

LEGISLACJA

## Leki na OAB bez badania urodynamicznego?

LECZENIE NTM

## Współpraca ginekologa z fizjoterapeutą w leczeniu NTM



WYWIAD

## Czas skończyć z pozornym oszczędzaniem

Wywiad z Zofią Małas, Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych



OPIEKA I PIELĘGNACJA

## Środki absorpcyjne podnoszące samodzielność i komfort pacjentów chodzących



LECZENIE NTM

## Farmakologia OAB - aktualna strategia postępowania



# Pozorne oszczędności

Deklaracje wyborcze zaczynają coraz mocniej ciążyć nowemu rządowi. Darmowe leki dla seniorów 75+ mają kosztować budżet państwa coraz więcej w kolejnych latach, aż przekroczą magiczną kwotę 1 mld zł rocznie. Skąd znaleźć na to pieniądze, skoro już teraz budżet NFZ jest bardzo napięty? Z innych źródeł? Marne szanse, biorąc pod uwagę gigantyczne koszty samego programu Rodzina 500+. Co może więc zrobić Minister Zdrowia? Tak naprawdę ma dwa rozwiązania. Pierwszym z nich jest zwiększenie przychodów poprzez podniesienie składki płaconej przez wszystkich na ubezpieczenie zdrowotne lub szukanie dalszych oszczędności w tym, co już jest. Doniesienia medialne wskazują, że kierownictwo wybrało drugi wariant, tylko gdzie jeszcze można takie oszczędności osiągnąć?. Refundacja leków przez

ności przy zwiększeniu dostępności do leczenia. Być może skala z perspektywy ponad 60 mld zł (roczny budżet NFZ) jest tak mała, że nie warto tym się zajmować. Być może dlatego dopiero wieloletnie starania organizacji pacjenckiej doprowadziły do szansy na jakikolwiek przełom.

Podobnie rzecz się ma z neuromodulacją. Wniosek o jej refundację jest w Ministerstwie od 2011 r. Szacowane wydatki to kilka milionów złotych rocznie. W tzw. międzyczasie pojawia się na polskich oddziałach urologicznych i ginekologicznych nowa terapia z zastosowaniem toksyny botulinowej. Cieszy się coraz większym powodzeniem, bo jest skuteczna, ale kosztowna. Jak przekonuje prof. Gajewski z Kanady, w perspektywie kilkuletniej taniej jest leczyć za pomocą neuromodulacji niż toksyny. W Polsce, jak widzimy, kilka lat to

zbyt długo, aby szukać oszczędności. Liczą się proste rachunki i większe kwoty.

Być może dlatego minister Łanda szuka innych wyzwań, licząc na wielkie oszczędności. Tak należy odczytywać jego wypowiedzi w mediach dotyczące refundacji pieluchomajtek. Dowiedzieliśmy się z nich, że państwo płaci za jedną pieluchomajtkę nawet 10 zł, podczas gdy w supermarketach można ją nabyć nawet za 60 gr. Gdyby tak było to faktycznie, można szybko zaoszczędzić nawet kilkadziesiąt milionów. Problem jest jednak bardziej złożony. Nigdy nie słyszałem, aby ktokolwiek w ramach refundacji kupował 6 szt. pieluchomajtek miesięcznie. Dlaczego tyle? Ponieważ tylko przy takiej ilości

można, przy obecnych limitach, doprowadzić do refundacji 10 zł za sztukę, zakładając jeszcze, że naiwny kupujący zaakceptuje cenę 90 zł za 6 szt. Brzmi mało wiarygodnie? Dla ministra nie. Druga informacja jest równie zaskakująca. 60 gr. za pieluchomajtkę brzmi bardzo zachęcająco. Niestety tylko minister wie, w których supermarketach można ją kupić po tak niskiej cenie.

Najgorsze w poszukiwaniu tego typu oszczędności jest jednak coś innego. Polska na tle pozostałych krajów Unii Europejskiej wydaje proporcjonalnie najwięcej na leczenie szpitalne i zapewne będzie wydawała jeszcze więcej, jeżeli w ten sposób będziemy szukali oszczędności. Dodajmy, zwykle pozornych.

Tomasz Michałek



ostatnie lata została tak „dociśnięta”, że doszliśmy do sytuacji, kiedy brakuje leków w aptece. Dlaczego? Z prostej przyczyny, są najtańsze w Unii Europejskiej i w efekcie bardziej opłaca się je sprzedać w Niemczech niż kierować do polskich aptek. Jak zwykle w Polsce nikt nie policzył kosztów społeczno-ekonomicznych takiego rozwiązania. Najważniejsze przecież są proste, często pozorne oszczędności.

I tutaj można postawić sobie pytanie, czy jest to właściwa droga. Spójrzmy na to z perspektywy pacjenta z NTM. Urodynamika pomimo druzgocącej dla obecnych przepisów rekomendacji AOTMiT nadal jest warunkiem uzyskania refundacji na jeden z dwóch leków w terapii zespołu pęcherza nadreaktywnego. Jak to możliwe, że budżet państwa wydaje od wielu lat miliony złotych na refundację niepotrzebnej diagnostyki, skoro rezygnacja z niej dałaby wymierne oszczęd-



## SPIS TREŚCI

## LECZENIE NTM

Farmakologia OAB - aktualna strategia postępowania .....	4
Współpraca ginekologa z fizjoterapeutą w leczeniu NTM.....	6
Zespół bolesnego pęcherza - problem urologiczno-ginekologiczny .....	7
Badanie urodynamiczne w woj. dolnośląskim .....	8

## WYWIAD

Czas skończyć z pozornym oszczędzaniem .....	9
--	---

## LEGISLACJA

Leki na OAB wreszcie bez badania urodynamicznego? .....	11
---	----

## OPIEKA I PIELEGNACJA

Środki absorpcyjne podnoszące samodzielność i komfort pacjentów chodzących .....	12
--	----

## DIAGNOSTYKA, LECZENIE, HIGIENA

Badanie urodynamiczne - pytania i odpowiedzi.....	14
Operacje z użyciem taśm w woj. małopolskim.....	16
Dostęp do zaopatrzenia w wyroby medyczne .....	16
Pieluchomajtki za miliony czy miliony za pieluchomajtki? .....	17
Raport: Leczenie OAB - gdzie jesteśmy w Europie?.....	18
Komentarz: Aktualne stanowisko FDA odnośnie zastosowania protez uroginekologicznych (siatek) .....	20
Wszczepiono stymulator, który przywróci funkcje cewki moczowej .....	21

## GDZIE LECZYĆ NTM?

Wrocław w ścisłej czołówce polskiej urologii .....	22
--	----

Szanowni Państwo,  
Oddając w Państwa ręce pierwszy tegoroczny numer *Kwartalnika NTM*, chcemy na wstępie poinformować, iż 2 lutego 2016 roku, Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wydał pozytywną rekomendację dla jednego z leków stosowanych w zespole pęcherza nadreaktywnego, który po pozytywnej decyzji Ministerstwa Zdrowia, pacjenci będą mogli zakupić w refundacji bez konieczności wykonywania badania urodynamicznego. Pozytywna rekomendacja AOTMiT stanowi przełom w trwającym od 2011 r. absurdzie legislacyjnym, w ramach którego leki refundowane na OAB, dostępne były jedynie we wskazaniu „zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym”.

W bieżącym wydaniu sporo uwagi poświęciliśmy problematyce leczenia NTM. W artykule „Farmakologia OAB - aktualna strategia postępowania”, dr Paweł Miotła przedstawił rekomendacje Amerykańskiego Towarzystwa Urologicznego dotyczące farmakologicznego leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego, gdzie istotny jest indywidualny dobór stosowanych leków do potrzeb poszczególnych pacjentów (str. 4). W schorzeniu tym istotna jest również współpraca lekarza ginekologa z fizjoterapeutą, gdzie w obszarze wspólnych działań medycznych mogą znaleźć się kobiety w każdym wieku, już cierpiące z powodu NTM, jak również pacjentki zdrowe oczekujące profilaktyki, o czym więcej w artykule dr Elżbiety Świeściak (str. 6).

Aktualne wydanie obfituje również w szereg artykułów poświęconych tematyce pielęgnacji oraz środków absorpcyjnych, podnoszących samodzielność i komfort pacjentów. Z tekstu na str. 12 dowiedzą się Państwo więcej na temat majtek chłonnych, które stosowane są zarówno w początkowym okresie leczenia farmakologicznego, podczas oczekiwania na zabieg operacyjny, jaki i w przypadku gdy leczenie nie przynosi spodziewanych efektów. Majtki chłonne powstały z myślą o osobach mobilnych i samodzielnych, które nie chcą rezygnować z codziennych zajęć, pomimo nietrzymania moczu.

Zachęcam Państwa również do przeczytania wniosków z raportu „Leczenie OAB - gdzie jesteśmy w Europie?”, w którym przedstawiony został modelowy schemat leczenia pęcherza nadreaktywnego, w kontekście finansowania terapii ze środków publicznych w Polsce na tle państw o podobnym poziomie rozwoju ekonomicznego oraz społecznego - Czech, Słowacji oraz Węgier - tworzących razem z Polską Grupę Wyszehradzką (str. 18).

Na koniec, polecam Państwu ciekawy wywiad z Zofią Małas, nową prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. O tym jak wygląda obecny poziom pielęgnacji w Polsce i w jakim kierunku powinny zmierzać zmiany, dowiedzą się Państwo z artykułu na str. 9.

Życzę miłej lektury,  
Monika Gackiewicz

**Redaktor naczelny:** Tomasz Michalek; **Redaktor wydania:** Monika Gackiewicz;  
**Sekretarz redakcji:** Karolina Ciepiała;  
**Konsultant medyczny:** dr n. med. Mariusz Blewniewski - Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnnościowej, II Klinika Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi;  
**Zespół redakcyjny:** Anna Ciepiała, Agnieszka Dokowicz, Natalia Klein, Magdalena Kowalewska, Marzena Michalek, Magdalena Potoczek, Katarzyna Walewska;  
**Komentatorzy:** Józef Góralczyk, Elżbieta Szwałkiewicz;  
**Korekta:** Marzena Michalek; **Zdjęcia:** ©Fotolia www.fotolia.com;  
**Rysunki:** Dariusz Pietrzak; **Skład:** Wojciech Polniak

**Adres redakcji:** ul. Hajoty 49, 01-821 Warszawa, tel.: 22 279 49 07 (Monika Gackiewicz), faks: 22 279 49 10, e-mail: ntm@ntm.pl

**Infolinia:**  
**801 800 038** (dla telefonów stacjonarnych)  
**22 279 49 08** (dla telefonów komórkowych)  
**www.ntm.pl**

**Wydawca:** Studio PR  
**Realizacja Wydawnicza:**  
OI&O Sp. z o.o.  
**Druk:** Kunke Poligrafia

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń oraz zastrzega sobie prawo skracania tekstów i zmiany ich tytułów. Nakład: 3000 egzemplarzy.

# Farmakologia OAB - aktualna strategia postępowania

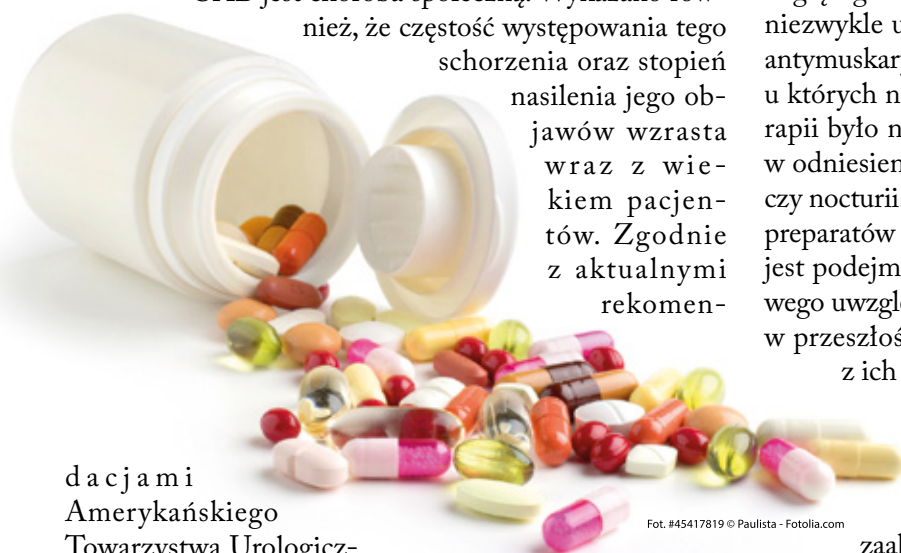
dr Paweł Miotła

II Katedra i Klinika Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

## OAB - chorobą społeczną

Nadreaktywność pęcherza moczowego (ang. overactive bladder, OAB) jest zespołem wielobjawowym, w skład którego wchodzi takie symptomy jak parcia naglące, częstomocz, nocturia oraz ucieczki moczu poprzedzone parciem. U większości pacjentów z OAB współistnieje kilka z powyższych objawów, co może przyczynić się do obniżenia skuteczności pierwszej linii terapii, polegającej na leczeniu behawioralnym, modyfikacji nawyków żywieniowych oraz wykonywaniu ćwiczeń mięśni dna miednicy. W badaniach epidemiologicznych stwierdzono, że nadreaktywność pęcherza moczowego może dotyczyć od 7 do 27% mężczyzn oraz 9 do 43% kobiet, co potwierdza, że

OAB jest chorobą społeczną. Wykazano również, że częstość występowania tego schorzenia oraz stopień nasilenia jego objawów wzrasta wraz z wiekiem pacjentów. Zgodnie z aktualnymi rekomen-



Fot. #45417819 © Paulista - Fotolia.com

d a c j a m i  
Amerykańskiego  
Towarzystwa Urologicznego (American Urological Association, AUA) przed rozpoczęciem terapii zaleca się przeprowadzenie szczegółowego wywiadu chorobowego, uzupełnionego badaniem fizykalnym oraz wynikiem analizy moczu. W poniższym artykule przedstawione zostały najważniejsze wytyczne opublikowane przez ekspertów AUA w 2014 r.

