

LECZENIE NTM

**Dlaczego w Polsce  
potrzebujemy  
neuromodulacji  
nerwów krzyżowych?**

LECZENIE NTM

**Możliwości leczenia chorych  
z nasilonymi objawami pęcherza  
nadreaktywnego opornych  
na leki antymuskarynowe**



LEGISLACJA

**Ministerstwo Zdrowia  
zapowiada nową ustawę  
o refundacji wyrobów  
medycznych**

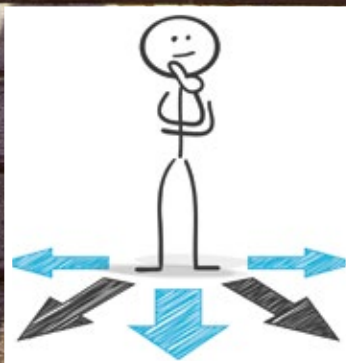


WYWIAD

**W gabinetach lekarzy  
rodzinnych przybywa  
starszych pacjentów**



NTM - PROBLEM SPOŁECZNY



**Poradnik dla pacjentów  
z zespołem pęcherza  
nadreaktywnego (OAB)**

# W zdrowiu idzie nowe

Skala i zakres zapowiadanych przez Ministerstwo Zdrowia reform wygląda rewolucyjnie. Czy wyjdą one na dobre polskim pacjentom? Czy osoby z NTM mogą liczyć na faktycznie dobrą zmianę? Przekonamy się o tym w najbliższych miesiącach, jeśli tylko kierownictwu Ministerstwa Zdrowia wystarczy determinacji w przeprowadzaniu zapowiadanych reform.

A determinacji musi mieć sporo, bo to, że napotka na opór różnych środowisk, to więcej niż pewne. Ryzyko porażki jest duże, gdyż wiele zapowiadanych zmian wydaje się być dalece niedopracowane, wręcz przygotowywane bez oparcia się o wiarygodne dane. Ryzyko niepowodzenia rośnie, gdy widzimy jak wiele zmian planowanych jest mimo świadomości istnienia słabej administracji, jaką kierownictwo Ministerstwa Zdrowia zarządza.

Pomimo sceptycznej prognozy nie mam wątpliwości, że system zdrowia zmian potrzebuje. Poprzednie 8 lat rządów PO-PSL pozostawiło po sobie wiele nierozwiązanych problemów, a wiele nowych stworzyło, jak chociażby wprowadzenie słynnego już badania urodynamicznego w leczeniu pacjentów z zespołem pęcherza nadreaktywnego.

Oczekiwania społeczne są bardzo duże i zdecydowanie nieadekwatne do możliwości finansowych budżetu państwa. To co może martwić, to brak rozwiązań generujących większe wpływy na ochronę zdrowia. Koncentrując się wyłącznie na szukaniu oszczędności, trudno

jest bowiem przeprowadzać głębokie zmiany systemowe, szczególnie w tak wrażliwym sektorze jakim jest ochrona zdrowia. Tym bardziej istotna wydaje się komunikacja, za pomocą której Minister Zdrowia zamierza wytłumaczyć wszystkim zasadność zapowiadanych reform.

Pamiętamy, że jednym z kluczowych problemów charakteryzujących poprzednie ekipy był właśnie bardzo ograniczo-

ny dialog ze społeczeństwem. Teraz, pomimo zapowiedzi często kontrowersyjnych zmian, Minister Konstanty Radziwiłł i jego zastępcy, w tym w szczególności wiceminister Krzysztof Łanda, nie boją się dialogu z pacjentami. Czy wytrwają w przekonaniu, że warto rozmawiać? Czas pokaże.

Tomasz Michalek





## SPIS TREŚCI

## OPIEKA I PIELĘGNACJA

VI Światowe Forum Inkontynencji: Znaczenie opieki w umożliwieniu niezależnego i godnego życia osobom z nietrzymaniem moczu ..... 4

## LECZENIE NTM

Możliwości leczenia chorych z nasilonymi objawami pęcherza nadreaktywnego opornych na leki antymuskarynowe ..... 6

Dlaczego w Polsce potrzebujemy neuromodulacji nerwów krzyżowych? ..... 8

Sztuczny zwieracz cewki moczowej - pytania i odpowiedzi ..... 9

Operacje z użyciem taśm w woj. mazowieckim ..... 10

## WYWIAD

W gabinetach lekarzy rodzinnych przybywa starszych pacjentów ..... 11

## NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Kobieta i mężczyzna. Interdyscyplinarnie o zdrowiu reprodukcyjnym i seksualnym ..... 14

Poradnik dla pacjentów z zespołem pęcherza nadreaktywnego (OAB) ..... 16

Raport: Badanie urodynamiczne - doświadczenia pacjentów ..... 17

Pracownie urodynamiczne w woj. wielkopolskim ..... 18

## LEGISLACJA

Ministerstwo Zdrowia zapowiada nową ustawę o refundacji wyrobów medycznych ..... 19

Dostęp do zaopatrzenia w wyroby medyczne ..... 20

## GDZIE LECZYĆ NTM

Klinika Urologii w Szczecinie - kompleksowa opieka na europejskim poziomie ..... 21

## ORGANIZACJE

Federacja Pacjentów Polskich - wspólnie na rzecz interesów pacjentów ..... 22

Szanowni Państwo,

Oddając w Państwa ręce najnowszy numer *Kwartalnika NTM*, czekamy na projekt ustawy zmieniającej zasady refundacji wyrobów medycznych. Według dostępnych informacji, ustawa ta ma przewidywać stworzenie listy refundowanych wyrobów medycznych na zasadach analogicznych względem listy leków refundowanych. O tym, jakie dokładnie zmiany wprowadza projekt oraz jaki będzie miał wpływ na życie pacjentów z NTM, dowiemy się w czerwcu, gdy zostanie on przekazany do konsultacji społecznych.

Ważnym wydarzeniem było również tegoroczne 6. Światowe Forum Inkontynencji (GFI), które odbyło się w dniach 19 i 20 kwietnia w Berlinie, pod hasłem „Opieka zdrowotna i społeczna w równowadze - znaczenie opieki w umożliwieniu niezależnego i godnego życia osobom z nietrzymaniem moczu” i skupiło się na podmiotowości osoby z NTM wyrażonej w codziennym radzeniu sobie z nietrzymaniem moczu w domu i w społeczeństwie. Wystąpienia ukazały problem NTM w różnych kontekstach. Mimo różnic w definiowaniu oraz metodologii epidemiologicznej, stwierdzono, że dążenie do poprawy jakości życia osób z nietrzymaniem moczu i/lub kału powinno być priorytetem wszystkich państw. Krótką relację z wydarzenia przedstawiła Elżbieta Szwałkiewicz w artykule na str. 4.

Aktualne wydanie obfituje także w szereg artykułów poświęconych tematyce leczenia nietrzymania moczu. Szczególnie zachęcam do lektury tekstu prof. Zbigniewa Wolskiego (str. 6), poświęconego możliwości leczenia chorych z nasilonymi objawami pęcherza nadreaktywnego (OAB), opornych na leki antymuskarynowe. W leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego to, co istotne, to kolejność postępowania, dlatego ważne jest zapewnienie pacjentom możliwości leczenia na każdym etapie choroby. Niestety, obecnie pacjenci z najcięższymi postaciami nie mają żadnej alternatywy prócz wysokoinwazyjnych zabiegów. Natomiast na całym świecie, od ponad 20 lat, stosowana jest w takich przypadkach neuromodulacja nerwów krzyżowych. Dlaczego w Polsce potrzebna jest refundacja takiego zabiegu? - o tym dowiedzą się Państwo z artykułu na str. 8.

Na koniec, polecam Państwu wywiad z dr Tomaszem Tomasikiem, prezesem Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Jaki jest zakres uprawnień lekarza rodzinnego? Czy powinien on ulec zmianom oraz czy lekarz rodzinny jest w stanie w jakikolwiek sposób pomóc osobie z NTM? Odpowiedzi na te i inne pytania znajdują Państwo na str. 11.

Życzę miłej lektury,  
Monika Gackiewicz

**Redaktor naczelny:** Tomasz Michalek; **Redaktor wydania:** Monika Gackiewicz;  
**Sekretarz redakcji:** Karolina Ciepela;  
**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;  
**Zespół redakcyjny:** Anna Ciepela, 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: 3500 egzemplarzy.

# VI Światowe Forum Inkontynencji: Znaczenie opieki w umożliwieniu niezależnego i godnego życia osobom z nietrzymaniem moczu

dr Elżbieta Szwałkiewicz



## GFI - doskonała platforma edukacyjna

Wyzwania zdrowotne przed jakimi stają współczesne światowe społeczeństwa są wyznacznikiem rosnącej świadomości, wiedzy i możliwości technologicznych. Zależności te widać także w obszarze związanym z problematyką kontrolowanego wydalania. Mimo różnic w definiowaniu, metodologii epidemiologicznej, demografii i warunków bytu, w większości krajów obserwuje się dążenie do poprawy jakości życia osób z nietrzymaniem moczu i/lub kału. Dążenie to wybrzmiało na kolejnym, już szóstym, Światowym Forum Inkontynencji (GFI - Global on Incontinence), w którym wzięło udział około 350 osób reprezentujących kilkadziesiąt krajów. Tegoroczne Forum GFI odbyło się w dniach od 19 do 20 kwietnia w Berlinie pod hasłem: „Opieka zdrowotna i społeczna w równowadze - Znaczenie opieki w umożliwieniu niezależnego i godnego życia osobom z nietrzymaniem moczu” - i skupiło się na podmiotowości osoby z NTM wyrażonej w codziennym radzeniu sobie z nietrzymaniem moczu w domu i w społeczeństwie.

GFI jest publiczną debatą na temat kierunków rozwoju i poprawy jakości życia osób z inkontynencją, z udziałem

decydentów, kreatorów polityki oraz świadczeniodawców w obszarze opieki zdrowotnej i społecznej, liderów organizacji pozarządowych i ekspertów medycznych z wielu stron świata. Tym samym GFI stanowi doskonałą platformę edukacyjną. Możliwość wymiany wiedzy, opinii oraz doświadczeń dotyczących wpływu nietrzymania moczu na jednostki, opiekunów i społeczeństwo jest nie do przecenienia przy ustalaniu kierunków służących lepszej organizacji opieki nad pacjentem z nietrzymaniem moczu. GFI pozwala ocenić szanse na osiągnięcie jakościowej, zrównoważonej opieki nad pacjentem z NTM w różnych krajach o różnej specyfice opieki zdrowotnej i społecznej. GFI promuje holistyczną opiekę nad pacjentem z NTM obejmującą problemy profilaktyki, leczenia i pielęgnacji NTM oraz aspekty organizacyjne związane z tymi problemami.

Obradom GFI, w tym roku, przewodniczyli Ian Milsom - profesor Wydziału Ginekologii i Położnictwa Szwedzkiego Uniwersytetu w Göteborgu oraz Adrian Wagg, profesor w dziedzinie zdrowego starzenia w kanadyjskim Uniwersytecie Alberta w Edmonton, sekretarz generalny Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji (ICS - International Continence Society). Funkcję moderatora pełniła Cathy Smith - prezenterka i korespondentka BBC.

## Brzemie nietrzymania moczu jako choroby samoistnej

Pierwszy dzień obrad rozpoczął się sesją wprowadzającą pt. „Nietrzymanie moczu, starzejące się społeczeństwa i opieka długoterminowa”. W kolejnych wystąpieniach wybitni znawcy tematu poruszali istotne dla osób z NTM kwestie. Podkreślano różnice w politykach poszczególnych krajów, m.in. w definiowaniu NTM jako choroby w jednych i jako objawu w innych krajach, czy w organizowaniu opieki i zaopatrzeniu w produkty chłonne. Uznano, że należy zwrócić uwagę na brzemie nietrzymania moczu jako choroby samoistnej i w powiązaniu z innymi ciężkimi chorobami przewlekłymi, gdzie pojawiają się sprzeczne ze sobą elementy terapii. Wskazano na przydatność klasyfikacji ICF - International Classification on Functioning, Disability and Health (Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia) w precyzyjnym określaniu zakresu niezbędnego wsparcia. Wskazano na potrzebę zmiany paradygmatu opieki zdrowotnej, w której obecnie zbyt znaczącą rolę odgrywa ekonomia. Medycyna stała się biznesem nastawionym na zysk, a potrzeby płatnika i świadczeniodawców stały się ważniejsze niż potrzeby pacjenta (odwrócona piramida potrzeb). Postawiono pytanie - czy środki wydajemy mądrze i dlaczego efekty nie są równe stale rosnącym kosztom. Z zasady na



Mattias Abrahamsson (SCA)

Fot. Materiały prasowe organizatora



peryferyjne świadczenia zdrowotne i profilaktykę wydatkuje się zdecydowanie mniejsze środki niż na świadczenia szpitalne. Opieka długoterminowa jest finansowana z różnych źródeł, w tym z budżetów obywateli, a w opiece domowej większość wsparcia finansowana jest ze środków prywatnych. Tak więc dostęp do profesjonalnej opieki w dużej mierze zależy od zamożności osoby z NTM. Jest to niezwykle istotny problem społeczny, szczególnie w kontekście starzejących się społeczeństw i dlatego opieka długoterminowa, w tym opieka i zaopatrzenie osób z NTM powinna stać się priorytetem polityki zdrowotnej i społecznej we wszystkich krajach. Jednak, jak dotąd, politycy nie są zainteresowani zgłębianiem tego tematu i poszukiwaniem rozwiązań.

