

OPIEKA I PIELĘGNACJA

Personalizacja wyrobów medycznych to nie mrzonka

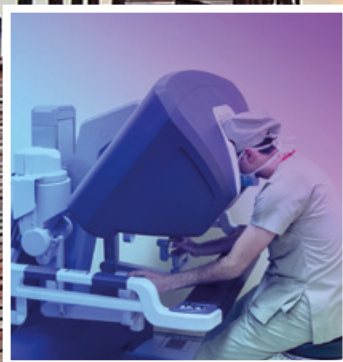
DIAGNOSTYKA

Nieinwazyjne testy urodynamiczne



LECZENIE

Techniki robotyczne wchodzą do polskiej urologii



NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Otępienie a nietrzymanie moczu



LEGISLACJA

Dobre wieści z Miodowej



W Polsce coraz bardziej światowo

W kwietniu minister zdrowia podpisał rozporządzenie rozszerzające wykaz świadczeń gwarantowanych w lecznictwie szpitalnym. Nie byłoby w tym nic nadzwyczajnego, gdyby nie fakt, że tym razem dotyczyło ono długo wyczekiwanego procedur w urologii. Po wielu latach batalii, polscy urolodzy będą mogli wreszcie wykazać się swoją wiedzą i doświadczeniem w wykonywaniu zabiegów usunięcia nowotworu prostaty z użyciem najnowocześniejszych technik robotycznych. Do tej pory było to praktycznie niemożliwe. Szumnie reklamowany w 2010 roku, pierwszy robot da Vinci, zakupiony dla szpitala we Wrocławiu, okazał się smutnym symbolem polskiego zacofania i polskiego „nie da się”. Sfinansowany z pieniędzy publicznych wrocławski robot nie mógł być bowiem używany nawet do leczenia komercyjnego. I to w czasie, kiedy w Europie operowano już przy pomocy aż 292 tego typu urządzeń! O tym, jak dramatycznie wyglądała sytuacja pacjentów urologicznych jeszcze na początku tego roku, świadczą słowa, jakie padły z ust polskich urologów w lutym, podczas spotkania w Sejmie. To tam parlamentarzyści oraz przedstawiciele organizacji pacjenckich mogli usłyszeć dramatyczną opowieść prof. Tomasza Drewy, który zdesperowany pojechał do Wielkiej Brytanii i zakupił tam używanego robota dla publicznego ośrodka urologicznego, którym kieruje. Zrobił to, ponieważ nie chciał już dłużej czekać, aż decydenci zrozumieją wreszcie, że „w XXI wieku urolog nie powinien zajmować się już chirurgią otwartą”.

Podobnie długą historię ma za sobą neuromodulacja nerwów krzyżowych, która również znalazła się w nowym wykazie świadczeń gwarantowanych. Wniosek o refundację tej procedury złożyli sami pacjenci ze Stowarzyszenia „UroConti” w 2011 roku. Umożliwiła to wtedy tzw. ustawa koszy-

kowa. Dzisiaj pacjenci już nie mogą samodzielnie składać wniosków, co najwyżej mogą apelować do ministra zdrowia. I właśnie to robili przez ostatnie lata, korzystając z okazji wspólnych sesji z urologami podczas dorocznych kongresów naukowych Polskiego Towarzystwa Urologicznego. Jest to więc sukces zarówno pacjentów, jak i lekarzy. Tym większy, że w tym samym rozporządzeniu pojawiła się procedura wprowadzenia protezy metalowej do cewki moczowej lub moczowodu, będąca realną alternatywą dla, często nadużywanych i niosących za sobą wysokie ryzyko zakażeń, cewników urologicznych.

Roboty pojawiają się nie tylko w polskich oddziałach urologicznych. Niedługo znajdziemy je również na oddziałach ginekologiczno-położniczych, gdzie będą używane w leczeniu nowotworów złośliwych trzonu macicy. Ginekolodzy dostali również od ministra zdrowia prawo leczenia za pomocą neuromodulacji, co szczególnie ucieszy pacjentki próbujące bezskutecznie leczyć od wielu lat nadreaktywność pęcherza moczowego czy niedoczynność mięśnia wypieracza.

Idzie zatem nowe dla polskich pacjentów, a jeszcze bardziej dla polskich lekarzy. Oby tylko wyceny przygotowywane obecnie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji okazały się realistyczne i zachęciły polskie szpitale do rozwoju nowych technik operacyjnych.

Dzisiaj pozostaje nam wiara, że obecny minister zdrowia wyciągnął wnioski z wizerunkowej porażki, jaką była szumnie zapowiadana zmiana limitów w refundacji środków absorpcyjnych z 60 do 90 sztuk miesięcznie, których pacjenci urologiczni używają na co dzień.

Tomasz Michatek



**ŚWIATOWY
TYDZIEŃ
KONTYNENCJI 2018**

SPIS TREŚCI

OPIEKA I PIELĘGNACJA

Personalizacja wyrobów medycznych to nie mrzonka	4
--	---

DIAGNOSTYKA

Nieinwazyjne testy urodynamiczne	5
--	---

LECZENIE

Techniki robotyczne wchodzą do polskiej urologii	8
Neuromodulacja krzyżowa będzie refundowana!	12
W oczekiwaniu na terapie stosowane u chorych na OAB w Europie	15

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Nietrzymanie moczu u osób z otępieniem	17
--	----

LEGISLACJA

Dobre wieści z Miodowej	21
-------------------------------	----

Szanowni Państwo,

Narodowy Fundusz Zdrowia wycenił Wasze potrzeby na 28 zł za osobę – tyle w tegorocznym planie finansowym zamierza przeznaczyć na wyroby medyczne. Nikt nie ma chyba wątpliwości, że system zaopatrzenia w wyroby medyczne, w tym środki absorpcyjne, wymaga gruntownych zmian. – Polska na środki chłonne przeznaczająca około 5,26 zł na jednego mieszkańca, natomiast w takich krajach jak Węgry, Czechy czy Słowacja kwota ta waha się w granicach 15–19 złotych. Myślę, że te liczby są najlepszym podsumowaniem tego, jak źle wygląda w Polsce zaopatrzenie pacjentów w wyroby medyczne – ocenia Anna Sarbak, prezes Stowarzyszenia „UroConti”. Jakie rozwiązania z innych krajów warto „przeszczepić” na polski grunt? O tym piszemy na str. 4.

Złotym standardem diagnostyki zaburzeń oddawania moczu jest badanie urodynamiczne. Wyróżnia je dokładność i precyzja, ale ma również swoje wady. Dla pacjentów jedną z najważniejszych jest duży dyskomfort, który się z nim wiąże i wcale nierzadkie powikłania, a wśród nich zakażenie układu moczowego. Okazuje się, że są inne metody diagnostyczne, które w wielu sytuacjach mogą zastąpić nie lubiane przez pacjentów badanie urodynamiczne. Osoby zainteresowane nimi zachęcamy do przeczytania artykułu dr. Tadeusza Hessela (str. 5).

Nietrzymanie moczu jest problemem, który może przytrafić się każdemu z nas. Dotyczy zarówno dzieci, jak i dorosłych. Nie wolno go lekceważyć, ponieważ z czasem może doprowadzić do poważnych zmian fizjologicznych, wymagających często leczenia operacyjnego. Szczególnej troski wymagają osoby w podeszłym wieku, cierpiące na choroby neurodegeneracyjne, do których należą m.in. choroba Alzheimera i choroba Parkinsona. U takich osób nietrzymanie moczu występuje znacznie częściej, niż u ich rówieśników, którzy nie są dotknięci tymi chorobami. „Stopniowemu pogarszaniu się pamięci towarzyszą zaburzenia orientacji, wzrokowo-przestrzenne (...). Problem z niekontrolowanym oddaniem moczu może więc wynikać z trudności w rozpoznaniu potrzeby pójścia do toalety, utrzymania moczu, zanim dotrze się do celu, znalezienia toalety, rozpoznania toalety, adekwatnego użycia toalety, motywacji, żeby wstać i pójść (co jest znacząco pogorszone, gdy współwystępuje depresja lub nasilona apatia)” – piszą autorzy artykułu „Nietrzymanie moczu u osób z otępieniem (str.17). Polecamy go Państwu szczególnie uważnie.

W nr. 2 Kwartalnika NTM, który oddajemy do Waszych rąk, jest znacznie więcej artykułów, które – mam nadzieję – wzbudzą Państwa zainteresowanie. Dlatego zapraszam do lektury całego wydania.

Maja Markłowska-Dzierżak

Redaktor naczelny: Tomasz Michałek; **Redaktor wydania:** Maja Markłowska-Dzierżak; **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: Agnieszka Dokowicz, Violetta Madeja, Marzena Michałek, Kinga Olszacka;

Komentatorzy: Józef Góralczyk, Elżbieta Szwałkiewicz;

Korekta: Marzena Michałek; **Zdjęcia:** ©Fotolia www.fotolia.com;

Rysunki: Dariusz Pietrzak; **Skład:** Wojciech Polniak

Adres redakcji: ul. Hajoty 49, 01-821 Warszawa, tel.: 22 279 49 02, 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: GREG Drukarnia

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

Prenumerata: Chcesz otrzymywać wszystkie numery Kwartalnika NTM? Zamów roczną prenumeratę (4 kolejne numery)

Kontakt: 22 279 49 12, ntm@ntm.pl

Personalizacja wyrobów medycznych to nie mrzonka

Violetta Madeja

Narodowy Fundusz Zdrowia wycenił potrzeby polskich pacjentów, na 28 złotych na osobę - tyle w tegorocznym planie finansowym zamierza przeznaczyć na wyroby medyczne. Zdaniem ekspertów i samych pacjentów system zaopatrzenia w wyroby medyczne, które dla wielu niepełnosprawnych stają się jedyną formą godnej egzystencji, powinien zostać poddany gruntownej zmianie - zarówno pod kątem finansowania, jak również organizacji.

Zdaniem dr Elżbiety Szwałkiewicz, prezes Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”, traktowanie po macoszemu potrzeb osób niesamodzielnych to nie przypadek. - *Ministerstwo Zdrowia, zgodnie z oczekiwaniem społecznym zawężyło się do reakcji na deficyt zdrowia - innymi słowy ogranicza się do sytuacji, w których należy ratować życie pacjenta, zdiagnozować chorobę i ustalić jej właściwe leczenie. W efekcie niewiele zajmuje się profilaktyką zdrowotną, a wcale kompensowaniem skutków niepełnosprawności i funkcjonowaniem pacjenta przewlekle chorego po przeprowadzonym leczeniu. Dlatego dopóki samo społeczeństwo nie pochyli się nad skutecznym rozwiązywaniem problemów osób niepełnosprawnych, to ich sytuacja nie ulegnie poprawie i będzie zwiększać się liczba osób niesamodzielnych* - ocenia Elżbieta Szwałkiewicz.

Według niej zmiana ta w świadomości społecznej następuje zbyt wolno, na zasadzie „kropli drążącej skałę”. - *Skoro nasze społeczeństwo poradziło sobie z szybkim zaadoptowaniem telefonów komórkowych w zaspokajaniu potrzeby komunikowania się, to nic nie stoi na przeszkodzie, by pacjenci cierpiący na nietrzymanie moczu i ich opiekunowie również szybko wykształcili w sobie świadomość i potrzebę korzystania z dobrych produktów chłonnych, a także posiadali wiedzę, jak je właściwie stosować* - mówi prezes Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”.

Niskie finansowanie

Środowisko pacjentów wskazuje, że kluczem do rozwiązania ich problemów jest zwiększenie limitów kwotowych na określone grupy wyrobów medycznych. - *Polska na środki chłonne przeznaczająca około 5,29 zł na jednego mieszkańca, natomiast w takich krajach jak Węgry, Czechy czy Słowacja kwota ta waha się w granicach 13,8-47,2 zł [wydatki za 2016 rok - przyp. red]. Myślę, że te liczby są najlepszym podsumowaniem tego, jak wygląda w Polsce zaopatrzenie pacjentów w wyroby medyczne* - ocenia Anna Sarbak, prezes Stowarzyszenia UroConti.

