

OCHRONA ZDROWIA

**Problemy z uzyskaniem e-zleceń na wyroby medyczne jeszcze nie zniknęły**

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY



**Jaki wpływ ma NTM na życie seksualne kobiet i ich partnerów?**



LECZENIE



**Pacjenci z OAB skazani na dalsze oczekiwanie**

LECZENIE

**Laseroterapia nadal kontrowersyjna**



NTM - PROBLEM SPOŁECZNY



**Kiedy ruch może być szkodliwy?**

# W uścisku pandemii

To już rok, odkąd zaczęliśmy żyć w innym świecie. Z czasem nieznanne przyjęło oblicze rutynowo podawanych liczb nowych zakażonych, zgonów oraz wolnych miejsc w szpitalach, w tym pod respiratorami. Tylko kolejne fale pandemii wywołują żywsze reakcje. Tak było, gdy oglądaliśmy na ekranach naszych telewizorów dantejskie sceny z Włoch, Hiszpanii, Brazylii czy USA. Długo wierzyliśmy, że nas to ominie, że ta część Europy jest bardziej odporna na wirusa. Jesień to zweryfikowała, a trzecia fala uzmysłowiła nam, że nie jesteśmy wyjątkowi.



Dobrze, że mamy już szczepionki i że są one skuteczne. Wiadać to szczególnie w dwóch grupach: medyków oraz osób przebywających z zakładach opieki długoterminowej, takich jak DPS-y czy ZOL-e. Warto pamiętać, że większość pensjonariuszy tych miejsc to osoby z nietrzymaniem moczu. Innym weryfikatorem jest także średnia wieku zachorowalności, która spadła do poziomu ok. 60 lat, czyli grupy osób, która nadal czeka w kolejce do szczepień.

Jeżeli już mówimy o szczepieniach, to wbrew wcześniejszym przewidywaniom, Polacy zdają egzamin z odpowiedzialności za siebie i innych. No, może z małymi wyjątkami, czego świadkami byliśmy chociażby w Zakopanem. Gorzej to wy-

gląda ze strony producentów szczepionek, których deklaracje zawarte w umowach z Unią Europejską okazały się być zdecydowanie na wyrost.

Dużo można by było napisać o kolejnych restrykcjach, wprowadzanych często chaotycznie przez rząd. Pomijając okres kampanii wyborczej, trzeba jednak pamiętać, że z podobnymi wyzwaniem mierzy się od roku praktycznie każda administracja na świecie i trudno wskazać państwo, które nie ma na swoim koncie błędnych decyzji. Łatwiej wskazać te rządy i społeczeństwa, które miały po prostu więcej szczęścia.

Z pewnością do takich należą również Polacy. Bo jakże inaczej można określić tak szczęśliwy zbieg okoliczności jak wdrożenie e-recept czy e-ZWM (zlecenia na wyroby medyczne, np. środki chłonne) akurat na początku 2020 roku, tuż przed wybuchem pandemii? Nie chcę nawet sobie wyobrazić, jak wyglądałaby rzeczywistość pacjentów, gdyby reforma cyfrowa w ochronie zdrowia opóźniła się o kolejny rok.

Wraz z nową rzeczywistością pojawiły się też inne, nowe nawyki. Odbyliśmy przyspieszony kurs korzystania z innowacyjnych technologii, odkrywając, że wiele spraw możemy załatwić bez konieczności osobistej wizyty np. u lekarza. Nadal jednak niesiemy bagaż tych samych oczekiwań, pamiętając, że limity cenowe na środki chłonne nie były zmieniane od ponad

20 lat, że innowacyjne terapie obejmujemy refundacją znacznie później niż pozostałe kraje europejskie, wreszcie, że nadal brak przekonywującej wizji uzdrowienia problemów kadrowych w ochronie zdrowia.

Być może konieczność zmierzenia się z namacalnym zagrożeniem, jakim jest koronawirus, uzmysłowiła dużej części klasy politycznej, że ochrona zdrowia wymaga odważnych decyzji. Oby tylko były one racjonalne i projektowane na fundamencie szerokiego kontraktu społecznego. Bez tego czeka nas okres gaszenia kolejnych pożarów, ale też wywoływania nowych.

Tomasz Michałek

## SPIS TREŚCI

### OCHRONA ZDROWIA

Problemy z uzyskaniem e-zleceń na wyroby medyczne jeszcze nie zniknęły ..... 4

COVID-19 trudnym sprawdzianem dla polskiej onkologii ..... 6

### LECZENIE

Pacjenci z OAB skazani na dalsze oczekiwanie ..... 10

Neuromodulacja w kolejnych dwóch stołecznych placówkach ..... 12

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania neuromodulacji krzyżowej ..... 12

Laseroterapia nadal kontrowersyjna ..... 13

### NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Jaki wpływ ma NTM na życie seksualne kobiet i ich partnerów? ..... 15

Kiedy ruch może być szkodliwy dla osoby z problemem nietrzymania moczu? ..... 18

### NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Priorytetem są szczepienia przeciwko COVID-19 ..... 20

**Redaktor naczelny:** Tomasz Michałek; **Redaktor wydania:** Maja Markłowska-Tomar; **Sekretarz redakcji:** Karolina Ciepela;  
**Konsultant medyczny:** dr n. med. Mariusz Blewniewski - Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej, II Klinika Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi;  
**Zespół redakcyjny:** dr hab. Bartosz Dybowski, Violetta Madeja, dr Magdalena Ptak, lek. Zuzanna Znajdek;  
**Korekta:** Marzena Michałek; **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](mailto: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](mailto:ntm@ntm.pl)

Szanowni Państwo,

Pomimo deklaracji rządu, że chorzy na nowotwory będą traktowani priorytetowo i nie muszą się obawiać ograniczenia dostępu do diagnostyki i leczenia, z powodu pandemii COVID-19 znacząco spadła liczba wydawanych kart diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO). Co to oznacza? Na pewno nie to, że mniej osób choruje teraz na raka! A skoro nie zmniejszyła się zachorowalność, to znaczy, że u wielu chorych nie rozpoznano jeszcze choroby. I to jest największy dramat, bo im później rozpoznana choroba nowotworowa, tym mniejsze szanse na jej wyleczenie. Dr Janusz Meder z Polskiej Unii Onkologii na łamach naszego Kwartalnika powołuje się na model symulacyjny funkcjonujący zarówno w Stanach Zjednoczonych, jak i krajach Europy Zachodniej, z którego wynika, że trzymiesięczne opóźnienie w zgłoszeniu się do lekarza w przypadku podejrzenia choroby nowotworowej powoduje spadek wyleczalności o 10 proc., a półroczne opóźnienie - aż o 30 proc. - Śmiało zatem możemy mówić, że w wyniku zaniechań z okresu pandemii wielu chorych straci swoją szansę na wyleczenie choroby nowotworowej - ocenia dr Janusz Meder (str. 6).

Zdecydowanie lepiej rysuje się sytuacja pacjentów wymagających zaopatrzenia w wyroby medyczne. „Po niemal roku trwania pandemii COVID-19 zarówno pacjenci, pielęgniarki, lekarze, jak również przedstawiciele firm produkujących wyroby medyczne przyznają, że wejście nowego sposobu realizacji zleceń na wyroby medyczne uratowało przed całkowitym załamaniem system zaopatrzenia pacjentów korzystających ze środków chłonnych” - pisze red. Violetta Madeja. Jednocześnie zwraca jednak uwagę, że wielu pacjentów z powodu pandemii miało problemy z dostaniem się do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistów, a jeśli nawet udało im się zapisać na wizytę, to nierzadko słyszeli od lekarza POZ, że nie wystawi im zlecenia na środki absorpcyjne bez opinii specjalisty, do którego również mieli ograniczony dostęp. Stąd i tytuł artykułu: „Problemy z uzyskaniem e-zleceń na wyroby medyczne jeszcze nie zniknęły”, do przeczytania którego serdecznie zachęcamy (str. 4).

Polecamy Państwu uwadze również rozważania dr Magdaleny Ptak, fizjoterapeutki uroginekologicznej, na temat polecanych, jak i zdecydowanie odradzanych osobom z NTM form aktywności ruchowej (str. 17). Nie pominie też artykułu na temat wpływu NTM na życie seksualne (str. 15).

Życzymy Wam zdrowia i przyjemnej lektury Kwartalnika NTM!

Maja Markłowska-Tomar

# Problemy z uzyskaniem e-zleceń na wyroby medyczne jeszcze nie zniknęły

Violetta Madeja

Po niemal roku trwania pandemii COVID-19 zarówno pacjenci, pielęgniarki, lekarze, jak również przedstawiciele firm produkujących wyroby medyczne przyznają, że wdrożenie nowego sposobu realizacji zleceń na wyroby medyczne uratowało przed całkowitym załamaniem system zaopatrzenia pacjentów korzystających ze środków chłonnych. Zdaniem ekspertów COVID-19 odcisnął jednak swoje piętno na możliwości uzyskania zlecenia - szczególnie w sytuacjach, kiedy konieczne było dostanie się do lekarza lub wyko-

ilości wyrobów medycznych dla osób z niepełnosprawnością, zwłoka w wystawieniu zlecenia lub e-zlecenia przez podmiot leczniczy, ograniczenia w dostępności do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w kwestii ubiegania się o opinię specjalisty w zakresie uzyskania wskazań do wyrobów medycznych, czy zastrzeżenia do cen wyrobów w sklepach medycznych i aptekach (ceny zwyżkują w sytuacji utrzymania stałych limitów refundacji) - wylicza Bartłomiej Chmielowiec, rzecznik praw pacjenta. Jednocześnie zastrzega, że podlegające mu biuro nie prowadzi dokładnych statystyk

w tym zakresie, przez co trudno jest wskazać dokładną liczbę zgłoszeń dotyczących konkretnie problemów z uzyskaniem zlecenia na wyroby medyczne.

W rozmowie z redakcją Kwartalnika NTM Marta Woźniak z firmy Paul Hartmann, właściciela marki MoliCare podkreśliła, że wiele sygnałów o utrudnieniach z dostępem do zleceń na wyroby medyczne trafiało również bezpośrednio do producentów środków chłonnych.

- W ostatnich miesiącach otrzymaliśmy sygnały, które wynikały z różnych przyczyn, m.in. barier na poziomie wystawiania zleceń przez osoby uprawnione, czy niepełnej znajomości obowiązujących kryteriów przyznania prawa do refundacji na zaopatrzenie w środki chłonne. Między innymi miała miejsce sytuacja, w której pacjent otrzymał informację, że środki chłonne w ramach zaopatrzenia refundacyjnego przysługują tylko i wyłącznie w przypadku chorób nowotworowych - mówi Marta Woźniak.