### **Zmiana kierunku - ze skupienia się na chorobie na codzienne zarządzanie życiem z chorobą**

Wystąpienia ukazały problem NTM w różnych kontekstach. Z perspektywy medycznej przedstawiono problemy lecznicze i opiekuńcze ze szczególnym zwróceniem uwagi na koszty niepodjęcia działań i konsekwencje nieodpowiedniej opieki nad pacjentem z NTM. Zadawano sobie pytanie „Ile kosztuje nicnierobienie” z jednoczesnym zwróceniem uwagi na fakt, że brak jest wysokiej jakości badań dotyczących efektów leczenia NTM i wpływu na jakość życia i zdrowie używanych produktów chłonnych. Z perspektywy Światowej Organizacji Zdrowia (WHO - World Health Organization) powinno się zmienić kierunek - ze skupienia się na chorobie na codzienne zarządzanie życiem z chorobą. Tu konieczne jest wyjście od potrzeb pacjenta i budowanie sieci wsparcia, a wszystko co jest niezbędne dla zdrowia powinno być finansowane z ubezpieczenia zdrowotnego. Limitem i granicą powinna być potrzeba zdrowotna. Przedstawiciel WHO poinformował, że Światowa Organizacja Zdrowia pracuje nad nowymi wytycznymi dotyczącymi zintegrowanej opieki nad osobami starszymi. Brane są tu pod uwagę takie elementy jak powszechnie dostępna edukacja, destygmatyzacja, opieka medyczna zintegrowana z opieką socjalną. Potrzebni są także adwokaci zdrowia, rzecznicy ds. zdrowotnych, którzy wypowiadać się będą w imieniu pacjenta.

WHO promuje opracowywanie i wdrożenie przez każdy kraj wytycznych opieki dla pacjentów z NTM. Wytyczne mają informować pacjenta jaką pomoc może otrzymać (wykaz produktów refundowanych) i powinny być pisane przyjaznym, zrozumiałym językiem, tak żeby pacjent mógł zarządzać swoim problemem samodzielnie. Wytyczne, przed wdrożeniem, powinny być poddane ocenie pacjentów pod kątem ich przydatności i jakości. Ważne by zawierały krótki poradnik podtrzymujący na duchu i zachęcający do samodzielności. Obok specjalistów głos zabrali także zaproszeni na GFI pacjenci, którzy odnosząc się do osobistych perypetii, zgodnie podkreślali, że zalecane produkty chłonne należy oceniać z perspektywy pacjenta, gdyż sztywne kryteria i limity refundacyjne

w wielu przypadkach bardzo utrudniają życie. Podano przykład dobrej praktyki w Wielkiej Brytanii, gdzie wprowadzono tzw. personalne, indywidualne budżety przyznając pacjentowi pewną kwotę za którą może dobrać i kupować produkty, które są mu potrzebne. Wspólne stanowisko organizacji pacjenckich w Europie zakłada potrzebę przeglądu bieżących świadczeń związanych z nietrzymaniem moczu i zapewnienie w wielu krajach wyższego standardu opieki.



Fot. Materiały prasowe organizatora

### **Podsumowanie debaty**

W podsumowaniu debaty przytoczono wiele zgłoszonych przez uczestników (sesje analityczne) postulatów jako kierunków działania na przyszłość, które brzmią:

- żyjąc dłużej, żyć dobrze, godnie i niezależnie,
- opracować kluczowe wskaźniki jakości, tworzyć warunki zwiększające ilość lat, życia w jakości - dodawanie życia do lat a nie dodawanie lat do życia,
- przestrzeganie podmiotowości, skupienie się na pacjencie poprzez spersonalizowane plany opieki i indywidualne budżety, zapewnienie uczestnictwa pacjentów w wyborze produktu i projektowaniu opieki, samoopieka i wspieranie nieformalnych opiekunów poprzez zmniejszenie czasu opieki,
- dopasowanie profilu refundacji do profilu pacjentów, wolny wybór pacjentów wspierany przez sieć konsultantów kontynencji,
- ewaluacja kontynencji przez konsultantów ds. kontynencji, integracja zdrowia i opieki społecznej,
- powszechna edukacja: aspekty medyczne, jakość życia, rynek usług i zaopatrzenie,
- zapobieganie powikłaniom, poprawa zabezpieczenia i efektywność produktów, dostępność toalet, gospodarka odpadami.

Reasumując, uczestnicy GFI zgodzili się, że politycy powinni sięgać myślą dalej niż do kolejnych wyborów, a system powinien koncentrować się nie tylko na leczeniu chorób, a raczej na pomocy ludziom.

# Możliwości leczenia chorych z nasilonymi objawami pęcherza nadreaktywnego opornych na leki antymuskarynowe

prof. dr hab. med. Zbigniew Wolski

## Przyczyny pojawienia się zespołu pęcherza nadreaktywnego

Parcia naglące z nietrzymaniem moczu lub bez oraz częstomocz dzienny i nocny są objawami nadreaktywnego pęcherza. Cierpi z tego powodu od 10 do 20% kobiet i mężczyzn, a powszechność tego zjawiska wzrasta wraz z wiekiem. Przyczyny pojawienia się tego zespołu objawów są różnorodne, ale często w ogóle nie można ich znaleźć. Pęcherz nadreaktywny występuje jako następstwo chorób układu nerwowego - stwardnienia rozsianego, choroby Parkinsona, uszkodzeń urazowych, wad układu nerwowego, przeszkody podpęcherzowej, np. łagodny rozrost gruczołu krokowego, napromienienia narządów miednicy mniejszej. Z kolei idiopatycznym pęcherzem nadreaktywnym nazywamy taki zespół objawów, w którym nie można wyodrębnić wyraźnej przyczyny. Jednakże warunkiem rozpoznania u każdego chorego pęcherza nadreaktywnego jest występowanie parć naglących, spowodowanych nadmierną reakcją skurczową mięśnia wypieracza pęcherza moczowego, zmniejszeniem pojemności pęcherza, co prowadzi do skrócenia odstępów między kolejnymi mikcjami, zmniejszenia objętości porcji oddawanego moczu w dzień i w nocy. W przypadkach nasilonych objawów powoduje to brak możliwości zdążenia do toalety i popuszczenie moczu, co daje w efekcie nietrzymanie moczu.

Nasilone objawy pęcherza nadreaktywnego zwłaszcza z nietrzymaniem moczu są bardzo dokuczliwe, powodują bowiem obniżenie jakości życia z powodu wykluczenia socjalnego, zawodowego, upadków, a nawet uszkodzeń urazowych, zwiększając również koszty opieki zdrowotnej. Jeśli znamy przyczynę pojawienia się zespołu objawów pęcherza nadreaktywnego, to leczenie rozpoczyna się od leczenia choroby pierwotnej. Jednakże zwykle nie jest to wystarczające do opanowania, zwłaszcza nasilonych objawów pęcherza nadreaktywnego. Wówczas należy dołączyć również leczenie wpływające na zmniejszenie lub zniesienie tych objawów.

Sposoby postępowania leczniczego u chorych z pęcherzem nadreaktywnym dobrze ilustruje przedstawiona na rycinie nr 1. Piramida, którą w folderze propaguje Stowarzyszenie UroConti. Łatwo zauważyć stopniowanie leczenia zależne od nasilenia objawów i skuteczności leczenia. U podstawy postępowania, zwłaszcza u chorych z mało nasilonymi objawami, jest zmiana stylu życia przez rezygnację z używek: kawy, alkoholu, papierosów, zmniejszenie wagi ciała przy nadwadze, ćwiczenie mięśni dna miednicy, trening pęcherza. Jednakże u części pacjentów takie postępowanie jest niewystarczające i wówczas wymagają oni leczenia farmakologicznego.

## Leczenie farmakologiczne - leki antycholinergiczne

Zasadniczym zwrotem w leczeniu pęcherza nadreaktywnego było wprowadzenie w 1975 roku oksybutyny - pierwszego leku działającego również na receptory muskarynowe. W następnych latach efektywność leczenia zwiększyły klasyczne, a ostatnio selektywne leki blokujące receptory muskarynowe w pęcherzu, zwane lekami antymuskarynowymi lub an-



tycholinergicznymi. Leki te są nadal podstawą leczenia farmakologicznego. Można je zaliczyć do dwóch grup. Pierwszą grupę stanowią nieselektywne leki antymuskarynowe - tolterodyna, fesoterodyna i trospium. Drugą grupę stanowią leki selektywne - solifenacyna i darifenacyna. Receptory muskarynowe/cholinergiczne są rozmieszczone w różnych narządach naszego organizmu - układzie pokarmowym, naczyniowym i moczowym. Leki działające przede wszystkim na receptory znajdujące się w układzie moczowym, czyli uroselektywne, są obarczone mniejszymi objawami ubocznymi, możliwe do dłuższego stosowania w odpowiednich dawkach, a przez to skuteczniejsze w znoszeniu objawów pęcherza nadreaktywnego. Niestety, od 43 do 83% chorych, w dość krótkim czasie, przerywa leczenie lekami antymuskarynowymi, częściej nieselektywnymi lub oksybutyniną z powodu nasilonych niekorzystnych objawów pod postacią zaparć, suchości ust, zaburzeń widzenia, zaburzenia rytmu serca, funkcji poznawczych, zalegania moczu lub braku skuteczności. Ograniczeniem stosowania leków antymuskarynowych są pewne postaci jaskry, zaburzenia pamięci, znaczne zaleganie moczu u chorych mężczyzn z przerostem łagodnym gruczołu krokowego.

Na podstawie badań klinicznych pacjentów z objawami pęcherza nadreaktywnego, u których stosowano leki antymuskarynowe stwierdzono, iż przerwanie leczenia było spowodowane brakiem efektu leczniczego u ok. 40% z nich, u 22% objawami ubocznymi, a u 18% kosztami. Jednakże,



w codziennej praktyce klinicznej takie przyczyny zaniechania leczenia występują z mniejszą częstością. Kobiety wykazują lepszą tolerancją leków antymuskarynowych niż mężczyźni. Taką sytuację w trakcie leczenia farmakologicznego nazywamy opornością na leki antymuskarynowe.

### Terapia z użyciem agonistów receptorów beta-3-andronergicznych

Postępowanie lecznicze u takich chorych może być wielorakie. Przede wszystkim można zmienić lek nieselektywny na selektywny, np. na częściowo refundowaną przez NFZ solifenacynę. Po drugie można wprowadzić lek w innej formie, np. długo działającą oksybutyninę w plastrach. Jeśli to nie przynosi spodziewanego efektu, następnym etapem może być zastosowanie leku z innej grupy – mirabegronu, leku o działaniu nie antymuskarynowym. Lek ten wprowadzony do lekospisu przed dwoma laty jest lekiem mającym inny punkt uchwytu w pęcherzu ponieważ jest agonistą beta receptorów w pęcherzu, a przez to nie występują objawy uboczne obserwowane przy lekach antymuskarynowych. Skuteczność w znoszeniu objawów pęcherza nadreaktywnego jest podobna lub nawet większa. Umożliwiło to u części chorych przedłużenie leczenia farmakologicznego i odłożenie lub nawet zaniechanie leczenia zabiegowego. Inną formą leczenia farmakologicznego, mającą na celu wyeliminowanie lub zmniejszenie objawów ubocznych leków antymuskarynowych, jest zmniejszenie ich dawki, przy jednoczesnym wprowadzeniu do leczenia mirabegronu. Takie skojarzenie dwóch leków prowadzi do zwiększenia efektu leczniczego. Mirabegron może być bezpiecznie stosowany również u chorych, u których leki antymuskarynowe są przeciwwskazane, np. z zaparciami na tle uchyłków jelit. Ostrożnie należy stosować mirabegron u chorych z zaburzeniami pamięci. Mirabegron jest więc obecnie lekiem II rzutu z wyboru u pacjentów z objawami pęcherza nadreaktywnego.

Tak więc u chorych z nietolerancją leków antymuskarynowych lub/i opornością możliwe są następujące warianty farmakoterapii:

1. zamiana nieselektywnego leku antymuskarynowego na selektywny o przedłużonym czasie działania lub na inną formę leku, np. plaster,
2. zamiana leku antymuskarynowego na mirabegron,
3. leczenie skojarzone - zmniejszenie dawki leku antymuskarynowego i dołączenie mirabegronu.

Innym problemem w leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego w jego nasilonych postaciach jest konieczność wykonania inwazyjnego badania urodynamicznego przed zastosowaniem refundowanych leków antymuskarynowych. Nadal obowiązuje, pomimo skierowania do Ministerstwa Zdrowia odpowiednich pism, zarządzenie resortu o obowiązku wykonania badania urodynamicznego przed wypisaniem przez lekarza refundowanego leku antymuskarynowego.

Opinie Zespołu Ekspertów, opinie Towarzystw Naukowych, w tym Polskiego Towarzystwa Urologicznego, jed-

noznacznie stwierdzają, iż takie inwazyjne badanie nie jest konieczne, ponieważ rozpoznanie pęcherza nadreaktywnego stawia się na podstawie objawów, a do tego wystarczający jest całkowicie, dobrze wypełniony dzienniczek mikcji. Wstępne rozpoznanie również ułatwia pacjentom i lekarzom specjalna ankieta.

