

OPIEKA I PIELĘGNACJA

**Skóra pacjenta z NTM
wymaga szczególnej
troski**

WYWIAD



**Sercem jestem
uroginekologiem**



LECZENIE



**Sześć kroków do
właściwej terapii
nieдержание mocz**

LECZENIE

**Neuromodulacja krzyżowa
wciąż dostępna tylko
na papierze**



LEGISLACJA



**W refundacji bez
sensacji**

25 lat opóźnienia

Wielu już przestało wierzyć. Inni zdążyli całkowicie zapomnieć o sprawie. A jednak się udało! Neuromodulacja nerwów krzyżowych będzie wreszcie dostępna w polskich szpitalach. Przy wszystkich zastrzeżeniach, przy wielokrotnych zmianach, łącznie z wstrzymaniem publikacji podpisanego już rozporządzenia, terapia ta staje się częścią oferty szpitalnej w pełni refundowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Na konto swoich sukcesów będzie ją mógł zapisać prof. Łukasz Szumowski, pełniący jedną z najbardziej niebezpiecznych funkcji w Polsce, jaką jest kierowanie resortem zdrowia.

Stowarzyszenie „UroConti”, z właściwą sobie konsekwencją, ciągle przypomina, kiedy złożyło wniosek w tej sprawie. Było to osiem lat temu. Część osób może stwierdzić, że to niewiele, znając polską rzeczywistość. Trzeba jednak pamiętać, że sama terapia jest dostępna na świecie już od 25 lat i jej wpływ na budżet NFZ będzie symboliczny. Wystarczy wczytać się w uzasadnienie rozporządzenia ministra zdrowia, żeby dowiedzieć się, że koszt tej refundacji nie powinien przekroczyć 10 mln zł rocznie. Dlaczego więc tak długo procedowano ten wniosek? Odpowiedź przynajmniej dla mnie jest jednoznaczna: mamy niewydolny sys-

tem poparty fatalną organizacją pracy. Aż strach pomyśleć, kiedy polskie szpitale dostaną refundację na przeprowadzanie operacji za pomocą technik robotycznych. Tam przecież w grę wchodzi dużo poważniejsze kwoty. Już teraz w stosunku do naszych południowych sąsiadów jesteśmy opóźnieni o ponad 10 lat!

Bardzo szybko może się okazać, że nasze zacofanie nie sięga tylko ćwierćwiecza, ale znacznie dłuższego okresu. Popatrzmy chociażby na środki absorpcyjne. Ich limit cenowy nie był zmieniany od 20 lat i nie zapowiada się, aby zmiana nastąpiła szybko. Podobnie jest z refundacją leków. U nas leki traktowane jako absolutna nowość, za granicą dostępne są w refundacji już od wielu lat.

Cóż to może oznaczać? Prognozę na lepsze czasy w ochronie zdrowia należy włożyć między bajki. I tak też postrzeżę to coraz więcej Polaków. Zamiast czekać na lepsze czasy, szukamy pomocy w prywatnym sektorze i w ten sposób oddolnie prywatyzujemy służbę zdrowia, czemu nasze elity polityczne, z coraz mniejszym zapalem, próbują się przeciwstawić.

Tomasz Michątek



SPIS TREŚCI

OPIEKA I PIELĘGNACJA

Skóra pacjenta z NTM wymaga szczególnej troski 4

WYWIAD

Sercem jestem uroginieologiem - wywiad
z prof. Tomaszem Rechbergerem 8

LECZENIE

Sześć kroków do właściwej terapii nietrzymania
moczu 11

Radykalna terapia ma swoje ograniczenia 14

Neuromodulacja krzyżowa wciąż dostępna tylko
na papierze 16

Ranking wojewódzkich oddziałów NFZ 17

Przetoki układu moczowego 18

LEGISLACJA

W refundacji bez sensacji 21

Rodzinie i bliskim oraz członkom Stowarzyszenia Osób
z NTM "UroConti" składamy wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci Teresy Bodzak.

Redakcja Kwartalnika NTM

Z wielkim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci
wspaniałego Człowieka i Przyjaciółki Teresy Bodzak,
wieloletniej aktywnej członkini naszego Stowarzyszenia,
Przewodniczącej Sekcji Pęcherza.

Rodzinie i bliskim naszej Koleżanki składamy wyrazy
głębokiego współczucia.

Zarząd i Główna Komisja Rewizyjna oraz Rada Stowarzyszenia
Osób z NTM "UroConti"

Redaktor naczelny: Tomasz Michalek; **Redaktor wydania:** Maja Markłowska-Dzierżak; **Sekretarz redakcji:** Karolina Ciepiela;

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 Michalek;

Korekta: Marzena Michalek; **Zdjęcia:** © Adobe Stock;

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:

Ol&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

Szanowni Państwo,

Od dłuższego czasu toczy się dyskusja, nie tylko w mediach, na temat uroginieologii. Pacjenci z NTM chcieliby znaleźć się pod opieką uroginieologów. Jednak Ministerstwo Zdrowia nie kwapi się do wyodrębnienia nowej specjalizacji. „Wiele razy spotykaliśmy się z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia w tej sprawie. Mieliliśmy zawarty konsensus z urologami. Napisałem już nawet program tej specjalizacji. Niestety, w pewnym momencie zabrakło woli politycznej, a może woli środowiska lekarskiego. Z jakiegoś powodu to utknęło” – mówi prof. Tomasz Rechberger, z którym rozmawia red. Tomasz Michalek. Zachęcamy Was do przeczytania tej rozmowy (str. 8), bo pokazuje ona, że jeśli klinikę kieruje odpowiednia osoba, to pacjenci mogą mieć pewność, że trafią w ręce profesjonalistów. Niezależnie od tego, czy będą się oni nazywali uroginieologami, czy nie.

„Świadomość problemów związanych z nietrzymaniem moczu, właściwa diagnoza, leczenie oraz fizjoterapia podjęta już na wczesnych etapach życia, stanowią o sukcesie zachowawczego leczenia nietrzymania moczu (NTM)” – pisze red. Violetta Madeja w artykule zatytułowanym „Sześć kroków do właściwej terapii nietrzymania moczu” (str. 11). Wiele ekspertów podkreśla, że z zabiegów wykonywanych przez fizjoterapeutów wynika wiele korzyści dla pacjentów. Ale czy każdy pacjent z NTM, który potrzebuje rehabilitacji, może liczyć na jej uzyskanie?

Podstawową metodą leczenia radykalnego raka prostaty jest prostatektomia radykalna, polegająca na całkowitym wycięciu gruczołu krokowego wraz z pęcherzykami nasiennymi, lub radioterapia radykalna, której celem jest zniszczenie komórek nowotworowych. Mimo ogromnych postępów w medycynie, obie metody nadal obciążone są ryzykiem powikłań, w wyniku których u wielu pacjentów dochodzi do nietrzymania moczu i/ lub zaburzeń erekcji. Co im może pomóc w powrocie do sprawności? Rehabilitacja! Jaki jest do niej dostęp w Polsce? O tym przeczytacie Państwo w artykule „Radykalna terapia ma swoje ograniczenia”, zamieszczonym na str. 14.

W tym wydaniu polecamy również Państwa uwadze artykuł dr. Tadeusza Hessela na temat przetok układu moczowego, które – choć zdarza się to rzadko – mogą być przyczyną NTM (str. 18) oraz tekst poświęcony zagadnieniu właściwej higieny i pielęgnacji skóry narażonej na drażniące działanie moczu i kału (str. 4). I już dziś, z wyprzedzeniem, życzymy Państwu dużo zdrowia z okazji świąt Wielkiej Nocy!

Maja Markłowska-Dzierżak

Skóra pacjenta z NTM wymaga szczególnej troski

Violetta Madeja



Fot. Halfpoint - stock.adobe.com

Właściwy dobór produktów chłonnych oraz prawidłowo przeprowadzone zabiegi higieniczne to klucz do zdrowej skóry pacjentów z nietrzymaniem moczu. Nadrzędnym celem będzie więc nie tylko zapewnienie komfortu związanego z nieprzeciekaniem moczu, ale również pielęgnacja ograniczająca ryzyko wystąpienia związanych z NTM problemów skórnych - zapalenia skóry (IAD), ran czy w skrajnych przypadkach odleżyn.

Częstym problemem osób dotkniętych różnymi formami NTM okazuje się utrzymanie właściwej higieny i pielęgnacja skóry narażonej na drażniące działanie moczu. Zdrowiu skóry nie sprzyjają również, obserwowane wraz z wiekiem pacjentów, spowolnione procesy regeneracji naskórka i potęgująca się wrażliwość powłok skórnych. W efekcie skóra wystawiona na działanie moczu ulega maceracji, zawilgoceniu, wzrasta jej pH i jednocześnie traci ona swoje funkcje barierowe. Zjawiska te przyczyniają się do rozwoju stanów zapalnych skóry związanych bezpośrednio z NTM (ang. in-

continence associated dermatitis - IAD), a także mniejszych ran oraz poważniejszych odleżyn.

- *W swojej praktyce bardzo często spotykam się z trudnymi, źle gojącymi się ranami, przez które bardzo często widać nawet kości i stawy osób starszych. Niestety, tego typu uszkodzenia powstają najczęściej pod wpływem zalegania moczu i są wynikiem źle dobranych lub niskiej jakości środków absorpcyjnych, a także niewłaściwie prowadzonej pielęgnacji* - ocenia elbląska pielęgniarka Elżbieta Szkiler, specjalista pielęgniarstwa opieki długoterminowej, zajmująca się jednocześnie leczeniem ran.

Jak dobrać środek chłonny

Jak podkreśla Elżbieta Szwalkiewicz, prezes Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”, stan skóry jest skorelowany z poziomem wiedzy na temat pielęgnacji i świadomości w zakresie potrzeb pacjentów i ich opiekunów. Dbając o skórę pacjentów - szczególnie tych niesamodzielnymi - warto zatem pamiętać o dwóch aspektach. Pierwszym z nich jest kwestia zabezpieczenia skóry produktami chłonnymi, co w praktyce spro-

Ty widzisz skórę dotkniętą przez czas,
ja widzę osobę, która poruszyła moje serce

Jak właściwie zadbać o skórę?

Pielęgnacja skóry osoby z nietrzymaniem moczu

Zmiany skórne są jednymi z najbardziej widocznych oznak starzenia. Z wiekiem skóra traci tkankę tłuszczową, staje się sucha, cieńsza i bardziej wrażliwa. Do pogorszenia jej kondycji może też prowadzić kontakt z wilgocią, mający miejsce przy nietrzymaniu moczu. Do pielęgnacji skóry seniorów używamy często zwykłych kosmetyków lub kosmetyków dla dzieci. Tymczasem na rynku dostępne są specjalistyczne kosmetyki przeznaczone specjalnie dla osób starszych.

Skóra odgrywa niezwykle ważną rolę – chroni nas przed urazami i infekcjami. Jej struktura diametralnie zmienia się wraz z wiekiem.

Najważniejszą różnicą jest to, że kiedy jesteśmy młodzi, nasza skóra ma zdolność do błyskawicznej regeneracji. Im jesteśmy starsi, tym proces ten staje się wolniejszy. U ludzi starszych skóra regeneruje się nawet do 4 razy wolniej.

To dlatego skóra osób starszych wymaga szczególnej opieki, zwłaszcza gdy mamy do czynienia z nietrzymaniem moczu.

Brak właściwej pielęgnacji może prowadzić do zapalenia skóry czy nawet odleżyn, zwłaszcza u osób leżących.

3 proste kroki do zdrowej skóry osób z nietrzymaniem moczu

Krok 1 **Sucha skóra**
Aby utrzymać zdrową skórę, zacznij od oddychających produktów chłonnych, takich jak wciągane majtki chłonne **TENA Pants** dla osób chodzących lub pieluchomajtki na rzepy **TENA Slip** dla osób leżących. Oba produkty zapewniają suchość i wysoki komfort.



