

Varia

**Dziesięć lat pracy Klinik Narządowych Centrum Onkologii
w Warszawie (1995-2005)**

Andrzej Kułakowski, Włodzimierz Ruka, Piotr Siedlecki

Organ-oriented clinics in the Maria Skłodowska-Curie Memorial Cancer Center – the 10th anniversary

W 2005 roku mija 10 lat pracy Klinik Narządowych w warszawskim Centrum Onkologii. Jest to okres, po którym można dokonać wstępnej oceny ich działalności.

Koncepcja „klinik narządowych” zrodziła się w latach siedemdziesiątych, kiedy planowano budowę Centrum Onkologii na Ursynowie. Zaplanowano nowoczesne, wielospecjalistyczne Centrum, wyprzedzając zalecenia Światowej Unii Przeciwrakowej (UICC – Guidelines of Developing a Comprehensive Cancer Center – 1978). Świadczy to o dojrzałości koncepcji i racjonalnym przewidywaniu przyszłego rozwoju onkologii polskiej.

Zadaniem Comprehensive Cancer Center (CCC) jest prowadzenie wielospecjalistycznego programu diagnostyki i leczenia chorych oraz badania naukowe nad chorobami nowotworowymi i wdrażanie ich do praktyki, nauczanie lekarzy i personelu, działalność profilaktyczna oraz oświata społeczna. CCC jest obecnie według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), Międzynarodowej Unii Przeciwrakowej (UICC) i Organizacji Europejskich Centrów Onkologii (OECI) modelową jednostką sieci onkologicznej w Europie i Stanach Zjednoczonych.

Projektując w latach 1972-75 Centrum, które miało służyć około 5 milionom mieszkańców, uznano, że będzie

to kompleks budynków, w którym znajdzie się 600-700 łóżkowy szpital (w tamtych czasach uważano, że taka liczba łóżek jest optymalna z punktu widzenia zarządzania i ekonomiki), zespół parakliniczny (zakłady diagnostyczne i lecznicze) oraz zespół zakładów naukowych.

Mając świadomość, że Centrum Onkologii jest nie tylko specjalistycznym szpitalem na wysokim poziomie, ale jego główne zadanie polega na prowadzeniu badań naukowych, których wyniki są następnie wykorzystywane w sieci szpitali onkologicznych i innych placówkach służby zdrowia, cała działalność powinna być właściwie programowana, aby służyć rozwiązywaniu aktualnych problemów klinicznych.

Różnorodność chorób nowotworowych dotyczących różnych narządów, narastająca tendencja kojarzenia metod leczenia, zapewnienie choremu wszechstronnej optymalnej opieki lekarskiej oraz wielka liczba łóżek szpitalnych narzucała konieczność zmiany dotychczasowego podziału klinik według metody leczenia (chirurgia, radioterapia, chemioterapia). Już w latach 70-80 powstawały tzw. „grupy narządowe”, które gromadziły różnych specjalistów zainteresowanych nowotworami o różnym umiejscowieniu (sutek, przewód pokarmowy, układ odde-



Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie

chowy, narząd rodny, itp.) Planowanie organizacji szpitala podyktowało więc rozwiązania według podziału narządowego. Podział taki zapewnia pacjentowi wysokospecjalistyczną opiekę, wymuszającą hiperspecjalizację, ale również perfekcjonizm ze strony lekarzy. Z punktu widzenia pacjenta organizacja taka jest korzystna – stwarza ona jednak pewne trudności w szkoleniu i specjalizacji lekarzy. System szkolenia musi uwzględniać pełną wiedzę onkologiczną, która z biegiem lat w sposób naturalny (praca doktorska, habilitacja) zawęża się i doprowadza do perfekcjonizmu w danej dziedzinie. Pozwala to jednocześnie na prowadzenie badań klinicznych na dużych grupach pacjentów we względnie krótkim okresie.

Klinika narządowa, składająca się z oddziałów leczenia chirurgicznego i leczenia zachowawczego (radioterapia i chemioterapia) po około 30 łóżek każdy, pozwala na zintegrowane leczenie chorego przez różnych specjalistów w myśl jednolitej doktryny lub zaplanowanego perspektywnego badania klinicznego. Pozwala to na elastyczne wykorzystanie łóżek w zależności od stosowanej metody leczenia. Kierownicy klinik narządowych koordynują proces diagnostyczny, leczniczy i badania kontrolne pacjentów w klinikach i ambulatoriach (koordynacja pozioma). Naczelni specjaliści: chirurg, radioterapeuta, chemioterapeuta dbają o prawidłowy rozwój i unowocześnianie metod oraz jakość leczenia (koordynacja pionowa). Wraz z kierownikami Klinik naczelni specjaliści tworzą Kolegium Kliniczne, którego zadaniem jest koordynacja działalności badawczej, diagnostycznej i leczniczej. Kolegium Badań Podstawowych grupuje kierowników zakładów badań podstawowych i wraz z Kolegium Klinicznym opracowuje programy badań interdyscyplinarnych Centrum. Wykorzystując szybko gromadzone doświadczenia kliniczne można przekazywać, oparte o sprawdzone fakty kliniczne, zalecenia postępowania dla całej sieci onkologicznej kraju.

