

WYROBY MEDYCZNE

**Wkładka wkładce
nierówna**

OCHRONA ZDROWIA

**Koronawirus w opiece
długoterminowej: trudne
wyzwanie dla całej Europy**

COVID-19



NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

**Z czym udać się do
fizjoterapeuty
urologicznego i/ lub
ginekologicznego?**

LECZENIE

**Rak prostaty: nowoczesne
leki opóźniają powstanie
przerzutów**

LECZENIE

**Komu i w czym może
pomóc brachyterapia?**

To nie był stracony rok

Dla wielu COVID-19 oznaczał paraliż i przekładanie ważnych decyzji na później. Jednak dla pacjentów z chorobami układu moczowo-płciowego to nie był całkowicie stracony rok.

O ile nadal niejasne są losy refundacji II linii leczenia w zespole pęcherza nadreaktywnego, o tyle w zaopatrzeniu w środki absorpcyjne nastąpiły zmiany, które można nazwać wręcz rewolucyjnymi.

Jeszcze zanim wirus z Wuhan dotarł do Polski, mieliśmy okazję doświadczyć wejścia w życie nowego wzoru zlecenia, które zaczęto określać jako zlecenie z e-potwierdzeniem. I właśnie literka „e” jest fundamentem pierwszej tegorocznej zmiany.



Przez 16 lat obowiązywał system refundacji na wyroby medyczne wydawane na zlecenie, który narzucał wymóg ich potwierdzania w regionalnych oddziałach NFZ. Tylko w ten sposób można było uzyskać zgodę Narodowego Funduszu Zdrowia na refundację. Jak to wyglądało w praktyce, wiedzą najlepiej pacjenci i ich bliscy. Pamiętam z wielu rozmów, jak opowiadali, ile czasu i wysiłku kosztowało ich potwierdzanie zleceń, często wymagające długiej podróży po województwie lub też odstania wielu godzin w kolejkach. Warto przypomnieć, iż np. przez pierwsze lata w woj. pomorskim tamtejszy oddział NFZ potwierdzał zlecenia na pieluchomajtki i ich zamienniki tylko w jednym miejscu, które ulokowano w Słupsku. W tym samym czasie, na przeciwnym krańcu Polski, w woj. małopolskim, postanowiono, że takie punkty ewidencyjne będą w każdym powiecie. W War-

szawie do legendy przeszły już opowieści o gigantycznych kolejkach w mazowieckim oddziale NFZ mieszczącym się przy ul. Chatubińskiego.

W 2020 roku nastąpił długo oczekiwany zwrot. Od stycznia weszło w życie nowe prawo umożliwiające lekarzom, pielęgniarkom i położnym uzyskiwanie potwierdzenia drogą elektroniczną, eliminujące w ten sposób konieczność wizyty pacjentów lub ich pełnomocników w oddziale NFZ. Dotyczyło to również czasochłonnej wysyłki papierowego zlecenia pocztą i oczekiwania na jego zwrot z adnotacją urzędnika o przyznaniu refundacji. Wybuch pandemii w marcu okazał się prawdziwym turboprzyspieszeniem wdrażanych zmian. Paradoksalnie, dzięki wprowadzonym restrykcjom rządo-

wym, wystawiający zlecenia nie mieli innego wyjścia jak tylko natychmiast przestawić się na tryb zdalny, nawet jeżeli nie byli entuzjastami nowego oprogramowania, którego musieli się nauczyć używać.

W połowie roku zaczął obowiązywać uproszczony wzór dwustronicowego zlecenia na kontynuację refundacji tzw. środków cyklicznych, które co miesiąc setki tysięcy Polaków realizuje w aptekach i sklepach medycznych. Mowa tutaj zarówno o środkach chłonnych, jak i o workach stomijnych czy cewnikach urologicznych. To, niewątpliwie kolejne ułatwienie, było zapowiedziane już w 2019 roku. Należy się cieszyć, że jego wejście w życie nie zostało opóźnione i wypadło w tak niewralgicznym momencie naszych zmagania z pandemią.

Powodem do radości powinny być także kolejne zapowiedzi z ul. Miodowej w Warszawie, które wskazują, że forma

papierowa zlecenia ma już całkowicie odejść do lamusa na rzecz w pełni elektronicznego e-zlecenia. Wzorem będzie e-recepta, którą od początku 2020 roku otrzymujemy pod postacią czterocyfrowego kodu wysyłanego na nasz telefon.

Z pewnością nie tak jednak wyobrażali sobie ten rok lekarze wdrażający w swoich szpitalach nową, dostępną od maja ubiegłego roku, terapię neuromodulacji nerwów krzyżowych. Zawiorowania, jakie obejmują praktycznie wszystkie szpitale w Polsce, dotknęły również oddziałów ginekologii i urologii, gdzie ta nowa terapia jest już oferowana. Tym bardziej należą się słowa uznania tym medykom, którzy wbrew przeciwnościom zdołali zaimplantować kolejnym pacjentom neuromodulatory i tym samym dać im „drugie życie”.

Tomasz Michatek

SPIS TREŚCI

WYROBY MEDYCZNE

Wkładka wkładce nierówna	4
--------------------------------	---

OCHRONA ZDROWIA

Koronawirus w opiece długoterminowej: trudne wyzwanie dla całej Europy.....	6
--	---

LECZENIE

OAB: Od diagnostyki po właściwą ścieżkę terapeutyczną	9
Komu i w czym może pomóc brachyterapia?	11
Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania neuromodulacji krzyżowej	14
Rak prostaty: nowoczesne leki opóźniają powstanie przerzutów	16

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Z czym udać się do fizjoterapeuty urologicznego i/ lub ginekologicznego?.....	18
--	----

LEGISLACJA

Z nowym rokiem nadejdą nowe, lepsze rozwiązania?.....	21
--	----

Szanowni Państwo,

Koniec roku to czas podsumowań. Jaki ten odchodzący 2020 rok, niezwykle trudny z powodu pandemii COVID-19, był dla osób zmagających się na co dzień z problemem nietrzymania moczu? Na pewno nie był przełomowy, można raczej powiedzieć, że był mocno rozczarowujący. „Pomimo licznych apeli, na wykazy leków refundowanych nie trafiły żadne oczekiwane (...) molekuly. Lek mirabegron, o którego refundację w drugiej linii leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego od ponad sześciu lat bezskutecznie zabiegają organizacje pacjenckie, nadal czeka na decyzję resortu zdrowia” – pisze Violetta Madeja w artykule „Z nowym rokiem nadejdą nowe, lepsze rozwiązania?” (str. 21).

Powodów do zadowolenia nie mają również chorzy na raka prostaty. To choroba, która dopada coraz młodszych mężczyzn. Dlatego lekarze zachęcają, aby zgłaszać się na pierwsze badanie PSA już w wieku 40–45 lat, bo wcześnie wykrycie raka prostaty daje szansę na wyleczenie. Jak w tym kontekście zrozumieć politykę Ministerstwa Zdrowia, które zwleka z decyzją o objęciu refundacją trzech nowoczesnych terapii dla chorych, którzy nie mają jeszcze przerzutów? Przeczytajcie artykuł „Rak prostaty: nowoczesne leki opóźniają powstanie przerzutów” (str. 16) i spróbujcie odpowiedzieć sobie na to pytanie.

Wydawać by się mogło, że o koronawirusie i wywołanej przez niego pandemii COVID-19 powiedziano i napisano już bardzo dużo. Jednak w mediach zwykle lepiej „sprzedają się” historie celebrytów i polityków zakażonych SARS-CoV-2, którzy nie mogą narzekać na dostęp do opieki medycznej, niż starszych, niepełnosprawnych, często niedołączonych ludzi przebywających w placówkach opieki długoterminowej. A to przecież oni są najbardziej narażeni na śmiertelne powikłania COVID-19. Z jakimi problemami i wyzwaniami muszą się mierzyć szefowie domów pomocy społecznej, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych w Polsce? Czego im najbardziej brakuje do tego, aby choć na podstawowym poziomie zapewnić opiekę swoim podopiecznym? Zachęcamy Was do lektury artykułu „Koronawirus w opiece długoterminowej: trudne wyzwanie dla całej Europy” (str. 6).

Jak zwykle zachęcamy Was do uważnej lektury całego wydania Kwartalnika NTM. Niech towarzyszy Wam podczas świąt Bożego Narodzenia i wejdzie z Wami w Nowy 2021 Rok. Oby był on łaskawszy i zdrowszy od tego, który właśnie mija.

Maja Markłowska-Tomar

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; Kinga Religa-Popiołek;
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,
e-mail: ntm@ntm.pl

Wydawca: Studio PR
Realizacja Wydawnicza:
OCI 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

Wkładka wkładce nierówna

Zmagając się z NTM, warto sięgnąć po specjalistyczne środki chłonne

Violetta Madeja

Lepsze właściwości chłonne, odpowiednio dopasowana, anatomiczna budowa i przede wszystkim zdolność do pochłaniania i zatrzymywania moczu – to tylko część zalet specjalistycznych wkładek urologicznych. Eksperci zachęcają pacjentów cierpiących na NTM do sięgania po właściwe produkty stosowane w przypadku niekontrolowanej utraty moczu w miejsce nadal mylnie wykorzystywanych wkładek menstruacyjnych.

Intymny charakter nietrzymania moczu oraz wstyd i obawy, jakie muszą pokonać pacjenci, sprawiają, że wielu chorych nie chce mówić o swoim problemie. Szacuje się, że w Polsce populacja osób zmagających się z NTM przekracza 3 mln. Niestety nie każda z nich wie, gdzie szukać pomocy i z jakich produktów korzystać, aby mieć szansę na normalne funkcjonowanie w społeczeństwie.

– *Szczególnie na początku pojawienia się dolegliwości związanych z NTM kobiety mają poważne problemy związane z wyborem właściwego produktu chłonnego, który stanowiłby dla nich wsparcie. Dzieje się tak dlatego, że bardzo często nie chcą rozmawiać o swoim problemie w gabinecie lekarza, wstydzą się swojej dolegliwości i zazwyczaj na początku starają się na własną rękę wybierać produkty. Często nie mając świadomości o istnieniu wkładek urologicznych, starają się korzystać z wkładek menstruacyjnych czy podpasek, które są im znane* – wyjaśnia Elżbieta Żukowska, sekretarz Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”. Przyznaje, że pracując w środowisku pacjentów, wielokrotnie spotkała się z sytuacjami, w których pacjentki nie decydowały się na profesjonalne wkładki urologiczne i wybierały łatwo dostępne we wszystkich drogeriach podpaski.

– *W praktyce wiele kobiet nie ma wiedzy dotyczącej odmiennych właściwości obu grup produktów. I tutaj ogromną rolę mają do odegrania zarówno lekarze pierwszego kontaktu pracujący z pacjentami z NTM, jak i pielęgniarki i położne, a także pacjenci mający już doświadczenia z wyrobami medycznymi. Wspólnie powinni oni budować świadomość wokół właściwie dobranych produktów chłonnych* – ocenia Elżbieta Żukowska.

Zdaniem przedstawicielki „UroConti” ważną rolę odgrywa również rodzina pacjenta. To właśnie najbliżsi powinni nie tylko stanowić wsparcie, ale również – szczególnie w przypadku osób starszych – pomóc im w zdobyciu odpowiedniej wiedzy dotyczącej rozwiązania wstydliwego dla nich problemu.

Podobny nie znaczy taki sam

Wiodący producenci wkładek urologicznych przyznają, że właściwości specjalistycznych produktów znacząco odbiegają od właściwości tradycyjnych wkładek menstruacyjnych. Dlatego, jak podkreślają, w przypadku osób z NTM zamienne ich stosowanie jest błędem.

Jak wyjaśnia Marta Woźniak z firmy Paul Hartmann, właściciela marki Molicare, nawet w incydentalnych przypadkach niekontrolowanej utraty moczu pacjenci powinni rozważyć sięgnięcie po specjalistyczną wkładkę urologiczną – szczególnie gdy spodziewają się sytuacji (np. związanych z wysiłkiem fizycznym), które mogą sprzyjać gubieniu moczu.