Dzienniczek mikcji może więc stanowić podstawę do rozpoznania pęcherza nadreaktywnego, a tym samym wypisania recepty na leki antymuskarynowe, które są obecnie standardem leczenia farmakologicznego. Zasady prowadzenia dzienniczka mikcji przedstawione zostały w nr 3(2015) Kwartalnika NTM.

### Leczenie inwazyjne: wstrzyknięcie toksyny botulinowej

Brak ustępowania objawów pęcherza nadreaktywnego po leczeniu farmakologicznym jest dopiero wskazaniem do zastosowania leczenia inwazyjnego, jakim są wstrzyknięcia toksyny botulinowej w ścianę pęcherza podczas cystoskopii. Refundacja Narodowego Funduszu Zdrowia tej procedury zabiegowej dotyczy jednak tylko chorych z neurogenną dysfunkcją pęcherza.



### Neuromodulacja nerwów krzyżowych

U wybranych chorych z długotrwałymi nasilonymi objawami pęcherza nadreaktywanego, u których nie uzyskuje się poprawy w trakcie leczenia farmakologicznego i następnie toksyną botulinową, istnieje możliwość, ale nadal nie w naszym kraju, zastosowania neuromodulacji nerwów krzyżowym za pośrednictwem elektrod implantowanych w otwory kości krzyżowej przy pomocy specjalnego urządzenia Intrestim II. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, we wrześniu 2014 r., pozytywnie oceniła tą metodę leczenia nasilonych objawów nadreaktywności pęcherza moczowego, która jest stosowana od dawna w ramach refundacji w wielu krajach europejskich.

### Zabiegi chirurgiczne jako ostateczność

W końcowych przypadkach u chorych z bardzo nasilonymi objawami i bardzo małą pojemnością pęcherza moczowego, nie reagujących na wyżej wymienione metody leczenia, możliwe jest dopiero leczenie operacyjne polegające na częściowym lub całkowitym usunięciu pęcherza moczowego.

# Dlaczego w Polsce potrzebujemy neuromodulacji nerwów krzyżowych?

Monika Gackiewicz

**N**euromodulacja nerwów krzyżowych polega na stałym pobudzeniu impulsami elektrycznymi korzeni grzbietowych nerwów (S3) za pośrednictwem elektrod wprowadzanych do otworów krzyżowych grzbietowych. Zdaniem prof. Marka Sosnowskiego, konsultanta krajowego ds. urologii są trzy główne wskazania do neuromodulacji nerwów krzyżowych: zespół pęcherza nadaktywnego (w przypadku niepowodzenia farmakoterapii), zespół bolesnego pęcherza i śródmiąższowe zapalenie pęcherza moczowego oraz zaburzenia mikcji spowodowane zespołem Fowlera, gdy występuje idiopatyczne zatrzymanie moczu.

Neuromodulacja stosowana jest na całym świecie od ponad 20 lat i rekomendowana przez międzynarodowe organizacje, m.in. Międzynarodowe Konsultacje ds. Kontynencji (ICI) - grupę doradcą przy Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), Europejskie Towarzystwo Urologiczne (EAU), a także NICE - National Institute for Health and Care Excellence - brytyjską organizację opracowującą standardy i wytyczne postępowania terapeutycznego. Zgodnie z wytycznymi EAU, ICI i NICE, neuromodulacja krzyżowa zaliczana jest do wysokospecjalistycznego postępowania drugiego stopnia, gdy wyczerpane zostały możliwości leczenia zachowawczego.

W Polsce do dzisiaj zabieg ten nie jest refundowany oraz przeprowadzany nawet komercyjnie, choć metoda ta powinna być alternatywą dla wysokoinwazyjnych zabiegów chirurgicznych, jak również iniekcji z użyciem toksyny botulinowej. Sam proces refundacyjny neuromodulacji nerwów krzyżowych trwa już pięć lat. We wrześniu 2014 r. ukazała się pozytywna rekomendacja Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), w sprawie zakwalifikowania świadczenia „neuromodulacja krzyżowa w leczeniu zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych”, jako świadczenia gwarantowanego, w zakresie leczenia szpitalnego. *Zastosowanie tej metody leczenia przynosi istotną statystycznie poprawę w zakresie parametrów mikcyjnych, w tym pod względem liczby epizodów nietrzymania moczu na dzień, nasilenia nietrzymania moczu, jak również zużycia materiałów absorpcyjnych, a także przyczynia się do poprawy w zakresie jakości życia pacjentów.* - czytamy w rekomendacji.

- *Dlaczego w Polsce potrzebujemy neuromodulacji? Bo jest*

*możliwe jej zastosowanie - mamy ośrodki, które są do tego przygotowane. Po drugie, od ponad dwudziestu lat, w krajach ościennych w Europie, wykonywana jest neuromodulacja, nie mówiąc już o Ameryce Północnej. Po trzecie, Agencja Technologii Medycznych i Taryfikacji zarekomendowała pozytywnie neuromodulację nerwów krzyżowych. Pomimo tego w dalszym ciągu oczekuje ona na wpisanie na listę procedur refundowanych.* - mówi prof. Zbigniew Wolski, prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego w latach 2011-2015.

Jak przekonują specjaliści, neuromodulacja nerwów krzyżowych jest nie tylko skuteczną, ale i odwracalną metodą leczenia pęcherza nadreaktywnego, polegającą na dwuetapowym wszczępieniu urządzenia. Pierwsza faza,

zwana testową, pozwala ocenić skuteczność

i tolerancję metody przez pacjenta. W tym

celu lekarz wprowadza elektrodę w po-

blizu nerwów krzyżowych, którą pod-

łącza się do stymulatora zewnętrznego,

noszonego na pasku. Dopiero po

pozytywnej odpowiedzi na terapię,

po dwóch tygodniach, przechodzi

się do drugiej fazy, czyli podskórne-

go wszczępienia neurostymulatora.

- *Neuromodulacja nerwów krzy-*

*żowych jest zabiegiem bezpiecznym*

*i przynosi naukowo udowodnioną korzyść*

*u chorych z zaburzeniami mikcji, u których*

*leczenie farmakologiczne i zabiegowe nie przy-*

*niosło poprawy. U pacjentów poddawanych neuro-*

*modulacji krzyżowej obserwuje się poprawę w oddawaniu*

*moczu, zmniejszenie dolegliwości bólowych, powrót do życia*

*zawodowego i społecznego. Wprowadzenie neuromodulacji*

*nerwów krzyżowych może mieć wpływ na zmniejszenie ry-*

*zyka groźnych dla zdrowia powikłań układu moczowego oraz*

*zmniejszenie kosztów leczenia i opieki zdrowotnej tych chorych.*

- mówi prof. Sosnowski.

Zdaniem prezesa Polskiego Towarzystwa Urologicznego,

prof. Piotra Chłosty, neuromodulacja nerwów krzyżowych

jest w Polsce konieczna. Brak refundacji tej metody stawia

polskiego pacjenta w pozycji gorszej niż chorego miesz-

kającego chociażby w Szwajcarii, Niemczech czy Hiszpanii.

- *W moim przekonaniu działania, nie tylko pacjenckie, ale*

*i towarzystw naukowych zmierzających do poprawy jakości*

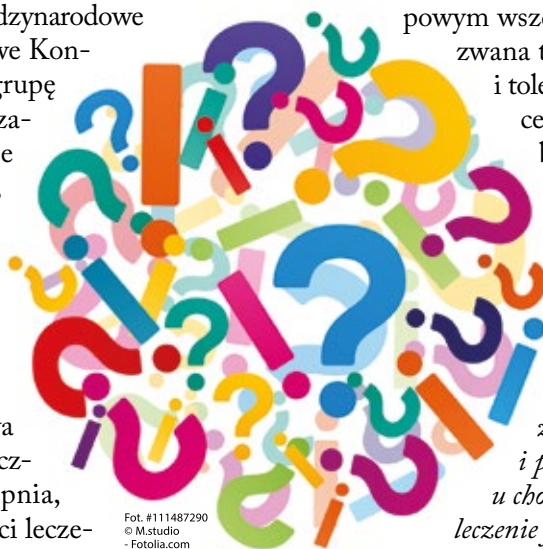
*życia i statusu opieki zdrowotnej w Polsce, powinny prowadzić*

*do tego, by w bieżących kadencjach ich działalności umożliwić*

*refundowanie wybranych procedur, których skuteczność kli-*

*niczna, oparta na badaniach naukowych, nie budzi żadnych*

*wątpliwości.* - podsumowuje prof. Chłosta.



Fot. #111487290  
© M.studio  
- Fotolia.com

Powyższe wypowiedzi stanowią zapis sesji naukowej, która miała miejsce podczas kongresu medycznego „Kobieta i Mężczyzna. Zdrowie reprodukcyjne i seksualne”, zorganizowanego w kwietniu br. w Rumii, pod egidą trzech towarzystw naukowych: Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Urologicznego.

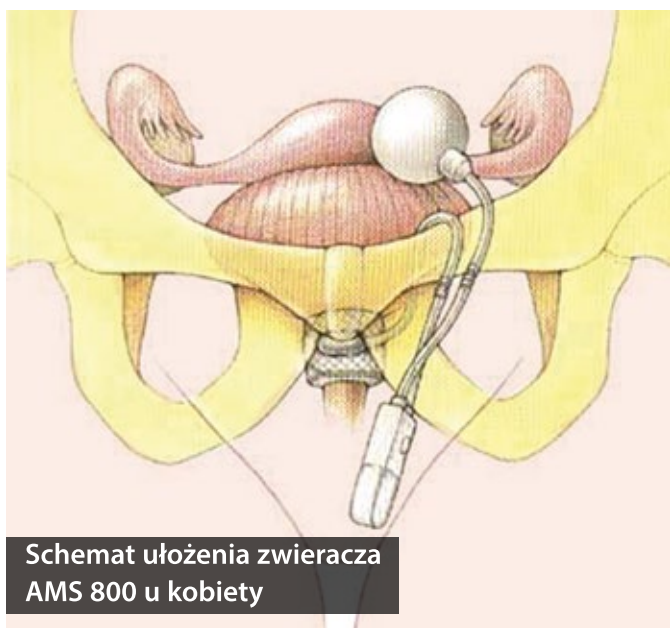


# Sztuczny zwieracz cewki moczowej - pytania i odpowiedzi

lek. med. Tadeusz Hessel

Oddział Urologii i Urologii Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki w Krakowie

**S**ztuczny zwieracz cewki moczowej jest protezą urologiczną. Jest to technologia rozwijana już od około 40 lat. W tym artykule zostaną omówione podstawy teoretyczne dotyczące tego urządzenia. Czytelnicy będą mogli dowiedzieć się czym ono dokładnie jest, a także czy ewentualnie takie rozwiązanie może być zaoferowane w ramach leczenia nietrzymania moczu.



Schemat ułożenia zwieracza AMS 800 u kobiety

Źródło - materiały autora: www.czytelniamedyczna.pl

## Jaka filozofia kryje się za sztucznym zwieraczem cewki moczowej (SZCM)?

Naturalny zwieracz cewki moczowej gwarantuje utrzymanie moczu. Hydrauliczny sztuczny zwieracz cewki moczowej jest protezą urologiczną, która w najbardziej zbliżony do fizjologii sposób naśladuje jego działanie.

## Jakie są wskazania do wszczęcia SZCM?

Jest to metoda leczenia stosowana w nietrzymaniu moczu przekraczającym 300-500ml dziennie najczęściej z przyczyny niewydolności zwieracza (ISD, ang. intrinsic sphincteric deficiency). U Panów implantuje się najczęściej SZCM przy nietrzymaniu moczu po zabiegu operacyjnym (prostatektomii radykalnej lub przezcewkowej resekcji stercza, TURP), a u Pań z powodu wad wrodzonych lub chorób neurologicznych.

## Jakie są ograniczenia oraz przeciwwskazania do tej metody leczniczej?

Kandydatka/kandydat do tej metody operacji musi mieć bardzo dobrze zachowaną sprawność manualną w celu

późniejszej samodzielnej poprawnej obsługi SZCM. Oprócz tego, stan zdrowia skóry krocza, w okolicy którego będzie implantowana proteza, musi być zadowalający. Trzeba także zdawać sobie sprawę z ogólnej liczby, około 20% powikłań po tego typu zabiegu. Idealny kandydatka/kandydat do zabiegu SZCM to osoba, która sobie zdaje sprawę z ograniczenia w/w metody leczenia i w razie powikłań pozostaje w stałym kontakcie z ośrodkiem medycznym, w którym wykonano zabieg.

Przeciwwskazania do implantacji SZCM obejmują m.in.:

- nawracające zwężenia lub uchyłki cewki moczowej,
- chorobę nowotworową wymagającą m.in. regularnej cystoskopii,
- zakażenie układu moczowego,
- wznowę miejscową nowotworu stercza (prostaty),
- uczulenie na materiał z którego jest wykonany SZCM (m.in. silikon),
- nadaktywność mięśnia wypieracza lub hiperrefleksję wypieracza nie reagującą na leczenie.

## Ile kosztuje implantacja SZCM?

W Polsce implantacja SZCM jest całkowicie refundowana przez NFZ. Sama proteza kosztuje około 20.000 złotych.