Jak podkreśla, zaproponowana w ostatnich miesiącach zmiana limitu ilościowego na środki chłonne, oprócz ogromnego zamieszania, nie załatwiła problemów pacjentów, którzy od 18 lat nabywają je w niezmiennym

limicie wartościowym. - *Przy obecnym limicie, pacjenci mają poważny problem z zakupem 90 sztuk dobrej jakości środków chłonnych, nie mówiąc o produktach o najwyższych właściwościach chłonnych* - mówi Anna Sarbak. Jej zdaniem limity powinny być również dostosowane do problemów, z jakimi borykają się pacjenci, bo zupełnie innej ilości środków chłonnych wymagać będzie aktywny zawodowo pacjent z pęcherzem nadaktywnym, a innej pacjent niesamodzielny, przebywający głównie w domu.



Fot. #208040566 © weerayut - Fotolia.com

Wzorce z zagranicy

Problem niedofinansowania wyrobów medycznych dostrzega również Józef Góralczyk, pełnomocnik zarządu ds. zdrowia przy Małopolskim Sejmiku Organizacji Osób Niepełnosprawnych (MSOON). Według niego warto jednak podglądać rozwiązania funkcjonujące w innych państwach, o wyższej kulturze opieki nad osobami niepełnosprawnymi.

- *Jednym z ciekawych rozwiązań są wypożyczalnie wyrobów medycznych, które przez cały okres wypożyczenia sprzętu oferowałyby pacjentom serwis eksploatacyjny. W przypadku zaawansowanych produktów wykorzystywanych przez pacjentów u schyłku swego życia (np. łóżka), wypożyczenie okazałoby się zdecydowanie lepszym rozwiązaniem również dla rodziny* - ocenia Józef Góralczyk.

Drugim pomysłem jest stworzenie sieci wojewódzkich poradni zaopatrzenia ortopedycznego. Zatrudnieni w nich fachowcy - lekarz ortopeda specjalizujący się w sprzęcie ortopedycznym, technik ortopeda czy fizjoterapeuta - mogliby udzielić pacjentom profesjonalnego poradnictwa nie tylko w zakresie doboru wyrobu produktu, ale również jego dopasowania i eksploatacji.

- *Do stworzenia tego rodzaju systemu wsparcia potrzebne są jednak chęci po stronie osób odpowiedzialnych za system ochrony zdrowia i właściwe finansowanie ze strony budżetu państwa* - podsumowuje.

Nieinwazyjne testy urodynamiczne

lek. med. Tadeusz Hessel

Klinika Urologii CM UJ, Szpital Uniwersytecki w Krakowie

Badanie urodynamiczne jest złotym standardem diagnostyki zaburzeń oddawania moczu u kobiet i u mężczyzn. Jest to badanie najbardziej dokładne i precyzyjne. Polega na pomiarze ciśnień i pracy mięśniowej w obrębie układu moczowego po założeniu cewnika do pęcherza moczowego, odbytu oraz elektrod w okolicy krocza.

Niestety, ma ono pewne wady. Jedną z najważniejszych jest duży dyskomfort pacjentki/pacjenta podczas badania. Istotne są również jego koszty oraz stosunkowa trudność wykonania, wymagająca obecności wykwalifikowanego personelu medycznego (pielęgniarki, położnej, lekarza). Istotne są również powikłania po samym badaniu - około 20% osób ma po nim objawy zakażenia układu moczowego.

Biorąc pod uwagę ww. czynniki i dane, od lat próbuje się zastąpić badanie urodynamiczne łatwiejszymi i tańszymi technikami diagnostycznymi. Można wyodrębnić wiele badań, które być może nie są tak dokładne jak badanie urodynamiczne, ale potrafią wnieść wiele istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia pacjentki/pacjenta i pozwalają na postawienie precyzyjnej diagnozy, w tym na kwalifikację do zabiegu operacyjnego.

Dzienniczki mikcji

Podstawą diagnozy jest dobrze zebrany wywiad. Jej uzupełnieniem są dzienniczki mikcji - w różnej formie, od prostych tabel częstość/objętość po dokładne dzienniczki z uwzględnieniem godziny i objętości oddanego moczu etc. Powinny być uzupełniane przez okres od 3 do 7

dni. Nie należy używać ich samodzielnie w trakcie procesu diagnostycznego.

Testy wkładkowe

Są to proste, nieinwazyjne metody diagnostyczne, pozwalające na potwierdzenie istnienia nietrzymania moczu za pomocą zważenia pustej wkładki przed i po teście. Głównym celem ich użycia jest potwierdzenie utraty moczu w określonym czasie (godzina, doba) w przypadku niejasnego wywiadu. Pozwalają również na określenie wielkości utraty moczu np. przed kwalifikacją do zabiegu operacyjnego. Testy wkładkowe to tani, obiektywne i prosty sposób na potwierdzenie bądź wykluczenie

RODZAJE TESTÓW WKŁADKOWYCH

Główny cel testu:

1. Potwierdzenie lub wykluczenie istnienia nietrzymania moczu.
2. Jeśli zostanie potwierdzone rozpoznanie NTM, test wkładkowy pozwala zakwalifikować pacjenta do odpowiedniego stopnia nietrzymania moczu (stopień lekki, średni, ciężki).

Rozróżniamy podstawowe testy jednogodzinne oraz 24-godzinne. Oprócz tego istnieją m.in. testy 20-minutowe oraz 48-godzinne.

Test wkładkowy 1-godzinny według standardów ICS:

Przed badaniem pacjentka/pacjent powinien być prawidłowo nawodniony - kolor moczu powinien być słomkowy. Podczas badania nie powinno się oddawać moczu. Jeśli dojdzie do niekontrolowanego parcia z mikcją, test powinien być zakończony.

Przebieg testu jednogodzinnego (test wystandaryzowany):

1. Zważenie wkładki przed próbą.
2. Pierwszy kwadrans badania: należy wypić 500 ml płynu.
3. Od 15. do 45. minuty należy chodzić, w tym minimum raz po schodach.
4. W ostatnim kwadransie należy wykonać następujące czynności: 10 przysiadów, 10 kaszlnięć, bieganie w miejscu (10 razy), schylanie się po przedmiot z podłogi (5 razy), mycie rąk pod kranem przez 1 minutę.
5. Na koniec waży się ponownie wkładkę.

Przebieg testu 24-godzinnego

Pacjent waży przed i po zużyciu każdą wkładkę założoną w ciągu trwania badania (np. od 7:00 do 7:00). W trakcie trwania testu pacjent powinien wykonywać swoje zwykłe, codzienne czynności. W przypadku tego testu nie należy wypijać dodatkowego płynu przed rozpoczęciem testu.

TYPY DZIENNICZKÓW MIKCCJI WEDŁUG MIĘDZYNARODOWEGO TOWARZYSTWA KONTYNENCJI (ICS):

1. Tabela czasu mikcji - zawiera tylko informacje na temat częstości mikcji bez podania objętości.
2. Tabela częstość/objętość - zawiera dane na temat czasu i objętości oddanego moczu.
3. Dzienniczek mikcji - zawiera dane na temat czasu i objętości oddanego moczu, a także dane na temat nietrzymania moczu, parć na pęcherz, objętości wypitych płynów, ilości zużytych zabezpieczeń etc.

Data:

Godzina zdarzenia	Przyjęte płyny	Mocz wydany (mikcja)	Mocz wydany (cewnikowanie)	Nietrzymanie moczu	Parcie naglące	Inne objawy

Schemat przedstawiający dzienniczek mikcji (źródło: www.niepelnosprawni.pl)

nietrzymania moczu (NTM). W przypadku stwierdzenia nietrzymania moczu, pozwalają w prosty sposób na określenie nasilenia choroby.

INTERPRETACJA WYNIKU TESTU WKŁADKOWEGO WEDŁUG ICS	TEST 1-GO-DZINNY	TEST 24-GO-DZINNY
Wartość odcięcia (kryterium postawienia diagnozy NTM)	powyżej 1 ml	powyżej 4 ml
Nietrzymanie moczu I stopnia (lekkie)	poniżej 10 ml	poniżej 20 ml
Nietrzymanie moczu średniego stopnia	11-50 ml	21-74 ml
Nietrzymanie moczu znacznego stopnia	powyżej 50 ml	powyżej 75 ml

Zródło: ICS

CZY 1 ML TO JEST DUŻO ?

1 ml w strzykawce

1 ml w łyżce to 25 kropeł!



Zródło: ICS Teaching Module, Pad Testing in Urinary Incontinence

Uroflowmetria (UFM)

To prosty, powtarzalny i tani sposób oceny objętości oddanego moczu w stosunku do czasu (ocena przepływu cewkowego). Uroflowmetria pozwala stwierdzić wiele

Prawidłowy przebieg badania UFM

- Pacjentka/pacjent powinna/powinien wykonać mikcję z pełnym pęcherzem w pozycji, w której oddaje mocz w domu (na stojąco lub na siedząco etc).
- Przed badaniem należy wypić ok. 500 ml płynu - ilość moczu poniżej 150 ml oddanego w trakcie badania jest niewystarczająca, aby postawić diagnozę.
- Po wykonaniu badania osoba, która wykonuje UFM powinna potwierdzić, że sposób oddania moczu przebiegł w sposób typowy.

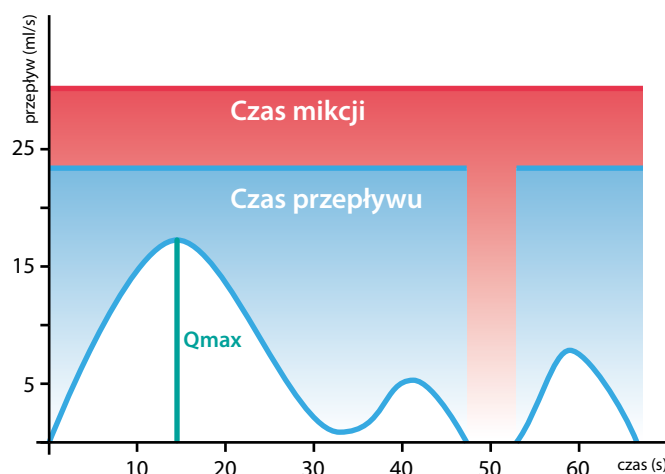
Wyniki badania UFM

- Przepływ cewkowy powyżej normy - sugeruje osłabienie mięśnia dna miednicy
- Przepływ cewkowy poniżej normy - sugeruje przeszkodę podpęcherzową (przeszkodę anatomiczną lub czynnościową w przepływie moczu) lub osłabienie mięśnia pęcherza moczowego.

zaburzeń urologicznych w sposób obiektywny - jest uważana za badanie przesiewowe w tej dziedzinie. Niekiedy niestety, nie jest w stanie odróżnić ich źródła - widzimy końcowy wynik, np. słabszy przepływ moczu, który może być spowodowany wieloma różnymi czynnikami. Wbrew powszechnemu przekonaniu, UFM nie wykonuje się tylko i wyłącznie u mężczyzn. Badanie polega na oddaniu moczu do specjalnego pojemnika, w którym zamontowana elektroniczna waga pozwala na wykonanie potrzebnych obliczeń.



Przykład uroflowmetru - po lewej widoczne jest urządzenie pomiarowe, po prawej - pojemnik pomiarowy, do którego oddaje się mocz (źródło: Meden Inmed)



Przykład wyniku badania uroflowmetrycznego (źródło: Przegląd Urologiczny)

Ocena zalegania moczu po mikcji w USG

To kolejne badanie przesiewowe w zakresie zaburzeń oddawaniu moczu i zaburzeń ze strony dolnych dróg moczowych. Udowodniono, że jest to skuteczniejsza metoda oceniająca pozostającą ilość moczu w pęcherzu, niż po założeniu cewnika dopęcherzowego.

Ocena zalegania powinna być wykonana praktycznie u każdej osoby po UFM oraz u wszystkich osób z zaburzeniami oddawaniu moczu. Osoby ze znacznym zale-

ganiem moczu (powyżej 100 ml) powinny być poddane dalszej pogłębionej diagnostyce urologicznej, włączając w to zabieg operacyjny.

Stany chorobowe, w których przebiegu może wystąpić znaczne zaleganie moczu po mikcji w USG (tzn. wynik nieprawidłowy):

- Pęcherz neurogeny
- Przeszkoda podpęcherzowa, np. łagodny rozrost stercza, zwężenie cewki moczowej, nadaktywność zwieracza cewki moczowej, kamica pęcherza moczowego i cewki moczowej
- Uchyłki pęcherza moczowego
- Odpływy pęcherzowo-moczowodowe

Ocena ściany pęcherza w USG (ang. bladder wall thickness, BWT)

Jest to szybka, przesiewowa metoda, pozwalająca stwierdzić, czy u danej osoby istnieje przeszkoda podpęcherzowa. Można ją podejrzewać przy grubości ściany pęcherza powyżej 5 mm (najlepiej ocenić ją w powiększeniu). W tym zakresie jest to badanie bardziej czułe niż UFM. Badanie BWT należy wykonać przy obecności co najmniej 250 ml w pęcherzu.

