące epidemiologii, a także stan gospodarki, okazuje się, że walka idzie o każdą złotówkę.

W krajach, w których ochrona zdrowia nie jest areną walki politycznej, a zdrowie każdego człowieka traktuje się jak kapitał ludzki, od lat podejmuje się badania ekonomiczne dotyczące funkcjonowania systemów ochrony zdrowia. Szczególnym przykładem jest Australia, gdzie opublikowano raporty prezentujące wyniki analizy ekonomicznej, w tym ekonometrycznej analizy efektywności poszczególnych szpitali². Konieczna jest bowiem współpraca menedżerów i ekonomistów w celu uzyskania wiarygodnych wyników wyrafinowanych analiz ekonometrycznych i programowania liniowego, czy matematycznego. Przykładem próby zastosowania narzędzi mikroekonomicznych i ekonometrycznych do pogłębienia wiedzy dotyczącej efektywności szpitali jest próba pomiaru efektywności prywatnych i publicznych szpitali

w Australii³. Można dokonać przeglądu publikacji dotyczących efektywności funkcjonowania szpitali na świecie. Pomimo nieporównywalnego poziomu rozwoju gospodarczego i standardów leczenia między Polską i Niemcami warto sięgnąć do wyników badania przeprowadzonego przez Annikę Frohloff, która ekonometryczną metodą stochastycznej funkcji granicznej przebadła prawie 1600 szpitali w Niemczech⁴. Autorka odwołała się zarówno do funkcji kosztów, jak i trudniejszej w konstrukcji i interpretacji funkcji produkcji. Pokazała najważniejsze nośniki nieefektywności uwzględniając nie tylko czynniki „twarde” ale również „miękkie”, jak położenie szpitala na terenie byłego NRD. Na potrzeby *Swiss Federal Statistical Office* oraz *Swiss Federal Office for Social Security* w 2004 r. przeprowadzono analizę efektywności i produktywności szwajcarskich szpitali⁵. W tym ponad stustronicowym opracowaniu wykorzystano również proste wskaźniki, które uzupełniają analizę ekonometryczną. Jest to próba przedstawienia całościowego obrazu funkcjonowania szwajcarskiego systemu ochrony zdrowia. Równie ważne jest badanie obejmujące swym zakresem szpitale nordyckie, czyli funkcjonujące w czterech krajach i to uznawanych za najbogatsze w Europie i z „najlepszą ochroną zdrowia”⁶. W Czechach, czyli również kraju postsocjalistycznym, problem efektywności szpitali został już włączony do badań ekonomicznych⁷. Efektywności szpitali w Holandii poświęcona jest m.in. praca doktorska⁸. Przykłady można by mnożyć, ale na zakończenie warto przytoczyć badanie obejmujące swym zakresem szpitale w Finlandii, gdyż wykorzystana w nim jest dodatkowo metoda programowania liniowego, czyli *Data Envelopment Analysis* (DEA)⁹. Metoda ta jest nieco prostsza, a przez to łatwiejsza, lecz daje nieco słabsze wyniki. Ze względu na skomplikowanie materii warto wykorzystywać jedno-

ześnie kilka metod, których wyniki wzajemnie uzupełniają się. Przykładem mogą być badania prezentowane w Working Papers publikowane przez OECD Economics Department, w których głównym narzędziem jest DEA¹⁰.

W przytoczonych publikacjach przedmiotem badania nie były szpitale onkologiczne, ale to nie oznacza, że metody stochastycznej funkcji granicznej kosztów nie można wykorzystać dla potrzeb poprawy efektywności leczenia onkologicznego¹¹. Jest to narzędzie badawcze, które można wykorzystać w badaniu efektywności wszystkich szpitali, czy szpitali określonego typu lub też oddziałów w ramach szpitali. Wiarygodność badania sprowadza się do jakości danych wprowadzanych do obliczeń. Dlatego konieczna jest współpraca menedżerów szpitali z ekonomistami.

Metodę badawczą intuicyjnie można przedstawić w sposób następujący¹². Konstruujemy funkcję kosztów szpitala: $y_{it} = x'_{it}\beta + v_{it} - u_{it}$, gdzie y_{it} to obserwowany koszt i-tego szpitala w okresie t ; x'_{it} to wektor czynników zatrudnionych przez i-ty szpital w okresie t ; β to wektor parametrów do estymacji, które pokazują jak poszczególne czynniki przyczynia się do wzrostu kosztów; v_{it} to składnik losowy; u_{it} to składnik mierzący nieefektywność. I to właśnie ten składnik mierzący nieefektywność jest głównym obiektem zainteresowania. Jest on funkcją: $u_{it} = z'_{it}\delta + W_{it}$ gdzie: z'_{it} to zbiór zmiennych wyjaśniających; δ to wektor parametrów do estymacji; W_{it} to zmienna losowa. Parametry pokazują, jak zmienne wpływają na nieefektywność. Mamy więc w funkcji kosztów wszystkie nośniki kosztów, a w „podfunkcji” nieefektywności uwzględniamy wszystkie czynniki, które prowadzą do nieefektywności, a siłę ich oddziaływania pokazuje wartość parametrów δ .

