

OPIEKA I PIELĘGNACJA

Nowinki pomagające zachować higienę w NTM

LECZENIE

Pacjentka z NTM w gabinecie lekarza rodzinnego

LECZENIE

Czy dwie rekomendacje AOTMiT to za mało?

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Metoda porodu a ryzyko NTM

LEGISLACJA

Przygotowania do wdrożenia e-recept i zleceń z e-potwierdzeniem nabierają tempa

Czy w systemie zabrakło pieniędzy?

Tak źle nie było od wielu lat. W systemie publicznej ochrony zdrowia zawsze brakowało pieniędzy. Teraz jednak ten brak jest szczególnie odczuwalny. Dlaczego? Przyczyn jest wiele. Jedną z głównych jest brak kadry, a co za tym idzie, rosnąca presja płacowa. To nic zaskakującego. Eksperci ostrzegali nas od wielu lat, że tak właśnie będzie. Politycy byli jednak zajęci innymi kwestiami, a nasze społeczeństwo nie potrafiło wyegzekwować od nich zmiany priorytetów. Teraz zapłacimy za to wszyscy. A najlepszym tego dowodem jest dynamiczny rozwój sektora prywatnego.

cia Polek i Polaków. Przed tym też ostrzegali nas eksperci. Brzmi jak czarny scenariusz? On już się realizuje. Wystarczy pojechać do szpitalnego oddziału ratunkowego, porozmawiać z pracującymi tam lekarzami i pielęgniarkami. Najmłodsi z nich albo próbują jeszcze walczyć o zmiany, tak jak lekarze rezydenci, albo po ukończeniu studiów natychmiast wyjeżdżają za granicę lub idą pracować do prywatnego sektora.

Dla osób z NTM ta sytuacja nie jest niczym nowym. Lekarzy specjalizujących się w urologii czy też urologii czynnościowej nigdy nie było zbyt wielu. Nowych, spektakularnych technologii medycznych brakuje już od wielu lat. Przemysł farmaceutyczny postawił na onkologię, kardiologię i choroby rzadkie. Przyczyna jest prosta: tam idą największe środki publiczne w przeliczeniu na jednego mieszkańca danego kraju. Podobnie jest w Polsce.

Dlatego cieszymy się każdą zmianą na lepsze. Pacjenci mogą być dumni z siebie, że wywalczyli wpisanie do tzw. koszyka szpitalnych świadczeń gwarantowanych zabiegu neuromodulacji krzyżowej, dedykowanej osobom z najcięższymi postaciami NTM. Podobnie należy ocenić decyzje ministra zdrowia o poszerzeniu programu lekowego dla mężczyzn z zaawansowanym rakiem prostaty. Możemy również cieszyć się z likwidacji konieczności potwierdzania zleceń na refundowane środki absorpcyjne w oddziałach NFZ. Od Nowego Roku zastąpi je elektroniczne potwierdzenie.

Czego oczekujemy w 2020 roku? Zapowiadane przez ekspertów spowolnienie gospodarcze nie wróży publicznej służbie zdrowia niczego dobrego. Trzeba więc liczyć się z tym, że każda gru-

pa chorych z jeszcze większą determinacją będzie walczyła o swoje partykularne interesy. Niestety, będzie się to odbywało coraz bardziej kosztem pozostałych interesariuszy.

Tomasz Michatek



Tylko jak wielu z nas będzie stać na opłacanie świadczeń zdrowotnych z własnych środków? Przy coraz niższych emeryturach, przy coraz większej liczbie zachorowań, przy braku sensownej polityki zdrowotnej, czeka nas regres, którego efektem będzie skracający się średni wiek ży-

OPIEKA I PIELEGNACJA

Akademia Edukacyjna TENA. Wspólne działania na rzecz pacjentów z NTM	4
Nowinki pomagające zachować higienę, komfort i kontrolę	7

LECZENIE

Zaburzenia trzymania moczu u kobiet (cz. 2)	
Pacjentka z NTM w gabinecie lekarza rodzinnego	9
Czy dwie rekomendacje AOTMiT to za mało?	14
Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania neuromodulacji krzyżowej	15
Wiązką promieniowania prosto w raka gruczołu krokowego	16

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Wybór metody porodu w odniesieniu do wystąpienia ryzyka wypadania narządów rodnych lub wysiłkowego NTM	19
--	----

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

Na jaką opiekę będą mogli liczyć w przyszłości osoby niesamodzielne i przewlekle chore?	21
---	----

LEGISLACJA

Przygotowania do wdrożenia e-recept i zleceń z e-potwierdzeniem nabierają tempa	22
---	----

Rodzinie i bliskim oraz Członkom Stowarzyszenia Osób z NTM "UroConti" składamy wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci Artura Marcinka.

Redakcja Kwartalnika NTM

Z wielkim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci Artura Marcinka, Sekretarza Zarządu Małopolskiego Oddziału Stowarzyszenia, Członka Zarządu Sekcji Prostaty. Rodzinie i bliskim naszego Kolegi składamy wyrazy głębokiego współczucia.

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

Redaktor naczelny: Tomasz Michalek; **Redaktor wydania:** Maja Markłowska-Tomar; **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:** 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

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

Szanowni Państwo,

Ostatni kwartał mijającego roku, w którym pod adresem odpowiedzialnego za refundację leków wiceministra zdrowia Macieja Miłkowskiego popłynęło wiele podziękowań ze strony różnych organizacji pacjentów, akurat osobom z NTM nie przyniósł żadnych pomyślnych zmian. Resort zdrowia okazał się głuchy na ich postulaty. Nie zwiększył limitów cenowych na środki chłonne, których tak bardzo potrzebują, nie zniósł obowiązku wykonywania badania urodynamicznego dla pacjentów kwalifikowanych do leczenia tolterodyną ani nie objął refundacją II linii leczenia osób z OAB. Czy zmieni swój pogląd na sytuację tysięcy ludzi zmagających się na co dzień z problemem NTM w nadchodzącym 2020 roku? Na pewno o każdej zmianie będziemy Państwa, tak jak do tej pory, na bieżąco informować.

A tymczasem zachęcamy Was do lektury artykułu „Nowinki pomagające zachować higienę, komfort i kontrolę” (str. 7), w którym jego autorka prezentuje najciekawsze rozwiązania dla osób z NTM, jakie pojawiły się na polskim i światowym rynku. I nie chodzi wcale o nowe wzory pieluchomajtek, ale o zmianę podejścia producentów do roli, jaką powinna spełniać bielizna chłonna. Na co może liczyć pacjentka z NTM w gabinecie lekarza rodzinnego. W drugiej części artykułu, który jest poświęcony temu zagadnieniu (pierwszą opublikowaliśmy w poprzednim wydaniu Kwartalnika NTM), dr Honorata Błaszczak, prof. Ewa Barcz i prof. Anna Kołodziej skupiają się na diagnostyce i leczeniu wysiłkowego nie-utrzymaniu moczu oraz zespołu pęcherza nadreaktywnego. Warto zapoznać się z ich tekstem (str. 9), bo można w nim znaleźć wiele ważnych informacji.

Sporo miejsca poświęciliśmy również nieoperacyjnemu leczeniu raka gruczołu krokowego. Okazuje się bowiem, że w wielu szpitalach pacjenci nie są informowani, że poza zabiegiem prostatektomii istnieje jeszcze druga, równie skuteczna metoda leczenia tego nowotworu – radioterapia. Jakie korzyści daje ona chorym? O tym dowiedziecie się z artykułu zatytułowanego „Wiązką promieniowania prosto w raka gruczołu krokowego”, który publikujemy na str. 16.

Zachęcając Państwa również do lektury pozostałych artykułów, życzymy spokojnych i rodzinnych Świąt Bożego Narodzenia oraz pomyślnego Nowego 2020 Roku. Niech Wam się darzy!

Maja Markłowska-Tomar

Akademia Edukacyjna TENA

Wspólne działania na rzecz pacjentów z NTM

Violetta Madeja

Interdyscyplinarne spojrzenie na opiekę nad pacjentem z NTM to motyw przewodni kolejnej edycji konferencji „Pacjent z NTM - leczenie, pielęgnacja i opieka - najnowsze standardy”, realizowanych w ramach Akademii Edukacyjnej TENA. Zdaniem uczestników i wykładców, inicjatywa odpowiada na potrzeby artykułowane przez personel medyczny, ale przede wszystkim daje szansę na sukcesywną poprawę opieki nad pacjentami z NTM. Organizatorzy regionalnych spotkań dla pielęgniarek, położnych, opiekunów i studentów pielęgniarstwa mogą mówić o sukcesie. Łącznie z tegoroczną edycją w całym kraju odbyło się już 26 spotkań w 24 okręgowych izbach pielęgniarek i położnych. W sumie w szkoleniu poświęconemu opiece nad pacjentami z NTM uczestniczyło ponad 2 tys. osób!

Edukacja i przełamywanie tabu

- Projekt Akademii Edukacyjnej TENA zbiegł się w czasie z publikacją wytycznych Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych dotyczących opieki nad pacjentami z NTM. Organizując spotkania, zależało nam nie tylko na profesjonalizacji procesu właściwego doboru środków chłonnych w środowisku pielęgniarek i położnych, ale również na przedstawieniu i skonfrontowaniu perspektyw lekarza, pielęgniarki, położnej oraz samego pacjenta bądź opiekuna osoby niesamodzielnej z NTM - podkreślił Patryk Sucharda, menedżer ds. public affairs w firmie Essity Polska.

Akademia Edukacyjna TENA to również okazja do otwartych rozmów na temat potrzeb pacjentów.

- O projekt Akademii Edukacyjnej TENA dbamy już od trzech lat i od samego początku naszym głównym celem jest przełamywanie tabu, jakie narosło wokół tematu nietrzymania moczu, a także popularyzacja wiedzy o samym problemie. Proszę zwrócić uwagę, jak dużo i często mówi się w mediach o takich problemach zdrowotnych jak cukrzyca, z którą zmagają się około 5 proc. naszego społeczeństwa. Temat nietrzymania moczu, który występuje aż u 8 proc. Polaków, jest natomiast marginalizowany. W efekcie problemy z kontynencją są nie tylko mało interesującym zagadnieniem dla personelu medycznego, ale również stają się trudnym i kłopotliwym tematem dla pacjentów, którzy wręcz unikają mówienia o swoich dolegliwościach - zwraca uwagę Anna Grześkowiak, koordynująca projekt w Essity Polska.

Pierwszoplanowa rola pielęgniarek i położnych

Gros uczestników regionalnych konferencji stanowiły pielęgniarki i położne. W ocenie środowiska projekt spo-

tknięć edukacyjnych poświęconych problemowi pacjentów z NTM to bardzo ważna i potrzebna inicjatywa, która odpowiada na potrzebę zaspokojenia wiedzy nie tylko pielęgniarek i położnych, ale również opiekunów pacjentów z problemem nietrzymania moczu.

- Musimy pamiętać, że zarówno pielęgniarki pracujące w placówkach medycznych, jak również pielęgniarki środowiskowe, odgrywają ważną rolę w diagnozowaniu problemu NTM. To temat niezwykle wstydlivy dla pacjentów, dlatego zaprezentowana na konferencji wiedza z zakresu rozmowy z pacjentem z pewnością pomoże uczestnikom w łatwiejszym dotarciu do chorych i przekonaniu ich, że pielęgniarki są w stanie im pomóc - oceniła Danuta Kusiak, przewodnicząca ORPiP w Zamościu.