Wpuklanie się gruczołu krokowego do pęcherza w USG (ang. intravesical prostatic protrusion, IPP)

Jest to ocena długości gruczołu krokowego, którą dzielimy na 3 stopnie w zależności od długości wpuklającego

się stercza (prostaty). Im większy stopień, tym większa szansa (do 86% w stopniu III), że pacjent posiada przeszkodę podpęcherzową.

Nieinwazyjne badanie urodynamiczne

Istnieją próby wprowadzenia badania podobnego w jakości i dokładności do badania urodynamicznego, które nie wymagałoby aż tak inwazyjnego przebiegu i zakładanych do ciała pacjenta cewników. Niestety, do tej pory, żadne z takich badań nie zostało w pełni wystandaryzowane i wprowadzone do powszechnego użytku. Wyprodukowano je i testowano m.in. pod postacią łączników zakładanych do cewki moczowej lub zacisków prąciowych.

Wnioski

Większość ww. badań jest szeroko i często stosowana w praktyce z uwagi na ich prostotę, szybkość wykonania oraz niską cenę. Pozwala to często na precyzyjne postawienie diagnozy. Urodynamika zatem powinna być zarezerwowana dla wyselekcjonowanych osób, a nie jako badanie podstawowe. U większości pacjentów w trakcie diagnostyki w zupełności wystarczające będą badania nieinwazyjne. Cały czas trwają badania nad nowymi testami przesiewowymi w zakresie diagnostyki zaburzeń w obrębie czynności dolnych dróg moczowych. Wydaje się, że w przyszłości urodynamika nie zostanie zastąpiona przez jedno, ale przez serię badań.

DOSTĘP DO ZAOPATRZENIA W PRZYKŁADOWE WYROBY MEDYCZNE WYDAWANE NA ZLECENIE WG DANYCH WOJEWÓDZKICH ODDZIAŁÓW NFZ

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

nb - na bieżąco

bd - brak danych (oddział NFZ odmówił podania informacji)

🟢 - poprawa sytuacji w stosunku do poprzedniego rankingu

🔴 - pogorszenie sytuacji w stosunku do poprzedniego rankingu

Techniki robotyczne wchodzą do polskiej urologii

Maja Markłowska-Dzierżak

Polscy urolodzy są przygotowani do wykonywania zabiegów chirurgicznych z użyciem robota. Odpowiednie kwalifikacje i umiejętności zdobyli na kursach, szkoleniach i warsztatach za granicą. Wkrótce będą mogli je wykorzystać w Polsce, gdzie po wielu latach starań lekarzy operacje robotyczne, choć w ograniczonym zakresie, będą wreszcie finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Stało się to możliwe dzięki nowelizacji rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z 13 kwietnia 2018 r. Pacjenci już się cieszą, że będą mieli wreszcie dostęp do nowoczesnej, bardzo precyzyjnej technologii operacyjnej, która na świecie jest już od wielu lat standardem, zwłaszcza w urologii.

- To wielka zmiana dla podopiecznych naszego stowarzyszenia. I nie chodzi wyłącznie o wyjątkową precyzję robota, ale może nawet bardziej o dużo krótszy czas rehabilitacji i powrotu do sprawności, niż po tradycyjnej operacji - ocenia Bogusław Olawski, przewodniczący Sekcji Prostaty Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”.

Zmiana podejścia do leczenia nie będzie rewolucją

Prof. dr hab. n. med. Marcin Słojewski, kierownik Katedry i Kliniki Urologii i Onkologii Urologicznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, przypomina, że operacje robotyczne są wykonywane przez urologa, ze wspomaganie urządzenia, które jedynie przekłada precyzyjne ruchy lekarza na równie precyzyjne ruchy narzędzi chirurgicznych.

- Pojęcie „robot” zakłada istnienie pewnej minimalnej choćby niezależności urządzenia i użycie zaawansowanej tzw. sztucznej inteligencji. W przypadku chirurgicznych systemów robotycznych nie ma o tym mowy. Wciąż centralnym elementem takiego systemu pozostaje człowiek. W sensie technicznym operacja robotyczna jest niczym innym jak tylko znacznie udoskonaloną technologicznie laparoskopią i odbywa się w identyczny sposób. W związku z tym, że większość operacji w urologii wykonywanych jest właśnie laparoskopowo, zastosowanie robota nie zmienia ani nie poszerza wskazań do tych zabiegów - tłumaczy prof. Słojewski.

Prof. dr hab. n. med. Tomasz Drewa, kierownik Kliniki Urologii Ogólnej i Onkologicznej UMK w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. Jurasza w Bydgoszczy, zapytany, czy operacje z użyciem robota zmieniają postępowanie urologów w leczeniu zabiegowym, odpowiada, że w USA i bogatszych krajach Unii Europejskiej już zmieniły. To samo czeka teraz Polskę, oczywiście

pod warunkiem, że zapewnione zostanie odpowiednie finansowanie procedur robotycznych, bez szkody dla wykonujących je ośrodków. Nie powinno jego zdaniem być również problemu z przystosowaniem się do tych zmian urologów, bo zarówno młodzi, jak i starsi lekarze już od wielu lat przeprowadzają zabiegi laparoskopowe, które w opinii prof. Dreywy są trudniejsze od operacji robotycznych.

Również prof. Marcin Słojewski nie ma wątpliwości, że polscy urolodzy poradzą sobie z nowymi technikami operacyjnymi, bo nie ustępują ani intelektualnie, ani poziomem wykształcenia kolegom w innych krajach. *- Polski urolog jest kształcony zgodnie z europejskimi standardami, wiedzę zdobywa w najlepszych krajowych i zagranicznych ośrodkach, uczestniczy w kongresach, sympozjach i kursach oraz finalnie, po odbyciu kilkuletniego stażu rezydenckiego, zdaje trudny egzamin specjalizacyjny według kryteriów Europejskiej Rady Urologicznej, uzyskując prestiżowy tytuł jej członka - mówi prof. Słojewski.*

Jest przekonany, że młodzi polscy urolodzy są w pełni gotowi do wprowadzania najnowocześniejszych metod leczniczych, w tym m.in. systemów robotycznych. A urolodzy starszego pokolenia to ludzie otwarci na nowości i przyzwyczajeni do stosowania technik minimalnie inwazyjnych w swojej codziennej praktyce. *- Jestem pewien, że z entuzjazmem powitają również metody wspomagane robotycznie, stając się istotnym wsparciem w tym względzie dla młodszych kolegów - ocenia prof. Słojewski.*

Główne wskazania do operacji robotycznych

Zapytany o korzyści ze stosowania technik robotycznych, prof. Słojewski przypomina, że zostały one już dawno udowodnione w licznych badaniach klinicznych i od lat mają już charakter nowinki technicznej czy naukowej, lecz uznanej technologii medycznej o ściśle określonych wskazaniach. *- W urologii takim wskazaniem jest przede wszystkim zabieg prostatektomii radykalnej, wykonywany u mężczyzn z rakiem gruczołu krokowego. Chirurgia pozostaje bezwzględnie najskuteczniejszą metodą leczenia tego nowotworu. Wykonanie tej operacji w technice laparoskopowej wspomaganej robotycznie znacznie zwiększa szanse pacjentów na zachowanie funkcji seksualnych oraz prawidłowego trzymania moczu - tłumaczy prof. Słojewski.*

Prof. Tomasz Drewa podkreśla, że przy użyciu robotów chirurgicznych może być wykonywana większość operacji urologicznych. *- Głównym wskazaniem są oczy-*



Fot. #206830698 © Ismail - Fotolia.com

wiecie operacje z powodu raka prostaty czy nerki, ale coraz częściej z pomocą systemów robotycznych usuwa się również nowotwory złośliwe pęcherza moczowego - informuje prof. Tomasz Drewa.

Korzyścią takiego postępowania jest krótszy pobyt w szpitalu i szybszy powrót pacjenta do zdrowia. - Operacje robotyczne są precyzyjniejsze i umożliwiają dokładniejsze wycięcie guza - mówi prof. Drewa, dodając, że są one dedykowane szczególnie młodym pacjentom, którym zależy na szybkim powrocie do pracy.

Czy to oznacza, że operacje robotyczne zastąpią operacje klasyczne? Według prof. Słojewskiego, tzw. klasyczna chirurgia w urologii, już od dawna jest historią w wielu wskazaniach. - Nowocześnie wyposażony oddział urologiczny, dysponujący wykształconą kadrą lekarsko-pielęgniarską, jest w stanie zaoferować niemal wszystkim pacjentom, z których 80 proc. stanowią osoby z chorobami onkologicznymi, minimalnie inwazyjne metody leczenia pod postacią zabiegów przezcewkowych, przezskórnych lub laparoskopowych - informuje prof. Słojewski. Są jednak sytuacje, w których klasyczna chirurgia nadal

znajduje zastosowanie. - Leczenie mocno zaawansowanych chorób, głównie nowotworowych, wymaga znajomości klasycznej chirurgii. Wynika to m.in. z faktu bardzo późnego wykrycia tych chorób u osób lekceważących często przez wiele lat groźne objawy np. pod postacią obecności krwi w moczu (nowotwór pęcherza lub nerki), utraty masy ciała i bólów brzucha (nowotwór nerki), bólów kostnych i narastających problemów z oddawaniem moczu (nowotwór prostaty). Dlatego jako środowisko urologiczne apelujemy o regularne badania profilaktyczne - tłumaczy prof. Słojewski.

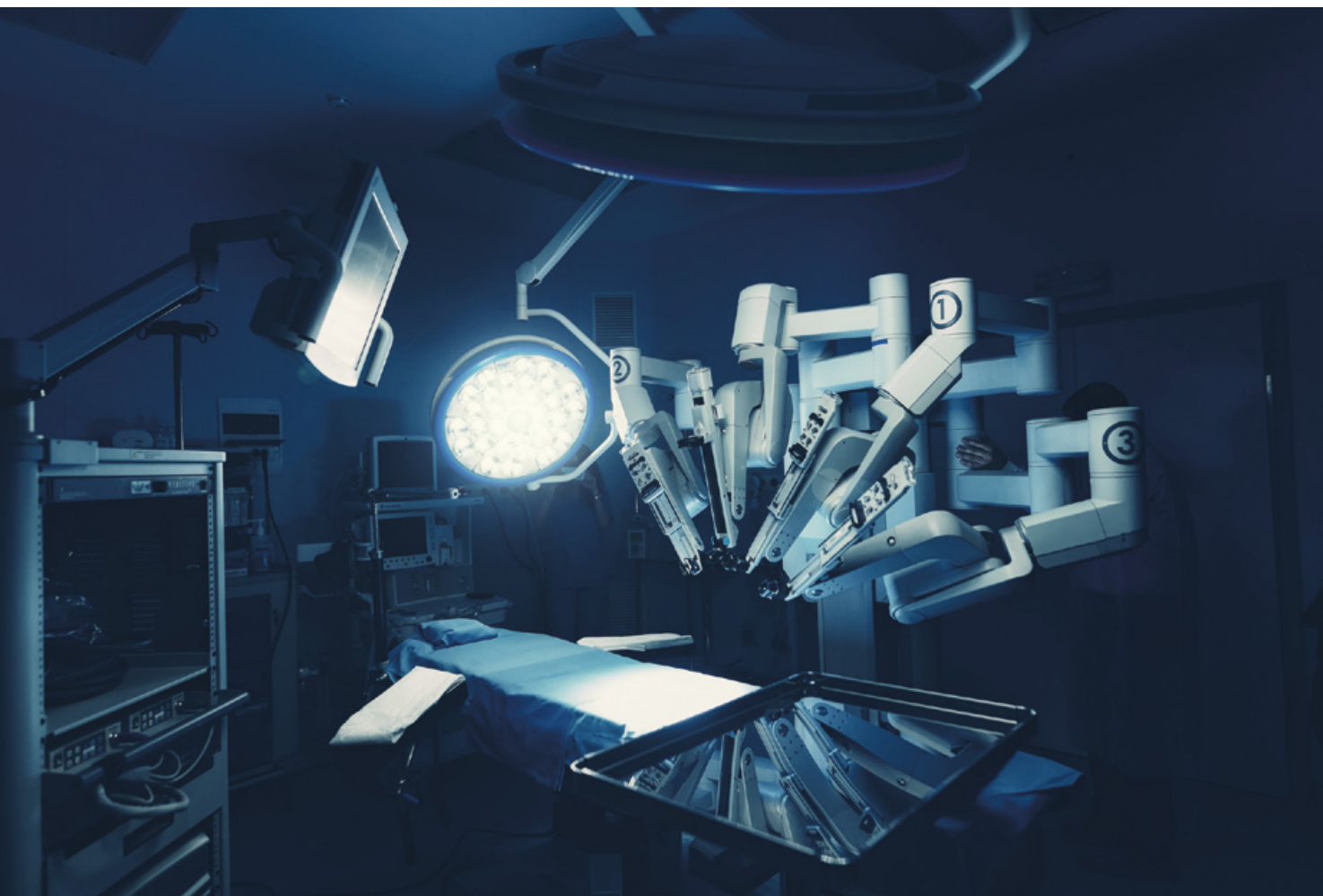
Prof. Drewa, zwolennik operacji robotycznych, praktycznie nie wykonuje już klasycznych, tzw. otwartych operacji. Nie widzi do nich wskazań. - Wyjątkiem są rozległe operacje wymagające otwarcia klatki piersiowej czy dużych naczyń - tłumaczy.