– *Wynika to głównie z przeznaczenia i budowy produktu. W przypadku wkładek urologicznych w ich produkcji wykorzystujemy superabsorbent dostosowany do pochłaniania moczu, który dodatkowo zawiera neutralizator zapachu moczu. Ważne są również właściwości chłonne produktu, które dostosowane są do moczu, a także zapewnienie właściwej cyrkulacji powietrza. Bardzo często wkładki menstruacyjne nie tylko mają zupełnie inną budowę, ale również nie zawsze zapewniają skórze możliwość „oddychania”, przez co nie chronią skóry osoby korzystającej z nich* – wskazuje ekspertka.

Natomiast Patryk Sucharda z Essity, producenta wkładek TENA, podkreśla znaczenie dużego wyboru rozmiarów specjalistycznych produktów chłonnych, które pozwalają dopasować rodzaj specjalistycznej ochrony do potrzeb pacjenta. – *Wysoki poziom chłonności – aż do 1000 ml – gwarantuje poczucie bezpieczeństwa i daje pewność w każdej sytuacji* – wskazuje. Dodaje również, że system zapobiegania powstawaniu nieprzyjemnego zapachu pozwala pacjentom na zachowanie pewności siebie podczas codziennych sytuacji towarzyskich oraz zawodowych.

– *Główne różnice na korzyść wkładki urologicznej – jak chłonność, czas wchłaniania moczu, który ma inną gęstość w porównaniu do krwi menstruacyjnej, poczucie suchości, jak i kontrolę zapachu* – potwierdza Karolina Staniszevska z TZMO SA, producenta wkładek Seni Lady i Seni Man, których próbki można zamówić na stronie www.seni.pl. Dodaje też, że pacjenci podkreślają dodatkową ochronę przed wyciekami w postaci osłonek bocznych we wkładkach Seni Lady.

Dopłata do wkładek

Za specjalistycznymi wkładkami urologicznymi przemawia również to, że można je uzyskać w ramach systemu re-

fundacji. – *Typowo refundowanym produktem, i w ten sposób określonym w rozporządzeniu MZ, jest wkład anatomiczny. Mowa tu o wkładzie urologicznym, który powinien być stosowany w przypadku średniego nietrzymania moczu. Niestety w przypadku lekkiego nietrzymania moczu wkładki zalecane pacjentom nie są refundowane* – przyznaje Karolina Staniszevska.

Ekspertka TZMO przypomina, że w żadnym z rozporządzeniach nie dookreślono granicy pomiędzy lekkim a średnim nietrzymaniem moczu, ale w rozmowach z Narodowym Funduszem Zdrowia przyjmuje się, że wchodzące do refundacji wkłady anatomiczne powinny przyjmować minimum 300-330 ml moczu. Ograniczeniem jest również wysiłkowe nietrzymanie moczu, w którego przypadku nie przewidziano refundacji wkładek urologicznych.

Rola lekarzy rodzinnych

Zarówno środowisko pacjentów, jak i eksperci rynkowi zwracają uwagę, że kluczową rolę w budowaniu właściwej świadomości wśród pacjentów z NTM odgrywają lekarze i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. To od ich postępowania zależą dalsze kroki pacjenta.

– *Bardzo często pacjenci są na tyle skryci, że nie chcą mówić o swoich problemach lub też nie mają świadomości, że mogą otrzymać pomoc na poziomie gabinetu lekarza pierwszego kontaktu* – mówi Marta Woźniak. To właśnie lekarz rodzinny, zajmujący się pacjentem od lat, może nie tylko wzbudzić jego zaufanie i ułatwić mówienie o NTM, ale również pomóc pacjentowi we właściwym wyborze środków chłonnych, w tym również wkładek urologicznych.

Dotychczas w Polsce dominował model, w którym to pacjent przychodził do gabinetu lekarza i opowiadał o swoich problemach. W przypadku NTM to podejście powinno zostać odwrócone i to lekarze rodinni proaktywnie powinni dopytywać o problemy swoich pacjentów, tak by przełamywać krępujące ich bariery.

Z argumentacją tą zgadza się dr Michał Sutkowski, lekarz rodzinny i rzecznik prasowy Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. W rozmowie z Kwartalnikiem NTM przyznał, że problem nietrzymania moczu jest nadal zbyt rzadko poruszany w gabinetach lekarzy rodzinnych, choć z roku na rok, zarówno po stronie lekarzy, jak i samych pacjentów, obserwuje się rosnącą świadomość tego schorzenia.

Pandemia uprościła zasady

Jak wyjaśnia Karolina Staniszevska, obecne regulacje pozwalają na to, by zlecenie na środki chłonne wystawiali zarówno lekarze POZ, jak również specjaliści – urolodzy, ginekolodzy, czy geriatrzy. W ostatnim roku

ważną zmianą było również wdrożenie elektronicznej formy e-ZWM, którego zalety dostrzegło również środowisko lekarzy.

– *Tym, co bardzo ułatwiło nam komunikację i zaopatrzenie naszych pacjentów w środki chłonne w dobie COVID-19, zdecydowanie są e-zlecenia. Działają bez zarzutu* – ocenia dr Michał Sutkowski.



Okazuje się jednak, że zarówno resort zdrowia, jak i Narodowy Fundusz Zdrowia zdecydowali się na kolejne kroki. Rozwiązaniem wdrożonym na czas pandemii było wprowadzenie możliwości wystawienia zlecenia na środki chłonne podczas teleporady, a także umożliwienie sklepom dostawy refundowanych produktów chłonnych bezpośrednio do domu pacjenta.

– *W tym kontekście pandemia koronawirusa SARS-CoV-2 pozytywnie wpłynęła na rozwój wysyłkowego kanału dostaw wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie dla pacjentów. Świadczeniodawca rozliczający się z Narodowym Funduszem Zdrowia musi jedynie otrzymać potwierdzenie od firmy kurierskiej, że produkt został dostarczony do pacjenta pod wskazany adres. To bardzo ułatwiło funkcjonowanie wielu pacjentom i przez wielu traktowane jest jako rozwiązanie bezpieczniejsze. Mamy nadzieję, że zostanie ono utrzymane również po wygaśnięciu pandemii* – podkreśliła Karolina Staniszevska.

Koronawirus w opiece długoterminowej: trudne wyzwanie dla całej Europy

Violetta Madeja

Pandemia koronawirusa nie oszczędziła opieki długoterminowej. Najnowszy raport OECD opisujący stan systemu ochrony zdrowia nie pozostawia wątpliwości - już w trakcie pierwszej fali zakażeń wirus SARS-CoV-2 obnażył wszystkie słabości opieki zdrowotnej i stał się śmiertelnym zagrożeniem dla seniorów i osób niesamodzielnych. Jak polska i europejska opieka długoterminowa radzi sobie z pandemią?



Fot. Photographee.eu - stock.adobe.com

Dane zebrane w raporcie „Health at a Glance: Europe 2020” wyraźnie wskazują, że wśród 22 europejskich raportujących państw najbardziej narażonymi na zgon w wyniku COVID-19 byli pacjenci powyżej 60.-65. roku życia. W ich przypadku ryzyko zgonu było 3,7-krotnie wyższe niż w przypadku populacji ogólnej, a ponad 90 proc. odnotowanych w trakcie pierwszej fali COVID-19 zgonów dotyczyło osób powyżej 60. roku życia. Dane OECD pochodzące z 13 państw wskazują, że ponad 75 tys. zgonów (od początku pandemii do początku października 2020 roku) dotyczyło podopiecznych placówek opieki długoterminowej, z czego najmocniej pandemię COVID-19 odczuły Wielka Brytania (w której odnotowano 25 466 zgonów wśród osób znajdujących się w placówkach opieki długoterminowej), Hiszpania (20 649 zgonów) oraz Francja (14 955 zgonów). Autorzy raportu zaznaczyli jednak, że odsetek raportowanych zgonów z powodu COVID-19 był w wielu krajach mocno niedoszacowany.

Jak europejska opieka długoterminowa radziła sobie z pandemią?

Zdaniem ekspertów OECD większość państw słusznie zareagowała dodatkowymi restrykcjami dotyczącymi m.in. ograniczenia wizyt w placówkach czy ograniczenia możliwości transmisji wirusa za pośrednictwem kadr medycznych pracujących w różnych placówkach. Niemniej,

jak zwracają uwagę w raporcie „Health at a Glance 2020: Europe”, decyzje powinny być wdrożone zdecydowanie szybciej, szczególnie że w pierwszych tygodniach pandemii główne wysiłki decydentów były skoncentrowane na organizacji opieki szpitalnej.

Spośród 31 państw Europy w przynajmniej 17 wprowadzono obowiązek izolowania osób przebywających w placówkach opieki długoterminowej. Podopieczni tych pla-

cówek nie wszędzie byli traktowani priorytetowo w odniesieniu do wykonywania testów w kierunku SARS-CoV-2 - jak wynika z raportu, takie podejście do testowania przyjęto w 12 krajach (m.in. w Austrii, Belgii, Danii, Francji, Niemczech, na Litwie, w Luksemburgu, Szwajcarii czy Wielkiej Brytanii). Co warto

podkreślić, część państw zdecydowała się na znaczące dofinansowanie placówek opieki długoterminowej. Przykładowo rząd Austrii zdecydował się na transfer dodatkowych 100 mln euro do poszczególnych landów w celu dofinansowania placówek, w tym również na dodatki do wynagrodzeń dla zatrudnionego w nich personelu. Na podobny krok zdecydowały się władze Niemiec, które sfinansowały wzrost płac minimalnych w całym sektorze opieki długoterminowej i wypłatę dodatkowych premii. Natomiast w przypadku Austrii, Węgier, Irlandii, Włoch czy Wielkiej Brytanii personel zatrudniony w placówkach opieki długoterminowej mógł liczyć na wsparcie wojska. Jiří Horecký, prezydent European Ageing Network, organizacji parasolowej skupiającej świadczeniodawców opieki długoterminowej dla osób starszych, podkreślił, że koronawirus okazał się przykrym doświadczeniem, z którego należy wyciągnąć jak najwięcej wniosków na przyszłość.

- Nie tylko po to, by zidentyfikować wszystkie błędy, jakie popełniono, ale również po to, by ich w przyszłości unikać i rozpowszechnić wszystkie przykłady dobrych praktyk, które należałoby naśladować - ocenił.

Doświadczenia z Polski

Z jakimi wyzwaniami musieli zmierzyć się świadczeniodawcy w opiece instytucjonalnej sprawowanej w Polsce? Przede wszystkim były to braki kadrowe i konieczność

seni®

Lady

... i robię to, co lubię



Wkładki na nietrzymanie moczu



nowe
CIĘSZE
wyjątkowo
chłonne



Oslonki boczne
– ochrona
przed wyciekami



Kontrola
zapachu



Każda wkładka
w indywidualnej
saszetce

Slim

Zamów próbkę na senilady.pl

ponoszenia wyższych nakładów m.in. na środki ochrony osobistej czy środki dezynfekujące.

– *Patrząc na moją placówkę, muszę przyznać, że z pierwszą falą poradziłem sobie świetnie, i mówię to przez pryzmat tego, że udało nam się uniknąć zakażeń wśród naszych podopiecznych. Niestety, druga fala okazała się większym wyzwaniem i odnotowaliśmy zakażenia zarówno wśród personelu, jak i osób znajdujących się pod naszą opieką* – wskazał Wacław Kerpert, dyrektor Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego „Dom Rodzinny” w Nowym Dworze Mazowieckim i jednocześnie prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Organizatorów i Menadżerów Pomocy Społecznej i Ochrony Zdrowia. Jak sam przyznał, źródła tego zjawiska należy upatrywać w zdecydowanie większej dyscyplinie i strachu, jaki panował wiosną. – *Zakażeń było zdecydowanie mniej i mam wrażenie, że ludzie bardziej przykładali wagę do kwestii dystansowania, dezynfekcji czy powstrzymania się od kontaktów społecznych. W trakcie drugiej fali w naszych ośrodkach nie zmieniliśmy procedur, równie skrupulatnie ich przestrzegaliśmy, a i tak nie udało się uniknąć COVID-u* – przyznał.