Opinię tę potwierdziła wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Mariola Łodzińska, która w rozmowie z Kwartalnikiem NTM dodała, że rolą pielęgniarek i położnych jest szeroko rozumiane wsparcie pacjentów z NTM, w tym również ocena stanu fizycznego pacjenta i właściwy dobór środków chłonnych.

- Ważna jest również umiejętność rozmowy z pacjentami, którym w większości przypadków duże trudności sprawia przyznanie się do swojego problemu, a także akceptacja środka chłonnego. Dlatego też właściwy dobór produktu i edukacja pacjentów w tym zakresie powinny znajdować się przede wszystkim w gestii pielęgniarki oraz położnej - oceniła wiceprezes NRPiP.

Wymiana doświadczeń

Ważnym aspektem regionalnych konferencji organizowanych w ramach Akademii Edukacyjnej TENA była również wymiana doświadczeń pomiędzy poszczególnymi grupami profesjonalistów medycznych. Zdaniem Marioli Łodzińskiej, taka formuła spotkania, która umożliwiła wymianę wiedzy i dzielenie się doświadczeniami lekarzy, pielęgniarek i położnych, jest niezwykle cenna.

- Spotkania te mają głęboki sens, bowiem patrząc na system ochrony zdrowia, dochodzimy do wniosku, że pacjent powinien znajdować się pod opieką zespołów interdyscyplinarnych. Z pacjentem powinien pracować zespół tworzony przez pielęgniarkę, opiekuna medycznego, czy lekarza, i każdy z członków tego zespołu powinien wymieniać się doświadczeniem i informacjami o pacjencie - tak, by kompleksowo zadbać o jego stan fizyczny i psychiczny. Jeśli jest zatem wola i chęć do tego typu spotkań, to zdecydowanie jestem zwolenniczką takiej współpracy i uczestnictwa w takich spotkaniach - dodała Mariola Łodzińska.

TENA®

Robisz wszystko, aby chronić swoich bliskich

My robimy wszystko, aby chronić ich skórę

**Wypróbuj produkty
TENA ProSkin**
na nietrzymanie moczu
i do pielęgnacji skóry



www.tena.pl

Pozytywnych opinii na temat interdyscyplinarności szkoleń nie szczędzili również lekarze biorący udział w spotkaniach. Zdaniem Honoraty Błaszczyk, specjalistki medycyny rodzinnej, która była jedną z prelegentek, uczestnictwo w całym wydarzeniu dawało możliwość spojrzenia na pacjenta z NTM z perspektywy różnych profesjonalistów.

– Dzięki wspólnemu spotkaniu mieliśmy również okazję do wzajemnej wymiany doświadczeń dotyczących pacjentów z NTM i poznania zakresu kompetencji i możliwości – zwłaszcza tych, które wynikają z kontraktowania świadczeń przez NFZ – każdej z grup profesjonalistów pracujących z chorym z NTM: pielęgniarek i położnych, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy specjalistów – urologów i ginekologów, fizjoterapeutów, opiekunów medycznych. Jednym z wniosków wypływających z konferencji jest ten, że wspólna praca w zespole POZ (lekarz, pielęgniarka, położna) pozwala na odpowiednie przygotowanie chorego do leczenia na wyższym piętze opieki medycznej, zapewnia edukację w zakresie właściwej ochrony skóry i zapobiegania powikłaniom NTM, między innymi poprzez odpowiedni dobór środków chłonnych – oceniła Honorata Błaszczyk.

Nie tylko o leczeniu

Konferencje w ramach Akademii Edukacyjnej TENA miały na celu kompleksowe zadbanie o okołomedyczną wiedzę środowiska pielęgniarskiego. Stąd też w trakcie szkoleń realizowano również moduły – prawny oraz komunikacyjny.

– Dotknęliśmy tematów, które dotychczas nie były właściwie naświetlone. W module prawnym pielęgniarki i położne dowiedziały się, jak prawidłowo wypełniać zlecenia na środki

chłonne, a także staraliśmy się zmotywować je do korzystania z przysługujących im w tym zakresie uprawnień. Natomiast moduł komunikacyjny miał na celu pogłębienie umiejętności rozmowy z pacjentami i ośmielenia ich do mówienia o wstydliwym problemie, jak przez wielu chorych traktowany jest NTM – dodał Patryk Sucharda.

Frekwencja na medal

Po szkoleniach, m.in. w zamojskiej OIPiP, uczestnicy podkreślali, że jedno tego typu spotkanie to zbyt mało i chłonni wiedzy chętnie będą uczestniczyć w kolejnych konferencjach organizowanych w ramach Akademii.

– Ostatnia konferencja zorganizowana w naszej izbie została świetnie przyjęta przez uczestników i nie ukrywamy, że jesteśmy nią niezwykle usatysfakcjonowani, zarówno wiedzą teoretyczną, jak również wykładami poświęconymi praktycznym aspektom pracy z pacjentem w opiece długoterminowej. Spotkania Akademii Edukacyjnej TENA są niezwykle atrakcyjne nie tylko pod względem wiedzy teoretycznej, ale przede wszystkim pod kątem wykorzystania tej wiedzy w praktyce. Spotkania te kształtują umiejętności pielęgniarek, co przekłada się na jeszcze lepszą opiekę, jaką członkinie samorządu sprawują nad swoimi pacjentkami. O wysokiej jakości merytorycznej spotkań świadczy również wysoka frekwencja – oceniła Hanna Sposób, przewodnicząca OIPiP w Siedlcach.

W wielu miejscach pielęgniarki i położne z niecierpliwością czekają już na kolejne konferencje.

– Muszę przyznać, że po spotkaniu, jakie odbyło się w naszej izbie 25 października, poprosiłam organizatorów o kolejne – na wiosnę 2020 roku. Po szkoleniu uczestnicy podkreślali, że liczą na kolejne merytoryczne spotkania – powiedziała Danuta Kusiak, przewodnicząca ORPiP w Zamościu.

Potrzebę spotkań potwierdza zaangażowanie ich uczestników

Prof. dr hab. Tomasz Rechberger, Kierownik II Katedry i Kliniki Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Regionalne konferencje naukowo-szkoleniowe „Pacjent z NTM – leczenie, pielęgnacja i opieka – najnowsze standardy”, organizowane przez Akademię Edukacyjną TENA, odbywają się już od trzech lat w całej Polsce. Dedykowane są głównie pielęgniarkom i położnym, które dzięki szczegółowym informacjom na temat najnowszych standardów w zakresie diagnostyki i leczenia pacjentów z nietrzymaniem moczu, mają później możliwość zastosowania zdobytej wiedzy w codziennej praktyce zawodowej. Jest to niewątpliwie szczególna okazja do podniesienia kwalifikacji, dlatego też, dzięki współpracy organizatorów z okręgowymi izbami pielęgniarek i położnych, spotkania cieszą się dużym zainteresowaniem. Potrzebę organizowania takich szkoleń, poza frekwencją, potwierdza również zaangażowanie słuchaczek i aktywne uczestnictwo zarówno w części teoretycznej, jak i praktycznej. Myślę, że wiedza uczestniczek tych konferencji, pozwalająca na zrozumienie, że szczegółowy wywiad uzupełniony dziennikiem mikcji i precyzyjnym określeniem okoliczności, w których mocz ucieka, nasilenie problemu, czy

jego wpływ na jakość życia, są czynnikami umożliwiającymi postawienie niemal precyzyjnej diagnozy i wybór optymalnej opcji terapeutycznej w zależności od najbardziej prawdopodobnej etiopatogenezy schorzenia. Wraz ze współwykładowcami podkreślaliśmy jednak, że w przypadkach wątpliwych interpretacja jedynie danych z wywiadu i badania fizykalnego powinna uwzględniać błąd, jaki może zostać popełniony poprzez wyłącznie ocenę kliniczną pacjentów bez oceny urodynamicznej. Jeśli bowiem bierzemy pod uwagę jedynie wywiad, u 51 proc. pacjentów diagnozujemy mieszaną postać nietrzymania moczu. Po wykonaniu badania urodynamicznego okazuje się, że typowo mieszane nietrzymanie moczu występuje u 12 proc. kobiet, natomiast znaczącą większość stanowi postać wysiłkowa (62 proc.), co oczywiście będzie zmieniać perspektywę terapeutyczną. Tak więc mottem, jakie przyświecało wszystkim tym spotkaniom edukacyjnym, jest uzmysłowienie słuchaczom faktu, że prawidłowa diagnostyka to klucz do sukcesu terapeutycznego. Jest to szczególnie ważne z punktu widzenia szybko starzejących się społeczeństw, w których zapotrzebowanie na skuteczne i trwałe leczenie uroginekologiczne będzie gwałtownie wzrastało.

Nowinki pomagające zachować higienę, komfort i kontrolę

Violetta Madeja

Kompleksowa opieka nad pacjentami z nietrzymaniem moczu to cel, jaki obrali producenci wyrobów medycznych. Na rynku pojawiły się nowe rozwiązania, które nie tylko wspierają pacjentów w codziennym radzeniu sobie z inkontynencją, ale są przez nich zdecydowanie lepiej akceptowane.

Chip oceni mikcję

Nowością na rynku amerykańskim są wprowadzone przez firmę Essity pieluchomajtki z chipem umożliwiającym obserwację mikcji pacjentów. Jak wyjaśnia przedstawicielka producenta, Anna Grześkowiak, rozwiązanie to ma stanowić nie tylko wsparcie dla personelu medycznego i opiekunów, ale również ma pomagać w usamodzielnianiu się pacjentów. *- Zasadniczym celem działania produktu jest 72-godzinna ocena mikcji - zarówno jej częstotliwości, jak i objętości. Pozwala nam to na dobranie produktu chłonnego do indywidualnych potrzeb pacjenta - wskazuje Anna Grześkowiak. I dodaje: - Jeżeli podczas analizy danych zebranych przez system widzimy, że mikcje pacjenta są w określonych godzinach i mają określone parametry, wówczas możemy na tej podstawie dobrać produkt, który sprosta oczekiwaniom pacjenta i jego opiekuna.*

Dodatkowo rozwiązanie to wpływa na ekonomikę opieki nad pacjentami z NTM, ponieważ dzięki zebranym danym jesteśmy w stanie dobrać produkt tańszy, np. zamiast bardziej chłonnych pieluchomajtek - wkładkę, która okaże się bardziej adekwatna do potrzeb pacjenta. Z drugiej strony nowe rozwiązanie pomaga również personelowi medycznemu oraz opiekunom we wprowadzaniu treningu toaletowego.

- W sytuacji, gdy w raporcie otrzymamy informacje, że mikcje odbywają się w regularnych odstępach czasu, wówczas personel medyczny otrzymuje narzędzie umożliwiające wprowadzanie do codziennej rutyny pacjenta treningu toaletowego. Usamodzielnienie pacjentów to jeden z celów, jaki chcemy uzyskać, wprowadzając nowe produkty na rynek - zapewnia Anna Grześkowiak.

Bez stygmatyzacji

Nowością od Essity jest również seria damskiej bielizny chłonnej w kolorze czarnym. Dotychczas pacjenci mo-



MoliCare Premium Pants
w wersji Lady i Men.

Fot. Materiały Paul Hartmann

gli korzystać z dyskretnej, granatowej bielizny chłonnej dedykowanej panom, a także bielizny chłonnej dla kobiet w kolorze cielistym. Produkty te łatwo dopasowują się do anatomii ciała, a także zapewniają potrójną ochronę przed przeciekaniem, nieprzyjemnym zapachem oraz uczuciem wilgoci.

