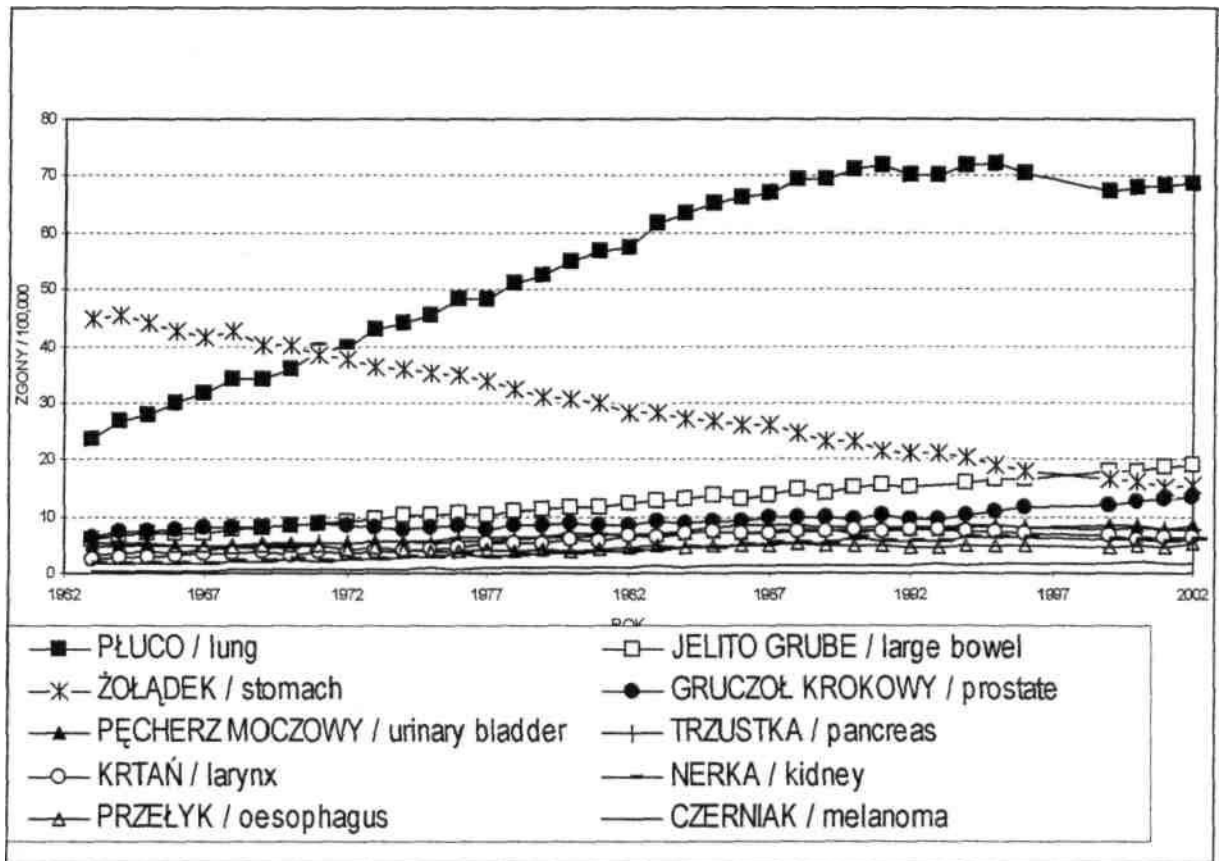


Cele główne programu  
„Poprawa standardów leczenia operacyjnego  
nowotworów klatki piersiowej  
na lata 2006-2015”

(w ramach realizacji ustawy o ustanowieniu programu wieloletniego  
„Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” z dnia 3.06.2005)

