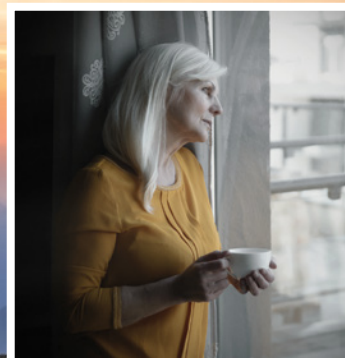


WYROBY MEDYCZNE

**Z powodu nietrzymania
moczu skazani
na „areszt domowy”**

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

**Powstał raport „NTM u osób
z cukrzycą - spojrzenie
interdyscyplinarne”**



WYWIAD

**Nietrzymaniem moczu
powinien zajmować się
ten, kto się na tym zna**



NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

**Wpływ mięśni dna
miednicy na jakość życia
seksualnego kobiet**



LECZENIE

Co dalej z tą robotyką?

To już trzynasty tydzień

W 2008 roku po raz pierwszy w Polsce obchodzono Światowy Tydzień Kontynencji. Wydarzenie, oficjalnie ogłoszone w tym samym roku przez Międzynarodowe Towarzystwo Kontynencji (ICS), stało się od tamtej pory niezmiennym elementem czerwcowego kalendarza, integrując środowiska pacjenckie i medyczne. To drugie reprezentowane jest zazwyczaj przez różne specjalizacje, poczynając od urologów, ginekologów, geriatrów czy fizjoterapeutów, poprzez pielęgniarki, położne, kończąc na lekarzach rodzinnych, w których gabinetach najczęściej wykrywane są pierwsze symptomy inkontynencji. Z czasem dochodziły nowe specjalizacje, a samo wydarzenie, na mocy porozumienia z ICS sprzed kilku laty, zostało przekazane do dalszej organizacji światowej federacji skupiającej podmioty pacjenckie – World Federation of Incontinence and Pelvic Problems (WFIPP).

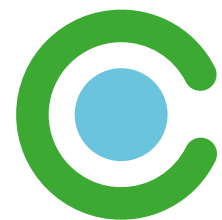
Polska edycja Światowego Tygodnia Kontynencji od początku ma niezmiennie tego samego gospodarza, którym jest Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”. Mam przywilej współpracować ze stowarzyszeniem od początku jego istnienia. Pozwala mi to z dłuższej perspektywy spojrzeć na rozwój zarówno samego stowarzyszenia, jak i Światowego Tygodnia Kontynencji w Polsce. I dlatego cieszę się, kiedy widzę tegoroczny program, jego zróżnicowane tematy, a przede wszystkim gości poszczególnych sesji. Tak szerokiej reprezentacji świata medycyny Światowy Tydzień Kontynencji w Polsce jeszcze nie miał.

To świadczy zarówno o powszechności problemu, jak również o wyjątkowym charakterze samego wydarzenia. Złożony problem, z którym muszą mierzyć się różne specjalizacje medyczne, powoduje coraz większe zainteresowanie multidyscyplinarną współpracą. Tym, co jest szczególnie dla mnie

budujące, jako osoby o niepoprawnym optymizmie, jest to, że pomimo oczywistej, często wręcz historycznej, rywalizacji między poszczególnymi specjalizacjami, młodsze pokolenia medyków bardziej koncentrują się na tym, co ich łączy, a nie dzieli. To dobra wiadomość dla wszystkich pacjentów, bo łączyć powinien właśnie pacjent i dążenie do rozwiązania jego problemów zdrowotnych.

Takie podejście może przynieść również pozytywne wiadomości z obszaru regulacji. Po wielu latach dyskusji, apeli i wzajemnego przekonywania się, obecny minister zdrowia zapowiedział po raz pierwszy od ponad 20 lat gotowość zmiany limitów cenowych na refundowane środki absorpcyjne. To ważna deklaracja, gdyż wiemy, że pieluchomajtką, rzecz jasna, nie wyleczymy nietrzymania moczu, ale możemy przyczynić się do powstrzymania wielu negatywnych jego skutków, takich jak wzrost ryzyka zakażeń, odleżyn, samizolacji, depresji czy niepotrzebnych hospitalizacji. Co prawda władza zapowiada jednocześnie wzrost niektórych limitów (pieluchomajtki, majtki chłonne, pieluchy anatomiczne), innych zaś obniżenie (wkłady urologiczne, podkłady), jednak trzeba uczciwie przyznać, że bilans dla pacjentów wydaje się być korzystny. Z pewnością sformułowanie „wydaje się” byłoby niepotrzebne, gdyby wreszcie minister zdrowia postawił „kropkę nad i”, wpisując do refundacji II linię leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego, na którą środowisko pacjentów i lekarzy czeka już siódmy rok. Być może wtedy 13. Światowy Tydzień Kontynencji byłby zapamiętany jako wyjątkowo szczęśliwy dla wielu Polaków zmagających się na co dzień z problemem inkontynencji.

Tomasz Michałek



Światowy
Tydzień
Kontynencji **2021**

SPIS TREŚCI

WYROBY MEDYCZNE

Z powodu nietrzymania moczu skazani na „areszt domowy” 4

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania neuromodulacji krzyżowej 6

WYWIAD

Nietrzymaniem moczu powinien zajmować się ten, kto się na tym zna 7

LECZENIE

Co dalej z tą robotyką? Rozwój robotyki w Polsce z perspektywy lekarza ginekologa (cz. 1) 11

Taśmy: złoty standard chirurgicznego leczenia wysiłkowego NTM? 13

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Powstał raport „NTM u osób z cukrzycą – spojrzenie interdyscyplinarne” 16

Jaki wpływ ma dobra kondycja mięśni dna miednicy na jakość życia seksualnego kobiet? 18

LEGISLACJA

Pacjenci czekają na spełnienie obietnic 19

Szanowni Państwo,

Gdybyśmy zadali Państwu pytanie: kto (w domyśle: który specjalista) powinien zajmować się leczeniem nietrzymania moczu, to jaka byłaby Wasza odpowiedź? Panie zapewne odpowiedziałyby, że ginekolog, a panowie, że urolog. A jak odpowiedział na to pytanie dr hab. Bartosz Dybowski z Oddziału Urologii Szpitala Kolejowego im. dr. Wł. Roefflera w Pruszkowie, z którym rozmawiał red. Tomasz Michałek? Zapraszamy Państwa do lektury tej, poruszającej wiele ciekawych wątków z zakresu diagnostyki i leczenia schorzeń układu moczowo-płciowego, rozmowy (str. 7).

Gorąco zachęcamy również do zapoznania się z artykułem „Jaki wpływ ma dobra kondycja mięśni dna miednicy na jakość życia seksualnego kobiet?” autorstwa dr Magdaleny Ptak, fizjoterapeutki uroginekologicznej (str. 18). Dowiedziecie się z niego m.in. dlaczego warto ćwiczyć mięśnie dna miednicy i jakie korzyści może przynieść ich dobra kondycja.

Zatrzymując się jeszcze przy problemie nietrzymania moczu, polecamy Państwa uwadze raport „NTM u osób z cukrzycą – spojrzenie inderdyscyplinarne”, który powstał w oparciu o badanie ankietowe przeprowadzone przez Stowarzyszenie Edukacji Diabetologicznej (SED) w grupie 400 osób z cukrzycą typu 1 i 2. Celem tego badania było poznanie częstotliwości występowania nietrzymania moczu u osób z cukrzycą, ocena poziomu ich wiedzy na temat NTM, a także wpływu tego schorzenia na jakość życia pacjentów. O raporcie i wynikach badania pisze (str. 16) dr n. o zdr. Beata Stepanow, szefowa SED. Na temat systemów robotowych wykorzystywanych w urologii już pisaliśmy. Tym razem poprosiliśmy jednak dr Ewelinę Malanowską z Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, aby spojrzała na rozwój robotyki w Polsce okiem praktyka – lekarza ginekologa. Swoje spostrzeżenia opisała w artykule „Co dalej z tą robotyką?” (str. 11), którego I część zamieszczamy w tym wydaniu Kwartalnika NTM.