Nowością w algorytmie leczenia farmakologicznego jest możliwość rozpoczęcia terapii od mirabegronu, bez konieczności wcześniejszej próby terapii z użyciem leków antymuskarynowych. Pozwala to na wdrożenie terapii z nowym lekiem, którego mechanizm działania opiera się na pobudzeniu receptorów beta-3-adrenergicznych, zlokalizowanych w pęcherzu moczowym. Rozpoczęcie farmakoterapii nadreaktywności pęcherza moczowego od mirabegronu pozwala na skuteczne leczenie pacjentów, u których istnieją przeciwwskazania do przyjmowania klasycznych leków antycholinergicznymi. Rekomendacje AUA zwracają uwagę na fakt, że przy wdrażaniu leczenia antymuskaryno-

wego należy zwrócić uwagę na względnie częstą możliwość wystąpienia niezagrożających życiu, ale uciążliwych działań niepożądanych, takich jak suchość w jamie ustnej, zaparcia, zespół suchego oka, zaburzenia widzenia, dyspepsja, zakażenia układu moczowego, zaleganie moczu po mikcji czy upośledzenie funkcji poznawczych. W rzadkich sytuacjach mogą wystąpić, niebezpieczne dla zdrowia i życia pacjentów zaburzenia rytmu serca.

## Możliwość rozpoczęcia farmakoterapii OAB z wykorzystaniem mirabegronu jako leku pierwszego rzutu

Autorzy raportu Amerykańskiego Towarzystwa Urologicznego zauważają, że w przypadku występowania epizodów nagłego nietrzymania moczu całkowite ustąpienie tej niezwykle uciążliwej dolegliwości po wdrożeniu terapii antymuskarynowej zaobserwowano tylko u tych chorych, u których nasilenie symptomów przed rozpoczęciem terapii było niewielkie. Takiej zależności nie stwierdzono w odniesieniu do objawów o charakterze parć nagłych czy nocturii. Ze względu na zbliżoną skuteczność różnych preparatów o aktywności antycholinergicznnej wybór leku jest podejmowany po uwzględnieniu wywiadu chorobowego uwzględniającego informacje dotyczące zażywanych w przeszłości leków antymuskarynowych i związanymi z ich przyjmowaniem działaniami niepożądanymi, obecnością schorzeń współistniejących oraz indywidualnymi preferencjami pacjenta.

W przypadku zgłoszenia działań niepożądanych, których pacjent nie jest w stanie zaakceptować lub niedostatecznej poprawy zaleca się zmianę preparatu na inny lek antycholinergicznny lub mirabegron. Jednocześnie eksperci AUA rekomendują możliwość rozpoczęcia farmakoterapii OAB z wykorzystaniem mirabegronu jako leku pierwszego rzutu. W przypadku stosowania leków antycholinergicznnych i pojawienia się działań niepożądanych proponowane jest ewentualne zastosowanie mniejszej dawki przy jednoczesnym wykorzystywaniu technik behawioralnych, co może pozwolić na uzyskanie stanu równowagi pomiędzy działaniem terapeutycznym a objawami niepożądanymi.

## Niebezpieczeństwa związane z terapią antymuskarynową

W kolejnych rozdziałach rekomendacji AUA autorzy zwracają uwagę na potencjalne niebezpieczeństwa związane z terapią antymuskarynową. Zaleca się, żeby u pacjentów z jaskrą z wąskim kątem przesączenia, rozpoczęcie terapii antycholinergicznnej było poprzedzone konsultacją okulistyczną. Ponadto należy zachować szczególną ostrożność u chorych ze spowolnioną motoryką przewodu po-

karmowego oraz u tych osób, u których w przeszłości obserwowano retencję moczu. W zależności od rodzaju wymienionych problemów zdrowotnych zaleca się konsultację gastrologiczną lub urologiczną. Niezwykle ważnym zagadnieniem, na które zwrócono uwagę, jest ustalenie, czy pacjent przyjmuje doustnie preparaty zawierające jony potasu. Leki antymuskarynowe spowalniając motorykę przewodu pokarmowego mogą przyczynić się do zwiększonego wchłaniania potasu, prowadząc w efekcie do nieoczekiwanej hiperkaliemii. Z tego względu autorzy raportu uważają, że nie powinno się stosować leków antycholinergicznych u osób stosujących doustną suplementację potasu. Ze względu na fakt, że wielu pacjentów bardzo wcześnie rezygnuje z farmakoterapii OAB z powodu występowania działań niepożądanych, zaleca się aktywne uczestniczenie lekarzy w procesie minimalizowania ich uciążliwości dla osób przyjmujących antycholinergiki. Autorzy raportu podkreślają, że o możliwości redukcji nasilenia potencjalnych działaniach niepożądanych należy informować pacjentów jeszcze przed włączeniem terapii i zalecać przestrzeganie diety bogato-błonnikowej, włączanie do diety otrębów, wykonywanie regularnych ćwiczeń oraz dbanie o regularność wypróżnień.

Ponadto zaleca się u starszych pacjentów rozpoczęcie terapii od możliwie najmniejszych dawek i następnie ewentualne stopniowe ich zwiększanie, aż do uzyskania efektu terapeutycznego. Dostępność licznych preparatów antymuskarynowych pozwala dobrać lek o satysfakcjonującym dla osoby z objawami OAB profilu skuteczności i bezpieczeństwa. Niemniej jednak należy zawsze pamiętać o innych lekach o aktywności antycholinergicznej, które mogą być zażywane przez pacjentów. Zalicza się do nich, między innymi, trójcykliczne leki antydepresyjne, preparaty stosowane w leczeniu choroby Parkinsona oraz Alzheimer'a. Również niektóre leki przeciwwymiotne wykazują taką aktywność. Występowanie działań niepożądanych należy monitorować przez cały okres terapii, mając na uwadze fakt, że mogą pojawić się one w późniejszym okresie niż miało to miejsce w krótkookresowych próbach klinicznych.

Pacjenci starsi oraz o ograniczonej zdolności do poruszania się wymagają wzmożonego nadzoru w trakcie terapii farmakologicznej OAB. W tej grupie chorych należy spodziewać się mniejszej skuteczności leczenia farmakologicznego, przy jednoczesnym zwiększeniu ryzyka wystąpienia działań niepożądanych, głównie o charakterze zaparc i suchości w jamie ustnej, ale również termoregulacyjnych. Leki antycholinergiczne mogą w tej grupie pacjentów powodować zaburzenia funkcji poznawczych, osłabiając zdolność do koncentracji i upośledzając pamięć świeżą. Takich niepożądanych działań, ze względu na inny mechanizm

działania, nie obserwowano w przypadku mirabegronu. W badaniach klinicznych potwierdzono skuteczność mirabegronu w terapii OAB, przy jednoczesnym występowaniu działań niepożądanych na takim samym poziomie jak w przypadku grupy placebo. Ostatnie doniesienia sugerują zachowanie szczególnej ostrożności w grupie chorych z ciężkim nadciśnieniem tętniczym.



Fot. #57391740 © belahoche - Fotolia.com

### Neuromodulacja lub toksyna botulinowa w przypadku niepowodzenia farmakoterapii

Brak skuteczności terapii farmakologicznej jest definiowany jako brak odpowiedzi na leczenie przy użyciu co najmniej jednego z leków, zażywanego przez okres 4-8 tygodni. Niepowodzenie może być również spowodowane występowaniem działań niepożądanych, które uniemożliwiają kontynuowanie terapii. Jeżeli pomimo stosowania doustnej farmakoterapii nie obserwuje się poprawy w zakresie nasilenia objawów OAB, to należy rozważyć bardziej inwazyjne opcje z wykorzystaniem neuromodulacji nerwów krzyżowych lub ostrzyknięcia wypieracza pęcherza moczowego toksyną botulinową. Liczne badania kliniczne potwierdziły skuteczność toksyny w leczeniu OAB, niemniej jednak wskazana jest prawidłowa kwalifikacja chorych do tej opcji terapeutycznej. Ponadto niezbędne jest poinformowanie o wysokim ryzyku retencji moczu po tym zabiegu, co może wymagać czasowego samocewnikowania pęcherza moczowego przez pacjenta.

Skuteczne leczenie nadreaktywności pęcherza moczowego wymaga holistycznego spojrzenia na pacjenta oraz uwzględnienia szeregu czynników, które mogą wpływać zarówno na efekt terapeutyczny, jak również na ryzyko wystąpienia działań niepożądanych. Rekomendacje Amerykańskiego Towarzystwa Urologicznego niewątpliwie pomagają w wyznaczeniu właściwej drogi w procesie terapeutycznym pacjentów dotkniętych OAB.

Przygotowano w oparciu o:

Gormley EA, Lightner DJ, Faraday M, Vasavada SP; American Urological Association; Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline amendment. J Urol. 2015 May;193(5):1572-80. doi: 10.1016/j.juro.2015.01.087. Epub 2015 Jan 23.



# Współpraca ginekologa z fizjoterapeutą w leczeniu NTM

dr Elżbieta Narojczyk-Świeściak, specjalista ginekolog-położnik, II klinika Położnictwa i Ginekologii CMKP w Warszawie

## Nietrzymanie moczu - wybitnie uciążliwą dysfunkcją dolnych dróg moczowych

Nietrzymanie moczu (NTM) nie stanowi zagrożenia życia, ale jest wybitnie uciążliwą dysfunkcją dolnych dróg moczowych, która w znacznym stopniu pogarsza jakość życia kobiet w różnym wieku. International Continence Society (ICS) definiuje nietrzymanie moczu jako każdy niezależny od woli wyciek moczu stanowiący dla pacjentki problem higieniczny, zdrowotny lub społeczno-socjalny. Nietrzymanie moczu występuje 2-krotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn. Szacuje się, że około 10-25% kobiet po 30 r.ż. stale lub okresowo moczy się bezwiednie, zaś 30-50% kobiet po 60 r.ż. moczy się znacząco często. Z uwagi na starzenie się społeczeństw zagrożenie dalszym wzrostem zapadalności na tę dysfunkcję dna miednicy staje się realne. ICS wyróżnia pięć rodzajów NTM: wysiłkowe nietrzymanie moczu (najczęstsze u kobiet), nagłace nietrzymanie moczu (OAB), mieszane NTM, nietrzymanie moczu z przepełnienia, nietrzymanie moczu pozazwieraczowe, przejściowe NTM.



Fot. #96797221 © morganka - Fotolia.com

## Stanowisko Towarzystw Naukowych

Towarzystwa Naukowe: ginekologiczne, urologiczne oraz medycyny rodzinnej opublikowało stanowisko dotyczące diagnostyki i leczenia kobiet z NTM. Algorytmy diagnostyczno-terapeutyczne zawarte w tych dokumentach są spójne - w każdym przypadku NTM u kobiet zaleca się konsultację lekarską i rekomenduje się wstępne leczenie zachowawcze, które niesie ze sobą niskie ryzyko efektów niepożądanych. Elementami postępowania zachowawczego są zalecenia behawioralne: edukacja pacjentki, modyfikacja stylu życia, trening pęcherza oraz samodzielne lub nadzorowane przez fizjoterapeutę ćwiczenia mięśni dna miednicy lub zabiegi elektrostymulacji dna miednicy. Leczenie zachowawcze może być prowadzone łącznie z farmakoterapią lub bez niej.

## Efekt terapeutyczny osiągnięty w wyniku ćwiczeń mięśni dna miednicy

Dotychczas wykazano lepsze wyniki leczenia zachowawczego jeśli ćwiczenia mięśni dna miednicy są nadzorowane przez fizjoterapeutę w porównaniu z wykonywaniem ćwiczeń bez takiego nadzoru (odpowiednio 80% i 35%). Dobry efekt terapii nadzorowanej obserwowano bez względu na wiek badanych kobiet. Podobne wyniki opisano w przeglądzie Cochrane obejmującym młode kobiety bez NTM zakwalifikowane do terapii profilaktycznej w okresie ciąży i po porodzie. Natomiast wyniki dwóch innych prac obejmujących kobiety z NTM i wypadaniem narządu rodowego nie wykazały korzystnego wpływu ćwiczeń na redukcję wypadania u 175 młodych pierworódek, po 4 miesiącach ćwiczeń po porodzie.

Zaobserwowano, że efekt terapeutyczny osiągnięty w wyniku ćwiczeń mięśni dna miednicy utrzymuje się dłużej, jeśli pacjentka dłużej wykonywała ćwiczenia (6 miesięcy vs 6-8 tyg.). W mieszanym NTM odnotowano lepsze wskaźniki ustępowania objawów u kobiet poddanych treningowi pęcherza z jednoczesnymi ćwiczeniami mięśni dna miednicy w porównaniu z kobietami przyjmującymi wyłącznie leki antycholinergiczne. Ze względu na niskie ryzyko efektów niepożądanych terapii zachowawczej, wydaje się, że większość kobiet z NTM powinna odnieść korzyści z takiego postępowania. Czynniki ryzyka niepowodzenia lub rezygnacji z leczenia zachowawczego na rzecz terapii zabiegowej są: ciężki stopień NTM, wiek < 55 r.ż., lepsze wykształcenie, przebyte operacje z powodu NTM, brak motywacji do ćwiczeń i oczekiwanie szybkiego ustąpienia objawów, brak regularności w wykonywaniu zaleceń terapeutycznych, obowiązki domowe/zawodowe wykluczające możliwość uczestniczenia w sesjach terapeutycznych, upośledzone funkcje poznawcze.

Na każdym etapie postępowania zachowawczego jest możliwa zmiana strategii na zabiegową. Jeśli w wyniku diagnostyki lekarskiej pacjentka wydaje się być dobrą kandydatką do leczenia zachowawczego i akceptuje je, to powinna być skierowana do fizjoterapeuty, który opracuje plan indywidualnego treningu mięśni dna miednicy i będzie ten trening nadzorował. Najważniejszym dowodem skuteczności prowadzonego leczenia zachowawczego jest obiektywne ustępowanie objawów i satysfakcja pacjentki z osiągniętej poprawy w utrzymaniu moczu. Postępy w nadzorowanej terapii zachowawczej i wyznaczanie jej kolejnych celów powinno być omawiane podczas wizyt kontrolnych pacjentki u lekarza oraz podczas regularnych spotkań lekarza prowadzącego i fizjoterapeuty.

W obszarze wspólnych działań medycznych lekarza i fizjoterapeuty mogą znaleźć się kobiety w każdym wieku, już cierpiące z powodu NTM, jak również pacjentki zdrowe oczekujące profilaktyki.