## Pandemia skomplikowała funkcjonowanie placówek

Lekarze rodzinni i pielęgniarki przekonują, że problemy z uzyskaniem e-zleceń na wyroby medyczne wynikały jednak z różnych innych czynników, niekoniecznie związanych z brakiem wiedzy dotyczącej uprawnień refundacyjnych pacjentów. Zdaniem Marioli Łodzińskiej, wiceprezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, głównym czynnikiem limitującym były zamknięte poradnie, zarówno lekarzy rodzinnych, jak również lekarzy specjalistów. Wynikało to m.in. z dużego odsetka

zakażeń wśród personelu medycznego, a także początkowego kierowania medyków na kwarantannę. Zdaniem Bożeny Janickiej, lekarki rodzinnej, pediatry i jednocześnie prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia, ogromnym problemem związanym z wystawianiem zleceń na wyroby medyczne były ograniczenia formalne. O ile na czas epidemii Narodowy Fundusz Zdrowia umożliwił wystawianie zleceń na wyroby medyczne i od razu były one weryfikowane w systemie w ramach teleporady przez uprawnionego pracownika opieki medycznej, tj. lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, lekarza specjalistę, fizjoterapeutę, pielęgniarkę, położną, to już w przypadku ich finansowania NFZ utrzymał dotychczasowe wymogi w stosunku do określonych grup pacjentów.

- Problemem jest rzeczywiście to, że lekarz rodzinny może wystawić zlecenie na refundowane środki chłonne wyłącznie w określonych przypadkach, np. pacjentom po udarze, czy chorym z rozpoznaniem choroby onkologicznej. Są natomiast obszary, gdzie bez dodatkowego badania, na które skierować może wyłącznie lekarz specjalista lub też wcześniejszego zlecenia tegoż lekarza, nie jest możliwe wystawienie zlecenia przez lekarza POZ. Taka sytuacja ma miejsce m.in. w przypadku pacjentów z padaczką, którzy muszą dysponować zaświadczeniem od neurologa, że doszło u nich do uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego i wymagają refundowanych środków chłonnych - tłumaczy Bożena Janicka. Dodaje, że w takich niejednoznacznych sytuacjach i zgodnie z obowiązującymi regulacjami lekarz nie ma prawa podpisywać się pod zleceniem bez posiadania w dokumentacji pacjenta wyniku np. badania urodynamicznego czy odpisu od lekarza specjalisty.

## System zdał egzamin

Przedstawiciele producentów wyrobów chłonnych i sami pacjenci przyznają, że pospiesznie wdrożone na początku pandemii rozwiązania ułatwiające zarówno otrzymanie zlecenia (za pośrednictwem teleporady), jak również jego realizację (potwierdzenie zlecenia przez lekarza i zniesienie ograniczeń związanych ze sprzedażą wysyłkową) znacznie poprawiło sytuację chorych oraz ich bliskich.

- Obecnie, dzięki rozwiązaniom przyjętym przez Ministerstwo Zdrowia, dopuszczono dostawę wyrobu medycznego do domu pacjenta, a potwierdzenie odbioru nie jest wymagane we wcześniejszej formie i wystarczy, że świadczeniodawca, który rozlicza się z NFZ, posiada potwierdzenie od firmy kurierskiej, że produkt został dostarczony. To w ogromnym stopniu ułatwiło dostawy domowe i mamy nadzieję, że pozostanie tak nie tylko do końca pandemii. Od stycznia weszły w życie również rozwiązania dotyczące wykorzystania podpisu elektronicznego lekarza, co przemieszczało eZWM bardziej w e-zlecenia, dzięki czemu będą znacznie łatwiejsze do realizacji - podkreśla Karo-

lina Staniszevska z Toruńskich Zakładów Materiałów Opatrunkowych, właściciela marki Seni.

## Potrzebny standard opieki...

Natomiast sytuacja pacjentów zmagających się z nietrzymaniem moczu oraz kwestia zaopatrzenia ich w środki chłonne, zdaniem Marty Woźniak z firmy Paul Hartmann, wymaga odpowiedniego podejścia do problemów chorego.

- Nietrzymanie moczu jest nadal wstydlivym problemem, który buduje barierę w zachowaniu pacjenta i niechęć w rozmowie bądź ograniczenia. Taka postawa pacjenta nie jest łatwa i wymaga przełamania oporu, tutaj ogromną rolę może odegrać zespół opieki zdrowotnej. Opieka nad pacjentem z NTM wymaga kompleksowego, holistycznego podejścia do tego schorzenia. Tu widzimy ogromną rolę lekarzy, pielęgniarki i położnej POZ, konieczność pogłębionego wywiadu ze strony specjalisty, który jest dostosowany do przypadku danego pacjenta zmagającego się z określonymi chorobami. Pytania dotyczące obecności dolegliwości ze strony dróg moczowych, czy współistniejących chorób przewlekłych i stosowanych leków są niezbędne - dodaje przedstawicielka Paul Hartmann. Opieka na poziomie POZ jest, jak tłumaczy, niezwykle ważna, bowiem to właśnie na tym etapie zarówno pielęgniarka i położna środowiskowa, jak również lekarz rodzinny są w stanie dostrzec pierwsze sygnały o pojawiającym się problemie z NTM. To z tego poziomu pacjent może zostać dalej ukierunkowany do lekarza specjalisty - urologa, neurologa czy ginekologa.

## ...i szerszy dostęp do wyrobów

Z kolei Anna Sarbak, prezes Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” wskazuje, że w świetle obowiązujących przepisów tylko wybrane grupy pacjentów z nietrzymaniem moczu mogą otrzymać zlecenie na refundowane środki chłonne.

- Refundacja przysługuje w sytuacji, w której u pacjenta stwierdzono chorobę nowotworową, cierpi na nietrzymanie stolca lub moczu w wyniku chorób nowotworowych, czy też boryka się z powikłaniami po leczeniu chorób nowotworowych. Przysługuje ona także pacjentom, którzy zmagają się z nietrzymaniem moczu w wyniku głębokiego upośledzenia umysłowego, zespołów otępiennych, wad wrodzonych i chorób układu nerwowego, wad wrodzonych dolnych dróg moczowych, czy uszkodzenia dróg moczowych - wylicza Anna Sarbak. Jej zdaniem taka klasyfikacja pacjentów połączona z odmiennymi poziomami refundacji oraz zupełnie inną liczbą środków chłonnych dostępnych miesięcznie dodatkowo komplikuje zrozumienie obowiązujących regulacji. - Nie dziwi więc sytuacja, że pacjenci oraz ich bliscy gubią się w tym systemie - podsumowuje prezes Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”.



Fot. auremar - stock.adobe.com

nanie badania będącego podstawą wystawienia zlecenia na środki chłonne.

Dane zebrane przez biuro Rzecznika Praw Pacjenta mogą napawać optymizmem: zgłoszenia dotyczące zaopatrzenia w wyroby medyczne w okresie pandemii, w 2020 roku, wykazały istotną tendencję niżkową. W porównaniu do roku 2019, liczba zgłoszeń w sprawie problemów związanych z dostępnością do wyrobów medycznych spadła o 38 proc. i wynosiła w ubiegłym roku 601 (w porównaniu do 963 spraw zgłoszonych w 2019).

## Na bakier w prawami pacjenta?

- Najczęściej zgłaszane problemy to: odmowa zapewnienia środków absorpcyjnych przez lekarza POZ bez opinii lekarza specjalisty, problemy z dostępnością do nielimitowanych

# COVID-19 trudnym sprawdzianem dla polskiej onkologii

Violetta Madeja



Fot. SergeVo - stock.adobe.com

**P**omimo deklaracji ze strony resortu zdrowia, pacjenci onkologiczni nie wyszli obronną ręką z pandemii COVID-19. W ostatnich miesiącach ogromnym wyzwaniem był bowiem dostęp do systemu ochrony zdrowia i możliwość wykonania wczesnej diagnostyki, a także poważne obawy samych pacjentów związane z możliwością zakażenia się groźnym wi-

rusem. Konsekwencją, na co już teraz zwracają uwagę eksperci, będzie rosnąca liczba pacjentów, którzy o swojej chorobie dowiedzą się, gdy ta będzie już na bardzo zaawansowanym etapie. Jak z tego wybrnąć? Zdaniem klinicystów i samych pacjentów elementem łagodzącym postpandemiczną sytuację onkologii może być szersze udostępnienie nowoczesnych terapii, również

## Liczba kart DiLO wydanych w okresie 01.2020 - 02.2021

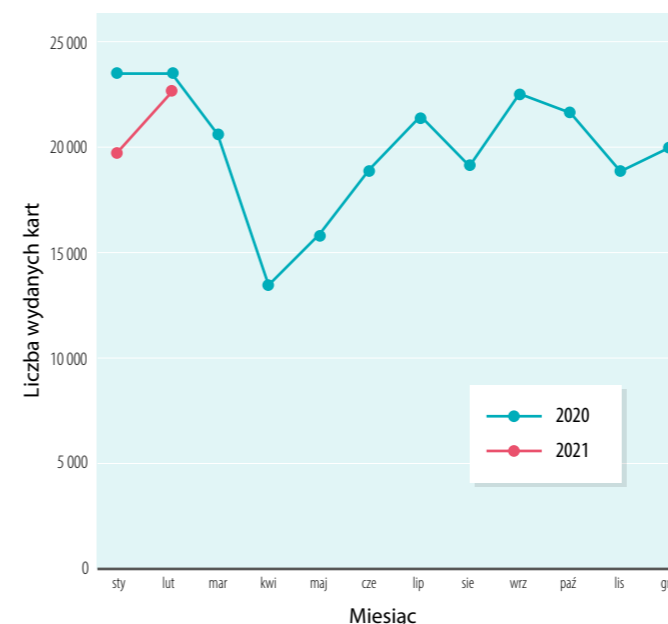
Miesiąc	2020	2021	2020			2021		
			AOS	POZ	SZP	AOS	POZ	SZP
styczeń	23 482	20 027	9 401	8 631	5 450	8 580	6 942	4 505
luty	23 491	22 846	9 237	8 556	5 698	9 780	8 070	4 996
marzec	20 577		7 984	6 780	5 813			
kwiecień	13 469		5 479	3 683	4 307			
maj	15 766		6 134	5 025	4 607			
czerwiec	18 833		7 369	6 488	4 976			
lipiec	21 396		8 577	7 238	5 581			
sierpień	19 203		7 705	6 843	4 655			
wrzesień	22 506		9 251	7 642	5 613			
październik	21 658		9 046	7 512	5 100			
listopad	18 861		8 288	6 463	4 110			
grudzień	19 873		8 327	7 108	4 438			

AOS - ambulatoryjna opieka specjalistyczna POZ - podstawowa opieka zdrowotna SZP - szpital