- Bielizna ta odpowiada zindywidualizowanym potrzebom osób z NTM, a jednocześnie wzmacnia samodzielność pacjenta i akceptację wyrobów medycznych dedykowanych chorym z nietrzymaniem moczu. Zastosowany do jej produkcji materiał przypomina swoją miękkością i kolorem zwykłą bieliznę, w związku z czym nie jest utożsamiany z białymi pieluchomajtkami - ocenia Anna Grześkowiak. Zdaniem producenta odejście od klasycznego wyglądu pieluchomajtek jest szczególnie ważne dla mężczyzn, którzy - jak pokazuje doświadczenie - borykają się ze wstydem związanym z noszeniem produktów chłonnych.

- Dlatego możliwość skorzystania z granatowej bielizny chłonnej łatwiej motywuje ich do sięgnięcia po tego typu produkt - podkreśla Anna Grześkowiak.

Bielizna dla zdrowej skóry

Jesienią w polskiej ofercie firmy Paul Hartmann pojawiły się dwa nowe warianty wkładów chłonnych anatomicznie dopasowanych do ciała kobiety i mężczyzny marki MoliCare Premium Pad w wersji Lady i Men.

- Pewność i bezpieczeństwo wkładów chłonnych zapewnia system szybkiego wchłaniania, optymalna ochrona przed przeciekaniem oraz neutralizator zapachów. Produkty chłonne zapewniają zdrową skórę dzięki miękkim, przepuszczającym powietrze materiałom oraz górnej warstwie wzbogaconej łagodzącym działaniem aloesu - dotyczy to wersji dla kobiet - podkreśla Marta Woźniak, Group Brand Manager z firmy Paul Hartmann.

Wśród nowych produktów znalazła się również bielizna chłonna dla pacjentów z lekkim lub średnim stopniem NTM. Jak zapewnia producent, wprowadzone na rynek produkty gwarantują pacjentom kompleksowe zabezpieczenie i ochronę przed drażniącym działaniem moczu. Jednocześnie, dzięki zastosowaniu systemu szybkiego wchłaniania Quick Dry, systemu ochrony przed przeciekaniem oraz neutralizatora zapachu dają pacjentom komfort, swobodę oraz poczucie noszenia zwykłej bielizny.

- Dyskretna bielizna dedykowana jest dla pacjentów z lekkim i średnim stopniem nietrzymania moczu. Bieliznę zaprojektowano z obniżonym stanem w talii, kolorystyką męską i kobiecym wzornictwem. Pozwala zachować komfort oraz bezpieczeństwo w każdej sytuacji - ocenia Marta Woźniak.

Trzy w jednym

Czy możliwe jest połączenie diagnostyki, chłonności i estetyki? Jednym z takich rozwiązań jest wyrób medyczny łączący w sobie możliwości diagnostyczne, właściwości chłonne, umożliwiające trening mięśni dna miednicy i stanowiący element bielizny osobistej. Mowa o bieliźnie Carin, która dzięki swym właściwościom ułatwia życie pacjentom borykającym się z NTM, a także lekarzom i fizjoterapeutom sprawującym opiekę nad chorymi.

Bielizna chłonna Carin to nowość na światowym rynku wyrobów medycznych. Zaprojektowana i wykonana została z szybko schnących tkanin - mikrofibry oraz bawełny, a jej dodatkowym atutem jest specjalny czujnik monitorujący przypadki niekontrolowanej utraty moczu.

- Carin to linia produktów dedykowanych paniom borykającym się z niekontrolowaną utratą moczu, natomiast pod koniec roku na rynek trafi również bielizna marki Wil, która dedykowana jest panom - wyjaśnia Joanna Kleszczyńska z firmy Help4Epi, polskiego dystrybutora wyrobów.

Skrupulatna diagnostyka

Rozwiązanie to zostało przebadane klinicznie na grupie 150 pacjentek m.in. w Australii, Europie oraz Stanach Zjednoczonych i Japonii. Bardzo szybko zdobyło grono zwolenników, zarówno wśród pacjentów, jak również lekarzy i fizjoterapeutów.

- Dzięki nowoczesnej bieliźnie mamy narzędzie diagnostyczne, które pozwala nam na efektywną pomoc pacjentkom z nietrzymaniem moczu. Dzięki niemu jesteśmy w stanie w czasie rzeczywistym otrzymać informację, jaką ilość moczu gubi pacjentka, ile razy doszło u niej do incydentu nietrzymania moczu i w końcu - czy incydenty te były znaczące. Zebrane dane stanowią punkt wyjściowy do rozpoczęcia terapii lub ułatwiają zbieranie danych na każdym etapie choroby - ocenił dr Bary Berghmans z Maastricht University, przewodniczący Sekcji Rehabilitacji Mięśni Dna Miednicy Międzynarodowego Towarzystwa Uroinekologicznego (IUGA). Dodał, że dzięki temu rozwiązaniu personel medyczny widzi istotną różnicę w możliwościach leczenia pacjentek z NTM.

Motywująca aplikacja

Zdaniem ekspertów, ważnym elementem kompleksowego podejścia producentów bielizny jest również aplikacja, która na podstawie zebranych danych o wyciekach - ich objętości i częstotliwości - tworzy dla pacjentów spersonalizowany program ćwiczeń mięśni dna miednicy.

Fizjoterapeutka Terry Wasselink, prezes Victorian Continence Resource Centre, która uczestniczyła w badaniu Carin w Australii, wskazała, że pacjentki korzystające z tego rozwiązania mają dostęp do filmików instruktażowych, przejrzystego dzienniczka wycieków oraz informacji o wszystkich odnotowanych wyciekach. Zdaniem ekspertów aplikacja stanowi narzędzie motywacyjne, a im większe było zaangażowanie pań w proponowane dodatkowe ćwiczenia, tym lepsze efekty obserwowano u nich w trakcie terapii.

- To, co najbardziej cenię w produktach marki Carin, to wysoki wskaźnik sukcesu, który można osiągnąć bez względu na wiek pacjentek korzystających z nich - ocenia Terry Wasselink.

Jak wyjaśnia Joanna Kleszczyńska z firmy Help4Epi, średni wiek pacjentek korzystających na co dzień z produktów Carin to 36-39 lat. - Oznacza to, że naszymi klientkami są zarówno panie w okresie menopauzalnym, jak również młode kobiety tuż po przebytej ciąży i porodzie - mówi.

Modny wygląd

Joanna Kleszczyńska podkreśla również, że standardowa wersja ma właściwości chłonne do 15 ml, a dodatkowo bielizna Carin wyposażona została w kieszeń, do której można stosować wkładki chłonne.

- Natomiast bielizna dla panów Wil, z uwagi na ich niechęć do korzystania z wkładek czy pieluchomajtek, będzie miała wyższe właściwości chłonne. Obie marki zostały zaprojektowane tak, aby zarówno panie, jak i panowie czuli się w nich komfortowo i nie odczuwali stygmatyzacji związanej ze swoim problemem - zaznaczyła Joanna Kleszczyńska.

Zaburzenia trzymania moczu u kobiet (cz. 2)

Pacjentka z NTM w gabinecie lekarza rodzinnego

dr Honorata Błaszczuk, lekarz rodzinny, Poradnia Lekarzy Rodzinnych w Łodzi
 prof. Ewa Barcz, lekarz ginekolog, Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie
 prof. Anna Kołodziej, lekarz urolog, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu



Fot. fotodrobik - stock.adobe.com

Podstawowa opieka zdrowotna wydaje się być bardzo dobrym miejscem w systemie opieki zdrowotnej dla pacjentów z nietrzymaniem moczu. Wspólne działania lekarza, pielęgniarki i położnej POZ pozwalają na identyfikację problemu NTM oraz wstępną diagnostykę i przygotowanie do dalszych etapów diagnostyczno-terapeutycznych. Lekarz rodzinny może samodzielnie zdiagnozować i leczyć OAB, a pielęgniarka i położna mogą zapewnić właściwą edukację chorych i ich rodzin w zakresie codziennej higieny, pielęgnacji oraz odpowiedniego zabezpieczenia w produkty kompensujące utraconą sprawność.

Diagnostyka wysiłkowego NTM

W diagnostyce wysiłkowego nietrzymania moczu w zakresie POZ należy wykluczyć zakażenie dróg moczowych, wykonując badanie ogólne moczu (np. testem paskowym) oraz - jeżeli to wskazane - badanie bakteriologiczne moczu. Obecność objawowego zakażenia układu moczowego wymaga leczenia. Bezobjawowy bakteriomocz wydaje się nie mieć wpływu na wysiłkowe nietrzymanie moczu.

Wykonanie badania USG układu moczowego pozwala na identyfikację nieprawidłowości anatomicznych, które mogą być potencjalną przyczyną dolegliwości oraz zmian chorobowych wymagających pilnych interwencji diagnostyczno-leczniczych (np. choroby nowotworowe układu moczowego). Znaczenie diagnostyczne ma również ocena objętości moczu zalegającego w pęcherzu moczowym po mikcji, szczególnie u pacjentek, które będą kwalifikowane do operacyjnego leczenia wysiłkowego NTM.

Prostym testem potwierdzającym wysiłkowy charakter nietrzymania moczu jest próba kaszlowa, polegająca na potwierdzeniu gubienia moczu na skutek kaszlu. Aby prawidłowo wykonać tę próbę, pacjentka powinna mieć wypełniony pęcherz moczowy i być zaopatrzona w środek chłonny.

Do obiektywnej oceny nasilenia nietrzymania moczu wykorzystuje się testy podpaskowe. Polegają one na ocenie masy gubionego we wkładkę moczu w określonym czasie (np. w godzinę) w wyniku aktywności fizycznej. W ciągu godziny po wypiciu 500 ml płynu zaleca się pacjentce wykonywanie czynności takich jak: spacer,

wchodzenie po schodach, a w ostatnich 15 minutach podskoki, kaszel, podnoszenie przedmiotów z podłogi i mycie rąk pod bieżącą wodą przez 1 minutę. Objętość utraconego moczu mierzona jest na podstawie różnicy masy wkładki przed oraz po zakończeniu testu. Wynikiem pozytywnym dla testu jest zmiana masy wkładki o co najmniej 2 gramy. Testy podpałkowe może wykonać pielęgniarka w domu pacjenta. Obecnie badanie ginekologiczne nie należy do kompetencji lekarza rodzinnego, dlatego też kobietom z wysiłkowym nietrzymaniem moczu należy zalecić konsultację ginekologiczną celem oceny statyki narządu rodowego, stanu estrogenizacji pochwy, obecności infekcji, nieprawidłowości anatomicznych czy kwalifikacji do leczenia zabiegowego.

- modyfikację stosowanej farmakoterapii - wyeliminowanie (o ile jest to możliwe) leków, których działaniami niepożądanymi może być nietrzymanie moczu (np. alfa-adrenolityki stosowane w leczeniu nadciśnienia tętniczego, benzodiazepiny, selektywne inhibitory zwrotnego wychwyty serotoniny),
- fizjoterapię w postaci ćwiczenia mięśni dna miednicy (potocznie zwaną ćwiczeniami Kegla) oraz trening pęcherza moczowego,
- farmakoterapię - rekomenduje się miejscową estrogenizację u pacjentek po menopauzie (po wykluczeniu przeciwwskazań).