Sporym zainteresowaniem naszych Czytelników cieszy się zawsze tematyka szeroko pojętej legislacji. Jakie korzystne zmiany w refundacji produktów leczniczych, na które czekają pacjenci, przyniósł drugi kwartał 2021 roku? Co czeka pacjentów w najbliższych tygodniach i miesiącach? O tym wszystkim pisze red. Violetta Madeja (str. 19), która na bieżąco śledzi wszystkie projekty rozporządzeń powstające w resorcie zdrowia i w każdym wydaniu Kwartalnika NTM stara się tłumaczyć zawartość systemu ochrony zdrowia.

Oczywiście, namawiamy Was do przeczytania całego wydania, nie tylko wspomnianych tekstów.

Maja Markłowska-Tomar

Redaktor naczelny: Tomasz Michałek; **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: Viloetta Madeja, dr Ewelina Malanowska, dr Magdalena Ptak, dr Beata Stepanow;
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

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

Z powodu nietrzymania moczu skazani na „areszt domowy”

Violetta Madeja



Fot. Proxima Studio - stock.adobe.com

Osoby niepełnosprawne, w tym także pacjenci zmagający się z nietrzymaniem moczu (NTM), przez ostatnie miesiące pozostawali w izolacji, chroniąc się przed ryzykiem zakażenia SARS-CoV-2. Niestety, pomimo szeroko promowanej akcji szczepień, ich wykluczenie i społeczna izolacja trwać będą dalej. Wszystko przez brak właściwego zabezpieczenia w nowoczesne środki chłonne, a także fatalną i niedostosowaną do ich potrzeb infrastrukturę miast i wsi, gdzie brakuje publicznych toalet.

Pandemia COVID-19 na wiele miesięcy ograniczyła mobilność społeczną w całej Polsce, dając nam poczucie bezpieczeństwa. Wielu Polaków w trakcie kolejnych lockdown'ów odczuło na własnej skórze codzienność osób zmagających się z niepełnosprawnościami, którzy pozostają w społecznej izolacji. Wraz z rozpowszechnieniem szczepień przeciwko COVID-19 dla wielu Polaków izolacja się zakończy. W tej grupie nie będzie jednak osób niepełnosprawnych, czy pacjentów z NTM, którzy nadal będą musieli żyć z ograniczeniami.

– Niestety w wielu miejscowościach osoby z niepełnosprawnościami, a także chorzy z NTM, zderzają się z wieloma barierami infrastrukturalno-architektonicznymi, które praktycznie ograniczają lub wręcz uniemożliwiają im normalne funkcjonowanie. Pierwszym prozaicznym przykładem jest nadal duży odsetek budynków, w których brakuje wind czy podjazdów – mówi Helena Kładko z Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego. Jak sama przyznaje, zarówno dla niej, jak i jej niepełnosprawnej córki, problematyczne jest również to, że nie wszyscy sąsiedzi ze zrozumieniem podchodzą do niepełnosprawności i często sami korzystają z udogodnień przygotowanych przez administrację budynków, blokując do nich dostęp osobom potrzebującym. Helena Kładko podkreśla również, że niepełnosprawni patrzą na przestrzeń publiczną z zupełnie innej perspektywy.

Toalety widmo

– Mieszkamy w Radomiu i o ile widać istotną poprawę m.in. w infrastrukturze chodników, które przy okazji re-

montów dróg są przebudowywane i dostosowywane, to już sieć toalet publicznych i dostęp do nich staje się czymś nieosiągalnym – przyznaje Helena Kładko.

Słowa te znajdują potwierdzenie w danych zebranych przez Główny Inspektorat Sanitarny, który w raporcie opublikowanym w 2019 roku wskazał, że w całej Polsce jest zaledwie 2720 toalet publicznych znajdujących się w obiektach miejskich, jak również w budynkach, których właściciele udostępniają je do użytku publicznego na podstawie umowy z miastem. Jak wskazuje Justyna Zborowska, PR manager w firmie Geberit, biorąc pod uwagę, że w kraju mamy ponad 1 tys. miast, dostępność toalet publicznych staje się ogromnym wyzwaniem.

– Sytuacja jest naprawdę słaba – na jedną toaletę przypada średnio 14 tys. osób. W samej Warszawie, według danych z listopada 2020 roku (dane za wyszukiwarką toalet w aplikacji Warszawa 19115), ogólnodostępnych toalet jest 360, co oznacza, że na jedną toaletę przypada ok. 5 tys. mieszkańców stolicy, a jeśli wliczyć w to także turystów, ludzi pracujących w Warszawie i innych „bywalców”, to do jednej toalety mogłaby ustawić się kolejka 6300 osób – wylicza Justyna Zborowska.

Dodaje, że źródła danych o dostępnych toaletach nie precyzują, ile toalet jest dostępnych w danym punkcie i czy są one przystosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. – Stan tych ubikacji w dużej liczbie przypadków pozostawia wiele do życzenia. Można zatem wywnioskować, że nasze społeczeństwo nie ma poczucia bezpieczeństwa w kwestii zaspokajania podstawowych potrzeb fizjologicznych, poruszając się po mieście czy w przestrzeni publicznej w ogóle. Tym bardziej takiego poczucia nie mają osoby z niepełnosprawnościami i ograniczeniami ruchowymi czy schorzeniami takimi jak NTM – przyznaje przedstawicielka Geberit.

Elżbieta Żukowska ze Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” dodaje, że słaba dostępność lub wręcz brak toalet publicznych stanowi ogromną barierę dla pacjentów z NTM. – Pacjenci mają problem z wyjściem z domu, bo trzyma się ich nieustannie myśl: co się stanie, jeśli będę musiał natychmiast skorzystać z toalety? Co zrobię, jak popuszczę i będzie ode mnie czuć nieprzyjemny zapach moczu? – mówi Elżbieta Żukowska. Jak podkreśla, wielu chorych nie ma wystarczających środków finansowych, by kupować dobrej jakości środki chłonne. Są one często poza zasięgiem finansowym zwłaszcza osób będących na rentach czy emeryturach.

– Niestety osoby te często nie mają możliwości skorzystania z refundacji, bo NFZ nie finansuje zakupu środków chłonnych w przypadku, gdy nietrzymanie moczu występuje bez choroby współistniejącej. Wielu chorych stara się kupować tanie podpaski, jednak one nie sprawdzają się. To tylko niektóre problemy wielu osób, które przez NTM popadają w domową izolację, apatię i depresję. To вина nie tylko bliskich, którzy wstydzą się zapytać o ten problem, ale przede wszystkim

lekarzy POZ, którzy powinni zwracać większą uwagę na problemy chorych z lekkim i średnim nietrzymaniem moczu – tłumaczy Elżbieta Żukowska. Pacjenci apelują więc, by Ministerstwo Zdrowia pochyliło się nad problemem osób zmagających się z NTM i umożliwiło im refundację środków chłonnych przy lekkim i średnim nietrzymaniu moczu, w tym m.in. specjalnych wkładek urologicznych, które w schorzeniu o takim nasileniu sprawdzają się najlepiej.

– Pacjenci, którzy chcą i uczestniczą aktywnie w życiu społecznym powinni przede wszystkim mieć możliwość zdiagnozowania, jakie nietrzymanie moczu mają i wówczas powinni dobrać z lekarzem bądź pielęgniarką odpowiednie dla nich środki chłonne – podkreśla Elżbieta Żukowska. Dodaje, że nietrzymanie moczu ma różne oblicza: tzw. kropelkowe, lekkie, średnie, ciężkie i całkowite (osoby leżące), dlatego też pacjenci powinni pamiętać o możliwościach, jakie daje szeroka gama produktów dostępnych na rynku. – Wszystkie środki są bardzo łatwe w użyciu, wytrzymałe, pochłaniające nieprzyjemne zapachy, a do tego dostępne są w wielu rozmiarach. Dobrze dopasowane dają chorym komfort życia. Trzeba tylko mieć odwagę powiedzieć lekarzowi o problemie i bez wstydu zrealizować zlecenie – podkreśla Elżbieta Żukowska.