Placówki opieki długoterminowej odczuły również różnicę dotyczącą wsparcia działalności. O ile w trakcie pierwszej fali otrzymały nie tylko wsparcie w postaci dofinansowania czy środków do odkażania, ale częstokroć wsparcie personelu wojskowego, to już w przypadku drugiej fali otrzymały jedynie dodatkowe środki na wypłatę dodatków dla personelu, który zdecydował się na pracę w jednym miejscu i powstrzymał się od pracy w innych placówkach. – *Niestety wiele placówek będzie musiało borykać się z poważnymi problemami finansowymi, ponieważ już teraz otrzymujemy sygnały, że część samorządów lokalnych z uwagi na trudną sytuację budżetową będzie musiała częściowo lub całkowicie ukroić wsparcie finansowe, jakie dotychczas trafiało do zakładów opieki długoterminowej* – powiedział Wacław Kerpert.

Wyzwania drugiej fali

Druga fala jeszcze mocniej obnażyła ogromne braki kadrowe w opiece długoterminowej. Jak przyznał Wacław Kerpert, spośród personelu zatrudnionego w jego placówce ponad 20 osób przebywa na zwolnieniu lekarskim bądź w izolacji z powodu kontaktu z osobą zakażoną.

– *W efekcie pozostali pracownicy muszą pracować za dwie osoby* – przyznał Kerpert.

To jednak nie wszystkie problemy, jakie przyniosła ze sobą druga fala zachorowań. Jedną z ogromnych obaw jest odejście od wcześniejszej strategii testowania osób przebywających w zakładach opieki długoterminowej. O ile na wiosnę w przypadku wykrycia zakażenia u jednej osoby przebywającej na terenie wybranego DPS-u czy ZOL-u testom poddawano wszystkie osoby przebywające w placówce, to na jesieni uległo to diametralnej zmianie. W ocenie szefów placówek obecnie testom poddaje się wyłącznie osoby mające objawy, co w przypadku pen-

sjonariuszy przechodzących COVID-19 bez nasilonych objawów stwarza ryzyko dalszego rozprzestrzeniania się choroby.

Na problem ten zwrócił uwagę Maciej Taborowski, zastępca rzecznika praw obywatelskich, który wystąpił do ministra zdrowia Adama Niedzielskiego z pytaniem o poprawę finansowania testów przeprowadzanych w całodobowych placówkach opiekuńczych.

– *Większość pacjentów tam przebywających to przewlekle chorzy seniorzy w wieku 70 lat i powyżej. Z uwagi na wiek, liczne choroby towarzyszące oraz długotrwałe przyjmowanie leków mają osłabioną odporność. Ta grupa najwyższego ryzyka zachorowania na COVID-19 oraz szczególnie narażona na ciężki przebieg i skutki wirusa. Wobec zakażenia w tych placówkach, dla zmniejszenia ryzyka transmisji koronawirusa należy wykonać test PCR ich pensjonariuszom. W przypadku pojawienia się ogniska epidemicznego umożliwi to oddzielenie osób zakażonych od zdrowych na podstawie wiarygodnego testu. Niewątpliwie powinno to stanowić podstawowe działanie, mając na względzie opiekę i zdrowie przebywających w podmiotach chorych, a także personelu medycznego* – napisał Maciej Taborowski.

W odpowiedzi na to wystąpienie, wiceminister zdrowia Waldemar Kraska zapewnił, że resort pracuje nad nowelizacją rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2. W myśl jego zapisów katalog specjalistów uprawnionych do zlecania testów został rozszerzony m.in. o lekarzy lub felczerów, którzy udzielają świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, a także udzielają świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych lub opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych, w zakresie świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, które są finansowane ze środków publicznych. – *Wyrażam głęboką nadzieję, że omawiana nowelizacja przyczyni się do rozwiązania ewentualnych trudności związanych z diagnostyką zakażenia SARS-CoV-2 w tych podmiotach* – ocenił Waldemar Kraska.

Liczba zakażeń w placówkach opieki długoterminowej w Polsce

	MIESZKAŃCY	PERSONEL	LICZBA PLACÓWEK
DPS	3037	1066	160
ZOL i ZPO	667	295	38
Inne	637	188	29

Dane opracowane przez Koalicję „Na pomoc niesamodzielnym” – stan na 15.12.2020

OAB: Od diagnostyki po właściwą ścieżkę terapeutyczną

Violetta Madeja

Zespół pęcherza nadreaktywnego (OAB) to schorzenie, które dotyka pacjentów w każdym wieku. Chociaż, których rytm życia wyznaczają kolejne wizyty w toalecie, a aktywność ograniczona jest do miejsc z dostępem do sanitariatów, powinni mieć zapewnioną nie tylko kompleksową diagnozę swojego problemu, ale przede wszystkim właściwie dobrane i stopniowane w zależności od nasilenia objawów postępowanie terapeutyczno-rehabilitacyjne.

Eksperci przypominają, że podstawą rozpoczęcia jakiegokolwiek interwencji terapeutycznej powinna być właściwie postawiona diagnoza. – *Pierwszym krokiem jest postawienie prawidłowej diagnozy, ponieważ nie każdy częstomocz oznacza od razu zespół pęcherza nadaktywnego. Na nadaktywność pęcherza składają się bowiem takie objawy jak wspomniany częstomocz, ale też obecność parć naglących oraz nokturii, czyli konieczności skorzystania z toalety w nocy więcej niż dwa razy* – podkreśla Kinga Religa-Popiołek, fizjoterapeutka z doświadczeniem w pracy z pacjentami urologicznymi i ginekologicznymi, wiceprezes małopolskiego oddziału Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”.

Jakie badania zleci lekarz POZ?

Potwierdza to lekarz rodzinna Honorata Błaszczuk, która wskazuje, że podstawowym elementem procesu diagnostycznego w gabinecie lekarza POZ powinien być wnikliwy wywiad z pacjentem oraz zlecenie mu kilku badań z katalogu dostępnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. – *U pacjenta, u którego podejrzewamy zespół pęcherza nadreaktywnego, zaczynamy od badań podstawowych, pozwalających nam na wykluczenie potencjalnych innych przyczyn występowania dolegliwości. Rozpoczynamy zatem od badania przedmiotowego. Dodatkowo, każdemu pacjentowi z problemami urologicznymi zlecam wykonanie badania ogólnego moczu, a w przypadku, gdy istnieje dalsza potrzeba diagnozowania, tj. kiedy podejrzewam zakażenie układu moczowego, rozszerzam katalog badań o badanie bakteriologiczne* – tłumaczy Honorata Błaszczuk.

W sytuacji, gdy w podstawowych badaniach stwierdzone zostaną inne nieprawidłowości, takie jak np. krwinkomocz, wówczas konieczne może okazać się zlecenie kolejnych badań, tj. USG układu moczowego, pozwalającego lekarzom wykluczyć inne przyczyny, zarówno anatomiczne, jak i patologiczne, które mogą przyczyniać się do wystąpienia niepokojących objawów.

– *Do takich dolegliwości należą chociażby kamica pęcherza moczowego, ale również schorzenia nowotworowe. Dodatkowo, u mężczyzn zgłaszających objawy mogące sugerować OAB*

proszę o wykonanie w badaniu USG oceny gruczołu krokowego, tak aby wykluczyć, że stanowi on przeszkodę podpęcherzową – mówi Honorata Błaszczuk i dodaje: – *W panelu badań dodatkowych, które zlecam pacjentom z nietrzymaniem moczu, w tym również z OAB, jest badanie USG układu moczowego z oceną zalegania moczu po mikcji.*

Na czym polega to badanie? Pacjent powinien zgłosić się na nie z wypełnionym pęcherzem, a następnie po pierwszym USG oddać mocz i poddać się kolejnemu badaniu USG, które pozwoli ocenić, jakie jest zaleganie moczu po mikcji. Pomocnym w diagnostyce OAB na poziomie POZ jest również wynik konsultacji ginekologicznej lub badań pozwalających na ocenę wyrównania cukrzycy lub przewlekłej choroby nerek.

– *To wszystko, czyli pogłębiony wywiad i wstępne badania diagnostyczne możliwe do zlecenia w POZ, może śmiało stanowić podstawę do zainicjowania leczenia pęcherza nadreaktywnego. Rozmawiam zatem z pacjentami o zmianie nawyków, terapii behawioralnej, a następnie przechodzę do złotego standardu, jakim w OAB jest farmakoterapia. Mam świadomość, że pacjenci w miarę szybko chcą odczuć poprawę swojego stanu, stąd też często podejmuję równoległą decyzję o rozpoczęciu farmakoterapii razem z terapią behawioralną* – tłumaczy lekarka.

Pomoc z gabinetu fizjoterapeuty

Ważnym elementem terapii OAB jest terapia nieinwazyjna, opierająca się na terapii behawioralnej i fizjoterapii.

– *Istotnym dla pacjenta powinno być to, by jego lekarz prowadzący zdawał sobie sprawę z wagi rehabilitacji w procesie leczenia oraz by fizjoterapeuta, do którego trafia pacjent z OAB, był wyszkolony w prowadzeniu pacjentów z taką diagnozą. Badania wykazują, że aktualnie najskuteczniejszą formą leczenia nadaktywności pęcherza jest połączenie fizjoterapii i farmakoterapii, która jest leczeniem II rzutu, zaraz po terapii zachowawczej. Zatem lekarz specjalista powinien zacząć od zalecenia pacjentowi, aby ten skontaktował się z fizjoterapeutą urologicznym oraz, jeśli istnieje taka potrzeba, wypisał receptę na odpowiednie leki* – wskazuje Kinga Religa-Popiołek.

Dodaje, że właściwie rozpoczęty proces fizjoterapii powinien obejmować wywiad z pacjentem i wnikliwe zapoznanie się z nawykami toaletowymi, które prezentuje pacjent. Dopiero tak rozpoczęty proces terapeutyczny daje podstawy do właściwie prowadzonej rehabilitacji.

– *Skuteczność fizjoterapii w leczeniu nadaktywności pęcherza uzależniona jest m.in. od zaangażowania przede wszystkim pacjenta, ponieważ z doświadczenia wiem, że zmiana nawyków jest elementem najtrudniejszym. Największy sukces z zastosowania fizjoterapii osiągają pacjenci w wieku młodym*

i średnim oraz ci, którzy np. nie mają chorób współistniejących. Niestety, fizjoterapia najmniejsze efekty będzie przynosić u pacjentów obciążonych np. cukrzycą, czy też otyłością. Zaawansowany wiek pacjenta również może wpływać na zmniejszenie efektów rehabilitacji, choćby ze względu na trudności w komunikacji – przyznaje Kinga Religa-Popiołek.

Kiedy trening pęcherza, a kiedy mięśni dna miednicy?

Co więcej, w zależności od typu problemu fizjoterapeuta będzie dobierał pacjentom formę terapii. Jak podkreśla Kinga Religa-Popiołek, wyjściową formą jest trening pęcherza poprzez ustalenie konkretnych pór mikcji. Zdarzają się jednak pacjenci, u których dochodzi do epizodów nietrzymania moczu (tzw. mokre OAB), co świadczyć może o niewydolności dna miednicy. W takich sytuacjach, zdaniem Kingi Religi-Popiołek, nieodzownym staje się badanie przez fizjoterapeutę, pozwalające ustalić, czy dysfunkcja wynika z osłabienia, czy też nadmiernego napięcia mięśni dna miednicy.

– Jeżeli problemem jest osłabienie, należy wdrożyć odpowiedni trening dna miednicy zlecony przez fizjoterapeutę i nie ćwiczyć na podstawie filmików z Internetu, jeśli nigdy wcześniej nie miało się do czynienia ze wzmacnianiem tych mięśni. A jeśli problemem jest nadmierne napięcie, wtedy pierwszym krokiem jest wprowadzenie metod rozluźniających i ewentualnie w drugiej kolejności trening wzmacniający. Zatem fizjoterapia powinna być wdrażana na każdym etapie leczenia OAB, jednak nie wszystkie metody, takie jak np. trening mięśni dna miednicy, będą odpowiednie dla danego pacjenta – ocenia fizjoterapeutka.