Ćwiczenia mięśni dna miednicy powinny być prowadzone przez co najmniej trzy miesiące. Ich celem jest podwyższenie ich napięcia spoczynkowego, wzrost siły,

wydłużenie czasu skurczu maksymalnego oraz poprawa kontroli nerwowo-mięśniowej. Powinny być one wykonywane już od pierwszych epizodów nietrzymania moczu. Należy je wykonywać w różnych pozycjach ciała: stojącej, siedzącej, leżącej. Poprawa powinna być odczuwalna po 2-4 miesiącach regularnych ćwiczeń. **Trening pęcherza moczowego** polega na wypracowaniu przez kobietę przyzwyczajenia i odruchów pozwalających na kontrolowane oddawanie moczu poprzez hamowanie skurczów mięśnia wypieracza pęcherza.

Trening ten jest wskazany, jeżeli wysiłkowemu nietrzymaniu moczu towarzyszy nadreaktywny pęcherz moczowy, czyli mamy do czynienia z tzw. mieszanym charakterem nietrzymania moczu. Inną metodą fizjoterapii jest tzw. **biofeedback** - biologiczne sprzężenie zwrotne, polegające na nauce świadomego kurczenia i relaksacji mięśni dna miednicy z wykorzystaniem specjalnej aparatury rejestrującej. Uzupełnienie fizjoterapii stanowi stosowanie stożków, kulek dopochwowych o różnej wielkości. Towarzystwa naukowe rekomendują, aby leczenie fizjoterapeutyczne było nadzorowane przez wykwalifikowanego fizjoterapeutę urologicznego. Obserwowano lepszy efekt terapii nadzorowanej u kobiet z wysiłkowym NTM w porównaniu z wykonywaniem ćwiczeń bez takiego nadzoru (odpowiednio 80 proc. i 35 proc.).

Leczenie wysiłkowego NTM

Kobietom cierpiącym na wysiłkowe nietrzymanie moczu o lekkim lub średnim nasileniu zaleca się, jako leczenie pierwszego wyboru, postępowanie zachowawcze:

- redukcję masy ciała oraz działania mające na celu utrzymanie należytej masy ciała - modyfikacja diety, zwiększenie aktywności fizycznej; obniżenie masy ciała o 5 proc. powoduje obiektywne zmniejszenie objawów wysiłkowego nietrzymania moczu,
- działania mające na celu zapobieganie zaparciom - mimo że zaparcia są uznanym czynnikiem ryzyka nietrzymania moczu, to nie ma jednoznacznych dowodów na to, że ich leczenie istotnie poprawia utrzymywanie moczu, jednakże zarówno zaparcie, jak i NTM ulegają poprawie dzięki pewnym interwencjom behawioralnym,



Fot. natali_mis - stock.adobe.com

Cenną metodą leczenia konserwatywnego wysiłkowego NTM jest **stosowanie pessarów pochwowych** (krążkowych, krążkowych z podparciem cewki) oraz **tamponów podcewkowych**. Zastosowanie pessara lub tamponu pozwala na uzyskanie mechanicznego podparcia cewki moczowej w czasie wysiłku. Pessar pochwoy powinien być dobrany przez ginekologa (rozmiar), natomiast w przypadku tamponów najbardziej optymalne jest, gdy pacjentka zakupi jednorazowo różne jego rozmiary (small, regular, large), zastosuje je, zaczynając od najmniejszego, i wybierze do stałego stosowania najmniejszy, który przynosi efekt. Jest to znakomita metoda u kobiet, które nie decydują się na zabieg, mają do niego obiektywne przeciwwskazania lub nasilenie problemu nie jest duże, a wyciek moczu przewidywalny (np. podczas biegania, ćwiczeń). Można w tych sytuacjach zastosować pessar lub tampon i usunąć go po ustaniu aktywności prowadzącej do wycieku moczu.

W przypadku braku efektu fizjoterapii, pessaroterapii oraz u kobiet z ciężką postacią wysiłkowego nietrzymania moczu, postępowaniem z wyboru jest **leczenie zabiegowe**. Najczęściej wykonywanym typem zabiegu są operacje z użyciem taśm syntetycznych metodą załonową lub przezastłonową. Kwalifikacji do zabiegu dokonuje ginekolog lub urolog.

Ważną informacją jest brak rekomendacji towarzystw naukowych dla leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu za pomocą lasera. Metodę tę uznaje się za eksperymentalną, niesprawdzoną, o wątpliwej skuteczności. W ostatnich miesiącach opublikowano ostrzeżenie amerykańskiej Agencji Żywności i Leków (Food and Drug Administration - FDA), wskazujące na konieczność zachowania szczególnej ostrożności w przypadku stosowania tej metody.

Zespół pęcherza nadreaktywnego/ naglące nietrzymanie moczu

Zespół pęcherza nadreaktywnego jest zespołem objawów, na który składają się:

- nagłe, trudne do opanowania pragnienie oddania moczu z nietrzymaniem moczu lub bez,
- zwiększenie liczby mikcji w ciągu dnia (powyżej 8) i w nocy (powyżej 1 mikcji przerywającej sen, po której następuje sen), przy zmniejszonej objętości porcji oddawanego moczu.

Objawy występują zwykle bez obecności czynników patologicznych mogących wytłumaczyć ich obecność, takich jak: infekcje w układzie moczowym, guzy, nowotwory pęcherza, uchyłki pęcherza, cewki moczowej, wypadanie narządów miednicy.

Zespół pęcherza nadreaktywnego (ang. overactive bladder - OAB) jest skutkiem nadmiernej aktywności mięśnia wypieracza pęcherza moczowego i dotyczy ok. 16 proc. populacji kobiet powyżej 40. roku życia. Znacząco

wpływa na jakość życia - pacjentki z OAB charakteryzują się mniejszą efektywnością w pracy, mniejszą satysfakcją seksualną, częstszym występowaniem objawów depresyjnych, gorszym zdrowiem psychicznym i jakością snu.

Czynniki ryzyka zespołu pęcherza nadreaktywnego

Czynnikami ryzyka zespołu pęcherza nadreaktywnego są: wiek, hipoestrogenizm, czynniki genetyczne. Czynniki wpływającymi na pogorszenie jego objawów są: spożycie kawy, herbaty, alkoholu oraz palenie papierosów.

Rozpoznanie zespołu pęcherza nadreaktywnego

Wywiad lekarski powinien być ukierunkowany na stwierdzenie podstawowych objawów OAB (parć naglących, zwiększenia liczby mikcji w ciągu dnia i nocy, epizodów gubienia moczu), określenie sytuacji, które doprowadzają do gubienia moczu, identyfikację chorób współistniejących i przyjmowanych leków, identyfikację czynników ryzyka z zakresu wywiadu ginekologiczno-położniczego. Właściwym elementem uzupełniającym wywiad jest dzienniczek mikcji. Pacjentka przez trzy kolejne dni odnotowuje w dzienniczku ilość przyjmowanych płynów, liczbę mikcji w ciągu dnia i nocy, objętość wydalanego moczu podczas każdej mikcji, obecność parć naglących i epizody gubienia moczu. Dzienniczek mikcji jest również dobrym narzędziem monitorującym skuteczność leczenia.

Rozpoznane OAB można postawić, jeżeli przy obecności typowych objawów klinicznych wykluczy się zakażenie układu moczowego, nie stwierdza się zaburzeń statyki narządu rodowego, w badaniu fizykalnym próba kaszlowa jest ujemna i nie stwierdza się zalegania moczu w pęcherzu moczowym po mikcji.

Leczenie zespołu pęcherza nadreaktywnego

Kobietom z parciami naglącymi, jako leczenie pierwszego wyboru, zaleca się **trening pęcherza moczowego** - terapię behawioralną polegającą na oddawaniu moczu według schematu ze stopniowym wydłużaniem czasu pomiędzy mikcjami. Skuteczność tej formy leczenia jest zależna od regularności ćwiczeń i zmniejsza się po ich zaprzestaniu. Osobom z zaburzeniami poznawczymi można zaproponować technikę oddawania moczu na żądanie, czyli trening kontroli mikcji podobny do treningu toaletowego stosowanego wobec dzieci uczonych właściwych zachowań związanych z potrzebami fizjologicznymi.

Drugą podstawową formą leczenia jest tzw. **leczenie behawioralne**, które polega na ograniczeniu spożycia kawy, herbaty, alkoholu, palenia papierosów, redukcji masy ciała, kontrolowaniu czasu i objętości przyjmowanych płynów.

Pacjentkom z parciami naglącymi, u których trening pęcherza oraz leczenie behawioralne okazały się niesku-

teczne, zaleca się **leczenie farmakologiczne**. Jako „złoty standard” w leczeniu OAB uznaje się leki działające antagonistycznie względem receptora muskarynowego. Mechanizm ich działania polega na hamowaniu bodźców aferentnych (czuciowych), pochodzących z pęcherza moczowego, i bezpośrednim zahamowaniu skurczów

mięśni gładkich pęcherza moczowego. W Polsce dopuszczone do obrotu w leczeniu OAB są następujące leki: solifenacyna, tolterodyna, fezoterodyna, trospium, darifenacyna, desmopresyna, oksybutynina, z czego tylko dwie pierwsze substancje znajdują się na liście leków refundowanych w terapii OAB. Należy przy tym zaznaczyć, że

DOBÓR PRODUKTÓW CHŁONNYCH - ALGORYTMY



oksybutynina, która przenika przez barierę krew-mózg, jest odpowiedzialna za pojawienie się zaburzeń kognitywnych, wobec powyższego nie należy jej stosować u osób powyżej 65. roku życia. Leki antymuskarynowe, nieselektywne charakteryzują się licznymi objawami niepożądanymi (suchość w jamie ustnej, zaburzenia widzenia, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, zaburzenia poznawcze, zaburzenia rytmu serca, zaleganie moczu), dlatego decyzję dotyczącą ich długoterminowego stosowania należy zostawić pacjentce. W związku z powyższym, według zaleceń światowych, obecnie lekiem pierwszego rzutu jest solifenacyna, wykazująca największą selektywność wobec receptorów muskarynowych w pęcherzu moczowym.

Alternatywą dla leków antymuskarynowych jest mirabegron - agonista receptorów beta-3-adrenergicznych. Pobudzenie receptorów beta-3-adrenergicznych w pęcherzu moczowym prowadzi do relaksacji mięśnia wypieracza pęcherza moczowego, co skutkuje zwiększeniem objętości poszczególnych mikcji i pozwala złagodzić objawy związane z częstym oddawaniem moczu. Mirabegron charakteryzuje się wysokim profilem bezpieczeństwa, umiarkowanymi objawami niepożądanymi. Coraz bardziej popularne staje się leczenie skojarzone OAB - mirabegronem oraz selektywnymi lekami antymuskarynowymi. Trening pęcherza moczowego i leczenie farmakologiczne mogą być stosowane równolegle.

Inne metody leczenia OAB, które można zaproponować pacjentkom w przypadku niepowodzenia terapii farmakologicznych, to **iniekcje z toksyny botulinowej** czy **neuromodulacja nerwów krzyżowych**. W wypadku występowania znacznego stopnia zaburzeń statyki narządu rodowego, np. wypadania przedniej ściany pochwy, które mogą być pierwotną przyczyną pojawienia się parć nagłych i zespołu pęcherza nadreaktywnego, jako pierwsze rozważyć należy leczenie operacyjne korygujące zaburzenia statyki.

Mieszane postacie NTM

W leczeniu mieszanych postaci nietrzymania moczu zasadą jest rozpoczynanie terapii od komponenty dominującej nietrzymania moczu.

Optymalne zabezpieczenie skóry w NTM - środki chłonne

Pacjentkom z każdą postacią nietrzymania moczu należy zalecić korzystanie z produktów chłonnych. Produkty chłonne zabezpieczają przed niekontrolowanym wyciekaniem moczu, stanowią ochronę skóry przed drażniącym działaniem moczu oraz chronią bieliznę osobistą, pościel i ubrania. Pacjenci mają do wyboru kilka rodzajów produktów chłonnych:

- wkłady anatomiczne,
- pieluchy anatomiczne,
- majtki chłonne,
- pieluchomajtki,
- podkłady.