# Zespół bolesnego pęcherza moczowego - problem urologiczno-ginekologiczny

dr Agnieszka Ida

Katedra i Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

## Definicja

Zespół bolesnego pęcherza moczowego (ang. bladder pain syndrome, BPS) rozpoznaje się u pacjentów zgłaszających ciągły lub nawracający ból pęcherza, któremu towarzyszy jeden z następujących objawów: ból narastający wraz z napełnianiem się pęcherza lub częstomocz (w ciągu dnia/nocy). Co istotne, zespół bolesnego pęcherza, można rozpoznać po wykonaniu szeregu badań na podstawie których lekarz wyklucza istnienie chorób dających podobne objawy ze strony pęcherza i dolnych dróg moczowych.

Zespół bolesnego pęcherza moczowego jest pojęciem szerszym od śródmiąższowego zapalenia pęcherza (ang. interstitial cystitis, IC), które rozpoznaje się u pacjentów z typowymi zmianami obserwowanymi podczas cystoskopii i uzyskanymi w wyniku biopsji pęcherza.

## Występowanie

Częstość występowania zespołu bolesnego pęcherza nie jest dokładnie określona, co może mieć związek z bagatelizowaniem przez lekarzy objawów ze strony pęcherza zgłaszanych przez pacjentów, lub ich niewiedzą lekarzy. Nierzadko pacjenci są diagnozowani przez kilku specjalistów zanim zostanie postawione prawidłowe rozpoznanie. Kobiety chorują 10-cio krotnie częściej niż mężczyźni.

## Etiologia

Za przyczynę zespołu bólowego pęcherza uznaje się uszkodzenie nabłonka urotelialnego pęcherza moczowego i jego warstwy ochronnej składającej się z glikozaminoglikanów. Czynnikiem prowadzący do uszkodzenia nabłonka pęcherza nie jest znany. Błona śluzowa pęcherza stanowi barierę i kiedy ulega uszkodzeniu, następuje wnikanie substancji drażniących do głębszych warstw ściany pęcherza. Dochodzi do nagromadzenia komórek odpornościowych (limfocytów i mastocytów), które doprowadzają do wytworzenia stanu zapalnego. Wydzielanie substancji prozapalnych i aktywacja zakończeń nerwowych zlokalizowanych w ścianie pęcherza prowadzi do zapalenia neurogennego. Zmiany zachodzące w ścianie pęcherza wywołują objawy takie jak ból, częstomocz, parcia naglące, włóknienie, które prowadzi do zmniejszenia objętości pęcherza.

## Objawy

Podstawowym objawem charakteryzującym zespół bolesnego pęcherza jest ból lub dyskomfort, ucisk narastający wraz z wypełnianiem pęcherza, a zmniejszający się lub ustępujący po mikcji. Ból zlokalizowany w rzucie pęcherza moczowego (nad spojeniem łonowym), może promieniować do pochwy, odbytu lub moszny. Nasilenie bólu może się zmieniać w czasie w przeciągu kilku miesięcy. Może mieć charakter ciągły i postępujący lub przebiegać z okre-

sami zaostrzeń i remisji. Dieta ma niebagatelny wpływ. Do produktów nasilających dolegliwości bólowe zaliczamy alkohol, cytrusy, pomidory, czekoladę, kawę i herbatę. Bólowi towarzyszy częstomocz czyli ponad 8 mikcji w ciągu dnia oraz nykturia (oddawanie moczu w nocy 2 razy lub więcej).

Nierzadko pacjenci zgłaszają parcia naglące (nagła potrzeba oddania moczu), co jest objawem charakterystycznym dla pęcherza nadreaktywnego. Zespół pęcherza nadreaktywnego ma negatywny wpływ na życie społeczne, emocjonalne, także funkcje poznawcze.

Zauważono, że zespół bolesnego pęcherza współistnieje z innymi chorobami układowymi, tj. zespołem jelita nadwrażliwego, depresją, migreną, fibromialgią oraz z toczeniem rumieniowatym układowym. Należy zaznaczyć, że podobne dolegliwości występują również w przebiegu następujących chorób:

- zapalenia pęcherza moczowego,
- kamicy pęcherza moczowego,
- nowotworów pęcherza moczowego,
- pęcherza popromiennego powstałego w wyniku radioterapii nowotworów miednicy mniejszej, np. raka szyjki macicy,
- pęcherza nadreaktywnego,
- uchyłka pęcherza moczowego, uchyłka cewki moczowej,
- endometriozy, torbieli jajników.

## Badania diagnostyczne

W związku z tym, że objawy zgłaszane przez pacjentów nie są charakterystyczne tylko dla BPS i mogą występować w innych chorobach, w tym niosących zagrożenie życia jak nowotwory, w praktyce klinicznej wykonuje się szereg badań, aby wykluczyć istnienie tych chorób. Do badań diagnostycznych, które powinny być wykonane należą:

- badanie ogólne moczu i posiew moczu,
- USG,



Fot. #89404557 © aradaphotography - Fotolia.com

- dzienniczek mikcji,
  - cystoskopia z hydrodystensją,
  - biopsja pęcherza wykonywana podczas cystoskopii.
- Badanie urodynamiczne może być wykonane tylko w szczególnych przypadkach i nie jest konieczne do postawienia rozpoznania. Trzeba podkreślić, że u osób z BPS badanie urodynamiczne jest wyjątkowo nieprzyjemne, gdyż samo wypełnianie pęcherza sprawia im ból.

## Leczenie

Terapia pacjentów z zespołem bolesnego pęcherza jest trudna i musi być leczeniem skojarzonym. U każdego pacjenta wdrażamy terapię behawioralną polegającą na modyfikacji mikcji. Uczymy treningu pęcherza, co oznacza kontrolowane opóźnianie mikcji o minutę, następnie ten czas może ulec wydłużeniu.

Dobre efekty przynosi fizjoterapia dna miednicy. Ćwiczenia mięśni dna miednicy powodują rozciągnięcie mięśni, pozwalają na ich relaksację gdy rozpoczyna się ból, co zaburza i przerywa błędne koło bólu. Wykonywany przez fizjoterapeutę masaż Thiele prowadzi do złagodzenia dolegliwości takich jak ból, częstomocz i parcia naglące. Wykorzystuje się również elektrostymulację oraz biofeedback. Stosowanie diety ubogiej w produkty wyzwalające lub nasilające ból pęcherza również ma niebagatelne znaczenie. Do produktów, które należy ograniczyć lub wyeliminować należą: alkohol, cytrusy, pomidory, czekolada, kawa i herbata.

Równoległe z terapią nefarmakologiczną stosujemy leki doustne. Udowodnioną skuteczność ma Amitryptylina, która zmniejsza ból. Dobrym lekiem jest polisiarczan pentosanu sodu, którego zadaniem jest odbudowa ubytków w warstwie glikozaminoglikanów (warstwa chroniąca pęcherz przed czynnikami drażniącymi). Niestety, lek nie jest zarejestrowany w Polsce.

Jeżeli leki podawane doustnie nie przyniosą oczekiwanego efektu można zastosować leki podawane do pęcherza, tzw. wlewki dopęcherzowe. Ich zaletą jest wysokie stężenie w miejscu działania oraz mało skutków ubocznych. Do wad zaliczamy potrzebę cewnikowania oraz ryzyko zakażeń. Do substancji wykorzystywanych we wlewkach należą: polisiarczan pentosanu sodu, kwas hialuronowy i siarczan chondroityny.

Iniekcja toksyny botulinowej A bezpośrednio do pęcherza połączona z hydrodystensją pęcherza moczowego wykonywana jest gdy terapia z wykorzystaniem wlewek dopęcherzowych zawiedzie.

Rozwiązaniem w wyjątkowych sytuacjach, gdy doszło do wytworzenia marskiego pęcherza i wszystkie opisane metody leczenia nie przyniosły złagodzenia dolegliwości, jest cystektomia, czyli wycięcie pęcherza moczowego. Wykonuje się cystektomię z pozostawieniem trójkąta pęcherza, do którego doszywa się wykonany z jelita nowy pęcherz. Operacja ta pozwala na prawidłowe trzymanie moczu po operacji.

## Badanie urodynamiczne w woj. dolnośląskim

**W**najnowszym numerze Kwartalnika NTM prezentujemy Państwu wykaz placówek realizujących badanie urodynamiczne z województwa dolnośląskiego. Według zebranych danych (stan na 16 lutego 2016 r.) w województwie dolnośląskim badanie urodynamiczne można wykonać w siedmiu placówkach. Porównując obecne dane ze statystykami sprzed czterech lat, liczba placówek, w których wykonywane jest badanie urodynamiczne, wzrosła o jedną. Badanie urodynamiczne jest refundowane dla osób posiadających ubezpieczenie w Narodowym Funduszu Zdrowia. W przypadku braku ubezpieczenia bądź zakupu usługi, koszt takiego badania to wydatek rządu 300-350 zł. Badanie urodynamiczne może zostać wykonane odpłatnie w niepublicznych zakładach opieki zdrowot-

nej i gabinetach prywatnych. Średni czas oczekiwania na badanie to okres ok. 2-4 tygodni.

Poniżej prezentujemy listę placówek z woj. dolnośląskiego, które przeprowadzają badanie urodynamiczne. Zastrzegamy, że lista może być niepełna, gdyż dane powstały w oparciu o informacje uzyskane od przedstawicieli danych placówek. Ponadto nie wszystkie placówki zgodziły się udzielić nam niezbędnych informacji.

Pełen wykaz placówek wykonujących badania urodynamiczne na terenie całego kraju dostępny jest na stronie internetowej [www.ntm.pl](http://www.ntm.pl). W razie jakichkolwiek sugestii dotyczących uzupełnienia prezentowanej listy pracownicy urodynamicznych w poszczególnych województwach prosimy o kontakt na adres mailowy: [ntm@ntm.pl](mailto:ntm@ntm.pl).

### JELEŃ GÓRA

1. Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej - Oddział Położniczo-Ginekologiczny, ul. Ogińskiego 6, 58-506 Jelenia Góra

### KOMOROWICE

1. Szpital Wielospecjalistyczny ORTHOS - Poradnia uroginekologiczna, ul. Wrocławska 2A, 52-229 Komorowice

### WROCŁAW

1. Prywatna Poliklinika "Na Grobli" Sp. z o.o., ul. Hirszfelda 1, 53-413 Wrocław

2. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 we Wrocławiu - Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej, ul. M. Curie-Skłodowskiej 52, 50-369 Wrocław
3. Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu - Katedra i Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej, ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław
4. Wojskowy Szpital Kliniczny 4 z Polikliniką SP ZOZ - Kliniczny Oddział Urologiczny, ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981 Wrocław
5. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, ul. H. M. Kamińskiego 73A, 51-124 Wrocław



# Czas skończyć z pozornym oszczędzaniem

Z **Zofią Małas**, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, rozmawiają **Natalia Klein** i **Tomasz Michałek**

**Pani Prezes, proszę przyjąć gratulacje z okazji objęcia funkcji Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Jakie są najważniejsze wyzwania oraz cele, które założyła sobie Pani obejmując tę funkcję?**

Dziękuję bardzo. Ten wybór jest dla mnie ogromnym wyzwaniem. Przede wszystkim, środowisko oczekuje, że w tej kadencji uda nam się zatrzymać pauperyzację zawodu pielęgniarki i położnej, bo nastąpiła ona w dużym stopniu. Z jednej strony, zawody pielęgniarki i położnej, jeżeli są oceniane przez społeczeństwo, znajdują się bodaj na trzeciej pozycji wśród zawodów zaufania społecznego. Z drugiej strony, mamy problem z ciągle zmniejszającą się liczbą pielęgniarek w systemie. Problem stanowi także średnia wieku pielęgniarek, która grozi brakiem zastępowalności, widocznym już teraz. Ponadto w większości krajów Unii Europejskiej, funkcjonuje zawód pomocniczy, którego zadaniem jest wykonywanie prostych czynności higieniczno-pielęgnacyjnych, oczywiście pod nadzorem pielęgniarskim. To jest tańsze rozwiązanie, bo pielęgniarki i położne wykonują wtedy czynności wysoce specjalistyczne i mogą więcej czasu poświęcić na edukację pacjenta i jego rodziny. A jeśli pacjent wyjdzie ze szpitala wyedukowany, być może opóźni to jego powrót do leczenia zamkniętego. Obecnie jednak, wciąż brakuje pielęgniarkom czasu na edukację pacjenta.

**Jak ocenia Pani obecny stan świadczeń opieki długoterminowej w Polsce w kontekście starzejącego się społeczeństwa?**

Uważam, że opieka długoterminowa w Polsce jest bardzo niewydolna, biorąc pod uwagę fakt kontraktowania świadczeń opieki długoterminowej domowej. W Polsce nie wystarcza środków na szeroki dostęp do opieki domowej, na przykład dla pacjentów starszych, niewydolnych psychosomatycznie. Co więcej, na Zachodzie dawno już stwierdzono, że tańsza jest opieka długoterminowa domowa niż szpitalna. Dla przykładu, w systemie niemieckim, pielęgniarka spędza cały dzień z pacjentem chorym psychosomatycznie, ponieważ jest to tańsze niż pobyt tego pacjenta w szpitalu. Według mnie, powinno się przenieść opiekę długoterminową do domu, do środowiska pacjenta. Tymczasem w Polsce, pacjenci często

przebywają na oddziałach szpitalnych, dlatego że opieka pielęgniarska w środowisku jest niewystarczająca ze względu na niskie kontraktowanie.

**Proszę określić jak, według Pani Prezes, powinien wyglądać optymalny model opieki nad osobami niesamodzielnymi w Polsce? Jaka rola miałaby być przypisana pielęgniarce w takim modelu?**

Dla pielęgniarek w opiece długoterminowej domowej, priorytetem powinno być zapobieganie powstawaniu odleżyn i przykurczów. Praca pielęgniarki opieki długoterminowej domowej powinna rozpocząć się od oceny ryzyka powstawania odleżyn - obejrzenia ciała pacjenta od czubka głowy do pięt. To zajmuje czas, ale przy systematycznym wykonywaniu takich czynności, pielęgniarce nie umknie ryzyko powstania odleżyny.