## Jakie są możliwe powikłania po wszczęciu SZCM?

Najczęściej po tego typu zabiegu może wystąpić: ból, krwawienie, nietrzymanie moczu z parcia, zakażenie, w tym taki typ zakażenia, który będzie wymagał usunięcia SZCM (ok. 4,5% przypadków), uszkodzenie cewki moczowej (ryzyko zwiększone u pacjentów, którzy przeszli radioterapię), przetrwałe nietrzymanie moczu, konieczność wymiany części lub całości urządzenia (ok. 7% przypadków), konieczność wymiany urządzenia z powodu jego zużycia, trudności z oddawaniem moczu, które mogą wymagać założenia cewnika lub ponownego zabiegu. Powikłania dotyczą w sumie od 10 do 24% pacjentów po w/w zabiegu.

## Na czym polega sam zabieg wszczęcia SZCM?

Najważniejszą rzeczą przed operacją jest zachowanie maksymalnej czystości. Samą okolicę, w której będzie wykonywana procedura myje się ok. 10 minut. Do minimum ogranicza się liczbę osób obecnych na sali operacyjnej. Chirurg wykonuje jedno lub dwa nacięcia w obrębie krocza lub podbrzusza. Przez te obszary założy następn-

nie protezę układu moczowego jaką jest SZCM. Po jego implantacji rany zostają zaszyte. Sam zabieg trwa od 30 minut do 90 minut.



Zwieracz AMS 800

Zdjęcie - materiały autorka www.pfifitology.com

### Kiedy SZCM zacznie działać?

Aktywację SZCM wykonuje się od 4 do 8 tygodni po zabiegu operacyjnym.

### Czy po zabiegu implantacji SZCM będę mógł normalnie funkcjonować?

Oczywiście, ale w okresie 4 do 8 tygodni po wszczepieniu

SZCM należy unikać dużego wysiłku fizycznego określonego między innymi jako: trening na siłowni, jazda rowerem, podnoszenie ciężaru o masie większej niż 4-5 kg.

Po samym zabiegu zawsze trzeba mieć przy sobie „paszport” urządzenia. Jest to ważne w sytuacji gdy pacjent trafi np. na SOR, gdzie może dojść do próby zacewnikowania bez uprzedniego wyłączenia urządzenia.

### Typy sztucznych zwieraczy cewki moczowej dostępne w Polsce

W Polsce występują następujące typy sztucznych zwieraczy cewki moczowej:

- AMS 800 – najstarszy i pierwszy SZCM istniejący od 1983, wszczepiony dotychczas u 150 000 pacjentów na świecie
- Zephyr (ZSI 375),
- Aroyo,
- Flowsecure.

### Ciekawostka

Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Urologicznego (w tym także wytyczne dot. terapii SZCM) zostały przyjęte przez Polskie Towarzystwo Urologiczne (PTU) jako obowiązujące dla wszystkich urologów w Polsce.

## Operacje z użyciem taśm w woj. mazowieckim

**W**edług zebranych danych, obecnie na 141 publicznych oraz prywatnych szpitali w województwie mazowieckim, które dysponują 81 oddziałami ginekologicznymi, ginekologiczno-położniczymi oraz 39 oddziałami urologicznymi dla dzieci i dorosłych (źródło: [www.rpwdl.csioz.gov.pl](http://www.rpwdl.csioz.gov.pl)), tego typu operacje przeprowadza się w 37 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 2010 roku, ilość wykonywanych zabiegów uległa zmianie. Wówczas zabiegi z użyciem taśm wykonywano w 30 placówkach. Poniżej prezentujemy listę ośrodków, w których wykonano najwięcej zabiegów, z uwzględnieniem liczby zabiegów przeprowadzonych przez poszczególne placówki w 2014 oraz 2015 roku.

### Zabiegi operacyjne na nietrzymanie moczu z użyciem taśm w 2014 oraz w 2015 roku w placówkach z woj. mazowieckiego

Nazwa świadczeniodawcy	2014 r.	2015 r.
Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny w Warszawie	29	82
Szpital Praski P.W. Przemienienia Pańskiego w Warszawie	9	66
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Płocku	10	64
Centrum Medyczne "Żelazna" w Warszawie	7	60
Radomski Szpital Specjalistyczny im. Tytusa Chałubińskiego	7	48
Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie	8	37
Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. Józefa Psarskiego w Ostrołęce	8	33
Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach	7	32
Szpital na Solcu w Warszawie	3	30
Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie	2	24
Centralny Szpital Kliniczny MSW w Warszawie	3	22
Medicover Opieka Szpitalna	2	21
Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu	6	19
Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	2	19
Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuszki w Warszawie	5	17
Arion Med Sp. z o. o. w Gostyninie	4	16
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Szpital Mazovia w Warszawie	10	15



# W gabinetach lekarzy rodzinnych przybywa starszych pacjentów

z dr hab. med. Tomaszem Tomasikiem, prezesem Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, rozmawia Tomasz Michałek

## Czy lekarz rodzinny jest potrzebny?

Myszę, że lekarz rodzinny jest bardzo potrzebny, zwłaszcza w sytuacji, kiedy dochodzi do powstawania nowych specjalności medycznych, które mają coraz węższy zakres. Jest potrzebna przynajmniej jedna taka specjalizacja, która w swoich pryncypiach ma kompleksowe i całościowe podejście do problemów pacjenta, bez względu na jego wiek czy schorzenia. I jest to właśnie specjalizacja z medycyny rodzinnej, która zajmuje się kompleksowo każdym problemem zdrowotnym. To unikalna cecha i jednocześnie zaleta tej specjalizacji. Czasami postępowanie lekarza rodzinnego będzie polegało na zdiagnozowaniu, podjęciu wstępnych decyzji i zaordynowaniu leków, co w konsekwencji może przynieść poprawę stanu zdrowia pacjenta, ale w niektórych sytuacjach będzie polegało na rozpoczęciu nawet bardzo pilnych zabiegów, z reanimacyjnymi włącznie, wezwaniem karetki i przewiezieniem do szpitala. Oczywiście takie sytuacje nie zdarzają się może często, ale i do tego lekarze rodzinni muszą być też przygotowani. W podejściu lekarza POZ chodzi o to, by spojrzeć na pacjenta w kontekście całościowym, rodziny, czy środowiska, w którym żyje. Tak jak hepatolog powinien posiadać całościową wiedzę o chorobach wątroby, a hipertensjolog o nadciśnieniu, tak lekarz rodzinny powinien wiedzieć maksymalnie dużo o swoich 2 tys. pacjentów. W kontekście np. nadciśnienia tętniczego - lekarz rodzinny powinien temu nadciśnieniu zapobiegać, wcześniej rozpoznać, podjąć wczesną diagnostykę nadciśnienia wtórnego czy złośliwego oraz wdrożyć leczenie. I taka jest właśnie rola lekarza POZ - nie mała jak widać.

## Czy Pana zdaniem zakres uprawnień lekarza rodzinnego powinien ulec zmianom?

Moim zdaniem odeszliśmy nieco od pełnego zakresu zadań lekarza rodzinnego. Kilkanaście lat temu lekarzy rodzinnych pozbawiono na przykład kompetencji ginekologicznych czy położniczych. Trudno będzie teraz je przywrócić, chociażby dlatego, że zmniejszył się nacisk na ten zakres wiedzy w trakcie edukacji podyplomowej lekarzy, a i pacjentki przyzwyczyły się, że mają dostęp bez skierowania do lekarzy tych specjalności. Dlatego te-



dr hab. Tomasz Tomasik

raz nikt nawet nie podnosi postulatów przywrócenia tych kompetencji. Jednak od polskiego lekarza wyjeżdżającego do pracy w innych krajach UE jest wymagana wiedza i umiejętności w zakresie chorób kobiecych i ciąży.

## Czy to znaczy, że lekarze rodzinni w innych krajach UE mają większy zakres uprawnień niż w Polsce?

W niektórych krajach lekarz rodzinny ma większy zakres uprawnień, a w niektórych mniejszy. W części byłych krajów postkomunistycznych są lekarze POZ, którzy zapewniają opiekę oddzielnie dzieciom, a oddzielnie dorosłym. W porównaniu do tych krajów polscy lekarze rodzinni mają znacznie większy zakres odpowiedzialności. W stosunku do krajów skandynawskich, Wielkiej Brytanii, Danii czy Holandii mamy jednak zakres odpowiedzialności węższy. Dotyczy to między innymi już wspomnianego obszaru ginekologii i położnictwa.

## Na początku tego roku został utworzony w Ministerstwie Zdrowia Zespół ds. Ustawy o Podstawowej Opiece Zdrowotnej, któremu Pan przewodniczy. Do jakiej konkluzji doszliście Państwo podczas prac tego zespołu?

Na początku kwietnia zespół przyjął wstępny dokument, w którym została przeanalizowana sytuacja POZ zarówno pod kątem struktury, procesu jak i wyników opieki. Przeanalizowaliśmy silne jak i słabe strony funkcjonowania POZ w Polsce, zaproponowaliśmy cele do których należy dążyć oraz zostały określone działania konieczne do realizacji. I to jest pierwsza część tego dokumentu. Druga część polegała na wyłonieniu z tych działań dekalogu, czyli takich 10 strategicznych i najistotniejszych zmian, które w systemie POZ powinny być wprowadzone. Opracowanie zostało przyjęte uchwałą całego zespołu, a dokument został przedstawiony ministrowi zdrowia. Obecnie czekamy na opinie, komentarze czy zastrzeżenia Ministerstwa Zdrowia do przedstawionych zmian. Przedstawione rozwiązania nie budzą może zbyt dużych kontrowersji, ale będą wymagały nakładów finansowych, tak jak np. od kilku miesięcy dyskutowana kwestia POZ dla każdego (wszyscy bez względu na to czy są ubezpieczeni czy nie, mogą korzystać z opieki POZ) - istotna

kwestia budząca opór niektórych części środowisk zaangażowanych w POZ. Do tej grupy należą na przykład pielęgniarki i położne oraz pielęgniarki szkolne protestujące przeciwko postulatowi wprowadzenia zespołu medycyny rodzinnej, w którym lekarz, pielęgniarka i położna posiadają tę samą listę pacjentów, mimo że kontraktowanie świadczeń z płatnikiem może odbywać się oddzielnie, a nie tylko przez lekarza. Ta zmiana budzi największy opór. W dekalogu są podniesione również inne kwestie, z którymi wszyscy się zgadzają i je wspierają, takie jak rozwój badań w medycynie rodzinnej, poprawa jakości opieki, czy zmniejszenie biurokracji. Ważny postulat dotyczy np. finansowania POZ i możliwości rozszerzenia tego finansowania na np. budżet powierzony na niektóre procedury diagnostyczne i terapeutyczne czy konsultacje w zakresie specjalistyki. Pojawił się postulat rozliczania wybranych świadczeń w oparciu za usługę, a nie jak obecnie kapitacyjnie. Kolejny dotyczy wprowadzania dodatkowych zachęt finansowych, w postaci finansowania za uzyskany wynik opieki. Moim zdaniem to najważniejsze z postulatów proponowanych przez Zespół.

**Z roku na rok liczba osób starszych w Polsce wzrasta. Starszych pacjentów przybywa również w gabinetach lekarzy rodzinnych. Są to ludzie dotknięci często tzw. wielochorobowością. Jak, Pana zdaniem, polska służba zdrowia radzi sobie z tym wyzwaniem?**

W tej chwili jest na szczęście, obok geriatry, jedna specjalizacja, która moim zdaniem, jest dobrze przygotowana do radzenia sobie w wielochorobowością, współchorobowością i kompleksowością problemów zdrowotnych u pacjentów starszych. Tą specjalizacją jest właśnie medycyna rodzinna. Im węższe specjalizacje, tym większy może być problem z kompleksowym i całościowym podejściem do pacjenta. Starzenie się społeczeństwa jest, w mojej opinii, jednym z trzech podstawowych problemów zdrowotnych w Polsce, drugi to wielochorobowość i choroby przewlekłe, a trzeci to budowanie prawidłowych relacji z pacjentami. Wracając do współchorobowości i wielochorobowości - kiedy np. do gabinetu zgłasza się pacjent z nietrzymaniem moczu, to bardzo rzadko się zdarza, by był to izolowany problem. Na ogół jest to pacjent otyły, po przebytych operacjach urologicznych czy ginekologicznych, występuje u niego dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, często depresja. Lekarz rodzinny nie będzie w tym wypadku patrzył jedynie na problem nietrzymania moczu. Osobiście nie przypominam sobie takiego pacjenta, który cierpiałby tylko na NTM i byłoby to głównym jego problemem - ten sam

pacjent ma najczęściej wiele innych, często poważnych problemów zdrowotnych.

**Jedną z charakterystycznych chorób wielu podeszłego jest właśnie nietrzymanie moczu. Czy tym pacjentom lekarz rodzinny jest w stanie w jakikolwiek sposób pomóc czy raczej powinien natychmiast kierować ich do specjalisty urologa?**

Nawet jeśli lekarz POZ skieruje taką osobę do specjalisty urologa, to i tak pacjent poczeka jeszcze kilka miesięcy na wizytę, ponieważ nie jest to konsultacja pilna. Jeśli odnosimy się do zadań lekarzy rodzinnych to należy zacząć mówić o zapobieganiu NTM poprzez np. aktywny sposób życia, czy wykonywanie pewnych ćwiczeń. Ważna jest jeszcze kwestia wczesnego rozpoznania nietrzymania moczu, bo zgłaszający się do nas pacjenci niestety o tym nie mówią. To ważne w kontekście wspomnianego przeze mnie

budowania prawidłowych relacji z pacjentem; pacjent, który ufa lekarzowi wcześniej powie o problemie NTM. Tym samym lekarz będzie miał szansę wcześniej tę dolegliwość zdiagnozować i w konsekwencji wcześniej przy-

gotować pacjenta, być może, do leczenia farmakologicznego czy nawet, w dalszej perspektywie, leczenia operacyjnego. Podkreślam - zbudowanie prawidłowej relacji z pacjentem jest tu kluczowe, zwłaszcza jako podstawa do wczesnego rozpoznania i wdrożenia wczesnego i skutecznego postępowania w tym zakresie.