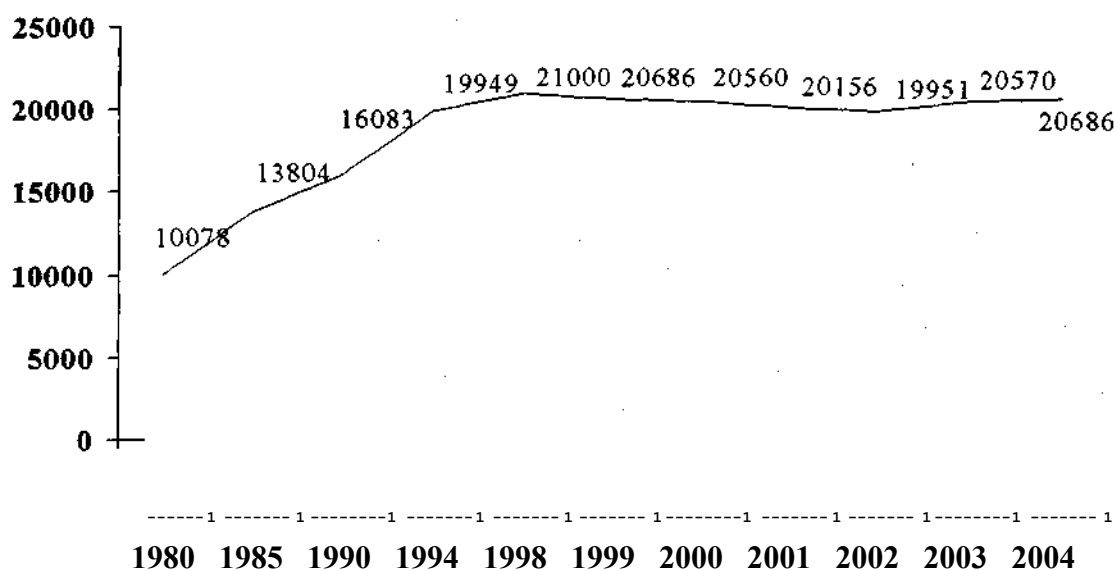
Rak płuca jest najczęściej występującym w Polsce nowotworem złośliwym. Umieralność spowodowana tą chorobą jest większa aniżeli umieralność spowodowana występowaniem czterech kolejnych najczęstszych nowotworów razem wziętych.



Ryc. 1. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe, mężczyźni, Polska 1963 - 2002

(wg. U. Wojciechowska, J. Didkowska, W. Tarkowski, W. Zatoński: „Nowotwory złośliwe w Polsce w 2003 roku”)

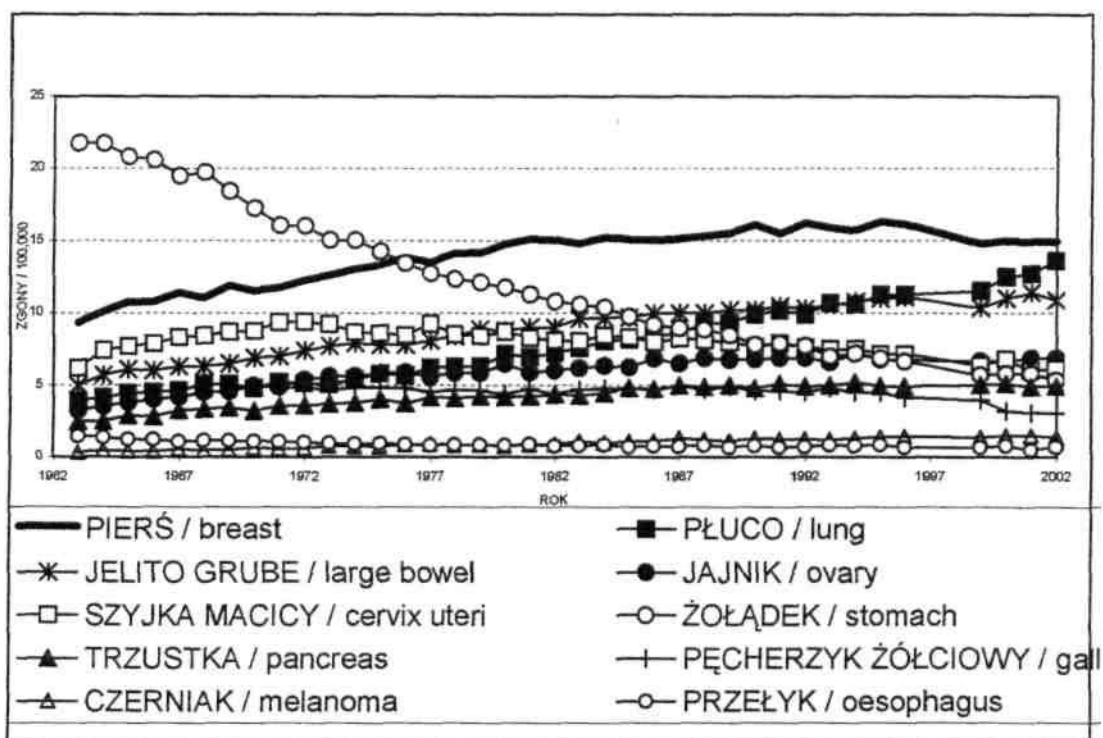
Po okresie gwałtownego wzrostu zachorowalności na raka płuca w latach 80 i 90, obserwuje się zmniejszenie dynamiki wzrostu na ten nowotwór. Jednak poziom zachorowalności jest niezwykle i nie wykazuje tendencji spadkowych.