Zofia Małas

**Na rynku ochrony zdrowia coraz bardziej odczuwalny jest brak pielęgniarek. Co zamierza Pani zrobić jako Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, aby powstrzymać ten niepokojący trend?**

Jest to bardzo duże wyzwanie. Praca pielęgniarki daje bardzo dużą satysfakcję, co wiem z własnego doświadczenia. Jest to jednak praca trudna i fizycznie, i psychicznie, wymagająca dużego profesjonalizmu. Polskie pielęgniarki często są przeciążone, mają pod opieką zdecydowanie zbyt dużą liczbę pacjentów. Co więcej, w grupie zawodów specjalistycznych, średnie wynagrodzenie pielęgniarki jest na samym końcu - 3300 zł brutto. Mamy także bardzo dużo absolwentek, które są zatrudniane na najniższej płacy - ok. 1850 zł brutto. Jeżeli młode osoby wiedzą, że otrzymają tak niewielkie pieniądze, a w pracy będą przeciążone i być może nie zdążą wykonać wszystkich obowiązków, zniechęcają się do zawodu. Jest to także praca obciążona dużą odpowiedzialnością. W związku z tym, średnio tylko 40% absolwentek wydziałów pielęgniarskich podejmuje zawód pielęgniarki lub położnej, a pozostałe 60% wybiera inne zawody - np. administrację. Dlatego rozmawiamy z Ministerstwem Zdrowia o możliwym programie stażów podyplomowych dla młodych absolwentek pielęgniarstwa, w ramach którego młode pielęgniarki otrzymałyby większe niż obecnie wynagrodzenie. Być może to przyciągnęłoby więcej młodych osób do zawodu pielęgniarki.

**Wśród osób niesamodzielnych, dużą część stanowią pacjenci cierpiący na problem nietrzymania moczu. NTM dotyczy jednak zróżnicowanej grupy społecznej, w tym osób młodszych i aktywnych zawodowo. W jaki sposób, Pani zdaniem, można przełamywać tabu towarzyszące problemowi NTM?**

W naszym społeczeństwie pokutuje tabu dotyczące wstydlivych chorób. Jednakże, oczywiste jest, że choroba głowy czy choroba serca niczym nie różni się od chorób związanych z dysfunkcją czynności fizjologicznych, takich jak nietrzymanie moczu. Takie tabu nie powinno zatem występować. Wymaga to jednak edukacji pacjenta - chory powinien otwarcie, bez wstydu mówić o swojej dysfunkcji. Istnieje tu ogromne pole do edukacji pacjenta prowadzonej przez pielęgniarki i położne, bo problem dotyczy również młodych kobiet w okresie prokreacyjnym. Najważniejszą kwestią jest zbudowanie świadomości pacjenta, żeby bez wstydu mówił o problemie.



Naczelna Rada  
Pielęgniarek i Położnych

**Bardzo duży odsetek młodych matek odkrywa problem z utrzymaniem moczu po porodzie. Zazwyczaj nikt im wcześniej o tym nie mówi, w konsekwencji na początku nie wiedzą, jak z tym sobie radzić. Czy widzi tutaj Pani rolę położnych, które mogłyby wprowadzać w tę tematykę przyszłe matki już na etapie szkoły rodzenia?**

Za mało mamy jeszcze w Polsce profesjonalnych szkół rodzenia, w których kobiety mogłyby być edukowane również w zakresie możliwych powikłań związanych z NTM, a podczas ciąży lekarze nie mają czasu edukować pacjentek. Marzy się mi model, w którym kobieta jest pod opieką jednej położnej przez cały okres trwania ciąży. To właśnie położna prowadząca pacjentkę powinna diagnozować ewentualne patologie ciąży oraz edukować kobietę zarówno w trakcie ciąży, jak i po urodzeniu dziecka, także odnośnie możliwych dysfunkcji związanych z trzymaniem moczu.

**Dużym problemem dla osób cierpiących na NTM w Polsce jest limit na refundowane środki absorpcyjne. Obecnie wynosi on 60 sztuk miesięcznie, co daje średnio 2 sztuki na dobę. Co więcej, samo nietrzymanie moczu nie uprawnia pacjentów do otrzymania refundowanych środków – muszą oni dodatkowo posiadać jedną z określonych w rozporządzeniu jednostek chorobowych. Jak ocenia Pani obowiązujące przepisy w zakresie dostępu do środków absorpcyjnych?**

Uważam, że pacjent powinien otrzymać tyle środków absorpcyjnych i innych środków pomocniczych, ile potrzebuje. W zasadzie, wyroby te nie powinny być limitowane. Zaopatrzenie w wyroby medyczne to wciąż nierozwiązany problem. Według mnie, limity, podobnie jak w przypadku stomii, są niewystarczające. Dwie sztuki to zdecydowanie

za mało. Porównuję tę sytuację do noworodków i do tego, ile pieluch zużywa się w ich pielęgnacji. A przecież mówimy o osobach dorosłych.

Według mnie, limitowanie tego typu wyrobów jest pozorną oszczędnością. Jest to nieuzasadnione ekonomicznie. Zbyt drogie jest oszczędzanie na podstawowych akcesoriach pielęgnacyjnych, ponieważ rodzi to daleko idące konsekwencje zdrowotne u pacjenta. Jeżeli pacjent będzie leżał w mokrych pieluchomajtkach, ponieważ ma tylko dwie sztuki

na dobę, bardzo szybko powstanie u niego odleżyna. Później taki pacjent trafi do szpitala, a leczenie ran przewlekłych związanych z odleżynami jest bardzo

drogie. Nie mówiąc już o cierpieniu, bólu pacjenta, zakażeniach z tych związanych i całym łańcuszkiem zdarzeń, których można by uniknąć, gdyby pacjent miał na przykład cztery, a nie dwie sztuki środków na dobę. Dwóch sztuk nie można nawet nazwać minimum.

**Po urodzeniu dziecka, przez sześć tygodni, młodym matkom przysługuje pomoc położnych środowiskowych. Zastanawiające jest, że taka położna musi posiadać kwalifikację z zakresu ginekologii, neonatologii, seksuologii, psychologii, socjologii itd. ale już nie obejmuje to uroginekologii. Czy nie należałoby tego zmienić?**

Jako samorząd zawodowy, chcielibyśmy opracować standardy, w tym standardy uroginekologiczne. Obecnie jednak, położne zdobywają wiedzę o tym problemie, np. uczestnicząc w konferencjach dla lekarzy ginekologów i urologów. Na takich kongresach lekarze ginekolodzy rozmawiają wspólnie z lekarzami urologami o problemach związanych z nietrzymaniem moczu i dysfunkcjami układu moczowego. Obszar edukacji w tym zakresie powinien być zdecydowanie zwiększony.

**Jaka jest Pani opinia na temat możliwości wypisywania przez pielęgniarki recept oraz zleceń na wyroby medyczne?**

Pielęgniarki już wypisują zlecenia na wyroby medyczne. Środowisko nie oprotowało tej zmiany. Natomiast, w przypadku wypisywania recept, sytuacja wygląda trochę inaczej. Pielęgniarka nie może być skrybą, czyli przepisywać recepty na zlecenie lekarza. Kształcenie pielęgniarki jest zbyt drogie, aby zajmowała się ona przepisywaniem recepty, ponieważ z powodzeniem tą czynnością może zajmować się sekretarka medyczna. Czym innym jest ordynowanie leków. Środowisko zgadza się na wykonywanie tej czynności, ale niekoniecznie w szpitalu. Lepszym rozwiązaniem jest ordynowanie leków w środowisku, w domu, np. w sytuacji, gdy konieczna jest kontynuacja leczenia. Jednakże, uważamy, że wraz z większą ilością obowiązków, powinny iść również większe wynagrodzenia.



# Leki na OAB wreszcie bez badania urodynamicznego?

Natalia Klein

## Pozytywna rekomendacja AOTMiT ws. leczenia bez badania urodynamicznego

Przed pacjentami cierpiącymi na zespół pęcherza nadreaktywnego, którzy w świetle obowiązujących przepisów mogą korzystać z refundowanego leczenia farmakologicznego tylko pod warunkiem wykonania badania urodynamicznego, pojawiła się szansa na zniesienie tej absurdalnej bariery już 1 maja br. 2 lutego 2016 roku, Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wydał oczekiwaną od wielu miesięcy pozytywną rekomendację dla jednego z leków stosowanych w OAB, zawierającego substancję leczniczą solifenacynę, we wskazaniu leczenia pacjentów z zespołem pęcherza nadreaktywnego. Oznacza to, że w przypadku pozytywnej decyzji Ministerstwa Zdrowia, pacjenci będą mogli skorzystać z refundowanej farmakoterapii tym lekiem bez konieczności wykonywania badania urodynamicznego.

Jak czytamy w stanowisku Rady Przejrzystości oraz rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, wniosek refundacyjny był reakcją na toczącą się od lat dyskusję, dotyczącą konieczności usunięcia wymogu wykonywania badania urodynamicznego jako warunku refundacji leków stosowanych w leczeniu OAB. Zgodnie ze stanowiskiem Rady Przejrzystości, podstawą dla rozpoznania zespołu pęcherza nadreaktywnego powinien być szczegółowy wywiad medyczny oraz trzydniowy dzienniczek mikcji, natomiast inwazyjne badanie urodynamiczne nie jest konieczne do rozpoznania i rozpoczęcia leczenia OAB. Powinno być natomiast stosowane u pacjentów nie reagujących na farmakoterapię oraz przed rozpoczęciem leczenia inwazyjnego. Wydane przez AOTMiT stanowisko zostało poparte opiniami ekspertów praktyki klinicznej, a także Prezes Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” Anny Sarbak, która uczestniczyła w posiedzeniu Rady Przejrzystości jako reprezentantka środowiska pacjentów.

## Działania środowiska pacjentów

Pozytywna rekomendacja AOTMiT stanowi przełom w trwającym od 2011 r. absurdzie legislacyjnym, w ramach którego leki refundowane na OAB, zawierające substancje czynne solifenacynę oraz tolterodynę, dostępne były jedynie we wskazaniu „zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym”. Pacjenci ze Stowarzyszenia „UroConti” wielokrotnie apelowali do Mi-

nisterstwa Zdrowia o zniesienie tego zapisu. Jak podsumowuje kilkuletnie działania Stowarzyszenia Anna Sarbak, od 2011 r., „UroConti” skierowało do Ministerstwa Zdrowia aż 16 pism w tej sprawie. Przytaczaliśmy dziesiątki ekspertyz i analiz, z których jasno wynikało, że badanie urodynamiczne w diagnozowaniu OAB jest niepotrzebne, nieuzasadnione medycznie oraz dodatkowo nieefektywne kosztowo.

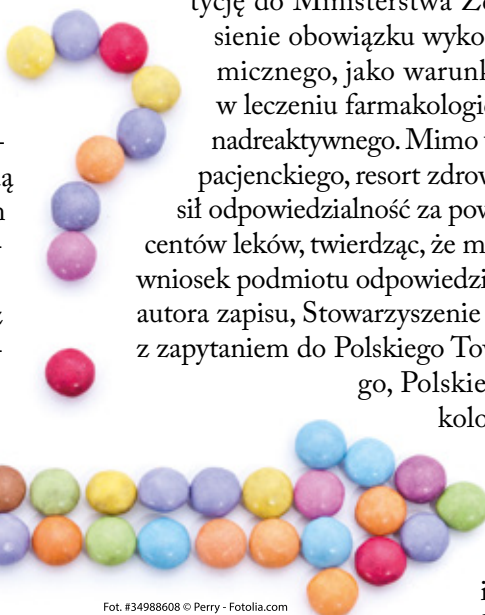
Starania pacjentów poparli także lekarze. We wrześniu 2015 r., 195 ginekologów i 143 urologów podpisało petycję do Ministerstwa Zdrowia apelując o zniesienie obowiązku wykonania badania urodynamicznego, jako warunku uzyskania refundacji w leczeniu farmakologicznym zespołu pęcherza nadreaktywnego. Mimo wielu działań środowiska pacjenckiego, resort zdrowia niezmiennie przenosił odpowiedzialność za powstałą sytuację na producentów leków, twierdząc, że może działać wyłącznie na wniosek podmiotu odpowiedzialnego. W celu ustalenia autora zapisu, Stowarzyszenie „UroConti” zwróciło się z zapytaniem do Polskiego Towarzystwa Urologicznego, Polskiego Towarzystwa Gine-

kologicznego, konsultantów krajowych w obu tych dziedzinach, a także Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i wszystkich producentów leków refundowanych w tym schorzeniu.

Zgodnie z odpowiedziami uzyskanymi przez Stowarzyszenie, nikt nie rekomendował warunkowania diagnozy zespołu pęcherza nadreaktywnego wykonaniem badania urodynamicznego. W celu przełamania powstałego impasu, Stowarzyszenie zwróciło się więc do wszystkich producentów leków refundowanych na OAB z prośbą o ponowne złożenie wniosku refundacyjnego.

## Szansa dla pacjentów

Po wydanej rekomendacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, kolejny krok należy do Ministerstwa Zdrowia, które wyda decyzję w tej sprawie po zapoznaniu się z rekomendacją Prezesa AOTMiT. Ewentualne zniesienie obowiązku wykonywania badania urodynamicznego obowiązywało będzie jedynie w przypadku leku zawierającego solifenacynę. Jak komentuje Anna Sarbak, prezes Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”: *cieszymy się z wydanej rekomendacji. Oczekujemy, że Ministerstwo Zdrowia już bez dalszej zwłoki wprowadzi tę zmianę od 1 maja 2016r., wraz z publikacją nowej listy leków refundowanych.*



Fot. #34988608 © Perry - Fotolia.com

# Środki absorpcyjne podnoszące samodzielność i komfort pacjentów chodzących

Monika Gackiewicz

## Zaburzenie czynnościowe dolnych dróg moczowych

Problem niezależnego od woli wycieku moczu przez cewkę moczową, zwany nietrzymaniem moczu (NTM), dotyczy ok. 10-15% populacji. W Polsce oznacza to ponad 3 mln osób dotkniętych tym schorzeniem, wśród których większość stanowią kobiety. NTM ma negatywny wpływ na chorych nie tylko w wymiarze bio-

to możliwe, powrót do codziennej aktywności.

## Środki absorpcyjne - wybór odpowiedniego produktu

Środki absorpcyjne dla osób z NTM należą do grupy środków pomocniczych zdefiniowanych w polskim prawodawstwie jako „wyroby medyczne wydawane na zlecenie osoby uprawnionej”. Zgodnie z rozporządzeniem Ministerstwa Zdrowia, płatnik dofinansowuje pięć rodzajów środków absorpcyjnych: pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, majtki chłonne, podkłady, wkłady anatomiczne.