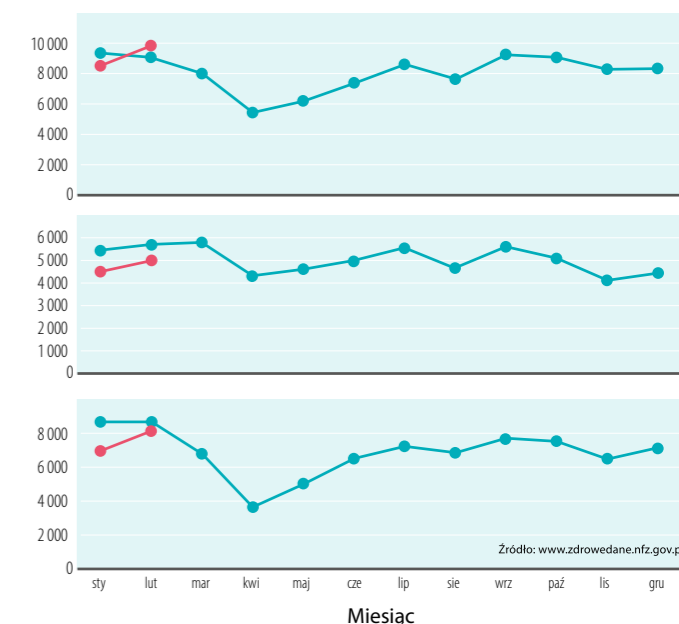
Zródło: www.zdrowedane.nfz.gov.pl

## Liczba kart DiLO wydanych w okresie 01.2020 - 02.2021

### Ogółem



### Wg trybu wydania karty



Zródło: www.zdrowedane.nfz.gov.pl

tych stosowanych w leczeniu chorych na raka prostaty. System ochrony zdrowia uległ wirusowi SARS-CoV-2 na wielu polach. W ostatnich miesiącach bardzo dotkliwie odczuli to również pacjenci zmagający się z chorobami niezakaźnymi. Z badania przeprowadzonego w lutym 2021 roku przez Fundację My Pacjenci wynika, że ponad 60 proc. Polaków miało problem z realizacją zaplanowanej wizyty lekarskiej, analogiczny odsetek pacjentów musiał się zmierzyć z wydłużeniem czasu oczekiwania na wizytę, a co drugi Polak nie mógł skorzystać z badań diagnostycznych. Na to nałożyły się poważne problemy z dostępem do planowych świadczeń, niezwykle częste zjawisko przekształcania oddziałów szpitalnych na oddziały covidowe, w których leczono wyłącznie osoby zakażone wirusem SARS-CoV-2, a także ogromne obawy związane z potencjalnym zakażeniem ze strony pacjentów. W efekcie społeczeństwo zaciągnęło ogromny dług zdrowotny. Liczba wydawanych kart DiLO znacząco spadła, szczególnie w pierwszych miesiącach pandemii (patrz: tabela i wykres), a efekty tego zjawiska widać już w poradniach i oddziałach szpitalnych. Jak wskazują klinicyści, niejednokrotnie zgłaszający się obecnie pacjenci dowiadują się o swojej chorobie onkologicznej w momencie, gdy jest ona już na zaawansowanym etapie.

Zdaniem dr. Janusza Medera, prezesa Polskiej Unii Onkologii i onkologa klinicznego z Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie, funkcjonujący w Stanach Zjednoczonych i krajach Europy Zachodniej model symulacyjny wyraźnie wskazuje, że już 3-miesięczne

opóźnienie w zgłoszeniu się do lekarza w przypadku podejrzenia choroby nowotworowej powoduje spadek wyleczalności (oceniany w kryteriach przeżyć wieloletnich) o 10 proc. - *Opóźnienie liczące pół roku powoduje spadek tego wskaźnika o 30 proc. Śmiało zatem możemy mówić, że w wyniku zaniechań z okresu pandemii wielu chorych straci swoją szansę na wyleczenie choroby nowotworowej* - ocenia dr Janusz Meder.

### COVID-owe wyzwania pacjentów z rakiem prostaty

Ekspertki przyznają, że sytuacja polskiej onkologii oraz samych pacjentów przed pandemią nie była najlepsza. - *Onkologia od lat cierpi na niedobór kadr, szczególnie lekarzy, ale także wyszkolonych pielęgniarek onkologicznych. W Polsce brakuje minimum 1,5 tys. onkologów. Ogromnym problemem było również głębokie niedofinansowanie onkologii jeszcze przed pandemią, a także brak wielu refundowanych terapii, które są standardem w Europie* - ocenia dr hab. n. med. Rafał Stec, kierownik Kliniki Onkologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Jego zdaniem pandemia pogłębiła ten problem i dodatkowo wygenerowała kolejne wyzwania, takie jak zahamowanie diagnostyki na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, zatrzymanie diagnostyki specjalistycznej, czy też ograniczenie liczby procedur chirurgicznych wykonywanych w szpitalach innych niż onkologiczne.

- *Wiele łóżek, również chirurgicznych, zostało przeznaczonych dla pacjentów chorych na koronawirusa. To spowodowało zmniejszenie liczby zabiegów. Dodatkowo wielu*

anestezjologów zostało przesuniętych do szpitali covidowych. Musimy pamiętać, że chirurgia i anestezjologia to system naczyń połączonych - przypomina dr Rafał Stec.

dzi to do sytuacji, że pacjenci są leczeni w wielu różnych ośrodkach. Brak koordynacji powoduje brak odpowiedzialności danego ośrodka za wyniki leczenia. Bo jeśli pacjent

jest poddany zarówno leczeniu chirurgicznemu, jak i leczeniu farmakologicznemu, i to realizowanemu w różnych ośrodkach, to bardzo trudno jest proces leczenia przeprowadzić prawidłowo i w optymalnym czasie - wskazuje Jerzy Gryglewicz.

Dodaje, że dostęp do poradni urologicznych i diagnostyki szpitalnej w dobie pandemii COVID-19 był znacząco utrudniony. - Musimy zatem liczyć się z tym, że w kolejnych latach liczba pacjentów, którzy obecnie nie zostali ani zdiagnozowani, ani nie byli leczeni, będzie wzrastała. Stosowanie odpowiedniej farmakoterapii może być

rozwiązaniem w tym trudnym okresie popandemicznym - uważa Jerzy Gryglewicz.

### Pacjenci czekają na terapię

Z argumentacją dotyczącą wdrożenia nowych terapii zgadza się również dr Janusz Meder. Jego zdaniem postępujący rozwój medycyny i wdrażanie nowych terapii może okazać się dobrym remedium na postpandemiczną sytuację chorych.

- Niestety, w tym obszarze jako kraj, ciągle gonimy Europę Zachodnią. Z jednej strony obserwujemy wyraźny postęp i lepsze wyniki leczenia, z drugiej jednak strony są one o 10-15 proc. gorsze w porównaniu z krajami Unii Europejskiej - mówi dr Janusz Meder.

Promykiem nadziei dla chorych na raka prostaty mogą być jednak decyzje, jakie pod koniec ubiegłego i na początku tego roku zapadły w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Zgodnie z decyzją prezesa AOTMiT, jak i ekspertów z Rady Przejrzystości, do programu lekowego „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego (ICD-10 C61)” powinny bowiem wejść wszystkie trzy nowoczesne leki z grupy lutamidów - chodzi o enzalutamid, apalutamid i daro-

lutamid. Enzalutamid miałby być dostępny dla pacjentów na wszystkich etapach leczenia onkologicznego - zarówno przed pojawieniem się przerzutów, u pacjentów z przerzutami przed chemioterapią, a także jako leczenie dla pacjentów z przerzutami po chemioterapii. Jak informuje Maciej Miłkowski, wiceminister zdrowia odpowiedzialny za politykę lekową, rozmowy w sprawie finansowania wszystkich trzech preparatów trwają i obecnie wiele zależy od toczących się w resorcie negocjacji cenowych. Po ich zakończeniu „całość zebranej w sprawach dokumentacji zostanie przekazana do Ministra Zdrowia celem podjęcia pozytywnych bądź negatywnych decyzji”.

Pacjenci liczą na pozytywny finał rozmów i zmiany na listach refundacyjnych. - Cały czas czekamy na nowe leki i rzeczywiście decyzja AOTMiT daje nam nadzieję na pozytywne zakończenie negocjacji z Komisją Ekonomiczną Ministerstwa Zdrowia. Niestety dochodzą nas słuchy, że trwające rozmowy nie należą do łatwych - mówi Kwartalnikowi NTM Bogusław Olawski. Jego zdaniem problemem są również ograniczenia związane z wymiennym stosowaniem leków w terapii raka prostaty. - Dla nas pacjentów, jak również dla samych klinicystów, jest to sytuacja niezrozumiała. Szczególnie że w większości państw, gdzie pacjenci mają szeroki wybór dostępnych terapii, podobny problem z brakiem możliwości sekwencyjnego leczenia nie istnieje - ocenia.

### Wsparcie on-line dla chorych

Trudne doświadczenia z pandemii COVID-19 nie powstrzymują pacjentów przed aktywizacją ich środowiska. Z inicjatywy Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” uruchomiono m.in. zajęcia gimnastyczne on-line dla seniorów, których głównym celem jest gimnastyka mięśni dna miednicy, a także wykłady edukacyjne on-line, podczas których pacjenci uczą się prawidłowych technik oddechowych. „Gimnastyka to najczęściej zalecana forma wspomagająca leczenie NTM. Odpowiednio wcześniej rozpoczęte ćwiczenia, prowadzone pod okiem wykwalifikowanych instruktorów, mogą powstrzymać lub wręcz uchronić przed NTM. Celem takich zajęć jest zapoznanie pacjentów z ćwiczeniami, które pomogą im uporać się z tym problemem. Są to ćwiczenia praktyczne, które mają wzmocnić mięśnie przepony moczowopłciowej. Każdy uczestnik może także otrzymać zestaw ćwiczeń, które powinien powtarzać w domu. Należy pamiętać, że tylko systematyczne ćwiczenia przyniosą oczekiwany efekt” - zachęcają organizatorzy zajęć.



Fot. Freepik - stock.adobe.com

Problemy potwierdzają również pacjenci. - Rzeczywiście, do Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” docierały sygnały z oddziałów regionalnych zarówno o wstrzymaniu w wielu ośrodkach badań diagnostycznych, zgodnie z zaleceniami Głównego Inspektoratu Sanitarnego i resortu zdrowia, ale także o rezygnowaniu przez pacjentów, bez wcześniejszej konsultacji z lekarzem prowadzącym, z umówionych już wizyt - mówi Bogusław Olawski, przewodniczący Sekcji Prostaty Stowarzyszenia „UroConti”. Przyznaje również, że rozumie obawy chorych, z drugiej jednak strony stara się tłumaczyć, że zarówno wczesna diagnostyka, jak i ciągłość leczenia są niezwykle ważne dla skuteczności prowadzonej terapii.

Potwierdza to Jerzy Gryglewicz, ekspert Uczelni Łazarzskiego. Jego zdaniem, obecnie jednym z najpoważniejszych problemów w zakresie leczenia raka prostaty jest brak odpowiedniej współpracy i koordynacji działań pomiędzy ośrodkami realizującymi procedury z zakresu onkologii, urologii i radioterapii.

- Większość oddziałów urologicznych zajmujących się leczeniem nowotworów gruczołu krokowego nie jest zlokalizowana w centrach onkologii, tylko w innych szpitalach. Głównie są to szpitale kliniczne lub wojewódzkie. Prowa-

## Robisz wszystko, aby chronić swoich bliskich

My robimy wszystko, aby chronić ich skórę



Jeśli opiekujesz się osobą starszą wiesz, że jej skóra jest bardzo wrażliwa i wolniej się goi, zwłaszcza przy nietrzymaniu moczu.

Wypróbuj produkty chłonne i kosmetyki TENA ProSkin, które wspierają zdrowie skóry. Dzięki nim skóra będzie sucha, czysta i zabezpieczona.