Przeprowadzenie badania pozwala na szczegółowe porównanie ekonomicznych aspektów funkcjonowania szpitali. Dzięki wynikom obliczeń dokonuje się analizy efektywności funkcjonowania szpitali i identyfikacji czynników różnicujących poziom tej efektywności zarówno między poszczególnymi jednostkami, jak również w czasie. Na podstawie wyników można wypracować propozycję działań pozwalających na poprawę efektywności funkcjonowania szpitali.

Dzięki takiemu badaniu każdy szpital dowiaduje się:

♦ jak kształtuje się efektywność danego szpitala na tle wszystkich szpitali oraz wybranej grupy szpitali,

¹ Pominięta została definicja efektywności ekonomicznej w badaniu ekonometrycznym wykorzystującym stochastyczną funkcję graniczną (SFA, *stochastic frontier analysis*), gdyż wyprowadzenie takiej definicji wymagałoby sformalizowanego wykładu, a Autorka ma głębokie przeświadczenie, że intuicyjne rozumienie efektywności w pełni wystarczy do zachęcenia się do wykorzystania analizy efektywności w szpitalach onkologicznych.

² *Public and Private Hospitals – Productivity Commission Research Report*, Australian Government, Productivity Commission, Melbourne December 2009; *Public and Private Hospitals Multivariate Analysis – Supplement to Research Report*, Australian Government, Productivity Commission, Melbourne May 2010; Obydwa raporty znajdują się na stronie: <http://www.pc.gov.au/projects/study/hospitals/report> (na dzień 29.08.2013 r.)

³ Matthew Forbes, Philip Harslett, Ilias Mastoris and Leonora Risse *Measuring of technical efficiency of public and private hospitals in Australia*, presented at the Australian Conference of Economists, Sydney, September 27–29, 2010; http://www.pc.gov.au/_data/assets/word_doc/001 (na dzień 29.08.2013 r.)

⁴ Annika Frohloff, *Cost and Technical Efficiency of German hospitals: A Stochastic Frontier Analysis*, Ruhr Graduate School in Economics, Ruhr-Universität Bochum, http://repec.rwi-essen.de/files/REP_07_002.pdf (na dzień 29.08.2013 r.)

⁵ Massimo Filippini, Mehdi Farsi, *The Analysis of Efficiency and Productivity in Swiss Hospitals*, June 2004, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/en/index/themen/14/22/lexi.Document.80194.pdf> (na dzień 29.08.2013 r.)

⁶ Miika Linna & Unto Häkkinen & Mikko Peltola & Jon Magnussen & Kjartan S. Anthun & Sverre Kittelsen & Annette Roed & Kim Olsen & Emma Medin & Clas Rehnberg, *Measuring cost efficiency in the Nordic Hospitals – a cross-sectional comparison of public hospitals in 2002*, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2958261/> (na dzień 29.08.2013 r.)

⁷ Jana Procházková, Lenka Štátná, *Efficiency of Hospitals In the Czech Republic*, <http://ies.fsv.cuni.cz/default/file/download/id/15307> (na dzień 29.08.2013 r.)

⁸ Martijn Ludwig, *Efficiency of Dutch hospitals*, <http://arno.unimaas.nl/show.cgi?fid=14558> (na dzień 29.08.2013 r.)

⁹ Mikka Linna, Unto Häkkinen, *Determinants of Cost efficiency of Finnish Hospitals: A Comparison of DEA and SFA*, <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.16.3374&rep=rep1&type=pdf> (na dzień 29.08.2013 r.)

¹⁰ Np. Isabelle Joumard, Christophe André, Chantal Nicq, *Health Care Systems, Efficiency and Institutions*, OECD Working Papers No 769, [http://search.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?doclanguage=en&cote=eco/wkp\(2010\)25](http://search.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?doclanguage=en&cote=eco/wkp(2010)25) (na dzień 29.08.2013 r.)

¹¹ Narzędzie badawcze przedstawione jest wraz z przykładami wykorzystania go np. w: Rowenta Jacobs, Peter C. Smith, Andrew Street, *Mierzenie efektywności w ochronie zdrowia*, Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2012; Stephen Morris, Nancy Devlin, David Parkin, *Ekonomia w ochronie zdrowia*, Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2011.

¹² Na podstawie: Constantin Oglloblin, *Health Care Efficiency Across Countries: A Stochastic Frontier Analysis*, Applied Econometrics and International Development, vol. 11–11 (2011).