Gdy problemu nie da się opanować w POZ

Honorata Błaszczuk przyznaje jednak, że nie zawsze diagnostyka na poziomie POZ, czy też podjęta farmakoterapia przynosi pożądaną efekt. W takich przypadkach pacjenci powinni być kierowani do poradni specjalistycznych. – Pogłębionej diagnostyki ambulatoryjnej z pewnością potrzebują pacjenci, w przypadku których istnieją wątpliwości co do rozpoznania lub objawy są u nich mocno nasilone. Tych pacjentów staram się kierować do lekarzy specjalistów – urologów lub ginekologów, którzy w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej mogą skierować je na badanie urodynamiczne – wskazuje lekarka rodzinna. Przyznaje również, że zdarza jej się kierować do specjalistów tych pacjentów, u których rozpoczęte leczenie w ramach POZ nie przyniosło efektów klinicznych. – Jeżeli nie ma poprawy, nie staram się zatrzymywać pacjenta na etapie leczenia w POZ, tylko kieruję go do AOS, gdzie może dalej diagnozować się i leczyć pod okiem lekarza urologa lub ginekologa – mówi Honorata Błaszczuk.

Warto być przygotowanym na wizytę u specjalisty

Jak podkreślają sami pacjenci, ogromnym problemem jest to, że OAB jest nadal traktowany po macoszemu i wielu

lekarzy nie zwraca uwagi na tę wstydlivą, zdaniem wielu, przypadłość. – Zdarza się niestety, że nawet wśród lekarzy świadomość częstotliwości tej choroby bywa niska. Lekarze pierwszego kontaktu, a nawet ginekolodzy czy urolodzy, nie pytają o te dolegliwości. A pacjentka sama z siebie raczej o nich nie mówi, bo albo się krępuje, albo uważa, że skoro lekarz nie pyta, to widocznie nie jest to nic ważnego – wskazuje Anna Sarbak, prezes Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”. Jednocześnie dodaje, że zespół pęcherza nadreaktywnego można nie tylko właściwie zabezpieczyć środkami chłonnymi, ale również skutecznie leczyć. Dlatego kluczowym jest postawienie właściwej diagnozy i stopniowe wdrażanie kolejnych etapów terapii – tak, by pacjentki nie były bezpodstawnie kierowane na zabieg zakładania taśm, bo ta terapia jest akurat w pełni refundowana.

– Trzeba jedynie przełamać strach i poszukać wiarygodnej wiedzy w Internecie. Jest tam coraz więcej informacji o nietrzymaniu moczu i sposobach postępowania z nim. Warto się wyedukować, zanim trafimy do specjalisty – zachęca Anna Sarbak i poleca zajrzeć do bezpłatnej publikacji „Poradnik dla pacjenta z pęcherzem nadaktywnym” dostępnej na stronie Stowarzyszenia „UroConti”. Jest to niezwykle ważne, gdyż dopiero w przypadku niepowodzenia leczenia farmakologicznego lekarze powinni rozważyć zasadność skorzystania z terapii toksyną botulinową lub refundowanej od niedawna neuromodulacji nerwów krzyżowych.

Brakujący element terapeutycznej układanki

Pacjenci podkreślają również, że starają się samodzielnie inicjować zajęcia związane z fizjoterapią urologiczną. Anna Goch, wiceprezes oddziału lubelskiego „UroConti” i jednocześnie pełniąca obowiązki przewodniczącej Sekcji Pęcherza Stowarzyszenia, wskazuje, że potrzeby pacjentów w tym obszarze są bardzo duże. Niestety, trwająca pandemia koronawirusa skutecznie sparaliżowała uruchomienie zajęć dla pacjentów zmagających się z OAB.

To jednak nie jedyna rzecz, o którą zabiegają chorzy. Ich zdaniem brakującym elementem prawidłowej ścieżki terapeutycznej jest brak refundacji dla leku stanowiącego drugą linię leczenia farmakologicznego.

– Niestety, w zespole pęcherza nadreaktywnego, lista leków refundowanych praktycznie nie zmieniła się od początku jej istnienia, czyli od 2011 roku. W pierwszej linii leczenia nadal mamy dostęp jedynie do dwóch substancji czynnych o tym samym mechanizmie działania: solifenacyny i tolterodyny, natomiast drugiej linii refundacji nadal nie mamy – przyznaje Anna Goch i rozgoryczona dodaje, że pacjenci obchodzili właśnie drugą rocznicę wydania drugiej już pozytywnej rekomendacji prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dla mirabegronu, leku będącego jedyną opcją terapeutyczną dla pacjentów w II linii leczenia OAB. – Brak rozstrzygnięcia sprawia, że Polska jest jedynym krajem w Unii Europejskiej, który go nie refunduje – podsumowuje Anna Goch.

Komu i w czym może pomóc brachyterapia?

Oprócz raka macicy i prostaty przy użyciu brachyterapii leczymy raka pochwy i sromu, a u mężczyzn raka prącia. Są też próby leczenia raka cewki moczowej, choć nie jest to takie proste, zwłaszcza u kobiet - mówi w rozmowie z Mają Marklowską-Tomar dr n. med. Piotr Wojcieszek, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Brachyterapii.

Chciałabym porozmawiać z panem o roli brachyterapii w leczeniu chorób układu moczowo-płciowego. W czym brachyterapia może pomóc, a w jakich sytuacjach nie jest zalecana?

Brachyterapia jest z założenia metodą leczenia miejscowego, co zbliża ją do chirurgii, i formą radioterapii, czyli leczenia promieniami. Standardowa radioterapia napromienia nowotwór z pewnej odległości, zwykle 1 metra, natomiast brachyterapia napromienia albo kontaktowo przy guzie, albo w samym guzie, czyli - jak my to nazywamy - śródtkankowo.

Dawka promieni jest w obu technikach taka sama?

Fizycznie jest podobna, aczkolwiek w przypadku brachyterapii podawana jest w krótszym czasie. I to jest właśnie jej zaletą - nieduża objętość guza leczona wysoką dawką w krótkim czasie. To przekłada się na skuteczność tej metody.

Co to znaczy „nieduża objętość”?

W zależności od rozpoznania jest to od kilkudziesięciu do kilkuset mililitrów. Wszystko zależy od wskazań medycznych oraz poziomu zaawansowania umiejętności osób wykonujących brachyterapię, czyli lekarza, fizyków, całego zespołu. W Narodowym Instytucie Onkologii w Gliwicach, gdzie kieruję Zakładem Brachyterapii, nauczyliśmy się stosować tę metodę również

na większych guzach, w trudniejszych przypadkach. Jeżeli chodzi o nowotwory układu moczowo-płciowego, to brachyterapia ma bardzo długie tradycje. Pierwsze guzy leczono przy użyciu promieniowania jonizującego już 125 lat temu, nie odróżniając jeszcze wtedy radioterapii od brachyterapii. Najpierw leczono w ten sposób nowotwory skóry, która jest łatwiejsza do leczenia, bo wszystko na niej widzimy. Zaraz potem zastosowano radioterapię i brachyterapię w leczeniu raka szyjki macicy i raka macicy, zresztą z bardzo dobrymi efektami.

Czy można powiedzieć, że brachyterapia jest młodszą siostrą radioterapii?

Tak, różnią je zaledwie trzy lata. W 1895 r. to Roentgen,

a trzy lata później małżeństwo Curie odkryli promieniotwórczość naturalną i rad. Przez to, że rak szyjki macicy jest chorobą ograniczoną do szyjki macicy, rad aplikowało się dopochwowo i do jamy macicy, i to w zasadzie stanowiło przełom w leczeniu tego nowotworu. Przez to większość ośrodków, które leczą brachyterapią, skupia się głównie na brachyterapii ginekologicznej, czyli leczy głównie kobiety z rakiem szyjki macicy, czy z rakiem trzonu macicy, w zależności od

zaawansowania. Stosuje się różne techniki i aplikatory. Pierwsze próby leczenia prostaty też miały miejsce na początku XX wieku, ale przez to, że rad nie jest dobrym narzędziem do leczenia prostaty, z uwagi na niską aktywność własną, potrzeba go dość dużo, a efekty nie były zadowalające. Dopiero wprowadzenie przezodbytniczego USG i nowych izotopów wpłynęło na poprawę rezultatów leczenia, w tym na zmniejszenie efektów ubocznych. Z tego względu, prostatę na szerszą skalę, zaczęto leczyć przy użyciu brachyterapii dopiero pod koniec XX wieku. Najpierw weszła do użycia brachyte-



Dr n. med. Piotr Wojcieszek,
przewodniczący Polskiego Towarzystwa Brachyterapii

rapia niską mocą dawki - LDR, polegająca na tym, że wkluwa się w prostatę pacjenta ziarna jodu albo paladu, które rozpadają się tygodniami, powodując efekt terapeutyczny. Są to tak zwane implanty stałe. Brachyterapia HDR polega natomiast na włożeniu specjalnych igieł i wyciągnięciu ich; w tym wypadku w pacjencie nic się nie rozpada, ale podawana jest wysoka dawka promieniowania, która przekłada się na efekt terapeutyczny. W zeszłym roku z powodu raka prostaty leczylimy w naszym ośrodku 300 chorych, co jest pożądaną liczbą.

Oprócz raka macicy i prostaty przy użyciu brachyterapii leczymy raka pochwy i sromu, a u mężczyzn raka prącia. Są też próby leczenia raka cewki moczowej, choć nie jest to takie proste, zwłaszcza u kobiet. Są doniesienia mówiące o tym, że można w ten sposób leczyć raka pęcherza moczowego, u niektórych pacjentów bardzo oszczędzająco, jednak w Polsce takich zabiegów nie przeprowadza żaden ośrodek, słychać z tego np. kraje Beneluxu i Francja. Jeżeli guz pierwotny zostanie dokładnie zlokalizowany, to można też połączyć brachyterapię z radioterapią, żeby skutecznie napromienić większy obszar w miednicy. To metody, które się nie wykluczają, nie są względem siebie konkurencyjne, a raczej komplementarne.

Dlaczego pacjent miałby wybrać akurat brachyterapię? Jakie są jej zalety?

Wszystkie dowody naukowe wskazują na to, że brachyterapia jest jednym z kluczy do wyleczenia zaawansowanego, nieoperacyjnego raka szyjki macicy. Do końca XX wieku stosowano połączenie radioterapii z brachyterapią, potem odkryto, że dołączenie cisplatyny, czyli połączenie radiochemioterapii z brachyterapią, daje najlepszy efekt. Tyle, że zamiast planowania dwuwymiarowego stosuje się teraz planowanie trójwymiarowe, w którym wykorzystuje się rezonans i tomografię komputerową. Dzięki temu kolejny odsetek chorych uzyskuje trwałe wyleczenie choroby.

Były próby zastąpienia brachyterapii technikami radioterapii, czyli podawania dawki promieniowania i symulowania brachyterapii, która jest metodą narzędziową wymagającą przeprowadzenia pewnego rodzaju zabiegu albo zabiegów. Było to wygodne przede wszystkim dla lekarzy, choć dla pacjentek również, ponieważ nie wymagało zabiegu. Tyle że wyniki takiego leczenia są dużo gorsze. W przypadku brachyterapii skuteczność jest wyższa, ponieważ bardzo wysoka dawka promieniowania podana w trakcie takiego zabiegu prowadzi do pewnych zjawisk immunologicznych, o czym świadczy coraz więcej badań. W przypadku mężczyzn chorych na raka prostaty, zwłaszcza z niekorzystnymi czynnikami, czyli z bardziej zaawansowaną i agresywną chorobą, zastosowanie brachyterapii pozwala na skrócenie

czasu leczenia oraz zwiększenie skuteczności - w niektórych przypadkach nawet o 20 proc. Wiąże się też ze zmniejszeniem dawki rozproszonej na narządy krytyczne, czyli na jelita, pęcherz moczowy, główki kości udowych, co zapewnia pacjentowi lepszą jakość życia.

Czy brachyterapia jest bardziej czy mniej obciążająca od klasycznej radioterapii?