TENA. Najlepsza opieka dla Twoich bliskich.

# Pacjenci z OAB skazani na dalsze oczekiwanie

Violetta Madeja



Fot. Brian Jackson - stock.adobe.com

Postęp medycyny sprawia, że na całym świecie opracowywane są i rejestrowane kolejne preparaty mające zastosowanie w leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego. Pod koniec 2020 roku amerykańska Agencja Żywności i Leków (FDA) zarejestrowała nowy lek - vibegron, antagonistę receptora beta-3-adrenergicznego stosowanego w leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego u pacjentów, u których dochodzi do nagłego nietrzymania moczu. W Polsce możliwości kliniczne związane z refundowanym leczeniem OAB zatrzymały się na opcjach sprzed dekady, a resort zdrowia nadal nie podjął decyzji w sprawie refundacji mirabegronu w drugiej linii leczenia farmakologicznego.

## Leczymy zgodnie z aktualną wiedzą medyczną

Klinicyści podkreślają skalę problemu: zespół pęcherza nadreaktywnego jest dolegliwością o zasięgu społecznym i może dotyczyć nawet 16 proc. dorosłych Polaków, a co za tym idzie, powinien być diagnozowany i leczony zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

- Najczęstszą postacią tego zespołu jest pęcherz nadreaktywny idiopatyczny, tj. bez ustalenia przyczyny jego pojawienia

się. Rozpoznaje się go najczęściej u kobiet. U mężczyzn OAB może powstawać bez rozpoznawalnej przyczyny, ale częściej spotyka się go u mężczyzn z chorobami gruczołu krokowego, cewki moczowej, po przebytych operacjach stercza, dolnych dróg moczowych lub narządów miednicy małej - wskazuje prof. Zbigniew Wolski, były prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego, obecnie pracujący w Kolegium Nauk Medycznych Wyższej Szkoły Gospodarki w Bydgoszczy. - Mając na uwadze poprawę jakości życia pacjentów z OAB, należy uaktualniać standardy postępowania diagnostycznego i leczniczego oraz zwiększać dostępność nowoczesnych terapii zgodnie z najnowszą wiedzą naukową - przekonuje.

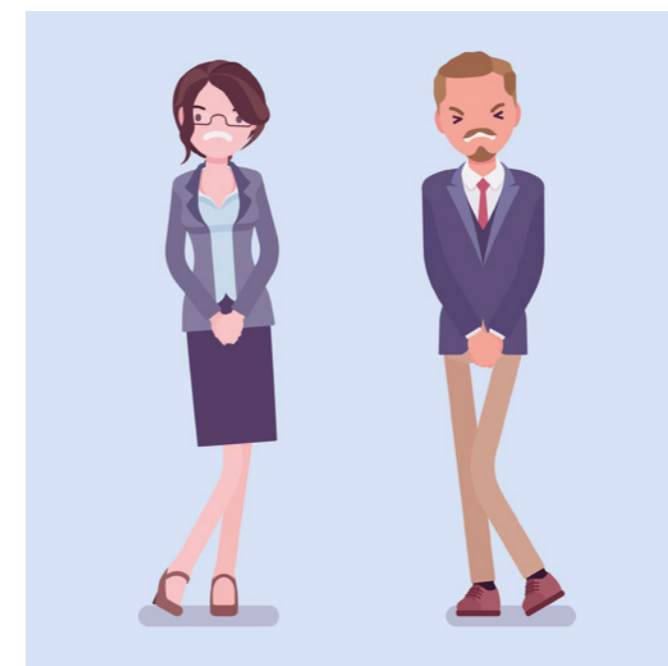
## Ministerstwo Zdrowia w stagnacji

Niestety, w Polsce ostatnią pozytywną zmianą, o jaką przez blisko siedem lat apelowali klinicyści oraz pacjenci, było wprowadzenie pod koniec 2018 roku do koszyka świadczeń gwarantowanych neuromodulacji krzyżowej. Od tego momentu, pomimo licznych wystąpień i stanowisk towarzystw naukowych oraz organizacji pacjenckich, a także pozytywnych opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dotyczących zastosowania leku

mirabegron jako drugiej linii leczenia OAB, resort zdrowia nie wydał decyzji o finansowaniu tej terapii.

„Do Ministerstwa Zdrowia został złożony wniosek o objęcie refundacją leku Betmiga (mirabegron) we wskazaniu: II linia farmakologicznego leczenia objawów zespołu pęcherza nadreaktywnego u dorosłych chorych uprzednio leczonych lekami antymuskarynowymi. Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wydał w przedmiotowej sprawie Rekomendację nr 117/2018 z dnia 23 listopada 2018 roku, w której rekomenduje objęcie refundacją produktu Betmiga (mirabegron) we wnioskowanym wskazaniu pod warunkiem znacznego obniżenia ceny leku i pogłębienia mechanizmu dzielenia ryzyka” - przyznał w jednym z ostatnich pism przekazanych pacjentom wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski, odpowiedzialny w resorcie zdrowia za politykę lekową.

Niestety, sprawa nie została finalnie rozstrzygnięta, choć w toku postępowania i prowadzonych negocjacji Komisja Ekonomiczna już ponad rok temu wydała stosowną uchwałę. Decyzja dotycząca refundacji drugiej linii leczenia OAB oraz całość dokumentacji zostały następnie przekazane Ministrowi Zdrowia celem podjęcia pozytywnej bądź negatywnej decyzji w zakresie objęcia refundacją leku. W lutym tego roku, po raz kolejny, Ministerstwo Zdrowia nie podjęło finalnej decyzji w sprawie refundacji Betmigi we wnioskowanym wskazaniu.



Fot. andrew\_rybalko - stock.adobe.com

## Pacjenci na cenzurowanym?

Anna Sarbak, prezes Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”, podkreśla, że brak decyzji w sprawie wprowadzenia na listę leków refundowanych kolejnych opcji terapeutycznych dla pacjentów zmagających się z zespołem pęcherza nadreaktywnego to sytuacja bezprecedensowa.

- To już kolejna lista, na której odnotowujemy brak leku mirabegron w II linii leczenia OAB. Po raz kolejny pragniemy przypomnieć Panu Ministrowi, że Polska jest jedynym krajem w Unii Europejskiej, który nie refunduje II linii leczenia w zespole pęcherza nadreaktywnego. Fakt dopisania do listy leków refundowanych jedenastego zamiennika solifenacyny w żaden sposób nie zmienia naszej opinii - wskazała szefowa „UroConti”. Jej zdaniem, wprowadzenie do refundacji drugiej linii leczenia OAB byłoby oczekiwanym przez pacjentów dopełnieniem procesu refundacji terapii w tym schorzeniu.

- Utrzymywanie refundacji w leczeniu farmakologicznym wyłącznie na lekach antycholinergicznym odbieramy jako smutny obraz polityki zdrowotnej w Polsce, degradujący nas do poziomu Trzeciego Świata - ocenia Anna Sarbak. - To już siódmy rok oczekiwania na refundację II linii leczenia w zespole pęcherza nadreaktywnego i nadal nie wiemy, co jest prawdziwą przyczyną tej sytuacji - dodaje.

## Polska stoi w miejscu

Z argumentacją tą zgadzają się również klinicyści, którzy wskazują, że zasady rozpoznania i leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego są w Polsce nie tylko dobrze opracowane (w oparciu o międzynarodowe i europejskie zalecenia), ale również prawidłowo stosowane. Niestety przeszkodą trudną do pokonania jest różna dostępność nowoczesnego leczenia farmakologicznego.

- Przykładem ograniczonej dostępności jest np. brak refundacji mirabegronu - nowoczesnego agonisty receptorów beta. To lek o niezwykle korzystnym profilu bezpieczeństwa i skuteczności w znoszeniu objawów nadreaktywności pęcherza - ocenia prof. Zbigniew Wolski i dodaje, że niezrozumiałą jest obecna sytuacja, w której Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dwukrotnie pozytywnie zaopiniowała mirabegron jako jeden z leków, które mogą być wpisane na listę leków refundowanych, a druga linia leczenia farmakologicznego jest nadal niedostępna.

- Ostatnie zalecenia Amerykańskiego i Europejskiego Towarzystwa Urologicznego z 2019 roku zmieniły nieco rekomendacje, stwierdzając, iż leki antymuskarynowe - zarówno nieselektywne (tj. oksybutynina i tolterodyna), jak i selektywne (solifenacyna), a także mirabegron stanowią pierwszą linię leczenia farmakologicznego OAB, a ich skojarzenie można stosować w drugiej kolejności, tzw. drugiej linii leczenia farmakologicznego. Wobec udowodnionego badaniami klinicznymi wysokiego profilu bezpieczeństwa i zgodnie z zaleceniami towarzystw naukowych, mirabegron winien stać się więc bardziej dostępnym lekiem również dla polskich pacjentów - tłumaczy urolog.

Trudno zatem nie odnieść wrażenia, że resort zdrowia swoją stagnacją i brakiem decyzji skazuje pacjentów z OAB na obserwowanie „pociągu”, jakim odjeżdża współczesna medycyna.

## Neuromodulacja w kolejnych dwóch stołecznych placówkach

Violetta Madeja

Międzyleski Szpital Specjalistyczny oraz Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego dołączyły do grona placówek, w których przeprowadzane są zabiegi neuromodulacji krzyżowej. W pierwszej z tych placówek zabiegi u trzech pacjentek z najcięższą postacią nietrzymania moczu przeprowadził zespół doświadczonych klinicystów pod kierownictwem prof. Ewy Barcz oraz dr. n. med. Mariusza Blewniewskiego z Oddziału Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi. Natomiast zabiegu w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym implantacji elektrod u trzech pa-

cjentów podjął się zespół, którym zarządzał prof. Piotr Radziszewski. Należy dodać, że w przypadku tego drugiego ośrodka był to już kolejny powrót do tej terapii po długiej przerwie spowodowanej tym razem pandemią. Tym samym neuromodulacja jest już oferowana w pięciu ośrodkach urologicznych oraz dwóch ginekologicznych, z czego aż cztery są zlokalizowane w Warszawie. Przypomnijmy, że zabieg neuromodulacji przeprowadza się u pacjentów z zespołem pęcherza nadreaktywnego oraz innymi zaburzeniami mikcji. Pierwszym etapem jest wszczęcie elektrod testowych, natomiast w drugim etapie, zazwyczaj po kilku tygodniach, u pacjentów przeprowadza się zabieg implantacji stałego neuromodulatora.



Fot. Materiały Medtronic Poland

### 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 <a href="http://www.jurasza.umk.pl">www.jurasza.umk.pl</a>	prof. 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 <a href="http://www.su.krakow.pl">www.su.krakow.pl</a>	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 <a href="http://www.kopernik.lodz.pl">www.kopernik.lodz.pl</a>	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 <a href="http://www.szpital-orlowskiego.pl">www.szpital-orlowskiego.pl</a>	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 <a href="http://www.mssw.pl">www.mssw.pl</a>	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 <a href="http://www.szpitalzelazna.pl">www.szpitalzelazna.pl</a>	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 <a href="http://www.klinikaurologii.edu.pl">www.klinikaurologii.edu.pl</a>	prof. dr hab. n. med. Piotr Radziszewski

## Laseroterapia nadal kontrowersyjna

Violetta Madeja

W wielu miastach Polski coraz większą popularnością cieszą się zabiegi laserowego leczenia nietrzymania moczu. Tylko w Warszawie tego typu świadczeń udziela już ponad 20 prywatnych placówek. Czy schorzenia uroginekologiczne mogą i powinny być leczone z wykorzystaniem laserów? Opinie lekarzy i fizjoterapeutów są podzielone.