**Od 1 września br. zacznie obowiązywać ustawa o darmowych lekach i wyrobach medycznych dla osób w wieku 75+. Jedynymi uprawnionymi lekarzami do wypisywania recept w tym zakresie będą lekarze rodzinni. Czy Pana zdaniem, na liście tych produktów powinny się znaleźć leki urologiczne?**

Trudno jednoznacznie się do tego ustosunkować. Wolałbym zdecydowanie, by w kwestii, zwłaszcza leków urologicznych, wypowiedzieli się specjaliści, którzy na bieżąco śledzą publikowane badania randomizowane i przeglądy systematyczne. Generalnie sądzę, że uprawnienie do wypisywania leków bezpłatnych dla osób 75+ powinno być rozszerzone poza lekarzy POZ, tak by pacjent np. po konsultacji z lekarzem specjalistą nie musiał iść specjalnie po lek do swojego lekarza rodzinnego czy innego lekarza POZ. Wynikają oczywiście z takich uprawnień pewne korzyści, lekarz rodzinny pełni wtedy rolę koordynatora opieki, choć musi przyjąć w ciągu dnia więcej pacjentów. Taka sytuacja ma swoje również



negatywne strony dla pacjentów, jakimi chociażby jest ich czas. Przepisywanie darmowych leków to kwestia jest wciąż dyskutowana, choć lekarze POZ stoją na stanowisku, by takie uprawnienia rozszerzyć na lekarzy innych specjalizacji.

**Pacjenci, przy wsparciu lekarzy ginekologów i urologów, od wielu lat domagają się usunięcia wymogu wykonania badania urodynamicznego przy wypisywaniu refundowanych leków na zespół pęcherza nadreaktywnego. Jak lekarze POZ radzą sobie z tą barierą administracyjną?**

Generalnie jest to problem, bo kwestie refundacji nie są proste, a każdy lekarz chciałby, aby lek był tani i dostępny dla pacjenta, ale w tej kwestii powinni się raczej wypowiedzieć specjaliści zdrowia publicznego.

**Czy wypisuje Pan czasami recepty na leki antycholinergiczne na zespół pęcherza nadreaktywnego?**

Rzadko, ale się zdarza. Czasami jest to problem jak np. w przypadku pacjentów po prostatektomiach, którzy cierpią na nietrzymanie moczu, ale nie mają zespołu pęcherza nadreaktywnego. Takim pacjentom ani urolog nie chce przepisać tego leku bezpłatnie ani lekarz POZ. Dodatkowo sytuację komplikuje fakt, że na konsultację urologiczną czeka się długo, więc często pacjent korzysta z wizyty prywatnej, a specjalista ma wątpliwości jak się zachować wobec tego leku, a czasami nawet nie ma podpisanej umowy z NFZ-tem i wszystkie leki wypisuje w pełnej odpłatności. Czasami jest tak, że pacjent jest odsyłany po lek ze zmniejszoną odpłatnością do lekarza POZ, a lekarz rodzinny nie ma aktualnego badania czy opinii specjalisty i to jest sytuacja, kiedy relacje z pacjentem się pogarszają. Oczekiwania jednej strony i możliwości drugiej nie mogą się spotkać. W takich sytuacjach kryteria ustalenia refundacji powinny być bardziej jednoznaczne.

**My, pacjenci mamy świadomość, że to na lekarzu POZ spoczywa główny ciężar wypisywania środków absorbcyjnych. Jak sobie z tym radzicie?**

To element stałej praktyki. Oprócz zbyt dużej biurokracji nie widzę w przypadku środków absorbcyjnych i wyrobów medycznych, większych problemów. Znacznie gorzej jest z lekami. Teraz praw do kontynuacji wypisywania wniosków na środki absorbcyjne nabywają pielęgniarki i myślę, że jest to dobre posunięcie. Dlatego pomysł, by lekarz i pielęgniarka pracowali na jednej liście pacjentów świetnie się tutaj sprawdza, bo w tym wypad-

ku potrzebny jest kontakt osobisty, a nie za pośrednictwem listów czy skierowań.

**Pacjenci skarżą się, że lekarze odmawiają wypisania zlecenia powołując się na obowiązujące przepisy refundacyjne. Czy brak jasnego kryterium chorobowego, jakim mogłoby być nietrzymanie moczu mocno utrudnia wam pracę?**

Owszem, utrudnia, bo wiąże się z ryzykiem przy złych rozpoznaniach. Przy braku pewnej dokumentacji może zakończyć się postępowaniem kontrolnym czy nawet karami w tym zakresie. Tego typu restrykcja może budzić obawy lekarzy, choć sam system nie jest skomplikowany. Jeśli jednak prowadzi się prawidłową dokumentację i ewidencję pacjentów, dobrze się ich zna, lekarz jest wyczułony na pewne zagadnienia, to nie powinno to być problemem.

**Zdarzyło się Panu odmówić wypisania pacjentowi zlecenia na środki pomocnicze lub recepty na leki, bo się nie kwalifikował, chociaż cierpiał na nietrzymanie moczu?**

Z powodu braku np. badania urodynamicznego, czy posiadania nieodpowiednich wskazań medycznych - tak zdarzyło się. I było to bardzo źle odbierane przez pacjentów.

**Kolejną barierą, z którą musi się zmierzyć lekarz przepisujący zlecenia na środki pomocnicze to limit ilościowy, który w Polsce wynosi 60 szt. miesięcznie. Czy, w pana opinii, jest to wystarczający limit?**

Jest to limit niewystarczający i to jest faktyczny problem dla wielu pacjentów. Należy jednak spojrzeć na to szerzej - i z punktu widzenia pacjentów i z punktu widzenia finansowania całego systemu.

**Jaką rolę w przełamywaniu bariery wstydu i zażenowania w kontekście NTM, mogą spełnić lekarze rodzinni?**

Z literatury wiadomo, że upływa wiele czasu zanim pacjent powie swojemu lekarzowi o nietrzymaniu moczu. To nie są miesiące, to są lata. Dlatego dobra relacja z pacjentem jest niezwykle istotna. Rola lekarza rodzinnego to wyczulenie na pacjenta, pewna uważność i umiejętność zadawania pytań z tego zakresu, zwłaszcza jeśli chodzi o pacjentów starszych czy pacjentów po przebytych urazach, zabiegach i operacjach. Ważna jest wcześniejsza interwencja opiekuńcza, nawet zanim nastąpi interwencja medyczna. Nie wolno nam bagatelizować tego problemu.

*Współpraca redakcyjna: Marzena Michalek*

# Kobieta i mężczyzna. Interdyscyplinarnie o zdrowiu reprodukcyjnym i seksualnym

Marzena Michalek

**M**iedzynarodowy Kongres Medyczny „Kobieta i Mężczyzna. Zdrowie reprodukcyjne i seksualne” to wydarzenie wyjątkowe. W tym roku, w dniach 22-23 kwietnia w Rumii, odbyła się już IV edycja tego ważnego dla środowiska seksuologów, ginekologów i urologów, wydarzenia.

Dwa dni wymiany doświadczeń, holistycznej dyskusji najznamienitszych przedstawicieli medycznego środowiska związanej z tematyką prokreacyjną i seksuologiczną pokazały jak wielka jest potrzeba wymiany wiedzy pomiędzy różnymi specjalizacjami medycznymi. Swoimi doświadczeniami z codziennej praktyki lekarskiej oraz naukowych peregrynacji wymienili się seksuolodzy na czele z prof. Zbigniewem Lwem-Starowiczem, ginekologiem,

moczowo-płciowego. Profesor Tomasz Rechberger, zaprezentował najnowsze, usystematyzowane sposoby leczenia pacjentek z nietrzymaniem moczu. Ze szczególną atencją podkreślił nadejście nowej ery w leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego (OAB, ang. overactive bladder) w Polsce. Skala problemu jest ogromna, ponieważ w USA i Europie cierpi na OAB ponad 16,5% populacji. Podstawową decyzją w leczeniu pęcherza nadreaktywnego jest wybór leku. Jaki zatem jest przepis na prawidłowe dobranie leku w terapii OAB? Profesor Rechberger, wśród najważniejszych zaleceń, wymienił: zapisanie najniższej zalecanej dawki nowego preparatu, nie zmienianie jej jeśli leczenie jest skuteczne i dobrze tolerowane, nie zapisywanie oxybutyniny pacjentom starszym, a szczególnie pacjentom z demencją. W wielu przypadkach warto rozważyć leczenie alternatywne lub zastosowanie leku nowej ery jakim jest mirabegron. Znaczną przewagę nad monoterapią u osób z OAB ma też terapia złożona (solifenacyna + mirabegron), przynosząca maksymalny efekt terapeutyczny przy niskim ryzyku wystąpienia działań niepożądanych. U osób, u których występuje nietolerancja na leki lub brak odpowiedzi na leki antycholinergiczne świetne efekty w postępowaniu uroginekologicznym przynosi toksyna botulinowa. Jej zastosowanie jest w tej dziedzinie niezwykle szerokie - od idiopatycznego - po neurogeny pęcherz nadreaktywny. Podsumowując swoje wystąpienie profesor Rechberger przewidział zbliżanie się do górnej granicy efektywności doustnych leków antycholinergicznych, dalszy wzrost alternatywnych metod podawania leków (np. pierścień dopochwowy z oxybutyniną) i leczenia skojarzonego, coraz powszechniejsze zastosowanie nowych farmaceutyków zwiększających selektywność działania na receptory pęcherza moczowego oraz różnicowanie dawkowania. Szczególną rolę przypisał wywiadowi lekarskiemu, uważności, zadawaniu pytań i wstępnej diagnozie, zastosowaniu dzienniczka mikcji i wstępnej ocenie skuteczności terapii po 4 tygodniach lub wcześniej w przypadku pojawienia się niekorzystnych objawów ubocznych i kontynuacji terapii lub zmianie leku w sytuacji, gdy nie pojawi się pożądany rezultat.

Z kolei prof. Marek Sosnowski przedstawił praktyczną konieczność stosowania neuromodulacji nerwów krzyżowych (NNK) w Polsce, w leczeniu zaburzeń czynnościowych pęcherza. Metoda ta jest już wykorzystywana na świecie od dwudziestu lat. Polega na wszczepieniu pod skórę pośladka niewielkiego stymulatora, który pobudza nerwy krzyżowe za pomocą łagodnych impulsów elektrycznych i tym samym reguluje aktywność pęcherza, zwieracza lub



Fot. Martyna Pawelec

których w komitecie naukowym kongresu reprezentował prof. Romuald Dębski, urologi reprezentowani zarówno przez konsultanta krajowego prof. Marka Sosnowskiego jak i prezesa Polskiego Towarzystwa Urologicznego (PTU) prof. Piotra Chłostę. Nie zabrakło również przedstawicieli spoza Polski (prof. Chiara Simonelli, prof. Mario Maggi, prof. Sellim Celtek) oraz reprezentantów innych dyscyplin medycznych, takich jak psychiatria, którą reprezentował prof. Marcin Wojnar.

W dziesięciu sesjach naukowych omówiono najnowsze dane dotyczące seksualności Polaków w różnych przedziałach wiekowych, diagnostyki i zaburzeń seksualnych zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn oraz wpływu różnych czynników zewnętrznych na te zaburzenia (psychologicznych, związanych z wiekiem, czy używkami), płodności i sprawności seksualnej po przebytych urazach i zabiegach chirurgicznych.

Dwie, z dziesięciu sesji konferencji, były w całości poświęcone nowym rozwiązaniom w leczeniu schorzeń układu



dna miednicy. Wskazaniami do zabiegu są: zespół pęcherza nadreaktywnego (OAB), zespół bolesnego pęcherza, śródmiąższowe zapalenie pęcherza moczowego (IC, ang. interstitial cystitis) i zaburzenia mikcji. Stymulację nerwów krzyżowych powinno się zalecać chorym opornym na leczenie zachowawcze i farmakologiczne przed rozważeniem augmentacji pęcherza, ponieważ jest to zabieg bezpieczny i przynoszący udowodnioną naukowo i klinicznie korzyść u chorych z zaburzeniami mikcji, u których leczenie farmakologiczne i zabiegowe nie przyniosło poprawy. Podsumowując swoje wystąpienie, profesor Sosnowski zauważył, że wprowadzenie tej terapii w Polsce może mieć niebagatelny wpływ na zmniejszenie ryzyka groźnych dla zdrowia powikłań leczenia układu moczowego, zmniejszenie kosztów leczenia, a także opieki zdrowotnej tej grupy chorych. Jak dotąd polscy pacjenci mogą skorzystać z tej terapii jedynie zagranicą. Na postawione publicznie pytanie co dalej z tą terapią, prof. Chłosta podkreślił, że nie wyobraża sobie aby tak skuteczna i sprawdzona na świecie terapia nadal była niedostępna w Polsce. Jako prezes PTU zadeklarował zintensyfikowanie działań zmierzających do udostępnienia terapii NNK polskim pacjentom w kraju.

