



Fot. PAP/Marcin Kalinski

## Haki na raka

Rozmowa z prof. Wiesławem Jędrzejczakiem, konsultantem krajowym w dziedzinie hematologii

Białaczki są najczęściej występującym nowotworem krwi. Aż 25 proc. dorosłych chorych na białaczki ma rozpoznaną przewlekłą białaczkę szpikową – PBSz. Jeszcze kilkanaście lat temu PBSz była chorobą śmiertelną, dziś możemy ją skutecznie leczyć. Jak?

Przewlekła białaczka szpikowa jest chorobą rzadszą niż wskazuje pani w pytaniu. Stanowi ok. 10 proc. wszystkich białaczek. W tej chwili można ją leczyć, stosując leki doustne, tak jak w przypadku wielu innych chorób. Leki te działają tylko na ten konkretny rodzaj białaczki i na tym polega pewna rewolucja w leczeniu tego schorzenia, trwająca już od dobrych 10 lat. Głównym lekiem jest imatynib stosowany w dawce 400 mg dziennie. To oznacza, że chory musi przyjąć jedną tabletkę dziennie. W większości przypadków lek jest skuteczny, oczywiście pod warunkiem, że pacjent przyjmuje go regularnie. Nie znamy jeszcze odpowiedzi na pytanie, czy lek można odstawić, ale są podejmowane takie próby, aby po kilku latach zaprzestać jego stosowania, przynajmniej u niektórych chorych. Jeżeli imatynib nie jest skuteczny, mamy do dyspozycji jeszcze kilka innych preparatów o podobnym mechanizmie działania. Stosuje się je w razie oporności na imatynib. Te leki mają też trochę inny profil toksyczności.

**Czy wszyscy pacjenci z PBSz mają szansę na skuteczne leczenie?**

W przypadku PBSz poza transplantacją szpiku nie ma leczenia dla chorych z mutacją T315i. Jeśli cho-

dzi o inne rodzaje białaczek przewlekłych, to najtrudniejsza jest sytuacja chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową oporną na standardowe metody leczenia.

**Jak liczna jest grupa pacjentów w naszym kraju, u których leczenie I i II rzutu jest nieskuteczne?**

To nie jest duża grupa – może kilkadziesiąt osób. Ona nie jest też jednorodna, ponieważ część z tych osób to ludzie młodzi, którym można zaproponować przeszczepienie szpiku. Część to jednak osoby starsze, ze schorzeniami towarzyszącymi, które nie mogą zostać poddane temu zabiegowi.

**Jak dzisiaj ci pacjenci są leczeni w Polsce przez lekarzy hematologów? Jakie są ich rokowania?**

Rokowania nie są najlepsze, ale w tych sytuacjach istnieje możliwość powrotu do starszych leków: interferonu lub hydroksykarbamidu. Ale te leki są nie tyle bardziej toksyczne, co jednak mniej skuteczne. Są także nowe leki, o innym profilu aktywności w porównaniu z lekami dostępnymi dla polskich chorych.

**Czy współczesna medycyna ma dla tych pacjentów alternatywną terapię, dającą szansę na remisję choroby?**

Tak, ale warunkiem jest dostęp do kolejnych leków działających na tych chorych. Chodzi tu o chorych z określoną mutacją T315i. Jest jeden lek, który stosuje się u tych pacjentów, ale nie jest on dostępny w Polsce. Nazywa się ponatinib. To jest bardzo dobry lek, ale niszowy.

**Czy są czynione starania, aby ta terapia była objęta refundacją w Polsce?**

Oczywiście liczymy na refundację, ale resort zdrowia jest w trudnej sytuacji, ponieważ w ostatnim czasie pojawiało się sporo nowych leków w chorobach krwi i chłoniakach, a wszystkie są drogie. Tymczasem budżet na ochronę zdrowia jest u nas mniejszy niż w innych krajach. Argumentuję jednak, że jeśli nie można rozwiązać dużych problemów, to należy chociaż próbować rozwiązać problemy małe, dotyczące właśnie niewielkich grup chorych.

**Czy można rozpatrywać podejmowanie decyzji o udostępnieniu terapii ratującej życie w kategoriach ekonomicznych?**

To nie jest kwestia tego, czy można. Za leczenie trzeba zapłacić, czyli trzeba mieć na nie pieniądze. Trzeba więc się zastanawiać, jak rozsądnie gospodarować budżetem, aby uzyskać jak najwyższy poziom opieki za środki, które rzeczywiście istnieją, a nie te wirtualne. Oczywiście warto walczyć o większe fundusze na zdrowie, ale resort zdrowia nie ma największej siły przebicia.

Rozmawiała: Marta Kobrańska