Pieluchomajtki
TENA Slip



Majtki chłonne
TENA Pants

Krok 2 **Oczyszczanie**
Bardzo ważne jest oczyszczanie skóry przy każdej zmianie produktu chłonnego. W tym celu użyj chusteczek nawilżanych **TENA Wet Wipe**, które są znacznie większe i wydajniejsze niż ich odpowiedniki dla dzieci. W celu skutecznego usuwania nieczystości warto sięgnąć także po piankę do mycia **TENA Wash Mousse**.



Chusteczki
nawilżane
TENA Wet Wipe



Pianka myjąca
TENA Wash Mousse

Krok 3 **Ochrona**
Osłabiona skóra osób starszych potrzebuje dodatkowej ochrony przed podrażnieniem i urazami. Zapobiegawczo nałóż na wrażliwą skórę cienką warstwę **TENA Barrier Cream**. Jeśli skóra jest już uszkodzona lub podrażniona, użyj **TENA Zinc Cream**.



Krem ochronny
z gliceryną
TENA Barrier Cream



Krem łagodzący
z cynkiem
TENA Zinc Cream



Aby dowiedzieć się więcej o produktach TENA, zapytaj farmaceutę, pracownika sklepu medycznego lub wejdź na www.tena.pl.

wadza się do właściwego doboru produktów chłonnych.

- *Dobre do pacjentów produkty chłonne powinny mieć właściwe parametry i zawierać odpowiednią ilość absorbentu, adekwatną do rodzaju nietrzymania moczu. W ciągu dnia zalecam wymianę produktu chłonnego po każdej mikcji, co oznacza, że możemy sięgać po środki absorpcyjne, których chłonność wynosi od 400 do 500 ml, przy założeniu, że jedna mikcja to od 200 do 300 ml moczu. Natomiast na noc należy zastosować produkty, które będą w stanie przyjąć od dwóch do nawet trzech mikcji – bez konieczności wymieniania środka chłonnego po każdej mikcji. Taki dobór da poczucie bezpieczeństwa i pewności zarówno osobie z nietrzymaniem moczu, jak również jej opiekunowi. Ważne jest, by wykorzystywane w nocy produkty charakteryzowały się dużą ilością absorbentu, który będzie wiązać mocz i chronić skórę przed jego drażniącym działaniem* – podkreśla Elżbieta Szwalkiewicz.

Warto również, by przed podjęciem ostatecznej decyzji związanej z wyborem produktów chłonnych, rodzina opiekunowie czy też sami pacjenci mogli samodzielnie ocenić, który z produktów jest najwygodniejszy w codziennym użyciu i który zabezpiecza ich potrzeby związane z wychwytem moczu w najlepszym stopniu.

- *Pewną podpowiedzią są m.in. oznaczenia w postaci kropelek, jakie znajdują się na opakowaniach produktów chłonnych. Pacjenci bądź ich opiekunowie mogą również samodzielnie, w prosty sposób, przeprowadzić samodzielnie test chłonności produktów (patrz ramki)* – dodaje Elżbieta Szkiler.

Nie dla wody i mydła

Drugą kluczową kwestią, w przypadku pacjentów z NTM, jest utrzymanie skóry w suchości, z właściwą izolacją od działania moczu.

- *Tutaj istotne znaczenie odgrywa zabezpieczanie skóry odpowiednimi preparatami pielęgnacyjnymi, a także właściwe prowadzenie toalety pacjentów* – dodaje Elżbieta Szwalkiewicz.

Pacjenci z NTM czy ich opiekunowie, dbając o higienę, muszą definitywnie pożegnać się z wodą, mydłem i tradycyjnymi ręcznikami wielokrotnego użytku. Zdaniem ekspertów nawet świetnie oczyszczona i osuszona miska na wodę może stanowić źródło bakterii, które mogą być źródłem zakażeń skóry.

- *W przypadku pacjentów z NTM do oczyszczania skóry zaleca się stosowanie preparatów myjących niezawierających mydła z neutralnym dla skóry pH, które nie wymagają spłukiwania wodą. Obecnie dostępne są również specjalne pianki myjące niewymagające spłukiwania, jednorazowe gąbki lub myjki nasączone środkiem myjącym, kremy do mycia, nawilżane chusteczki oczyszczające czy w końcu preparaty multifunkcyjne, które nie tylko myją, ale również natłuszczają i przywracają barierę lipidową skóry pacjenta. Ten sposób pielęgnacji skóry pacjenta jest niezwykle istotny z uwagi na profilaktykę zakażeń krzyżowych* – tłumaczy Elżbieta Szwalkiewicz.

Pacjenci na bakier z właściwą pielęgnacją

Obok właściwie przeprowadzonej higieny osobistej równie istotnym elementem pielęgnacji skóry jest jej natłuszczenie oraz nawilżenie.

- *Praktyka wskazuje, że pacjenci z różnymi formami NTM i stosujący środki absorpcyjne, praktycznie nie używają żadnych form zabezpieczenia skóry przed negatywnymi skutkami oddziaływania moczu* – ubolewa Elżbieta Szkiler.

Dlatego też eksperci zachęcają do zapoznania się z szeroką gamą specjalistycznych produktów dedykowanych pacjentom z NTM, jak również popularnymi kosmetykami dostępnymi w aptekach.

- *W przypadku osób, u których nie doszło do podrażnienia skóry i które nie mają problemów ze stanami zapalnymi skóry, świetnymi preparatami sprawdzającymi się w codziennej pielęgnacji są emolienty (mieszanki olejów). Nie tylko natłuszczają one skórę, ale również dostarczają jej cennych witamin, które wpływają na lepsze nawilżenie i odżywienie powłok ciała. Natomiast przy pełnym nietrzymaniu moczu powinniśmy sięgnąć po kremy barierowe, których zadaniem jest całkowita izolacja moczu czy kału od skóry. Ich konsystencja chroni skórę pacjentów przed maceracją i uszkodzeniem* – podkreśla Elżbieta Szkiler.

Zdaniem ekspertki o właściwą pielęgnację należy szczególnie zadbać w przypadku pojawienia się zmian skórnych, czy też pierwszych, początkowo powierzchownych (uszkodzenia naskórka) lub podskórnych ran (krwiaki). W takich sytuacjach produktami pierwszego wyboru powinny być maści ograniczające przepuszczalność ścian naczyń włosowatych, czy też te mające właściwości osuszające.

- *W przypadku pojawienia się sączących ran dopuszczam wykorzystanie przez 1-2 dni produktów z cynkiem, ale jednocześnie powinny jednak mieć właściwości natłuszczające. Cynk bez względu na postać, w jakiej go stosujemy, zawsze wysusza skórę, ułatwiając jej uszkodzenia. Po wysuszeniu sączących zmian, chcąc prawidłowo pielęgnować skórę pacjenta, powinniśmy powrócić do produktów natłuszczających czy wręcz barierowych. Jest to konieczne, aby skóra była bardziej odporna na działanie moczu czy kału* – ocenia Elżbieta Szkiler.

Jej zdaniem warto pamiętać, że nie da się pomóc pacjentowi, który sam nie sygnalizuje istniejącego problemu z pielęgnacją skóry. Dlatego też zachęca, by pacjenci zaufali swoim pielęgniarkom środowiskowym i nie obawiali się dzielić z nimi swoimi wątpliwościami związanymi z pielęgnacją skóry.

- *Z drugiej strony pielęgniarki powinny stale uzupełniać swoją wiedzę i podążać za najnowszymi wytycznymi i rekomendacjami towarzystw naukowych. Jako personel fachowy powinniśmy znać właściwości dostępnych na rynku produktów chłonnych, a także skład i działanie preparatów pielęgnacyjnych* – przekonuje Elżbieta Szkiler.

JAK SPRAWDZIĆ JAKOŚĆ PRODUKTU CHŁONNEGO

Sama chłonność to nie wszystko, ważna jest bowiem retencja, czyli ilość cieczy wchłonięta przez produkt i zatrzymana wewnątrz. Można to sprawdzić prostym testem na suchość powierzchni (test retencji).

Co jest nam do tego potrzebne?

- szklanka do pojemności 200 ml (jest to średnia ilość opróżnienia całego pęcherza, maksymalna objętość mikcji);
- ciepła woda zabarwiona tuszem (ciepła, by zbliżyć warunki testu do naturalnych. Mocz ma temperaturę ciała; superabsorbent działa zdecydowanie szybciej w ciepłej wodzie; zabarwiony, aby lepiej było widać, czy chusteczki będą mokre);
- chusteczki higieniczne (do sprawdzenia suchości powierzchni produktu);
- obciążenie o wadze ok. 1 kg.

Jak przeprowadzić test?

Przygotowujemy produkt do testu - rozkładamy go dokładnie tak, jakby miał zostać użyty, i kładziemy na płaskiej powierzchni.

Przygotowujemy szklankę z zabarwioną i ciepłą wodą i lejemy w centralnej części wkładu chłonnego (mniej więcej tam, gdzie znajduje się ujście cewki moczowej).

Ważne, aby wlewać wodę w jednym miejscu, tak jak to odbywa się przy wydalaniu moczu z cewki moczowej. Już podczas wlewania wody możemy zaobserwować, czy woda od razu wchłaniana jest do wnętrza wkładu, czy też rozlewa się po całej powierzchni produktu. Produkty wysokiej jakości mają specjalną warstwę transferującą szybciej mocz do środka. Pozwala to odprowadzić mocz w dalsze części wkładu i nie kumulować się w jednym miejscu.

Po wlaniu wody czekamy ok. 1 min. Następnie ponownie wlewamy 200 ml cieczy. Wyroby chłonne są produktami jednorazowymi, niemniej powinny chłonać więcej aniżeli jedną mikcję. Wyroby chłonne wysokiej jakości ocenia się nie po jednorazowym, ale po co najmniej dwukrotnym wlaniu wody. Ponownie czekamy ok. 1 min. Następnie bierzemy kilka chusteczek higienicznych, kładziemy je na miejsce lania wody, obciążamy je ciężarkiem i czekamy ok. 1 min. Następnie ściągamy ciężarek i oceniamy, jak i czy chusteczki są mokre.

Drugim testem pozwalającym w prosty sposób sprawdzić jakość produktów chłonnych jest sprawdzenie paroprzepuszczalności i „oddychalności” produktu. Kluczowe jest to, by produkt przepuszczał powietrze i dzięki temu pozwalał skórze oddychać, a nie przepuszczał cieczy.

Są dwa bardzo proste sposoby, aby to sprawdzić.

1. Test z wykorzystaniem gorącej wody

Co jest nam do tego potrzebne?

- czajnik;
- 2 szklanki.

Jak przeprowadzić test?

Aby stwierdzić, czy produkt posiada paroprzepuszczalny materiał, potrzebujemy parę wodną. Dlatego warto zagotować wodę, a następnie wlać ją do szklanki. Kładziemy na nią fragment testowanego produktu i przykrywamy drugą szklanką. Najlepiej jest wykorzystać boki produktu, jednak pod warunkiem, że cały produkt wykonany jest z tego samego materiału. Ważne, aby przyłożyć drugą szklankę dość szczelnie, ponieważ dzięki temu para wodna nie będzie uchodzić poza szklankę. Już po ok. 2 min możemy zaobserwować, czy górna szklanka od wewnątrz zaczyna zaparowywać. Para wodna przeszła przez produkt i zaczęła skraplać się na szklance? Jeśli tak, to możemy mieć pewność, że produkt posiada paroprzepuszczalny materiał. Im bardziej ścianki górnej szklanki będą zaparowane, tym większa paroprzepuszczalność, a to oznacza, że produkt jest lepszy dla skóry pacjenta.