W 2014 roku Polskie Towarzystwo Uroginekologiczne (PTUG) w oficjalnym stanowisku wskazywało, że nietrzymanie moczu - w szczególności odmiana wysiłkowa, a także schorzenia związane z obniżaniem narządów miednicy nie powinny być leczone z wykorzystaniem laserów. PTUG podkreślała, że użycie lasera w leczeniu schorzeń uroginekologicznych jest metodą eksperymentalną, niesprawdzoną, o wątpliwej skuteczności i możliwie obciążoną późnymi powikłaniami. Podobne stanowisko w 2018 roku zaprezentowało Międzynarodowe Towarzystwo Kontynencji (ICS - International Continence Society) wspólnie z Międzynarodowym Towarzystwem Badań nad Chorobami Wulwo-Waginalnymi (ISSVD - International Society for the Study of Vulvovaginal Diseases), które poparły w ten sposób ostrzeżenie wydane przez Amerykańską Agencję Żywności i Leków (FDA - U.S. Food and Drug Administration) z dnia 30 lipca 2018 r., dotyczące stosowania urządzeń medycznych opartych o metody laserowe w celu przeprowadzania zabiegów „odmładzania” pochwy, zabiegów kosmetycznych w obrębie pochwy, czy też zabiegów ukierunkowanych na leczenie chorób pochwy oraz objawów związanych z menopauzą, nietrzymaniem moczu, czy też funkcjami seksualnymi. „W oparciu o dostępne dowody naukowe, ISSVD oraz ICS zalecają niestosowanie technik laserowych i technik naświetlania w leczeniu liszaja twardzinowego, wulwodyni, nietrzymania moczu, atrofii sromu i pochwy lub „odmładzania” pochwy poza obrębem odpowiednio zaprojektowanych badań klinicznych” - czytamy we wspólnym stanowisku obu towarzystw naukowych. Okazuje się jednak, że nie zatrzymało to dalszych badań

nad tą metodą ani nie powstrzymało lekarzy oraz samych pacjentek przed korzystaniem z tego typu zabiegów.

### Nowe światło na zastosowanie laserów?

Od czasu opublikowania oficjalnego stanowiska ICS/ISSVD, w literaturze naukowej pojawiło się kilka publikacji związanych z wykorzystaniem laseroterapii w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu. Pierwsze badanie, przeprowadzone w Słowenii, opublikowano w 2018 roku na łamach czasopisma „European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology”. Wykazało ono, że nieablacyjna laseroterapia zastosowana u pacjentek z wysiłkowym nietrzymaniem moczu nie tylko poprawiła jakość ich życia, bowiem po 3 miesiącach od zabiegu 21 proc. poddanych laseroterapii kobiet nie raportowało incydentów utraty moczu, ale również istotnie wpłynęła na poprawę funkcji seksualnych, w szczególności u kobiet przed menopauzą.



Fot. Anze - stock.adobe.com

Drugie badanie, opublikowane w 2019 roku na łamach „Internal Urogynecology Journal” wykazało, że laseroterapia może prowadzić do wyleczenia lub poprawy subiektywnych wskaźników wyleczenia (ICIQ-UI SF) w przypadku wysiłkowego nietrzymania moczu w stopniu I i II, czyli w sytuacjach, kiedy utrata moczu następuje tylko pod wpływem dużego wysiłku, jak: dźwiganie, czy kaszel bądź pod wpływem lekkich czynności fizycznych (wstanie, chodzenie).

**Laseroterapia - rozwiązanie nie dla każdego**

Ginekolodzy wskazują, że z krępującym problemem, jakim jest wysiłkowe nietrzymanie moczu, zgłasza się do ich gabinetów coraz więcej świadomych pacjentek. Co ciekawe, ginekologia estetyczna z użyciem lasera znajduje się w kręgu zainteresowań kobiet praktycznie w każdym wieku.

*- Młode dziewczyny chcą poprawić wygląd zewnętrznych narządów płciowych, kobiety w wieku rozrodczym borykają się z problemami związanymi z porodem, a dojrzałe panie oraz seniorki walczą ze schorzeniami okresu okołomenopauzalnego czy pomenopauzalnego. Laser daje duże możliwości. Wszystkie te grupy wiekowe może łączyć jeden problem - wysiłkowe nietrzymanie moczu, które może być efektem ciąży, porodów, dźwigania, zaparc lub starzenia i wiotczeniu tej okolicy kobiecego ciała - wskazuje dr Agnieszka Harabin-Matysiak, specjalistka ginekologii i położnictwa ze stołecznej Kliniki Premium Medical i Gabinetu Kosmetyki Lekarskiej Bella. Ekspertka wskazuje, że pacjentki, u których pojawia się problem nietrzymania moczu w trakcie kaszlu, kichania, wchodzenia po schodach czy ćwiczeń fizycznych, powinny udać się do swojego ginekologa z prośbą o badanie ginekologiczne i ocenę stopnia zaawansowania problemu.*

*- Kwalifikację do leczenia laserowego przeprowadza lekarz ginekolog po badaniu pacjentki i ocenie, czy zabieg jest w stanie poprawić jakość życia i zniwelować powstały problem nietrzymania moczu. Zdarza się, że w wyniku bagatelizowania zmian przez lata, porodów dużych dzieci, czy traumatycznych porodów, laser nie jest wystarczającym narzędziem do walki z wysiłkowym nietrzymaniem moczu - podkreśla lekarka. Zaznacza, że u takich pacjentek, aby wzmocnić efekt laseroterapii, należy zastosować również terapię ultradźwiękami lub nanoultradźwiękami. - Zwykle łączę zabiegi u pacjentek z problemem nietrzymania moczu, ale także z zespołem rozluźnienia pochwy czy atrofią pochwy. Zabiegi z użyciem lasera CO2, jaki najczęściej używamy w ginekologii, nadaje się do leczenia wczesnych stadiów nietrzymania moczu. Najlepsze efekty osiągamy w początkowych stadiach wysiłkowego nietrzymania moczu, tj. w I i II. Im szybciej reagujemy po pojawieniu się pierwszych symptomów, tym rezultat będzie lepszy - przekonuje.*

**Jak przebiega proces leczenia?**

Jak wyjaśnia Agnieszka Harabin-Matysiak, zabieg laseroterapii trwa zazwyczaj około 20 minut, jest na ogół bezbolesny lub pacjentka może odczuwać niewielkie pieczenie lub mocne ciepło, w szczególności w przedsiomku pochwy. Regeneracja po laseroterapii trwa około 7 dni i w tym czasie zaleca się unikanie kąpieli w wannie, pływania w basenie czy innych zbiornikach wodnych, a także konieczne jest utrzymanie abstynencji seksualnej. *- Po zabiegu przez dwa do trzech dni może się również utrzymywać niewielki świąd okolic intymnych, który za-*

*zwyczaj podlega neutralizowaniu za pomocą globulek z kwasem hialuronowym. Kolejny zabieg wykonujemy nie wcześniej niż po 3 miesiącach od pierwszego celem polepszenia jego skuteczności, choć zwykle jednorazowe leczenie jest skuteczne przez około rok. Z moich kilkuletnich obserwacji wynika, że zabieg należy powtarzać raz do roku. Efekty zauważalne są już po miesiącu, ale ostatecznej oceny dokonujemy po 3 miesiącach od zabiegu - mówi Agnieszka Harabin-Matysiak.*

**Laser okiem urologa...**

W opinii dr. n. med. Andrzeja Przybyły, urologa i pioniera rehabilitacji urologicznej w Polsce, specjalizującego się w leczeniu nietrzymania moczu, laserowe leczenie wysiłkowego NTM jest w Polsce domeną ginekologów.

*- Bardzo niewielu urologów zajmuje się leczeniem nietrzymania moczu w ogóle, a co dopiero, jeśli chodzi o dodatkowe formy terapii, jaką jest laseroterapia - wyjaśnia. Jego zdaniem, metoda ta nie powinna być jednak stosowana w leczeniu pierwszorazowym i wymaga dokładnej kwalifikacji i selekcji pacjentek.*

*- Wągalna laseroterapia w leczeniu NTM ma coraz więcej zwolenników na świecie i powoli wchodzi do standardu jako metoda dodatkowa - jako leczenie drugiej linii, tj. po nieudanej terapii konserwatywnej, po tym, jak pacjentka nie uzyska poprawy w wyniku treningu mięśni dna miednicy, redukcji masy ciała, ewentualnie estrogenizacji, czy biofeedbacku - zaznacza dr Andrzej Przybyły. - W doświadczonych rękach może być metodą jak najbardziej bezpieczną. Wadą jest jednak konieczność powtarzania zabiegu oraz aktualny brak danych wieloletnich dotyczących oceny zwłóknienia tkanek po laseroterapii, czy możliwości uzyskania poprawy po niepowodzeniu tej metody - dodaje.*

Jego zdaniem, niezwykle ważnym w laserowej terapii NTM jest rozdzielenie terapii medycznej NTM od tzw. zabiegów estetycznych okolic intymnych - vaginal rejuvenation. *- Kategorycznie należy rozróżniać te dwie rzeczy, by nie stały się one synonimem i lifestylem zamiast medyczną. W przeciwnym wypadku doprowadzi to do wielu powikłań i cierpień pacjentek - ocenia urolog.*

**...i fizjoterapeutki**

Z rezerwą do tego typu zabiegów podchodzi również Martyna Kurtys, fizjoterapeutka uroginekologiczna i absolwentka wrocławskiej Akademii Wychowania Fizycznego. Jak podkreśla, coraz częściej ma do czynienia z pacjentkami, które są już po zabiegu laseroterapii i nie widząc oczekiwanych efektów, starają się jednak szukać pomocy w tradycyjnych ćwiczeniach i fizjoterapii. *- Dotychczasowe opinie, z jakimi spotykałam się ze strony moich pacjentek, wskazywały na to, że zabiegi laseroterapii są z jednej strony kosztowne, z drugiej natomiast nie przynoszą oczekiwanych i trwałych efektów - ocenia wrocławska fizjoterapeutka.*

# Jaki wpływ ma NTM na życie seksualne kobiet i ich partnerów?

lek. Zuzanna Znajdek, dr hab. n. med. Bartosz Dybowski  
Oddział Urologii, Szpital Kolejowy im. dr. Roeflera w Pruszkowie

**N**TM u kobiet negatywnie wpływa zarówno na ich zdrowie seksualne, jak i ich partnerów. Przyczynia się do obniżenia nastroju, depresji, unikania współżycia oraz pogorszenia jakości życia. Jest to problem często pomijany w trakcie badania lekarskiego. Terapia nietrzymania moczu w większości przypadków poprawia satysfakcję z życia seksualnego, nawet jeśli nie prowadzi do pełnego wyleczenia i ustąpienia objawów. Zadowolenie z życia, satysfakcja z seksu i ze związku to trzy domeny, które wzajemnie na siebie wpływają. Tak powszechny problem jak nietrzymanie moczu negatywnie wpływa na jakość życia, prowadząc w skrajnych sytuacjach do izolacji społecznej. W oczywisty sposób oddziałuje również na sferę seksualną.