Wybór rodzaju produktu chłonnego uzależniony jest przede wszystkim od stopnia nietrzymania moczu, stopnia mobilności i samodzielności pacjenta.

Zgodnie z polskimi przepisami, pacjenci mają prawo do refundacji środków chłonnych. Zasady refundacji reguluje rozporządzenie ministra zdrowia z 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz.U. 2018, poz. 281). NFZ dofinansowuje środki chłonne tylko w przypadku, gdy nietrzymanie moczu (poza wysiłkowym NTM), jest konsekwencją lub współistnieje z jedną z wymienionych w rozporządzeniu chorób.

Osobom cierpiącym na nietrzymanie moczu, po spełnieniu kryterium chorobowego, przysługuje do 90 sztuk środków chłonnych miesięcznie, niezależnie od ich rodzaju, bez względu na ciężkość schorzenia. Wysokość refundacji środków chłonnych jest dwójaka: 100-procentowa refundacja w przypadku NTM w przebiegu choroby nowotworowej lub powikłań po leczeniu chorób nowotworowych, z limitem finansowym 77 zł lub 30-procentowa refundacja w przypadku NTM współistniejącego z pozostałymi schorzeniami wymienionym w rozporządzeniu, z limitem finansowym 90 zł.

Odrębne regulacje refundacyjne dotyczą pacjentek korzystających z ustawy „za życiem” oraz osób o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Piśmiennictwo u Auterek

ZALECENIE

Dobierając produkt chłonny, nie należy sugerować się rozmiarami XS, S, M, L, XL ze względu na zróżnicowane zakresy wielkości stosowane przez poszczególnych producentów. Porównując rozmiar danego produktu, należy stosować wyłącznie rozmiar w pasie i biodrach w centymetrach, podany na każdym opakowaniu.

Przykład:

Majtki chłonne - rozmiar w cm

XS - 40-60 cm

S - 55-100 cm

M - 80-130 cm

L - 100-160 cm

XL - 110-170 cm

Aby zapewnić pacjentowi szerokie, holistyczne podejście do problemu nietrzymania moczu potrzebne jest usystematyzowanie obszarów działalności różnych specjalistów medycznych (lekarza rodzinnego, ginekologa, urologa, geriatry, pielęgniarki, położnej, opiekuna medycznego) zajmujących się zaburzeniami kontynencji.

Czy dwie rekomendacje AOTMiT to za mało?

Violetta Madeja

W farmakologicznym leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego (OAB) nadal jesteśmy w ogonie Europy - uważają pacjenci i lekarze. Pomimo postępu w tej dziedzinie i pojawiających się nowych doniesień naukowych na temat możliwości skutecznego leczenia OAB, chorzy w Polsce mogą korzystać jedynie z refundacji dwóch substancji czynnych, które są dostępne w ramach pierwszej linii leczenia.

Nagłące parcie z epizodami lub bez epizodów nietrzymania moczu, a także zwiększona częstość mikcji - z takimi objawami zmaga się w Europie nawet 16,6 proc. pacjentów powyżej 40. roku życia. Niestety odsetek chorych mówiących o swoim problemie jest w ocenie lekarzy nadal niewystarczający.

- Świadomość pacjentów dotycząca samego schorzenia jest rzeczywiście niewielka. Zdecydowanie częściej tego typu dolegliwości zgłaszają kobiety, bo zazwyczaj to one najsilniej odczuwają objawy wpływające na jakość ich życia - mówi dr Honorata Błaszczyk, specjalista medycyny rodzinnej i prezes łódzkiego oddziału Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce.

Możliwości leczenia w podstawowej opiece zdrowotnej

Obecne możliwości refundowanego leczenia farmakologicznego OAB w gabinetach lekarzy rodzinnych sprowadzają się do stosowania leków zawierających solifenacynę, należących do grupy tzw. preparatów antymuskarynowych. - Przyczyniło się do tego w głównej mierze zniesienie obowiązku wykonania badania urodynamicznego jako kryterium refundacyjnego solifenacyny. Lekarze, w tym również lekarze POZ, mogą zaordynować ten lek w przypadku rozpoznania OAB. Ważne jest właściwe wypełnienie dokumentacji medycznej. Mam tu na myśli opisanie w dokumentacji objawów klinicznych wskazujących na OAB oraz wyników badań dodatkowych związanych z diagnostyką różnicową - tłumaczy Honorata Błaszczyk. Jak zaznacza, właściwie prowadzona dokumentacja jest niezbędna w przypadku kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia.

We wrześniu br. na rynku pojawiły się odpowiedniki leku oryginalnego zawierającego solifenacynę, dzięki czemu preparaty lecznicze stały się zdecydowanie tańsze, a pacjenci - szczególnie ci w wieku senioralnym - są w stanie ponieść ich koszt.

Co może zalecić lekarz specjalista?

W przypadku terapii prowadzonej przez lekarzy specjalistów, pacjenci mają możliwość otrzymania drugiego refundowanego preparatu z grupy leków antymuskarynowych - tolterodyny. Warunkiem jego uzy-

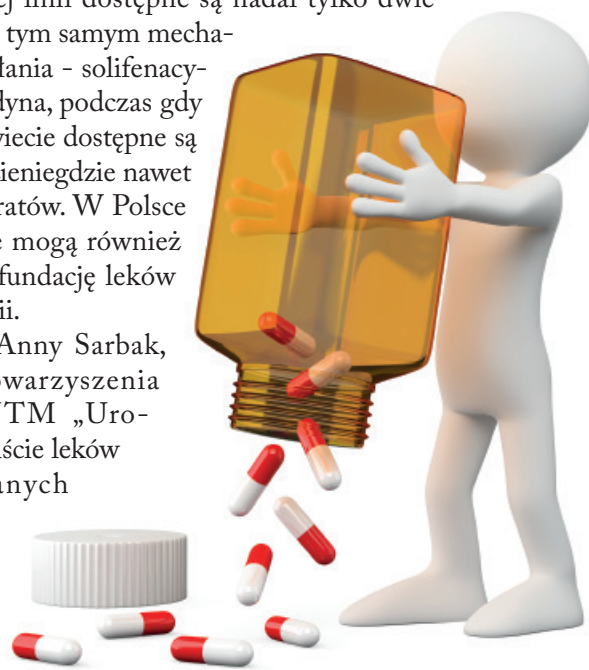
skania jest jednak wykonanie badania urodynamicznego. - Obecnie nie ma ograniczeń w dostępności leków o aktywności antymuskarynowej, są one dostępne w każdej aptece. Dotyczy to zarówno preparatów tolterodyny, jak też solifenacyny. Dodatkowo warto zwrócić uwagę na fakt, że preparat nowszej generacji (solifenacyna) jest refundowany w terapii OAB, gdy w dokumentacji pacjenta widnieje wpis o występowaniu parę naglących, co znacznie upraszcza włączenie refundowanego leczenia - przypomina dr hab. n. med. Paweł Miotła, specjalista ginekolog-położnik z II Katedry i Kliniki Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Eksperci wskazują również, że na rynku dostępne są też leki złożone, zawierające obie substancje, tj. solifenacynę i tolterodynę. Te nie są jednak refundowane.

- Wielu pacjentów decyduje się na leki nierefundowane, m.in. z uwagi na pojawiające się niezadowolenie z dostępnych, refundowanych form leczenia lub chęci oceny efektu terapii kolejnego rzutu. Zazwyczaj jednak proszą początkowo o terapię na jeden, próbny miesiąc. Jeżeli przekonają się, że efekty terapii odpowiadają ich oczekiwaniom, to wówczas godzą się na płaćenie za lek nierefundowany, aby poprawić sobie komfort życia. Natomiast musimy pamiętać, że przy długotrwałej terapii, jaką jest terapia OAB, część pacjentów z uwagi na znaczący wzrost kosztów w domowym budżecie będzie rezygnować z nierefundowanej terapii - podkreśla dr Honorata Błaszczyk.

Nowe opcje leczenia nadal bez refundacji

Zdaniem pacjentów Polska znajduje się w ogonie Europy pod względem dostępu do farmakoterapii OAB. W pierwszej linii dostępne są nadal tylko dwie substancje o tym samym mechanizmie działania - solifenacyna i tolterodyna, podczas gdy na całym świecie dostępne są cztery, a gdzieś tam nawet sześć preparatów. W Polsce pacjenci nie mogą również liczyć na refundację leków z drugiej linii.

W ocenie Anny Sarbak, prezes Stowarzyszenia Osób z NTM „Uro-Conti”, na liście leków refundowanych w zespole pęcherza nadreaktywnego nie było



Fot. Texelart - stock.adobe.com

zmian od 2011 roku, a kolejne ogłaszane przez Ministerstwo Zdrowia wykazy przynoszą tylko rozczarowanie i pogłębiają frustrację pacjentów.

– *Od lat ubiegamy się o uwzględnienie naszych postulatów i wprowadzenie na listę leków refundowanych II linii leczenia farmakologicznego w zespole pęcherza nadreaktywnego, która w listopadzie ubiegłego roku otrzymała już po raz drugi pozytywną rekomendację prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji* – przypomina Anna Sarbak. Jej zdaniem wielu pacjentów, w przypadku których możliwa byłaby farmakoterapia, skazanych jest tym samym na przejście do inwazyjnej linii leczenia OAB bądź na zmaganie się ze skutkami ubocznymi leków antycholinergicznymi.

Druga, czy już pierwsza linia leczenia?

Lekarze przyznają, że brak leków z grupy beta-3-adrenergicznych na wykazach refundacyjnych znacznie ogranicza możliwości ich ordynowania m.in. ze względu na 100-procentową odpłatność, jaką musieliby ponosić pacjenci. Wskazują jednak, że najnowsze doniesienie naukowe pokazują, iż leki te mogłyby być stosowane nawet w pierwszej linii leczenia.

– *W przeszłości terapia beta-3-adrenergiczna (mirabegronem) była uznawana za drugą linię leczenia OAB, ale już od kilku lat jest stawiana na równi z terapią antymuskarynową i może być włączana jako leczenie inicjujące. Pojawiły się również prace wskazujące, że lepsze wyniki w leczeniu OAB uzyskuje się, gdy mirabegron był lekiem pierwszego rzutu* – wyjaśnia dr hab. Paweł Miotła. Zwraca również uwagę, że terapia z wykorzystaniem leków beta-3-adrenergicznych pozwala uniknąć działań niepożądanych związanych ze stosowaniem leków antymuskarynowych. Chodzi m.in. o obserwowane w przypadku osób starszych upośledzenie

funkcji poznawczych. W ocenie specjalisty zastosowanie w tej grupie pacjentów mirabegronu pozwoliłoby uniknąć przynajmniej części tych uciążliwych objawów.

– *Warto również zwrócić uwagę na fakt, że lepsze efekty terapii OAB uzyskuje się, gdy terapia inicjująca opierała się na zastosowaniu mirabegronu* – wskazuje specjalista. Dodaje również, że dostępne leki stosowane w OAB można stosować równocześnie dzięki różnej aktywności preparatów. Tak prowadzona farmakoterapia pozwala jego zdaniem uzyskać istotną poprawę, często przy zmniejszeniu dawek poszczególnych preparatów.

Gdzie są oszczędności z terapii OAB?