Ryc. 2. Liczba nowych zachorowań na raka płuca w Polsce w latach 1980-2004

Odnotować należy, że zmienia się struktura demograficzna zachorowalności i gwałtownie wzrasta zachorowalności na raka płuca wśród kobiet.

Liczba zgonów spowodowana rakiem płuca jest niemal taka sama jak ilość zgonów z powodu raka piersi.

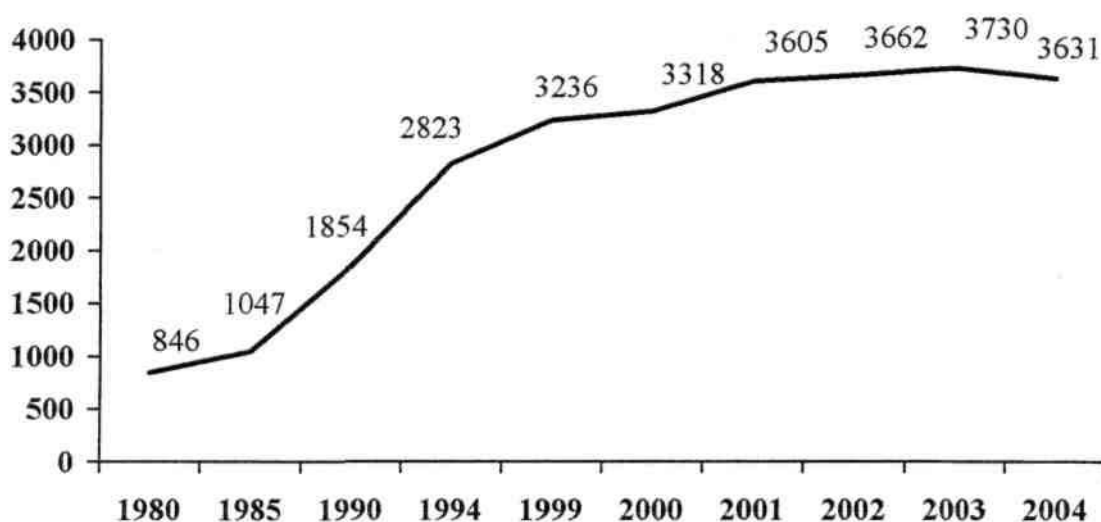


Ryc. 3. Zgony na najczęstsze nowotwory złośliwe, Kobiety, Polska 1963-2002

(wg. U. Wojciechowska, J. Didkowska, W. Tarkowski, W. Zatoński: „Nowotwory złośliwe w Polsce w 2002 roku”).