2. Test przez oddychanie

Jeśli nie mamy możliwości wykorzystania czajnika, możemy w bardzo prosty sposób sprawdzić, jak łatwo jesteśmy w stanie pooddychać przez bok produktu. Dokładnie tak, jak w teście z czajnikiem - im łatwiej będzie nam oddychać przykładając do ust bok produktu, tym większa paroprzepuszczalność materiału. Produkty pokryte folią uniemożliwią oddychanie.

Sercem jestem uroginekologiem

Z prof. Tomaszem Rechbergerem, kierownikiem II Katedry i Kliniki Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, rozmawia Tomasz Michałek



prof. Tomasz Rechberger

Fot. Tomasz Michałek

Panie profesorze, czy jest pan uroginekologiem?
Sercem tak, ale nie mam certyfikatu uroginekologa.

Ale, jak rozumiem, czuje się pan uroginekologiem?
Patrząc na to, jakie zabiegi są wykonywane na świecie w dziedzinie uroginekologii, wydaje mi się, że oddział, w którym pracuję, spełnia wszystkie kryteria oddziału uroginekologicznego. Wykonujemy pełny zakres procedur uroginekologicznych.

W 2004 roku Polskie Towarzystwo Ginekologiczne powołało sekcję uroginekologiczną, której został pan pierwszym przewodniczącym. Co zmieniło się od tego czasu?

Decyzja o powołaniu tej sekcji zapadła na zjeździe Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w Szczecinie, a już w grudniu mieliśmy pierwszy kongres założycielski, na który przyjechało 476 osób. W kolejnych latach odbyły się jeszcze dwa kongresy. Liczba uczestników na każdym z nich zdecydowanie przekraczała 1 tys. osób.

Skąd pomysł, żeby taką sekcję założyć?

Ten pomysł przyszedł mi do głowy, kiedy będąc na stażu w Danii, a potem w Stanach Zjednoczonych, w Miami, miałem okazję poznać osobiście ludzi, którzy stworzyli teorię integralną i praktycznie rzecz biorąc wprowadzili do praktyki klinicznej taśmy TVT (ang. tension-free

transvaginal tape), czyli prof. Petera Petrosa i prof. Ulfa Ulmstena. Z obydwoma panami miałem okazję bezpośrednio współpracować. Pomyślałem, patrząc na to, co w tamtych czasach robiliśmy w aspekcie uroginekologii w Polsce, że to jednak daleko odbiega od tego, co robi się na świecie. I to była główna inspiracja. TVT i wszystkie jego późniejsze odmiany, jak np. TOT (ang. transobturator tape) odniosły spektakularny sukces.

Nie obawiał się pan negatywnej reakcji środowiska uroginekologicznego w Polsce?

Absolutnie nie, ponieważ już na pierwszy zjazd zaprosiłem profesorów Andrzeja Borkowskiego i Andrzeja Borówkę, którzy byli w tamtym czasie niekwestionowanymi liderami urologii w Polsce. Oni obaj na ten zjazd założycielski przyjechali zresztą w towarzystwie swoich młodych adiunktów.

Dzisiaj, przeglądając statystyki NFZ, dowiadujemy się, że trzy czwarte osób ze zdiagnozowanym nietrzymaniem moczu leczy się na oddziałach ginekologicznych, a tylko co czwarta na oddziałach urologii. Czy te proporcje to polski wyjątek, czy jednak jest to pewna prawidłowość występująca również w innych krajach?

To prawidłowość występująca na całym świecie. Głównym powodem jest to, że dominującą postacią kliniczną nietrzymania moczu u kobiet jest postać wysiłkowa.

Nie są to przypadki OAB, nie jest to neurologia, nie są to następstwa onkologicznych operacji ginekologicznych, nie są to również przetoki, bo nie żyjemy w Afryce, tylko w kraju o dobrym poziomie służby zdrowia. Niezależnie od tego, co mówimy i piszemy, śmiertelność okołoporodowa w tej chwili jest taka sama jak w krajach zachodniej Europy.

Proszę przybliżyć ten problem.

Wysiłkowe nietrzymanie moczu bardzo często kojarzone jest z hypermobilnością cewki moczowej, a hypermobilność cewki moczowej z zaburzeniem statyki. Są one związane z porodami siłami natury, więc jest rzeczą naturalną, że pacjentki trafiają najpierw do ginekologów.

A jak to wyglądało wcześniej?

Pamiętam, że kiedy zakładaliśmy sekcję uroginekologii, to operacja nietrzymania moczu w wykonaniu 90 proc. ginekologów polegała na modyfikacji operacji Kelly'ego. To była operacja z 1913 roku, której efektywność była mikra, naprawdę niewielka, wynosząca tylko 20 czy 30 proc. Natomiast urolodzy i niektórzy ginekolodzy, a ja miałem szczęście, że akurat do nich należałem, wykonywali operacje Marshalla, Marchettiego, Krantza, które później zostały zastąpione operacją Burcha. Problem leżał w tym, że słaba efektywność operacji wykonywanych przez większość ginekologów metodą Kelly'ego, nazwijmy to plastycznych, wykonywanych w aspekcie nietrzymania moczu, powodowała, że nieusatysfakcjonowane pacjentki wędrowały od ginekologów do urologów, którzy wykonywali operacje Burcha, różne zabiegi igłowe, dzisiaj już niepraktykowane.

Warto podkreślić, że polscy urolodzy mieli wiele ciekawych pomysłów, tylko że nie byli w stanie przebić się z nimi na Zachód. Potem do użycia weszła operacja, która naprawdę leczyła wysiłkowe nietrzymanie moczu i tą operacją jest do dzisiaj TVT/TOT. Jest to operacja bezpieczna, może nie w 100 proc, ale minimalnie inwazyjna i wysoce powtarzalna przy naprawdę niezbyt długiej krzywej uczenia.

Skąd taka opinia?

Ze względu na to, że istniały jedynie minimalne możliwości jej modyfikacji. Gdybyśmy znaleźli się za głęboko,

bylibyśmy w brzuchu. Gdybyśmy byli przedśrodkowo, bylibyśmy w cewce moczowej. A gdybyśmy byli na zewnątrz, bylibyśmy w wielkich naczyniach. Do przodu byśmy się nie przesunęli, ponieważ nie pozwoliłaby na to znajdująca się na drodze kość. Możliwości modyfikacji zakreślały się więc na przestrzeni 1 cm.

Pojawianie się TVT spowodowało, że nastąpił rozwój leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu na świecie. Proszę zauważyć, że obaj profesorowie zaangażowani w wynalezienie tej metody byli ginekologami, a nie urologami. Moje wewnętrzne przekonanie jest takie, że nie wymyśliliby operacji, która miałaby być zakazana dla ginekologów, bo musieliby zabronić ją samym sobie. Nie wymyślali tego dla urologów, lecz dla uroginekologów bądź dla lekarzy, którzy zajmują się leczeniem wysiłkowego nietrzymania moczu.

Wiele lat temu złożył pan w Ministerstwie Zdrowia wniosek o wprowadzenie dodatkowej specjalizacji o nazwie uroginekologia. Do dzisiaj nie została ona wyodrębniona. Jak pan sądzi, dlaczego?

Wiele razy spotykaliśmy się z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia w tej sprawie. Mieliśmy zawarty konsensus z urologami. Napisałem już nawet program tej specjalizacji. Niestety, w pewnym momencie zabrakło woli politycznej, a może woli środowiska lekarskiego. Z jakiegoś powodu to utknęło. Tak naprawdę już ustaliliśmy, jak ma wyglądać współpraca ginekologa z urologiem, nie mieliśmy jeszcze tylko jasnych wytycznych, co powinien robić urolog, a co ginekolog i ile tych procedur, nazwijmy to urologicznych, powinien zrobić ginekolog, a ile urolog. Jednak to wszystko jest jeszcze do ustalenia. Nie jest przecież tak, że ginekolog musi robić wszystko, co robi urolog, a urolog ma odbierać porody i wykonywać cięcia cesarskie. Wydaje mi się, że idea jest taka, aby w każdym województwie był jeden albo powiedzmy dwa czy trzy ośrodki, w których wspólnie będzie się rozwiązywać problemy uroginekologiczne i zapewniać kompleksową opiekę pacjentkom. Bo pewne rzeczy urolog może zrobić, a przy pewnych rzeczach będzie potrzebował pomocy ginekologa, i odwrotnie.

Kieruje pan oddziałem ginekologii w lubelskim szpitalu już od 2001 roku. Jaką pomoc mogliście zaoferować

KIM JEST UROGINEKOLOG W USA?

Uroginekolog kończy szkołę medyczną i specjalizację na oddziale położnictwa i ginekologii lub urologii. Lekarze tej specjalności przechodzą dalsze szkolenia i mają dodatkowe doświadczenie w zakresie oceny i leczenia chorób wpływających na organy kobiece znajdujące się w miednicy, i na tkankę łączną, która stanowi ich podparcie. Wielu uroginekologów - choć nie wszyscy - po zakończeniu specjalizacji podstawowej (I stopnia) wybiera specjalizację szczegółową (II stopnia) w zakresie chirurgicznego i niechirurgicznego leczenia nieonkologicznych problemów ginekologicznych. Do typowych problemów leczonych przez uroginekologa należą: nietrzymanie moczu, wypadanie narządów miednicy (wypadnięcie pochwy, macicy, przepuklina pęcherza, przepuklina odbytnicy) oraz nadczynność pęcherza.

pacjentkom z problemami uroginekologicznymi kilka-naście lat temu, a na co mogą liczyć u was dzisiaj?

Na pewno na więcej, zarówno jeśli chodzi o jakość, jak i o ilość. Kiedy obejmowałem klinikę, przy tej samej liczbie łóżek co dziś wykonywaliśmy około 1300 procedur operacyjnych rocznie. Teraz robimy ich 2 500. Uroginekologia nie jest naszym głównym obszarem działania, ale według moich szacunków około 20-30 proc. naszych pacjentek to pacjentki uroginekologiczne. Reszta naszych działań to onkologia i rozwiązywanie problemów związanych z niepłodnością.

Onkologia stanowi 50 proc. działalności pana kliniki, czy mniej?

Nie, onkologia to jakieś 20 proc. Reszta to łagodne schorzenia typu krwawienia, polipy czy torbiele. Każdą zmianę w jajniku możemy tak naprawdę nazwać onkologią, pozostaje jednak kwestia, jak będziemy na to patrzeć. To podobna sytuacja jak w oddziałach onkologii ginekologicznej. Naprawdę niewiele jest oddziałów, które operują tylko nowotwory. Możemy powiedzieć, że mięśniak to łagodny nowotwór, ale nie traktowałbym tego w ten sposób. Na przykład endometrioza jajnika, chociaż w moim przekonaniu nie jest nowotworem, to czasami jest trudniejsza do zoperowania niż nowotwór.

Kim są kobiety szukające pomocy u pana, w Lublinie? Skąd do pana przyjeżdżają?

Nasze pacjentki to zarówno gospodynie domowe, rolniczki, jak i panie, które są bardzo wykształcone. Oczywiście dominują pacjentki w średnim wieku, około 50. roku życia. Kiedy zaczynałem pracę klinicysty, panie powyżej 80. roku życia stanowiły może 0,5 proc. naszych pacjentek, a w tej chwili stanowią już 7-8 proc. Kiedyś 60-letniej pacjentce, która miała całkowite wypadanie narządów rodnych, można było zaoferować jedynie zaszycie pochwy. Teraz byłoby to niedopuszczalne.

Ilu lekarzy pracuje na oddziale, którym pan kieruje?

Jest ich 26, z czego ośmiu to lekarze rezydenci.

A ilu z nich zajmuje się leczeniem uroginekologicznym?

Wszyscy.