Dr hab. Marcin Matuszewski w prelekcji „Nietrzymanie moczu mechanizmy powstawania i sposoby leczenia” przedstawił historię wieloczynnikowej etiologii NTM oraz zwrócił uwagę na fakt, że optymalne leczenie tego schorzenia musi polegać na uwzględnianiu wszystkich potwierdzonych teorii i stosowaniu wielu metod w zależności od napotkanego przypadku oraz na ścisłej współpracy urologa z lekarzem rodzinnym.

Poruszające audytorium, niezwykle ważne i świeże spojrzenie na mięśnie dna miednicy zaprezentowała w swoim wykładzie o reedukacji dna miednicy po urazach okołoporodowych, zabiegach uroginekologicznych i urologicznych, mgr Izabela Żak z Lublina omawiając zasady działania modelu głęboko stabilizującego miednicę - Corefit System. Wyniki terapii są obiecujące: już po 3 tygodniach pacjentki z wysiłkowym nietrzymaniem moczu oraz z zespołem pęcherza nadreaktywnego zgłaszały poprawę funkcjonowania dolnych dróg moczowych (kwestionariusz CLSS - (Core Lower Urinary Tract Symptom Score questionnaire) w porównaniu do grupy kontrolnej. W tym samym okresie w/w koncepcji zaobserwowano wzrost siły, masy oraz różnicowania kinestetycznego mięśnia poprzecznego brzucha. Corefit System wdrożony jako przygotowanie do zabiegów operacyjnych w ginekologii i urologii oraz tuż po ich wykonaniu, może wymiennie utrwalić ich efekt oraz skrócić czas rekonwalescencji. Zauważyła przy tym, że coraz popularniejsze w Polsce tzw. ćwiczenia mięśni Kegla mają coraz mniej wspólnego z tym co dr Kegel w latach 40. ubiegłego wieku stworzył i opublikował.

Nieodłączną tradycją związaną z kongresem Kobieta i Mężczyzna jest sesja plakatowa. Podczas tegorocznej edycji zaprezentowano szerokie spektrum tematów, które w dużej mierze skupiały się na psychologicznych aspek-

tach związanych z seksualnością, niepłodnością, wolnością seksualną czy funkcjonowaniu kobiet po trudnych operacjach chirurgicznych. Jury w składzie: dr hab. Michał Lew-Starowicz, prof. Romuald Dębski oraz dr hab. Marcin Matuszewski przyznało dwie nagrody oraz wyróżnienie. Pierwsze miejsce otrzymała praca Urszuli Wójtowicz i Huberta Hurasza kolejno z Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, pt. „Telemedycyna w profilaktyce i terapii dysfunkcji dna miednicy”. Drugie miejsce przyznano pracy „Stosowanie antykoncepcji awaryjnej a poczucie religijności oraz kryzysu w wartościowaniu” przygotowanej przez Agatę Rudnik, Joannę Koss i Mariolę Bidzan z Instytutu Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego. Wyróżnienie otrzymała praca „Badanie wpływu masażu relaksacyjnego w trakcie ciąży na poziom satysfakcji z życia seksualnego kobiet - prezentacja projektu badawczego” zespołu w składzie: Katarzyna Urtnowska, Grzegorz Ludwikowski i Irena Bułatowicz, reprezentujących Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy. Już po raz czwarty zostały także przyznane nagrody za szczególny wkład w interdyscyplinarny rozwój seksuologii przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Polskie Towarzystwo Urologiczne i Polskie Towarzystwo Seksuologiczne. W tym roku to szczególne wyróżnienie otrzymali: profesor Maria Beisert oraz profesor Zbigniew Lew Starowicz.



Fot. Martyna Pawelec

Kolejna edycja Kongresu Kobieta i Mężczyzna udowodniła, że na tematy związane z seksualnością trzeba i warto rozmawiać w jak najszerszym gronie. Jak podkreślił prof. Dębski, dopiero konfrontacja z lekarzami innych dyscyplin pozwala mu szerzej spojrzeć na wiele aspektów związanych ze zdrowiem seksualnym i reprodukcyjnym kobiety i mężczyzny. Współczesna seksuologia jest bowiem nauką interdyscyplinarną, gdyż krzyżują się w niej biologiczne, psychologiczne, socjologiczne i kulturowe aspekty związane z ludzką seksualnością. Kongres „Kobieta i Mężczyzna. Zdrowie reprodukcyjne i seksualne” odpowiedział na wiele pytań związanych ze zdrowiem i seksualnością ludzką, ale też pozostawił na szczęście wrażenie, że w tej dziedzinie wciąż wymykamy się poza zwyczajną cielesność.

# Poradnik dla pacjentów z zespołem pęcherza nadreaktywnego (OAB)

Natalia Klein

Z okazji Światowego Tygodnia Kontynencji, Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti” opublikowało nową edycję poradnika dla pacjentów z zespołem pęcherza nadreaktywnego. Celem poradnika jest dostarczenie pacjentom oraz ich rodzinom praktycznych i czytelnych informacji na temat schorzenia, jakim jest zespół pęcherza nadreaktywnego.

Jak czytamy we wstępie do poradnika, zespół pęcherza nadreaktywnego jest schorzeniem złożonym, a każdy przypadek powinien być traktowany indywidualnie. Jednak, „to, co istotne, to kolejność postępowania, którą powinien znać każdy cierpiący na tę chorobę”. W ramach poradnika, opisany został rekomendowany schemat leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego.

## Farmakoterapia - terapia I i II rzutu

Pierwszym etapem, który powinien zostać wdrożony w postępowaniu terapeutycznym, jest leczenie z użyciem leków antycholinergicznym, do których należą solifenacyna, tolterodyna, fezoterodyna, darifenacyna, trospium oraz oksybutynina. Z tej grupy, jedynie solifenacyna oraz tolterodyna są refundowane przez Narodowy Fundusz

Zdrowia w ramach grupy terapeutycznej: zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym. Mimo wydania w lutym 2016 r. rekomendacji AOTMiT dotyczącej usunięcia wymogu badania urodynamicznego, Minister Zdrowia wstrzymuje się z decyzją w tej sprawie.

Kolejnym etapem, rekomendowanym w przypadku niepowodzenia terapii I rzutu, jest możliwość skorzystania z nowości w farmakoterapii, do których należy substancja lecznicza mirabegron. Jak wykazały badania kliniczne, lek ten posiada wysoki profil bezpieczeństwa, charakteryzuje się wysoką skutecznością i wywołuje u pacjentów mniej skutków niepożądanych, niż leki antycholinergiczne. W Polsce substancja ta nie została jeszcze objęta refundacją, mimo uzyskania pozytywnej rekomendacji AOTMiT w listopadzie 2014 r.

## Metody zabiegowe - rekomendowane terapie 3 i 4 rzutu

W przypadku pacjentów, u których nie powiodło się leczenie farmakologiczne, rekomendowane są iniekcje z toksyny botulinowej. Jak dowiodły badania, toksyna botulinowa, która zostaje wstrzyknięta do ściany pęcherza, znacznie zmniejsza liczbę epizodów nietrzymania moczu. Terapia jest skuteczna przez 6-9 miesięcy. Od września 2015 r.,

w ramach nowego programu lekowego: leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza, z refundowanego leczenia z użyciem toksyny botulinowej mogą skorzystać pacjenci ze stwardnieniem rozsianym oraz po stabilnych urazach rdzenia kręgowego, jednocześnie cierpiący na pęcherz nadreaktywny.

Skuteczną, stosowaną na całym świecie od ponad 20 lat, metodą leczenia OAB jest neuromodulacja nerwów krzyżowych, polegająca na wszczępieniu do otworów nerwowych niewielkiego stymulatora, regulującego aktywność pęcherza, zwieracza i dna miednicy. Pomimo złożonego przez środowisko pacjentów w 2011 r. wniosku o wpisanie tej terapii na listę świadczeń gwarantowanych oraz pozytywnej rekomendacji AOTMiT, wydanej we wrześniu 2014 r., metoda ta nie została dotąd objęta refundacją. Neuromodulacja znajduje zastosowanie szczególnie wśród pacjentów z najcięższymi postaciami NTM. Pacjenci, którzy nie chcą już czekać na decyzję Ministra Zdrowia mają możliwość skorzystania z tej metody poprzez wyjazd do innego kraju Unii Europejskiej i uzyskanie zwrotu kosztów z NFZ.

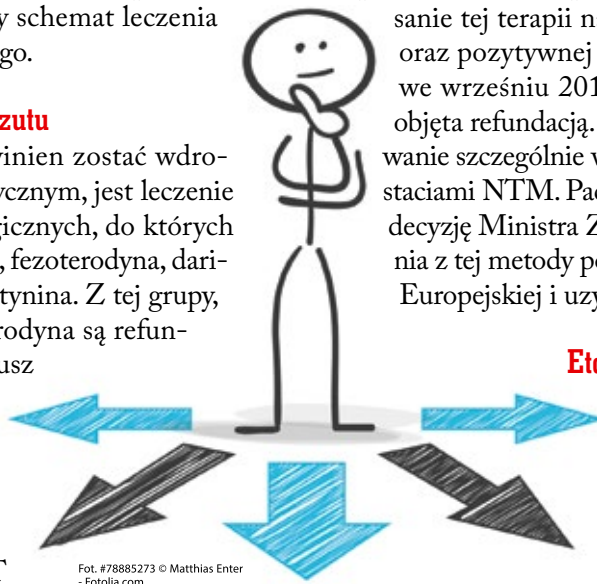
## Etap 5 - zabiegi chirurgiczne

W przypadku opornego na wymienione powyżej metody leczenia, ciężkiego zespołu pęcherza nadreaktywnego, stosuje się również zabiegi operacyjne, takie jak np. chirurgiczne wszczępienie sztucznego zwieracza hydraulicznego, w określonym zakresie zastępujące funkcje niewydolnego zwieracza cewki moczowej. Metoda ta stosowana jest przede wszystkim u mężczyzn. Radykalną metodą leczenia OAB jest także np. nadpęcherzowe odprowadzenie moczu, wskutek którego mocz nie dociera do pęcherza i nie wycieka przez cewkę. Obydwie metody są refundowane od wielu lat przez NFZ.

Wskazaniem do zabiegu jest także np. nadpęcherzowe odprowadzenie moczu, wskutek którego mocz nie dociera do pęcherza i nie wycieka przez cewkę. Obydwie metody są refundowane od wielu lat przez NFZ.

## Zaopatrzenie w środki absorpcyjne oraz ćwiczenia Kegla

Jak czytamy w poradniku, chorym na OAB, będącym przed leczeniem, w trakcie leczenia oraz w przypadku, gdy terapia nie przynosi pożądanych rezultatów, zaleca się stosowanie środków absorpcyjnych, w celu zapewnienia higieny i uniknięcia niebezpiecznych powikłań. Dodatkowo, pacjentki z zaburzeniem funkcjonowania dolnych dróg moczowych, także z OAB, mogą skorzystać z ćwiczeń czynno-wzmacniających, inaczej nazywanych treningiem mięśni dna miednicy. Od kilku lat, regularne zajęcia z ćwiczeń Kegla odbywają się w 9 oddziałach wojewódzkich Stowarzyszenia „UroConti”.





# Raport: Badanie urodynamiczne - doświadczenia pacjentów

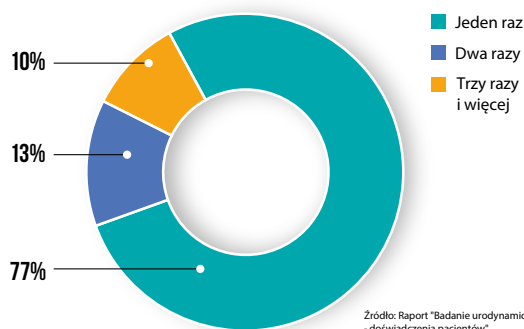
Monika Gackiewicz

Zgodnie ze standardami przyjętymi przez większość towarzystw naukowych, do rozpoznania zespołu pęcherza nadreaktywanego - OAB (ang. overactive bladder) wystarczy zgłoszenie lekarzowi przez pacjenta/pacjentkę dokuczliwych parć naglących oraz częstomoczu (z nietrzymaniem moczu lub bez), z równoczesnym stwierdzeniem braku miejscowej patologii, która mogłaby tłumaczyć powyższe objawy, oraz dzienniczek mikcji.