Tyle korzyści i tylko dwa roboty?

Problemem, na który zwraca uwagę środowisko urologów, może być dostęp do systemów robotycznych. Prawdopodobnie z powodu braku refundacji operacji

robotycznych, kilka lat temu, z polskiego rynku wycofał się producent tych urządzeń. Lekarze mają jednak nadzieję, że kwietniowa decyzja ministra zdrowia o finansowaniu operacji robotycznych ze środków publicznych skłoni go do ponownego zainteresowania się polskim rynkiem.

które mają duże doświadczenie w przeprowadzaniu operacji laparoskopowych i leczeniu powikłań pooperacyjnych. Tym bardziej, że powikłania po laparoskopii i chirurgii robotycznej są bardzo podobne. Z danych Polskiego Towarzystwa Urologicznego wynika, że co roku w klinikach i oddziałach urologicznych



Fot. #176650838 © Damian - Fotolia.com

W Stanach Zjednoczonych z użyciem robotów chirurgicznych przeprowadza się już ponad 80 proc. zabiegów radykalnej prostatektomii, czyli wycięcia gruczołu krokowego z pęcherzykami nasiennymi. W amerykańskich ośrodkach medycznych pracuje ponad 3 tys. systemów robotycznych. W Europie zarejestrowano ich około 600. Nasi południowi sąsiedzi - Czesi, mają 11 takich systemów, 10 jest wykorzystywanych w Rumunii, 45 w Rosji, a w Polsce dysponują nim tylko dwie publiczne placówki ochrony zdrowia - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu i Szpital Miejski w Toruniu. Na dodatek znajdujące się tam roboty da Vinci, ze względu na brak refundacji operacji robotycznych, były do tej pory wykorzystywane w bardzo niewielkim zakresie.

W opinii prof. Tomasza Drewy, operacje robotyczne powinno wykonywać kilka ośrodków uniwersyteckich,

w Polsce wykonywanych jest ponad 14 tys. operacji u chorych na nowotwory układu moczowo-płciowego. Najwięcej pacjentów, około 7 tysięcy, jest operowanych z powodu raka nerki, około 5 tysięcy przechodzi operację z powodu raka prostaty, a prawie 2 tysiące z powodu raka pęcherza. Spośród 5 tysięcy operacji raka prostaty, ponad 3 tysiące wykonywanych jest metodą klasyczną, zastosowaną po raz pierwszy na świecie w 1904 r., a niespełna 2 tysiące techniką laparoskopową.

- *To bardzo dobry wynik, który świadczy o tym, że mimo różnego rodzaju trudności, środowisko urologiczne jest zainteresowane wprowadzaniem nowych technik operacyjnych* - podkreślił prof. dr hab. n. med. Tomasz Szydełko, ordynator Klinicznego Oddziału Urologicznego w 4. Wojskowym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, na marcowym Kongresie Wyzwań Zdrowotnych w Katowicach.

Skuteczność operacji wykonywanych metodami minimalnie inwazyjnymi, do których należy jedyna finansowana do tej pory przez NFZ laparoscopia, jest – jak podkreślają urolodzy – taka sama jak operacji klasycznych. Jednak przewagą tych pierwszych jest m.in. mniejsza utrata krwi podczas operacji, szybsze gojenie, krótszy okres rekonwalescencji i mniejsze dolegliwości bólowe dla pacjenta.

– Prawie 85 proc. wszystkich ośrodków wykonujących operacje onkologiczne u chorych na raka stercza, przeprowadza radykalne prostatektomie. Nie wszystkie posługują się nowoczesnymi metodami, ale wykonują te procedury. Pozostałe niespełna 16 proc. to najczęściej małe ośrodki tzw. chirurgii jednego dnia, które nie zajmują się szeroko pojętą onkologią – mówi prof. Szydełko.

Najczęstszym powikłaniem chirurgicznego leczenia raka stercza jest nietrzymanie moczu i zaburzenia wzdrodu. Według statystyk, nietrzymanie moczu w różnym stopniu nasilenia dotyczy co trzeciego zoperowanego pacjenta. Zaburzenia wzdrodu ma ponad 50 proc. pacjentów, przy czym – jak podkreślają urolodzy – wielu z nich już przed operacją ma kłopoty z potencją.

– Nietrzymanie moczu po zabiegu prostatektomii radykalnej często nie wynika z zastosowania złej techniki operacyjnej, ale ze stopnia zaawansowania choroby, która wymusza na nas bardzo szerokie usunięcie stercza. Ale i z tym nauczyliśmy się sobie radzić. Pacjenci z ciężkim nietrzymaniem moczu możemy wszczepić sztuczny zwieracz hydrauliczny, poprawiając mu komfort życia. Ta procedura jest refundowana. Czekamy jeszcze na refundację innych niż hydrauliczny zwieracz sposobów poprawy kontynencji – chodzi o taśmy oraz wszczepianie protez hydraulicznych prącia pacjentom, którzy po operacji nie mają wzdrodu, a chcą być aktywni seksualnie – tłumaczy prof. Szydełko.

AOTMiT zmienia zdanie na temat operacji robotycznych

Niewykluczone, że wcześniejsza, negatywna opinia Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, która zaważyła na braku refundacji operacji robotycznych w urologii, przyczyniła się do wycofania się producenta robotów chirurgicznych z polskiego rynku.

Przypomnijmy, że w 12-osobowym gronie ekspertów poproszonych przez AOTMiT o zajęcie stanowiska w sprawie refundacji operacji robotycznych, było tylko dwóch urologów. Zostali przegłosowani przez lekarzy innych specjalności i emerytowanych lekarzy zabiegowców. Stosunkiem głosów 10:2 agencja uznała operacje robotyczne za terapię eksperymentalną, której NFZ nie może finansować.

W opinii prof. dr. hab. n. med. Piotra Chłosty, kierownika Katedry i Kliniki Urologii UJ CM w Krakowie, prezesa Polskiego Towarzystwa Urologicznego, u pod-

staw takiej decyzji mogła leżeć obawa o refundację alternatywnych metod leczenia, które są znacznie droższe od chirurgii. – *Jeżeli menadżer szpitala ma kupić sprzęt laparoskopowy i wykształcić trzech chirurgów do przeprowadzania operacji gruczołu krokowego wycenionej przez NFZ na 6800 zł, a koszt radioterapii jest cztero- lub pięciokrotnie wyższy, plus do tego koszty leczenia hormonalnego – od 140 do nawet 3 tys. euro miesięcznie, to co jest bardziej opłacalne dla szpitala? Czy przypadkiem aspekt ekonomiczny nie wywiera wpływu na podejmowane decyzje w zakresie wyboru leczenia?* – zastanawia się prof. Chłosta.

Według niego, odpowiedzią na to pytanie może być liczba, powstających jak grzyby po deszczu, centrów radioterapii i coraz mniej opłacalna działalność klinik i oddziałów urologicznych. Dlatego Polskie Towarzystwo Urologiczne zwróciło się do władz o rzetelną wy cenę procedur urologicznych.

– *Operacja klasyczna i procedura laparoskopowa nie mogą być tak samo wycenione. Trzeba również zróżnicować ceny operacji laparoskopowej i robotycznej, bo koszt użycia robota jest większy* – przekonują członkowie Polskiego Towarzystwa Urologicznego.

Wspólnemu głosowi urologów, ginekologów i chirurgów można zawdzięczać zmianę stanowiska Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Wydała ona pozytywną opinię w sprawie umieszczenia w tzw. koszyku świadczeń gwarantowanych operacji z użyciem robota chirurgicznego. Niestety, tylko trzech – w przypadku urologii jest to radykalna prostatektomia (usunięcie gruczołu krokowego), w ginekologii radykalna histerektomia (usunięcie macicy), a w chirurgii – hemikolektomia (wycięcie kawałka jelita).

– *To tylko kropla w morzu potrzeb chirurgii robotycznej i możliwości jej zastosowania u pacjentów urologicznych* – komentują urolodzy. Według nich tak ograniczony zakres wykorzystywania nowoczesnych technik robotycznych raczej nie zachęci dyrektorów szpitali do zakupu urządzeń, które rzadko używane, zamortyzują się dopiero po wielu latach.

Prof. Słojewski właśnie w dotychczasowej sytuacji braku dostępności nowoczesnych metod leczenia w Polsce widzi największe zagrożenie. Polega ono, jak tłumaczy, na rosnącej przepaści w możliwościach terapii dla pacjenta polskiego i np. niemieckiego, czy chociażby czeskiego. – *W ten sposób pogłębia się również zapaść technologiczna i stawiana jest bariera dla rozwoju takich dziedzin zabiegowych jak ginekologia, chirurgia onkologiczna czy urologia. Kolejnym zagrożeniem może być dystrybucja urządzeń i usług wynikająca z chęci realizacji lokalnych ambicji działaczy politycznych, a nie z analizy potrzeb i możliwości ośrodków do wykorzystania technologii i znacznych środków finansowych* – podsumowuje.

Neuromodulacja krzyżowa będzie refundowana!

Maja Markłowska-Dzierżak

Siedem lat zajęło Ministerstwu Zdrowia pozytywne rozpatrzenie wniosku Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” o uznanie neuromodulacji nerwów krzyżowych za świadczenie gwarantowane, finansowane ze środków publicznych.

Sytuację chorych, którzy czekali tak długo na dobre wieści z resortu, zmieniło dopiero znowelizowane rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z 13 kwietnia 2018 r. Jakie argumenty przekonały urzędników do podjęcia korzystnej dla pacjentów decyzji?

Finansowanie neuromodulacji okazało się zasadne

W uzasadnieniu do rozporządzenia ministra zdrowia wskazano, że wprowadzenie świadczenia „neuromodulacja krzyżowa” do wykazu świadczeń gwarantowanych jest zasadne z klinicznego oraz ekonomicznego punktu widzenia.

„Dostępne dowody naukowe wskazują na użyteczność neuromodulacji krzyżowej jako opcji terapeutycznej w leczeniu zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych. W badaniach wykazano, że 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 dokumencie zatytułowanym „Ocena skutków regulacji”. Po przeprowadzeniu różnych analiz okazało się, że neuromodulacja krzyżowa jest efektywną kosztowo metodą leczenia.

Z kolei w załączniku do rozporządzenia znaleźliśmy informację, że finansowanie neuromodulacji krzyżowej zostało zarekomendowane co najmniej przez pięć instytucji

na świecie. Przykładowo, brytyjski National Institute for Health & Clinical Excellence (NICE) w 2013 r. wydał pozytywną rekomendację dotyczącą leczenia tą metodą idiopatycznego pęcherza nadreaktywnego. Francuska Haute Autorite de Sante zarekomendowała trzy lata wcześniej leczenie zaburzeń mikcji po niepowodzeniu leczenia standardowego. A australijski Medical Services Advisory Committee w 2008 r. wydał pozytywną opinię dla neuromodulacji krzyżowej w leczeniu nadczynności

wypieracza oraz w zaleganiu moczu bez przeszkody podpęcherzowej u dorosłych, którzy nie reagują na standardowe leczenie, nie zgodził się natomiast na stosowanie tej metody z leczeniu zespołu bolesnej miednicy lub pęcherza.