My w radioterapii oceniamy coś takiego, co pacjenci nazywają „poparzeniem” czy „popaleniem”, choć nie powinno się tak mówić, bo są to odczyny popromienne. Nikt nikogo nie parzy ani nie pali, mamy do czynienia z promieniowaniem. Mówimy o odczynach ostrych i odczynach późnych. Odczynem ostrym jest to, co się dzieje w trakcie leczenia i w okresie do trzech miesięcy po nim, z kolei odczynem późnym jest to, co dzieje się później. Nasilony odczyn ostry nas najczęściej nie martwi. To, że ktoś częściej chodzi do ubikacji, nie jest wielkim problemem, podobnie jak to, że ktoś ma biegunkę w trakcie leczenia, bo to można kontrolować farmakologicznie. Gorzej, jeśli pojawia się to jako odczyn późny, bo wpływa na jakość życia. Człowiek nie może pójść na zakupy, bo wszędzie szuka ubikacji, jest ciągle niewyspany, bo wstaje 5-6 razy w nocy itd. Przy użyciu brachyterapii ten odczyn ostry może być trochę wyższy niż przy standardowej radioterapii, i niektóre badania na to wskazują. Ale odczyn późny jest niższy. Czyli przez to, że dawka jest mniej rozproszona w zdrowych narządach, uzyskujemy korzyść, ale ceną jest wykonanie zabiegu, czyli wkłucie igieł w prostatę. Potrzebujemy do tego znieczulenia, musimy zrobić zabieg, może w nie do końca wygodnej pozycji. Oczywiście dbamy o to, żeby pacjenci mieli zapewniony komfort. Zysk jest taki, że zamiast 8 tygodni leczenia potrzebujemy tylko 4 albo 2, a nawet jeszcze mniej. Druga rzecz jest taka, że odczyn późny, czyli jakość życia pacjenta, jest lepsza, bo nie są napromienione jelita, pęcherz moczowy i inne narządy. Coraz więcej dowodów naukowych wskazuje, że ma to sens i przekłada się na wyleczenia chorych oraz na komfort ich życia.

Przychodzi pacjent do Narodowego Instytutu Onkologii w Gliwicach, zgłasza się do onkologa i... kto mu proponuje brachyterapię? Czy onkolog rozmawia z pacjentem i przedstawia mu kilka możliwości leczenia? Jak to wygląda w praktyce?

Pacjenci są coraz bardziej wyedukowani, śledzą informacje w Internecie i według mnie to bardzo dobrze, bo są chętni do dyskusji i możemy sobie wyjaśnić pewne rzeczy, wszystko, co jest dla nich ważne. Rak prostaty ma trzy podstawowe grupy ryzyka: niską, średnią i wysoką. W poszczególnych grupach mamy różne rokowania - niska ma najlepsze, a wysoka - najgorsze. W niskiej grupie ryzyka, w przypadku pacjentów, którzy mają korzystne czynniki rokowania, nie ma większego

znaczenia, jaką metodę się wybierze, wszystkie mają podobną skuteczność. Radioterapia przeszła rewolucję i ryzyko powikłań w niskiej grupie ryzyka jest niewielkie.

Czy to oznacza, że pacjentom proponowana jest radioterapia lub brachyterapia, a nie leczenie chirurgiczne?

Najczęściej zgłaszają się do nas pacjenci, którzy są już po wizycie urologicznej, czyli rozmowa na temat możliwości leczenia już się odbyła. Oni już wiedzą, że czeka ich na przykład prostatektomia radykalna, ale część z nich jest świadomych, że są też inne metody leczenia i przychodzą do nas, żeby dowiedzieć się o nich czegoś więcej. Zwykle trafiają do Zakładu Radioterapii, gdzie jest im proponowany cały wachlarz radioterapeutyczny. Jeżeli ktoś pyta o brachyterapię, to jest kierowany do nas, a my wyjaśniamy mu różne rzeczy. Również to, że nie każdy pacjent nadaje się do brachyterapii. Głównym przeciwwskazaniem jest za duża prostata. Jeśli zaśłaniają ją kości, to nie możemy wkluć igieł przez kroczę w gruczoł krokowy, a przez to pacjent nie może być leczony. Takich pacjentów nie jest dużo. Jednak innym przeciwwskazaniem jest brak możliwości znieczulenia. Powiedzmy sobie jednak szczerze: nowoczesna anestezjologia pozwala znieczulić bardzo wielu chorych, nawet tych po rozległych zabiegach kardiologicznych. Jeżeli mają wskazania, to robimy u nich również brachyterapię. Nie jest ona zalecana pacjentom bez odbytnicy lub drugim aktywnym nowotworem, choć każdy przypadek jest oceniany indywidualnie.

Czasem pacjent trafia bezpośrednio do Zakładu Brachyterapii, ponieważ jego kolega miał brachyterapię albo przeczytał o tej metodzie w Internecie. My z takimi pacjentami rozmawiamy, przedstawiamy im wszystkie argumenty za i przeciw, ale decyzję powinni podjąć sami. Zdarzają się oczywiście również pacjenci, którzy mówią: „Panie doktorze, pan jest od podejmowania decyzji”, jednak i w takim przypadku staramy się nakreślić im cały zakres możliwości. Chcemy uniknąć sytuacji, kiedy człowiek budzi się po zabiegu i mówi: „W sumie to ja tego nie chciałem”, albo „Kolega miał to zrobione lepiej”. Każdy przypadek jest inny, mimo że choroba nazywa się tak samo.

Zdarza się też, że odsyłamy pacjentów do Zakładu Radioterapii, widząc, że kwalifikują się do wysokich grup ryzyka, a część leczymy sami, bo jesteśmy przecież radioterapeutami.

Chciałabym zapytać również o hormonoterapię, która jest stosowana w połączeniu z brachyterapią. U kogo znajduje zastosowanie takie leczenie skojarzone?

W przypadku takiego leczenia bardzo ważna jest współpraca i reżim czasowy. Nie można najpierw wykonać radioterapii, za trzy miesiące brachyterapii, a potem zasto-

sować blokadę androgenową. To nie ma sensu. Kiedyś taka blokada stosowana była dosyć szeroko u chorych z rakiem stercza, nawet u tych z nisko zaawansowaną chorobą. Niektóre amerykańskie wytyczne postulowały nawet stosowanie blokady androgenowej w celu zmniejszenia prostaty, aby łatwiejsze było leczenie, jednak w takich przypadkach okazało się, że bilans takiego leczenia był niekorzystny.

Obecnie stosuje się blokadę antyandrogenową u pacjentów z niekorzystnymi czynnikami rokowniczymi z grupy pośredniego ryzyka, czyli tych, u których duży guz jest w jednym płacie lub obydwie płaty są zajęte przez nowotwór, no i jest trochę wyższe PSA, sięgające do 20 ng/ml. Do niedawna uważano, że u takich pacjentów powinno się stosować hormonoterapię 6-miesięczną, teraz uważa się, że 4-miesięczną. W niektórych przypadkach, jeżeli stosuje się brachyterapię, można albo pozostać przy 4 miesiącach, albo w ogóle odstąpić od hormonoterapii, jednak jest to sprawa indywidualna.

U pacjentów o wysokim ryzyku stosowano najpierw hormonoterapię przez 2 lata, potem uznano, że powinna trwać 3 lata, aż w końcu okazało się, że u części chorych wystarczy 1,5 roku, a przy zastosowaniu radioterapii połączonej z brachyterapią można skrócić terapię hormonalną nawet do roku. Przy krótszej hormonoterapii mamy mniejsze nasilenie powikłań, takich jak: ginekomastia, czyli rozrost gruczołu piersiowego występujący u 1 na 5 chorych, zmniejszenie narządów płciowych, spadek libido, osteoporoza, czy - o czym mówi się od niedawna - wystąpienie w późniejszym wieku chorób otępiennych, czyli choroby Alzheimera lub choroby Parkinsona. Jest jeszcze jeden plus takiego postępowania - jeżeli dojdzie do niepowodzenia leczenia i w ciągu następnych kilku lat będzie trzeba zastosować radioterapię, to nadal będziemy mogli włączyć hormonoterapię pierwszego rzutu. Czyli nie będziemy musieli od razu włączać bardzo drogich leków, ale będziemy mogli zastosować równie skuteczne leczenie, które stosowaliśmy wcześniej.

Jeżeli chodzi o nowoczesne podejście do leczenia raka stercza, to obserwuję w Polsce bardzo korzystną zmianę. Jednak jeśli lekarz pracuje w mniejszym ośrodku, to nie ma szans uczestniczyć w kongresach i konferencjach medycznych i na ogół nie jest na bieżąco z tym, co dzieje się w tym obszarze. Jest bardziej zachowawczy. Żeby umożliwić takim lekarzom dostęp do aktualnej wiedzy, Polskie Towarzystwo Brachyterapii podjęło się przygotowania protokołów, które ułatwią pracę radioterapeutom z mniejszych ośrodków.

Chodzi o wytyczne i standardy postępowania?

Tak. Wytyczne pokazują, co należy zrobić, a protokoły określają, jak to zrobić. Chcemy przygotować ogólnie-

polskie wytyczne i protokoły. To jest bardzo ważne, bo kiedy rozmawiam z kolegami i koleżankami z innych ośrodków, to oni bardzo chcieliby gdzieś pojechać, ale są tak zapracowani, że nie mają na to czasu. Konferencje trwają zwykle 2-3 dni. Jeśli chcieliby w nich uczestniczyć, to musieliby odroczyć termin zabiegów u ich pacjentów. Jest nas za mało, więc to wszystko musi być zoptymalizowane.

Co to znaczy: jest nas mało?

Radioterapeutów jest w Polsce 500-600, a brachyterapią zajmuje się zaledwie kilkadziesiąt osób.

Aby zostać brachyterapeutą, trzeba być najpierw radioterapeutą?

To jest ta sama specjalizacja, tylko technika jest inna.

Pewnie toczą się jakieś badania naukowe nad zastosowaniem brachyterapii u chorych na różne nowotwory. Może pan podać jakiś przykład?

Ostatnio wszyscy cytują wyniki badania ASCENDE u chorych na raka prostaty z wysokiej grupy ryzyka, w którym udowodniono największy zysk z włączenia brachyterapii LDR, czyli implantów stałych. Ten

typ brachyterapii podnosi skuteczność leczenia nawet o jedną piątą. Pojawiła się również metaanaliza francuskiego lekarza, który wziął pod uwagę trzy różne prace naukowe, w tym jedną dotyczącą zastosowania brachyterapii HDR, czyli implantów czasowych. Okazało się, że taka terapia wiąże się z lepszą kontrolą choroby i mniejszymi powikłaniami, ponieważ czas przeżycia jest podobny, niezależnie od tego, czy stosowana jest sama radioterapia czy radioterapia połączona z brachyterapią.

W ginekologii najważniejszym trendem jest obecnie planowanie brachyterapii w oparciu o rezonans magnetyczny. Niestety, dostępność rezonansów w Polsce jest nie najlepsza. Prawdę powiedziawszy nie ma obecnie ośrodka, który miałby taki aparat w bunkrze terapeutycznym albo w sali brachyterapeutycznej. Cały czas walczymy, aby w naszym ośrodku pojawił się taki sprzęt, szukamy różnych możliwości sfinansowania, bo mając go, będziemy mogli opracować własną metodykę leczenia. Oczywiście, współpracujemy też z innymi ośrodkami terapeutycznymi w Europie, bo pomimo dużej skuteczności leczenia zależy nam na poprawie jego wyników. Nie dotyczy to tylko raka szyjki macicy, ale też innych nowotworów, w tym raka prostaty.

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania neuromodulacji krzyżowej

MIASTO	PLACÓWKA	ADRES	KONTAKT	KIEROWNIK KLINIKI / ODDZIAŁU
Bydgoszcz	Klinika Urologii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza	ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz	tel. 52 585 45 00 tel. 52 585 40 45 www.jurasza.umk.pl	prof. zw. dr hab. n. med. Tomasz Drewa
Kraków	Oddział Kliniczny Urologii i Urologii Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki	ul. Jakubowskiego 2 30-688 Kraków Budynek H, poziom 1	tel. 12 424 79 60 www.su.krakow.pl	prof. dr hab. n. med. Piotr L. Chłosta
Łódź	Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej, Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika	ul. Pabianicka 62 93-513 Łódź	tel. 42 689 52 13 tel. 42 689 52 47 www.kopernik.lodz.pl	prof. dr hab. n. med. Waldemar Różański
Warszawa	Oddział Kliniczny Urologii, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego	ul. Czerniakowska 231 00-416 Warszawa	tel. 22 621 71 78 tel. 22 584 11 42 www.szpital-orlowskiego.pl	prof. CMKP dr hab. n. med. Jakub Dobruch
Warszawa	Oddział Ginekologiczno-Położniczy, Międzyleski Szpital Specjalistyczny	ul. Bursztynowa 2 04-749 Warszawa	tel. 22 473 53 35 www.mssw.pl	prof. dr hab. n. med. Ewa Barcz
Warszawa	I Klinika Położnictwa i Ginekologii CMKP, Centrum Medyczne „Żelazna”	ul. Żelazna 90 01-004 Warszawa	tel. 22 255 98 07 www.szpitalzelazna.pl	prof. dr hab. n. med. Grzegorz Jakiel
Warszawa	Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	ul. Lindley'a 4 02-005 Warszawa	tel. 22 502 17 02 www.klinikaurologii.edu.pl	prof. dr hab. n. med. Piotr Radziszewski

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

Rak prostaty: nowoczesne leki opóźniają powstanie przerzutów

Maja Markłowska-Tomar

Zrakiem prostaty można żyć długo i w dobrej formie, zwłaszcza jeśli zostanie wcześniej rozpoznany i pacjent będzie leczony zgodnie z obowiązującymi standardami. Trudno się więc dziwić rozgoryczeniu chorych, którzy nie mogą się doczekać dostępu do neodjawuntowego leczenia opóźniającego powstanie przerzutów do innych narządów.