Prostsza ścieżka do środków chłonnych

Przełamanie się pacjentów to również jedna z niewielu ostatnich barier do zaopatrzenia w środki chłonne. Jak przekonują rynkowi eksperci, pandemia COVID-19 sprawiła, że realizacja zleceń na wyroby medyczne, w tym środki chłonne, stała się zdecydowanie prostsza.

– Zmiany w refundacji wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, które zostały wdrożone podczas pandemii (m.in. zmiany dotyczące potwierdzenia odbioru wyrobu medycznego, który jest wysyłkowo dostarczany pacjentowi) umożliwiają łatwiejszy dostęp do wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, czy to ze względu na ograniczenia ruchowe pacjenta, czy sytuację związaną z COVID. Te rozwiązania powinny być wdrożone już dawno i bardzo cieszą nas prace nad zmianami legislacyjnymi, które na stałe mają uprościć wysyłkową sprzedaż refundowanych wyrobów medycznych – wskazuje Karolina Staniszevska z TZMO, właściciela marki Seni. Jak podkreśla, po latach stagnacji w refundacji środków pomocniczych Ministerstwo Zdrowia dostrzegło potrzebę zmian w tym zakresie i planuje zmiany w limitach finansowania środków chłonnych. Zmiany te w ocenie Karoliny Staniszevskiej obniżą koszty pacjenta związane z zaopatrzeniem w wyroby medyczne: pieluchomajtki, majtki chłonne i pieluchy anatomiczne, w przypadku, gdy pacjent wykorzystuje miesięcznie cały limit ilościowy na te produkty w refundacji, tj. 90 sztuk.

– Oczywiście coś kosztem czegoś – według planowanych zmian pacjenci, którzy korzystają z mniejszej liczby sztuk wyrobów chłonnych, pacjenci onkologiczni lub ci, którzy ko-

rzystają z wkładów anatomicznych lub podkładów, tej korzyści finansowej niestety nie odczują, a wręcz przeciwnie – dopłacą więcej niż do tej pory – wylicza przedstawicielka TZMO. Zapewnia jednak, że producenci środków chłonnych optymistycznie patrzą w przyszłość i cieszą się, że problem pacjentów z NTM został zauważony przez Ministerstwo Zdrowia.

- Samo wdrożenie eZWM jest już dużym krokiem w stronę uproszczenia wystawiania i realizacji zleceń. Możliwość realizacji zlecenia częściowo, tzn. w okresach nie krótszych niż miesiąc, jest również pozytywnie odbierana przez pacjentów. Nie muszą oni ponosić jednorazowo większych kosztów na zakup środków chłonnych. Sam fakt możliwości otrzymania od lekarza zlecenia wystawionego na 6 czy 12 miesięcy jest już ułatwieniem dla pacjenta, który nie musi iść na wizytę lekarską tylko po zlecenie, które jest wystawiane dla pacjenta, u którego problem z nietrzymaniem moczu nie jest przecież problemem chwilowym - podsumowuje Karolina Staniszevska.

Produkty chłonne wyznacznikiem jakości życia

Na potrzebę zniesienia ograniczeń związanych z refundacją środków chłonnych wskazują nie tylko pacjenci, ale również producenci wyrobów chłonnych. Marta Ma-

słowska-Sobczak z firmy Hartmann podkreśla, że obecnie pacjenci mogą zrealizować zlecenie na maksymalnie 90 sztuk środków chłonnych miesięcznie. Jej zdaniem ograniczeniem jest niewątpliwie limit finansowania po stronie NFZ, który sprawia, że większość pacjentów nie wykorzystuje całego limitu ilościowego, realizując wniosek na zaledwie 60 sztuk. W takim przypadku jakość produktu ma kluczowe znaczenie.

- Codzienne życie osób z nietrzymaniem moczu jest obarczone wstydem, zamartwianiem się oraz niepewnością. W rezultacie często wycofują się oni z życia towarzyskiego. Nietrzymanie moczu ma wpływ również na ich życie zawodowe. Dla osób dotkniętych problemem nietrzymania moczu jest szczególnie ważne, aby produkt chłonny spełniał ich oczekiwania, takie jak szybkie wchłanianie moczu, uczucie suchości i neutralizacja zapachu. - zauważa przedstawicielka firmy Hartmann i dodaje - Dostępne produkty chłonne z naszej linii MoliCare® są dyskretne i niewidoczne pod ubraniem. Dodatkowo nie krępują ruchów i zapewniają wysoki poziom chłonności. MoliCare® oferuje produkty, które są specjalnie dostosowane do anatomii mężczyzn i kobiet. Czy to lekkie, średnie czy ciężkie nietrzymanie moczu, produkty takie jak wkładki, majtki chłonne czy pieluchomajtki zaspokoją różne potrzeby.

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania zabiegów neuromodulacji krzyżowej

MIASTO	PLACÓWK	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. 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

Nietrzymaniem moczu powinien zajmować się ten, kto się na tym zna

O specyfice pracy urologa i właściwym podejściu do leczenia schorzeń układu moczowo-płciowego z dr. hab. Bartoszem Dybowskim z Oddziału Urologii Szpitala Kolejowego im. dr. Wł. Roeflera w Pruszkowie rozmawia Tomasz Michałek.

Ile ma Pan lat?

45.

W urologii to dużo czy mało?

Myszę, że to najlepszy wiek dla chirurga i dla urologa.

A ilu jest urologów w Polsce?

Twardych danych nie mam, ale spodziewam się, że ok. 1200.

Od wielu lat słyszę, że polską urologię zdominowała uroonkologia. Pan tę tezę potwierdza?

W sumie to dobrze byłoby, gdyby społeczeństwo traktowało nas jako lekarzy leczących nowotwory. Wydaje mi się, że spojrzenie przeciętnego Kowalskiego na urologa jest takie, że to „taki ginekolog od mężczyzny, co wkłada palec tam, gdzie nie trzeba i zajmuje się narządami płciowymi”. Rzeczywiście, zajmujemy się diagnostyką i leczeniem przerostu prostaty oraz chorób zewnętrznych narządów płciowych. Jednak tym, co zawsze staram się podkreślić w rozmowach z nie-lekarzami, jest fakt, że urologia w 50-70 proc. to onkologia. W naszym przypadku oznacza to zaangażowanie na każdym etapie: w akcje popularyzujące prewencję i badania przesiewowe, w diagnostykę i leczenie mające na celu wyleczenie pacjenta. Nie wiem, czy można powiedzieć, że onkologia nobilituje, ale w pewnym sensie chyba tak. Ale urologia to oczywiście nie jest wyłącznie specjalność onkologiczna, bo trzeba wymienić jeszcze co najmniej dwie bardzo duże gałęzie i szereg mniejszych, acz równie ważnych i ciekawych. Jedną z tych dużych jest urologia czynnościowa, która jest bardzo szerokim pojęciem, czasem niepotrzebnie zawężanym, a drugą - leczenie kamicy.

W takim razie porozmawiajmy chwilę o urologii czynnościowej. Mirabegron w pierwszej czy w drugiej linii leczenia farmakologicznego OAB?

Mirabegron pojawił się jako kolejny lek, właściwie pierwszy lek nowej grupy farmakologicznej służącej do



Fot. Materiały dr hab. Bartosza Dybowskiego

leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego, więc tylko historycznie jest lekiem „drugim”. Czy w związku z tym powinien być stosowany w drugiej kolejności? To jest lek równie skuteczny i mający nieco lepszy profil bezpieczeństwa niż cholinolityki [leki antycholinergiczne, takie jak: solifenacyna, tolterodyna, oksybutynina etc. - przyp. red]. Dlatego uważam, że powinniśmy mieć pełny wybór między cholinolitykami a mirabegronem w dowolnej fazie leczenia OAB.

Powinien zostać zrefundowany?

Oczywiście. Wiemy, że tutaj wchodzi kwestie kosztów, rozmaitych negocjacji. Trzeba zrozumieć, że firma, która jest jedynym w tej chwili producentem jedynego leku w jednej takiej klasie, musi też zarobić. Natomiast na pewno powinniśmy robić wszystko, żeby dostępność tego leku dla pacjentów była większa niż jest dzisiaj.