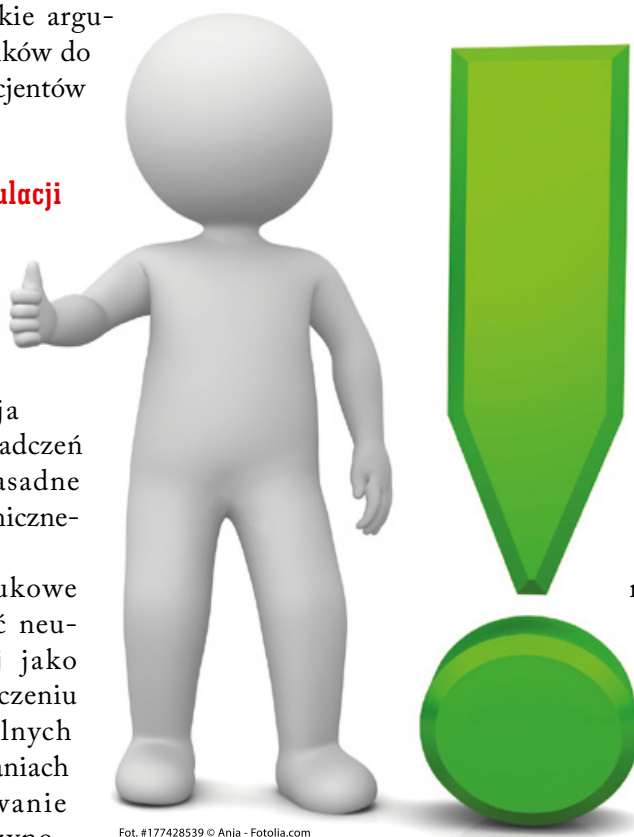
Również polski odpowiednik tych instytucji, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, dała neuromodulacji krzyżowej „zielone światło”. Pozytywna rekomendacja prezesa AOTMiT została wydana już we wrześniu 2014 r., jednak resort zdrowia nie wziął jej wtedy pod uwagę.

W Polsce ustalono, że od momentu rozpoczęcia finansowania neuromodulacja krzyżowa zostanie zastosowana w pierwszym roku u 126 pacjentów oraz w drugim roku u 251 pacjentów. Do wykonywania zabiegów

neuromodulacji zostali upoważnieni zarówno urolodzy, jak i ginekolodzy, co środowisko pacjentów przyjęło z ogromnym zadowoleniem.

Kto trafi w ręce urologów?

W opinii prof. dr. hab. n. med. Piotra L. Chłosty, szefa Katedry i Kliniki Urologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, prezesa Polskiego Towarzystwa Urologicznego, bardzo dobrze się stało, że polscy pacjenci będą mieli wreszcie dostęp do metody leczenia, która od lat jest już stosowana na całym świecie. – *Skuteczność neuromodulacji krzyżowej została potwier-*



Fot. #177428539 © Anja - Fotolia.com

dzona licznymi prospektywnymi oraz retrospektywnymi badaniami naukowymi. Obecnie jest opcją terapeutyczną zalecaną przez największe towarzystwa urologiczne na świecie, w tym Europejskie oraz Amerykańskie Towarzystwo Urologiczne oraz Międzynarodowe Towarzystwo Kontynencji – mówi prof. Piotr Chłosta.

Zapytany o kryteria, które musi spełniać pacjent urologiczny, aby zostać zakwalifikowany do takiego zabiegu, prof. Chłosta odpowiada, że kandydatami do zastosowania neuromodulacji krzyżowej są pacjenci z pęcherzem nadaktywnym lub neurogenną nadaktywnością wypieracza. – *Jako że neuromodulacja krzyżowa w obu tych grupach chorych klasyfikowana jest jako trzecioliniowa opcja terapeutyczna, aby mogli zostać poddani zabiegowi neuromodulacji*

wkładki urologiczne lub pieluchomajtki. – *W najcięższych przypadkach zachodziła konieczność przeprowadzenia u pacjenta zabiegu augmentacji pęcherza moczowego, czyli zwiększenia jego objętości, najczęściej za pomocą fragmentu jelita cienkiego lub nawet jego usunięcia z wytworzeniem zastępczego odprowadzenia moczu* – przypomina prof. Chłosta.

44-letni pan Mariusz (nazwisko do wiadomości redakcji), nie może się już doczekać wszczęcia nowego neuromodulatora. Jest jednym z dwojga pacjentów, którzy w 2011 roku zostali poddani zabiegowi neuromodulacji w ramach badań naukowych. W urządzeniu, które mu wtedy wszczepiono, lada dzień wyczerpie się bateria, a wizja powrotu do wcześniejszego nieskutecznego



Fot. #150036432 © Adiano - Fotolia.com

krzyżowej trzeba udowodnić, że w małym stopniu odnieśli korzyść z wcześniejszego leczenia farmakologicznego z zastosowaniem leków antymuskarynowych lub beta-3-agonistów lub mniej inwazyjnych metod leczenia, takich jak wewnątrzpęcherzowe iniekcje toksyny botulinowej – tłumaczy prof. Piotr Chłosta.

Do tej pory, jak dodaje, pacjenci z pęcherzem nadaktywnym lub neurogenną nadaktywnością wypieracza, byli przewlekle cewnikowani lub musieli stosować odpowiednie środki higieniczne, np. majtki chłonne,

leczenia – farmakoterapii i wewnątrzpęcherzowych iniekcji toksyną botulinową – jest dla niego przerażająca. Dlatego z niecierpliwością czeka na wymianę neuromodulatora.

– *Zdaję sobie sprawę, że zanim ta procedura będzie dostępna dla pacjentów, minie jeszcze trochę czasu. Muszą zostać wyznaczone szpitale, które będą przeprowadzały zabiegi, pewnie trzeba będzie jeszcze przeszkolić lekarzy i personel medyczny. Czekam na sygnał, gdzie i kiedy mam się zgłosić* – powiedział nam pan Mariusz.

Która pacjentka spełnia kryteria do zabiegu?

Czy objęcie refundacją zabiegów neuromodulacji krzyżowej to ważne wydarzenie również z punktu widzenia ginekologów? – zapytaliśmy dr. hab. n. med. Pawła Miotłę, adiunkta II Katedry i Kliniki Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

– *Oczywiście. Warto na to spojrzeć przede wszystkim z perspektywy chorego, który wreszcie uzyska dostęp do uznanej i szeroko stosowanej na całym świecie metody leczniczej zaburzeń funkcji dolnego odcinka układu moczowego. Manifestują się one m.in. partiami nagłącymi, częstomoczem, nagłym nietrzymaniem moczu lub retencją moczu (zaleganiem moczu po mikcji), które często nie reagują na leczenie opierające się na modyfikacji stylu życia, terapii behawioralnej lub też farmakoterapii. Zwłaszcza w przypadku retencji moczu wachlarz możliwości leczniczych jest naprawdę wąski* – podkreśla doc. Paweł Miotła.

Aby pacjentka z dolegliwościami ze strony dolnego odcinka układu moczowego została zakwalifikowana do zabiegu neuromodulacji krzyżowej, niezbędne jest udokumentowanie niepowodzenia innych form leczenia.

– *Prawidłowy dobór pacjentek do implantacji neuromodulatora obejmuje: szczegółowy wywiad lekarski ukierunkowany na dolegliwości ze strony dolnych dróg moczowych, badanie fizykalne (z oceną statyki dna miednicy), analizę i posiew moczu, dzienniczek mikcji, ultrasonografię z oceną zalegania moczu po mikcji. Na pewno, w niektórych sytuacjach, wskazane może być wykonanie cytologicznej oceny osadu moczu oraz cystoskopii. Niezbędne może okazać się również wykonanie badania urodynamicznego, przy czym brak jest dowodów na to, że wynik badania urodynamicznego pozwoli przewidzieć skuteczność neuromodulacji u danego pacjenta. Należy bowiem pamiętać, że nie wszyscy pacjenci reagują na leczenie z wykorzystaniem neuromodulacji, dlatego w pierwszym etapie implantuje się tzw. elektrodę czasową i dopiero w przypadku zauważenia prawidłowej odpowiedzi na leczenie podejmuje się decyzję o kwalifikacji do wszczepienia elektrody stałej* – tłumaczy doc. Paweł Miotła.

Potrzebne są umiejętności i doświadczenie

Na pytanie, czy ginekolodzy są przygotowani do wykonywania takich zabiegów, doc. Miotła odpowiada, że nie ma wiedzy, ilu specjalistów z tej dziedziny je przeprowadzało lub w nich uczestniczyło. Przypuszcza, że jest ich niewielu. Według niego zabiegi neuromodulacji będą wykonywane tylko w kilku wyspecjalizowanych ośrodkach w Polsce, inaczej niż w przypadku leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu z użyciem slingu podcewkowego.

– *Kilka lat temu miałem okazję obserwować zabiegi implantacji elektrod do neuromodulacji w ośrodku akademickim w Tampere. Jednym z trudniejszych momentów było prawidłowe umiejscowienie elektrody i czasami był to najdłuższy etap operacji, wymagający dużej cierpliwości* – ocenia.

Wydaje się, że urolodzy są lepiej przygotowani i mają większe doświadczenie w przeprowadzaniu takich zabiegów. Prof. Piotr Chłosta zauważa, że neuromodulacja krzyżowa, klasyfikowana jako inwazyjna metoda leczenia, wymaga odpowiedniego przygotowania chirurgicznego i merytorycznego z zakresu zabiegów inwazyjnych. Poza tym, powodzenie zabiegu, w znacznym stopniu zależy również od śródzabiegowych możliwości obrazowania (np. weryfikowania położenia elektrody za pomocą ramienia C).

– *Nie można zabronić żadnemu specjalście wykonywania zabiegów, nawet spoza jego dyscypliny, jeżeli poczuwa się do obowiązku wzięcia na siebie odpowiedzialności za ich przebieg i wynik. Ale w przypadku wystąpienia powikłań i/ lub braku efektów leczenia można i należy spytać, czy ma (i miał) uprawnienia do wykonywania operacji w obszarze nakreślonym przez specjalizację z urologii* – mówi prof. Chłosta.

Stanowisko prezesa Polskiego Towarzystwa Urologicznego jest znane w środowisku. W jego opinii, pomimo chęci współpracy urologów ze specjalistami z innych, pokrewnych dziedzin, urologia jest jedna! – *Dopisanie przedrostka URO do własnej, innej specjalizacji nie czyni lekarza urologiem, nie dodaje wiedzy i doświadczenia, tylko stwarza istotne ryzyko dla chorych będących kandydatami do leczenia urologicznego* – podsumowuje prof. Chłosta.

Warto wiedzieć

- Wyniki pierwszych badań klinicznych dotyczących wykorzystania neuromodulacji krzyżowej zostały opublikowane na początku lat 90. ubiegłego wieku. Na przestrzeni ostatniej dekady ukazało się bardzo dużo publikacji potwierdzających zalety tej opcji leczniczej.
- Neuromodulacja krzyżowa jest świadczeniem finansowanym ze środków publicznych już od wielu lat m.in. w Austrii, Danii, Finlandii, Hiszpanii, Holandii, Norwegii, Szwecji, Wielkiej Brytanii, Irlandii, Belgii, Szwajcarii, Francji, w Niemczech i we Włoszech.
- Eksperci podkreślają, że biorąc pod uwagę dowody naukowe, beneficjentami neuromodulacji mogą być też osoby z zaburzeniami kontynencji stolca lub przewlekłymi zaparciami.

W oczekiwaniu na terapie stosowane u chorych na OAB w Europie

Violetta Madeja

Pacjenci zmagający się z zespołem pęcherza nadreaktywnego (overactive bladder, OAB) starali się nie mówić głośno o swoich dolegliwościach. Piętrzące się przed nimi problemy i ograniczona liczba leków objętych refundacją sprawiają jednak, że wychodzą z ukrycia i zaczynają mówić o swoim wykluczeniu i potrzebach – także tych związanych z dostępnością do nowoczesnych technologii lekowych.

Dane epidemiologiczne wskazują, że populacja pacjentów zmagających się z nietrzymaniem moczu oraz zespołem pęcherza nadreaktywnego będzie rosła. Z raportu „Sytuacja chorych na zespół pęcherza nadreaktywnego w Polsce” wynika, że w Polsce z problemem tym zmagać się może od 2 do 3 mln osób, a zapadalność na OAB może wynieść nawet 10-15 tys. osób rocznie.