Pacjenci nie dają jednak za wygraną i w listopadzie br. wystosowali do resortu zdrowia pismo, w którym domagają się wyjaśnień, dlaczego polscy pacjenci nadal nie mają możliwości skorzystania z refundowanych nowych substancji.

Wskazali również, że za refundacją przemawiają również kwestie farmakoekonomiczne – we wrześniu na rynku farmaceutycznym pojawiły się zamienniki zawierające solifenacynę, przeznaczone dla chorych z OAB. Zdaniem pacjentów pozwoliło to na obniżkę cen i idące za tym oszczędności, które powinny być przeznaczyć na inne leki w tym obszarze terapeutycznym.

– *Skoro budżet państwa odnotował oszczędności w pierwszej linii leczenia OAB, to jak to się dzieje, że nadal nie podjęto decyzji o wprowadzeniu drugiej linii? Walczymy o to już kilka lat i nie wiem, co jeszcze musi się zdarzyć, żeby ktoś w Ministerstwie Zdrowia nas wysłuchał. Argumenty medyczne i ekonomiczne to jak widać za mało! Już kiedyś usłyszeliśmy w gmachu na Miodowej, że musimy zacisnąć kciuki i czekać. Póki co, musimy zaciskać pęcherz. Tylko jak długo damy radę?* – pyta Anna Sarbak.

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania neuromodulacji krzyżowej

MIASTO	PLACÓWKĄ	ADRES	TELEFON KONTAKTOWY	KIEROWNIK KLINIKI / ODDZIAŁU
Kraków	Oddział Kliniczny Urologii i Urologii Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki	ul. Grzegorzewska 18, 31-531 Kraków	12 424 79 60	prof. dr hab. n. med. Piotr L. Chłosta
Lublin	Klinika Ginekologii Operacyjnej, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4	ul. Jaczewskiego 8, 20-954 Lublin	81 724 46 86	prof. dr hab. n. med. Tomasz Rechberger
Łódź	Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej, Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika	ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź	42 689 52 13 / 47	dr hab. n. med. Waldemar Różański
Warszawa	Oddział Ginekologiczno-Położniczy, Międzyleski Szpital Specjalistyczny	ul. Bursztynowa 2, 04-749 Warszawa	22 473 53 35	prof. dr hab. n. med. Ewa Barcz
Warszawa	Oddział Kliniczny Urologii, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego	ul. Czerniakowska 231 00-416 Warszawa	22 621 71 78, 22 584 11 42	prof. CMKP dr hab. n. med. Jakub Dobruch

Wiązką promieniowania prosto w raka gruczołu krokowego

Maja Marklowska-Tomar

Radioterapia jest bezpieczną, skuteczną i precyzyjną metodą leczenia chorych na raka prostaty. Jednak wielu lekarzy nie informuje pacjentów, że mogą z niej skorzystać i tym samym uchronić się przed częstymi powikłaniami pooperacyjnymi – nietrzymaniem moczu i zaburzeniami erekcji.



prof. Jacek Fijuth

Prof. dr hab.
Prze
Polskie Towarzystwo

Fot. Maja Marklowska-Tomar

Według prof. Jacka Fijutha, przewodniczącego Polskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej, dzięki ogromnemu postępowi m.in. w zakresie diagnostyki obrazowej, która pozwala bardzo precyzyjnie lokalizować guz nowotworowy i określać jego granice, ale również w zakresie konstrukcji aparatury do naświetlania i informatyki, radioterapia gruczołu krokowego stała się metodą niezwykle wysublimowaną technicznie.

– Jesteśmy w stanie coraz lepiej i precyzyjniej, ograniczając niezbędny margines wokół gruczołu krokowego, podać w niego wysokie, tzw. ablacyjne, dawki promieniowania. Radioterapia stała się równoprawną w stosunku do leczenia chirurgicznego metodą terapeutyczną. Obecnie połowa chorych z rozpoznaniem raka gruczołu krokowego jest leczona chirurgicznie, a druga połowa jest poddawana zabiegom radioterapii. Jednak ta statystyka nie jest powszechnie zna-

na. Wielu osobom wydaje się, że radioterapia jest niszową metodą leczenia, zarezerwowaną dla niedołączonych starców, którzy nie mogą być leczeni operacyjnie. To nieprawda. Kryterium wieku nie jest żadnym ograniczeniem – każdy chory, który spełnia kryteria napromieniania, może być w ten sposób leczony – zapewnia prof. Jacek Fijuth.

Prof. Krzysztof Skłodowski, konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej i dyrektor gliwickiego oddziału Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, dodaje, że w ostatnich 10 latach w polskiej radioterapii zaszły rewolucyjne zmiany. Zakłady radioterapii, których jest już w całym kraju 50, dysponują najnowocześniejszym sprzętem, takim samym, jakim mogą się pochwalić ich koledzy po fachu z najlepszych ośrodków w Europie Zachodniej. – W ciągu tych 10 lat o ponad 30 tysięcy zwiększyła się liczba chorych poddawanych co roku radioterapii. Obecnie ta liczba zbliża się do 100 tysięcy, z czego bardzo pokątną grupę stanowią chorzy na raka stercza – relacjonuje prof. Krzysztof Skłodowski.

Skuteczność chirurgii i radioterapii jest porównywalna

Porównując pracę radioterapeuty i chirurga, prof. Fijuth zauważa: – Różnica jest taka, że naszym skalpelem jest wiązką promieniowania generowana w przyspieszaczach liniowym, natomiast naszym polem operacyjnym jest komputerowy system planowania leczenia, w którym dokonujemy trójwymiarowej rekonstrukcji radiologiczno-anatomicznej narządów wewnętrznych, w tym przede wszystkim guza nowotworowego z pewnym marginesem tworzonym wokół promieniowrażliwych narządów krytycznych, które ten nasz cel otaczają – tłumaczy obrazowo prof. Jacek Fijuth.

Jak podkreślają radioterapeuci, powołując się na dane światowe, wyniki leczenia chirurgicznego i terapii promieniami są podobne we wszystkich grupach prognostycznych chorych na raka gruczołu krokowego, czyli zarówno wśród tych z grupy bardzo niskiego, średniego, wysokiego, jak i bardzo wysokiego ryzyka progresji choroby.

– Radioterapia to jedna z bardzo nielicznych tak uniwersalnych metod leczenia, które można powszechnie stosować, i są skuteczne, u chorych w różnych stadiach zaawansowania nowotworu. Do wyboru mamy cały wachlarz technik radioterapeutycznych, od teleradioterapii trwającej najczęściej do ośmiu tygodni, poprzez brachyterapię, aż po radiochirurgię (radioablację), w której czas leczenia skraca się do 10 dni – mówi prof. Leszek Miszczyk, kierownik Zakładu Radioterapii w gliwickim Centrum Onkologii. Wśród 7-8 tys. chorych napromienianych rocznie w gliwickim ośrodku

około 1 tys. stanowią chorzy na raka stercza. 70 proc. z nich jest poddawanych zabiegom radioterapii radykalnej, a 30 proc. radioterapii paliatywnej.



prof. Leszek Miszczyk

Fot. Maja Markłowska-Tomar

Skuteczność chirurgii i radioterapii jest porównywalna, ale – jak podkreślają radioterapeuci – nieco inaczej raportowana przez obie grupy specjalistów. Chirurgzy urologi skupiają się przede wszystkim na przeżyciu ogólnym pacjenta, podczas gdy radioterapeuci bardziej koncentrują się na przeżyciu bez wznowy biochemicznej. – *Uważamy, że takie podejście jest bardziej uczciwe, ponieważ jeżeli mamy zniszczyć nowotwór, to powinniśmy to zrobić definitywnie. A to oznacza, że nie powinien on wydzielać PSA – markera, który powszechnie uznajemy za wskaźnik aktywności choroby. Wzrost stężenia PSA oznacza nawrót choroby* – tłumaczy prof. Jacek Fijuth.

Jak dodaje, chirurgzy w swoich raportach często nie uwzględniają również informacji, że po operacji u chorego zastosowano jeszcze radioterapię, a nierzadko również hormonoterapię. Tym samym wyłącznie sobie przypisują sukces terapii, która tak naprawdę była skojarzona.

Jakie korzyści daje choremu radioterapia?

Dla Andrzeja Sadowskiego, lekarza i dyrektora jednego ze szpitali na Mazowszu, jedną z ważniejszych decyzji w jego życiu była decyzja podjęta przez jego kolegę – ordynatora oddziału urologii. Po czterech biopsjach gruczołu krokowego, które nie dały jasnej odpowiedzi na pytanie, czy ma raka stercza, wysłał go na bardziej zaawansowane badanie diagnostyczne, biopsję przezskórną,

do Centrum Onkologii w Warszawie. – *Ta biopsja wyjaśniła sprawę do końca. Po niej przeszedłem trzy zabiegi brachyterapii. Po tej trzeciej usłyszałem, że mogę się już uważać za wyleczonego, co dla mnie było bardzo ważne, bo chcę jak najdłużej pozostać aktywnym zawodowo. To był przełom w moim życiu, bo do momentu rozpoczęcia brachyterapii byłem człowiekiem stygmatyzowanym z powodu raka i powoli szykującym się do odejścia, a teraz żyję, pracuję, funkcjonuję normalnie i mogę o tym opowiadać innym* – mówi Andrzej Sadowski.



prof. Krzysztof Składowski

Fot. Maja Markłowska-Tomar

Zdaniem prof. Krzysztofa Składowskiego za radioterapią przemawiają również znacznie niższe koszty w porównaniu z chirurgią. – *Kształcenie chirurga urologa, który będzie perfekcyjnie wykonywał zabieg prostatektomii, trwa latami. Radioonkolog nie musi mieć aż takiego doświadczenia związanego z operatywą, bo nie wykonuje operacji na żywym ciele, a jedynie na wirtualnym fantomie. Radioterapia jest metodą nieinwazyjną – nie wymaga znieczulenia ani specjalnego przygotowania pacjenta, jest bezbolesna i komfortowa, bo w przypadku raka stercza może być stosowana w warunkach ambulatoryjnych, więc nie wymaga hospitalizacji* – podkreślił prof. Składowski. – *To metoda, która*

16 tys.

U tylu pacjentów w Polsce rozpoznawany jest rocznie rak gruczołu krokowego

41

Tylu mężczyzn każdego dnia dowiaduje się, że ma raka gruczołu krokowego

w porównaniu z innymi lokalizacjami nowotworów, na przykład w pęcherzu moczowym, narządach gardła, języka, jamy ustnej, mózgowia, jest bardzo bezpieczna i praktycznie niepowodująca istotnych efektów ubocznych – dodał.

Komfort leczenia promieniami zwiększa się, jak podkreślają eksperci, w miarę skracania czasu terapii. Klasyczna radioterapia, stosowana przed 20 laty, wymagała podania kilkudziesięciu wiązek promieniowania. W przypadku leczenia chorych na raka stercza nawet 40 frakcji promieniowania, co trwało od czterech do sześciu, a nawet ośmiu

Pacjent powinien mieć wybór

Potwierdzają to radioterapeuci podkreślając, że zachowanie potencji jest bardzo ważne zarówno dla pacjentów, jak i ich partnerek. To znacznie różni radioterapię od klasycznej radykalnej prostatektomii, po której oprócz zaburzeń erekcji bardzo często pojawiają się też problemy z utrzymaniem moczu. U 20-30 proc. te zaburzenia utrzymują się przez wiele lat. Powszechnym powikłaniem klasycznej prostatektomii jest impotencja.