W Polsce - po spełnieniu kryterium chorobowego - osobom cierpiącym na nietrzymanie moczu, w ramach refundacji przysługuje do 60 sztuk produktów chłonnych (2 szt. na dobę) miesięcznie przy 30% dopłacie pacjenta oraz limicie cenowym 90 zł. Osoby z chorobą nowotworową przebiegającą w postaci owrzodziałych lub krwawiących guzów krocza lub okolicy krzyżowej, z prze-

tokami nowotworowymi lub popromiennymi albo z nietrzymaniem moczu lub stolca w wyniku chorób nowotworowych, mają prawo do 100% refundacji do 60 sztuk środków absorpcyjnych przy limicie cenowym 77 zł.

Środki absorpcyjne umożliwią optymalne zaopatrzenie wszystkich pacjentów z NTM, zarówno tych obłożnie chorych, leżących i całkowicie zależnych od opieki, jaki i osób samodzielnych. W każdym przypadku produkty absorpcyjne mają do spełnienia dwie funkcje:

- ochronę skóry przed drażniącym działaniem moczu - co umożliwi uniknięcie problemów generujących dodatkowe cierpienia pacjenta,
- zbiórkę wydalanego moczu i stolca (ochrona bielizny osobistej, pościeli i ubrania).



Fot. #86613744 © tibanna79 - Fotolia.com

logicznym. Konsekwencją NTM jest bardzo często: popuszczanie moczu, uczucie wilgoci, dyskomfortu, nieprzyjemny zapach, który bezwarunkowo towarzyszy osobom z tym schorzeniem, w skrajnych przypadkach odparzenia. Pacjentom, których dotyczy ten problem, towarzyszy poczucie braku kontroli nad własnym ciałem, co zwiększa poczucie frustracji.

Mimo przykrych dolegliwości, inkontynencja nie musi ograniczać aktywności chorych. Ważne jest, aby zapewnić osobom cierpiącym na NTM dostęp do diagnozy, leczenia oraz odpowiednich produktów chłonnych i środków pielęgnacyjnych, dzięki którym mogą mieć możliwość normalnego uczestnictwa w życiu społecznym. Standardem powinno być zlecenie produktów absorpcyjnych tak dobranych, by osobie z NTM umożliwić w miarę normalne funkcjonowanie i tam, gdzie jest



Przy indywidualnym wyborze optymalnego środka spośród tak dużego asortymentu, dokonywanym przez pacjenta i opiekuna, powinien być uwzględniany szereg czynników, np.:

- czynniki związane z użytkownikiem: częstotliwość, nasilenie nietrzymania moczu, płeć, fizjonomia, mobilność, aktywność, styl życia, wiek, stopień samodzielności, łatwość użytkowania,
- czynniki związane z produktem: budowa i kształt, sposób mocowania, chłonność, wyprofilowanie, elastyczne gumki zapewniające szczelne przyleganie do ciała, barierki ochronne przed wyciekaniem,
- czynniki związane z opiekunem: ergonomia - obciążenie fizyczne opiekuna przy zmianie produktu.

Aby dobrać odpowiedni środek absorpcyjny, można zadać pacjentowi następujące pytania:

- jaki jest stopień mobilności pacjenta? (pacjent chodzący, pacjent leżący),
- jaki jest stopień nietrzymania moczu? (lekki, średni, ciężki),
- jaki rozmiar nosi dany pacjent? (w zależności od wybranego produktu).

Produkty absorpcyjne stanowią grupę środków pomocniczych w leczeniu NTM, w jej początkowej fazie leczenia farmakologicznego, a także w okresie oczekiwania na zabieg operacyjny. Gdy metody leczenia nie zadziałały, środki absorpcyjne stanowią jedyną alternatywę dla normalnego funkcjonowania dla osób dotkniętych inkontynencją.

### Majtki chłonne - alternatywa dla osób samodzielnych

W związku ze zmianami prawnymi w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, które weszły 1 stycznia 2014 r., do kategorii produktów refundowanych oprócz wkładów anatomicznych, pieluchomajtek, pieluch anatomicznych i podkładow, dołączyły również majtki chłonne.

Majtki chłonne najlepiej sprawdzają się u pacjentów mobilnych, samodzielnych ruchowo, w przypadku których zakładanie/zdejmowanie produktu nie wymaga udziału opiekuna. W przeciwieństwie do pieluchomajtek, przypominają wyglądem normalną bieliznę, którą zdejmuje się samodzielnie - produkowane w kolorze białym dają większy komfort i poczucie bezpieczeństwa. Przeznaczone są dla kobiet i mężczyzn chodzących, aktywnych bądź uczestniczących w zajęciach rehabilitacji

ruchowej ze średnim lub ciężkim nietrzymaniem moczu. W porównaniu do pieluchomajtek i pieluch anatomicznych są cieńsze i mają dużą powierzchnię chłonną.

Dzięki anatomicznej budowie są idealne dla ludzi mobilnych, udowadniając, że problem NTM nie musi oznaczać rezygnacji z ulubionych zajęć i ograniczać aktywności chorych. Dodatkowo, majtki chłonne są przewiewne ze względu na warstwę zewnętrzną, która jest tzw. oddychającym laminatem. Ponadto superabsorbent zawarty we wkładzie chłonnym odpowiada za neutralizację nieprzyjemnego zapachu. To ważna cecha, która pozwala zapewnić komfort podczas noszenia.

Bardzo ważnym czynnikiem gwarantującym wygodę jest komfort zakładania majtek chłonnych, w związku z czym nawet pacjenci z zaawansowaną chorobą, np. Alzheimerem, mają możliwość jak najdłużej zachować odruch wciągania bielizny. Dodatkowo majtki chłonne ściśle przylegają do ciała, zapewniając dyskrecję, dając pewność i bezpieczeństwo niezależnie od pro-



Fot. #16963212 © Birgit Reitz-Hofmann - Fotolia.com

wadzonego trybu życia. *Majtki chłonne są środkiem pomocniczym umożliwiającym chorym samodzielne zakładanie produktu, a nawet w odpowiednich warunkach, przy niedużej pomocy zewnętrznej korzystanie z toalety, w związku z czym, chory potrzebuje mniej zmian tego produktu na dobę i mniejszej opieki, co jest korzystne zarówno dla pacjenta, jak i NFZ* - podsumowuje dr Elżbieta Szwałkiewicz, była konsultant krajowa w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych.

# Badanie urodynamiczne - pytania i odpowiedzi

lek. med. Tadeusz Hessel

Oddział Urologii i Urologii Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki w Krakowie

**W**itaj okryta złą sławą urodynamiko! Pomimo fali krytyki jaka Cię otacza, Twoją niewątpliwą zaletą pozostaje fakt, iż zmieniasz subiektywne opisy objawów w obiektywne wyniki. Przede wszystkim w całej dyskusji nad tymże badaniem trzeba zachować zdrowy rozsądek i przed kierowaniem na nie należy odpowiedzieć sobie na proste pytanie - Czy jest ono potrzebne u konkretnej osoby? W poniższym artykule postaram się Państwu przedstawić jego założenia, przebieg oraz wskazania do jego wykonania.

## Czym jest badanie urodynamiczne?

To badanie mierzy objętości, ciśnienia, przepływy i aktywność mięśni dna miednicy (tzn. okolice miednicy przez którą przechodzą ujścia dróg moczowych, rodnych i przewodu pokarmowego). Pozwala również lepiej po-

badanie urodynamiczne pozwala je ocenić i ustalić.

## Przydatność badania urodynamicznego

Urodynamika jest szczególnie przydatna:

- przed planowaną operacją z powodu nietrzymania moczu,
- poprzednie leczenie zachowawcze lub chirurgiczne nietrzymania moczu zakończyło się niepowodzeniem,
- w celu analizy złożonych zaburzeń funkcjonowania pęcherza moczowego,
- w celu wykonania bilansu zaburzeń czynności nerwowej pęcherza moczowego i mięśnia zwieracza cewki moczowej,
- oceny przeszkody podpęcherzowej,
- u pacjentów z nawracającymi infekcjami układu moczowego,

- oceny bolesnego oddawania moczu.

W Polsce istnieje wskazanie administracyjne (poza medyczne!), to znaczy dopiero po udowodnieniu w badaniu urodynamicznym obecności pęcherza nadaktywnego można przepisywać leki refundowane na tą chorobę. O wycofanie tego wskazania (bardzo słusznie!) walczy od lat Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”.

## Zalety badania urodynamicznego

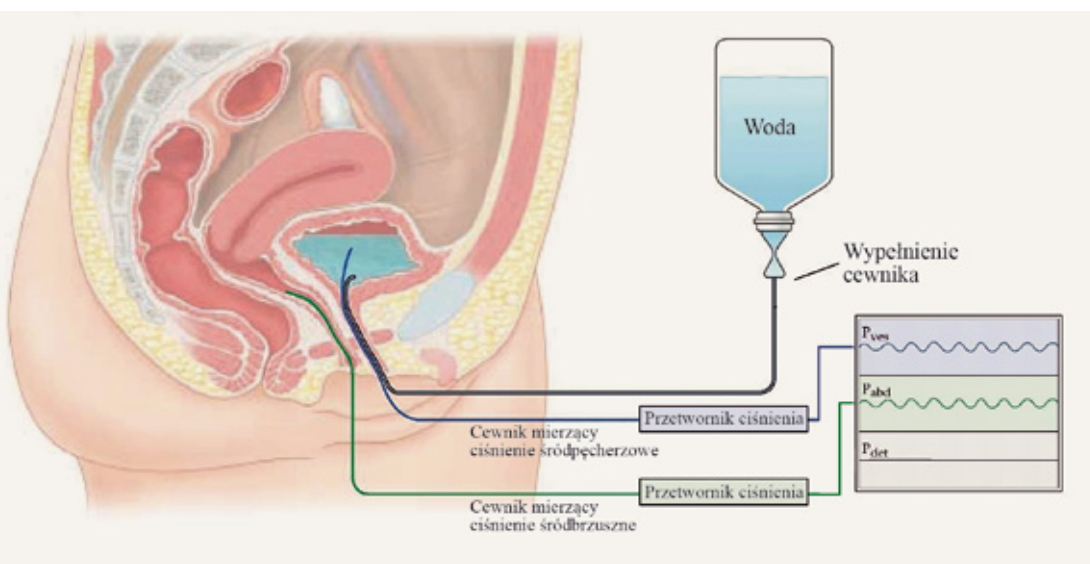
Do zalet badania urodynamicznego możemy zaliczyć:

- precyzyjne rozpoznanie ułatwiające kwalifikację do danego typu leczenia,
- obiektywne dane weryfikujące subiektywne objawy pacjenta,
- niepodważalna dokumentacja zaburzeń w obrębie układu moczowego,
- badanie jest niezmiernie istotne u pacjentów z pęcherzem neurogennym.

## Wady badania urodynamicznego

Wad badania urodynamicznego to:

- badanie jest drogie (koszt sprzętu, koszt cewników),
- wymaga wyszkolonego personelu,
- zajmuje stosunkowo dużo czasu,



Ułożenie cewników podczas badania u kobiety. Materiały autora: www.womensexcellence.com

znać funkcjonowanie pęcherza i zwieracza cewki moczowej (to mięsień, który pozwala zachować trzymanie moczu).

## Dlaczego wykonujemy to badanie?

Badanie urodynamiczne nie jest rutynowym pomiarem. Jest zlecane w wypadku, gdy badanie fizykalne i proste zlecenia (USG, rentgenodiagnostyka lub badania laboratoryjne) nie potrafią wyjaśnić zaburzeń w funkcjonowaniu pęcherza. Dolne drogi moczowe zapewniają trzymanie moczu w trakcie napełniania i magazynowania moczu w pęcherzu oraz dobrowolne, swobodne opróżnianie pęcherza w czasie mikcji z możliwością jej dobrowolnego wstrzymania. W przypadku gdy występują zaburzenia czynnościowe w ich obrębie,



- wywołuje duży dyskomfort u pacjentów,
- po wykonaniu badania istnieje ryzyko wywołania infekcji układu moczowego,
- w przypadku kwalifikacji do leczenia zabiegowego nie-  
trzymania moczu celowość wykonania badania urodynamicznego jest obecnie kwestionowana w wybranych przypadkach.

### W jaki sposób będzie wykonane badanie?

Badanie jest wykonywane w trybie ambulatoryjnym. Nie trzeba być na czczo. Urodynamika nie może być wykonana w przypadku niewyleczonej infekcji układu moczowego. W takim wypadku należy otrzymać inny termin badania.

Powinno się także podać jak najbardziej aktualną listę zażywanych leków. Jest to bardzo ważne, gdyż część z nich może zmienić wynik badania. Powinno się także poinformować lekarza o swoich uczuleniach.

Warto przed badaniem mieć uzupełniony dzienniczek mikcji, obejmujący trzy nie następujące po sobie dni, w tym jeden dzień wolny. Na początku badania prosi się o oddanie moczu, dlatego warto przyjść z „lekką” wypełnionym pęcherzem.

### Jak przebiega samo badanie urodynamiczne?

Badanie zaczyna się wywiadem podczas którego lekarz będzie zbierał informacje, wypyta o obecne objawy ze strony dolnych dróg moczowych i wykona badanie okolicy krocza. Sama urodynamika składa się z paru części i trwa od 30 do 60 minut.

### Cystometria ciśnieniowo-przepływowa

Polega ona na zapisie ciśnień w pęcherzu podczas jego napełniania. Badanie przeprowadza się w pozycji siedzącej lub ginekologicznej. Potrzeba w nim włożyć bardzo cienki cewnik do pęcherza moczowego. Ten cewnik pozwoli na jednoczesne napełnienie pęcherza moczowego i rejestrację ciśnień. Oprócz tego cewnika wkłada się drugi cewnik do odbytu lub pochwy. W okolicy odbytu dokleja się także elektrody w celu zapisu aktywności mięśni okolicy dna miednicy.

Badanie jest nieprzyjemne, ale jednocześnie jest bezbolesne. Przepływ płynów przez cewnik w pęcherzu moczowym wywołuje tylko lekki dyskomfort. Powinno się jak najbardziej rozluźnić. Personel Poradni zapewne doloży wszelkich starań by zachować jak największą intymność dla pacjenta.