– Od lat walczymy o to, by NTM, a tym samym OAB, zostały uznane za jednostkę chorobową. Niestety, naszym przekleństwem jest to, że obecnie klasyfikowane są one jedynie jako dolegliwości, które na dodatek nie zagrażają życiu. Musimy mieć jednak świadomość, że problem ten diametralnie wywraca do góry nogami całe życie – w efekcie pacjenci wycofują się w pierwszej kolejności z życia zawodowego, następnie społecznego, aż w końcu również rodzinnego. To ogromny problem, a społeczeństwo zdaje się nie mieć świadomości do jak głębokich depresji może doprowadzać pęcherz nadreaktywny – przyznała w rozmowie z redakcją Kwartalnika NTM Teresa Bodzak, przewodnicząca Sekcji Pęcherza Stowarzyszenia „UroConti”.

Dodała, że od wielu lat środowisko pacjentów walczy o dostęp do nowoczesnych terapii. Szczególnie że – jak sama podkreśla – koszty leczenia zaawansowanego OAB są znacząco wyższe od kosztów leczenia farmakologicznego, które można by zaoferować pacjentom w pierwszej linii, a które dotychczas nie zostały wprowadzone na listy leków refundowanych. – *To ogromna krótkowzroczność decydentów* – oceniła Teresa Bodzak.

Farmakoterapia – złoty standard leczenia OAB

Eksperti podkreślają, że obecnie postępowanie terapeutyczne w przypadku pacjentów zmagających się z OAB powinno obejmować z jednej strony modyfikację stylu życia oraz umiejętnie wdrożenie fizjoterapii, z drugiej natomiast właściwie dobraną farmakoterapię oferowaną w pierwszej i drugiej linii leczenia. Ta pierwsza powinna



Fot. #203275405 © Pio Si - Fotolia.com

bazować na szerokiej grupie leków antycholinergicznych (stosowanych odpowiednio według generacji), ta druga powinna zawierać leki o innych mechanizmach działania, np. leki o aktywności adrenergicznej (wśród których jest m.in. agonista receptorów beta-adrenergicznych) czy w końcu trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne i estrogeny. W praktyce jednak okazuje się, że w Polsce dostęp do refundowanej farmakoterapii jest istotnie gorszy, niż ma to miejsce w innych krajach Europy.

– Polscy pacjenci powinni mieć dostęp do wszystkich tych leków, które refundowane są w innych krajach Unii Europejskiej, tymczasem przepaść refundacyjna pomiędzy Polską a Europą w tym obszarze jest ogromna – ocenia Teresa Bodzak. Dodaje jednocześnie, że obecnie pacjenci walczą o leki, które rozszerzyłyby katalog produktów obejmujący zaledwie dwie substancje czynne. – *Warto również podkreślić, że tylko jedna z tych substancji czynnych refun-*

dowana jest bez konieczności spełniania przez pacjentów określonych warunków refundacyjnych, natomiast w przypadku drugiej warunkiem uzyskania refundacji jest wykonanie badania urodynamicznego. Niestety, to badanie jest nie tylko procedurą inwazyjną, ale również często uwłacza ono godności kobiety czy mężczyzny. Zdarza się bowiem, że w niektórych przypadkach, jego realizacja przebiega w tak niekomfortowych warunkach, że wielu pacjentów nie chce poddawać się tej procedurze – tłumaczy przewodnicząca Sekcji Pęcherza „UroConti”.

w objawowym leczeniu nokturii spowodowanej idiopatycznym nocnym wielomoczem u dorosłych. W styczniu tego roku, do AOTMiT wpłynął wniosek o przygotowanie analizy weryfikacyjnej, stanowiska Rady Przejrzystości oraz rekomendacji prezesa agencji. Ostatecznie procedura oceny wniosku refundacyjnego została zawieszona. 14 marca br. Teresa Bodzak przyznała, że nie była to informacja, jakiej oczekiwali pacjenci, szczególnie że Stowarzyszenie „UroConti” od przeszło siedmiu lat zabiega o dostęp do nowych leków.



Fot. #165833733 © airborne77 - Fotolia.com

Walka o właściwe leczenie

Zmagania o lepszy dostęp do leczenia nie są jednak łatwe, szczególnie że leki muszą przejść skomplikowaną i kosztowną procedurę refundacyjną bez gwarancji jej finalnego sukcesu.

– Oczywiście, nasze pierwsze kroki kierujemy do Ministerstwa Zdrowia, niestety resort odsyła nas do producentów leków, informując o tym, że tylko pacjenci są w stanie nakłonić podmioty odpowiedzialne do składania wniosków refundacyjnych. Niestety, na tym działania resortu zdrowia kończą się. Z drugiej strony producenci wskazują, że przedstawiane są im takie warunki i oczekiwania, że często nie mogą składać wniosku lub wręcz zawieszają go w trakcie procedowania w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. To bardzo zniechęca podmioty odpowiedzialne do procedowania wniosków refundacyjnych, zwłaszcza że niemałe fundusze zainwestowane w procedowanie wniosku nie są im zwracane w przypadku niepowodzenia – mówi Teresa Bodzak.

Potwierdzeniem tego zjawiska jest proces refundacyjny leku Noqturina (desmopresyna), który jest stosowany

Po pomoc do parlamentarzystów

Środowisko pacjentów nie zamierza jednak składać broni i już teraz stara się otwarcie informować o swoich problemach. – Jako pacjenci staramy się cały czas informować opinię publiczną o naszej sytuacji, dodatkowo regularnie wysyłamy pisma do Ministerstwa Zdrowia, komisji sejmowych oraz senackich, czy w końcu do poszczególnych parlamentarzystów – mówi Teresa Bodzak.

Efektom tych działań są m.in. interpelacje poselskie. Tylko w maju głos w sprawie pacjentów z zespołem pęcherza nadreaktywnego i ich problemów z dostępem do farmakoterapii zabrała posłanka .Nowoczesnej Monika Rosa. W interpelacji

nr 22273 zwróciła się zarówno do resortu zdrowia, jak i do Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w sprawie poszerzenia listy leków refundowanych o kolejne substancje czynne stosowane w leczeniu OAB.

„Polska nadal pozostaje w gronie krajów Europy o najniższym dostępie do innowacyjnej farmakoterapii dla osób z zespołem pęcherza nadreaktywnego i z powstałym na tym tle nietrzymaniem moczu ze względu na brak refundacji małoinwazyjnych terapii, czyli innowacyjnych leków” – zwróciła uwagę Monika Rosa. Dodała, że „decyzji o refundacji leków na pęcherz nadreaktywny nie powinno się rozpatrywać w oderwaniu od wskaźników ekonomicznych, a wiadomo, że niemała grupa ludzi, którzy mogliby podejmować pracę pomimo swojego wieku, nie decyduje się na nią często z powodu problemów z utrzymywaniem moczu”. Jej zdaniem osoby, które byłyby właściwie leczone z powodu swojej dolegliwości stosunkowo szybko wróciłyby na rynek pracy. Niestety, do momentu oddania Kwartalnika do druku, majowa interpelacja posłanki .Nowoczesnej pozostała bez echa.

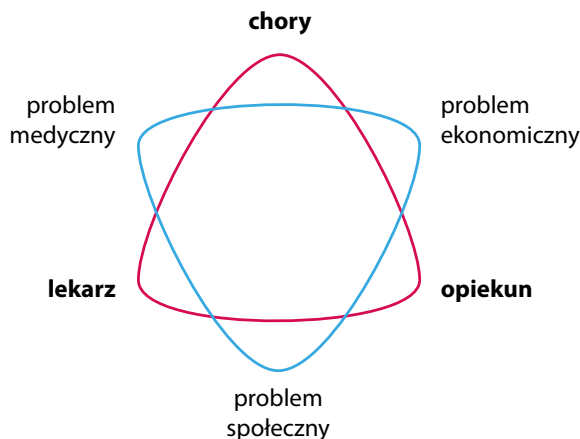
Nietrzymanie moczu u osób z otępieniem

Małgorzata Durka
doktorant Wydziału Nauk o Zdrowiu WUM
dyrektor medyczny Origin Polska

prof. dr hab. n med. Tadeusz Parnowski
psychiatra
Rada Języka Polskiego PAN
naczelný lekarz Origin Polska

W wieku podeszłym następuje kumulacja czynników szkodliwych i licznych chorób somatycznych. Czynniki te są odpowiedzialne m.in. za występowanie uszkodzenia mózgu (np. naczyniowe czynniki ryzyka). Jest to także okres w życiu człowieka, w którym ujawnia się podatność na choroby zwyrodnieniowe.

Wyniki badań wskazują, że rozpowszechnienie otępienia na świecie wynosi 8-10% w populacji po 65. r.ż. i podwaja się co 5 lat, osiągając 50% w grupach wiekowych powyżej 85. r.ż. W Polsce problem ten dotyczy ok. 500 000 osób, wśród nich na chorobę Alzheimera choruje ok. 370 000 osób. Problemy związane z obecnością otępienia są wielowymiarowe (ryc.1).



rzetelnym wywiadem od osób z najbliższego otoczenia chorego i, w miarę możliwości, wynikami badania neuropsychologicznego lub „ilościowymi metodami oceny procesów poznawczych”.



Fot. #129323491 © freshidea - Fotolia.com

Zgodnie z definicją zawartą w Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania (ICD-10), otępienie jest zespołem objawów klinicznych występujących wskutek przewlekłej choroby lub uszkodzenia mózgu.

Rozpoznanie otępienia musi spełnić następujące warunki:

1. Stwierdza się jednocześnie występowanie:
 - zaburzeń pamięci („najwyraźniejsze w zakresie uczenia się nowych informacji”) oraz
 - zaburzeń innych funkcji poznawczych (osądu, myślenia, planowania, organizowania, ogólnego przetwarzania informacji), które uległy pogorszeniu w stosunku do wcześniejszego wyższego poziomu, w obu przypadkach w stopniu powodującym zaburzenia funkcjonowania w zakresie codziennego życia. Istnienie tych zaburzeń jest udokumentowane

2. Zachowana jest „świadomość otoczenia, to jest brak przymglenia świadomości” (definiowanego jako „zmniejszona jasność rozpoznawania otoczenia z mniejszą zdolnością koncentracji, podtrzymywania i przemieszczania uwagi”), przynajmniej przez czas niezbędny do stwierdzenia występowania zaburzeń funkcji poznawczych. „W przypadku nawarstwienia się epizodów zaburzeń świadomości (delirium) rozpoznanie otępienia należy odroczyć”.
3. Występuje „spadek emocjonalnej kontroli nad motywacją albo zmiana zachowań społecznych przejawiająca się co najmniej jednym z następujących objawów:
 - chwiejność emocjonalna,
 - drażliwość,
 - apatia,
 - prymitywizacja zachowań społecznych”.

4. Objawy zaburzeń pamięci i innych funkcji poznawczych występują od co najmniej 6 miesięcy.

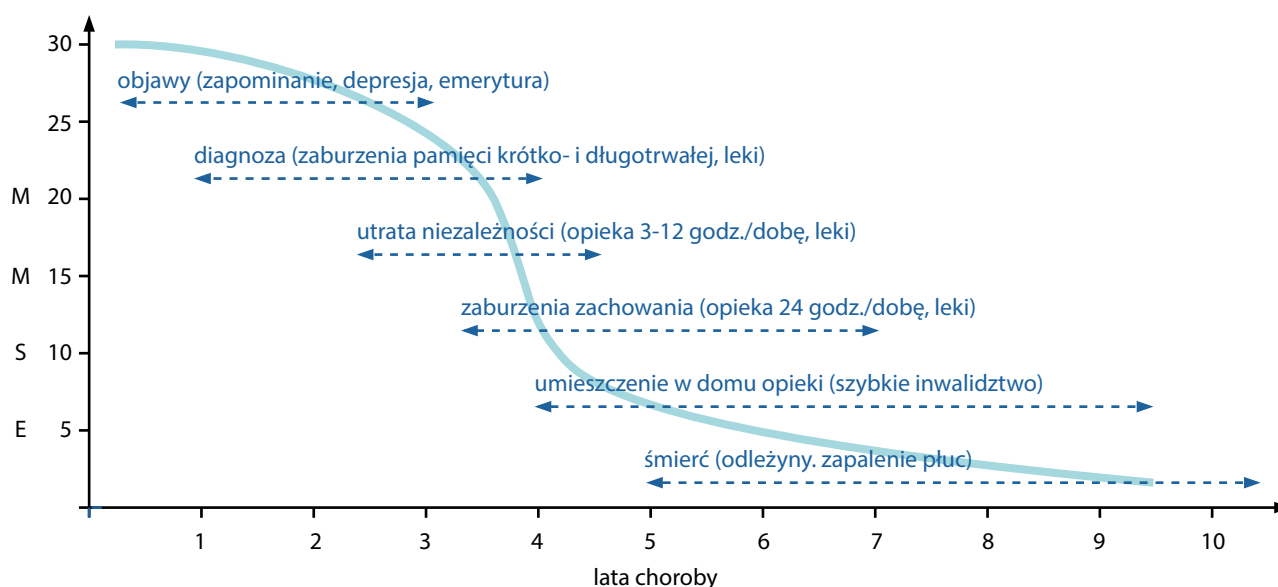
W komentarzu autorzy tych kryteriów stwierdzają również, że „przesłankami wzmacniającymi rozpoznanie jest potwierdzenie zaburzenia innych wyższych czynności korowych, w postaci: afazji, agnozji, apraksji” (WHO 1993).