Kliniki narządowe w warszawskim Centrum Onkologii

IX piętro	Klinika Nowotworów Głowy i Szyi
VIII piętro	Klinika Gastroenterologii
VII piętro	Klinika Nowotworów Jelita Grubego
VII piętro	Klinika Nowotworów Górnego Odcinka Układu Pokarmowego
VI piętro	Klinika Nowotworów Układu Chłonnego
V piętro	Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej
IV piętro	Klinika Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej
III piętro	Klinika Nowotworów Układu Moczowego
II piętro	Klinika Nowotworów Narządów Płciowych Kobięcych
I piętro	Klinika Nowotworów Układu Nerwowego
I piętro i parter	Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich i Kości

Budowę Centrum realizowano etapami, oddając do użytku od 1983 r. sukcesywnie: przychodnie, Zakład Radioterapii, Zakład Rehabilitacji, hotel, budynek administracyjny, zakłady parakliniczne. Rozpoczęcie szpitalnej

działalności leczniczej datowane jest na dzień 6 grudnia 1994 r., kiedy wykonano (A. Kułakowski) pierwszą operację na Ursynowie. W 1995 r. uruchomiono kliniki narządowe, których kierownicy zostali wybrani przez Komisję Kwalifikacyjną w 1994 r.

Pierwszą uruchomioną kliniką była Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich i Kości (26 listopada 1994 r.), a następnie, w roku 1995 – Klinika Nowotworów Układu Moczowego, Nowotworów Sutka, Kobięcych Narządów Płciowych, Gastroenterologii, Układu Chłonnego, Głowy i Szyi, Płuca i Klatki Piersiowej, Jelita Grubego, Górnego Odcinka Układu Pokarmowego. Działalność klinik w 1995 r. limitowana była dostępnością do bloku operacyjnego i niepełnym zatrudnieniem. Pełnym rokiem działalności klinicznej był rok 1996, a 31 grudnia 1997 r. zakończona została formalnie budowa Centrum Onkologii. Poniżej przedstawiamy podstawowe dane o działalności Klinik Narządowych Centrum w dziesięcioleciu (1995-2004).

Działalność kliniczna szpitala w Centrum Onkologii na Ursynowie w latach 1995-2004

Rok	Liczba chorych leczonych	Liczba chorych na 1 łóżko/rok	Odsetek zgonów
1995	6 813	17	1,47%
1996	13 330	22	2,10%
1997	14 719	24	2,17%
1998	15 154	25	1,70%
1999	17 375	27	1,42%
2000	19 178	29	1,27%
2001	24 998	36	0,94%
2002	27 738	42	0,88%
2003	31 448	57	0,74%
2004	38 771	59	0,66%

W ciągu 10 lat leczono na 684 łóżkach szpitalnych 209 554 pacjentów.

Działalność ambulatoryjna Centrum Onkologii na Ursynowie w latach 1995-2004

Rok	Liczba pacjentów pierwszorazowych	Liczba pacjentów kontrolnych	Suma
1995	11 670	58 350	70 020
1996	13 332	71 678	85 010
1997	13 942	87 747	101 689
1998	14 176	110 114	124 290
1999	13 888	159 526	173 414
2000	17 366	171 462	188 828
2001	20 906	191 480	212 386
2002	22 608	209 873	232 481
2003	23 210	224 326	247 536
2004	23 427	244 549	267 976

W ciągu 10 lat przyjęto w Przychodni 174 525 pacjentów pierwszorazowych i 1 529 105 pacjentów kontrolnych, co wynosi w sumie 1 703 630 pacjentów.

Obecnie w Klinikach Centrum, posiadających po około 60 łóżek, leczonych jest rocznie od 3 tysięcy do 7,5 tysiąca pacjentów (najwięcej w Klinice Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej), a wskaźnik przeletowości jest bardzo zróżnicowany (od 40 do 170); średni czas pobytu chorego wynosi od 2 do 15 dni.