♦ jak zmieniała się efektywność szpitala w czasie na tle zmian zachodzących we wszystkich szpitalach oraz wybranej grupy szpitali,

♦ jakie czynniki wyjaśniały w największym stopniu nieefektywność danego szpitala i jak zmieniała się ich rola w kształtowaniu (nie)efektywności w czasie,

♦ jak kształtowały się wartości poszczególnych zmiennych – czynników kształtujących nieefektyw-

ność i koszty, na tle zarówno wszystkich szpitali, jak i wybranych szpitali, co pozwala na tzw. *benchmark* wewnętrzny stanowiący jedną z metod analizy efektywności i podstawę podejmowania decyzji zarządczych.

Ze względu na każdą cechę dany szpital może dowiedzieć się, jaką wartość średnią przyjmuje ta cecha, jaka jest jej wartość maksymalna i minimalna

oraz jaka jest mediana i jak on sam wypada na tle tych wartości.

Skuteczność kliniczna leczenia onkologicznego nie jest możliwa bez efektywności ekonomicznej, gdyż tylko ta ostatnia umożliwi pełną dostępność leczenia i pełne/efektywne wykorzystanie wszystkich zasobów w danych uwarunkowaniach finansowych i ekonomicznych. ■

PROGRAM

Czwartek, 29 sierpnia 2013 roku

- 10.00–10.15 Rozpoczęcie
- 10.15–11.15 Sesja I. Obecne zasady leczenia chorych na raka nerki
- 11.15–12.15 Sesja II. Problemy kliniczne na podstawie opisów przypadków — diagnostyka
- 12.15–13.15 Sesja III. Indywidualizacja leczenia chorych na raka jelita grubego
- 14.00–15.00 Sesja IV. Profilaktyka przeciwwymiotna w Polsce u chorych otrzymujących wysokoemetogenną chemioterapię Anno Domini 2013 — co się zmieniło w stosunku do 2012 roku?
- 15.00–16.00 Sesja V. Leczenie ukierunkowane molekularnie — nowe wyzwania
- 16.20–17.20 Sesja VI. Kierunek zastosowania terapii celowanych w zaawansowanym raku jelita grubego — czynniki predykcyjne
- 17.20–18.20 Sesja VII. Leczenie wspomagające w nowotworach układu pokarmowego
- 18.20–19.20 Sesja VIII. Sekwencyjne leczenie raka nerkowokomórkowego

Piątek, 30 sierpnia 2013 roku

- 08.00–09.00 Sesja IX. Onkohematologia
- 09.00–10.00 Sesja X. Nowe spojrzenie na miejsce fulwestrantu w leczeniu raka piersi
- 10.20–11.20 Sesja XI. Leczenie hormonalne chorych na raka piersi
- 11.20–12.20 Sesja XII. Problemy kliniczne na podstawie opisów przypadków — terapia
- 12.20–13.20 Sesja XIII. Rak jajnika i rak piersi z nadekspresją HER2 — nowe możliwości w 2013 roku
- 13.55–14.25 Sesja XIV. „PTOK zawsze pod ręką” — nowe technologie
- 14.25–15.25 Sesja XV. „Między ustami a brzegiem naczynia” — różne drogi stosowania leczenia systemowego
- 15.25–16.25 Sesja XVI. Możliwości uzyskania dłuższego i lepszego przeżycia u chorych na raka gruczołu krokowego — najnowsze doniesienia
- 16.45–19.00 Sesja XVII. Onkologia — aspekty psychologiczne i prawne

Sobota, 31 sierpnia 2013 roku

- 08.00–09.10 Sesja XVIII. Skojarzone leczenie z udziałem radioterapii — obecne możliwości i ograniczenia oraz perspektywy
- 09.10–10.10 Sesja XIX. Leczenie antyangiogenne w nowotworach układu pokarmowego
- 10.10–11.20 Sesja XX. Doniesienia naukowe
- 11.40–12.40 Sesja XXI. Problemy kliniczne na podstawie opisów przypadków — terapia/powikłania
- 12.40–14.25 Sesja XXII. Najważniejsze wydarzenia od poprzedniego Kongresu Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej
- 14.25 Zakończenie



ONKOLOGIA W PRAKTYCE KLINICZNEJ

Dwumiesięcznik Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej

www.opk.viamedica.pl

Redaktor naczelny:

prof. dr hab. med. Maciej Krzakowski

Redaktor prowadzący:

Izabela Siemaszko

Adres redakcji:

Klinika Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej
Centrum Onkologii Instytut
im. Marii Curie-Skłodowskiej
ul. Roentgena 5, 02-781 Warszawa
tel.: (22) 644 76 25,
faks: (22) 644 76 25
e-mail: sekretariat4@coi.waw.pl

www.opk.viamedica.pl

Redaktor prowadzący wydania specjalnego:

Kamila Reclaw

Adres wydawcy:



VM Media sp. z o.o. VM Group sp.k.
ul. Świętokrzyska 73, 80-180 Gdańsk
tel.: (58) 320 94 94, faks: (58) 320 94 60
e-mail: redakcja@viamedica.pl,
<http://www.viamedica.pl>

Czasopismo indeksowane w Index Copernicus i CAS.



www.ptok.pl