Obraz kliniczny otępienia

Początek choroby jest podstępny, przebieg powolny i postępujący, z niewielkimi zaostreniami zależnymi od czynników psychospołecznych i biologicznych. Do najbardziej typowych czynników psychospołecznych, wpływających na przebieg choroby, należą: utrata partnera, zmiana miejsca pobytu, przejście na emeryturę, zaś wśród czynników biologicznych: wystąpienie chorób somatycznych, zaostrenie wcześniejszych przewlekłych chorób somatycznych, urazy, zatrucia, choroby metaboliczne, zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej spowodowane niedożywieniem i odwodnieniem oraz niektóre pory roku

dawnych pozostaje niezmieniona lub mało zaburzona. Osłabienie wydolności intelektualnej utrudnia realizację planów życiowych. Zadania bardziej skomplikowane lub planowanie wypoczynku są trudne do zrealizowania. Pojawiają się zmiany osobowości, wyrażające się zaostreniem cech osobowości przedchorobowej, np. u chorych z osobowością skłonną do depresji w obrazie otępienia mogą dominować objawy depresji, apatii, wycofania się, izolacji społecznej, pogorszenia łaknienia i snu. Częstość występowania objawów depresji w chorobie Alzheimera, wynosi od 0% do 86%. U ok. 15-40%, a w niektórych badaniach aż u 60% pacjentów z chorobą Alzheimera występuje zespół depresyjny [Ballard i wsp. 2008]. Efektywność inhibitorów acetylocholinesterazy jest niewielka, natomiast przed zastosowaniem leków prokognitywnych rozważyć należy stosowanie leków przeciwd depresyjnych. W otępieniu o nasileniu niewielkim, występują także niekontrolowane reakcje emocjonalne w postaci labilności afektu, drażliwości, wybuchów złości, czasem zachowań agresywnych. Wczesne objawy otępie-

Ryc. 2. Przebieg choroby Alzheimera (za 1)



(zima). Choroba trwa od kilku do kilkunastu lat (4-19), powodując stopniowo coraz większą inwalidyzację chorego i pogarszanie jego aktywności życiowych. Chorzy umierają z powodu odleżyn lub zapalenia płuc.

Podział nasilenia otępienia na trzy etapy jest przydatny z punktu widzenia praktycznego, ponieważ wskazuje na stopień upośledzenia funkcjonowania chorego, a w związku z tym, możliwość zaplanowania rodzaju opieki minimalizującej obciążenie i zwiększającej sprawność funkcjonowania chorego i jego rodziny.

W otępieniu o nasileniu lekkim pogorszenie pamięci zaburza codzienne życie, ale nie uniemożliwia samodzielnego funkcjonowania. Zaburzenia dotyczą głównie uczenia się nowych informacji. Pamięć wydarzeń

dotyczą głównie zaburzeń procesów poznawczych i współwystępowania depresji (ok. 20-32%), apatii (15-36%), pobudzenia lub agresji (30%), drażliwości (15%).

W otępieniu o nasileniu umiarkowanym zaburzenia pamięci są bardziej nasilone (przypominany jest tylko materiał dobrze utrwalaony oraz wielokrotnie używane informacje; nowe informacje utrzymują się krótko i rzadko mogą być wykorzystywane). Niemożność przypominania podstawowych informacji, takich jak nazwy i nazwiska, czy miejsce pobytu, powoduje dezorientację i możliwość błędzenia. Niezdolność do samodzielnego funkcjonowania społecznego, możliwość wykonywania tylko prostych czynności w domu, wymaga ciągłej opieki ze strony rodziny.

Częścią obrazu klinicznego otępienia o nasileniu umiarkowanym w chorobie Alzheimera są liczne objawy psychopatologiczne. Należą do nich: zaburzenia postrzegania (omamy słuchowe, wzrokowe, zespół Bonnetta, zespół błędnego rozpoznawania), zaburzenia myślenia (urojenia ksobne, prześladowcze, niewiary małżeńskiej), zaburzenia afektu (depresja), objawy neurologiczne i zaburzenia zachowania. Opiekunów najbardziej obciążają zaburzenia zachowania chorych, a zwłaszcza zachowania agresywne (95% opiekunów skarży się na agresję werbalną i czynną, 70% na błędzenie, 56% na niepokoje) [Brodaty i wsp. 1990].

W otępieniu o nasileniu znacznym występują globalne zaburzenia pamięci i bardzo znaczne obniżenie funkcji intelektualnych, fragmentaryczne przypomnienie nabytych wiadomości, niemożność rozpoznania nawet bliskich krewnych oraz przyswajania nowych informacji. Brak możliwości nawiązania zrozumiałego kontaktu werbalnego wskutek zaburzeń językowych uniemożliwia nawiązanie i utrzymanie rzeczowego kontaktu. Kontakt emocjonalny jest zachowany, lecz fragmentaryczny. W obrazie klinicznym dominuje apatia lub pobudzenie, krzyk, zaburzenia rytmu dobowego. Brak dbałości o higienę osobistą i utrata kontroli nad zwieraczami powoduje konieczność stałej opieki i pielęgnacji [Brodaty i wsp. 1996].

Poza opisanymi zespołami objawów występujących w otępieniu: 1. zaburzenia nastroju (depresja, lęk, drażliwość, apatia), 2. objawy psychotyczne (pobudzenie, urojenia, omamy, zaburzenia świadomości), oraz 3. zaburzenia zachowania (rozhamowanie, euforia, stereotypie, zaburzenia snu i łaknienia, chodzenie, sprawdzanie) [Frisoni

i wsp. 1999] (ryc.2), głównymi, praktycznymi problemami dla opiekuna są także zaburzenia snu, niechęć do przyjmowania pomocy, oskarżenia kierowane do opiekuna, brak dbałości o higienę osobistą, nietrzymanie moczu i stolca w późniejszych etapach choroby.

Nietrzymanie moczu w otępieniu

Nietrzymanie moczu jest poważnym problemem w otępieniu, zwłaszcza o nasileniu umiarkowanym i znacznym. Występuje znacznie częściej, niż w populacji osób starszych bez otępienia (19-53%). Odsetek ten zwiększa się do 90% u chorych z otępieniem znacznym. Ponieważ mechanizm oddawania moczu u chorych nie jest związany bezpośrednio z układem moczowym (zaburzenia mikcji, dysfunkcji pęcherza moczowego), lecz występuje z powodu przyczyn zewnętrznych (infekcja dróg moczowych, upadki, złamania), być może bardziej adekwatna jest nazwa funkcjonalnego (lub neurogennego) nietrzymania moczu.

Stopniowemu pogarszaniu się pamięci towarzyszą zaburzenia orientacji, wzrokowo-przestrzenne, motywacja do poruszania się, ocena sytuacji etc. Problem z niekontrolowanym oddaniem moczu może więc wynikać z trudności w rozpoznaniu potrzeby pójścia do toalety, utrzymania moczu, zanim dotrze się do celu, znalezienia toalety, rozpoznania toalety, adekwatnego użycia toalety, motywacji, żeby wstać i pójść (co jest znacząco pogorszone, gdy współwystępuje depresja lub nasilona apatia). Chociaż nietrzymanie moczu występuje w każdym otępieniu, początek jego wystąpienia zależny jest także od typu otępienia, występuje wcześniej np. w wodogłowie normotensyjnym, jako jeden z głównych objawów (ze-

Tab. 1. Ocena nietrzymania moczu w otępieniu (Yap&Tan, 2006)

1. OCENA: AKTYWNE CZY PASYWNE
• moczenie się pasywne: siedzenie na krześle lub łóżku bez prób zastosowania próby aktywnego działania; • moczenie się aktywne: zabrudzenie podczas prób pójścia do toalety, niezadowolająca próba oddania moczu lub stosowanie nieodpowiedniego urządzenia lub naczynia.
2. OPIS PROBLEMU
3. WYKLUCZENIE PRZYCZYN ODWRACALNYCH
• nieodpowiednie nawyki przyjmowania płynów (za dużo, za mało, zbyt późno, za dużo kawy); • nietrzymanie z nadmiaru zalegającego moczu; • zaburzenia świadomości; • infekcja (dróg moczowych); • zanikowe zapalenia pochwy • przyczyny psychologiczne (np. depresja); • farmaceutyki (np. diuretyki, leki sedatywne, opioidy); • przyczyny endokrynne (np. cukrzyca); • ograniczenia ruchu; • zaleganie stolca/ zaparcia.

4. ANALIZA MOŻLIWYCH CZYNNIKÓW RYZYKA

- Deficyty funkcji poznawczych:
 - dezorientacja w miejscu i otoczeniu;
 - agnozja;
 - afazja;
 - zaburzenia wzrokowo-przestrzenne.
- Problemy behawioralne:
 - aktywność - rozhamowanie, niepokój, lęk;
 - pasywność - apatia, depresja, nadmierne uzależnienie od opiekuna, zwracanie na siebie uwagi.
- Problemy z przemieszczaniem się:
 - pogorszenie mobilności, pogorszenie wzroku, apraksja.

5. OCENA POTWIERDZONYCH PRZYCZYN:

- Nadaktywny pęcherz:
 - nadaktywność pierwotna mięśnia wypieracza;
 - wtórny do powiększenia prostaty.
- Nietrzymanie moczu spowodowane stresem
- Niecałkowite opróżnianie/trudności z mikcją
 - pęcherz neuropatyczny;
 - blokada wypływu moczu z pęcherza (np. powiększenie prostaty).
- Inne:
 - nadreaktywność wypieracza z upośledzeniem kurczliwości;
 - skurcz zwieracza zewnętrznego cewki.

spół Hakima, NPH); w otępieniu naczyniowym po uszkodzeniu obwodu czołowo-podkorowego; w otępieniu czołowo-skroniowym po uszkodzeniu korowego ośrodka mikcji [Yap&Tan, 2006].

Diagnoza nietrzymania moczu w otępieniu budowana jest na podstawie analizy czynników wskazujących na przyczyny zaburzeń (tab.1).

Postępowanie

Najbardziej efektywne jest monitorowanie pacjenta z otępieniem w określonych odcinkach czasowych. Pacjent ma określony czas na chodzenie do toalety; powinien wyrazić zgodę na towarzyszenie mu.

Stosuje się 7 zasad monitorowania pacjenta:

1. Ukierunkowanie uwagi pacjenta na potrzebę oddania moczu poprzez zadanie pytania, czy pielucha jest sucha czy mokra.
2. Sprawdzenie suchości pieluchy i poinformowanie o tym pacjenta.
3. Zapytanie go, czy chce udać się do toalety, jeśli odmówi - powtórzenie pytania trzykrotnie.
4. Zaprowadzenie do toalety, jeśli odpowiedź będzie pozytywna.
5. Werbalne wsparcie pacjenta w konieczności pójścia do toalety i prawidłowego jej użycia.
6. Zaproponowanie przyjęcia płynów, aby utrzymać prawidłowy stan nawodnienia.
7. Przypominanie od czasu do czasu o następnej wizycie w toalecie [Hägglund, 2010].

Stosowanie farmakoterapii u chorego z otępieniem jest dyskusyjne. Efektywnie działają leki z mechanizmem antycholinergicznym, lecz powodują pogorszenie funkcji poznawczych, zwiększają ryzyko wystąpienia zaburzeń świadomości i nasilają zaparcia. Brak jest badań nad stosowaniem leków zwiotczających mięśnie w nadreaktywności wypieracza. Próby stosowania antagonistów receptora muskarynowego (np. chlorowodorek oksybutyny, tolterodyna, darifenacyna, solifenacyna) wykazały efektywność u osób bez otępienia, jednak w czasie ich stosowania występują liczne objawy niepożądane (np. zaparcia). Brak jest też przekonujących danych dotyczących efektywności biofeedbacku lub stymulacji elektrycznej u chorych z otępieniem (SMPM) [Sakakibara i wsp., 2008].