Czy ma pan informacje, ilu jest w Polsce ginekologów, o których można by powiedzieć, że posiadają umiejętności porównywalne do uroginekologów w innych krajach?

Tego nie wiem. Jeżeli odbywa się forum uroginekologiczne, to przyjeżdża na nie około 200-300 osób, ale trzeba sobie też powiedzieć, że jeżeli jesteśmy na kongresie ICS, IUGA lub EUGA, to zazwyczaj z naszego kraju są na nich przedstawiane tylko dwie lub trzy prezentacje naukowe. Dlaczego tak jest? Nie wiem. Osobiście nie pamiętam kongresu, na którym mój zespół nie miałby jakiejś prezentacji. Zawsze występujemy z lepszym lub gorszym materiałem.

A ilu znalazłby pan urologów, o których można powiedzieć, że posiadają umiejętności porównywalne do uroginekologów w tych krajach, w których ta specjalizacja istnieje?

Tego też nie wiem. Nie mamy aż takich kontaktów z urologami, żeby móc to porównywać. W zeszłym roku miałem okazję być na kongresie w Mediolanie z urologami, ale tam raczej dominowały nowotwory. Onkologia w pracy urologów zdecydowanie przeważa.

Z danych, jakie uzyskujemy od NFZ, wynika, że zabiegi zakładania taśm typu TVT oferuje coraz więcej szpitali w Polsce. Jednak równolegle rośnie liczba powikłań. W efekcie pacjentki wędrują po Polsce, szukając pomocy. Dlaczego tak się dzieje?

Myszę, że przyczyną jest mimo wszystko zbyt krótka krzywa uczenia. Żeby procedura była powtarzalna, musi być wykonywanych na danym oddziale od 50 do 80 zabiegów rocznie. Osobiście wykonuję takich zabiegów około 30 miesięcznie, a cały nasz oddział wykonuje ich około 400, a czasami 500 rocznie. Kiedy patrzę na niektóre statystyki, to wydaje mi się, że nasz oddział robi więcej operacji niż niektóre województwa. Podsumowując, nie będzie dobrej procedury, jeżeli jest ona wykonywana raz czy dwa razy w miesiącu, i jeżeli będzie to robiło tylko dwóch czy trzech lekarzy.

Dziękuję za rozmowę.

Współpraca redakcyjna: Ewa Kowalczyk

CO TO JEST MEDYCYNĄ I CHIRURGIA REKONSTRUKCYJNA MIEDNICY KOBIECEJ?

W 2011 r. Amerykańska Rada Specjalności Medycznych zatwierdziła medycynę i chirurgię rekonstrukcyjną miednicy kobiecej (zwaną także uroginekologią) jako specjalizację, a pierwsi lekarze uzyskali certyfikację Rady w 2013 r. Uroginekolog jest lekarzem, który ukończył szkołę medyczną i specjalizację drugiego stopnia na oddziale położnictwa i ginekologii lub urologii oraz uzyskał certyfikat medycyny i chirurgii rekonstrukcyjnej miednicy kobiecej. Szkolenia zapewniają uroginekologom wiedzę w zakresie oceny, diagnozy i leczenia problemów wpływających na mięśnie i tkankę łączną narządów miednicy kobiecej. Typowe problemy leczone przez nich obejmują: nietrzymanie moczu, nadczynność pęcherza i wypadanie narządów miednicy. Lekarze tej specjalności mają także wiedzę o najnowszych badaniach prowadzonych w dziedzinach związanych z tymi problemami.

Źródło: Amerykańskie Towarzystwo Uroginekologiczne

Sześć kroków do właściwej terapii nietrzymania moczu

Violetta Madeja



Fot. coramax - stock.adobe.com

Swiadyłość problemów związanych z nietrzymaniem moczu, właściwa diagnoza, leczenie oraz fizjoterapia podjęta już na wczesnych etapach życia, decydują o sukcesie zachowawczego leczenia nietrzymania moczu (NTM). Jak postępować, by ustrzec się pogłębiającej się inkontynencji?

Epidemiologia NTM jest nieubłagana - problem ten dotyczy bowiem osób w każdym wieku, przy czym wykazuje wyraźną korelację z wiekiem pacjentów. Złożoność i ograniczone możliwości leczenia nietrzymania moczu sprawiają, że lekarze i fizjoterapeuci zachęcają do wczesnego dbania o profilaktykę schorzeń dna miednicy.

Po pierwsze profilaktyka

- Jedynym rozwiązaniem pomagającym nam, lekarzom, utrzymać pacjentów z dala od sali operacyjnej jest bardzo wczesna profilaktyka NTM, która naturalnie łączy się z bardzo wysoką świadomością problemów związanych z chorobami dna miednicy - podkreśla prof. Ewa Barcz, kierownik oddziału ginekologiczno-położniczego w Międzyleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie. Zdaniem ekspertki, ważnym aspektem jest właściwa edukacja pacjentek na bardzo wczesnych etapach życia i przed rozpoczęciem planowania rodziny, a nie w momencie, kiedy zaczynają one odczuwać pierwsze dolegliwości związane z NTM. - Ta świadomość powinna prowadzić do profilaktyki i wdra-

żania zachowań prozdrowotnych - z jednej strony działań ukierunkowanych na świadomą ochronę struktur podpierających narządy miednicy poprzez utrzymywanie prawidłowej masy ciała, unikanie konkretnego wysiłku fizycznego osłabiającego dno miednicy, z drugiej natomiast na wczesne wprowadzenie fizjoterapii i ćwiczeń, które powinny funkcjonować w świadomości młodych kobiet - dodaje prof. Ewa Barcz.

Po drugie diagnostyka

Ważna z punktu widzenia wdrożenia leczenia zachowawczego jest również właściwa diagnostyka - rozpoczęta już w gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. W ocenie dr Honoraty Błaszczyk, lekarza rodzinnego z łódzkiej Poradni Lekarzy Rodzinnych, zasadniczym problemem, z jakimi muszą się zmierzyć lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, jest niechęć pacjentów do mówienia i przyznania się do tego typu problemów.

- Niestety, schorzenia typu NTM należą do tej grupy dolegliwości, o których pacjent niechętnie mówi, natomiast lekarz często nie pyta. To pokutuje w społeczeństwie i powoduje, że diagnozowanych jest zdecydowanie mniej pacjentów, niż wskazywałaby epidemiologia - ocenia dr Michał Sutkowski, prezes Warszawskich Lekarzy Rodzinnych oraz rzecznik prasowy Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Dlatego pierwszą rzeczą, jaką należy zaproponować pacjentowi w POZ, jest zachęcenie go do podjęcia rozmowy na ten temat.

– Jeśli pacjent podejmie ten temat i zgłosi problem zaburzeń kontynencji, wówczas możemy rozpocząć wstępną diagnostykę i przygotowanie go do dalszego cyklu diagnostyczno-leczniczego – wyjaśnia dr Honorata Błaszczuk. Dodaje, że kluczowy w diagnostyce NTM w gabinecie lekarza rodzinnego jest test trzech pytań:

1. Czy Pan/ Pani w ostatnich trzech miesiącach doznał niekontrolowanego oddania moczu?
2. W jakich okolicznościach dochodziło do tej sytuacji: czy przy takich czynnościach jak kaszel, kichanie, wysiłek fizyczny, czy też niekontrolowane oddanie moczu zostało poprzedzone silnym parciem na pęcherz moczowy?
3. W jakich sytuacjach najczęściej dochodziło do gubienia moczu (wysiłek fizyczny, parcie na pęcherz, inne)?

– Jeżeli pacjent wskaże, że do NTM dochodziło w przypadku podjęcia wysiłku fizycznego, wówczas możemy na podstawie wywiadu wstępnie założyć, że jest to wysiłkowe NTM lub przeważające wysiłkowe NTM. Jeśli u pacjenta doszło do NTM w sytuacji, kiedy odczuwał on parcie na pęcherz, wówczas możemy wnioskować, że mamy pacjenta z tzw. pęcherzem nadreaktywnym. Jeśli natomiast pacjent wskazuje na obie sytuacje, to możemy wnioskować, że mamy do czynienia z tzw. NTM mieszanym – wylicza dr Michał Sutkowski.

Warto również u pacjentów z rozpoznaniem NTM równocześnie wykluczyć, albo potwierdzić, niewydolność krążeniowo-oddechową, a także ocenić ewentualne patologie w obrębie miednicy (poprzez badanie jamy brzusznej). Cały proces diagnostyczny powinien być uzupełniony badaniem moczu pod kątem ewentualnych zakażeń układu moczowego oraz obecności cukru w moczu.

Niezbędnym elementem diagnostyki jest również badanie ginekologiczne w celu wykluczenia lub potwierdzenia współistnienia patologii w postaci np. guzów uciskających na pęcherz, cewkę moczową oraz współistnienie wypadania narządów również wpływających na powstawanie objawów z dolnego odcinka układu moczowego.

Po trzecie fizjoterapia

Eksperci podkreślają również, że ogromne korzyści płyną też z zabiegów wykonywanych przez fizjoterapeutów.

– W krajach rozwiniętych, np. we Francji, fizjoterapia uroginekologiczna jest obowiązkowo realizowana w oddziałach położniczych i wszystkie pacjentki po porodach, bez względu na to, czy rodziły naturalnie, czy przez cesarskiej cięcie, są nią objęte. W Polsce istnieje ogromna potrzeba podobnych systemowych działań. Warto zatem zastanowić się nad wprowadzeniem fizjoterapii jako standardu opieki nad kobietami w ciąży, czy pacjentkami z oddziałów ginekologiczno-położniczych – mówi prof. Ewa Barcz.

Jak podkreśla mgr Kinga Religa-Popiołek, wiceprezes małopolskiego oddziału Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”, zabiegi fizjoterapeutyczne można zastosować zarówno w ramach profilaktyki schorzeń dotyczących

układu moczowego oraz rozrodczego, jak również w procesie leczenia obecnych już dysfunkcji.

– Wśród zabiegów fizjoterapeutycznych wyróżniamy: kinezyterapię, czyli ćwiczenia fizyczne wykonywane pod kontrolą fizjoterapeuty lub z użyciem biofeedbacku z EMG, który stanowi skuteczny element wspomagający proces nauczania odpowiednich nawyków ruchowych. W chwili opanowania właściwego sposobu wykonywania ćwiczeń, pacjent może zacząć trenować samodzielnie. Kolejną formą leczenia są zabiegi z zakresu fizykoterapii, czyli elektroterapia, elektrostymulacja oraz magnetoterapia. W leczeniu nietrzymania moczu istotnym elementem jest również zastosowanie odpowiednich technik terapii manualnej, masaż leczniczy oraz reedukacja codziennych zachowań ruchowych pacjenta – podkreśla Kinga Religa-Popiołek.

Jednocześnie fizjoterapeutka zastrzega, że w zależności od przyczyny występowania oraz stopnia zaawansowania schorzenia, efekty współpracy pacjenta i fizjoterapeuty mogą być różne. Ale zawsze celem terapii będzie zmniejszenie występowania epizodów nietrzymania moczu lub całkowite ich wyeliminowanie.

– Jednak nie u wszystkich pacjentów najbardziej oczekiwana opcja jest możliwa. Wtedy fizjoterapia, jako nieinwazyjna metoda leczenia, powinna być uzupełniona farmakoterapią lub w ostateczności należy rozważyć leczenie inwazyjne w postaci zabiegu operacyjnego – tłumaczy Kinga Religa-Popiołek.

Po czwarte terapia behawioralna

Niestety, nie nad wszystkimi problemami związanymi z NTM jesteśmy w stanie zawczasu zapanować. Dlatego też prof. Ewa Barcz zaleca, by w sytuacji, kiedy problem już się pojawi, sięgnąć nie tylko po zachowania prozdrowotne, ale również leczenie behawioralne.