Każdy rodzaj NTM, nawet jeżeli wyciek nie występuje podczas stosunku, zmienia zachowania seksualne i samopoczucie kobiet. Zaburzenia seksualne towarzyszące problemom z NTM zwykle pozostają niezdiagnozowane. Kobiety rzadko poruszają ten temat, jeśli nie padnie pytanie ze strony lekarza lub pielęgniarki. Niestety, nawet ¾ kobiet zgłaszających się do specjalisty z powodu NTM, nie jest pytana o zdrowie seksualne. Wynikać to może z poczucia braku odpowiedniego przygotowania lub umiejętności komunikacji po stronie lekarza oraz skrępowania pacjentek. Tymczasem nawet 10-56 proc. kobiet z NTM zmagają się z problemami związanymi z życiem seksualnym. Popuszczanie moczu w czasie współżycia płciowego występuje przede wszystkim u pań cierpiących na wysiłkowe nietrzymanie moczu o znacznym nasileniu, często wynikającym z niewydolności zwieracza cewki.

**Lęk przed popuszczaniem moczu**

NTM ma wieloczynnikowy wpływ, zarówno psychologiczny jak i organiczny, na aspekty seksualne. Nawet jeśli popuszczanie moczu nie występuje w trakcie aktu seksu-

alnego, NTM obniża samoocenę, pewność siebie, nastrój, a nawet wywołuje depresję. W efekcie spada zainteresowanie aktywnością seksualną. Kobiety z NTM unikają współżycia częściej niż zdrowe kobiety, a część z nich (od 6 do 38 proc., zależnie od typu badania) przyznaje, że ich życie seksualne w ogóle nie istnieje z powodu nietrzymania moczu. Powtarzające się incydenty popuszczania w czasie współżycia znacznie pogłębiają te niekorzystne procesy.

Wyciek może być wynikiem wysiłku podczas współżycia (częściej) albo skurczu pęcherza wywołanego orgazmem. Z powodu lęku przed wyciekem współżycie



Fot. fizkes - stock.adobe.com

rzadziej kończy się osiągnięciem orgazmu, za to częściej bywa bolesne. Po przebadaniu par, w których partnerki zmagają się z NTM, zauważono, że kobiety dotknięte nietrzymaniem moczu w porównaniu do zdrowych partnerów doświadczają więcej trudności w komunikacji i częściej unikają współżycia.

Stosunkowo niewiele wiadomo o tym, jaki wpływ NTM kobiet wywiera na życie seksualne ich stałych partnerów. Ciekawe informacje pochodzą ze szwedzkiego badania, w którym zgodziło się wziąć udział 99 aktywnych sek-



sualnie par. Średnia wieku uczestniczących w nim kobiet wyniosła 50 lat. Dla 90 proc. osób obojga płci seks był ważnym lub bardzo ważnym aspektem życia i 95 proc. była zadowolona z aktualnego związku. Zdecydowana większość par nie miała problemu z rozmową o problemach urologicznych pań. A jednak, nawet w tak komfortowych warunkach (zadowolenie ze związku, otwartość na rozmowę o problemach) objawy nietrzymania moczu i/ lub parć nagłych negatywnie wpływały na życie seksualne 43 proc. kobiet. Objawy urologiczne partnerek nie stanowiły jednak problemu dla 78 proc. mężczyzn. Co więcej, nie zmniejszały ich libido lub możliwości osiągnięcia orgazmu, lecz wynikały z trudności, jakie napotykały ich partnerki z utrzymaniem podniecenia i komfortu. Być może najlepiej obrazują to wypowiedzi respondentów:

**Mężczyźni:**

- Partnerka nie czuje się swobodnie ze względu na problemy z pęcherzem moczowym. To oczywiście dotyczy również mnie.
- Musi iść do toalety tuż przed stosunkiem.
- Moja partnerka ma problemy z pęcherzem. Prowadzi to do zmniejszenia pożądania.
- Jej pożądanie jest mniejsze niż wcześniej.
- Czasami brakuje jej chęci lub musi coś zrobić. Ona naprawdę nie może się zrelaksować i cieszyć.
- Nie czuje się czysta.
- Niestety moja żona nie uważa się za tak atrakcyjną jak wcześniej.

**Kobiety:**

- Rzadko czuję się świeżo i boję się zapachu moczu. Nie czuję się atrakcyjna.
- Jestem zniesmaczona, nieświeża.
- Czuję się jakbym była brudna i obrzydliwa.
- Trudno się cieszyć i zrelaksować z powodu obawy o wyciek moczu.
- Niektóre pozycje nie wchodzą w rachubę, ciężko mi się odprężyć, martwiąc się o wyciek.
- Słabo funkcjonujące życie seksualne, nigdy nie odważę się zrelaksować w pełni, bo wtedy pojawia się popuszczanie. Musimy przerywać, bo muszę iść do toalety, a mimo to popuszczam.
- Wyciek jest niewielki, ale powoduje niepewność i poczucie braku świeżości.
- Nie mogę współżyć, ponieważ natychmiast czuję obrzydliwy zapach moczu. Czuję, że jestem bezwartościowa, ponieważ popuszczam.

Prawie żaden mężczyzna (94 proc.) nie odczuwał lęku przed popuszczaniem moczu przez partnerkę w czasie stosunku. Lęk ten dotyczył zaś połowy ankietowanych kobiet. Połowa mężczyzn, których partnerki zgłaszały popuszczanie w czasie stosunku, nie zauważała tego i tylko jedna trzecia panów uważała to za problem. W tej samej grupie obie płcie rzadko obserwowały po-

puszczanie podczas gry wstępnej i stymulacji łechtaczki, zaś problem obserwowały zazwyczaj podczas penetracji lub orgazmu.

Dla pacjentek z nagłym nietrzymaniem moczu ból i suchość pochwy są zwykle ważniejszymi problemami wpływającymi na życie seksualne niż wyciek podczas stosunku, choć nie jest to regułą.

**Wpływ leczenia NTM na sferę seksualną**

Leczenie NTM związanego ze współżyciem warto zacząć od poinformowania i uświadomienia pacjentki o problematyce NTM. Są to etapy często pomijane w trakcie wizyt lekarskich. Wstępem do rozmowy w trakcie wizyty może być wypełnienie ankiety, np. Pelvic Organ Prolapse/ Urinary Incontinence Sexual Questionnaire. Wdrażanie określonych zachowań to kolejny etap leczenia NTM. Zalicza się do nich opróżnianie pęcherza i ograniczenie spożywanych płynów przed stosunkiem. Ćwiczenia mięśni dna miednicy wpływają pozytywnie na libido, osiągnięcie orgazmu, poprawę satysfakcji, zmniejszenie bólu. Co więcej, poprawiają ocenę zdrowia seksualnego kobiet z NTM, które nie skarżyły się wcześniej na problemy dotyczące współżycia. Wykazano, że wykonywanie ćwiczeń Kegla zmniejsza częstość epizodów NTM w czasie stosunku oraz przyczynia się do poprawy satysfakcji z życia seksualnego i samooceny wśród kobiet z mało nasilonym wysiłkowym NTM.

Również leczenie zachowawcze pęcherza nadreaktywnego skutkuje poprawą w zakresie trzymania moczu w trakcie stosunku. Ograniczone dane dotyczą badań nad leczeniem toksyną botulinową mięśnia wypieracza pęcherza. Jednak nie ma powodu, aby skuteczne zmniejszenie częstości parć nagłych nie poprawiało aspektów seksualnych, podobnie jak terapia farmakologiczna.

Najsukcesowniej i najpowszechniej stosowaną metodą leczenia nasilonego wysiłkowego NTM, które zazwyczaj odpowiada za zaburzenia seksualne, jest implantacja taśm podcewkowych. Globalna ocena satysfakcji z życia seksualnego wzrasta u ponad połowy kobiet po operacji. Poprawę w zakresie odczuwania orgazmu odnotowuje 1/3 pacjentek. Sposób implantacji może mieć znaczenie, choć ten aspekt nie był poddany rygorystycznym badaniom. Niemniej nieco lepsze efekty notowano po implantacji załonowej niż po przezczasłonowej. Ta różnica dotyczyła szczególnie odczuwania orgazmu.

Powrót pełnej kontynencji oznacza również powrót pewności siebie i komfortu, które są niezbędne kobietom, aby osiągały pełniejsze doznania. To z kolei przekłada się na wzrost zainteresowania seksem i większym pożądaniem. Te korzystne efekty przenoszą się na doznania partnerów. Wielokrotnie potwierdzono korzystny wpływ skutecznej terapii NTM u kobiet na ocenę satysfakcji z życia seksualnego mężczyzn.

*Piśmiennictwo u Autorów.*



# Zapobiega odparzeniom



**składniki aktywne:**

arginina, alantoina, biokompleks Iniany, pantenol, masło shea, olej canola, olej z pestek winogron, neutralizator zapachu

wspomaga regenerację skóry

91% osób zauważyło poprawę stanu skóry i brak nowopowstałych zmian na skórze\*



DOSTĘPNY W APTEKACH I SKLEPACH MEDYCZNYCH

\*Badanie na próbie 305 osób przeprowadzone przez Europejskie Centrum Opieki Długoterminowej w instytucjach opieki długoterminowej w Polsce w 2019 roku

# Kiedy ruch może być szkodliwy dla osoby z problemem nietrzymania moczu?

dr Magdalena Ptak, fizjoterapeutka uroinekologiczna  
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie



Fot. Aleksandra Suzi - stockadobe.com

**W**ciągnij brzuch! - podpowiadają wszystkie media. Znane gwiazdy pokazują swoje wysportowane sylwetki. Sami chwalimy się przeróżnymi aktywnościami sportowymi w mediach społecznościowych. Mamy znajomych crossfitowców, biegaczy, chodzących z kijkami i jeżdżących na rowerze, stałych bywalców siłowni i basenu. Każdy z nas zna kogoś takiego, kto mocno wniknął w ulubiony przez siebie sport. Wszystko krąży dookoła pięknej sylwetki jako sygnału dla otoczenia, jak dobrze sobie radzimy. Kult ciała, którym jesteśmy nasączeni, podpowiada, że są to łatwo zauważalne oznaki sukcesu. Modne jest bycie fit, sexy i glam. I nie byłoby w tym nic złego, gdybyśmy potrafili ocenić, czy aktywność fizyczna nie jest szkodliwa dla nas samych.