Podsumowanie

U większości chorych z otępieniem nietrzymanie moczu ma charakter funkcjonalny. Zaburzenia funkcji poznawczych negatywnie wpływają na niemożność odpowiedniego korzystania z toalety. W czasie leczenia należy najpierw zwrócić uwagę na odwracalne przyczyny nietrzymania moczu. W funkcjonalnym nietrzymaniu moczu najbardziej istotne są zaburzenia poznawcze, behawioralne i ruchowe. Najbardziej efektywnym działaniem w nietrzymaniu moczu jest ciągła komunikacja opiekuna z chorym.

Piśmiennictwo u autorów.

Dobre wieści z Miodowej

Violetta Madeja



Fot. #51326407 © Robert Kneschke - Fotolia.com

Drugi kwartał tego roku przyniósł wiele pozytywnych zmian dla pacjentów ze schorzeniami urologicznymi. Najważniejszą okazało się wejście w życie w połowie kwietnia nowelizacji rozporządzenia w sprawie szpitalnych świadczeń gwarantowanych, które wprowadziło do koszyka świadczeń długo oczekiwaną neuromodulację krzyżową.

Środowisko pacjentów nie kryje, że na zapisy znowelizowanego rozporządzenia ministra zdrowia z 13 kwietnia 2018 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego czekało siedem długich lat. Pierwszy wniosek o rozszerzenie katalogu świadczeń gwarantowanych o neuromodulację krzyżową Stowarzyszenie „UroConti” złożyło w styczniu 2011 r. Poparł go ówczesny konsultant krajowy w dziedzinie urologii prof. dr hab. n. med. Andrzej Borówka. Ostatecznie wysiłki pacjentów zostały uwieńczone 17 kwietnia, kiedy to ministerialny dokument został opublikowany. Do końca jednak środowisko pacjentów było trzymane w niepewności.

– *Rozporządzenie miało wejść w życie 1 kwietnia. Kiedy tak się nie stało, zaczęliśmy się już denerwować, bo wielokrotnie dopytywaliśmy w ministerstwie, jak wygląda proces konsultacji i czy nie ma żadnych opóźnień* – wspomina Anna Sarbak, prezes Stowarzyszenia „UroConti”. Ostatecznie jednak, kilkanaście dni później, pacjenci mogli podziękować ministrowi zdrowia oraz wszystkim osobom zaangażowanym w proces nowelizacji rozporządzenia. – *Dziękujemy w imieniu pacjentów cierpiących na nadreaktywność pęcherza i niedoczynność mięśnia wypieracza za to, że będą mogli wreszcie skorzystać z tej bezpiecznej i skutecznej metody terapeutycznej, z powodzeniem stosowanej na świecie od ponad 20 lat* – powiedziała prezes „UroConti”. Zgodnie z rozporządzeniem, zabiegi wszczepienia niewielkiego stymulatora pobudzającego do prawidłowej

pracy nerwy krzyżowe będą mogły przeprowadzać zarówno oddziały urologiczne, jak również te o profilu położniczo-ginekologicznym, które pierwotnie w projekcie nowelizacji rozporządzenia nie były uwzględnione. – *Możliwość stosowania neuromodulacji krzyżowej również przez ginekologów to bardzo dobra wiadomość. Stowarzyszenie „UroConti” od wielu lat apeluje do środowisk ginekologów i urologów o większą współpracę. Wierzimy, że w ten sposób poprawi się efektywność leczenia osób z NTM i zmniejszy liczba pacjentów z powikłaniami pooperacyjnymi, która obecnie jest niepokojąco wysoka* – oceniła Anna Sarbak.

Tak dla roboty

Kwietniowe rozporządzenie wprowadziło również możliwość finansowania z budżetu NFZ zabiegu leczenia nowotworu gruczołu krokowego z zastosowaniem systemów robotowych. Resort zdrowia wskazał, że szacując wpływ procedur na budżet NFZ, przyjęto, że w kolejnych trzech latach liczba wykonanych zabiegów wyniesie odpowiednio 100, 150 i 200.

Nowością w koszyku świadczeń gwarantowanych będzie również protezowanie moczowodu lub cewki moczowej protezą metalową. Zdaniem Ministerstwa Zdrowia pacjenci, którzy poddali się tej procedurze, lepiej oceniali zdolność opróżniania pęcherza, podkreślali brak wpływu na funkcje seksualne, a także poprawę dotyczącą odczuwania bólu. Podkreślono również, że przy procedurze tej infekcje w drogach moczowych obserwowane są 1,5-krotnie rzadziej w porównaniu do cewnikowania, a także rzadziej obserwuje się występowanie ropy w moczu. Resort zdrowia szacuje, że zabiegi protezowania cewki moczowej będą wykonywane u 95 pacjentów rocznie, zaś zabiegi protezowania moczowodu u 13 pacjentów rocznie.

Dobre wieści z AOTMiT

W kwietniu i maju Rada Przejrzystości przy Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oceniła szereg molekuł - zarówno tych już refundowanych, a starających się o wprowadzenie na listy leków 75+, jak również wniosków refundacyjnych dla leków, które jeszcze nie znalazły się na wykazach refundacyjnych.

Oceniając efektywność wybranych produktów leczniczych w populacji osób powyżej 75. roku życia w grupie leków 75.2 (Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna), eksperci uznali za zasadność stosowania dwóch preparatów w nadreaktywności pęcherza moczowego za umiarkowanie istotną.

„Zarówno tolterodyna, jak i solifenacyna są lekami podstawowymi stosowanymi w leczeniu pęcherza nadreaktywnego. Według dostępnych danych klinicznych preparaty solifenacyny i tolterodyny o przedłużonym uwalnianiu wykazują przewagę pod względem ryzyka cholinolitycznych działań niepożądanych. Ma to istotne znaczenie w aspekcie wysokiej częstości występowania dolegliwości, których objawy mogą nasilać się pod wpływem środków o działaniu cholinolitycznym w populacji 75+” - oceniła Rada Przejrzystości.

Taka ocena zaskoczyła pacjentów. W stanowisku przesłanym do Rady Przejrzystości Stowarzyszenie „UroConti” uznało, że decyzja została podjęta po ocenie powierzchownej i nieobiektywnej, a zespół pęcherza nadreaktywnego powinien być uznany przez ekspertów za problem zdrowotny co najmniej równie istotny jak nietrzymanie moczu. - *Proszę zwrócić uwagę, że zespół pęcherza nadreaktywnego tworzy zespół objawów, którego elementem są parcia naglące, przebiegające z nietrzymaniem moczu, którym towarzyszy częstomocz dzienny i/ lub nokturia. W efekcie tej niesprawności nie mamy wpływu na częstotliwość oddawania moczu i jego ilość. Dla osób starszych stwarza to szereg niebezpieczeństw w życiu codziennym, takich jak np. nocne upadki i wynikające z tego konsekwencje w postaci skomplikowanych złamań* - oceniła Teresa Bodzak, przewodnicząca Sekcji Pęcherza Stowarzyszenia „UroConti”.

Kolejnymi grupami ocenianymi 28 maja br. w kontekście wejścia na listę leków 75+, były leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina (grupa 75.1) oraz leki moczopędne - pętlowe (grupa 37.0).

Kolejny lek na umiarkowany rozrost prostaty

Na początku kwietnia Rada Przejrzystości debatowała również nad wprowadzeniem leku Opdivo (niwolumab) do programu lekowego „Leczenie raka urotelialnego z zastosowaniem niwolumabu (ICD-10: C65, C66, C67, C68)” oraz przygotowaniem stanowiska w sprawie oceny leku Adadut (dutasteryd) we wskazaniu: leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego. W przypadku niwolumabu

eksperci uznali za niezasadne objęcie go refundacją we wnioskowanym wskazaniu: leczenie dorosłych pacjentów z nieoperacyjnym rakiem urotelialnym miejscowo zaawansowanym lub z przerzutami u dorosłych po niepowodzeniu wcześniejszej terapii zawierającej pochodne platyny. Natomiast dutasteryd uzyskał pozytywną ocenę, a Rada Przejrzystości uznała za zasadne objęcie refundacją leku w dawce 0,5 mg.

Duże obawy pacjentów związane z pozytywną decyzją AOTMiT wiążą się jednak z propozycją odpłatności pacjentów na poziomie 30 proc., od której uwarunkowana byłaby decyzja refundacyjna. W piśmie przekazanym do wiceministra zdrowia Marcina Czecha, Bogusław Olawski, przewodniczący Sekcji Prostaty „UroConti”, wskazał, że pacjenci obawiają się wzrostu obciążenia finansowego. - *Wnioskodawca musiałby obniżyć cenę kilkukrotnie, aby pacjent płacący 30 proc. za dutasteryd - z uwzględnieniem płatności ponad limit finansowania - ponosił podobny koszt, co w przypadku finasteredu, który dostępny jest na ryczałt* - argumentował Bogusław Olawski.

Naqturina - wniosek zawieszony w AOTMiT

Pod koniec marca zawieszono natomiast postępowanie w AOTMiT związane z przygotowaniem analizy weryfikacyjnej, stanowiska Rady Przejrzystości i rekomendacji prezesa agencji dla leku zawierającego desmopresynę (Naqturina). Preparat ten stosowany jest w leczeniu nokturii wywołanej idiopatycznym nocnym wielomoczem u dorosłych. Teresa Baodzak przyznała, że informacja ta zaniepokoiła pacjentów, którzy na nowe leki stosowane w leczeniu pęcherza nadreaktywnego czekają już ponad 7 lat.

- *Nie jest to dla nas dobra wiadomość. Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti” od wielu lat aktywnie zabiega o poszerzenie dostępu do szerszej liczby refundowanych leków w terapii chorób dolnych dróg moczowych, w tym związanych z nokturią, która jest jednym z najbardziej uciążliwych objawów. Od 2011 roku na liście leków refundowanych w leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego (OAB) znajdują się jedynie dwie substancje - solifenacyna i tolterodyna* - oceniła.

Co w najbliższych miesiącach?

Wśród zleceń przekazanych przez resort zdrowia do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji znalazło się m.in. opracowanie w procesie konsultacji z gronem interesariuszy odpowiednich rozwiązań w zakresie świadczenia kompleksowej opieki onkologicznej w zakresie nowotworów narządowych, wśród których znalazł się rak prostaty, a także procedur ginekologii onkologicznej. Na zlecenie ministerstwa eksperci zajmą się również oceną dziennej długoterminowej opieki medycznej jako świadczenia gwarantowanego z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

HARTMANN



100%

DYSKRECJI
KOMFORTU
BEZPIECZEŃSTWA

Higiena przy
nietrzymaniu moczu

MoliCare® Premium Mobile

Najwyższa jakość dopasowana
do Twoich potrzeb.

*Poczuj się komfortowo i dyskretnie
w ważnej dla Ciebie chwili.*



Produkty
dostępne
w refundacji.

KOMFORT I DYSKRECJA
TRADYCYJNEJ BIELIZNY



Idealne dopasowanie do kształtu
ciała zapewnia komfort i dyskrecję
tradycyjnej bielizny



Maksymalne
zabezpieczenie przed
wyciekaniem



Innowacyjny system
szybkiego wchłaniania
zapewnia dyskrecję
i komfort suchej skóry



Potrójna ochrona
i wysoki poziom
bezpieczeństwa dzięki
innowacyjnej budowie
wkładu chłonnego



Przyjazne dla skóry
pH 5,5 utrzymuje
zdrową kondycję skóry
i chroni przed złymi
czynnikami

DOWIEDZ SIĘ
jak działa produkt i przetestuj.

Więcej pod nr bezpłatnej infolinii: 800 26 96 36

PAUL HARTMANN Polska Sp. z o.o. • www.hartmann.pl • www.molicaremobile.pl

Nowość!

Po raz pierwszy w Polsce!

Poradnik dla pacjentów urologicznych i ich rodzin

Pod redakcją
Piotra L. Chłosty



Redakcja wydania
Mariusz Błewniewski



Już dziś zamów książkę na

www.poradnikurologiczny.pl

lub zadzwoń: +48 22 279 49 06