Czy jest jakaś alternatywa dla tego leku? A może jedyną alternatywą są cholinolityki?

Jeżeli chodzi o farmakoterapię, to tak. Oczywiście między cholinolitykami są różnice, ale nadal to jest ta sama grupa, obciążona tymi samymi działaniami niepożądanymi, lecz oczywiście charakteryzująca się dużą skutecznością, którą znamy.

A widzi Pan potrzebę pojawienia się nowych leków w leczeniu OAB?

To, że pojawiła się nowa grupa pod postacią właśnie beta 3-mimetyków (jej przedstawicielem jest mirabegron), to już zmieniło bardzo wiele. To tak jak w leczeniu innych przewlekłych chorób. Im więcej mamy grup leków, tym większe możliwości ich łączenia, zastępowania itp. Trudno mi powiedzieć nawet, co może wnieść nowy lek, gdyby stanowił zupełnie nowe podejście, natomiast z pewnością ułatwiłby leczenie trudnych przypadków.

Pęcherz nadaktywny, czy też, trzymając się bardziej rozpowszechnionej terminologii, zespół pęcherza nadreaktywnego, może być przyczyną nokturii?

Tak jest.

Czy powinniśmy się nokturii obawiać?

Obawiać się nie musimy, bo najczęściej wiemy, jak sobie z nią poradzić. Natomiast jest to objaw, na który warto zwracać szczególną uwagę, bo może prowadzić do zaburzeń snu i do całej kaskady rozmaitych niepożądanych zdarzeń, takich jak: zmęczenie, zaburzenia nastroju, urazy wywołane nocnymi wędrówkami do toalety, wybudzanie innych domowników. Nokturia jest, oprócz parć nagłych, jednym z najczęstszych objawów ze strony dolnych dróg moczowych, o które zawsze pytamy pacjentów i staraliśmy się im w tym zakresie pomóc.

Trzeba jednak pamiętać, że nokturia prowokowana nadmierną nocną produkcją moczu, czyli nocną poliurią, często bywa objawem niewydolności serca, podwyższonego nocnego ciśnienia tętniczego albo zespołu bezdechów sennych. Tym bardziej nie wolno nam tego objawu bagatelizować.



Fot. Materiały dr hab. Bartosza Dybowski

Tak jak mirabegron staje się standardem w leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego, tak standardem w leczeniu poliurii nocnej miała być desmopresyna. Czy Pana zdaniem tak się stało?

Mój mentor urologiczny, dr Janusz Judycki, który jest wybitnym, osiemdziesięcioletnim, ale wciąż aktywnym zawodowo urologiem, przyjął mnie dawno temu, w 1998 roku, do koła naukowego i podrzucił wówczas temat desmopresyny. Już wtedy ten lek był w Polsce dostępny, ale był stosowany głównie u dzieci z moczeniem nocnym. Tematem naszej pracy miało być zastosowanie desmopresyny w leczeniu nocnej poliurii i nokturii. To ile lat temu to było? 23. To chyba jest odpowiedź na pana pytanie. Są już nowe

formy tego preparatu. Pojawił się on w wytycznych dotyczących diagnostyki i leczenia nocnej poliurii. Na pewno w ostatnich kilku latach świadomość istnienia tego leku zwiększyła się wśród urologów. Natomiast nadal troszkę się boimy jego stosowania. Odczuwamy zapewne respekt przed zaburzeniami jonowymi, ale być może równie ważna jest świadomość, że trzeba poszukać przyczyny poliurii. A to wykracza już poza zakres naszej specjalizacji. Desmopresyna odgrywa ważną rolę w leczeniu tego objawu, ale nie może być traktowana jako panaceum.

Gdy leczenie zachowawcze nie pomaga, zostają nam zabiegi. W Polsce mamy to szczęście, że jest już z czego wybierać. I pozostając przy OAB, zacznę znowu od prostego pytania: neuromodulacja nerwów krzyżowych czy toksyna botulinowa?

To nie jest proste pytanie, ponieważ rozmawiamy o zabiegach zupełnie różnego kalibru. Dodatkowo, z neuromodulacją krzyżową polscy urolodzy mają jeszcze niewielkie doświadczenie. Z jednej strony to dobrze, że mają możliwość stosowania tej metody, ale od kiedy można ją stosować w Polsce? Od kiedy jest refundowana?

Od 2019 roku.

Właśnie, od dwóch lat. Doświadczenie większości z nas jest bardzo znikome. Głównie opiera się na wiedzy książkowej. Do tego publikowane badania obejmowały zwykle niezbyt liczne grupy pacjentów. Jednocześnie jest też pewna wątpliwość i niepokój, i dla pacjenta, i dla lekarza, zwłaszcza urologa, żeby implantować coś, co dociera elektrodą wprost do układu nerwowego. Na dodatek jest to urządzenie dość dużych rozmiarów, które implantuje się pod skórę. Tymczasem stosowanie toksyny botulinowej jest prostsze, w zasadzie jest czymś elementarnym dla nas, urologów, i uznajemy to za zabieg, który można wykonywać w trybie ambulatoryjnym, w znieczuleniu miejscowym. Ryzyko powikłań jest nikłe. Nie wkraczamy w zakres innego układu, nie ingerujemy bezpośrednio w układ nerwowy. Podsumowując, ja sam mam jeszcze bardzo dużo respektu dla neuromodulacji krzyżowej, ale cieszę się, że w Polsce ta metoda jest już stosowana i że moi koledzy i koleżanki nabierają w tym doświadczenia. To jest niezmiernie cenne, bo bez tego doświadczenia nie będziemy mogli w pełni odpowiedzieć na zadane przez pana pytanie.

O ile panowie nie mają tego typu dylematów, o tyle wiele pań zastanawia się, do kogo udać się z problemem nietrzymania moczu. Do urologa czy do ginekologa? Co by im doradził dr hab. Bartosz Dybowski, podkreślmy - specjalista urologii?

Kobiety zwykle odwiedzają ginekologa przez większość dorosłego życia. Do urologa wybierają się znacznie rzadziej, najczęściej w związku z objawem lub chorobą,



Zapobiega odparzeniom



składniki aktywne:

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

seni[®]
care

Krem ochronny
z arginina



SKUTECZNA
OCHRONA

bezzapachowy

• profilaktyka odparzeń i odleżyn
• pielęgnacja całego ciała

VEGAN



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

z którą lekarze innych specjalności nie mogą sobie poradzić. Wydaje się więc, że zawsze pierwszym lekarzem, z którym kobieta z nietrzymaniem moczu będzie chciała porozmawiać o tym objawie, będzie ginekolog. Pomijając już zupełnie kwestię niejasnego terminu „uroginekologia”, to zagadnienie wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet na pewno znajduje się na pograniczu dwóch dziedzin medycyny. I nie odkrywamy tutaj żadnej Ameryki, ponieważ chociażby w USA też jest na pograniczu. Wystarczy spojrzeć na afiliacje lekarzy biorących udział w wielośrodkowych badaniach dotyczących tego zagadnienia. Są tam i urolodzy, i ginekolodzy. Nietrzymaniem moczu u kobiet powinien zajmować się więc ten, kto się na tym zna i kto chce się tym zajmować. W związku z tym kobiety powinny trafiać do specjalistów, którzy chcą się poświęcić leczeniu zaburzeń czynnościowych dolnych dróg moczowych, w tym leczeniu nietrzymania moczu, i którzy potrafią samodzielnie radzić sobie z nieuniknionymi powikłaniami.

Przejdźmy do panów. Następnym etapem terapii uroonkologicznych u mężczyzn, takich jak radykalna prostatektomia, radio- czy chemioterapia, często jest nietrzymanie moczu. Wtedy pojawia się opcja zwieracza hydraulicznego. Ponieważ jest to już jednak terapia wysoko inwazyjna, chciałbym zapytać, kiedy jest ona już niezbędna?