– Chodzi m.in. o kontrolę masy ciała, ograniczenie wysiłku fizycznego mogącego wpływać na osłabienie dna miednicy, ale również regularne opróżnianie pęcherza moczowego, unikanie płynów wzmagających diurezę i powodujących nasilanie się problemów – wskazuje specjalistka. Natomiast dr Michał Sutkowski dodaje, że lekarz rodzinny diagnozujący pacjenta z OAB powinien podpowiedzieć mu, aby ten zrezygnował z picia np. kawy po godz. 16.00 czy ograniczył ilość wypijanych płynów.

– Prosta modyfikacja stylu życia i wsparcie behawioralne może w przypadku 50 proc. przypadków pomóc pacjentowi już na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej – ocenia dr Sutkowski.

Po piąte farmakoterapia

Zdaniem ekspertów uzupełnieniem terapii behawioralnej oraz fizjoterapii jest farmakoterapia, którą zazwyczaj wprowadza się w przypadku nokturii oraz zespołu pęcherza nadreaktywnego.

– Schorzeniem związanym z zaburzeniami oddawania moczu, gdzie filarem terapii jest farmakoterapia, jest nokturia.

ŚRODKI ABSORPCYJNE

Na każdym etapie terapii pacjent powinien być zaopatrzone w nowoczesne środki chłonne. Do wyboru ma: wkłady urologiczne, majtki chłonne, pieluchy anatomiczne oraz pieluchomajtki. Ich regularne stosowanie pozwala utrzymać higienę miejsc szczególnie wrażliwych na zakażenia. Kluczem do optymalnego wyboru produktu jest określenie stopnia mobilności pacjenta, stopnia nietrzymania moczu oraz rozmiaru w pasie i biodrach.

Źródło: Raport „Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej 2018”

Farmakoterapia będzie również istotnym wsparciem fizjoterapii m.in. w przypadku leczenia pęcherza nadaktywnego (OAB), zarówno w wersji „dry” (bez towarzyszącego NTM), jak i wersji „wet” (z towarzyszącym NTM, czyli nagłego nietrzymania moczu). Zastosowanie leczenia farmakologicznego może być również skutecznym wsparciem fizjoterapii w terapii mieszanego NTM oraz, w niektórych przypadkach, wysiłkowego NTM. W zależności od przyczyny oraz zaawansowania wymienionych dolegliwości jednocześnie zastosowanie fizjoterapii oraz farmakoterapii może odwlec w czasie interwencję chirurgiczną – ocenia Kinga Religa-Popiołek.

Michał Sutkowski wskazuje na leki antymuskarynowe (np. solifenacyna, tolterodyna, darifenacyna), jako pierwszą linię leczenia OAB oraz na leki adrenergiczne (mirabegron) czy analogi wazopresyny (desmopresyna). Nie są one już lekami pierwszego rzutu, ale stanowią alternatywę w przypadku OAB. Leki te ordynuje się w przypadkach cięższych, gdy pacjent nie reaguje na wcześniejsze leczenie, i zazwyczaj przepisywane są przez lekarza urologa lub ginekologa.

– *W ramach leczenia szpitalnego pacjenci mogą również skorzystać z małoinwazyjnych metod np. z zabiegu ostrzykiwania mięśnia wypieracza toksyną botulinową lub neuromodulacji nerwów krzyżowych, która powinna być dostępna w wybranych oddziałach ginekologicznych i urologicznych od 1 kwietnia – dodaje dr Sutkowski.*

Po szóste kompleksowość świadczeń

Kluczowym w leczeniu zachowawczym NTM jest również kompleksowość świadczeń udzielanych pacjentom. Z tego typu standardem pacjenci mają do czynienia w zdecydowanej większości państw rozwiniętych.

– *Kompleksowa i interdyscyplinarna terapia NTM to standard światowy. Korzystając ze wszystkich nieoperacyjnych metod przez minimum rok i angażując do zespołu (uro)ginekologów, fizjoterapeutów, urologów i czasami psychologów, mamy szansę na powodzenia leczenia nawet u 70 proc. pacjentów i dopiero pozostałe 30 proc. będzie wymagało leczenia operacyjnego – zaznacza dr Andrzej Przybyła. Urolog podkreśla również, że częstokroć pacjentom już po zabiegach zalecana jest również*

odpowiednia, profesjonalna rehabilitacja urologiczna. Z argumentacją tą zgadzają się również fizjoterapeuci. – Wstępnym elementem procesu leczenia pacjenta z NTM jest właściwe określenie przyczyny tego schorzenia oraz kaskady wydarzeń, które doprowadziły do jego wystąpienia. Dlatego też diagnoza lekarska i diagnostyka fizjoterapeutyczna powinny stanowić wzajemne uzupełnienie. Fizjoterapeuta, tak jak lekarz specjalista, powinien przeprowadzać badanie podmiotowe, czyli wywiad z pacjentem uzupełniony szczegółowymi pytaniami dotyczącymi samych epizodów nietrzymania moczu, jak również badanie przedmiotowe, czyli fizykalne, stosując przy tym odpowiednie testy funkcjonalne – wyjaśnia Kinga Religa-Popiołek.

Post scriptum dla leczenia zachowawczego NTM

W ocenie dr Andrzeja Przybyły przyjmuje się, że leczenie zachowawcze nietrzymania moczu u kobiet powinno trwać minimum rok.

– *Najlepiej jeśli okres leczenia niechirurgicznego trwa od 18 do 24 miesięcy. Dopiero po tym okresie, przy uwzględnieniu przeciwwskazań, powinno się pacjentki leczyć zabiegowo – ocenia urolog.*

Prof. Ewa Barcz dodaje, że w przypadku leczenia wysiłkowego NTM można próbować wprowadzić również pesaroterapię, która jest alternatywą polegającą na stosowaniu wkładek dopochwowych.

– *Można ją stosować u kobiet, u których wyciek moczu pojawia się w bardzo przewidywalnych sytuacjach, np. podczas wysiłku (biegania, ćwiczeń na siłowni czy gry w tenisa). Pacjentki mogą skorzystać ze specjalnych pesarów lub tamponów urologicznych, które powstrzymają wyciek moczu w tych konkretnych sytuacjach. Musimy jednak pamiętać, że jest to zabezpieczenie na określone i bardzo przewidywalne sytuacje – dodaje ginekolog.*

Nieco inaczej sytuacja wygląda w przypadku mężczyzn np. po operacji prostaty. – *Tutaj leczenie jest multimodalne, obejmuje nie tylko inkontynencję, ale również zaburzenia erekcji. W przypadku tych mężczyzn rehabilitacja urologiczna trwać może nawet do 5 lat po zabiegu – dodaje Andrzej Przybyła.*

CO NOWEGO W FIZJOTERAPII NTM?

mgr Kinga Religa-Popiołek, wiceprezes małopolskiego oddziału Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”: Postęp w leczeniu NTM za pomocą zastosowania procedur fizjoterapeutycznych polega przede wszystkim na ciągłym doskonaleniu już istniejących metod z zakresu kinezyterapii czy też terapii manualnej. Do jednych z nowszych sposobów leczenia NTM w Polsce możemy zaliczyć wybrane metody osteopatyczne, wpływające bezpośrednio na kondycję układu moczowo-płciowego lub pośrednio poprzez inne układy. Niemniej, zarówno istniejące metody leczenia NTM, jak i wszelkie nowości pojawiające się w fizjoterapeutycznym świecie, powinny być weryfikowane pod kątem skuteczności na podstawie niezależnych badań naukowych.

Radykalna terapia ma swoje ograniczenia

Maja Markłowska-Dzierżak

Jeśli nowotwór jest ograniczony jedynie do gruczołu krokowego (nazywanego również sterczem lub prostatą), a prognozowany czas przeżycia chorego jest nie krótszy niż 10 lat, zastosowanie znajduje leczenie radykalne, mające na celu całkowitą eliminację nowotworu.

Prostatektomia radykalna

Podstawową metodą takiego leczenia jest prostatektomia radykalna, polegająca na całkowitym wycięciu gruczołu krokowego wraz z pęcherzykami nasiennymi. Operację tę wykonuje się techniką klasyczną (operacja

czowym wraz pęcherzykami nasiennymi. Po operacji usunięcia prostaty pacjent przebywa w szpitalu zwykle około siedmiu dni, po czym jest wypisywany do domu. W technice laparoskopowej, przez kilka mniejszych cięć, chirurg wprowadza do jamy brzusznej pacjenta narzędzia i kamerę, dzięki której obserwuje pole operacyjne na monitorze. Podobnie w technice z wykorzystaniem robota – przez małe cięcia chirurg wprowadza ramiona tego urządzenia i kamerę 3D, a następnie steruje robotem za pomocą specjalnej konsoli, uzyskując w ten sposób trójwymiarowy obraz pola operacyjnego.

Pod względem skuteczności, zabiegi klasyczne i endoskopowe są porównywalne. Różnica polega na tym, że w technikach endoskopowych chory nie jest narażony na znaczną utratę krwi, jak w przypadku operacji otwartej, poza tym wymaga krótszego czasu rekonwalescencji ze względu na mniejszy uraz okołooperacyjny tkanek.

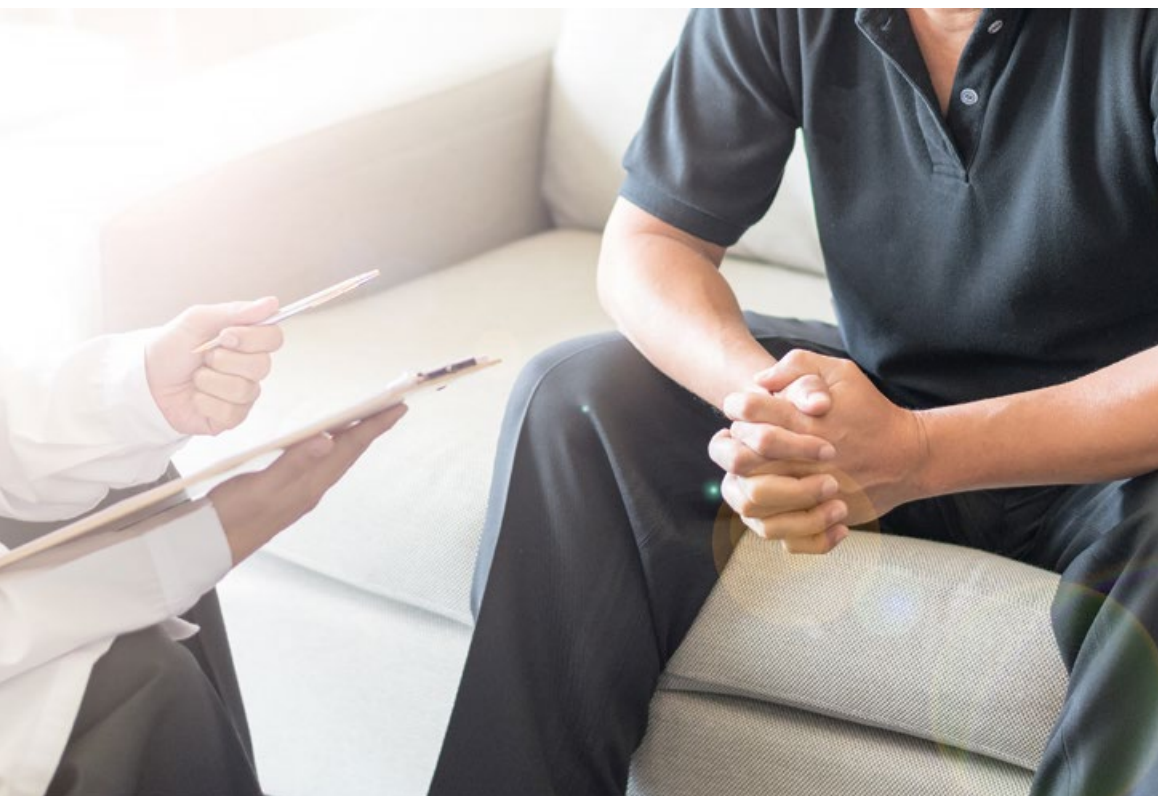
Wskazaniem do usunięcia prostaty jest rak niskiego i średniego ryzyka oraz oczekiwana długość życia powyżej 10 lat. U chorych z rakiem wysokiego ryzyka, prostatektomia radykalna jest jed-

otwarta), laparoskopową lub robotyczną (przy użyciu robota chirurgicznego). Wyboru metody leczenia dokonuje lekarz wraz z chorym po zakwalifikowaniu pacjenta do jednej z grup ryzyka na podstawie wyniku z biopsji stercza, stężenia swoistego antygenu sterczowego PSA (ang. prostate specific antygen) we krwi oraz badań obrazowych.