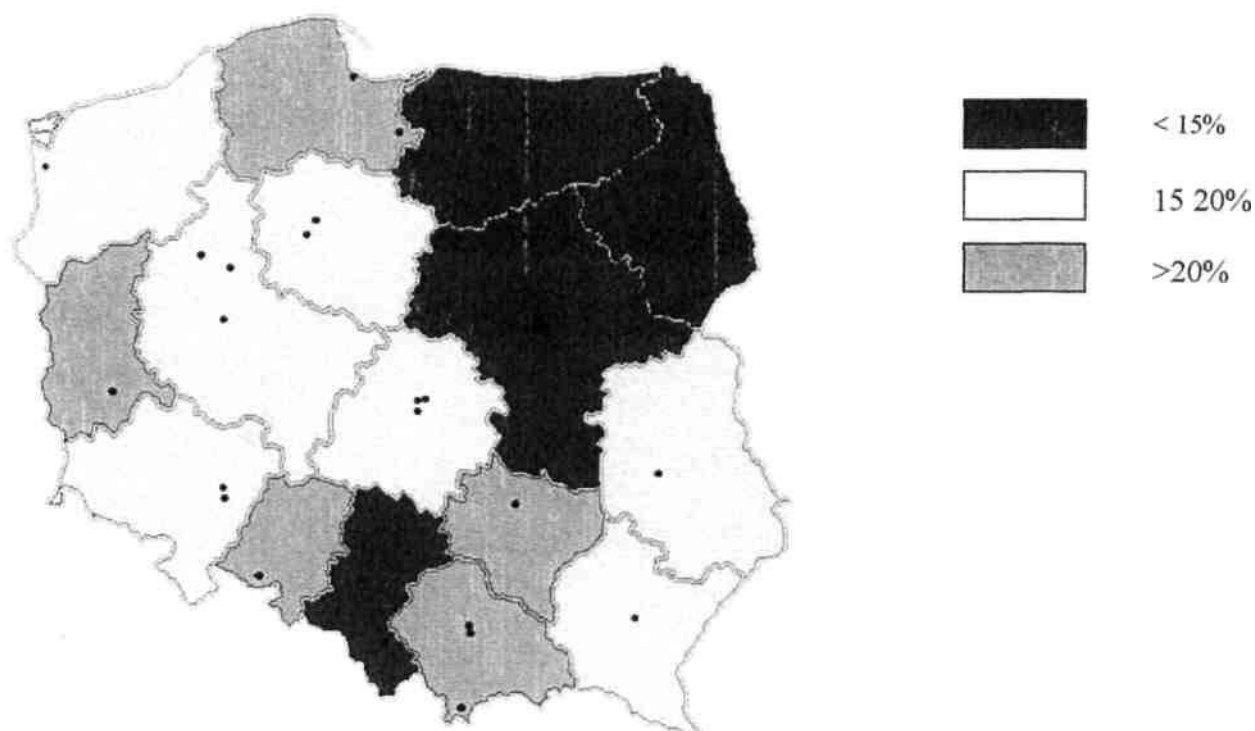
Podstawowym i najskuteczniejszym sposobem leczenia raka płuca pozostaje stale chirurgiczne usunięcie zmian. Skuteczność tego leczenia ogranicza się jednak tylko do wczesnych postaci raka płuca. Dlatego też obok problemów związanych z wczesną wykrywalnością tego nowotworu niezwykle podniosłym problemem pozostaje precyzyjne określenie jego stopnia zaawansowania tak, aby podejmowane leczenie stosowane było u chorych, którzy mogą odnieść rzeczywistą korzyść z leczenia chirurgicznego.

W Polsce operowanych jest każdego roku około 17% chorych w stosunku do nowych zachorowań, co znacznie odbiega od współczynników osiąganych w wysoko rozwiniętych krajach Unii Europejskiej. W 2004 roku po raz pierwszy odnotowano spadek ilości operowanych pacjentów, co niewątpliwie wiąże się z niedoinwestowaniem działających ośrodków torakochirurgicznych (ryc. 4).



Ryc. 4. Liczba chorych operowanych z powodu raka płuca w Polsce w latach 1980-2004

Istnieją znaczne różnice regionalne w zakresie efektywności chirurgicznego leczenia raka płuca w Polsce. Różnice te wahają się w zakresie 12% operowanych pacjentów w województwie śląskim, do 23% operowanych w województwach pomorskim i świętokrzyskim.



Ryc. 5. Odsetek chorych operowanych w 2004 roku z powodu raka płuca w stosunku do liczby nowych zarejestrowań wg miejsca zamieszkania

Istnieje zatem potencjał pozwalający na poprawę efektywności leczenia najczęstszego nowotworu w Polsce, warunkiem jednak jest odpowiednie doinwestowanie działającej bazy specjalistycznej. Niezbędne zatem jest wydzielenie w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych odpowiedniej puli środków, które pozwoliłyby na poprawę efektywności chirurgicznego leczenia nowotworów klatki piersiowej, przede wszystkim raka płuca, ale także nowotworów przełyku, śródpiersia, ściany klatki piersiowej oraz zmian przerzutowych. Poprawa wyników leczenia dotyczy zarówno zmniejszenia ilości powikłań wczesnych, w tym zgonów okołoperacyjnych, jak również wyników odległych mierzonych wskaźnikami 5-letniego przeżycia wolnego od wznowy choroby nowotworowej. Do roku 2015 odsetek zgonów pooperacyjnych powinien zmniejszyć się do 1% po wycięciu częściowym mięszu płuca i do 4% po wycięciu całego płuca. W zakresie odsetka 5-letnich przeżyć chorzy w I stadium raka płuca powinni osiągnąć wskaźnik 85%, w II stadium 55%, zaś w III stadium 35%, pod warunkiem uzupełnienia leczenia operacyjnego o elementy leczenia skojarzonego, tzn. chemio- lub radioterapię. Realizacja tego celu będzie wymagać:

1. Ujednolicenia dostępu do leczenia operacyjnego w zakresie chirurgii klatki piersiowej we wszystkich regionach kraju z wydzieleniem jednego ośrodka referencyjnego w każdym województwie
2. Dostosowania bazy i standardów wyposażenia klinik i oddziałów torakochirurgicznych do wymogów stawianych w Unii Europejskiej oraz wytycznych krajowych
3. Standaryzacja procedur medycznych z leczeniem onkologicznym
4. Stworzenie narodowego rejestru raka płuca gromadzącego obok danych epidemiologicznych informacje o przebiegu i wynikach leczenia
5. Rozwoju nowych metod diagnostyki inwazyjnej i leczenia operacyjnego, w tym technik małoinwazyjnych
6. Ścisłej współpracy z lekarzami innych specjalności celem zwiększenia wskaźników resekcyjności nowotworów klatki piersiowej, będących pochodną wczesnego wykrywania przypadków choroby w stadiach kwalifikujących się do leczenia operacyjnego oraz szerszego stosowania metod leczenia skojarzonego.

Ad 1. Konieczne jest we współpracy Ministerstwa, NFZ, samorządów wojewódzkich przy wsparciu merytorycznym zespołu Konsultanta Krajowego oraz Klubu Torakochirurgów Polskich i Polskiego Towarzystwa Kardio-Torakochirurgów ustanowienie modelu opartego o kryteria akredytacyjne, zakładającego istnienie w każdym województwie przynajmniej jednego ośrodka referencyjnego zatrudniającego minimum 3 specjalistów chirurgii klatki piersiowej oraz wykonującego minimum 200 torakotomii rocznie. Należy założyć, że w grupie ośrodków referencyjnych co najmniej 7-8 ośrodków powinno spełniać wymogi oddziału ponadstandardowego tzn. zatrudniającego minimum 5 specjalistów chirurgii klatki piersiowej oraz wykonującego ponad 500 torakotomii rocznie w pełnym zakresie patologii. Niezbędne jest również zapewnienie wystarczającej ilości etatów rezydentów dla zapewnienia ciągłości wymiany pokoleniowej w torakochirurgii oraz zapewnienie szkodzącym się właściwych warunków kształcenia poprzez możliwość wymiany między ośrodkami krajowymi i zagranicznymi.

Ad 2, 5. Warunkiem prawidłowego funkcjonowania ośrodków jest wykonanie niezbędnych remontów mających na celu dostosowanie bazy lokalowej do wymogów stawianych ośrodkom referencyjnym, przede wszystkim poprzez utworzenie w każdej klinice i oddziale tzw. odcinka wzmoczonego dozoru pooperacyjnego.

Konieczne jest, aby w każdym ośrodku referencyjnym znajdowała się pracownia bronchoskopii inwazyjnej wyposażona w aparaturę umożliwiającą interwencje w trybie nagłym (min. 2 bronchoskopy sztywne, videobronchoskop, 3 bronchofiberoskopy, 1 videobronchoskop,

dostęp do toru wizyjnego, protezy wewnątrzoskrzelowe). Każdy ośrodek referencyjny powinien mieć zapewniony dostęp do tomografu komputerowego w obrębie szpitala, powinien posiadać sondy ultrasonograficzne umożliwiające diagnostykę wewnątrzprzełykową i wewnątrzoskrzelową (EUS i EBUS). Powinny także posiadać możliwość prowadzenia terapii fotodynamicznej i laserowej.

Każdy ośrodek referencyjny powinien dysponować bazą operacyjną spełniającą obecne wymogi sanitarne, co będzie wymagało przeprowadzenia remontów sal operacyjnych w większości klinik i oddziałów. Koniecznym staje się rozwój technik operacyjnych małoinwazyjnych w chirurgii klatki piersiowej, które w chwili obecnej są w Polsce wykonywane szczątkowo. Konieczne jest wyposażenie ośrodków referencyjnych w videotorakoskopy i videomediastinoskopy nowej generacji. Należy także wymienić zużyte instrumentarium konwencjonalne i wzbogacić oddziały o nowoczesny sprzęt, np. nowe generacje diatermii czy nóż harmoniczny, jak również stworzyć możliwość wykonania śródoperacyjnych procedur laserowych oraz aplikacji materiału radioaktywnego (brachyterapia śródoperacyjna) w wybranych ośrodkach. W zakresie opieki pooperacyjnej w oddziale wzmożonego dozoru konieczne jest zapewnienie wyposażenia w odpowiednią ilość respiratorów, kardiomonitorów, pulsoksymetrów, mobilnych aparatów rentgenowskich i pomp infuzyjnych.

