

Łódź, 5 września 2020 r.

Prof. dr hab. med. Maciej Krzakowski
Przewodniczący
Krajowej Rady ds. Onkologii

Szanowny Panie Profesorze,

Po zapoznaniu się ze projektem harmonogramu Narodowej Strategii Onkologicznej wnioskuję o:

- w p. 11 **Rozszerzenie zakresu i wprowadzenie nowych metod badań przesiewowych**

Uzupełnienie zakresu badań przesiewowych o badania w kierunku wczesnego wykrywania raka żołądka.

11.5 Wprowadzenie programu badań przesiewowych raka żołądka oraz prowadzenie prac nad wprowadzeniem finansowania ze środków publicznych (Narodowy Fundusz Zdrowia) badania przesiewowego w kierunku wykrywania raka żołądka, a także przygotowanie rozwiązań legislacyjnych.

- w p.17 **Wdrożenie kompleksowej i koordynowanej opieki onkologicznej w Polsce**

17.2 zapis: Wdrożenie nowego modelu organizacyjnego opieki nad pacjentami („Cancer Units”) dla kluczowych nowotworów: płuca, jelita grubego, nowotworów ginekologicznych i urologicznych.

uzupełnienie o leczenie w raku żołądka, czyli:

Wdrożenie nowego modelu organizacyjnego opieki nad pacjentami („Cancer Units”) dla kluczowych nowotworów: płuca, jelita grubego, żołądka, nowotworów ginekologicznych i urologicznych.

Uzasadnienie

Według prognoz, zgodnych z najnowszymi danymi epidemiologicznymi, w przyszłym roku w Polsce na raka żołądka zachoruje około 3500 mężczyzn i 1800 kobiet. Większość zachorowań (około 60%) wystąpi po 65 roku życia, ale statystyki coraz częściej notują występowanie raka żołądka u osób młodych, przed 35 rokiem życia. Rak żołądka charakteryzuje się niskim odsetkiem wyleczeń (około 20% u kobiet, 16% u mężczyzn), a zgony z powodu tego nowotworu stanowią 7% zgonów z powodu nowotworów wśród mężczyzn i 4% wśród kobiet. Podstawową przyczyną tego zjawiska jest nadal niska wykrywalność raka żołądka we wczesnym okresie rozwoju. W materiałach licznych ośrodków dominują nowotwory zaawansowane miejscowo lub wręcz nieresekcyjne. Z kolei objawy kliniczne we wczesnym oraz niezaawansowanym raku żołądka są niecharakterystyczne, wobec tego u wielu chorych rak żołądka wykrywany jest przypadkowo przy okazji badań z innego powodu. Najwłaściwszym kierunkiem w diagnostyce wczesnej jest organizacja badań przesiewowych z badaniem endoskopowym jako najbardziej wiarygodnym testem diagnostycznym.

Przyczyną niskiego odsetka wyleczeń jest również brak centralizacji leczenia. Według danych z Narodowego Funduszu Zdrowia w 2018 roku było 312 świadczeniodawców realizujących leczenie w raku żołądka. Ale 234 (78%) świadczeniodawców wykonało mniej niż 9 procedur – jedynie 10 ośrodków wykonało więcej niż 60 procedur. Program leczenia chorych z rakiem żołądka, zainicjowany w latach 80-tych ubiegłego wieku przez profesora Tadeusza Popielę, narzucił ośrodkom biorącym w nim udział bardzo wysokie standardy wykonywanych operacji. Niestety liczba ośrodków, która dostosowała się do nich, była w Polsce bardzo mała. Ale z drugiej strony program ten pokazał że wyniki leczenia raka żołądka w Polsce byłyby lepsze, gdyby istniała sieć specjalistycznych ośrodków dedykowanych chorym wyłącznie z tym nowotworem. Tak jest w Japonii, w której, dzięki badaniom przesiewowym odsetek wykrytych wczesnych raków żołądka sięga 85%, a odsetek wyleczeń w tym nowotworze przekracza 80%. Wobec rozwoju nauk pokrewnych, chemioterapii i radioterapii, oraz coraz szerszych wskazań do leczenia uzupełniającego, zarówno przed- jak i pooperacyjnego, są wszelkie dane ku temu aby w Polsce specjalistyczne ośrodki diagnostyki i leczenia chorych „Gastric Units” powstały. To jest główna droga, jeśli nie jedyna, wiodąca do poprawy wyników leczenia chorych na raka żołądka w Polsce.

Z poważaniem

Prof. Arkadiusz Jeziorski
Konsultant Krajowy

/podpis elektroniczny kwalifikowany/