To akurat proste pytanie. Możemy ocenić, czy nietrzymanie moczu jest mało, średnio czy bardzo nasilone za pomocą odpowiednich testów. Zwieracz hydrauliczny jest niewątpliwie rekomendowany do zastosowania w przypadku nietrzymania moczu wysiłkowego o dużym natężeniu, trwającego rok od operacji, która spowodowała uszkodzenie funkcji zwieracza. Natomiast, o dziwo, pomimo że metoda implantacji zwieracza hydraulicznego jest w Polsce dostępna i refundowana od wielu, wielu lat, pacjenci, moim zdaniem, mają złą dostępność do tej techniki.

Dlaczego?

Wpływa na to wiele czynników. Po pierwsze, jest to technika operacyjna, która wymaga doświadczenia i nie powinien się nią zajmować każdy. Ryzyko różnych komplikacji, reoperacji, zdecydowanie wzrasta wraz z brakiem doświadczenia. Jest ono duże w przypadku ośrodków, które robią to kilka razy w roku. W tym przypadku musi być pewna centralizacja, być może nawet narzucona w jakiś sposób z góry. Jednocześnie dostęp do tych centralnych ośrodków powinien być dobry, a dzisiaj go nie ma. Mówię z punktu widzenia centralnej Polski, w której pacjenci miotają się, mając zapisywane na karteczkach nazwiska kolejnych lekarzy. Trafiają do ich gabinetów, a nawet wtedy mają kłopot i oczekują wiele miesięcy czy nawet lat na to, żeby móc uzyskać pomoc, po którą przyszli.

Co jest tego przyczyną?

Bloki operacyjne są zajęte przede wszystkim urologią on-

kologiczną. Brakuje w nich miejsca na dość kosztowny zabieg, jakim jest implantacja zwieracza hydraulicznego. Ten zabieg zabiera dużo punktów, z których większość jest zużywana na zakup samego urządzenia i daje zarazem nie-duży zysk szpitalowi. W związku z tym dyrekcje ośrodków niechętnie widzą w nich implantowanie dużej liczby tego typu urządzeń.

To ma znaczenie?

Olbrzymie. To nie są drobne rzeczy. To właśnie z tego wynikają problemy. Pacjenci nie mają do tej terapii dostępu i szukają go w prywatnych ośrodkach, płacąc za to horrendalne pieniądze. A przecież teoretycznie powinni mieć wykonaną tę terapię w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

Na koniec muszę zapytać o robotykę. Jaki jest jej faktyczny wpływ na rozwój urologii w Polsce oczami specjalisty, przed którym jest jeszcze perspektywa wielu lat pracy?

Z punktu widzenia wyników czynnościowych prostatektomii radykalnej, a więc odsetka pacjentów trzymających moczu, a jeszcze lepiej odsetka pacjentów mających zachowany wzwód, to wprowadzenie urologii robotycznej powinno przyczynić się do poprawy wyników. Po pierwsze, jest to technologia, która generuje centralizację ośrodków. Nie będzie tak, że każdy oddział urologiczny będzie posiadał robota. Już teraz roboty pojawiają się w większych ośrodkach, z największą operatywą. Tak przynajmniej powinno być, bo powinni na nich pracować najlepsi specjaliści.

Drugi aspekt to ergonomia pracy. Prostatektomia z zaoszczędzeniem nerwów odpowiadających za wzwody i za trzymanie moczu jest operacją bardzo precyzyjną i żmudną. Użycie robota poprawia widoczność pola operacyjnego, które jest ukryte głęboko pod spojeniem łonowym. Nie męczy też tak bardzo urologa, dzięki czemu drugi kluczowy dla trzymanie moczu etap procedury, czyli zespolenie pęcherza z cewką moczową, może wykonywać nadal, dysponując dobrą koncentracją i pełną swobodą ruchów. W rozwoju robotyki w Polsce dopatruję się więc szans na poprawę wyników czynnościowych. To z kolei może przełożyć się na większe zaufanie pacjentów do urologów.

Z drugiej strony, nie należy się spodziewać poprawy wyników onkologicznych. Te nie zależą bowiem od techniki, lecz od odpowiedniej kwalifikacji i doszczętności [radykalności - przyp. red.] operacji. Dla pacjentów z miejscowo zaawansowanym rakiem prostaty ważniejszy obecnie wydaje się dostęp do protez i zwieraczy hydraulicznych niż do robota. Inaczej nadal pozostawiać będziemy po sobie inwalidów, chodzących do końca życia w pieluchach.

Dziękuję za rozmowę.

Co dalej z tą robotyką? Rozwój robotyki w Polsce z perspektywy lekarza ginekologa (cz. 1)

dr n.med. Ewelina Malanowska

Klinika Ginekologii, Endokrynologii, Ginekologii Onkologicznej SPSK1 PUM w Szczecinie, członek Education & Training Committee w Europejskim Towarzystwie Chirurgów Laparoskopowych (EAES)



Fot. Materiały Autorki

W ostatnich latach rozwój systemów robotycznych zrewolucjonizował rynek medyczny, stając się jednocześnie przełomem w jakości pracy lekarzy i w życiu pacjentów.

A wszystko zaczęło się po wydaniu sztuki „Rossumovi Univerzální Roboti” (z czes. Uniwersalne Roboty Rossuma), której autorem był pisarz Karel Čapek, gdzie po raz pierwszy użyto słowa „robot”. Wiele lat później pomysł operacji sterowanych przez robota zaczęli rozwijać eksperci NASA, którzy mierzyli się z problemem operacji przeprowadzanych w kosmosie.

Da Vinci króluje

Obecnie wiodącym graczem na rynku jest Intuitive Surgical Inc., który utrzymuje swoją pozycję dzięki silnej sieci

dystrybucji na całym świecie. Jednak poza systemem da Vinci dostępnych jest kilka konkurencyjnych. Technologia w systemach Transenterix czy Hugo pozwala już na sterowanie kamerą przez oko siedzącego za konsolą chirurga. Zabiegi z wykorzystaniem robota da Vinci przeprowadzane są w Polsce głównie w ośrodkach prywatnych. W okre-

Głównym i zarazem wspólnym zamierzeniem systemów robotycznych, a właściwie systemów asystujących, jest zrealizowanie czterech złotych celów: lepszej jakości, lepszej opieki, pogłębienia doświadczenia i obniżenia kosztów związanych z leczeniem.

ślonych wskazaniach świadczeniodawcy mogą uzyskać zwrot części kosztów z NFZ, resztę pokrywa pacjent lub operacja jest współfinansowana ze specjalnych grantów. Dzięki dotacjom z UE, nowoczesne zabiegi dostępne są również dla pacjentów

całkowicie bezpłatnie. To wsparcie finansowe pozwoliło uruchomić programy leczenia raka szyjki i trzonu macicy z wykorzystaniem robota da Vinci. W związku z tym, pomimo pandemii, w pierwszym kwartale 2021 roku polskie ośrodki zrealizowały 415 zabiegów, a to o 57 proc. więcej niż rok wcześniej.

Gdzie jest Polska?

Za Włochami, za Niemcami, USA? Jeżeli chodzi o rozkład geograficzny, to niestety cały czas zajmujemy miejsce w rubryce „and Rest of Europe”. Tytuły wykładów na zagranicznych kongresach brzmią dla polskiego specjalisty raczej depresyjnie: „10 lat w chirurgii robotycznej – doświadczenia własne” czy też „Certyfikacja w chirurgii robotowej – krzywa uczenia”. Oznacza to, że przed nami jeszcze daleka droga do osiągnięcia robotycznej jakości. Ale każdy kiedyś zaczynał, więc nie bójmy się nowej wiedzy i zbierajmy doświadczenie od zagranicznych kolegów. Jednak jeśli chcemy ich dogonić, to przede wszystkim musimy trochę przyspieszyć tempa. Niestety, wciąż mamy problem z niektórymi zaawansowanymi procedurami wykonywanymi drogą laparoskopii, a co dopiero z operacją robotyczną. Niezmiernie ważna jest również szczegółowa ocena wyników własnej pracy, a także porównanie ich z wynikami z innych ośrodków.