Narządowy podział klinik sprzyja szybkiej rekrutacji pacjentów do badań klinicznych. Liczba prospektywnych badań klinicznych o zasięgu europejskim wynosi kilkadziesiąt rocznie. Kliniki Centrum dostarczają często największego materiału klinicznego, a ich przedstawiciele cytowani są na czołowych miejscach w doniesieniach podsumowujących te badania [5-13].

Przedstawione dane obrazują ogromny potencjał i możliwości prowadzenia badań w klinikach narządowych. Dzięki wielkiej liczbie chorych, których można wprowadzać do badań prospektywnych, w stosunkowo krótkim czasie uzyskać można odpowiedź na wiele pytań, zapewnić pacjentom najwyższy poziom opieki medycznej i poprawić wyniki leczenia.

Prof. dr hab. med. Andrzej Kułakowski
Towarzystwo Marii Skłodowskiej-Curie w Hołdzie

10. O'Brien ME, Splinter T, Smit EF, Biesma B, Krzakowski M i wsp. Carboplatin and paclitaxol (Taxol) as an induction regimen for patients with biopsy-proven stage III N2 non-small cell lung cancer. An EORTC phase II study. *Eur J Cancer* 2003; 39: 1416-22.
11. Rosen LS, Gordon D, Tchekmedyian NS, Yanagihara R, Hirsch V, Krzakowski M i wsp. Long-term efficacy and safety of zoledronic acid in the treatment of skeletal metastases in patients with non-small cell lung carcinoma and other solid tumors. *Cancer* 2004; 100: 2613-21.
12. Martin M, Pienkowski T i wsp. Adjuvant docetaxel for node-positive breast cancer. *N Engl J Med* 2005; 352: 2302-13.
13. Pegram MD, Pieńkowski T i wsp. Results of two open-label, multicenter phase II studies of docetaxel, platinum salts, and trastuzumab in HER2 – positive advanced breast cancer. *J National Cancer Institute* 2004; 96: 759-69.

Otrzymano i przyjęto do druku 7 lipca 2005 r.

Piśmiennictwo

1. Leonowicz E. (red.). *Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie. Informator*. Warszawa: Agencja Simka; 1997.
2. Towpik E (red.). *Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie 1932-2002*. Warszawa: Centrum Onkologii – Instytut; 2002.
3. Kułakowski A. Opracowanie i realizacja programu działalności naukowo-badawczej i leczniczej Centrum Onkologii – Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie. *Biuletyn Informacyjny Budownictwa Służby Zdrowia*. Warszawa 1994/95; 33-34,1,11-17.
4. Ruka W. X-lecie Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich i Kości warszawskiego Centrum Onkologii. *Nowotwory J Oncol* 2005; 55: 259-60.
5. Twelves C, Wong A, Nowacki MP i wsp. Capecitabine as adjuvant treatment for Stage III colon cancer. *N Eng J Med* 2005; 352: 2696-704.
6. Thomas JM, Newton-Bishop J, A'Hern R, Coombes G, Timmons M, Evans J, Cook M, Theaker J, Fallowfield M, O'Neill T, Ruka W, Bliss JM. Excision margins in high risk melanoma. *N Eng J Med* 2004; 350: 757-66
7. Shepard FA, Giaccone G, Seymour L, Debruyne Ch, Bezjak A, Hirsch V, Smylie M, Rubin S, Martins H, Lamont A, Krzakowski M, Sadura A, Zee B. Prospective randomized, double-blind, placebo-controlled trial of marimastat after response to first-line chemotherapy in patients with small-cell lung cancer: a trial of the National Cancer Institute of Canada – Clinical Trials Group and the European Organization for Research and Treatment of Cancer. *J Clin Oncol* 2002; 20: 4434-39.
8. Rosen LS, Gordon D, Tchekmedyian S, Yanagihara R, Hirsch V, Krzakowski M i wsp. Zoledronic acid versus placebo in the treatment of skeletal metastases in patients with lung cancer and other solid tumors: a phase III, double-blind, randomized trial – the zoledronic acid lung cancer and other solid tumors study group. *J Clin Oncol* 2003; 21: 3150-57.
9. Nabholz JM, Falkson C, Campos D, Szanto J, Martin M, Chan S, Pieńkowski T, Załuski J, Pinter T, Krzakowski M i wsp. Docetaxel and doxorubicin compared with doxorubicin and cyclophosphamide as first-line chemotherapy for metastatic breast cancer: results of a randomized, multicenter, phase III trial. *J Clin Oncol* 2003; 21: 968-75.