Radioterapia, jak przekonują eksperci, obarczona jest niewielkim ryzykiem powikłań. – W przypadku powikłań III stopnia, do których należą krwawienia z odbytnicy i pęcherza moczowego, to ryzyko nie przekracza 1-1,5 proc. – zapewnia prof. Jacek Fijuth.

Radioterapeutom zależy najbardziej na tym, aby chory miał możliwość wyboru, a nie był skazany tylko na jedną – operacyjną metodę leczenia. Żeby mógł uczestniczyć przed rozpoczęciem leczenia w konsylium wielospecjalistycznym i po przedstawieniu mu wszystkich za i przeciw dotyczących obu metod, sam dokonał wyboru tej, która będzie z jego punktu widzenia najkorzystniejsza.

Rzeczywistość jest jednak inna. Wiele lekarzy specjalistów, którzy nie są onkologami, ale diagnozują nowotwory (np. lekarze rodzinni) i je leczą (np. urolodzy, laryngolodzy), często zapominają o istnieniu radioterapii. W wielu

kllinikach i oddziałach szpitalnych, które działają poza strukturą centrów onkologii, w ogóle się nie mówi o tej stanowiącej alternatywę dla chirurgii metodzie leczenia. A skoro pacjenci nie są o niej informowani, to nie mają również wyboru – są kierowani na operację.



Fot. Maja Markłowska-Tomar

tygodni. Współczesna aparatura medyczna umożliwia podawanie jednorazowo większych „porcji” promieniowania, w związku z czym czas leczenia można skrócić do dwóch-trzech tygodni, a w przypadku brachyterapii jeszcze bardziej.

– Radioterapia to wysoka precyzja, nowoczesna technologia i powszechna dostępność do niej w Polsce oraz komfort leczenia, brak istotnych powikłań. To wszystko sprawia, że z czystym sercem możemy polecić tę metodę leczenia pacjentom – mówi prof. Składowski.

A pacjenci coraz chętniej z niej korzystają. Wiktor Wyrzykowski jest już rok po zakończeniu radioterapii. W Centrum Onkologii w Warszawie lekarze dali mu wybór – operacja albo naświetlanie. Wybrał tę drugą metodę i nie żałuje tej decyzji. Po pierwszym z pięciu zabiegów, którym został poddany, zastanawiał się tylko, czy nie powinien przyjechać z kierowcą. Okazało się jednak, że nie był potrzebny, bo czuł się bardzo dobrze. Nie odczuwał i – jak podkreśla – do tej pory nie odczuwa żadnych efektów ubocznych terapii. – Co ważne, po takim zabiegu możemy być pewni, że nie pogarsza się sprawność seksualna – powiedział Wiktor Wyrzykowski.

Skuteczność radioterapii u chorych na raka stercza

- W grupie niskiego ryzyka progresji choroby - około 100 proc.
- W grupie pośredniego ryzyka progresji choroby - około 90 proc.
- W grupie wysokiego ryzyka progresji choroby, zwłaszcza po skojarzeniu teleradioterapii z brachyterapią - 80 proc.

Artykuł jest relacją z konferencji prasowej Polskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej, która odbyła się 22 listopada 2019 r. w Warszawie.

W kolejnym numerze Kwartalnika NTM przedstawimy punkt widzenia urologów.

Wybór metody porodu w odniesieniu do wystąpienia ryzyka wypadania narządów rodnych lub wysiłkowego NTM

Ewelina Malanowska, Klinika Ginekologii, Endokrynologii i Onkologii Ginekologicznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

W dniach 3-6 września br. w Göteborgu (Szwecja) odbył się 49. Zjazd Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji (International Continence Society), gdzie jak co roku spotkali się specjaliści z całego świata, aby omówić tematykę schorzeń dna miednicy u kobiet i mężczyzn.

Podczas kongresu rozmawiano nie tylko o przyczynach zaburzeń statyki i nietrzymania moczu, ale także o nowych metodach terapeutycznych. Podkreślono rolę profilaktyki w schorzeniach dna miednicy, a także postulowano konieczność zapewnienia rzetelnej informacji dotyczącej tych dolegliwości. Ponadto poruszono tak istotne zagadnienie jak zasady dobrej komunikacji między lekarzem ginekologiem-położnikiem a położną.

Poród naturalny główną przyczyną schorzeń dna miednicy i NTM

Podczas spotkania szczególną uwagę zwrócono na związek między drogą porodu a ryzykiem pojawienia się obniżenia narządu rodniego i nietrzymania moczu. Grupa szwedzkich badaczy przedstawiła kilka interesujących badań, które próbowały odpowiedzieć na pytanie, jakie ryzyko tak naprawdę niesie ze sobą poród drogami natury?

Każdego roku w Szwecji około 9 tys. kobiet jest operowanych z powodu zaburzeń statyki i nietrzymania moczu. Wszystkie te procedury zapisywane są w krajowym rejestrze operacji ginekologicznych o nazwie GynOP (www2.gynop.se/home/), który gromadzi dane dotyczące jakości życia pacjentek zarówno przed, jak i po leczeniu operacyjnym. GynOP jest skierowany przede wszystkim do lekarzy specjalistów ginekologów i położników, a zawarte w nim informacje pozwalają na ocenę wyników leczenia.

Kontrowersyjnym tytułem „Excluding women with a vaginal birth - what would be the demand for stress urinary incontinence and prolapse surgery?” („Wyluczając kobiety z porodu drogami natury - jakie byłoby zapotrzebowanie na leczenie operacyjne wysiłkowego nietrzymania moczu i obniżenia narządów miednicy?”) zaintrygowała uczestników kongresu praca zespołu pod kierunkiem Larsudd-Kaverud. Celem badania przeprowadzonego przez ten zespół było przeanalizowanie grupy 61 850 kobiet operowanych z powodu wypadania narządów rodnych (ang. pelvic organ prolapse - POP) i NTM w odniesieniu do liczby przeżytych porodów i drogi porodu. Następnie oceniano satys-

fakcję operowanych pacjentek po rocznej obserwacji. Do badania włączono kobiety po 45. roku życia, które przeszły operację w latach 2010-2016. Wszystkie pacjentki uczestniczące w badaniu podzielono na trzy grupy: te, które urodziły drogą cięcia cesarskiego, takie, które przeszły co najmniej jeden poród drogami natury oraz nieródki.

Wyniki okazały się być jednoznaczne. Wskazały one, że poród drogami natury jest główną przyczyną schorzeń dna miednicy i NTM. W rejestrze GynOP aż 97 proc. kobiet, które rodziły drogami natury, przeszło operację z powodu obniżenia narządu rodniego bądź nietrzymania moczu. Kobiety, które przeżyły co najmniej jeden poród drogami natury, były trzykrotnie częściej narażone na operację z powodu POP lub NTM w porównaniu z kobietami po jednym lub dwóch cięciach cesarskich.



Fot. Tomsickova - stock.adobe.com

– *Czy zamiast namawiać kobiety do porodu drogami natury, szczególnie te, które nie chcą się na niego zdecydować, nie powinniśmy zacząć słuchać przyszłych mam i traktować ich jako partnerów do rozmowy?* – takim pytaniem podsumowała swój wykład autorka pracy, co wywołało burzliwą dyskusję wśród zebranych na sali.

Niezwykle ważnym elementem oceny efektów pooperacyjnych jest badanie jakości życia i satysfakcji pacjentek po zabiegach operacyjnych z powodu POP i NTM. Wyniki szwedzkich badaczy pokazały, że poziom satysfakcji po roku obserwacji był porównywalny we wszystkich badanych grupach pacjentek (sku-

teczność leczenia wahała się między 70 a 80 proc.). W kontekście aktualnych dyskusji na temat stosowania materiałów syntetycznych w operacjach przezpochwowych, w związku z wydaną w kwietniu bieżącego roku opinią amerykańskiej Agencji Żywności i Leków (*Urogynecologic Surgical Mesh Implants. FDA 2019; www.fda.gov/medical-devices/implants-and-prosthetics/urogynecologic-surgical-mesh-implants*), wydawałoby się zasadne uzyskanie informacji na temat rodzaju operacji wykonywanych w Szwecji. Należałoby spojrzeć szerzej i zadać pytanie, jak operujemy nasze pacjentki i jakie są efekty naszej pracy?

Ochronny wpływ cięcia cesarskiego na narządy rodne kobiet

W kolejnym badaniu, pod kierunkiem Gyhagen, naukowcy porównywali prawdopodobieństwo występowania POP wśród 14 335 kobiet w wieku 40-65 lat. Celem badania była ocena wpływu porodu drogami natury, ciąży, wieku i BMI na występowanie POP w grupie nieródek, kobiet po przebytym porodzie drogami natury i po cięciu cesarskim. Oceniano również ochronny wpływ cięcia cesarskiego na wystąpienie tych objawów.

U kobiet w wieku 40 lat nie stwierdzono różnic w występowaniu POP pomiędzy grupami. Jednakże w grupie kobiet po przebytym porodzie drogami natury, prawdopodobieństwo wystąpienia POP podwajało się w ciągu każdych kolejnych 10 lat. Co ciekawe, BMI nie było czynnikiem ryzyka wystąpienia POP w żadnej z badanych grup.

W grupie pacjentek w wieku 40 lat po cięciu cesarskim nie zauważono istotnego ryzyka wystąpienia POP. Znaczący wpływ ochronny cięcia cesarskiego zauważono u pacjentek w wieku 52 lat, a największy u pacjentek w wieku 64 lat. Cięcie cesarskie okazało się mieć nie tylko ochronny wpływ na wystąpienie POP, ale i na NTM i nietrzymanie stolca. Poród drogami natury okazał się być najbardziej istotnym czynnikiem ryzyka wystąpienia POP u kobiet powyżej 40. roku życia.

Prace naszych kolegów wskazują na jeszcze jeden istotny aspekt, jakim jest edukacja położnych. Prowadzenie szkoleń dla położnych to niezwykle ważny element holistycznego podejścia do pacjentki. Wspólne działania ginekologa-położnika i położnej powinny się wzajemnie uzupełniać, a nie przeciwstawiać. A kobiety powinny otrzymywać rzetelne informacje i pomoc od przeszkolonych w tym zakresie specjalistów. Współpraca tych dwóch grup zawodowych to klucz do sukcesu w dbaniu o zdrowie naszych pacjentek.

Czy możemy określić ryzyko obniżenia narządu rodowego lub wysiłkowego NTM indywidualnie dla każdej pacjentki? Na podstawie szwedzkich badań powstał kalkulator UR-CHOICE (www.riskcalc.org/UR_CHOICE/). Po wpisaniu takich danych jak: wiek matki podczas porodu, masa ciała, przewidywana masa płodu, liczba przebytych porodów, pojawienie się objawów zaburzeń statyki w rodzinie i innych danych, jesteśmy w stanie obliczyć indywidualne

ryzyko obniżenia narządu rodowego i NTM dla konkretnej pacjentki. Kalkulator oblicza 12- i 20-letnie ryzyko wystąpienia POP i NTM po porodzie, a także określa konieczność ich leczenia. Celem kalkulatora jest wyselekcjonowanie grupy kobiet, u których należy wdrożyć odpowiednie działania profilaktyczne zarówno przed, jak i po porodzie. W końcu przewidywanie ryzyka stanowi duży krok naprzód i pozwala na podjęcie działań prewencyjnych.