Fot. Materiały Autorki

Kluczem nie tylko finansowanie

Wdrożenie nowej technologii wymaga, poza nakładem finansowym, dobrej praktyki organizacyjnej. Ponadto, przy podejmowaniu takich decyzji inwestycyjnych powinniśmy wygenerować własne dane, które pomogłyby nam je zwerifikować. Dzięki projektom badawczo-wdrożeniowym HB-HTA-PL, czyli Szpitalnej Oceny Innowacyjnych Technologii Medycznych, możemy rzetelnie ocenić daną technologię, a także wprowadzić ją w życie.

Dlaczego więc mielibyśmy nie iść naprzód z techniką w polskiej medycynie? Pomimo że zakup takiej „zabawki” jak robot da Vinci jest drogi, to problem nie leży w samym robocie, ale w szkoleniu. Nie ma reguły, czy zaczynamy od laparoskopii czy chirurgii otwartej, liczy się doświadczenie

i wiedza o anatomii, a także o powikłaniach, które mogą nas spotkać na każdym kroku.

Nikt się nie zastanawia, czy wsiadając do samolotu, pilot, który przewozi na pokładzie 800 pasażerów, przeszedł jakiegokolwiek szkolenie symulacyjne? Programy VR Aviation (Virtual Reality Aviation) umożliwiają wybór samolotu, a nawet trening pod okiem świetnego mentora. A wszystko po to, by zadbać o bezpieczeństwo pasażerów. Chirurgi robotyczni są przyszłością medycyny, dlatego też wymagają profesjonalnego szkolenia. Ceny symulatorów robotycznych zaczynają się od 500 tys. zł i będą wzrastały wraz z rozwojem technologii. Urządzenia te są jednak niezbędne, gdyż dzięki nim możliwe jest trenowanie procedury „step by step”, jak i przeprowadzenie całej procedury – „total procedure” oraz zaopatrywanie komplikacji w trybie „complication management”. Warto rozważyć nowoczesny sposób edukacji również w kształceniu podyplomowym, gdyż na razie takie formy nauczania dostępne są w głównej mierze dla studentów medycyny.

Są ośrodki, w których lekarz rezydent może pomarzyć, aby dotknąć konsoli bądź w ogóle mieć możliwość asystować do zabiegu z użyciem robota. Wszystko zależy od centrum szkoleniowego, a przede wszystkim lekarzy, których wizja opiera się na budowaniu pracy zespołowej, dążeniu do rozwoju nowych metod operacyjnych i wprowadzaniu nowej, lepszej jakości.

Po co nam ta robotyka?

Do czego chirurgom potrzebna jest robotyka? Czy jesteśmy w stanie polepszyć nasze wyniki operacyjne dzięki systemom robotycznym? Słowem klucz jest tu – precyzja. Otóż dzięki owej „precyzji”, możemy dokładniej pacjenta zoperować. I tak ilu zwolenników robotyki, tylu przeciwników. Podobnie było z laparoskopią, gdy to wszyscy twierdzili, że lepiej widzą pole operacyjne z dostępu „na otwarto”, nagle zmieniając zdanie i przerzucając się na metody minimalnie inwazyjne. Jakoś wszyscy kiedyś byliśmy posiadaczami niezawodnej Nokii, a teraz nie możemy żyć bez smartfona. Mimo panującego sceptycyzmu, perspektywy na najbliższe lata wyglądają optymistyczne. W Polsce wciąż jest kilku lekarzy „napaleńców”, którzy nie odpuszczają i podejmują się walki o nowe jutro. Aczkolwiek droga ta nie należy do najłatwiejszych.

Nawiązując do pytania zawartego w tytule tego artykułu („Co dalej z tą robotyką?”), dodam, że tak naprawdę wszystko jest w naszych rękach. Dlatego zachęcam Państwa do wejścia w Światowy Tydzień Kontynencji z intencją podniesienia świadomości nie tylko na temat profilaktyki, ale i terapii, która powinna być na najwyższym poziomie. O tym, jaka ona będzie, zdecydujemy sami. Walka o jakość leczenia w Polsce, a przede wszystkim możliwość leczenia według najwyższych standardów oraz doskonalenie umiejętności, powinny stanowić priorytet. W końcu to nie robot leczy pacjenta, lecz człowiek.

Taśmy: złoty standard chirurgicznego leczenia wysiłkowego NTM?

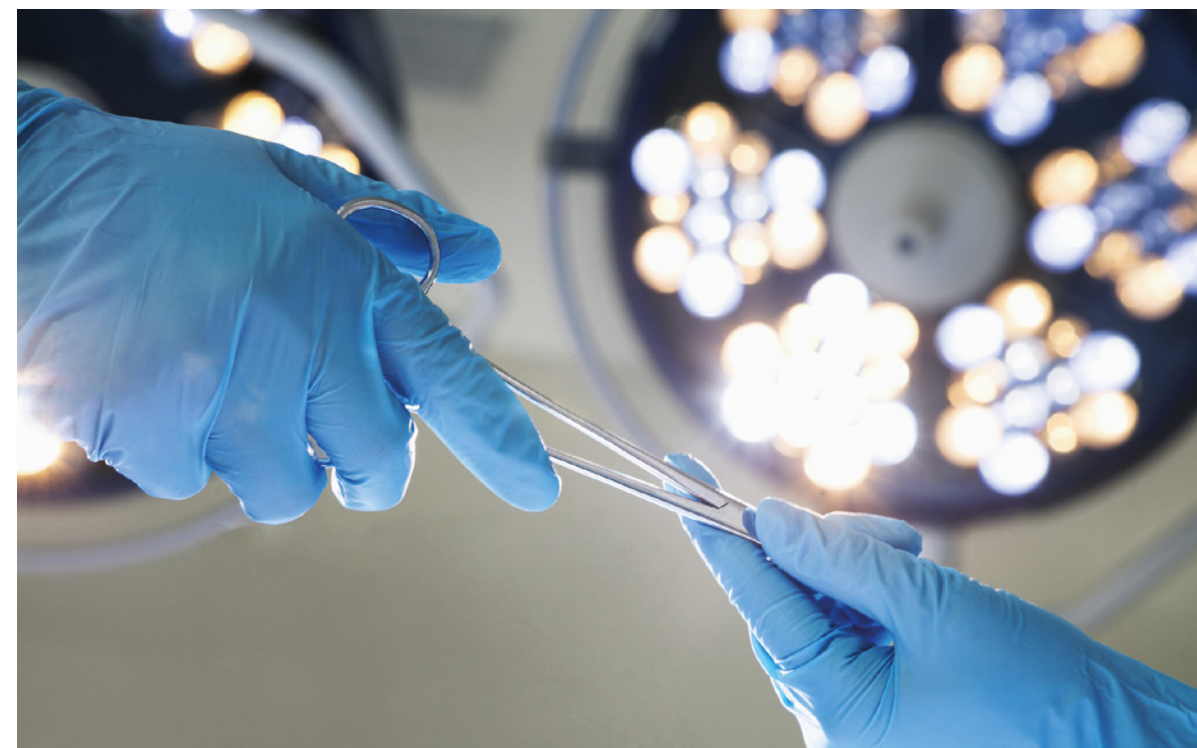
Violetta Madeja

Wysiłkowe nietrzymanie moczu to jeden z najczęściej spotykanych rodzajów inkontynencji występującej u kobiet. Klinicyści przekonują, że jednym ze złotych standardów leczenia tej dolegliwości – przy umiarkowanym i dużym nasileniu objawów – są zabiegi z wykorzystaniem taśm TOT (ang. Trans-Obturator Tape) lub TVT (ang. Tension-free Vaginal Tape). Jednocześnie przekonują, że dla powodzenia terapii ważne jest doświadczenie operatora przeprowadzającego zabieg.

Kiedy trzy lata temu w Wielkiej Brytanii zakazano stosowania taśm w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu, argumentując to pojawieniem się bardzo rzadkich, ale poważnych powikłań związanych z tą metodą leczenia, środowisko klinicystów nie kryło zdziwienia. Okazuje się jednak, że decyzja ta mogła zostać podjęta na wyrost, bowiem – jak przekonują lekarze ginekolodzy i urolodzy – na całym świecie w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu o silnym bądź umiarkowanym nasileniu, najlepsze efekty osiąga się właśnie dzięki zabiegom z wykorzystaniem taśm.