W technice klasycznej, czyli otwartej, zabieg wykonuje się w narkozie. Chirurg nacina choremu skórę brzucha w linii pośrodkowej ciała pomiędzy pępkiem a spojeniem łonowym i usuwa gruczoł krokowy położony w miednicy mniejszej i sąsiadujący z pęcherzem mo-

ną z opcji leczenia, a w raku bardzo wysokiego ryzyka jest pierwszym etapem leczenia wielospecjalistycznego. W przypadku przerzutów do węzłów chłonnych, prostatektomia może być wykonana u części chorych, którzy przeżyją powyżej 10 lat, w połączeniu z uzupełniającą terapią hormonalną. Nie jest metodą leczenia chorych z przerzutami odległymi.

Do najczęstszych powikłań po prostatektomii radykalnej należą zaburzenia erekcji i nietrzymanie moczu. Zdarza się również, że w wyniku operacji dochodzi do zwężenia połączenia cewkowo-pęcherzowego, krwawień, a nawet uszkodzenia odbytnicy.



Fot. Khunatorn - stock.adobe.com

Radioterapia radykalna

Obok radykalnej prostatektomii, istnieje jeszcze inne metoda leczenia radykalnego - radioterapia. Jej celem jest zniszczenie komórek nowotworowych. Ze względu na to, że promieniowanie może również zniszczyć zdrowe komórki znajdujące się w prostatie i sąsiadujących z nią narządach (pęcherz moczowy, cewka moczowa, odbytnica), strumień promieni musi być skoncentrowany głównie na komórkach nowotworowych, tak by oszczędzić okoliczne zdrowe tkanki.

Postępy w radioterapii znacznie zwiększyły precyzję koncentracji promieni i pozwoliły na wykorzystywanie wyższych dawek promieniowania przy obniżonej liczbie działań niepożądanych, do których - podobnie jak po leczeniu chirurgicznym - należą zaburzenia erekcji i problemy z trzymaniem moczu spowodowane zaburzeniami pracy mięśni dna miednicy oraz uszkodzeniem zwieracza zewnętrznego cewki. W wyniku naświetlań może również dojść do uszkodzenia ściany odbytnicy, rzadziej do uszkodzenia pęcherza.

- Powikłania w radioterapii wynikają z nieodpowiedniego przygotowania chorego, a dotyczy to zarówno wypełnienia pęcherza, jak i opróżnienia odbytnicy. Przed radioterapią lekarz powinien poradzić pacjentowi, jak zmienić nawyki żywieniowe i ile wypić płynów, aby optymalnie stosować napromienianie. Przy nadmiernie wypełnionej odbytnicy, albo gazami, albo stolcem, jej ściana przylega dobrze do prostaty i napromieniając gruczoł, naświetlamy również ścianę odbytnicy. Podobnie jest z pęcherzem - nie powinien być pusty, ale też nadmiernie wypełniony (pacjent odczuwa dyskomfort i może poruszyć się podczas radioterapii) - wyjaśnił w rozmowie z wydawnictwem Termedia prof. Sergiusz Nawrocki, radioterapeuta onkologiczny z NU-MED Centrum Diagnostyki i Terapii Onkologicznej w Katowicach i Elblągu.

Według niego znaczenie ma również sprzęt. *- Dobrze jest też do prostaty wszczepić znaczniki - złote kotwiczki, które pomagają weryfikować precyzyjne położenie chorego na aparacie. Większość chorych powinna być leczona z użyciem znaczników, bo wtedy precyzja poprawia się o kilka milimetrów, a niestety nie wszędzie się to robi - powiedział prof. Nawrocki.*

Rehabilitacja po leczeniu

Po leczeniu radykalnym raka gruczołu krokowego regularnie bada się stężenie PSA, które powinno spaść do jak najniższych wartości. Jeżeli w kolejnych badaniach obserwowany jest wzrost tego białka wytwarzanego wyłącznie przez prostatę, może to świadczyć o wznowie procesu nowotworowego i może wymagać zmiany lub uzupełnienia terapii. Wznova biochemiczna (wzrost stężenia PSA) wyprzedza o wiele miesięcy wznowę kliniczną i wystąpienie objawów choroby.

Część pacjentów po usunięciu raka prostaty wymaga rehabilitacji. Przez wielu urologów jest ona uważana za kolejny etap leczenia nowotworu prostaty, ponieważ dzięki niej pacjenci mogą wrócić do pełnej sprawności. Jest to niezwykle ważne, biorąc pod uwagę, że konsekwencje nietrzymania moczu i zaburzeń erekcji - działań niepożądanych prostatektomii radykalnej - są odczuwalne przez pacjentów w różnych dziedzinach życia. Przede wszystkim w sferze psychicznej, ale też intymnej, osobistej, zawodowej. Jak podkreślają eksperci, nieleczzone zaburzenia mikcji i erekcji mogą prowadzić nawet do zupełnej rezygnacji z życia seksualnego, towarzyskiego, a w niektórych wypadkach mogą przyczynić się do rozwoju depresji.

W trakcie rehabilitacji pacjent powinien nauczyć się prawidłowego lokalizowania mięśni dna miednicy oraz prawidłowego ich używania. Tyle, że w opinii urologa i androloga dr. Andrzeja Przybyły, wiceprezesa zarządu Medical Continence Centers (MCC), rehabilitacja po usunięciu raka prostaty - poza nielicznymi ośrodkami urologicznymi - praktycznie nie istnieje w Polsce, a pacjenci są najczęściej pozostawiani samemu sobie z problemem. Wkrótce się to zmieni, bo jeszcze w tym roku spółka MCC zamierza uruchomić Centrum Kontynencji - pierwszą, wzorcową placówkę, w których pacjenci zostaną objęci kompleksową opieką urologiczną, a rehabilitacja po radykalnym leczeniu raka prostaty będzie jednym z jej elementów.

Pierwsza placówka MCC zostanie uruchomiona w Warszawie. Kolejne powstaną w innych miastach. O ich lokalizacji zdecydują m.in. członkowie Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”.

WARTO WIEDZIEĆ

- Rak gruczołu krokowego, nazywanego również sterczem lub prostatą, jest jednym z najczęściej rozpoznawanych nowotworów złośliwych. W Europie rozpoznaje się go rocznie u ponad 400 tysięcy pacjentów, w Polsce u kilkunastu tysięcy. Zapadalność na ten nowotwór rośnie wraz z wiekiem. Najczęściej rozwija się on u mężczyzn po 65. roku życia.
- Gruczoł krokowy należy do układu męskich narządów płciowych i zlokalizowany jest w bezpośrednim sąsiedztwie pęcherza moczowego, otacza odcinek cewki moczowej. Dlatego w momencie powiększenia tego gruczołu pacjent odczuwa objawy i dolegliwości związane z utrudnionym oddawaniem moczu.

Neuromodulacja krzyżowa wciąż dostępna tylko na papierze

Violetta Madeja

Zabieg neuromodulacji krzyżowej od 12 października 2018 roku widnieje w obowiązującym rozporządzeniu koszykowym. Okazuje się jednak, że zarówno papier, jak i sami pacjenci są bardzo cierpliwi, ponieważ w praktyce placówki medyczne nadal nie są w stanie wykonywać tej procedury.

stronie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji obwieszczenia w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego - neuromodulacja krzyżowa, w projekcie zarządzenia prezesa NFZ, jakie ukazało się 13 marca tego roku, zabrakło wyceny tego świadczenia. Pacjenci nie kryją obaw, że ta sytuacja

może oznaczać, iż nadal żadna placówka nie będzie mogła zaoferować tej procedury swoim pacjentom.

- Placówki są gotowe do rozpoczęcia wykonywania procedury, niemniej termin 1 kwietnia jest mało realny. Chociażby z uwagi na konieczność przeprowadzenia postępowań przetargowych na zakup stymulatorów, co nie odbywa się z dnia na dzień - mówi dr hab. n. med. Paweł Miotła z II Katedry i Kliniki Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Jednocześnie przyznaje, że najbardziej prawdopodobnym terminem rozpoczęcia wykonywania procedur jest koniec drugiego kwartału 2019 roku. Z kolei dr n. med. Mariusz Blewniewski, zastępca kierownika Oddziału Urologii Ogólnej,



dr hab. Paweł Miotła

Fot. Tomasz Michalek

Cierpliwość pacjentów z NTM zdaje się nie znać granic. Po długotrwałym oczekiwaniu na ogłoszenie finalnej wersji znowelizowanego rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2018 r., poz. 2013), zostali wystawieni na kolejną próbę czasu. Pomimo wejścia w życie, 12 października 2018 roku, rozporządzenia zawierającego w wykazie świadczeń gwarantowanych neuromodulację krzyżową, pacjenci, lekarze oraz same placówki mogące wykonywać tę procedurę, trwają w zawieszeniu. Wszystko przez brak ostatecznego zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Jest taryfa z AOTMiT, ale brakuje decyzji NFZ

Stowarzyszenie Pacjentów z NTM „UroConti” zwróciło uwagę, że pomimo opublikowania 22 stycznia br., na

nej, Onkologicznej i Czynnościowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. M. Kopernika w Łodzi, jako prawdopodobny termin rozpoczęcia wykonywania procedur neuromodulacji krzyżowej uważa czerwiec. Opóźnienie, jak podkreśla, wiąże się również z koniecznością przeszkolenia kadr lekarskich. Pierwsze zabiegi z polskimi medykami ma wykonywać ekspert z Finlandii. Niestety, obecnie pod dużym znakiem zapytania stoi również cena samego neuromodulatora.

- Jeżeli kwota ta przekroczy wycenę przewidzianą przez Narodowy Fundusz Zdrowia, wówczas żaden szpital nie będzie w stanie wprowadzić tej procedury z uwagi na fakt, że nie otrzyma pełnego pokrycia kosztów pobytu pacjenta w szpitalu. Obecne realia sprawiają, że szpitale nie mogą sobie pozwolić na dokładanie do realizowanych procedur - ocenia dr hab. Paweł Miotła.

Kto skorzysta z neuromodulacji?

Jak podkreśla nasz rozmówca, do procedury neuromodulacji krzyżowej kwalifikują się pacjenci, którzy nie odpowiadają na leczenie farmakologiczne zarówno pierwszej, jak i drugiej linii.

- Na świecie jest to rozwiązywane różnie, bowiem w części państw nie ma obowiązku zastosowania u pacjenta próby terapii z toksyną botulinową, która uznawana jest za terapię drugiej linii, równoległą z neuromodulacją. W innych natomiast krajach najpierw stosowana jest toksyna botulinowa, a dopiero w kolejnym kroku pacjenci są kwalifikowani do zabiegu wszczęcia neurostymulatora - dodaje Paweł Miotła.