W czasie badania należy sygnalizować lekarzowi każdy objaw jaki odczuwa się w obrębie dróg moczowych (pierwsze odczucie napełniania pęcherza, pierwsze odczucie potrzeby oddania moczu, silną potrzebę oddania moczu, parcie nagłące).

### Profilometria cewkowa

Polega ona na analizie zachowania mięśnia zwieracza cewki moczowej. Podczas tego badania specjalny cewnik w pęcherzu moczowym jest powoli z niego wyciągany. W trakcie tej części badania należy maksymalnie się rozluźnić. Ważne jest także to, żeby nic nie mówić ani się nie ruszać podczas pomiarów.

### Uroflowmetria

Ta część badania polega na oddaniu moczu do specjalnej toalety, która mierzy moc i objętość strumienia moczu. Należy oddać moc w normalny, zwykły sposób. W celu osiągnięcia poprawnego wyniku musi się oddać dostateczną ilość moczu. Uroflowmetrię wykonuje się dwa razy w trakcie badania - raz na samym początku przed instalacją cewników (tak zwana uroflowmetria „naturalna”) oraz drugi raz, po napełnieniu pęcherza wraz z założonymi cewnikami mierzącymi ciśnienia w drogach moczowych.

### Ocena objętości zalegającej

Aby sprawdzić, czy pęcherz działa prawidłowo, lekarz lub pielęgniarka ocenią, czy cały moc z pęcherza został wydalony w czasie mikcji. Objętość tą sprawdza się za pomocą USG lub jednorazowego cewnika.

### Co się najczęściej dzieje po badaniu?

Założenie cewnika może podrażnić cewkę i pęcherz moczowy. Można odczuwać trochę pieczenia lub dyskomfortu podczas oddawania moczu w dniu badania, jak i w dniu następnym. Prosimy pamiętać o tym, żeby pić jak najwięcej w tym okresie w celu „przepłukania pęcherza”.

Wyjątkowo po badaniu może nastąpić zakażenie układu moczowego. Zwykle w celu jego wyleczenia wystarczy kilka dni antybiotykoterapii. Proszę pamiętać o tym, iż wszystkie materiały używane do badania są sterylne oraz personel zachowuje wszelkie zasady higieny i aseptyki w celu zminimalizowania ryzyka wystąpienia tego powikłania.

*Artykuł oparty o ulotkę informacyjną Francuskiego Towarzystwa Urologicznego*

### CIEKAWOSTKA

Istotą badania urodynamicznego są nie tylko jego wyniki, ale przede wszystkim wyciągane z niego wnioski. Wykresy mogą być różnie interpretowane. Uznaje się, iż dobrze sformułowane konkluzje badania to takie wnioski, z którymi zgadzają się różni specjaliści po analizie wyników.

### POWIKŁANIA

W przypadku intensywnego krwawienia, gorączki, problemów z oddaniem moczu, przewlekłego pieczenia, bólu pęcherza, brzydkiego wyglądu i zapachu moczu prosimy o jak najszybszy kontakt z lekarzem.

# Operacje z użyciem taśm w woj. małopolskim

Według zebranych danych, obecnie na 57 publicznych oraz prywatnych szpitali w województwie małopolskim, które dysponują 44 oddziałami ginekologicznymi, ginekologiczno-położniczymi oraz 20 oddziałami urologicznymi dla dzieci i dorosłych (źródło: [www.rpwdl.csioz.gov.pl](http://www.rpwdl.csioz.gov.pl)) operacje z użyciem taśm przeprowadza się w 27 placówkach. Zabiegi stosowane w leczeniu NTM wykonywane są zarówno na oddziałach

ginekologiczno-położniczych, jak i na urologicznych. Porównując obecną sytuację ze statystykami opublikowanymi w Kwartalniku NTM w 2012 roku, sytuacja uległa nieznacznej zmianie. Wówczas zabiegi z użyciem taśm wykonywano w 25 placówkach.

Poniżej prezentujemy ich listę, z uwzględnieniem liczby zabiegów przeprowadzonych przez poszczególne placówki w 2014 oraz 2015 roku.

## Zabiegi operacyjne na nietrzymanie moczu z użyciem taśmy w 2014 oraz w 2015 roku, w placówkach z woj. małopolskiego.

Nazwa świadczeniodawcy	2014 r.	2015 r.
Szpital Powiatowy, Limanowa	47	72
Szpital Uniwersytecki, Kraków	43	50
Szpital Medikor, Nowy Sącz	27	42
Szpital Powiatowy im. L. Rydygiera, Brzesko	4	27
Zakład Opieki Zdrowotnej, Wadowice	13	26
Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego, Kraków	17	26
Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie - Lecznictwo Szpitalne, Kraków	26	21
Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza, Tarnów	19	17
Centrum Medyczne "Ujastek", Kraków	43	15
Lecznictwo Szpitalne, Olkusz	17	15
Szpital Specjalistyczny, Chrzanów	2	13
Szpital Powiatowy, Krynica-Zdrój	22	13
Szpital Powiatowy im. dr T. Chabuńskiego, Zakopane	0	12
Szpital Powiatowy, Bochnia	22	12

Nazwa świadczeniodawcy	2014 r.	2015 r.
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Myślenice	1	11
Szpital, Sucha Beskidzka	0	11
Centrum Zdrowia Tuchów, Tuchów	5	9
Szpital Położniczo-Operacyjny im. Św. Elżbiety, Roztoka	9	8
Zespół Opieki Szpitalnej, Nowy Targ	11	7
Szpital Specjalistyczny im. H. Klimontowicza, Gorlice	13	5
Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza, Kraków	13	4
Szpital im. Rafała Czerwiakowskiego, Kraków	6	3
Szpital, Proszowice	0	1
Szpital Zakonu Bonifratrów Św. Jana Grandego, Kraków	1	1
Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza, Tarnów	7	1
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Kraków	2	0
Zespół Lecznictwa AmbulATORYJNEGO, Dąbrowa Tarnowska	4	0

## DOŚTĘP DO ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE WYDAWANE NA ZLECENIE WG DANYCH WOJEWÓDZKICH ODDZIAŁÓW NFZ - STAN NA 15.02.2016

Województwo	Pieluchy i pieluchomajtki		Worki stomijne		Aparaty słuchowe		Aparaty do leczenia obturacyjnego bezdechu sennego (CPAP)		Przedmioty ortopedyczne z wyłączeniem wózków inwalidzkich		Wózki inwalidzkie	
	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących
dolnośląskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
kujawsko -pomorskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
lubelskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
lubuskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
łódzkie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
małopolskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
mazowieckie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
opolskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
podkarpackie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
podlaskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
pomorskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
śląskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
świętokrzyskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
warmińsko -mazurskie	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
wielkopolskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
zachodniopomorskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-

nb - na bieżąco, bd - brak danych (oddział NFZ odmówił podania informacji),  
\* dzieci - na bieżąco; \*\* dzieci, osoby czynne zawodowo - na bieżąco,

☺ - poprawa sytuacji w stosunku do poprzedniego rankingu  
☹ - pogorszenie sytuacji w stosunku do poprzedniego rankingu

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wojewódzkich Oddziałów NFZ

# Pieluchomajtki za miliony czy miliony za pieluchomajtki?

Agnieszka Dokowicz

Fot. #90231201 © Adam Machochi - Fotolia.com



**N**a początku marca minister Krzysztof Łanda w rozmowie z „Menedżerem Zdrowia” ogłosił, że przygotowuje zmiany dotyczące zlikwidowania „zjawiska rozrzutności” w resorcie związanego między innymi z refundowaniem środków absorpcyjnych.

## Dobra zmiana?

Narodowy Fundusz Zdrowia płaci za niektóre pieluchomajtki nawet dziesięć złotych, gdy w supermarketach sztukę można dostać za dwa lub trzy złote - mówił wiceminister na łamach „Menedżera Zdrowia” i przyznał, że nie tylko zamierza z tym skończyć, ale ma już nawet pomysł, jak to zrobić. Funkcjonuje on w ministerstwie pod hasłem „zakupy centralne”. *De facto nie będą to zakupy centralne objęte procedurą przetargową (...). Zamierzamy wprowadzić zakupy niektórych wyrobów medycznych w takim systemie, jaki obowiązuje dla leków refundowanych. Mowa o grupach, limitach i negocjacjach cenowych* - zapowiedział Krzysztof Łanda i dodał, że trwają już prace nad projektem odpowiedniej ustawy.

*Wypowiedź ministra Łandy o tym jakoby NFZ przepłacał za pieluchomajtki jest dla nas niezrozumiała. Przecież limit NFZ na te produkty wynosi jedynie 90 zł za 60 szt., czyli 1,5 zł za sztukę. Gdy odejmiemy od tego 30%, które płaci pacjent, można łatwo obliczyć, że NFZ dopłaca nie więcej niż 1,05 zł za sztukę. Tak wygląda to na papierze* - wylicza Anna Sarbak, prezes Stowarzyszenia Osób z NTM UroConti.

## Obawy pacjentów

Plany ministra Łandy bardzo zaniepokoiły także inne organizacje pacjenckie, których członkowie, przy „swoich” schorzeniach, zmagają się z również z nietrzymaniem moczu. *Kwestia refundacji pieluchomajtek jest poruszana przez Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego od wielu lat* - mówi Tomasz Połec, przewodniczący Rady Głównej PTSR. - *Mimo to w systemie niewiele się zmienia. Nadal refundowane są jedynie dwie pieluchomajtki dziennie, co sprawia, że chorzy, często ludzie niezamożni, muszą sami dokupować sobie te środki, ponieważ trudno ograniczyć mikcję tylko do dwóch razy dziennie. Decydenci jakby nie rozumieli, że ograniczając te środki higieniczne generują kolejne koszty, ponieważ nieprzestrzeganie zasad higieny sprawia, że osoby leżące lub siedzące na wózkach inwalidzkich doznają odparzeń i innych komplikacji, przez co muszą być hospitalizowane. A to sprawia, że państwo ponosi koszty leczenia tych powikłań.* Zdumienie pacjentów wynika z faktu, że spodziewali się raczej poprawy zasad refundacji niż ich ograniczenia.

*W stwardnieniu rozsianym problem nietrzymania moczu jest bardzo poważny, dotyka wielu osób. Dlatego z dużym zainteresowaniem śledzimy wszelkie propozycje płynące z Mini-*

*sterstwa Zdrowia, licząc, że będą one korzystne dla chorych. Niestety jak na razie pojawiają się raczej odwrotne sygnały. Mamy jednak nadzieję, że resort wysłucha głosu organizacji pacjenckich i wprowadzi takie zmiany, które pozwolą na godne życie ludziom chorym. Ta upokarzająca chorych sytuacja musi się wreszcie skończyć* - dodaje Tomasz Połec.

## Dwie pieluchy to luksus

Dr Michał Sutkowski, prezes oddziału warszawskiego Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce przyznaje, że pacjenci chwalą jakość i różnorodność otrzymywanych środków absorpcyjnych, ale jednocześnie wspólnie z lekarzami boją się nad wielkością refundacji w tym zakresie i zbyt małą grupą schorzeń objętych dofinansowaniem z budżetu państwa. *Dwie pieluchomajtki dziennie to nie luksus* - mówi dr Sutkowski. *Nigdy w mojej praktyce lekarskiej nie zdarzyło mi się, żeby ktoś poprosił o mniej niż limit 60 szt. miesięcznie. Prawda jest taka, że wypisujemy zlecenia na tyle, ile można a nie na tyle, ile trzeba by było.*

Dr Sutkowski zwraca uwagę, że kryterium ceny jest ważne, ale przede wszystkim w zestawieniu z jakością i potrzebami. *Pan minister dr Krzysztof Łanda zawsze konsekwentnie i dobitnie podkreślał, że priorytetem dla państwa powinny być technologie proste i ważne przez swą powszechność. Dla życia i jego jakości. Dla godności chorego* - dodaje.

## Pozorna oszczędność

Kwestie limitowania środków pomocniczych, w tym pieluchomajtek, negatywnie oceniają również pielęgniarki i położne. Najczęściej mają w swojej pracy do czynienia z sytuacją, w której pacjenci po prostu kupują brakujące środki absorpcyjne z własnych pieniędzy.

*W naszej opinii środki pomocnicze w ogóle nie powinny być limitowane. To jest pozorna oszczędność* - mówi Zofia Małas, prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. *Kiedyś, pracując w szpitalu, policzyłam koszty pralni, koszty osobowe i inne aspekty ekonomiczne. Wyszło mi, że jednorazowe pieluchy wychodzą 1/3 taniej. Korzyści są zatem dwie - oszczędność dla szpitala i komfort dla pacjenta.*

Pacjenci uważają, że problem z refundacją środków absorpcyjnych w Polsce tkwi zupełnie gdzie indziej. Należy poprawiać system, który dobrze działa, ale w oparciu o zwiększenie limitów i uproszczenie kryterium chorobowego. Propozycja ministra dotycząca wprowadzenia zamkniętego systemu zakupu środków tego jednak nie zawiera. Natomiast niesie za sobą ogromne ryzyko obniżenia jakości produktów, co w żaden sposób nie poprawi sytuacji pacjentów, którym państwo już teraz oferuje zbyt mało wsparcia w tym schorzeniu.



# Raport: Leczenie OAB - gdzie jesteśmy w Europie?

Natalia Klein

Zespół pęcherza nadreaktywnego (ang. overactive bladder, OAB) może dotyczyć nawet 2-3 milionów osób w Polsce. Mimo że OAB dotyka osób w różnym wieku, ryzyko jego wystąpienia wzrasta z wiekiem. Według specjalistów, u przyczyn powstania tego schorzenia leżą bardzo różne czynniki. Mogą to być zarówno choroby neurologiczne, jak również przerost gruczołu krokowego czy operacje w miednicy mniejszej. Często trudno jednak jednoznacznie określić powód wystąpienia zespołu pęcherza nadreaktywnego.

W związku z wielością czynników wywołujących OAB, w doborze optymalnej dla pacjenta terapii powinno zostać zastosowane podejście indywidualne. Niestety, obecne opcje terapeutyczne w zakresie leczenia pęcherza nadreaktywnego w Polsce są zdecydowanie ograniczone. Sytuację polskich pacjentów cierpiących na to schorzenie w porównaniu z sytuacją chorych w innych krajach Unii Europejskiej - Czechami, Słowacją oraz Węgrami, znajdujących się na podobnym do Polski poziomie rozwoju ekonomicznego oraz społecznego, przedstawia opublikowany przez stowarzyszenie „UroConti”, w styczniu bieżącego roku raport „Leczenie OAB - gdzie jesteśmy w Europie”.