– Rzeczywiście, w 2018 roku w Wielkiej Brytanii zawieszono stosowanie taśm, pozostawiając jedynie klasyczną operację Burcha lub ostrzykiwanie materiałami uszczelniającymi, których skuteczność w usuwaniu symptomów wysiłkowego nietrzymania moczu nie przekracza 30–40 proc. w obserwacji rocznej. Natomiast klinicyści na całym świecie – w tym również prof. Linda Cardozo oraz prof. Dudley Robinson, czyli top of the top brytyjskich specjalistów zajmujących się leczeniem nietrzymania moczu – nadal przekonują, że wykorzystanie taśm ma swoje uzasadnienie – podkreśla w rozmowie z „Kwartalnikiem NTM” prof. dr hab. Tomasz

Rechberger, specjalista ginekolog, ordynator Oddziału Ginekologii Operacyjnej w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 4 w Lublinie. Jak dodaje, wstrzymanie zabiegów z wykorzystaniem taśm w Wielkiej Brytanii nie znalazło poparcia w stanowiskach międzynarodowych towarzystw naukowych, takich jak ICI, ICS czy IUGA, które dalej rekomendują slingi podcewkowe jako złoty standard w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet.



Fot. xixinxing - stock.adobe.com

Potwierdza to również urolog prof. dr hab. Jerzy Gajewski, były prezes Kanadyjskiego Towarzystwa Urologicznego, na co dzień praktykujący w Kanadzie. Jego zdaniem zarówno taśmy, jak również siatki pochwowe, są złotym standardem w chirurgicznym leczeniu wysiłkowego NTM.

– Stanowisko Kanadyjskiego Towarzystwa Urologicznego w sprawie stosowania taśm przezpochwowej jest następujące: w przypadku zaproponowania pacjentce taśmy do leczenia wysiłkowego NTM należy poinformować ją o potencjalnych powikłaniach związanych z zabiegiem i taśmą – tłumaczy prof. Jerzy Gajewski. I dodaje, że kanadyjskie towarzystwo zrzeszające urologów również wyszło z założenia, że stosowanie siatki pochwowej i syntetycznych

taśm w chirurgicznym leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu jest właściwym wyborem dla kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu, o podobnej skuteczności, ale mniejszym ryzyku pojawienia się powikłań niż konwencjonalne techniki.

– *Stanowiska American Urogynecologic Society (AUGS - red. Amerykańskie Towrzystwo Uroginekologiczne) oraz Society for Urodynamics, Female Pelvic Medicine and Urogenital Reconstruction (SUFU - red. Towarzystwo Urodynamiki, Medycyny Miednicy Żeńskiej i Rekonstrukcji Moczowo-Płciowej) w sprawie zastosowania taśm z siatki polipropylenowej do wodzą, że są one standardem postępowania w chirurgicznym leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu i stanowią duży postęp w leczeniu tego schorzenia* – mówi prof. Jerzy Gajewski.

Doświadczenie lekarza ma ogromne znaczenia

Obaj klinicyści zastrzegają jednak, że zabiegowe leczenie wysiłkowego NTM powinno zostać poprzedzone kompleksowo przeprowadzoną diagnostyką, a efekty zabiegu zależą będą m.in. od doświadczenia samego operatora.

– *Ważne jest, aby przyznać, że niektórzy pacjenci cierpią na poważne komplikacje, których nie da się łatwo naprawić. Większość kobiet, ponad 90 proc., doświadcza subiektywnej i obiektywnej długotrwałej poprawy wysiłkowego NTM po leczeniu przez doświadczonego chirurga. Dobre rezultaty leczenia uzyskamy po odpowiednim zakwalifikowaniu pacjentek i w momencie, gdy operacja jest przeprowadzona przez dobrze wyszkolonego operatora* – przekonuje prof. Jerzy Gajewski.

Podobnego zdania jest prof. Tomasz Rechberger, który podkreśla, że taśmy są powszechną formą zabiegowego leczenia wysiłkowego NTM w Polsce, a problem z ich wykorzystaniem leży przede wszystkim w jakości przeprowadzonego zabiegu. – *Taśma musi leżeć w środkowym odcinku cewki moczowej. Nie może leżeć na szyi pęcherza, przechodzić przez pochwę czy przez pęcherz moczowy. Od tego zależy skuteczność przeprowadzonego zabiegu* – tłumaczy prof. Tomasz Rechberger, który co miesiąc wykonuje około 40 tego typu zabiegów.

Odnosząc się do posiadanego doświadczenia operatora żartuje, że gdyby teraz usiadł za sterami F-16 to zapewne przy próbie startu z lotniska... skończyłby na

jego ogrodzeniu. – *Czy to oznacza, że F-16 jest złym samolotem? W żadnym wypadku! To pokazuje, że pilot był zły i nie przeszedł właściwego przeszkolenia. Według kryteriów National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE - red. brytyjska agencja rządowa przygotowująca krajowe wytyczne i porady dla poprawy opieki zdrowotnej i społecznej), chcąc zapewnić wysoką jakość przeprowadzonych zabiegów i ich powtarzalność oddział powinien wykonywać minimum 50 do 80 zabiegów rocznie. W naszym ośrodku w Lublinie taką liczbę procedur wykonujemy w ciągu 2 miesięcy, a pacjentki przyjeżdżają do nas z całej Polski* – tłumaczy klinicysta.

Powikłania są możliwe, ale nie ma alternatywy

Jak podkreśla prof. Jerzy Gajewski, przed podjęciem ostatecznej decyzji o przeprowadzeniu zabiegu z wykorzystaniem taśm TVT lub TOT, lekarz powinien poinformować pacjentkę o potencjalnych powikłaniach związanych z zabiegiem i taśmą. W zagranicznej literaturze wśród powikłań leczenia zabiegowego wysiłkowego NTM wymienia się m.in. nadreaktywność pęcherza (u 5-10 proc. pacjentek), ryzyko uszkodzenia pochwy, pęcherza, cewki moczowej lub naczyń krwionośnych (wymagają reoperacji), czy też ryzyko infekcji dróg moczowych, bądź problemy z oddawaniem moczu wymagające cewnikowania po zabiegu. Warto jednak podkreślić, że wskaźniki powodzenia tej formy leczenia oszacowane przez NICE wahają się od 82 do 96 proc.

Alternatywą w leczeniu wysiłkowego NTM może być laseroterapia lub ostrzykiwanie toksyną botulinową. Jednak zdaniem klinicystów obie te metody mają zdecydowanie niższą skuteczność. W przypadku samego ostrzykiwania toksyną botulinową skuteczność w usuwaniu symptomów wysiłkowego nietrzymania moczu nie przekracza 30-40 proc. Z kolei laseroterapia – jeśli już zostanie zalecona – może przynosić efekty wyłącznie w przypadku pacjentek z lekką postacią wysiłkowego NTM.

– *Niestety musimy pamiętać, że 90 proc. przypadków wysiłkowego nietrzymania moczu wynika z hipermobilności cewki moczowej, która może przekraczać nawet 30-35 proc. W takiej sytuacji u pacjentek dochodzi do gubienia moczu m.in. w trakcie prozaicznego kichania czy dźwigania. Niestety w takich przypadkach nie ma możliwości, by laseroterapia była w stanie zminimalizować dolegliwości ze strony*

układu moczowego i ustabilizować cewkę moczową – ocenia prof. Tomasz Rechberger.

Pozytywne doświadczenia pacjentek

W sieci łatwo można znaleźć również opinie samych pacjentek, które zdecydowały się na leczenie zabiegowe z wykorzystaniem taśm TOT i TVT. Z większości komentarzy płynie jasny przekaz, że ta forma leczenia jest skuteczna i potwierdzenie słów obu naszych rozmówców, że warto szukać opinii o operatorach.

„Miałam taki zabieg 14 lat temu w Łodzi w Koperniku. Lekarz, fachowiec, wykonał swoją pracę bardzo dobrze. Żadnych komplikacji ani niespodzianek. Bez bólu i powikłań. Dość szybko doszłam do formy” – pisze jedna z pacjentek. I dodaje, że w jej przypadku taśma okazała się skutecznym remedium na dolegliwości wynikające z NTM i przez wiele lat od zabiegu nie daje żadnych oznak obecności.