W Polsce pacjenci chcąc otrzymać refundowane leczenie farmakologiczne w zespole pęcherza nadreaktywanego, dodatkowo muszą wykonać badanie urodynamiczne. Śro-

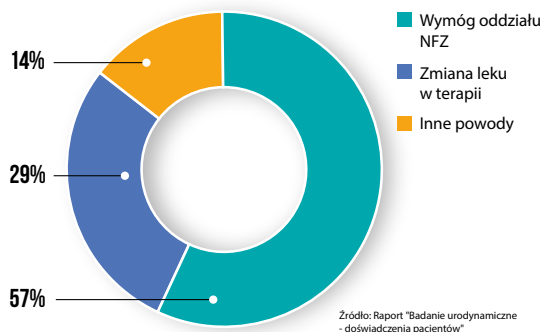
W pozytywnej rekomendacji Prezesa Agencji Ocen Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 7/2016 z 2 lutego br. czytamy, że *podstawą rozpoznania OAB powinny być szczegółowy wywiad medyczny i nieinwazyjne badanie urodynamiczne pod postacią 3-dniowego dzienniczka mikcji. Badania inwazyjne nie są konieczne do rozpoznania i rozpoczęcia leczenia (...), a otrzymane opinie ekspertów praktyki klinicznej jednoznacznie wskazują, że uzależnienie refundacji leków antycholinergicznym (...) od potwierdzenia diagnozy OAB za pomocą badania urodynamicznego, nie znajduje żadnego uzasadnienia w aktualnej wiedzy medycznej.*

**Liczba wykonywanych badań urodynamicznych u osób ankietyowanych**



dowiska pacjenckie od samego początku wprowadzenia omawianego wymogu (1 stycznia 2012 roku) domagały się od Ministerstwa Zdrowia zmiany tego zapisu. Również środowisko lekarzy-specjalistów podkreślało, że badanie urodynamiczne jest metodą inwazyjną, która wiąże się z prawdopodobieństwem uszkodzenia dróg moczowych, ponadto jest wyjątkowo nieprzyjemne i powinno być stosowane wtedy, gdy jest naprawdę niezbędne w procesie dia-

**Powody dla ponownego wykonywania badania urodynamicznego**

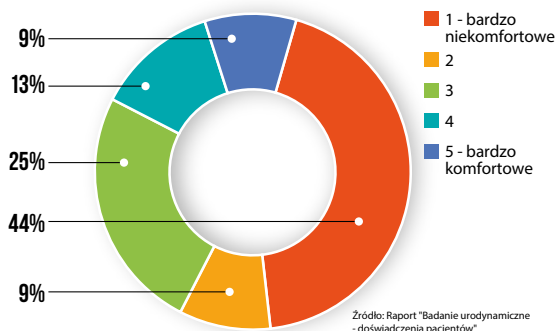


gnostycznym, np. przed kwalifikacją do zabiegu z użyciem taśmy syntetycznej w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu. Potwierdzeniem tego było zebranie ponad 350 podpisów ginekologów i urologów pod petycją Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” podczas 45. Kongresu Polskiego Towarzystwa Urologicznego oraz 23. Kongresu Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego.

## Poważna bariera w refundacji farmakoterapii

Na przestrzeni listopada i grudnia ubiegłego roku Stowarzyszenie „UroConti” wśród swoich członków przeprowadziło badanie dotyczące doświadczeń pacjentów z problemem nietrzymania moczu, związanych z zastosowaniem i wykonywaniem badania urodynamicznego, które stanowi poważną barierę w dostępie do farmakoterapii. W badaniu wzięły udział łącznie 142 osoby - 131 kobiet oraz 11 mężczyzn.

**Ocena samopoczucia podczas wykonywania badania urodynamicznego**



Jak czytamy w raporcie, podczas badania blisko połowa ankietyowanych (44%), którzy mieli wykonywane badanie urodynamiczne, oceniła swoje samopoczucie podczas jego wykonywania, jako bardzo niekomfortowe.

W ramach ankiety, chciano również uzyskać informacje na temat wpływu badania urodynamicznego na chęć podejmowania przez respondentów terapii lekami refundowanymi. W grupie osób ze zdiagnozowanym pęcherzem nadreaktywnym lub mieszanym NTM, ok. 46% ankietyowanych podjęłoby terapię lekami refundowanymi, jeżeli nie wiązałaby się z koniecznością wykonania badania urodynamicznego. Jak zatem można wywnioskować z przeprowadzonego badania, dla około połowy osób z pęcherzem nadreaktywnym lub mieszanym NTM, badanie urodynamiczne stanowi realną barierę przed podjęciem terapii lekami refundowanymi. Dodatkowo, w grupie osób, które kiedykolwiek przeszły badanie urodynamiczne, około 60%

respondentów nie byłoby skłonnych ponownie wykonać to badanie.

**Powtarzanie badania urodynamicznego w toku leczenia**

Kwestią, którą chciano poddać weryfikacji, było ewentualne powtarzanie przez pacjentów badania urodynamicznego w toku leczenia, jak również powody dla ponawiania tegoż badania. Większość ankietowanych, którzy kiedykolwiek mieli wykonywane badanie urodynamiczne, poddało mu się tylko jeden raz (77% wszystkich pacjentów po wykonanym badaniu). Jednakże, wśród badanych, znalazły się także osoby, które przeszły badanie urodynamiczne dwa razy (13% wszystkich pacjentów po badaniu), a także trzy razy i więcej (10% wszystkich pacjentów po badaniu). Ankietowani, którzy powtarzali badanie urodynamiczne, zostali poproszeni o określenie powodu dla ponownego jego wykonania. W przypadku 29% osób powtarzających tę procedurę, badanie urodynamiczne było wykonywane ponownie z powodu wymogu oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, z kolei w przypadku 14% ankietowanych - z powodu zmiany leku. Jednakże, główny powód dla powtarzania badania urodynamicznego badani wskazywali odpowiedź „inne”, czyli przed założeniem taśmy, po założeniu taśmy, zalecenie lekarza, odstęp czasu 5 lat (pierwsze

badanie nie wykazało pęcherza nadreaktywnego), diagnoza, przed operacją i po operacji.

Jak wynika zatem z odpowiedzi respondentów, nie istnieją dokładne oraz sprecyzowane standardy postępowania, określające powody, dla których konieczne jest ponowne wykonanie badania urodynamicznego. W niektórych przypadkach, decyzja taka jest zależna od indywidualnej interpretacji lekarza.

**Rekomendacje i wytyczne kliniczne**

Rekomendacje naukowe dotyczące zastosowania badania urodynamicznego w diagnostyce OAB wskazują, iż podstawą do rozpoznania OAB powinny być szczegółowy wywiad medyczny i nieinwazyjne badanie urodynamiczne pod postacią 3-dniowego dzienniczka mikcji. W trakcie diagnostyki należy wykluczyć inne możliwe przyczyny występujących objawów. Inwazyjne badania urodynamiczne powinny być stosowane u pacjentów niereagujących na farmakoterapię oraz przed rozpoczęciem leczenia inwazyjnego. Dodatkowo, według rekomendacji wydanej przez Prezesa Agencji Ocen Technologii Medycznej i Taryfikacji, budżet państwa powinien osiągnąć oszczędności wynikające z usunięcia badania na poziomie 15-16 milionów złotych rocznie.

**Badanie urodynamiczne w woj. wielkopolskim**

**W**najnowszym numerze Kwartalnika NTM prezentujemy Państwu wykaz placówek realizujących badanie urodynamiczne z województwa wielkopolskiego. Według zebranych danych (stan na 19 maja 2016 r.), w województwie wielkopolskim badanie urodynamiczne można wykonać w dziewięciu placówkach. Porównując obecne dane ze statystykami sprzed czterech lat, liczba placówek, w których wykonywane jest badanie urodynamiczne, wzrosła o trzy. Badanie urodynamiczne jest refundowane dla osób posiadających ubezpieczenie w Narodowym Funduszu Zdrowia. W przypadku braku ubezpieczenia bądź zakupienia usługi, koszt takiego badania to wydatek rządu 300-350 zł. Badanie urodynamiczne może zostać wykonane odpłatnie w niepublicznych zakładach

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

Poniżej prezentujemy listę placówek z woj. wielkopolskiego, 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 pracowników urodynamicznych w poszczególnych województwach, prosimy o kontakt na adres mailowy: [ntm@ntm.pl](mailto:ntm@ntm.pl).

**JELEŃ GÓRA**

1. Wojewódzki Szpital Zespolony w Lesznie - Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej, ul. Kiepury 45, 64-100 Leszno

**KONIN**

1. Lekarska Poradnia Specjalistyczna ESKULAP - Poradnia Urologiczna, ul. Szeligowskiego 1, 62-510 Konin

**OSTRÓW WIELKOPOLSKI**

1. ZZOZ - Pracownia Urodynamiczna, ul. Limanowskiego 20/22, 63-400 Ostrów Wielkopolski

**PIŁA**

1. Szpital Specjalistyczny im. Stanisława Staszica - Oddział Urologiczny, ul. Rydygiera 1, 64-920 Piła

**POZNAŃ**

1. Centrum Medyczne OMEDICA - Pracownia Urodynamiki, ul. Stęszewska 41, 60-111 Poznań

2. Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny - Pracownia Urodynamiki, ul. Polna 33, 60-535 Poznań
3. Klinika Grunwaldzka, ul. Grunwaldzka 324, 60-166 Poznań
4. Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera - Pracownia Urodynamiki, ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań
5. WCM Remedium Poznań, os. Stefana Batorego 80A,B,D, 61-687 Poznań
6. Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznym - Oddział Urologii, ul. Szwajcarska 3, 61-285 Poznań

**ŚREM**

1. WCM Remedium Śrem, ul. gen. Chłapowskiego 3, 63-100 Śrem

**WRZEŚNIA**

1. AMIKA Konsorcjum Medyczne Sp. z o.o., ul. Piastów 16, 62-300 Września



# Ministerstwo Zdrowia zapowiada nową ustawę o refundacji wyrobów medycznych

Natalia Klein

**W** okresie ostatnich kilku miesięcy, przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, na łamach mediów przekazują informacje o planowanych zmianach w dziedzinie refundacji wyrobów medycznych. Według tych zapowiedzi, w Ministerstwie Zdrowia trwają prace nad nową ustawą, która ma zmienić obowiązujące regulacje prawne w zakresie zasad i sposobu refundacji wyrobów medycznych. Projekt ustawy ma zostać oddany do konsultacji społecznych jeszcze w czerwcu bieżącego roku.

## Wyroby medyczne jak leki?

Bardzo ważną zmianą, którą ma zawierać nowa ustawa, jest wprowadzenie zasad refundacji analogicznych do funkcjonujących obecnie w systemie refundacji leków. W przypadku wdrożenia w życie zapowiadanych zmian, producenci wyrobów medycznych, podobnie jak obecnie firmy farmaceutyczne, będą musieli składać do Ministerstwa Zdrowia wnioski o objęcie refundacją danego wyrobu medycznego. Aby złożyć taki wniosek, producenci będą zobowiązani do uzyskania potwierdzenia jakości i bezpieczeństwa danego wyrobu, które będzie wydawane przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (URPL). Kolejnym krokiem będzie ocena wniosku przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i wydanie bądź niewydanie rekomendacji dla finansowania danego wyrobu medycznego ze środków publicznych. Następnie, po ewentualnej rekomendacji AOTMiT, nastąpią negocjacje ceny, po których Ministerstwo ustali maksymalną cenę danego wyrobu oraz marżę. Ministerstwo Zdrowia przejmie zatem kontrolę nad cenami wyrobów medycznych, które obecnie, przy zachowaniu obowiązujących limitów cenowych, ustalane są na wolnym rynku. Wniosek byłby rozpatrywany w terminie 180 dni, podobnie jak obecnie w systemie refundacji leków.

## Poszukiwanie oszczędności

Zdaniem Ministerstwa Zdrowia, wprowadzenie takich rozwiązań pozwoli między innymi na ograniczenie zjawiska „rozrzutności” w wydatkach ponoszonych przez narodowego płatnika na różne wyroby medyczne, w tym na pieluchomajtki. Według wiceministra Krzysztofa Łandy, Narodowy Fundusz Zdrowia płaci za niektóre pieluchomajtki nawet dziesięć złotych, gdy w supermarketach sztukę można dostać nawet za 60 groszy. Zdaniem wiceministra Łandy, oszczędności wynikające z planowanych rozwiązań tylko w grupie pieluchomajtek

mogą wynieść nawet kilkadziesiąt milionów złotych. Jednakże, jak wskazali przedstawiciele organizacji pacjenckich, według obowiązujących limitów ilościowych oraz cenowych można obliczyć, że NFZ dopłaca nie więcej niż 1,05 zł za sztukę środka absorpcyjnego. Dodatkowo, zgodnie ze stanowiskiem pacjentów, którzy obecnie, ze względu na niewystarczające limity ilościowe, są zmuszeni zaopatrywać się w produkty chłonne poza refundacją, na własny koszt, ceny na poziomie 60 groszy za jedną pieluchomajtkę w rzeczywistości nie są spotykane na otwartym rynku. Jak mówi Anna Sarbak, Prezes Stowarzyszenia Osób z NTM UroConti, *pacjenci*



Fot. #104674188 © Plo Si - Fotolia.com

*z nietrzymaniem moczu, którzy z powodu różnych schorzeń muszą korzystać ze środków wchłaniających, aby zachować odpowiedni poziom higieny i komfortu, są zmuszeni do dokupywania tych produktów z własnej kieszeni. Z rozmów z pacjentami z różnych organizacji wynika jednak, że nikt nie spotkał się z cenami tak niskimi, jak te wskazane przez ministra Łandę. Dlatego zapowiedzi ministra Łandy budzą w nas niepokój. Jeżeli minister zapowiada oszczędności w refundacji pileuchomajtek, gdzie my dostrzegamy chroniczne niedofinansowanie, to może się skończyć tym, że zaoferuje nam tani wyrób pieluchopodobny.*

## Zwiększenie limitów na środki pomocnicze?

W innej z wypowiedzi wiceministra Krzysztofa Łandy, pojawiła się jednak zapowiedź dobrej zmiany dla pacjentów korzystających ze środków absorpcyjnych. Jak mówi Helena Kładko, Wiceprzewodnicząca Rady Głównej Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego, *podczas konferen-*

cji poświęconej pęcherzowi neurogennemu, pan wiceminister Krzysztof Łanda powiedział, że w ramach powstawania nowej ustawy, oprócz ujednoczenia cen na refundowane wyroby medyczne, tak by były dostępne w jednej cenie, Ministerstwo zamierza zwiększyć limit na refundowane pieluchomajtki z 2 do 4 sztuk. Mamy wielką nadzieję i wierzymy, że ta deklaracja pana ministra rzeczywiście wejdzie w życie. Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego oraz inne organizacje wielokrotnie podkreślały, że dwie pieluchomajtki dziennie zdecydowanie nie zdadzą egzaminu dla zachowania higieny i uniknięcia powikłań. A korzystanie ze środków absorpcyjnych dla pacjentów ze stwardnieniem rozsianym jest często jedynym rozwiązaniem.