Fot. jarun011 - stock.adobe.com

Rak prostaty jest najczęstszym nowotworem męskim w Polsce. Co roku rozpoznaje się go u około 18 tysięcy mężczyzn. Wśród nich jest coraz więcej młodych pacjentów, co przeczy powszechnemu przekonaniu o zapadalności w starszym wieku. Potwierdzają to onkolodzy.

– Przez lata uważaliśmy raka prostaty za nowotwór tylko starszych panów i tylko te starsze osoby badaliśmy w tym kierunku, albo w ogóle ich nie badaliśmy, a jedynie czekaliśmy, aż pojawią się objawy. Tymczasem wiadomo, że wczesny rak prostaty, nawet agresywny i zaawansowany, może nie dawać żadnych objawów. Dlatego zachęcamy także młodszych mężczyzn, by się badali i sprawdzali, czy nie mają raka prostaty – mówi dr n. med. Iwona Skoneczna, onkolog kliniczny ze Szpitala Grochowskiego i Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie.

Badania przeprowadzone w Danii wykazały, że osoby, które w przyszłości zachorują na raka prostaty, już w wieku 45 lat mają średni poziom PSA wyższy niż reszta populacji. – Dlatego już w tym wieku zalecamy wykonanie pierwszego badania PSA i określenie innych czynników ryzyka. Jeżeli bowiem w rodzinie pacjenta ktoś chorował w młodym wieku na agresywnego raka prostaty lub raka piersi, to już od czterdziestego roku życia, a czasem nawet wcześniej rekomendujemy badania sprawdzające – wyjaśnia dr Skoneczna. I dodaje, że

na pierwsze badanie specyficznego markera PSA należy zgłosić się w wieku 40–45 lat.

Jak diagnozuje się raka prostaty?

Jeśli poziom PSA jest podwyższony, może to świadczyć o obecności raka prostaty. Nie jest to jednak badanie rozstrzygające. Od niedawna stan gruczołu można też ocenić za pomocą rezonansu magnetycznego. – Badanie to zyskuje coraz większą popularność, bo w przeciwieństwie do nielubianego przez panów badania per rectum, czy ultrasonografii TRUS, jest wykonywane z zewnątrz oraz pozwala bardzo dokładnie zbadać całą prostatę. Czasem możemy nawet ocenić, czy potrzebna będzie biopsja prostaty czy nie. Jeśli wykonamy badanie rezonansu magnetycznego prostaty na początku diagnostyki i wyniki będą prawidłowe, to prawdopodobnie jedną czwartą panów uchroni to przed nieprzyjemnym i inwazyjnym zabiegiem, jakim jest biopsja – tłumaczy dr Skoneczna. Niestety, rezonans magnetyczny gruczołu krokowego nie jest w Polsce rutynowym elementem diagnostyki i trzeba sobie za nie zapłacić z własnej kieszeni – około 800–1000 zł. Ale być może właśnie to badanie uratowało red. Artura Wolskiego, dziennikarza naukowego Programu I Polskiego Radia, który opowiedział swoją historię dziennikarzom podczas konferencji prasowej zatytułowanej „Rak prostaty w roli głównej”.

– Badam się regularnie. Dbam o zdrowie, a poza tym tak nakazuje mi przyzwoitość. Zajmuję się popularyzacją wiedzy medycznej. Gdybym więc sam nie poddawał się badaniom, do których namawiam innych, to podważałbym to, co mówię, nie byłbym wiarygodny – powiedział red. Wolski. Przyznał, że do urologa chodził co pół roku. Na początku PSA miał na prawidłowym poziomie, ale dwa lata temu stężenie tego białka we krwi zaczęło z nieznanых przyczyn rosnąć. – Nic mnie nie bolało, wszystko funkcjonowało sprawnie, ale to rosnące PSA mnie niepokoiło – wspominał dziennikarz.

Lekarz co prawda go uspokajał, że PSA nie jest jednoznacznym wyznacznikiem tego, że w organizmie rozwija się nowotwór, ale Arturowi ten wzrost nie dawał spokoju. Postanowił wyjaśnić, dlaczego PSA z wartości 1 urosło do 6, potem 7 i 8 i dalej narastało. Jednak badanie USG, któremu się poddał, mu w tym nie pomogło. – Miałem jednak świadomość, że badanie to nie pozwala zajrzeć dokładnie we wszystkie miejsca, nie ma takiej technicznej możliwości. Mogą być więc zakamarki, gdzie nowotwór się rozwija, a głowicy nie da się tak ustawić, by tę zmianę wykazać – stwierdził Artur Wolski.

Badaniem rozstrzygającym miała być biopsja gruboigłowa. Zabieg polega na tym, że lekarz nakłuwą prostatę specjalną igłą biopsyjną o rozmiarze 14 G. Przy wkluciu

pobiera się fragment tkanki o długości 1 cm i szerokości 4 mm. Badanie wykonuje się przy wykorzystaniu aparatury stosowanej do badań USG. Następnie pobrany materiał przekazuje się do pracowni histopatologicznej. Jeśli ma się pecha, bo zmiana nowotworowa umiejscowiona jest w trudno dostępnym obszarze prostaty, to lekarz może nie trafić w pole zajęte rakiem. Tak było właśnie w przypadku Artura Wolskiego. – *Wynik mojej biopsji obejrzał urolog i uznał, że nic złego w prostatie się nie dzieje. Uspokajał mnie, że prostata jest co prawda nieco powiększona, ale w pewnym wieku to stan normalny. Lekarz stwierdził stan zapalny i przepisał antybiotyk. Ponownie uspokoił mnie, że rosnący PSA o niczym nie świadczy* – wspominał red. Wolski.

Dziennikarz nie dał jednak za wygraną i wykonał prywatnie rezonans magnetyczny. Wynik badania rezonansem pozwolił dokładnie określić miejsca, skąd należy pobrać komórki do badania histopatologicznego. Biopsja wykazała jednoznacznie, że chodzi o nowotwór złośliwy. – *Zdecydowałem się na całkowitą resekcję prostaty. Zabieg wykonano laparoskopowo. Nie stać mnie było na zabieg z użyciem robota da Vinci, za który musiałbym zapłacić 50 tysięcy złotych* – przyznał red. Wolski. Miał szczęście, bo następnego dnia szpital, w którym poddał się zabiegowi, został zamknięty z powodu pandemii koronawirusa.

Jak leczy się w Polsce raka prostaty?

Jeśli rak prostaty zostanie wykryty na wczesnym etapie, kiedy nie doszło jeszcze do przerzutów, leczenie polega na operacyjnym wycięciu gruczołu albo zniszczeniu go za pomocą radioterapii. Natomiast w sytuacji, gdy komórki nowotworowe są nie tylko w prostatie, ale również w innych miejscach organizmu, lekarze stosują leczenie systemowe.

– *Wiemy, że rak prostaty jest hormonozależny. Leczenie polega więc na zablokowaniu produkcji męskich hormonów – albo za pomocą operacji, która usuwa źródło produkcji hormonów, czyli wycina się oba jądra, albo za pomocą zastrzyków podawanych co kilka miesięcy, które blokują produkcję tych hormonów w jądrach* – wyjaśnia dr Skoneczna.

Badania wykazały, że w przypadku bardziej agresywnych nowotworów skuteczniejsze jest leczenie obniżające poziom testosteronu połączone z chemioterapią. – *A jeszcze lepsze wyniki leczenia uzyskamy wówczas, gdy na wczesnym etapie zastosujemy jednocześnie nową generację leków hormonalnych* – dodaje dr Skoneczna.

Nowa generacja leków hormonalnych, o których mówi dr Skoneczna, dostępna jest w formie doustnej. Pacjenci dostają tabletki, które mogą zażywać w domu, dzięki czemu nie muszą przychodzić często do szpitala, co w dobie pandemii COVID-19 ma ogromne znaczenie.

Nowoczesne leki nie są dostępne dla chorych bez przerzutów

– *Leki te nie dość, że dają stosunkowo mało objawów ubocznych, to jeszcze bardzo dobrze działają. Nie tylko przydają się pacjentom z najbardziej zaawansowaną postacią choroby,*

którzy mają tzw. raka opornego na kastrację z przerzutami po niepowodzeniu leczenia blokującego produkcję hormonów, ale też przynoszą efekty u pacjentów jeszcze przed chemioterapią. Nowym wskazaniem do zastosowania tych leków jest sytuacja, gdy po wycięciu lub napromienianiu prostaty, mimo obniżenia testosteronu, szybko narasta marker nowotworowy, czyli PSA, a w tzw. badaniach obrazowych, czyli tomografii komputerowej i scyntygrafii kości, jeszcze nie widać przerzutów. Dzięki tym lekom możemy opóźnić o 2 lata pojawienie się przerzutów i znacznie wydłużyć życie – tłumaczy dr Skoneczna.

Do tej pory zarejestrowano cztery takie leki nowej generacji. Pierwszym z nich był abirateron, następnie enzalutamid, apalutamid, a w ostatnim czasie darolutamid. Wszystkie należą do tej samej grupy, mają postać tabletek i są bardzo skuteczne u większości pacjentów.

– *Leki te różnią się szczegółami, ale wszystkie są dobrze tolerowane przez pacjentów i wygodne w stosowaniu. Zapewniają dobrą jakość i komfort życia, a także możliwość aktywności zawodowej i rodzinnej. Gdyby ktoś spotkał tych pacjentów na ulicy, to w ogóle nie przypuszczałby, że mają oni nowotwór i są w trakcie leczenia. Dużo tych chorych w trakcie leczenia funkcjonuje w podobny sposób jak przed chorobą* – podkreśla dr Skoneczna.

Problemem jest jednak ograniczony dostęp do tych leków. – *Te nowoczesne terapie onkologiczne są dostępne tylko w ramach programów lekowych, czyli dla wybranych pacjentów w doskonałej formie, u których ten efekt będzie zwykle najlepszy. Tymczasem, jak pokazują badania i coraz większe doświadczenie w stosowaniu tych terapii, leki te mogłyby przynieść korzyści także tym pacjentom, których obecnie nie możemy włączyć do programu lekowego* – tłumaczy dr Skoneczna.

A do programu lekowego nie można obecnie włączyć chorych z rakiem opornym na kastrację, u których nie doszło jeszcze do przerzutów. Żeby otrzymać nowoczesny lek, muszą poczekać, aż nowotwór się u nich rozwinie, co brzmi jak absurd. Zwłaszcza że z trzech badań naukowych opublikowanych w tym roku wynika, że nowoczesne leki właśnie tym pacjentom przynoszą duże korzyści. Opóźniają pojawienie się przerzutów średnio o dwa lata oraz wydłużają czas przeżycia nawet o kilkanaście miesięcy. Leki te powinny być stosowane możliwie jak najwcześniej, bo im wcześniej, tym lepsze są efekty terapii.