Co więcej, problemy pacjentów z zespołem pęcherza nadreaktywnego (OAB) kwalifikowanych do zabiegu neuromodulacji nie mogą wynikać ze schorzeń o podłożu neurologicznym. - Do leczenia kwalifikować się będą pacjenci z idiopatycznym OAB, którego przyczyny nie leżą w chorobach neurologicznych, takich jak stwardnienie rozsiane, parkinsonizm, choroba Alzheimera czy inne schorzenia ośrodkowego układu nerwowego - wyjaśnia dr Mariusz Blewniewski.

Zaznacza, że nie każdy ośrodek będzie mógł tę procedurę przeprowadzać, a założony przez resort zdrowia limit około 200 zabiegów w ciągu roku jest, według niego, adekwatny do potrzeb pacjentów.

- Kluczowe będzie informowanie pacjentów o możliwości przeprowadzenia zabiegu i kierowanie ich do ośrodków, które

będą je wykonywać. Założona na początek liczba 200 procedur jest dobrym rozwiązaniem - ocenia urolog.

Na dwa razy

Pacjenci kwalifikowani do zabiegów neuromodulacji będą jej poddawani dwuetapowo. Jak wyjaśniają eksperci, chodzi o to, by móc ocenić działanie elektrod.

- Pierwsza, testowa elektroda ma przynieść odpowiedź na pytanie, czy pacjent zareagował na taką formę leczenia. Istnieje również opcja tzw. zaślepienia. Wówczas pacjent nie ma świadomości, że elektroda nie działa, a na przykład stwierdza poprawę. Jeśli zatem reaguje na placebo, to niekoniecznie jest dobrym kandydatem do wszczęcia elektrody stałej, która wraz ze stymulatorem stałym stanowi najistotniejsze obciążenie finansowe - ocenia Paweł Miotła.

Ginekolog studzi jednocześnie nadmierny entuzjazm i podkreśla, że metoda ta nie daje 100-procentowej poprawy stanu pacjentów z NTM.

- Dlatego też tak ważny jest ten okres testowy, który pozwala nam ocenić, jak pacjent będzie reagować na stymulowanie nerwów krzyżowych i jakich wartości należałoby użyć do stymulowania. Istnieje ryzyko, że po okresie wstępnym pacjent nie będzie kwalifikowany do drugiego etapu procedury - tłumaczy Paweł Miotła. Jednocześnie zapewnia, że jest to rutynowe działanie praktykowane na całym świecie. Jak dodaje Mariusz Blewniewski, skuteczność leczenia z wykorzystaniem neuromodulacji krzyżowej szacuje się na około 70 proc.

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

Przetoki układu moczowego

lek. med. Tadeusz Hessel

Klinika Urologii CM UJ, Szpital Uniwersytecki w Krakowie



Fot. Adiano - stock.adobe.com

Przetoki układu moczowego to rzadka przyczyna nietrzymania moczu. Najczęściej występują jako powikłanie operacji lub terapii (np. radioterapii). Aby powstała przetoka, musi dojść do niedokrwienia i martwicy tkanek.

Aby zrozumieć, na czym mogą polegać przetoki, musimy wspomnieć o budowie układu moczowego. Składa się on z pęcherza, moczowodów oraz układu kielichowo-miedniczkowego w nerce. Na każdym z tych poziomów może wystąpić przetoka moczowa.

Czym jest przetoka układu moczowego

Przetoka to nieprawidłowy kanał komunikacji między dwoma narządami. W przypadku przetoki moczowej ten nieprawidłowy kanał komunikacji powoduje wyciek moczu w tymże narządzie (zamiast przez cewkę moczową i pęcherz zależny od naszej woli). Istnieją także przypadki, w których kanał przetoki nie jest drożny albo jest drożny tylko okresowo.

W zależności od organu, do którego w nieprawidłowy sposób odprowadza się mocz, wyróżniamy między innymi:

- przetokę pęcherzowo-pochwową (najczęstsza);
- przetokę pęcherzowo-maciczną;
- przetokę pęcherzowo-odbytniczą;
- przetokę pęcherzowo-jelitową;
- przetokę moczowodowo-pochwową;
- przetokę moczowodowo-jelitową;
- przetokę pęcherzowo-skórną;
- przetokę cewkowo-skórną;
- przetokę cewkowo-pochwową;
- przetokę sterczowo-odbytniczą.

Przetoki moczowe możemy podzielić na trzy główne grupy:

- 1) przetoki moczowo-ginekologiczne;
- 2) przetoki moczowo-jelitowe;
- 3) inne przetoki moczowe.

Istnienie przetoki moczowej powoduje często całkowite nietrzymanie moczu lub nietrzymanie moczu o znacznym nasileniu.

Należy dobitnie podkreślić, że istnienie przetoki moczowej może powodować znaczne obniżenie jakości życia pacjentki lub pacjenta. Stres powodowany przez tę chorobę może być trudny do zniesienia z uwagi na niepełnosprawność, którą powoduje oraz to, że jest najczęściej powikłaniem innej (wcześniejszej) procedury medycznej.

CIKAWOSTKA

W krajach rozwiniętych ok. 80 proc. przetok pochwo-pęcherzowych ma przyczynę jatrogenną, tzn. ma związek z przebyciem w przeszłości leczeniem.

W krajach rozwijających się ponad 90 proc. przetok pochwo-pęcherzowych powstaje jako powikłanie przedłużonej akcji porodowej.

Przyczyny powstawania przetok

- w krajach rozwijających się - przyczyny okołoporodowe, tzn. związane z przedłużającym się porodem i brakiem opieki medycznej nad kobietą ciężarną;
- stan po histerektomii (operacji usunięcia macicy);
- stan po innych operacjach w rejonie miednicy (ginekologicznych, urologicznych, chirurgicznych, naczyniowych), takich jak np. operacje z powodu nietrzymania moczu, operacje dotyczące statyki narządu rodnej kobiety, stan po operacji nowotworowej;
- stan po naświetlaniu (radioterapii) okolicy miednicy;
- choroba zapalna jelit, np. choroba Crohna;
- wada wrodzona;
- przewlekłe zakażenie rany okolicy genitalnej;
- uraz (w tym uraz na tle seksualnym, tzn. po gwałcie w przypadku przetoki pęcherzowo-pochwowej);
- obecność ciała obcego.

Objawy

- częste zakażenia układu moczowego;
- bóle brzucha;
- nietrzymanie moczu o różnym nasileniu - od ciągłego nietrzymania moczu znacznego stopnia do okresowego płamienia; niepokój musi wzbudzić każdorazowe pojawienie się nietrzymania moczu znacznego stopnia po operacji w rejonie miednicy;
- wyciek moczu z nietypowej lokalizacji, np. z odbytu, pochwy, skóry, okolicy krocza;
- pojawienie się powietrza lub kału w moczu w przypadku przetoki łączącej układ moczowy z układem pokarmowym;
- biegunki, wodniste stolce;
- gorączka;
- utrata wagi;
- nudności, wymioty;

- ból okolicy krocza, miednicy, który czasami utrudnia siedzenie.

Metody diagnostyki przetok moczowych

Badania wstępne

- Badanie fizykalne
Pozwala wstępnie ocenić położenie, głębokość, liczbę i wielkość przetok, np. podczas wzniernikowania pochwy.
- Test trzech gazików (tylko u kobiet)
Do pochwy wprowadza się kolejno trzy gaziki. Do pęcherza moczowego wprowadza się kontrast, np. błękit metylenowy. Zabarwienie jednego z gazików pozwala uwidocznienie położenie przetoki.
Przykładowe wyniki:
 - Zabarwienie tylko górnego gazika - podejrzenie przetoki pęcherzowo-pochwowej lub przetoki pęcherzowo-moczowodowej.
 - Zabarwienie tylko dolnego gazika - podejrzenie przetoki cewkowo-pochwowej.
 - Wszystkie gaziki są suche - wstępnie wyklucza obecność przetoki pochwowej.
- Ultrasonografia (USG przezbrzuszne, przezpochwowe lub przezodbytnicze).
USG może być użyte jako badanie przesiewowe, uwidaczniając np. zmiany w budowie pęcherza.

Badania diagnostyczne

- Uretrografia (u mężczyzn)
Polega na wprowadzeniu kontrastu do cewki moczowej. Pozwala na uwidocznienie przetok cewkowo-skórnych, sterczowo-odbytniczych (pochodzących z gruczołu krokowego).
- Cystografia (u kobiet oraz u mężczyzn)
Polega na wprowadzeniu kontrastu do pęcherza moczowego. Powinno podać się około 300 ml kontrastu, jednakże nie zawsze jest to możliwe. Cystografia pozwala potwierdzić i ocenić położenie wszystkich przetok wywodzących się z pęcherza moczowego.
- Pielografia wstępująca oraz zstępująca
W przypadku istnienia przetoki moczowodowej, można ją uwidocznienie, podając kontrast od dołu (od strony pęcherza moczowego) lub od góry (najczęściej przez nefrostomię). Nie jest to badanie wykonywane rutynowo, jednakże jest stosowane w przypadku planowania zabiegu naprawczego lub gdy inne badania obrazowe, np. TK lub MRI, nieprecyzyjnie określają położenie przetoki.
- Cystoskopia (wziernikowanie pęcherza moczowego)
Badanie to polega na wprowadzeniu cienkiej rurki z kamerą do cewki moczowej oraz pęcherza. Pozwala ono uwidocznienie wielkości oraz położenie przetok moczowych u kobiet oraz u mężczyzn.



Fot. Syda Productions - stock.adobe.com

- **Kolonoskopia**
W przypadku podejrzenia przetoki moczowej łączącej się z układem pokarmowym, można rozważyć badanie jelita grubego cienką rurką zakończoną kamerą.
- **MRI/TK z kontrastem**
Są to najdokładniejsze badania obrazowe. W większości przypadków po podaniu kontrastu w fazie urograficznej, czyli w fazie, w której kontrast spływa jak mocz, udaje się uwidocznienie kanału przetoki, jej wielkość oraz dokładne położenie. Samo badanie zleca się dosyć często w trakcie diagnostyki przetok moczowych.
- **Urografia**
Badanie mniej dokładne niż TK/MRI, wykorzystywane niekiedy przed planowaną operacją. Pozwala uwidocznienie sam układ moczowy i spływ kontrastu.
- **Pobranie wycinków z przetoki**
W przypadku, gdy przetoka pojawiła się po leczeniu nowotworu miednicy, należy rozważyć pobranie z niej wycinków celem wykluczenia obecności wznowy procesu onkologicznego.

Metody leczenia przetok moczowych Zachowawcze

Niekiedy jest możliwe leczenie przetok moczowych bez operacji. Można podjąć taką próbę w przypadku, gdy przetoka jest niewielkich rozmiarów. Podczas jej gojenia pacjentka lub pacjent mają założony np.

- a) cewnik do pęcherza moczowego z lub bez cystostomii (przetoki nadłonowej) w przypadku przetok pęcherzowych lub cewkowych;

- b) cewnik moczowodowy z lub bez nefrostomii w przypadku przetok moczowodowych.

W przebiegu leczenia przetok należy:

- 1) Uzyskać odpowiednie odżywienie pacjentki/pacjenta.
- 2) Aktywnie leczyć zakażenia.
- 3) Uzyskać odpowiednie odprowadzenie moczu.

Operacyjne

Główne zasady leczenia przetok moczowych

- 1) Największą szansę powodzenia ma pierwszy zabieg naprawczy. Dlatego ważne jest, aby wykonała go osoba, która specjalizuje się w zakresie chirurgicznego leczenia przetok danego typu.
- 2) Leczenie przetoki moczowej zależy od jej położenia, etiologii, wielkości oraz ewentualnych

zabiegów naprawczych wykonywanych wcześniej w przeszłości.