Jak dodaje Helena Kładko, cieszymy się z zapowiedzi pana wiceministra, musimy jednak rozmawiać o tym, aby do refundacji trafiały wyroby dobrej jakości. Mamy nadzieję, że środki absorpcyjne pozostaną na odpowiednim poziomie i jakość życia pacjentów polepszy się. Zdanie to podziela Anna Sarbak, Prezes UroConti, która zauważyła, że zachowanie wysokiej jakości środków absorpcyjnych jest konieczne, aby ograniczyć występowanie powikłań i odleżyn wśród pacjentów. Mamy nadzieję, że bardzo pożądane zwiększenie limitów ilościowych nie spowoduje obniżenia jakości dostępnych dla pacjentów środków higienicznych.

**Producenci: ryzyko przeregulowania systemu**

Także środowisko producentów wyrobów medycznych wyraziło swoje zdanie na temat planowanych zmian.

Producenci zwracają uwagę na zagrożenia wynikające z wprowadzenia systemu analogicznego do leków refundowanych w dziedzinie wyrobów medycznych. Jak mówi Janusz Szafraniec, prezes Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED w wypowiedzi dla portalu politykazdrowotna.com: nie sposób wyobrazić sobie, aby wszystkie wyroby medyczne miały podlegać takim samym regulacjom, jak leki, gdyż są to zupełnie inne rodzaje produktów. Dodatkowo wyroby medyczne to produkty bardzo różnorodne, które można podzielić na różne kategorie i każda z nich rządzi się zupełnie innymi prawami niż leki. Jak wskazują producenci, skutek wprowadzenia zapowiadanych zmian, sprzedaż wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, mogłaby zostać przeniesiona ze sklepów medycznych do aptek. To z kolei spowoduje likwidację wielu sklepów medycznych i zmniejszy dostęp pacjentom. Obecnie bowiem, zaopatrując się w niektóre z wyrobów medycznych, takie jak wózki inwalidzkie, kołnierze ortopedyczne, ale także środki absorpcyjne, pacjenci korzystają z możliwości porady oraz pomocy w indywidualnym doborze danego wyrobu, oferowanej przez sklepy medyczne. W przypadku przeniesienia sprzedaży wyrobów medycznych do aptek, między innymi ze względu na warunki lokalowe, pacjenci byłiby pozbawieni takiej możliwości.

Szczegółowy zakres planowanych zmian przedstawiony zostanie w projekcie ustawy o wyrobach medycznych, który zostanie oddany do konsultacji prawdopodobnie już w czerwcu bieżącego roku.

**DOSTĘP DO ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE WYDAWANE NA ZLECENIE WG DANYCH WOJEWÓDZKICH ODDZIAŁÓW NFZ - STAN NA 15.05.2016**

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	-

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wojewódzkich Oddziałów NFZ

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



# Klinika Urologii w Szczecinie - kompleksowa opieka na europejskim poziomie

Anna Ciepiela

**K**linika Urologii i Onkologii Urologicznej w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 2 PUM w Szczecinie jest wysokospecjalistyczną placówką leczniczo-badawczą powiązaną z Pomorskim Uniwersytetem Medycznym. Ośrodek dysponuje świetnie przygotowaną kadrą medyczną oraz doskonałym zaple-



Dydaktyka urologiczna - operacje laparoskopowe umożliwiają śledzenie ich przebiegu na monitorze i mają dużą wartość szkoleniową

For. Materiały prasowe szpitala

czem diagnostyczno-terapeutycznym. Jako jedna z niewielu placówek w Polsce może poszczycić się certyfikatem jakości szkolenia przyznany przez Europejską Radę Urologii (European Board of Urology). *Certyfikat ten jest to wyraz uznania dla wdrożonego w Klinice systemu szkolenia młodej kadry lekarskiej zgodnego z bardzo restrykcyjnymi wymogami EBU* - tłumaczy prof. Marcin Słojewski, który od 2013 roku pełni funkcję lekarza kierującego, a od 2015 r. również kierownika Katedry i Kliniki Urologii i Onkologii Urologicznej PUM. W klinice przestrzegane są rygorystyczne standardy kontroli jakości pracy personelu oraz zapobiegania zakażeniom wewnątrzszpitalnym, co więcej - na bieżąco prowadzone są analizy wyników leczenia oraz występujących zdarzeń niepożądanych. To wszystko gwarantuje, że pacjenci otrzymują kompleksową opiekę na najwyższym poziomie.

Klinika zajmuje się leczeniem schorzeń układu moczowo-płciowego ze szczególnym uwzględnieniem chorób nowotworowych. W placówce pomoc uzyskują m. in. pacjenci z nowotworami prostaty, pęcherza moczowego, chorobami nerek, ale także osoby cierpiące z powodu nietrzymania moczu. *W leczeniu NTM stosujemy przede wszystkim minimalnie inwazyjne metody z użyciem różnego rodzaju taśm. Dysponujemy własną pracownią urodynamiczną i największą w regionie zachodniopomorskim poradnią urologiczną.* - mówi prof. Marcin Słojewski. Aktualnie Klinika prowadzi również leczenie zaburzenia mikcji pochodzenia neurogennego w ramach programu lekowego z zastosowaniem toksyny botulinowej. *Specjalizujemy się głównie w leczeniu nietrzy-*

*mania moczu u kobiet ze względu na skalę tego zjawiska* - dodaje prof. Marcin Słojewski. Pełną diagnostykę przedoperacyjną oraz kontrolę prowadzi poradnia przykliniczna. Minimalnie inwazyjny charakter zabiegów wykonywanych przezpochwowo gwarantuje szybki powrót do zdrowia, a pacjentka wychodzi do domu następnego dnia po zabiegu.

Klinice podlega poradnia urologiczna, w której pacjenci mogą wykonać diagnostykę przedoperacyjną, kontrolę pooperacyjną oraz przewlekłe, ambulatoryjne leczenie schorzeń układu moczowo-płciowego. W poradni można wykonać wszystkie niezbędne do postawienia rozpoznania i wdrożenia skutecznego leczenia badania, m.in.: ultrasonograficzne, urodynamiczne, laboratoryjne czy radiologiczne. Placówka współpracuje również z innymi klinikami SPSK nr 2 oraz akademickiego SPSK nr 1, co ma ogromne znaczenie dla komfortu i bezpieczeństwa pacjentów.

Klinika specjalizuje się w leczeniu schorzeń urologicznych z wykorzystaniem metod minimalnie inwazyjnych, które skracają czas pobytu chorego w szpitalu i jego powrotu do zdrowia. *Od wielu lat klinika kładzie nacisk na rozwój metod minimalnie inwazyjnych w leczeniu większości schorzeń urologicznych. Oferujemy szeroki zakres nowoczesnych metod endourologicznych zarówno w leczeniu schorzeń łagodnych takich jak kamica dróg moczowych czy łagodny, rozrost stercza, ale przede wszystkim w leczeniu nowotworów dróg moczowych. Specjalizujemy się przede wszystkim w prostatektomii radykalnej laparoskopowej u chorych z rakiem stercza oraz częściowej*



Prostatektomia w asyście i w otoczeniu uczestników kursu zaawansowanych technik laparoskopowych

For. Materiały prasowe szpitala

*lub radykalnej nefrektomii u chorych z guzami nerek* - mówi prof. Marcin Słojewski. Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej SPSK nr 2 PUM w Szczecinie to jedyna placówka urologiczna w Polsce, w której wykonuje się rutynowo laparoskopowe pobranie nerki do przeszczepu od żywego dawcy.

# Federacja Pacjentów Polskich - wspólnie na rzecz interesów pacjentów

Natalia Klein

**F**ederacja Pacjentów Polskich (FPP) jest parasolową organizacją pozarządową non-profit, zrzeszającą 71 organizacji pacjenckich. Federacja powstała w 2006 roku. Federacja Pacjentów Polskich powstała w odpowiedzi na potrzebę zjednoczenia różnych środowisk pacjenckich. Jak mówi Stanisław Maćkowiak, Prezes Federacji, *tylko taka organizacja, skupiająca przedstawicieli organizacji pacjentów, może skutecznie wpływać na decyzje dotyczące kierunku reformy systemu, zapewniając jednocześnie zabezpieczenie interesów wszystkich nas, czyli pacjentów.*

Do najważniejszych celów, jakie postawiła sobie Federacja, należy reprezentowanie interesów pacjentów na forum publicznym, a także dążenie do poprawy jakości opieki zdrowotnej i usług medycznych. Ponadto, celem organizacji jest ułatwianie pacjentom dostępu do produktów leczniczych, wnioskowanie do parlamentu, rządu i samorządów, a także prezentacje i szkolenia dla członków Federacji.

Wśród członków Federacji Pacjentów Polskich, znajdują się organizacje reprezentujące pacjentów z bardzo różnymi schorzeniami, m.in.: stowarzyszenia onkologiczne, organizacje zrzeszające pacjentów z chorobami rzadkimi, organizacje diabetyków oraz wiele innych organizacji pacjenckich. Członkiem Federacji jest również Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”. Zdaniem Stanisława Maćkowiaka, największym sukcesem Federacji jest właśnie utworzenie parasolowej organizacji, skupiającej kilkudziesięciu członków reprezentujących najróżniejsze jednostki chorobowe, mających różne, partykularne interesy.

FPP w ramach swojej działalności uczestniczy w inicjatywach na szczeblu międzynarodowym, służących ochronie zdrowia. Federacja jest członkiem European Patients Forum, parasolowej organizacji skupiającej organizacje narodowe pacjentów na obszarze całej Europy. Jak mówi Stanisław Maćkowiak, *obecnie European Patients Forum uruchomiło trzyletni Program Budowania Możliwości (Capacity Building Programme) skierowany do członkowskich organizacji. Celem Programu jest wzmoc-*

*nienie możliwości organizacji w działaniach na poziomie narodowym i europejskim. W ramach programu, wdrażane są między innymi szkolenia dla organizacji, na przykład z zagadnień współpracy z innymi organizacjami czy mediami. W ramach działalności międzynarodowej, FPP jest także partnerem szeregu inicjatyw, takich jak np. European Patients Academy (EUPATI), w ramach której pacjenci otrzymają naukowo wiarygodną, obiektywną i wszechstronną informację na temat badań i rozwoju leków.*

Od roku 2012, Federacja Pacjentów Polskich jest także koordynatorem spotkań pod nazwą Dialog dla Zdrowia, będących platformą współpracy pomiędzy związkami zrzeszającymi członkowskie organizacje pacjenckie i inne podmioty działające na rzecz ochrony zdrowia, a Ministerstwem Zdrowia i innymi organami administracji państwowej, w sprawach ważnych z punktu widze-

nia pacjentów. Jak zauważa Stanisław Maćkowiak, *misją Dialogu dla Zdrowia jest poprawa funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem dobra pacjentów.* Podczas odbywających się cyklicznie spotkań Dialogu dla Zdrowia, każdy z przedstawicieli organizacji pacjenckich ma możliwość przedstawienia pytania dotyczącego problemów i kwestii związanych z dostępem do refundacji leków, wyrobów medycznych i innych świadczeń opieki zdrowotnej. Podczas spotkań omawiane są także sprawy kryzysowe, a także wspólne wnioski i rekomendacje organizacji pacjenckich.

Zdaniem Stanisława Maćkowiaka, do najważniejszych wyzwań, stojących przed Federacją Pacjentów Polskich, należy rozwój współpracy z organizacjami pacjenckimi. *Chcielibyśmy zapraszać do współpracy kolejne organizacje, budować silny głos pacjentów w systemie ochrony zdrowia oraz prowadzić nadal szeroki dialog z regulatorem nad systemowymi zmianami mającymi na celu polepszenie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, to znaczy nad skróceniem kolejek, zabezpieczeniem refundowanych leków i środków medycznych, rehabilitacji oraz pomocy socjalnej dla przewlekłe chorych.*





# 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	<b>Krajowa prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“</b>
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.



### 3. MIĘDZYNARODOWY KONGRES MEDYCZNY

# KOBIETA I MĘŻCZYŻNA 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

Kontakt z nami:

tel. 22 279 49 02 / 06

e-mail: [kongres@ocinfo.pl](mailto:kongres@ocinfo.pl)

[www.facebook.com/kongresymedycznekobietaimieczczyzna](http://www.facebook.com/kongresymedycznekobietaimieczczyzna)



Patronat  
Naukowy:



NARODOWY INSTYTUT  
GERIATRII, REUMATOLOGII  
I REHABILITACJI  
IM. PROF. DR HAB. MED. ELEONORY REICHER



## PORADNIK DLA PACJENTÓW Z ZESPOŁEM PĘCHERZA NADREAKTYWNEGO (OAB) - TERAPIA KROK PO KROKU

BROSZURA EDUKACYJNA 2016

WERSJA ONLINE DOSTĘPNA NA STRONIE  
[WWW.UROCONTI.PL](http://WWW.UROCONTI.PL)