## Modelowy schemat leczenia OAB - co mamy w Polsce?

W przedstawionym modelowym schemacie leczenia OAB, pierwszy etap stanowi zachowawcze leczenie nefarmakologiczne. Fizjoterapia, do której form należą m.in. trening mięśni dna miednicy, biofeedback czy też elektrostymulacja, jest ważnym elementem wspomagającym leczenie tego schorzenia. W Polsce fizjoterapia w ramach leczenia zachowawczego OAB nie jest współfinansowana z budżetu państwa. Inaczej sytuacja chorych przedstawia się w pozostałych krajach Grupy Wyszehradzkiej. Dla przykładu, zarówno na Węgrzech, jak i w Czechach, finansowanie zachowawczego leczenia OAB (m.in. elektrostymulacji lub biofeedback) jest refundowane z budżetu państwa. Jednakże, jak czytamy w raporcie, mimo niekorzystnej sytuacji pacjentów w Polsce, brak finansowania tego typu metody leczenia nie oznacza jednak, że chorzy w ogóle nie mają do niej dostępu. Osoby cierpiące na zespół pęcherza nadreaktywnego mogą skorzystać z ćwiczeń, finansując je z własnych środków lub korzystając z programu ćwiczeń organizowanych w ramach organizacji pozarządowych.

## Farmakoterapia - ograniczenia dostępu do leków refundowanych i substancji nowej generacji

Kolejnym, opisanym w raporcie etapem w rekomendowanym schemacie leczenia OAB, jest farmakoterapia, uznawana przez lekarzy specjalistów za złoty standard w postępowaniu terapeutycznym. W grupie krajów Grupy

Wyszehradzkiej, jedynie w Polsce refundacja farmakologicznego leczenia zachowawczego OAB jest obwarowana administracyjnym obostrzeniem w postaci badania urodynamicznego.

Dodatkowo, polscy pacjenci mają dostęp jedynie do dwóch substancji leczniczych (solifenacyny i tolterodyny), co w porównaniu do innych państw Grupy Wyszehradzkiej daje zdecydowanie mniejsze możliwości polskim lekarzom na indywidualny dobór terapii lekowej. Jak czytamy w raporcie, w innych krajach, pacjenci zmagający się z zespołem pęcherza nadreaktywnego mogą skorzystać z większej ilości leków współfinansowanych z budżetu państwa - dla przykładu, na Słowacji refundacji podlega sześć substancji (solifenacyna, fezoterodyna, darfenacyna, oksybutynina, propiwerina i tropium), natomiast na Węgrzech oraz w Czechach - pięć substancji leczniczych (solifenacyna, tolterodyna, daryfenacyna, fezoterodyna, oksybutynina).

W polskim systemie refundacyjnym brakuje również preparatów farmakologicznych nowszej generacji. Obecnie, jedynym lekiem nowszej generacji stosowanym w OAB, zarejestrowanym w Polsce, dla którego producent złożył wniosek refundacyjny, jest mirabegron - substancja stanowiąca alternatywę dla leków antycholinergicznych, według badań klinicznych wywołująca mniej skutków ubocznych niż leki starszej generacji. Mirabegron w Polsce nie jest refundowany w ramach NFZ, pomimo tego, iż w listopadzie 2014 roku ukazała się pozytywna rekomendacja AOTMiT dla tego leku. Tymczasem, zarówno w Czechach, jak i na Słowacji, pacjenci w II linii leczenia mają już dostęp do refundowanej terapii z użyciem tej substancji leczniczej.

## Dostęp do nowoczesnych terapii zabiegowych

W przypadku niepowodzenia farmakoterapii, standardem w leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego jest stosowanie metod zabiegowych. W ramach terapii III rzutu, zalecane są iniekcje z toksyny botulinowej do ściany pęcherza. Na tle pozostałych państw Grupy Wyszehradzkiej, Polska wyróżnia się najkorzystniejszą sytuacją w zakresie dostępu pacjentów do zabiegów z użyciem toksyny botulinowej. Dodatkowo, od 1 września 2015 r., w Polsce obowiązuje nowy program lekowy, dostępny dla pacjentów ze stwierdzeniem rozsianym oraz stabilnymi urazami rdzenia kręgowego, cierpiących również na nadreaktywność mięśnia wypieracza. Leczenie z użyciem tej substancji jest również oferowane pacjentom od kilku lat w ramach procedury szpitalnej. Warto zauważyć, iż skuteczność toksyny botulinowej kończy się zazwyczaj po około 6 miesiącach i zabieg należy powtórzyć.

Wciąż oczekującą na pozytywną odpowiedź Ministerstwa Zdrowia i - co ważne - sprawdzoną metodą leczenia

w rekomendowanym schemacie leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego, jest neuromodulacja nerwów krzyżowych. Stosowana na całym świecie od ponad 20 lat i rekomendowana przez międzynarodowe organizacje, do dzisiaj nie została objęta refundacją w Polsce. Jak czytamy w raporcie, zabieg ten nie jest refundowany oraz przeprowadzany (nawet komercyjnie) w Polsce, pomimo, że sam proces refundacyjny trwa już ponad 4 lata. Wniosek o refundację został złożony w 2011 roku przez Stowarzyszenie „UroConti”. Z kolei, we wrześniu 2014 r. ukazała się pozytywna rekomendacja Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). W grupie krajów znajdujących się w Grupie Wyszehradzkiej, jedynie w Czechach zabieg neuromodulacji krzyżowej jest refundowany tylko dla wybranych pacjentów. Zarówno na Słowacji, jak i na Węgrzech, podobnie jak w Polsce, pacjenci nie mogą skorzystać z refundowanych zabiegów neuromodulacji krzyżowej.

**Zaopatrzenie w środki absorpcyjne - wciąż nierozwiązany problem Polski**

W zakresie dostępu do refundowanych środków absorpcyjnych, sytuacja polskich pacjentów z zespołem pęcherza nadreaktywnego jest zdecydowanie najgorsza wśród krajów Grupy Wyszehradzkiej. Mimo wieloletnich działań środowiska pacjenckiego, mających na celu zmianę tej sytuacji, w Polsce warunkiem uzyskania refundacji na środki absorpcyjne jest, obok nietrzymania moczu, udokumentowanie choroby współistniejącej, np. nowotworu bądź choroby układu nerwowego. Zarówno w Czechach, na Słowacji, jak i na Węgrzech, jak również w pozostałych krajach Unii Europejskiej, jedynym kryterium uprawniającym do otrzymywania refundowanych środków absorpcyjnych jest zdiagnozowane nietrzymanie moczu.

Jak czytamy w raporcie, zarówno Czechy, Słowacja, jak i Węgry, w swojej polityce zdrowotnej dążą do likwidacji

limitów na środki absorpcyjne lub dostosowania ich do realnych potrzeb pacjentów, co w perspektywie długofalowej polityki ma zapobiec hospitalizacji, będącej wynikiem m.in. zakażeń oraz odleżyn. W rezultacie, we wszystkich tych krajach, limit ilościowy na refundowane środki absorpcyjne jest niewspółmiernie większy niż w Polsce. W Czechach, w ramach refundacji pacjentom z NTM przysługuje miesięcznie aż 150 szt. środków absorpcyjnych (5 szt. na dobę), na Słowacji - bez ograniczeń, natomiast na Węgrzech - 120 szt. (4 szt. na dobę), przy czym refundacja ta jest 100%. Jak łatwo zauważyć, mimo podobnej stopy rozwoju społeczno-ekonomicznego krajów Grupy Wyszehradzkiej, sytuacja w zakresie dostępu do środków absorpcyjnych w Polsce zdecydowanie odbiega od standardów obowiązujących w innych krajach europejskich.

**Leczenie i opieka nad pacjentem z OAB w Polsce - konieczność zmian**

Jak czytamy w podsumowaniu raportu, analiza systemu refundacyjnego Polski na tle pozostałych krajów tworzących Grupę Wyszehradzką zdecydowanie lokuje nasz kraj na ostatnim miejscu. Zarówno farmakoterapia, jak i szeroki lub Nielimitowany dostęp do środków absorpcyjnych, stanowią standard leczenia i opieki nad pacjentem w większości krajów europejskich. Ponadto, wciąż niezrozumiałym jest przedłużający się proces oceny wniosku o wprowadzenie neuromodulacji krzyżowej do katalogu świadczeń gwarantowanych. Zdaniem autorów raportu, aby poprawić sytuację polskich pacjentów cierpiących na OAB, konieczne są rozległe i systemowe zmiany, obejmujące refundowane leczenie. Trochę inaczej wygląda sytuacja w zaopatrzeniu w refundowane środki absorpcyjne. Tutaj ewidentnie заниżone są limity ilościowe i cenowe. Zmiany wymaga również kryterium chorobowe, które niechlubnie wyróżnia Polskę na tle Europy.



Zródło: Raport "Leczenie OAB - gdzie jesteśmy w Europie?"

# Komentarz: Aktualne stanowisko FDA odnośnie zastosowania protez uroginekologicznych (siatek)

Prof. Tomasz Rechberger

II Katedra i Klinika Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

W poprzednim numerze Kwartalnika NTM 4 (55) został opublikowany artykuł na temat aktualnego stanowiska Amerykańskiej Agencji ds. Żywności i Leków (FDA - Food and Drug Administration) odnośnie zastosowania protez uroginekologicznych (siatek) w leczeniu zaburzeń statyki dna miednicy u kobiet w związku z bardzo dużą ilością spraw sądowych w USA związanych z powikłaniami po tego typu procedurach. Jest oczywiste, że nie powinniśmy pozostawać obojętni wobec tak poważanych zastrzeżeń podnoszonych przez

III i IV, ang. Pelvic Organ Prolapse Quantification) mamy tak naprawdę wiele alternatywnych (co nie znaczy równie efektywnych!) możliwości terapeutycznych, co oczywiście może i musi prowadzić do różnego podejścia, w zależności od szpitala i lekarza prowadzącego. Doskonałą ilustracją tego stanu rzeczy jest opublikowany w tym roku raport dotyczący zastosowania różnych procedur terapeutycznych w przypadkach występowania nietrzymania moczu i/lub zaburzeń statyki u kobiet w krajach OECD. Przedstawiona w tym opracowaniu ponad 5-krotna różnica w częstości wykonywania interwencji chirurgicznych z powodu POP w krajach OECD oraz istotne różnice (>10-krotne) w częstości wykonywania określonych procedur chirurgicznych wskazują jednoznacznie na brak zgodności co do optymalnej terapii POP u kobiet. Prawdopodobną przyczyną takiego stanu rzeczy jest oczywisty brak jednoznacznych wytycznych co do rzeczywiście optymalnego postępowania w takich przypadkach



FDA. Tym niemniej chciałbym zaznaczyć, że żadne zastrzeżenia natury prawnej dotyczące używania materiałów syntetycznych w chirurgii rekonstrukcyjnej dna miednicy, podnoszone w kolejnych ostrzeżeniach publikowanych przez FDA, nie wpłynęły na aktualne zalecenia Międzynarodowego Stowarzyszenia Uroginekologicznego (IUGA - International Urogynecological Association), które to zaleca zakładanie syntetycznych slingów podcewkowych jako złoty standard postępowania, znajdujący uzasadnienie w bardzo dobrze udokumentowanych pracach klinicznych analizujących zarówno efektywność, jak i bezpieczeństwo tego typu procedur.

Niezależnie jednak od „problemu siatkowego” trzeba stwierdzić, że obecnie brak jest jednoznacznych wytycznych postępowania w nasilonych zaburzeniach statyk dna miednicy u kobiet. Ma to swoje odbicie w powszechnie występującym w uroginekologii zjawisku practice pattern variation (PPV), czyli indywidualnej preferencji terapeutycznej wynikającej bardziej z przyzwyczajenia i osobistego przekonania lekarza, niż z obiektywnych danych klinicznych. PPV definiujemy bowiem jako różnicę w sposobie leczenia, która nie może być wytłumaczona samą chorobą per se. W przypadku zaawansowanego wypadania (POPQ

oparciu o EBM (ang. evidence-based medicine). Opublikowane w tym roku zalecenia Komisji Europejskiej (SCENIHR) dotyczące zabiegowego leczenia zaburzeń statyki dna miednicy u kobiet, nie przekreślają ewentualnego używania protez chirurgicznych (siatek) w leczeniu tego schorzenia.

Reasumując ten krótki komentarz dotyczący bardzo istotnego problemu, jakim są niewątpliwie potencjalne powikłania po zastosowaniu siatek w operacjach rekonstrukcyjnych w uroginekologii, chciałbym jednoznacznie stwierdzić, że największym czynnikiem ryzyka wystąpienia takich powikłań jest nieprawidłowa technika operacyjna i zła kwalifikacja pacjentek do określonego typu zabiegu. Dlatego też na powszechnie zadawane pytanie, czy rzeczywiście potrzebujemy siatek w nowoczesnej chirurgii rekonstrukcyjnej dna miednicy, w moim głębokim przekonaniu odpowiedź brzmi tak, ale:

Reasumując ten krótki komentarz dotyczący bardzo istotnego problemu, jakim są niewątpliwie potencjalne powikłania po zastosowaniu siatek w operacjach rekonstrukcyjnych w uroginekologii, chciałbym jednoznacznie stwierdzić, że największym czynnikiem ryzyka wystąpienia takich powikłań jest nieprawidłowa technika operacyjna i zła kwalifikacja pacjentek do określonego typu zabiegu. Dlatego też na powszechnie zadawane pytanie, czy rzeczywiście potrzebujemy siatek w nowoczesnej chirurgii rekonstrukcyjnej dna miednicy, w moim głębokim przekonaniu odpowiedź brzmi tak, ale:

- nie obligatoryjnie/rutynowo,
- nie u każdej pacjentki, ponieważ dzisiaj istnieje pilna potrzeba weyfikacji „naszej strategii siatkowej” co niewątpliwie pozwoli na poprawienie skuteczności i minimalizację ewentualnych powikłań związanych z tą procedurą.



# Wszczepiono stymulator, który przywróci funkcje cewki moczowej

Anna Ciepela

**11** stycznia br., neurochirurdzy z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego (USK) im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu po raz pierwszy w Polsce wszczepili pacjentowi z uszkodzonym stożkiem rdzenia kręgowego neuromodulator nerwów krzyżowych. Do tej pory w Polsce metoda ta była stosowana jedynie w leczeniu pęcherza nadreaktywnego (zabieg pokazowy w Bydgoszczy).