Leczenie pacjentów z rakiem gruczołu krokowego opornym na kastrację

PACJENCI PRZED PRZERZUTAMI	PACJENCI PO PRZERZUTACH
W procesie refundacji są procedowane trzy leki: • apalutamid • darolutamid • enzalutamid	W aktualnie obowiązującym programie lekowym „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami (ICD-10 C61)” aktualnie są refundowane trzy leki: • abirateron • dichlorek radu-223 • enzalutamid

Z czym udać się do fizjoterapeuty urologicznego i/ lub ginekologicznego?

mgr Kinga Religa-Popiołek

W Polsce dolegliwości natury ginekologicznej i/ lub urologicznej, w których może pomóc fizjoterapeuta, dotyczą zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Szacuje się, że sam problem nietrzymania moczu dotyczy ponad 2 mln Polaków, jednak można podejrzewać, że rzeczywista liczba jest jeszcze większa z uwagi na wstydlivy charakter tej dolegliwości, co powoduje, że pacjenci często pomijają tę kwestię w wywiadzie.

Choć nietrzymanie moczu, czy też ból krocza lub parcia naglące, nadal są tematem tabu, coraz częściej pacjenci zaczynają szukać pomocy u lekarzy pierwszego kontaktu, ginekologów i urologów. Ważnym aspektem staje się zatem świadomość personelu medycznego i pacjentów na temat istnienia rehabilitacji urologicznej i ginekologicznej.

Kiedy zalecana jest rehabilitacja urologiczna i/ lub ginekologiczna?

Fizjoterapia urologiczna i/ lub ginekologiczna jest przeznaczona dla kobiet, mężczyzn i dzieci oraz może mieć zastosowanie w różnych schorzeniach i dolegliwościach. Należą do nich:

- wysiłkowe, naglące i mieszane nietrzymanie moczu;
- zespół pęcherza nadaktywnego;
- nietrzymanie gazów i stolca;
- zaparcia;
- wypadanie narządów miednicy;
- zespoły bólowe dna miednicy;
- rozjęście mięśnia prostego brzucha;
- bolesne miesiączki;
- przygotowanie do ciąży, w okresie ciąży i po porodzie naturalnym lub po cesarskim cięciu;
- stany przed i po operacjach ginekologicznych i urologicznych;
- zaburzenia erekcji;
- moczenie nocne i dzienne.

Co czeka pacjenta w gabinecie fizjoterapeuty?

Wywiad

W trakcie pierwszej wizyty fizjoterapeuta urologicznego i/ lub ginekologicznego w oparciu o dotychczasowe rozpoznanie oraz przeprowadzony przez niego wywiad i badanie fizykalne, określa istotę problemu oraz wstępnie planuje przebieg terapii. Dlatego też ważne jest, by na pierwszą wizytę zabrać ze sobą opisy badań diagnostycznych, które wykonało się do tej pory w celu ustalenia przyczyny dolegliwości, kartę ciąży oraz wypi-

sy z leczenia szpitalnego, jeżeli pacjent takie posiada. Podczas wywiadu pacjent odpowiada na pytania fizjoterapeuty, które dotyczą istniejących dolegliwości, ale także przeszłości ginekologicznej i/ lub urologicznej, chorób współistniejących i stosowanej farmakoterapii. Nie bez znaczenia będą również nawyki żywieniowe, masa ciała, rodzaj wykonywanej pracy oraz aktywności fizycznej. Wszystkie te czynniki mogą wpływać na obecny stan pacjenta pod względem funkcjonowania wielu struktur w obrębie miednicy. Fizjoterapeuta może dopytać również o nawyki toaletowe, np. jak często pacjent oddaje mocz. Jeżeli wyniknie potrzeba uzyskania szczegółowych informacji na ten temat, fizjoterapeuta poprosi o prowadzenie dzienniczka mikcji, czyli dokładne odnotowanie, co się wypilo, kiedy i w jakiej ilości, a także kiedy i ile oddało się moczu podczas wizyty w toalecie oraz czy przytrafiły się epizody nietrzymania moczu i parcia naglące.

Badanie fizykalne

Badanie fizykalne przeprowadzane przez fizjoterapeutę polega na ocenie postawy pacjenta. Sprawdzeniu podlegają m.in. ustawienie głowy, krzywizny i ruchomość kręgosłupa, symetria barków, ustawienie miednicy, osiowość kończyn dolnych oraz ułożenie stóp.

Fizjoterapeuta urologiczny oceni również sposób oddychania pacjenta, ponieważ będzie on wpływał na funkcjonowanie m.in. dna miednicy. Skontrolowane zostanie również napięcie oraz elastyczność przepony piersiowej, ponieważ jest to główny mięsień oddechowy. Ocenie podlega także mięsień prosty brzucha i jego ewentualny rozstęp oraz umiejętność aktywacji mięśni głębokich brzucha. Sprawdzony zostanie przebieg i ruchomość istniejących blizn, przede wszystkim w obrębie miednicy.

Fizjoterapeuta urologiczny i/ lub ginekologiczny może przeprowadzić badanie przez pochwę lub przez odbyt. Podczas obu badań ocenia się m.in. mięśnie dna miednicy, odruch prekontrakcyjny (umiejętność aktywacji mięśni dna miednicy np. przed kichnięciem), ruchomość kości guzicznej, tklwość istniejących punktów bolesnych oraz stopień obniżenia narządów miednicy u kobiet i prostatę u mężczyzn.

Terapia

Dobór terapii uzależniony jest od dolegliwości pacjenta, jego stanu ogólnego oraz możliwości ruchowych i percepcji. Nie bez znaczenia są również umiejętności fizjoterapeuty. Obecnie istnieje wiele metod fizjoterapeutycznych dedykowanych pacjentom z problemami w obrębie dna miednicy, jednak nieodłączną cechą każdej terapii powin-

URITAM

ODZYSKAJ KOMFORT ŻYCIA

PIERWSZE POLSKIE TAMPONY NA NIETRZYMANIE MOCZU



DLACZEGO URITAM



PROSTE DZIAŁANIE

Tampon URITAM uciska ściankę cewki moczowej i w ten sposób zapobiega mimowolnemu wyciekaniu moczu.



SKUTECZNOŚĆ

Tampony URITAM zostały przebadane i gruntownie przetestowane, dzięki czemu można ich używać bez obaw.



DOPASOWANE ROZMIARY

Dzięki temu, że tampony URITAM dostępne są aż w pięciu rozmiarach, można dobrać tampon najlepiej dopasowany do indywidualnych potrzeb.



BEZPIECZEŃSTWO

Tampony URITAM wykonane są z pianki PVA stosowanej w produkcji wyrobów medycznych.



DZIAŁA DO 12 GODZIN

Tampon URITAM można stosować jednorazowo do 12 godzin i nie trzeba go usuwać podczas opróżniania pęcherza moczowego.



UŻYWASZ, KIEDY CHCESZ

Tamponów URITAM używasz wyłącznie wtedy, gdy chcesz mieć poczucie najwyższego komfortu. Nawet jeżeli jest to raz w tygodniu.



JAKOŚĆ

Tampony URITAM to pierwsze tampony na nietrzymanie moczu produkowane w Polsce przez polską firmę.



objawy
nietrzymania moczu



efekt zastosowania
tamponów **URITAM**

www.uritam.com

na być edukacja pacjenta m.in. na temat nawyków toaletowych, czyli np. jak wygląda pozycja, w której pacjent oddaje stolec.

Fizjoterapeuta urologiczny i/ lub ginekologiczny stosuje szeroko pojętą terapię manualną, czyli taką, w której narzędziem jest przede wszystkim jego ręka (m.in. terapia mięśniowo-powięziowa, masaż tkanek głębokich). Może też wykorzystać w terapii aparat do EMG biofeedback, który obiektywnie oceni aktywność mięśni dna miednicy. Jeżeli pacjent widzi na ekranie w formie wykresu skurcz i relaks swoich mięśni, wtedy łatwiej mu osiągnąć obrany cel terapii (fot. 1).

Chętnie wykorzystywaną metodą jest również elektrostymulacja, która polega na stymulowaniu mięśni do skurczu poprzez podanie prądu elektrycznego z zewnątrz, np. przy pomocy sondy dopochwowej lub doodbytnej. W zależności od tego, jaki efekt jest pożądany, dobierane są parametry zabiegu. W dysfunkcjach dna miednicy można również zastosować kinesiotaping, czyli specjalne taśmy, które często wykorzystywane są np. w przypadku kontuzji sportowych.

Jeżeli fizjoterapeuta posiada odpowiednie kwalifikacje, może zająć się również dobozem pessarów, np. w przypadku obniżenia narządów miednicy. To stworzone ze specjalnego tworzywa narzędzia o różnych kształtach (np. pierścieniowe, kostkowe), które aplikowane są dopochwowo i mają za zadanie podtrzymanie przemieszczających się narządów. Ta metoda jest szczególnie polecana kobietom w zaawansowanym wieku oraz tym, u których istnieje przeciwwskazanie do ewentualnej operacji naprawczej.

Czy istniejąca dolegliwość wymaga interwencji?

Wielokrotnie pacjenci zastanawiają się, czy istniejące schorzenie w obrębie miednicy wymaga konsultacji z fizjoterapeutą urologicznym i/ lub ginekologicznym. Biorąc pod uwagę, że najlepsze efekty daje rehabilitacja wdrożona w momencie, gdy dolegliwości nie są zaawansowane, warto skorzystać z pomocy fizjoterapeuty nawet wtedy, gdy objawy są miernie nasilone i pacjent stwierdza, że nie wpływają znacząco na jego codzienne funkcjonowanie. Niejednokrotnie rehabilitacja wskazana jest w ramach profilaktyki oraz na każdym etapie leczenia danej dysfunkcji, zatem nie należy traktować jej po macoszemu z uwagi na to, że w wielu przypadkach może uchronić pacjenta przed zabiegiem operacyjnym, czy też obciążającą farmakoterapią.

Często pacjenci z powodu braku w miejscu swojego zamieszkania fizjoterapeuty specjalizującego się w dysfunkcjach dna miednicy lub ze względów finansowych nie mogą skorzystać z jego pomocy. Posługują się wtedy np. gotowymi zestawami ćwiczeń, które są dostępne w Internecie. Należy jednak zdawać sobie sprawę z tego, że nie będą one dobrane indywidualnie do pacjenta, a nawet jeśli niektóre z nich okażą się właściwe, to nie ma pewności,

czy pacjent wykona je poprawnie. W znacznej większości przypadków konsultacja okazuje się niezbędna, ponieważ dolegliwości w obrębie miednicy wymagają terapii, która będzie dopasowana do możliwości pacjenta na danym etapie leczenia oraz problemu, z jakim się mierzy.

W obecnej sytuacji, w której od kilku miesięcy możliwości związane ze swobodnym przemieszczaniem się są ograniczone z powodu pandemii, często wiele osób decyduje się skorzystać z konsultacji z fizjoterapeutą w formie online. Jest to niedoskonała forma kontaktu, jednak w pełni wystarczająca, by potraktować ją jako czas przeznaczony na zapoznanie się z dolegliwościami pacjenta oraz jego edukację. Zatem wszelkie informacje na temat anatomii i fizjologii człowieka oraz ogólnych zaleceń prozdrowotnych w danym schorzeniu można przedstawić pacjentowi za pomocą łącza internetowego. Jednakże jego wizyta na terapii indywidualnej z terapeutą nadal jest niezbędna, ponieważ jeżeli z wywiadu wynika, że np. mięśnie dna miednicy mogą być niewydolne, to fizjoterapeuta nie jest w stanie określić przyczyny tej niewydolności nie dotykając pacjenta, nawet jeżeli ma pewne przesłanki świadczące być może o nadmiernym napięciu mięśni (np. kiedy pacjent trenuje biegi górskie).

Istotną kwestią jest również gimnastyka w formule online. Przed dołączeniem do organizowanych tego typu zajęć należy upewnić się, że jest do nich wskazanie oraz że proponowane ćwiczenia są wykonywane przez pacjenta we właściwy sposób, a do tego niezbędna jest indywidualna konsultacja z fizjoterapeutą oraz brak przeciwwskazań lekarskich.