Ad. 3 W celu zapewnienia właściwej jakości wykonywanych procedur chirurgii klatki piersiowej, a zwłaszcza zabiegów związanych z onkologią konieczny staje się nakaz ograniczający możliwość wykonywania tego typu procedur do ośrodków spełniających zalecenia europejskie i krajowe.

Niezbędne jest utworzenie przy każdym oddziale pracowni histopatologicznej badań doraźnych, wyposażonych w sprzęt spełniający odpowiednie standardy.

Ad 4. Dla zapewnienia stałego monitorowania jakości leczenia w ośrodkach torakochirurgicznych konieczne jest stworzenie odrębnej sieci komputerowej opartej na własnych serwerach łączącej ośrodki, umożliwiającej raportowanie na bieżąco (on-line) zarówno samych procedur zabiegowych, jak również rozszerzonych danych (powikłania, stosowane leki, ew. koszty procedur, wyniki odległe). Stworzenie sieci umożliwi pełne bieżące monitorowanie leczenia operacyjnego nowotworów z obrębu klatki piersiowej znacznie poprawi precyzję planowania wydatków i prognozowania epidemiologicznego. Docelowo powinno być możliwe skoordynowanie łączności w obrębie pionu torakochirurgii z innymi pokrewnymi specjalnościami zwłaszcza pod kątem leczenia skojarzonego (pulmonolodzy, onkolodzy, radioterapeuci, patolodzy).

Ad 5. Wobec rosnącego znaczenia profilaktyki, wczesnego wykrywania i leczenia skojarzonego w leczeniu nowotworów klatki piersiowej konieczne staje się skoordynowanie wysiłków mających na celu poprawę wskaźnika resekcyjności, tzn. liczby chorych kwalifikujących się radykalnego leczenia chirurgicznego. Wobec braku uzasadnionego naukowo programu screeningu raka płuca wydaje się konieczne powołanie interdyscyplinarnej grupy ekspertów (pulmonolodzy, onkolodzy, epidemiolodzy, torakochirurdzy) mającej za zadanie opracowanie polskiego modelu wczesnego wykrywania raka płuca w oparciu o istniejące zasoby diagnostyki radiologicznej i cytologicznej oraz zaplanowanie badań pilotażowych mających za zadanie zweryfikowanie sugerowanych hipotez badawczych. Innym ważnym zasadnie wydaje się poprawa dostępności konsultacji torakochirurgicznych świadczonych nie tylko w miejscu lokalizacji kliniki czy oddziału, ale także w ośrodkach, gdzie pierwszorazowo rozpoznano nowotwór w obrębie klatki piersiowej lub nawet powzięto jedynie jego uzasadnione podejrzenie. Jest to możliwe poprzez stworzenie sieci poradni torakochirurgicznych zlokalizowanych przy ośrodkach referencyjnych. W zakresie leczenia skojarzonego konieczne staje się opracowanie przez grono ekspertów aktualnych (i na bieżąco aktualizowanych) rekomendacji dotyczących wskazań do zastosowania uzupełniającej chemio- czy radioterapii, zarówno przed, jak i po operacji. Konieczne wydaje się ustanowienie przy wszystkich ośrodkach referencyjnych komisji eksperckich dokonujących indywidualnej kwalifikacji do leczenia skojarzonego.