## Aktywność fizyczna a nietrzymanie moczu

Opierając się na dostępnych badaniach naukowych moż-

na z dużą pewnością stwierdzić, iż dla dna miednicy mniejszej, w którym położony jest pęcherz i cewka moczowa, niekorzystny jest wzrost ciśnienia śródbrzusznego. Zjawisko jest dobrze znane osobom, które doświadczają wycieku moczu podczas kasłania, kichania oraz skakania, dźwigania, marszu czy biegu. Wymienione aktywności fizyczne są dobrym przykładem, kiedy dno miednicy nie radzi sobie z dodatkowym ciśnieniem i nie odpowiada sprawnym napięciem struktur utrzymujących pęcherz i cewkę moczową, aby nie doszło do wycieku. Dlaczego tak się dzieje?

Być może przyczyną są słabe i rozciągnięte, po porodzie siłami natury, mięśnie dna miednicy. Młode kobiety, będące jeszcze przed porodem, zgłaszają raczej nadmierne napięcie w tej okolicy, a więc brak prawidłowej ich funkcjonalności i elastyczności. Być może mięśnie działają dobrze, ale powodem jest bardzo elastyczna



Fot. Maridav - stockadobe.com

tkanka łączna, która - szczególnie w kobiecym dnie miednicy - występuje w dużej ilości. Do tego dochodzą jeszcze liczne zmiany hormonalne. Przodopochylenie całej miednicy z jednoczesnym wypięciem pośladków sprawia, że ściana brzucha nie stanowi dobrego podparcia dla jego zawartości. Wspomniane wcześniej ciśnienie naciska w dół i wraz z grawitacją wpływa na wyciek moczu.

A co dzieje się, gdy nasze ciało przyjęło formę o kształcie jabłka (a nie gruszki), czyli nadmiar tkanki tłuszczowej pozostał ponad miednicą? Zyskałoby kolejne obciążenie okolicy pęcherza i cewki. Wraz z nietrzymaniem moczu mogą występować zaburzenia statyki, które skutkują przemieszczaniem narządu rodowego w dół.

## Jakich aktywności powinny wystrzegać się osoby z NTM?

Pamiętając o tym, należy zwrócić szczególną uwagę na dobór aktywności fizycznej, jaką serwujemy naszemu ciału, aby bez szkody korzystać z jej dobrodziejstw i nie dopuszczać do wystąpienia lub nasilenia nietrzymania moczu. Problem ten cały czas powraca w badaniach naukowych, ale dziś już wiemy, że dźwiganie ciężarów, skakanie, bieganie nie będą wskazane u wielu kobiet. W doborze aktywności ma znaczenie również wiek pa-

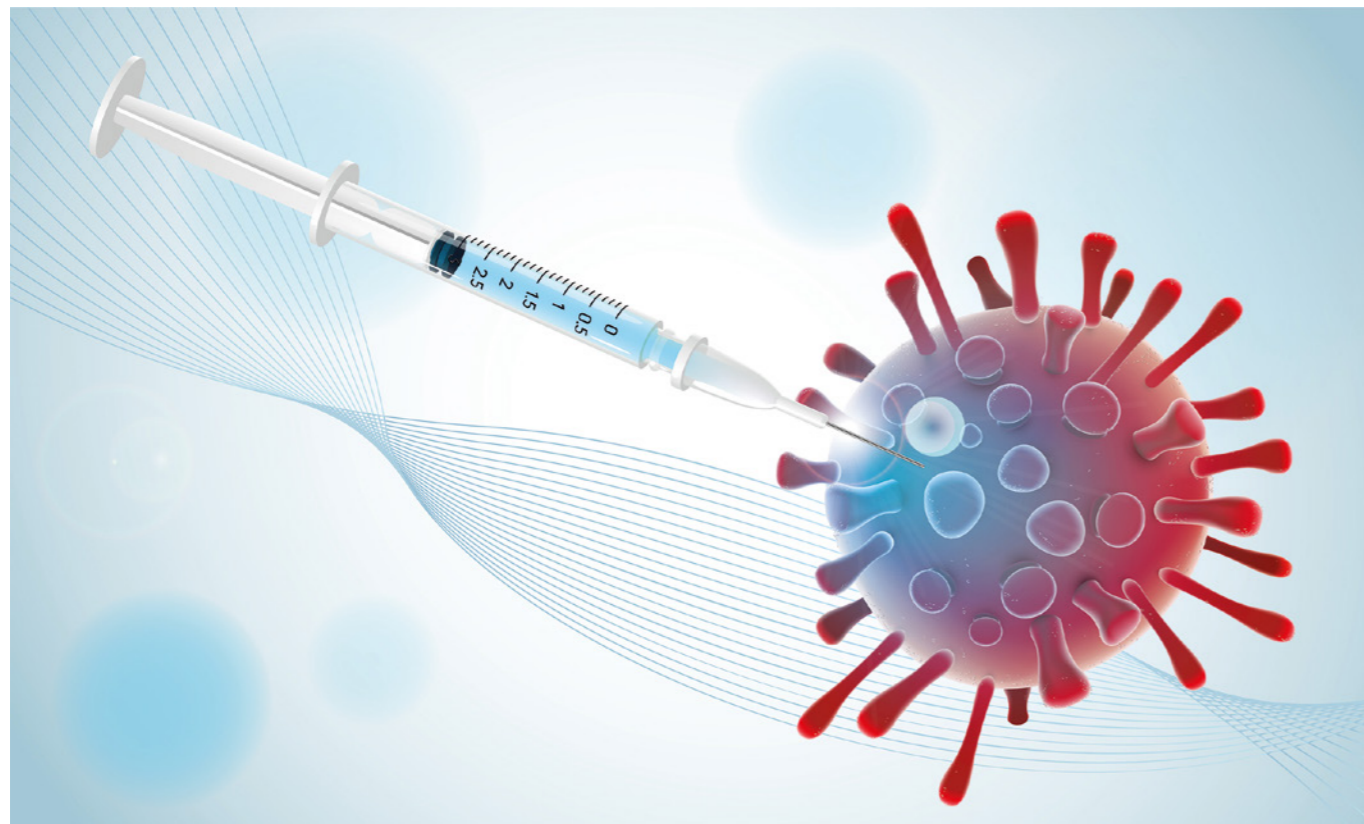
cientki i czas, jaki minął od ostatniego porodu, a u mężczyzn - od zabiegu usunięcia prostaty.

Osobiście zachęcam pacjentów do aktywności regularnej, umiarkowanej, różnorodnej. Podejście potwierdzają badania, które wręcz podkreślają zgubny wpływ sedenteryjnego trybu życia, jaki prowadzimy. Pozytywnie oceniane są takie dyscypliny jak nordic walking, pływanie, joga, metoda Pilates czy Fendelkrais, a także spokojna jazda na rowerze. Niektóre ćwiczenia można wdrożyć, kiedy prawidłowo stosuje się oddychanie, napięcie mięśni dna miednicy i innych stabilizatorów naszego ciała.

Jeśli po przeczytaniu tego artykułu obawiacie się podjąć samodzielnie decyzję o doborze aktywności fizycznej, proszę pamiętać, że profesjonalnie działający fizjoterapeuta uroinekologiczny, przy wykorzystaniu wywiadu, badania palpacyjnego, USG oraz elektromiografii powierzchniowej, bez problemu oceni stan dna miednicy i albo zachęci do systematycznej pracy usprawniającej, albo wskaże odpowiednią aktywność, być może z wykorzystaniem pessarów. Wspomniane postępowanie fizjoterapeutyczne dotyczy profilaktyki i wspomagania leczenia nietrzymania moczu zarówno u kobiet, jak i mężczyzn.

# Priorytetem są szczepienia przeciwko COVID-19

Violetta Madeja



Fot. Orkidia - stock.adobe.com

**S**zczepienia przeciwko COVID-19, zapowiedzi wprowadzenia podatku od reklamy wyrobów medycznych oraz niekończąca się odyseja refundacyjna to tematy, które zdominowały pierwsze miesiące tego roku w odniesieniu do legislacji.

Pierwszy kwartał 2021 roku upłynął pod znakiem szczepień przeciwko COVID-19. Jak poinformował Michał Dworczyk, szef Kancelarii Prezesa Rady Ministrów i pełnomocnik rządu ds. Narodowego Programu Szczepień Przeciwko Wirusowi SARS-CoV-2, tylko w pierwszym miesiącu trwania akcji szczepionkę przyjęło blisko 94 proc. lekarzy i 80 proc. pacjentów DPS.

## Ruszyły szczepienia dla przewlekle chorych - kto z nich skorzysta?

Na początku marca pełnomocnik rządu poinformował również o uruchomieniu rejestracji na szczepienia dla pacjentów przewlekle chorych, co nastąpiło 10 marca. Natomiast sam proces szczepień ruszył 15 marca. Nie obyło się jednak bez ogromnych wątpliwości - 4 marca przedstawiciele rządu poinformowali, że do grupy 1b - przewlekle chorych - zaliczane będą osoby urodzone

po 1961 roku ze stanami zwiększającymi ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19, tj. dializowane z powodu przewlekłej niewydolności nerek lub z chorobą nowotworową, w tych chorzy leczeni od 2020 roku chemioterapią lub radioterapią, pacjenci poddawani przewlekłej wentylacji mechanicznej, czy chorzy po przeszczepach komórek, tkanek, narządów, u których prowadzono leczenie immunosupresyjne. Te grupy pacjentów miały być, zgodnie z zapowiedziami, szczepione m.in. w stacjach dializ, w ośrodkach onkologicznych, w populacyjnych punktach szczepień lub też w domach (w przypadku pacjentów wentylowanych) w ramach świadczeń udzielanych przez tzw. zespoły wyjazdowe. Jednak już następnego dnia (5 marca), w opublikowanym rozporządzeniu określającym kolejność pacjentów poddawanych szczepieniom w grupie 1b nie uwzględniono - wbrew zapowiedziom - pacjentów onkologicznych, u których zdiagnozowano raka, ale nie wdrożono jeszcze leczenia. Wydane rozporządzenie nie uwzględniło więc rekomendacji Rady Medycznej działającej przez premierze Mateusza Morawieckiego, która wskazała na konieczność zaszczepienia nie tylko nowo zdiagnozowanych pacjentów onkologicznych, u których nie rozpoczęto terapii,

ale również chorych oczekujących na przeszczep, którzy zostali zakwalifikowani do transplantacji. Zdaniem pacjentów, wydane rozporządzenie nie jest aktem uprawniającym do szczepień, ale wykluczającym z nich. W opinii Doroty Korycińskiej, prezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej (OFO), radość chorych związana z zapewnieniem im bezpieczeństwa była przedwczesna. - Co ma zrobić pacjent oczekujący na zabieg ze świadomością, że naturalny w trakcie leczenia spadek odporności jest związany z wysokim ryzykiem ciężkiego przejścia COVID i dodatkowej łatwości zakażenia się wirusem? Dlaczego pominięci zostali operowani pacjenci onkologiczni? Do tej pory onkologia stąpała po kruchym lodzie, takie decyzje ten lód załamują. Mam obawy, że żadne apele nie pomogą, dopóki nie zapewni się chorym na raka minimum bezpieczeństwa, które mieli odzyskać dzięki szczepieniom - skomentowała prezes OFO.