CIEKAWOSTKA

Nagroda Nobla 2018 - Denis Mukwege

Ginekolog z Demokratycznej Republiki Konga, dr Mukwege, otrzymał nagrodę Nobla (wspólnie z jazydką, Nadią Murad). W związku z falą gwałtów i przemocy seksualnej w ogarniętym wojną Kongu znaczna liczba kobiet cierpi na powikłania ginekologiczne oraz przetoki moczowe. Dr Mukwege pomaga im i prowadzi szpital specjalizujący się w operacjach naprawczych i rekonstrukcyjnych. Jest także znany jako osoba, która często wypowiada się na arenie międzynarodowej przeciwko przemocy (przede wszystkim seksualnej) wobec kobiet oraz potępia inne kraje za obojętność wobec wojny domowej w Kongu oraz jej skutków, w tym fali gwałtów zbiorowych.

Chirurgiczne zasady leczenia przetok moczowych

- 1) Właściwa ekspozycja kanału przetoki wraz z usunięciem całości tkanek martwiczych.
- 2) Usunięcie ciał obcych lub materiałów syntetycznych z okolicy przetoki.
- 3) Ostrożne oddzielenie/separacja narządów w okolicy przetoki.
- 4) Użycie dobrze unaczynionych i zdrowych tkanek do naprawy kanału przetoki.
- 5) Szczelne, wielowarstwowe zaszycie przetoki bez napięcia.

W refundacji bez sensacji

Violetta Madeja

Pierwszy kwartał 2019 roku przyniósł pasmo rozczarowań pacjentom oczekującym na pozytywne rozstrzygnięcia w zakresie refundacji nowych molekuł stosowanych w leczeniu schorzeń narządów dna miednicy. Na otarcie łez resort zdecydował o kolejnych rozwiązaniach wdrażanych w ramach informatyzacji systemu ochrony zdrowia.

Zdecydowanie pozytywnym akcentem okazały się prace nad wdrożeniem elektronicznej postaci skierowań w Systemie Informacji Medycznej (SIM). Zgodnie z projektem rozporządzenia, e-skierowania będą mogły być wystawiane m.in. na świadczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), leczenie szpitalne, badania medycyny nuklearnej, a także badania diagnostyczne: tomografię komputerową (TK), rezonans magnetyczny (MR) oraz pozytonową tomografię emisyjną (PET). Nie będą natomiast obejmować dokumentów potocznie nazywanych skierowaniami albo zleceniami, a które dotyczyć będą kierowania pacjentów na różnego rodzaju badania czy konsultacje w ramach już udzielanych im świadczeń opieki zdrowotnej.

- Dotyczy to takich sytuacji, jak kierowanie pacjenta w ramach planowego leczenia operacyjnego w szpitalu na badania diagnostyczne i konsultacje, czy też kierowanie przez podmiot udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na dodatkowe badania diagnostyczne w związku z prowadzonym leczeniem
- wylicza legislator.

Neuromodulacja od 1 kwietnia?

Po wielu miesiącach oczekiwania, począwszy od II kwartału 2019 roku pacjenci powinni korzystać ze świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia szpitalnego - neuromodulacji krzyżowej. Jak poinformowała Barbara Wójcik-Klikiewicz, pełniąca obowiązki zastępcy dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia, to właśnie na 1 kwietnia przewidziano wprowadzenie stosowanych zmian w zarządzeniu prezesa NFZ. Zgodnie z ustaloną przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji taryfą, świadczenie to będzie rozłożone na dwa etapy, a każdy z nich będzie inaczej wyceniony. Pierwszy, obejmujący wszczepienie elektrody testowej, wyceniono na 5084 punkty rozliczeniowe (przy założeniu średniej wartości punktu rozliczeniowego określonej przez NFZ w umowach na udzielanie świadczeń

opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne), natomiast drugi etap, obejmujący wszczepienie stymulatora na stałe, wyceniono na 34 182 punkty. W opublikowanym 13 marca br. projekcie zarządzenia prezesa NFZ, w załączniku 1a uwzględniającym procedury leczenia szpitalnego, zabrakło wyceny nowej procedury, co w ocenie lekarzy i placówek, które potencjalnie będą mogły udzielać świadczeń, praktycznie blokuje możliwość jej realizacji. Projekt zarządzenia będzie konsultowany do 27 marca br.



Fot. M. Schuppich - stock.adobe.com

Jednolita interpretacja zapisów ustawy „za życiem”

W styczniu centrala NFZ wyjaśniła również kwestię dostępności środków chłonnych dla osób, które mogą z nich korzystać na podstawie zapisów ustawy „za życiem”. Z informacji NFZ wynika, że przeprowadzono modyfikacje w systemie informatycznym, tak by osoby zaopatrujące się w wyroby chłonne miały limit finansowania oraz kwotę refundacji wyliczane łącznie, od ilości faktycznie wydanych wyrobów. Ma to następować bez uwzględniania podziału na miesiące, w których otrzymały zaopatrzenie. Rozwiązanie to kończy dywagacje wokół sposobu rozliczania wydawanych takim pacjentom środków. Co więcej, rzeczne stanowisko centrali NFZ 18 grudnia 2018 roku przesłano do wszystkich oddziałów wojewódzkich.

O ile w tym obszarze udało się uzyskać pozytywne rozstrzygnięcie, to pacjenci od ponad roku zmagają się z problemami niezmiennego limitu finansowego na środki chłonne. Pomimo ministerialnych zapowiedzi, nie powstał

również wspólny zespół MZ oraz NFZ, który miał wypracować możliwie najlepsze, docelowe rozwiązania w zakresie zaopatrzenia pacjentów w środki chłonne. Jak wskazuje Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”, obecne limity cenowe faktycznej refundacji dla pacjenta onkologicznego (kod 100) zostały obniżone z poziomu 1,28 zł do poziomu 0,86 zł za sztukę, natomiast u pozostałych pacjentów z 1,05 zł do poziomu 0,70 zł.

– *W rzeczywistości za tak niską kwotę możliwy jest zakup jedynie 90 sztuk wkładek urologicznych o najniższej chłonności* – oceniła Anna Sarbak, prezes „UroConti”. W piśmie wysłanym do resortu zdrowia na początku marca zaapelowała do ministra Łukasza Szumowskiego o podjęcie działań, które zmierzałyby do przywrócenia limitów cenowych na refundowane środki absorpcyjne.

– *Aktualne limity cenowe w Polsce należą do najniższych w Europie, a kryteria chorobowe nadal wykluczają z refundacji dużą grupę osób z problemem NTM* – oceniła przedstawicielka pacjentów.

Bez nowych terapii dla pacjentów onkologicznych

I kwartał tego roku nie przyniósł dobrych wiadomości dla pacjentów chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego. W przypadku procesu refundacyjnego leku enzalutamid, który miał być dostępny w ramach programu lekowego „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego enzalutamidem u pacjentów niestosujących dotychczas chemioterapii (ICD-10 C61)”, minister zdrowia nadal nie podjął decyzji w kwestii objęcia tego preparatu refundacją. Przypomnijmy, że negocjacje refundacyjne w Komisję Ekonomiczną prowadzone były po tym, jak prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wydał w przedmiotowej sprawie warunkowo pozytywną rekomendację (nr 80/2018 z dnia 29 sierpnia 2018 r.). Pacjenci nie kryli swojego rozgoryczenia zaistniałymi opóźnieniami sytuacji.

– *W zeszłym roku wystaliśmy ponad 120 pism do Ministerstwa Zdrowia, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Narodowego Funduszu Zdrowia czy parlamentarzystów. Mimo poparcia ze strony posłów czy próby interwencji Rzecznika Praw Pacjenta, w leczeniu przed chemioterapią nadal mamy dostęp tylko do jednego leku, choć konsultant krajowy w dziedzinie urologii i towarzystwo naukowe wnioskują o uznanie w tym wskazaniu równoważności klinicznej abirateronu i enzalutamidu, a niemal cała Europa leczy w ten sposób od dawna. Nawet Rumunia i Bułgaria!* – poinformował Bogusław Olawski, przewodniczący Sekcji Prostaty Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”.

Sytuację ma szansę poprawić rozpoczęte w listopadzie 2018 roku postępowanie w sprawie przygotowania stanowiska Rady Przejrzystości oraz prezesa AOTMiT dotyczące leku kabazytaksel. Preparat ma być dostępny w ramach nowego programu lekowego – „Kabazytaksel w leczeniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowe-

go (ICD-10: C61)”. Opinia na temat zasadności finansowania tego leku ze środków publicznych we wskazaniu: rak prostaty z przerzutami do kości i do węzłów chłonnych jamy brzusznej, ma zapadć 25 marca podczas posiedzenia Rady Przejrzystości.

W rozpatrzonych przez AOTMiT uwagach do wniosku refundacyjnego, prof. dr hab. Andrzej Stelmach, kierownik Oddziału Zabiegowego Urologii Onkologicznej Centrum Onkologii w Krakowie, wskazał, że zarówno wytyczne polskie (PTOK 2013), jak i zagraniczne (EAU 2018, ESMO 2015, NICE 2016) zalecają stosowanie kabazytakselu w II linii leczenia pacjentów z przerzutowym rakiem gruczołu krokowego opornym na kastrację po wcześniejszej terapii docetaksemem.

– *Kabazytaksel jest wymieniany wśród możliwych opcji terapeutycznych, do których należą również octan abirateronu, enzalutamid oraz dichlorek radu Ra-223. Z perspektywy klinicznej ważne jest, aby zapewnić [pacjentom- przyp. red.] dostępność do szerokiego wachlarza opcji terapeutycznych, co umożliwi podejmowanie decyzji klinicznych indywidualnie w oparciu o stan zdrowia danego pacjenta* – wskazał prof. Andrzej Stelmach.

W OAB też bez przełomu

Styczniowe oraz marcowe wykazy refundacyjne okazały się również rozczarowaniem dla pacjentów zmagających się z zespołem pęcherza nadreaktywnego. Wbrew oczekiwanym zmianom, nadal mają oni dostęp wyłącznie do dwóch substancji czynnych, tj. tolterodyny i solifenacyny. Pomimo pozytywnej oceny wniosku refundacyjnego, resort zdrowia nadal nie zdecydował o refundacji leku zawierającego mirabegron, który mógłby być stosowany w II linii leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego. W sprawie pacjentów z OAB interweniował m.in. Rzecznik Praw Pacjenta, który w piśmie do ministra zdrowia podkreślił, że „na świecie oferuje się szeroką listę leków umożliwiających chorym dostęp, a lekarzom wybór wielu refundowanych substancji leczniczych (w tym: mirabegron, darifenacynę, fesoterodynę, desmopresynę czy oksybutyninę)”.

Będą zmiany w programie lekowym?

Jednocześnie eksperci AOTMiT wydali opinię dotyczącą zmiany zapisów programu lekowego „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego (ICD-10 C61)”. Chodzi o zmianę zakresu kryteriów kwalifikacji do leczenia octanem abirateronu i wykreślenie z opisu programu zapisu „stopień złośliwości wg sumy Gleasona <8 określonych na podstawie badania histopatologicznego”. Zaproponowana zmiana sprawi, że liczba pacjentów kwalifikujących się do leczenia wzrośnie dwukrotnie, do poziomu 454 chorych. Tym samym obciążenie dla budżetu płatnika według szacunków ekspertów Rady Przejrzystości wzrośnie do kwoty około 14,4 mln zł.

HARTMANN



100%

DYSKRECJI
KOMFORTU
BEZPIECZEŃSTWA

 Higiena przy
nieutrzymaniu 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

Już dziś zamów książkę na

www.poradnikginekologiczny.pl

lub zadzwoń **22 279 49 04**



Poradnik dla pacjentek ginekologicznych

Pod redakcją
prof. Mirosława Wielgosia
dr Natalii Mazanowskiej