#### Plan działań:

Ze względu na krótki czas przeznaczony na opracowanie Programu część działań będzie jedynie zarysowana, co w żadnym razie nie powinno opóźnić startu programu w 2006 roku. Generalnym założeniem jest, aby w ciągu pierwszych 5 lat funkcjonowania programu położyć nacisk na wszystkie działania inwestycyjne i organizacyjne (np. poszerzenie sieci poradni torakochirurgicznych) tak, aby w 2010 roku być przygotowanym do wykorzystania w praktyce wszystkich usprawnień i modernizacji. Z uwagi na charakter poddanych działaniu Programu schorzeń (wymagających długoletniej obserwacji dla określenia rzeczywistej korzyści zdrowotnej) następne 5 lat powinno być nakierowane na monitorowanie w praktyce korzyści wynikających z wcześniej podjętych działań tak, aby zgromadzić wystarczający ilościowo materiał kliniczny, pozwalający na sformułowanie wiarygodnego statystycznie końcowego raportu zamykającego Program.

Proponuje się następujący ramowy kalendarz działań:

1. 2005: zapoznanie wykonawców programu z jego założeniami oraz opracowanie ostatecznej wersji wytycznych w sprawie definicji i wymogów stawianych ośrodkom chirurgii

klatki piersiowej. Również do końca 2005 roku niezbędne jest zweryfikowanie i zaktualizowanie posiadanej wiedzy na temat potrzeb remontowych i sprzętowych potencjalnych ośrodków referencyjnych.

## 2. 2006-2010

2.1 przygotowanie danych do opracowania specyfikacji istotnych warunków zamówienia publicznego w celu przeprowadzenia przetargów na wykonanie niezbędnych prac budowlanych oraz zakupów inwestycyjnych.

2.2 przeprowadzenie w trybie ustawy o zamówieniach publicznych przetargów na wykonanie prac adaptacyjnych i modernizacyjnych oraz zakupów inwestycyjnych.

2.3 wdrożenie pilotażowego programu badań przesiewowych raka płuca w wybranych regionach kraju.

2.4. Powołanie narodowego rejestru raka płuca

2.5. Zwiększenie ilości chorych kwalifikowanych do leczenia skojarzonego. Rozpoczęcie budowania elektronicznej bazy danych.

3. 2011-2014: gromadzenie materiału klinicznego populacji chorych leczonych wg nowych standardów, archiwizowanego w zakresie elektronicznej bazy danych. W zakresie zakupów inwestycyjnych uzupełnienia o sprzęt nowej generacji.

4. Analiza merytoryczna i statystyczna efektów programu oraz przygotowanie raportu końcowego.

Lista zadań do realizacji (z zakresu chirurgii klatki piersiowej) z kryteriami wyboru oferentów:

1. modernizacja ośrodków torakochirurgicznych, zwłaszcza wydzielenie w strukturze ośrodka odcinka wzmożonego nadzoru pooperacyjnego (HDU) oraz utworzenie pracowni bronchoskopii interwencyjnej
2. zakup aparatury medycznej dla ośrodków referencyjnych, w tym doposażenie sal operacyjnych (videomediastinoskopy, videotorakoskopy, videobronchoskopy, videofiberoskopy, respiratory, monitory funkcji życiowych, pulsoksymetry, pompy infuzyjne, mobilne monitory rtg, EUS, EBUS, instrumentarium torakochirurgiczne, lasery medyczne, zestawy do terapii fotodynamicznej, brachyterapii śródoperacyjnej, endostaplery itd.)
3. utworzenie histopatologicznych pracowni badań doraźnych
4. uruchomienie wyjazdowych konsultacji torakochirurgicznych przy wszystkich oddziałach pulmonologicznych w Polsce
5. Powołanie ośrodka Narodowego Rejestru raka płuca
6. uruchomienie sieci komputerowej obejmującej ośrodki torakochirurgiczne w całym

kraju dla potrzeb Narodowego rejestru raka płuca

7. Zadanie: wielośrodkowy program rozwoju operacji torakochirurgicznych z użyciem technik małoinwazyjnych
8. Powołanie przy każdym centrum chorób płuc zespołów konsultacyjnych (onkolog, radioterapeuta, torakochirurg, pulmonolog) ustalających zalecenia indywidualne dotyczące diagnostyki i terapii nowotworów z obrębu klatki piersiowej
9. Opracowanie założeń pilotażowego programu badań przesiewowych nowotworów płuc
10. Powołanie Komisji Ekspertów aktualizującej corocznie wskazania do leczenia skojarzonego oraz zwiększenie odsetka chorych poddanych takiemu leczeniu

Zadanie nr 2.3 wymaga uzgodnień między gremiami specjalistów różnych dziedzin, stąd proponuje się wydzielenie go jako odrębnego zagadnienia realizowanego jako kolejny element „Narodowego Programu Zwalczenia Nowotworów”.