Pacjent, który został zakwalifikowany do operacji, doznał złamania pierwszego kręgu lędźwiowego kręgosłupa na skutek wypadku. W konsekwencji cierpiał on m. in. na nietrzymanie moczu i stolca oraz zaburzenia funkcji seksualnych. Dysfunkcje te w znaczący sposób obniżały jakość jego życia.

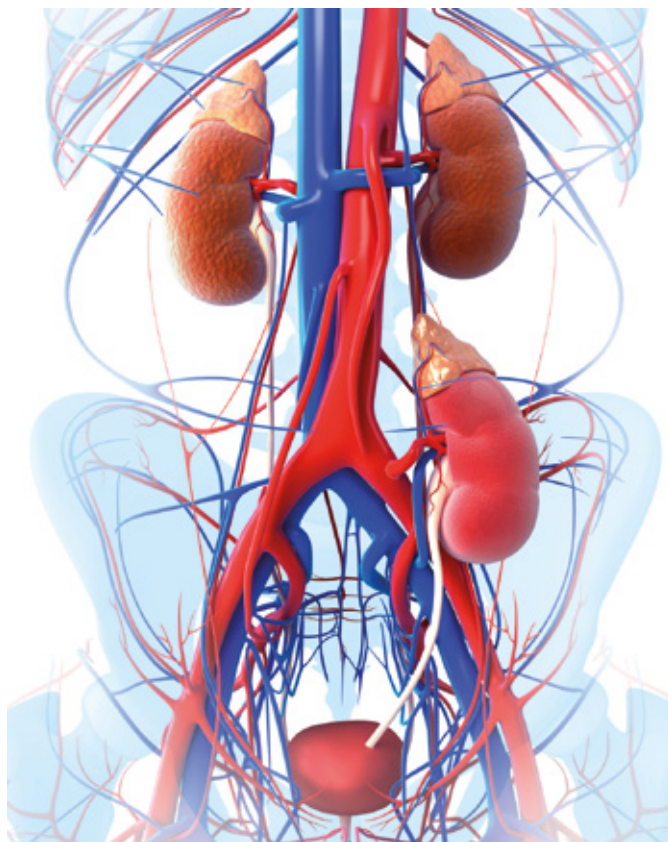
*Często lekceważymy takie przypadłości, jak nietrzymanie moczu - tłumaczy dr Krzysztof Tupikowski, urolog z Kliniki Urologii i Onkologii Urologicznej USK, który konsultował pacjenta. Niestety, ponieważ dla chorych są one bardzo kłopotliwe i powodują wykluczenie społeczne. Naszemu pacjentowi konieczność chodzenia z wkładkami czy zaburzenia erekcji, utrudniają życie i powodują jego cierpienie. Ponadto stwierdziliśmy u niego podwyższone ciśnienie we wnętrzu pęcherza, co może powodować określone konsekwencje zdrowotne, łącznie (w dłuższej perspektywie) z niewydolnością nerek.*

Po 1,5 roku farmakoterapii połączonej z intensywną rehabilitacją okazało się, że dotychczas wykorzystane metody nie przyniosą już większej poprawy, zdecydowano wówczas o zastosowaniu neuromodulatora nerwów krzyżowych. Metoda ta polega na wszczepieniu w okolicę pośladka stymulatora, który pobudza nerwy krzyżowe za pomocą impulsów elektrycznych. 11 stycznia br., neurochirurdzy z Wrocławia przeprowadzili pierwszy etap operacji, podczas którego elektrody zostały wprowadzone na poziomie trzeciego nerwu krzyżowego i podłączone do stymulatora zewnętrznego. Etap ten będzie trwał 3 tygodnie i pozwoli ocenić efektywność neuromodulacji w przypadku tego konkretnego pacjenta. Jeżeli okaże się, że objawy zostaną zredukowane bądź ustąpią całkowicie, nastąpi drugi etap, czyli wszczepienia stymulatora na stałe.

Właśnie owa dwuetapowość jest ogromnym atutem wspomnianej metody. Gwarantuje ona, że neuromodulacja krzyżowa zostanie zastosowana jedynie u tych pacjentów, u których jest najbardziej skuteczna, a skutki uboczne najmniej dotkliwe. *W wielu przypadkach przynosi ona znakomite efekty, a poza tym należy do metod, którymi z założenia nie możemy pacjentowi zaszkodzić - powiedział dr Martti Aho z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Tampere w Finlandii, który wsparł polskich neurochirurgów w tym pionierskim zabiegu. Jest to też metoda odwracalna. Wszcze-*

*piając stymulator możemy pacjentowi tylko pomóc.*

Mimo skuteczności potwierdzonej w badaniach klinicznych, a także przez specjalistów z całego świata, którzy stosują neuromodulację nerwów krzyżowych z powodzeniem od już 25 lat, w Polsce metoda ta w leczeniu nietrzymania moczu i stolca nie jest nadal refundowana. Tymczasem



Fot. #63528332 © pankajstock123 - Fotolia.com

koszt takiego zabiegu to ok. 30 tys. złotych, co oznacza to, że leczenie jest poza zasięgiem większości chorych. Niemniej, we wrześniu 2014 r. Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji zarekomendował zakwalifikowanie neuromodulacji krzyżowej w leczeniu zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych, jako świadczenia gwarantowanego, w zakresie leczenia szpitalnego we wskazaniach: nadreaktywności pęcherza moczowego oraz niedoczynności mięśnia wypieracza u dorosłych pacjentów po niepowodzeniu terapii standardowej.

*To także jeden z powodów, dla którego zdecydowaliśmy się na przeprowadzenie tego zabiegu - dodaje prof. Włodzimierz Jarmundowicz, kierownik Kliniki Neurochirurgii USK we Wrocławiu. Chcemy być przygotowani do wykonywania neuromodulacji krzyżowych, gdyby stały się one w Polsce bardziej powszechną metodą, na co liczymy.*

# Wrocław w ścisłej czołówce polskiej urologii

Magdalena Kowalewska

**K**liniczny Oddział Urologiczny funkcjonujący w strukturach 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ przy ul. Rudolfa Weigla 5 we Wrocławiu, jest jednym z najnowocześniejszych oddziałów urologicznych w Polsce. Powstał na początku lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku, wyłoniony z ówczesnego Oddziału Chirurgii Ogólnej. Obecnym kierownikiem Klinicznego Oddziału Urologicznego jest prof. nadzw. dr hab. Tomasz Szydełko. Oddział odnosi sukcesy zarówno dzięki znakomitej, wysoko wykwalifikowanej kadrze medycznej, jak i nowoczesnemu wyposażeniu sprzętowemu.

Leczenie nietrzymania moczu jest częścią działalności oddziału. Kiedy leczenie zachowawcze oraz farmakote-

*jemy. W swojej praktyce obejmujemy wszystkie dziedziny urologii operacyjnej ze szczególnym uwzględnieniem nowoczesnej onkologii – dodaje ordynator oddziału. W dużej mierze obciążeni jesteśmy schorzeniami onkologicznymi – leczenie nowotworów stanowi ponad 50% naszej działalności. Jesteśmy ośrodkiem, który wykonuje wszystkie nowoczesne procedury urologiczne, ze szczególnym naciskiem na procedury minimalnie inwazyjne, tzn. operacje laparoskopowe, endoskopowe. To jest nasza szczególna siła, ponieważ jesteśmy jedną z bardzo niewielu klinik czy oddziałów w Polsce, które w sposób rutynowy takie operacje wykonują. Na oddziale przeprowadzane są praktycznie wszystkie rodzaje operacji laparoskopowych, poczynając od operacji wad wrodzonych układu moczowego (wodonercza w przebiegu zwężenia podmiędniczkowego), operacje oszczędzające mięsz nerki (NSS) w przebiegu nowotworów, poprzez operacje onkologiczne usunięcia guza nerki, guzów nadnercza, aż po prostatetktomię radykalną z powodu raka prostaty.*

*W sposób najnowocześniejszy leczona jest kamica. Oddział dysponuje nowoczesnym sprzętem umożliwiającym kompleksowe endoskopowe leczenie wszystkich postaci kamicy układu moczowego – endoskopem łącznym z giętkim fiberoskopem do operacji przezskórnej usuwania kamicy z nerek czy z moczowodu. Wykonywane są również klasyczne operacje: usunięcie pęcherza z wytworzeniem zastępczego pęcherza z jelita oraz inne metody ponadpęcherzowego odprowadzenia moczu.*

*Warto też wspomnieć o znaczeniu całego 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego. Jest to najstarszy działający wrocławski szpital. W ubiegłym, 2014 roku obchodziliśmy siedemdziesięciolecie istnienia placówki – podkreśla prof. Tomasz Szydełko. Szpital powstał w czasie II wojny światowej na terytorium Ukrainy jako placówka wchodząca w skład 1. Armii Wojska Polskiego. Jednostkę tworzył zespół polskich lekarzy, pracując w bardzo trudnych, polowych warunkach. Po kilku zmianach nazwy i miejsc stacjonowania, już po zakończeniu wojny, szpital został przeniesiony finalnie do Wrocławia. W swojej bogatej tradycji 4. Wojskowy Szpital Kliniczny trwale wpisał się w świadomość pacjentów, jako placówka zapewniająca najwyższe standardy medyczne. Rocznie leczy w swoich oddziałach ponad 60 tys. pacjentów i udziela fachowych porad około 200 tys. chorym w gabinetach specjalistycznych oraz gabinetach lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.*



Materiały prasowe 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ

*rapia nie przynoszą odpowiednich efektów, wykonujemy u pacjentek cierpiących na nietrzymanie moczu zabiegi operacyjne, najczęściej metodami związanymi z zastosowaniem syntetycznych taśm. Operacje te charakteryzują się wysoką skutecznością kliniczną. Zależnie od różnych medycznych wskazań zakładamy taśmy metodąTVT (metodą slingu załonowego) albo TOT (slingu przezzałonowego). – wyjaśnia prof. Szydełko. Operacje te wykonywane są w sposób mało inwazyjny, przeciętny czas zabiegu trwa 30 min, a pobyt w szpitalu – 2 dni. Oddział wyposażony jest w najwyższej klasy sprzęt medyczny, m. in. zestaw do badań urodynamicznych, który umożliwia dokładną diagnostykę urodynamiczną, szybkie i trafne rozpoznanie schorzeń oraz skuteczną terapię.*

*Jednak NTM to tylko jedno ze schorzeń, jakim się zajmu-*



# Chcesz otrzymywać wszystkie numery **Kwartalnika NTM**? Zamów roczną prenumeratę (4 kolejne numery)

## KWARTALNIK



**STUDIO PR**

ul. Hajoty 49, 01-821 Warszawa

Nr rachunku odbiorcy

**20 1140 2017 0000 4902 0451 3842**

kwota

**38.00**

Dowód pokwitowania dla odbiorcy

Imię, nazwisko i adres wplacającego

Tytułem

**Krajowa prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“**

• Wyrażam zgodę na zamieszczenie i przetwarzanie moich danych w bazie adresowej Studia PR. Dane podlegają ochronie zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883)

• Upoważniam firmę Studio PR do wystawienia faktury VAT bez mojego podpisu

STEMPEL  
DZIENNY

PODPIS

OPŁATA

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa

nazwa odbiorcy	STUDIO PR
nazwa odbiorcy cd.	UL. HAJOTY 49, 01-821 WARSZAWA
i.k.	nr rachunku odbiorcy
2 0 1 1 4 0 2 0 1 7 0 0 0 0 4 9 0 2 0 4 5 1 3 8 4 2	
	W P P L N 3 8 , 0 0
nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)	
nazwa zleceniodawcy	
nazwa zleceniodawcy cd.	
tytułem	Krajowa prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“
tytułem cd.	
pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy	

Opłata:

## RADA NAUKOWA DS. PROBLEMU NTM



**Prof. dr hab. n. med.  
Włodzimierz Baranowski**

Kierownik Kliniki Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Centralnego Szpitala Klinicznego MON Wojskowego Instytutu Medycznego



**Prof. dr hab. n. med.  
Barbara Biń**

Kierownik Kliniki Geriatrii Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSW w Białymstoku



**Prof. dr hab. n. med.  
Tomasz Rechberger**

Kierownik II Katedry i Kliniki Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie



**Prof. dr hab. n. med.  
Zbigniew Wolski**

Katedra i Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy



### KONSULTANT MEDYCZNY

**dr n. med.  
Mariusz Blewniewski**

Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej, II Klinika Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi

**INFOLINIA: 801 800 038** (dla telefonów stacjonarnych)  
**22 279 49 08** (dla telefonów komórkowych)

Od 3 lutego 2003 r. działa ogólnopolska infolinia, pod którą wszyscy zainteresowani mogą uzyskać informacje na temat problemu nietrzymania moczu.

Telefon jest czynny w dni powszednie w godz. 9.00-17.00.  
Całkowity koszt połączenia wynosi 0,29 zł plus VAT.





**KOBIETA I MĘŻCZYZNA 65+**  
Jak leczyć i pomagać?

# 3 MIĘDZYNARODOWY KONGRES MEDYCZNY **KOBIETA I MĘŻCZYZNA 65+** Jak leczyć i pomagać?

21-22 października 2016 | Hotel Holiday Inn Warszawa Józefów, ul. Telimeny 1



## **Komitet Naukowy:**

prof. dr hab. n. med. **Barbara Bień**  
prof. dr hab. n. ekon. **Piotr Błędowski**  
prof. dr hab. n. med. **Katarzyna Wieczorowska-Tobis**

## **GERIATRIA** **MEDYCYNA RODZINNA** **INTERNA**

[www.kobietaimezczyzna.info](http://www.kobietaimezczyzna.info)



Nietrzymanie moczu może stać się również Twoim problemem, dlatego rozlicz swój PIT z nami!

**POMÓŻ NAM POMAGAĆ, PRZEKAZUJĄC SWÓJ **

**Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”  
numer KRS: 0000276415**

### **Nasze oddziały:**

Bydgoszcz · Gdańsk · Kielce · Kraków · Łódź ·  
Lublin · Poznań · Warszawa · Wrocław

Więcej informacji o tym jak przekazać 1% na [www.uroconti.pl](http://www.uroconti.pl)