Rola poradnictwa przedporodowego dla przyszłych matek

Wyniki badań skłoniły do refleksji, jak wygląda w każdym z krajów tzw. poradnictwo przedporodowe. Sformułowanie „antenatal counselling” wielokrotnie padało podczas tegorocznego spotkania. I nie należy go mylić z „informed consent”, które oznacza zgodę pacjentki na próbę porodu drogami natury lub zgodę na wykonanie operacji cięcia cesarskiego. „Antenatal counselling”, poza omówieniem z pacjentką przebiegu porodu oraz takich powikłań jak: infekcje, rany, krwotoki porodowe, obrażenia krocza, zagrożenia dla płodu, powinno polegać również na poinformowaniu o ryzyku wystąpienia obniżenia narządu rodowego w przyszłości, jak i też o możliwości przeprowadzenia z tego powodu operacji. Okazuje się, że udzielenie rzetelnych informacji i podanie aktualnego stanu wiedzy na temat ryzyka, jakie niesie ze sobą poród drogami natury, powinno być obowiązkiem każdego ginekologa i położnika. Tu pojawia się kolejne pytanie: jak wygląda „doradztwo przedporodowe” w Polsce?

Należy pamiętać, że zadaniem lekarzy nie jest przestraszenie pacjentki, lecz zachęcanie jej do wdrażania odpowiedniej profilaktyki przed- i poporodowej. O fizjoterapii uroginekologicznej wciąż zapominamy, a ma ona duże znaczenie zarówno w trakcie trwania ciąży, jak i po jej zakończeniu.

Wybór drogi porodu powinien być świadomą i wspólną decyzją lekarza i pacjentki. Być może tego typu modele kalkulujące ryzyko jak UR-CHOICE pomogą w jej podjęciu.

Temat wskazań uroginekologicznych do cięcia cesarskiego jest wciąż tematem kontrowersyjnym i niechętnie poruszonym w środowisku ginekologów i położników. Nadal wysoki jest odsetek wykonywanych cięć cesarskich i nie jest naszym celem jego podbijanie. Jednak zarówno informowanie o możliwych powikłaniach śródporodowych, jak i konsekwencjach dla dna miednicy, powinno być elementem naszej codziennej praktyki.

Od rozmowy z naszymi pacjentkami nie uciekniemy. W dobie nowoczesnej techniki kobiety szukają informacji i zadają często niełatwe dla nas pytania. A podpierając się rzetelnymi danymi, możemy przedstawić istniejące dla nich indywidualne ryzyko. W konsekwencji być może przynajmniej zmusi to zarówno nas, jak i nasze pacjentki do wdrożenia odpowiedniej edukacji i profilaktyki w tak ważnym temacie, jakim są schorzenia dna miednicy.

Na jaką opiekę będą mogły liczyć w przyszłości osoby niesamodzielne i przewlekle chore?

Maja Markłowska-Tomar

Pod patronatem Ministerstwa Zdrowia, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, Komisji Europejskiej, Zakładu Ubezpieczeń Zdrowotnych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego odbyła się w Warszawie dwudniowa (26-27 listopada) ogólnopolska konferencja Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”, zatytułowana „Opieka długoterminowa w Polsce - dzisiaj i jutro”.

W trakcie konferencji zaprezentowano i omówiono raport dotyczący opieki długoterminowej, opracowany na zlecenie Koalicji przez zespół ekspertów z czterech uczelni ekonomicznych pod kierownictwem prof. Piotra Błędowskiego, dyrektora Instytutu Gospodarstwa Społecznego SGH.

Jaki model opieki byłby najlepszy?

– Oceniając w raporcie aktualną sytuację w opiece długoterminowej, możemy z pełną odpowiedzialnością powiedzieć, że konieczne jest zbudowanie systemu opieki długoterminowej opartej na stabilnym źródle finansowania ukierunkowanego na różne formy opieki, z priorytetową rolą opieki profesjonalnej, współdziałającej z opiekunami nieformalnymi (rodzinnymi). Dysponujemy specjalistami i liderami, którzy są kompetentni do zbudowania efektywnego systemu opieki długoterminowej – powiedziała dr Elżbieta Szwałkiewicz, przewodnicząca Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”, podczas konferencji prasowej poprzedzającej dwudniowe spotkanie przedstawicieli różnych środowisk, w tym m.in. kilku uczelni wyższych, Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, NFZ, ZUS, KRUS, PFRON, AOTMiT, Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, samorządu pielęgniarek i położnych, organizacji opiekunów medycznych, świadczeniodawców oraz pacjentów i ich opiekunów.

Prof. Piotr Błędowski podkreślił, że wprowadzenie zmian w systemie opieki długoterminowej powinno nastąpić jak najszybciej, ale nie uda się tego zrobić z dnia na dzień. Według niego będzie to długotrwały proces, który będzie przebiegał etapami. – Będą one wyznaczane

nie tylko przez skalę potrzeb osób wymagających wsparcia ze względu na ograniczoną samodzielność, ale i przez sytuację gospodarczą, a zwłaszcza stan finansów publicznych oraz sytuację na rynku pracy. Najważniejsze jest jednak zapoczątkowanie tych zmian i konsekwentne wcielenie ich w życie – tłumaczył prof. Piotr Błędowski.



Konferencja "Opieka długoterminowa w Polsce - dzisiaj i jutro"

Fot. Milena Bękarska

Uczestnicy konferencji mają głos

Przez dwa dni uczestnicy konferencji mieli możliwość wzięcia udziału w głosowaniu. Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym” przygotowała dla nich 28 pytań dotyczących kierunku zmian w opiece długoterminowej. Analiza odpowiedzi wskazuje m.in. na konieczność zwiększenia poziomu jej finansowania, którego źródłem powinny być budżet państwa i składki pochodzące na ten cel z odrębnego funduszu. Wskazano również na potrzebę powołania pełnomocnika ds. opieki długoterminowej.

Na zakończenie konferencji przedstawiono „Dekalog rekomendacji dla rządu”, czyli 10 punktów strategicznych działań kierunkowych, które zdaniem autorów raportu dotyczącego opieki długoterminowej są niezbędne do przeprowadzenia jej reformy. Pierwszym z nich jest przeprowadzenie debaty publicznej na temat celów, organizacji i finansowania opieki długoterminowej w Polsce. Tę debatę, zgodnie z oczekiwaniami organizatorów, rozpoczęła właśnie konferencja „Opieka długoterminowa w Polsce - dzisiaj i jutro”.

Przygotowania do wdrożenia e-recept i zleceń z e-potwierdzeniem nabierają tempa

Violetta Madeja

Mijający kwartał nie przyniósł rewolucyjnych zmian w obowiązującej legislacji. Wyraźnie jednak widać, że starania resortu zdrowia, który deklaruje chęć sprawnego wdrożenia e-recepty i zleceń z e-potwierdzeniem, nabierają tempa.

Pod koniec września pacjenci świętujący Europejski Tydzień Urologii podsumowali swoją sytuację w systemie ochrony zdrowia i wskazali najpilniejsze obszary wymagające zmian. Niestety, po IV kwartale 2019 roku, ich niegasnące nadzieje zostały zawiedzione. Ministerstwo Zdrowia nie zdecydowało się bowiem na żadne z postulowanych zmian, wśród których było m.in. zwiększenie limitów cenowych na środki chłonne wydawanych na zlecenie, poszerzenie listy leków refundowanych dla pacjentów z OAB, czy w końcu zniesienie obowiązku wykonywania badania urodynamicznego w przypadku pacjentów korzystających z refundowanej tolterodyny.

Nowe regulacje dla wyrobów medycznych

Wśród projektów przekazanych w połowie października br. do konsultacji publicznych znalazł się projekt nowelizacji ustawy o wyrobach medycznych. Dokument w pierwszej kolejności implementuje do krajowego porządku prawnego unijne regulacje (zaczną one obowiązywać w całej Europie w maju 2020 roku) dotyczące wyrobów medycznych oraz wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro. Zapisy mają poprawić funkcjonowanie rynku wyrobów medycznych w Polsce, a także poprawić bezpieczeństwo pacjentów, którzy ich używają.

Ważnym aspektem, który przy okazji unijnych zapisów zostanie uregulowany w dokumencie, jest reklama wyrobów medycznych. Warto podkreślić, że dotychczas na krajowym rynku nie było tak szczegółowych regulacji, które wskazywałyby m.in. na dopuszczony prawem katalog form reklamy wyrobów medycznych, a także elementy, które obowiązkowo powinny znaleźć się w przekazie reklamowym.

Nowością jest zobligowanie producentów do informowania w reklamie o ryzyku związanym z używaniem wyrobu zgodnie z jego przewidzianym zastosowaniem, a także do umieszczania w reklamach skierowanych do pacjentów ostrzeżeń. W przypadku wyrobów, dla których nie zidentyfikowano przeciwwskazań, ma być stosowana formuła: „Przed użyciem zapoznaj się z treścią instrukcji używania i etykietą bądź skonsultuj się z lekarzem”. Z kolei w przypadku wyrobów, dla których zidentyfikowano przeciwwskazania, wprowadza się formułę: „Przed użyciem zapoznaj się z treścią instrukcji używania i etykietą bądź skonsultuj się z lekarzem, gdyż ten wyrób medyczny może nie być odpowiedni dla Ciebie”. Co więcej, regulator prze-

widział również katalog dotkliwych sankcji finansowych. Za reklamę niezgodną z prawem Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych będzie mógł nałożyć karę w wysokości nawet 2 mln zł, natomiast za przekaz wprowadzający konsumentów w błąd - kary mogą sięgać nawet 5 mln zł.

Rozczarowanie refundacyjne

Listopadowe wykazy leków refundowanych nie przyniosły poprawy w zakresie farmakoterapii pacjentów z NTM. W piśmie do ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego prezes Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” Anna Sarbak wskazała, że chorzy nie odnotowali uwzględnienia postulatów, o jakie zabiegają od kilku lat. Chodzi o wprowadzenie do refundacji drugiej linii leczenia farmakologicznego w zespole pęcherza nadreaktywnego (ang. overactive bladder - OAB), która w listopadzie ubiegłego roku uzyskała już po raz drugi pozytywną rekomendację prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Krajobraz po 1 stycznia 2020

Najważniejsze zmiany jednak dopiero przed pacjentami. Na początku stycznia przyszłego roku wejdzie bowiem w życie nowy sposób wystawiania, weryfikacji i realizacji zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne, a także obowiązek wystawiania recept wyłącznie w formie elektronicznej. Nowe zasady dotyczące wyrobów medycznych będą zdecydowanie korzystniejsze dla pacjentów, ponieważ nie będą już musieli odwiedzać wojewódzkich oddziałów NFZ w celu potwierdzenia swoich uprawnień.

Od początku listopada 2019 roku wybrane placówki testują już możliwość realizacji zleceń na nowych zasadach - pacjenci podczas wizyty u lekarza mogą, drogą elektroniczną, uzyskać niezbędne potwierdzenie swoich uprawnień i bezpośrednio udać się do apteki lub sklepu medycznego w celu realizacji zlecenia. Dodatkowo, wszystkie zlecenia, które zostaną wystawione do końca 2019 roku, będą mogły być potwierdzone i zrealizowane na starych zasadach do końca 2020 roku.

Z kolei w przypadku papierowych recept wystawionych do końca 2019 roku, pacjenci będą mogli je zrealizować do końca ich ważności. Od stycznia przyszłego roku wejdzie bowiem w życie obowiązek wystawiania przez lekarzy e-recept. W praktyce może się jednak okazać, że papierowe druki będą nadal wystawiane - lekarze wskazują bowiem, że system elektroniczny jest nadal zawodny i w przypadku braku dostępu do Systemu Informacji Medycznej po 7 stycznia, chcą mieć możliwość wystawienia recepty w tradycyjnej postaci.

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