Prawo do wypisywania zleceń na środki absorpcyjne

Fizjoterapeuci w przyszłości mogą stać się jeszcze bardziej pomocni dla pacjentów, którzy borykają się z problemem nietrzymania moczu. Stowarzyszenia pacjenckie pracują nad projektem polegającym na przyznaniu uprawnienia fizjoterapeutom do wypisywania zleceń na refundowane środki absorpcyjne. Biorąc pod uwagę skalę problemu, jakim jest nietrzymanie moczu oraz coraz większą świadomość społeczeństwa dotyczącą roli, jaką może odegrać fizjoterapeuta w procesie leczenia pacjentów z NTM, umożliwiłoby to chorym łatwiejszy dostęp do refundacji i jednocześnie spowodowałoby odciążenie ośrodków zdrowia. Obecnie takie zlecenie może wypisać m.in. lekarz POZ, chirurg, onkolog, geriatra, ginekolog, neurolog, urolog oraz uprawniona pielęgniarka i położna.

Wydawać by się mogło, że pacjent bez pomocy fizjoterapeuty nie jest w stanie w żaden sposób wpłynąć na swój stan zdrowia, jednak we wszystkich schorzeniach, nie tylko w obrębie miednicy, istotny jest zdrowy styl życia, w tym dbałość o swój umysł i ciało, równowaga pomiędzy aktywnością fizyczną a odpoczynkiem, właściwe odżywianie oraz zachowanie we wszystkim umiaru i zdrowego rozsądku, co jest fundamentem każdego sukcesu.

Z nowym rokiem nadejdą nowe, lepsze rozwiązania?

Violetta Madeja



Fot. sewcream - stock.adobe.com

Ostatni kwartał 2020 roku nie przyniósł wielu dobrych wiadomości dla osób zmagających się z nietrzymaniem moczu. Ten trudny dla pacjentów i systemu ochrony zdrowia rok zamykamy nadal niepełną listą refundacyjną, a także zmianami w sposobie finansowania leków, które dotychczas dostępne były w ramach procedury ratunkowego dostępu do technologii lekowych (RDTL).

Początek ostatniego kwartału tego roku okazał się mało przychylny dla pacjentów z nietrzymaniem moczu. Pomimo licznych apeli, na wykazy leków refundowanych nie trafiły żadne oczekiwane przez nich molekuły. Lek mirabegron, o którego refundację w drugiej linii leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego od ponad sześciu lat bezskutecznie zabiegają organizacje pacjenckie, nadal czeka na decyzję resortu zdrowia. I co istotne, jak przyznaje sam wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski, obecny stan ten trwa już ponad dwa lata, bowiem w listopadzie 2018 roku prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wydał drugą, pozytywną rekomendację dla tego preparatu, ale jednocześnie wskazał na konieczność obniżenia jego ceny i pogłębienia mechanizmu dzielenia ryzyka. „W toku postępowania wniosek został przekazany do negocjacji wnioskodawcy z Komisją Ekonomiczną. Po zakończonych negocjacjach Komisja Ekonomiczna wydała w sprawie negatywną uchwałę. Następnie postępowanie zostało zawieszone na wniosek podmiotu odpowiedzialnego. W ostatnim czasie

[23 marca - dop. red.] wnioskodawca wniósł pismo z prośbą o podjęcie postępowania, dlatego mogły zostać podjęte działania mające na celu wydanie decyzji w sprawie. Aktualnie uchwała Komisji Ekonomicznej oraz całość dokumentacji zostały przekazane do Ministra Zdrowia celem podjęcia pozytywnej bądź negatywnej decyzji w zakresie objęcia refundacją leku Betmiga we wnioskowanym wskazaniu” - wyjaśnił Maciej Miłkowski.

Uwaga, rusza Fundusz Medyczny!

Pod koniec listopada weszła również w życie ustawa o Funduszu Medycznym, która w sposób kluczowy zmieni sposób finansowania i docelowo ma ułatwić uzyskiwanie przez dzieci i seniorów dostępu do m.in. leków onkologicznych. Ma to następować w mechanizmie tzw. wczesnego i warunkowego dostępu do technologii lekowych o wysokiej wartości klinicznej oraz dostępu do technologii lekowych, wobec których stwierdzony zostanie wysoki poziom innowacyjności.

Co jeszcze ustawa o Funduszu Medycznym zmieni w dostępie do leków? Na nowych, prostszych zasadach, działać będzie tzw. ratunkowy dostęp do technologii lekowych (RDTL), dla którego wnioski o finansowanie danej terapii w przypadku konkretnego pacjenta nie będą już oceniane przez AOTMiT. Jednak w nowych realiach o finansowanie leków w ramach RDTL będą mogły zabiegać wyłącznie szpitale należące do III poziomu

podstawowego systemu zabezpieczenia, onkologiczne lub pulmonologiczne, pediatryczne i ogólnopolskie. Limit wydatków na leki w ramach RDTL będzie wynosić 3 proc. sumy kwoty umowy podpisanej przez szpital z NFZ na finansowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego objętych programami lekowymi oraz leków stosowanych w chemioterapii. W przypadku przekroczenia tego limitu szpital będzie musiał samodzielnie finansować terapię, ponieważ jej koszty nie będą pokrywane z Funduszu Medycznego. Kto zdecyduje o terapii i kto skorzysta z leków w ramach nowego RDTL-u?

Decyzja o zastosowaniu leku będzie leżeć po stronie lekarza prowadzącego, a będzie to musiało wynikać z aktualnej wiedzy i wskazań. Leki finansowane w ramach nowego RDTL nie będą mogły znajdować się w tradycyjnym systemie refundacyjnym, jak również nie będą mogły znajdować się na liście opublikowanej przez resort zdrowia (na którą wpisany został m.in. niwolumab we wskazaniu rak urotelitarny). Podstawą do sfinansowania leków będzie uzyskanie przez placówkę medyczną pozytywnej opinii konsultanta krajowego lub wojewódzkiego w dziedzinie medycyny właściwej dla choroby. Co istotne, pacjent będzie mógł otrzymać lek w ramach RDTL przez okres nie dłuższy niż 3 miesiące bądź 3 cykle leczenia, a w przypadku konieczności kontynuacji niezbędna będzie ocena skuteczności leczenia.

AOTMiT o lekach na raka prostaty

Na początku listopada eksperci Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji ocenili również zasadność finansowania leku zawierającego octan abirateronu w ramach RDTL w przypadku pacjenta z rakiem gruczołu krokowego, u którego doszło do rozsiewu choroby do węzłów chłonnych zaotrzewnowych i kości. Zarówno Rada Przejrzystości, jak i prezes AOTMiT, uznali za niezasadne finansowanie ze środków publicznych tej terapii.

Zgoda odmienną decyzję - również podjętą w ramach RDTL - wydano natomiast dla leku zawierającego denosumab, który otrzymał pozytywną opinię w przypadku leczenia raka gruczołu krokowego u chorych, u których doszło do rozsiewu choroby w układzie kostnym.

„Zgodnie z wynikami przedstawionymi w opracowaniach wtórnych odnotowano istotną statystycznie różnicę na korzyść wnioskowanej technologii w porównaniu z kwasem zoledronowym w punkcie końcowym dotyczącym wystąpienia pierwszego zdarzenia niepożądanego związanego z układem kostnym. Mediana czasu wystąpienia pierwszego zdarzenia niepożądanego związanego z układem kostnym wyniosła 20,7 miesiąca dla grupy leczonych denosumabem (95 proc. CI: 18,8–24,9) vs 17,1 miesiąca dla pacjentów leczonych kwasem zoledronowym (95 proc. CI: 15,0–19,4). (...) Denosumab wiązał się z mniejszym ryzykiem wystą-

pienia zaburzenia czynności nerek, w porównaniu z kwasem zoledronowym” - czytamy w uzasadnieniu do decyzji prezesa AOTMiT.

To jednak nie wszystkie wnioski, jakie trafiły do AOTMiT w minionym kwartale. Na ocenę czekają bowiem dwa leki - pierwszy zawierający enzalutamid (w dawce 40 mg), drugi zawierający darolutamid (w dawce 300 mg), które to preparaty mają zostać ocenione w ramach programu lekowego „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego (ICD-10 C61)”. Byłby to nowy program lekowy obejmujący pacjentów, u których dotychczasowe leczenie hormonalne przestało być skuteczne, ale nie doszło jeszcze do przerzutów.

Dodatkowo, w trakcie najbliższego posiedzenia Rada Przejrzystości wyda opinię w sprawie efektywności u pacjentów powyżej 75. roku życia stosowania leków urologicznych wykorzystywanych w terapii nietrzymania moczu. Chodzi o dwie substancje czynne - solifenacynę i tolterodynę.

Nowe otwarcie w 2021 roku?

Pacjenci mogą mieć nadzieję, że w Nowym Roku los okaże się dla nich bardziej łaskawy, bowiem w 2021 roku szykuje się zmiana przepisów dotyczących sposobów zaopatrzenia osób z niepełnosprawnością. Dzięki uchwalonym w Sejmie pod koniec listopada przepisom ustawy antycovidowej posłowie zdecydowali o uzupełnieniu systemu elektronicznej dokumentacji medycznej o nową kategorię dokumentów - elektroniczne zlecenie na zaopatrzenie i naprawę wyrobu medycznego. Co to oznacza dla pacjentów? Przede wszystkim już w przyszłym roku zlecenia na wyroby medyczne analogicznie do obecnie wystawianych i realizowanych recept, będą mogły być wystawiane w postaci elektronicznej. W ocenie ekspertów Izby Technomed będzie to ogromne ułatwienie dla pacjentów. Nowy dokument będzie opatrzony podpisem elektronicznym lub innym równoważnym rozwiązaniem w tym zakresie, a samo zlecenie w postaci elektronicznej będzie miało formułę 20-cyfrowego kodu identyfikacyjnego lub 4-cyfrowego kodu dostępu. W efekcie pacjent w trakcie porady będzie mógł od lekarza zlecającego wyrób otrzymać jedynie 4-cyfrowy kod i w zależności od decyzji pacjenta, otrzyma go na wskazany adres mailowy, numer telefonu lub w postaci wydruku.

- *Dotychczasowy model zaopatrzenia oparty o zlecenia w postaci dokumentacji papierowej będzie obowiązywał z pewnością do wakacji. Ustawa przewiduje jednak możliwość jego ewentualnego wydłużenia do końca roku 2021. To dobre rozwiązanie, bo pozwoli płynnie dostosować systemy rozliczeń świadczeniodawców i przetestować wprowadzany system* - podkreśla Agnieszka Wiśniewska, prezes Technomedu.
- *Liczymy także, iż przy okazji zlikwidowany zostanie anachroniczny obowiązek podpisywania odbioru wyrobu medycznego* - dodaje.

MoliCare®

Higiena przy
nietrzymaniu moczu

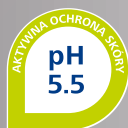
Medyczne produkty chłonne dostępne w refundacji –
dopasowane do indywidualnych potrzeb przy
nietrzymaniu moczu.



100%

DYSKREJCJI
KOMFORTU
BEZPIECZEŃSTWA

**Innowacyjne wkładki i majtki chłonne dla
zachowania anatomicznej perfekcji kobiety
oraz mężczyzny.**



Utrzymują zdrową skórę dzięki miękkim, przepuszczającym powietrze materiałom, 3 warstwom wkładu chłonnego z przyjaznym dla skóry pH na poziomie 5,5.



Zapewniają potrójną ochronę i bezpieczeństwo dzięki 3 – warstwom wkładu chłonnego, które skutecznie chronią strefy intymne przed ciągłym kontaktem z moczem, zapewniając antybakteryjne działanie.



Zachowują suchą skórę dzięki systemowi szybkiej dystrybucji moczu Quick Dry do wnętrza wkładu, który utrzymuje wilgoć z dala od jej powierzchni, zapewniając poczucie komfortu.

**CENTRUM
WSPARCIA SENIORÓW
☎ 800 26 96 36**

**SPRAWDŹ
Jak otrzymać
i zrealizować zlecenie
na produkty chłonne
w łatwy oraz
bezpieczny sposób?**

* MoliCare® Premium Pants lady – produkt dostępny tylko poza refundacją. Aloe Vera dotyczy wkładek i bielizny chłonnej dla kobiet – wersji lady.





ŚWIATOWY TYDZIEŃ KONTYNENCJI 2020

#WCW2020 #ContinenceMatters

S O L I D A R N I W P A N D E M I I

**5 D E B A T O N L I N E
Z UDZIAŁEM EKSPERTÓW**

WSZYSTKIE DEBATY DO ODTWORZENIA NA

www.wcw2020.pl