## Dobre wieści dla chorych z rakiem prostaty

Na początku tego roku o dobrych informacjach mówią chorzy z rakiem prostaty. Roman Topór-Mądry, prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, rekomendował bowiem objęcie refundacją dwóch leków - enzalutamidu oraz darolutamidu - w ramach programu lekowego „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego (ICD-10 C61)”. W przypadku darolutamidu, objęcie refundacją uzależnione jest od pogłębienia przez podmiot odpowiedzialny już zaproponowanego instrumentu dzielenia ryzyka, a także zapro-

że lek ten w dawce 40 mg może być refundowany pacjentom w leczeniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowego wysokiego ryzyka (ang. castration-resistant prostate cancer, CRPC) bez przerzutów, w ramach wspólnej grupy limitowej dla wszystkich lutamidów dostępnych w ramach programu „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego (ICD-10 C61)”. Co więcej, zarówno prezes AOTMiT, jak i eksperci z Rady Przejrzystości wskazali, że do programu lekowego powinny wejść wszystkie trzy leki z grupy lutamidów, tj. enzalutamid, apalutamid i darolutamid. Natomiast tylko enzalutamid miałby być dostępny na wszystkich trzech etapach leczenia: przed przerzutami, z przerzutami przed chemioterapią i z przerzutami po chemioterapii.

## Nadal brak refundacji II linii leczenia OAB

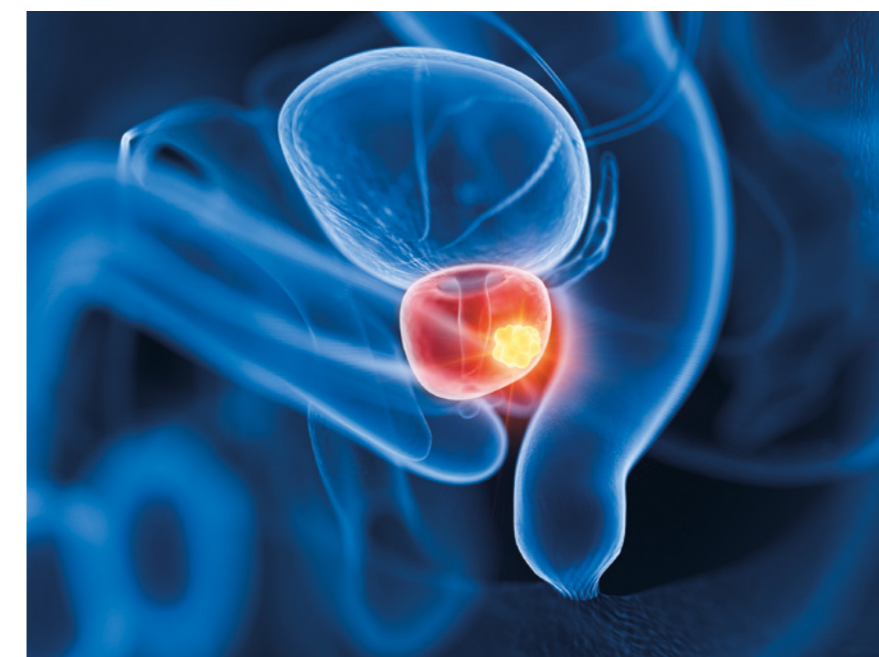
W lutym dobrych informacji nie doczekali się natomiast pacjenci oczekujący na nowe leki refundowane, stosowane w zespole pęcherza nadreaktywnego (OAB). Pomimo ich apeli i licznych interpelacji poselskich od prawej po lewą stronę polityczną, na liście nadal brakuje mirabegronu stosowanego w II linii leczenia OAB. Jak podkreśla Anna Sarbak, prezes Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”, Polska jest jedynym krajem UE, w którym chorzy nie mają dostępu do refundowanego leczenia II linii. Na refundację mirabegronu pacjenci czekają już siódmy rok.

## Lista leków dla seniorów 75+

Marcowe wykazy leków refundowanych przyniosły natomiast zmianę dla seniorów po 75. roku życia. Wśród 105 nowych leków dopisanych do wykazu znalazły się również preparaty zawierające solifenacynę, stosowaną w nietrzymaniu moczu. W ocenie producentów leków to dobra decyzja, bo pokazuje sukcesywne dążenie resortu zdrowia do rozszerzania bezpłatnej listy leków dla seniorów i co więcej, zwracania większej uwagi na potrzeby najstarszych Polaków.

Równie ważna zapowiedź ze strony wiceministra zdrowia Macieja Miłkowskiego padła również, na początku lutego, w rozmowie z portalem Polityka Zdrowotna. Odpowiedzialny za politykę lekową i refundację wyrobów medycznych wiceminister zapowiedział w niej wprowadzenie oczekiwanych przez pacjentów zmian związanych z limitami na środki chłonne.

- Chcemy (...) wprowadzić pewne zmiany dotyczące refundacji wyrobów medycznych na zlecenie, w szczególności



Fot. SciePro - stock.adobe.com

ponowanie dodatkowego instrumentu dzielenia ryzyka określającego maksymalny poziom wydatków ponoszonych przez płatnika publicznego. Natomiast w odniesieniu do enzalutamidu Rada Przejrzystości wskazała,

ści dotyczące zwiększenia limitów cen dla pieluchomajtek i wprowadzenia nowych grup wyrobów medycznych, i nowych wskazań dla produktów już refundowanych. Celem jest zmniejszenie odpłatności dla pacjentów, bo tam przez kilka lat nie zmieniały się limity cenowe - zapowiedział wiceminister Miłkowski na łamach portalu. Jak komentuje Anna Sarbak ze Stowarzyszenia „UroConti” - jest to długo wyczekiwana zmiana, o ile zmniejszenie odpłatności nie odbędzie się kosztem jakości refundowanych produktów. Anna Sarbak podkreśla jednocześnie, że ostatnia zmiana limitów cenowych w refundacji pieluchomajtek i ich zamienników miała miejsce ponad dwadzieścia lat temu.

### Nowy podatek uderzy w pacjentów?

Początek lutego wywołał również szeroką dyskusję związaną z planowanym nowym podatkiem od reklam internetowych oraz konwencjonalnych. Zgodnie z założeniami przedstawionymi w projekcie ustawy, wpływy z jego tytułu mają trafić w 50 proc. do Narodowego Funduszu Zdrowia, a w pozostałych 50 proc. do nowych instytucji - nowo utworzonego Funduszu Wsparcia Kultury i Dziedzictwa Narodowego w Obszarze Mediów (35 proc.) oraz Narodowego Funduszu Ochrony Zabytków (15 proc.). Nową składką miałyby zostać objęte podmioty będące dostawcami usług medialnych, nadawcami, podmiotami prowadzącymi sieci kin, podmiotami umieszczającymi reklamę na nośniku zewnętrznym reklamy oraz wydawcami świadczącymi usługi reklamy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

To jednak nie wszystko. Okazuje się bowiem, że w projekcie wyodrębniono dodatkowo specjalną grupę tzw. towarów kwalifikowanych, do których resort finansów zaliczył m.in. produkty lecznicze, suplementy diety, wyroby medyczne oraz napoje z dodatkiem substancji o właściwościach słodzących. Każda z tych grup - w zależności od wyliczeń progu - potencjalnie mogłaby być objęta dodatkowym podatkiem w wysokości od 10 do nawet 15 proc., czyli dwukrotnie wyższym niż w przypadku towarów spoza grupy towarów kwalifikowanych, dla których przyjęto „tylko” 7,5-procentowy podatek.

Rozwiązanie to zaniepokoiło producentów wyrobów medycznych, którzy wskazali, że przyjęcie nowych regulacji w tym kształcie sprawi, iż reklama sprzętu medycznego stosowanego przez osoby niepełnosprawne czy

przewlekle chore będzie opodatkowana składką wyższą niż w przypadku reklamy piwa. Przedstawiciele branży podkreślają, że sprzęt medyczny nie może być traktowany analogicznie jak produkty z tzw. pogranicza, które powinny być suplementami diety, ale rejestrowane są jako wyroby medyczne. Dodają również, że prawdopodobnie reklamę tych ostatnich ustawodawca chce w ten sposób ukrócić.

- Z pewnością nie można naszej branży zarzucić, że sprzęt medyczny jest kupowany w nadmiarze, zbyt często się reklamuje, czy robi to w sposób nieetyczny. Nikt, kto nie został przymuszony przez chorobę, nie będzie kupował pod wpływem reklamy pieluchomajtek czy protezy. To absurd - ocenia Patryk Sucharda, Public Affairs and Regulatory Manager z Essity Polska.

### Sklepy medyczne z wykwalifikowaną kadrą

Ważne zmiany mają objąć również sklepy oferujące wyroby medyczne. Zgodnie z propozycją Narodowego Funduszu Zdrowia, osoby pracujące w sklepach medycznych będą musiały posiadać odpowiednią wiedzę teoretyczną oraz praktyczną. Jaka wiedza będzie wymagana?



Fot. auremar - stock.adobe.com

Pracownicy sklepów będą musieli potwierdzić swoje kwalifikacje certyfikatem nadawanym po zaliczeniu testu teoretycznego oraz obserwacji w warunkach symulowanych i rzeczywistych w zakresie m.in. znajomości ogólnej budowy człowieka, charakterystyki wyrobu medycznego, aktualnych regulacji prawnych, realizacji procesu sprzedaży wyrobów medycznych, realizacji zlecenia i przygotowania dokumentacji towarzyszącej, sporządzania dokumentacji finansowej i rozliczeniowej z NFZ. Warto przypomnieć, że obecnie instytucją certyfikującą dla kwalifikacji jest Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych POLMED.

Nietrzymanie moczu

HARTMANN



„Dziękuję.  
Czuję się  
dobrze”

ZAMÓW  
bezpłatne  
próbki

MoliCare®  
Ochrona. Każdego dnia.



Wkładki i majtki chłonne dla osób aktywnych.

Korzystaj z nowych rozwiązań na czas COVID-19 bez wychodzenia z domu oraz pomocy Konsultantów CENTRUM WSPARCIA SENIORÓW.

Dowiedz się jak:

- Zamawiać produkty chłonne z dostawą do domu.
- Pozyskać i realizować zlecenie telefonicznie.
- Otrzymać dostęp do refundacji i dobrać produkt dla Twoich potrzeb.

CENTRUM  
WSPARCIA SENIORÓW

Bezpłatna infolinia

800 26 96 36

lub +48 532 085 395  
+48 42 22 52 752

(koszt połączenia wg standardowych stawek operatora)

www.hartmann.pl



SUPPORT  
IN CONTINENCE

Poszukujesz rzeczowych  
i praktycznych informacji  
na temat inkontynencji?

SPRAWDŹ NA:

[www.supportincontinence.org/pl](http://www.supportincontinence.org/pl)



**UroConti**  
Stowarzyszenie Osób z NTM



Nietrzymanie moczu może stać się również Twoim problemem, dlatego rozlicz swój PIT z nami!

**POMÓŻ NAM POMAGAĆ, PRZEKAZUJĄC SWÓJ**

**1%**

**Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”  
numer KRS: 0000276415**

Nasze oddziały: Bydgoszcz · Gdańsk · Kielce · Kraków · Łódź · Lublin · Poznań · Warszawa · Wrocław

Więcej informacji o tym jak przekazać 1% na [www.uroconti.pl](http://www.uroconti.pl)