W podobnym tonie wypowiada się również pacjentka lubelskiego ośrodka. „Miałam operację rok temu w Lublinie, przeprowadzał ją prof. Tomasz Rechberger. Sam zabieg był wykonywany laparoskopowo przez dwa małe nacięcia w pachwinach. Założone po dwa szwy w niczym nie przeszkadzały. Muszę przyznać, że komfort życia jest teraz ogromny, nie mam żadnego problemu podczas skakania, kichania, ćwiczeń itp. Przed operacją kilku lekarzy radziło mi, żeby czekać, że dolegliwości przejdą, że jestem młoda i takie problemy są normalne po porodach. Niestety z każdym dniem było coraz gorzej. W końcu trafiłam do profesora, który mnie właściwie zdiagnozował. Żałuję, że męczyłam się rok od urodzenia drugiego dziecka. Dodam, że miałam wówczas niespełna 30 lat, prowadziłam wcześniej aktywny tryb życia, a z moją postacią wysiłkowego NTM nie mogłam nic podnieść, kichnąć, skoczyć, bo zaraz czułam uciekający mocz. Teraz mam taśmy t-sling i moje życie jest w pełni komfortowe. Te niedogodności pooperacyjne są tego warte” – przekonuje pacjentka. Wszystko zatem wskazuje na to, że w zabiegowym leczeniu wysiłkowego NTM nie ma obecnie skuteczniejszej alternatywy dla taśm. Warto jednak zwrócić uwagę na doświadczenie ośrodka, w którym przeprowadzony będzie zabieg.

TOT (ang. Trans-Obturator Tape) – taśma syntetyczna wprowadzana pod środkowy odcinek cewki moczowej, ale nie ku górze, za spojeniem łonowym, tylko pomiędzy tzw. otworami zasłonionymi. Taśma przebiega bardziej poziomo i nie występują powikłania wynikające z jej przeprowadzenia za spojeniem łonowym.

TVT (ang. Tension-free Vaginal Tape) – taśma syntetyczna zakładana na drodze przezpochwowej, zakładana jest nie na szyję pęcherza, a na środkowy odcinek cewki moczowej.

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.

Powstał raport „NTM u osób z cukrzycą - spojrzenie interdyscyplinarne”

dr n. o zdr. Beata Stepanow

Prezes Stowarzyszenia Edukacji Diabetologicznej

e-mail: beatastepanow@sed-edu.pl

Nietrzymanie moczu (NTM) uważane jest przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) za jeden z ważniejszych problemów zdrowotnych XXI wieku i ma status choroby społecznej. W 2008 roku szacowana liczba osób z NTM na świecie wynosiła 346 mln, a w 2013 roku już 383 mln. Szacuje się, że w Polsce problem NTM może dotyczyć ok. 2,5 mln osób.

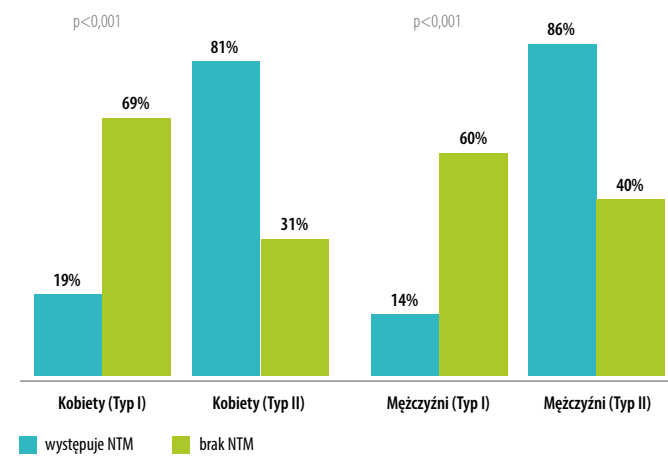
Cukrzyca to cicha pandemia XXI wieku, nazywana „współczesnym koniem trojańskim”. W Polsce choruje na nią obecnie ponad 2 mln osób, a według prognoz w 2025 roku będzie chorowało ponad 2,7 mln. W raporcie „NTM u osób z cukrzycą” zmierzono się z tymi dwoma wyzwaniami naszych czasów, które wymagają podejścia interdyscyplinarnego.

W opublikowanym w 2018 roku raporcie „Polska rodzina z cukrzycą”, w pytaniu o występowanie chorób współistniejących towarzyszących cukrzycy, 5 proc. respondentów chorujących na cukrzycę typu 1 (N=310) wskazało na nietrzymanie moczu. Co ważne, nie było ono wymienione na liście jako „do wyboru”, pacjenci sami wpisali je w miejsce „inne”.

W odpowiedzi na ten niepokojący sygnał ze strony osób chorych na cukrzycę Stowarzyszenie Edukacji Diabetologicznej poszło o krok dalej i przeprowadziło badanie ankietowe wśród 400 osób z cukrzycą typ 1 (N=150) i typu 2 (N=250). Celem badania było poznanie częstotliwości występowania nietrzymania moczu u osób z cukrzycą wraz z oceną ich poziomu wiedzy na temat NTM, a także wpływu tego schorzenia na jakość życia pacjentów. Badaną grupę tworzyło 65 proc. kobiet i 35 proc. mężczyzn. Średni wiek badanych wynosił 55,9 lat ($\pm 10,2$). Średni czas trwania choroby to 11,09 lat ($\pm 6,34$). Badani wypełniali ankiety samodzielnie lub przy wsparciu edukatora do spraw diabetologii. Kwestionariusz ankiety zawierał 15 pytań. Wśród wielu danych znaczące są wyniki, które wskazują, iż u 82 proc. osób z cukrzycą typu 2 (N=250) i 26 proc. osób z cukrzycą typu 1 (N=150) występuje nietrzymanie moczu, a pozostałe osoby są w grupie ryzyka. Nikt z badanych nie znał metod leczenia nietrzymania moczu. 58 proc. osób z cukrzycą nie wie nawet, jakie są środki absorpcyjne, które mają zastosowanie w nietrzymaniu moczu. Natomiast 20 proc. nie wie, co to jest środek absorpcyjny.

Biorąc pod analizę występowanie nietrzymania moczu z uwzględnieniem typu cukrzycy i płci, okazuje się, że w grupie kobiet i mężczyzn istnieje istotna statystycznie różnica. Otóż u kobiet z cukrzycą typu 2, jak i u mężczyzn z cukrzycą typu 2, częściej diagnozuje się NTM. Wyniki wskazują, że nietrzymanie moczu dotyczy obu płci, a brak wiedzy na temat NTM przez osoby z cukrzycą świadczy o tym, że nie porusza się przez zespół opiekujący się osobami chorymi na cukrzycę tematów wstydlivych, jakim niewątpliwie jest NTM.

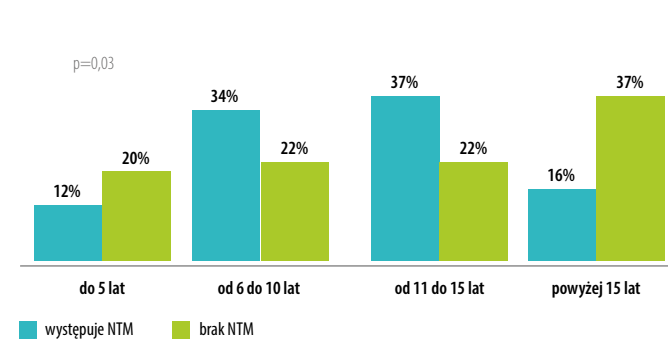
Wykres 1. Występowanie NTM w badanej próbie badawczej z uwzględnieniem typu cukrzycy i płci N=400.



Źródło: Stepanow B. (red), Raport „NTM u osób z cukrzycą - spojrzenie interdyscyplinarne”, Warszawa, 2021.

Interesujące wyniki uzyskano, analizując występowanie nietrzymania moczu z uwzględnieniem lat chorowania na cukrzycę. Osoby, u których występuje NTM chorują krócej.

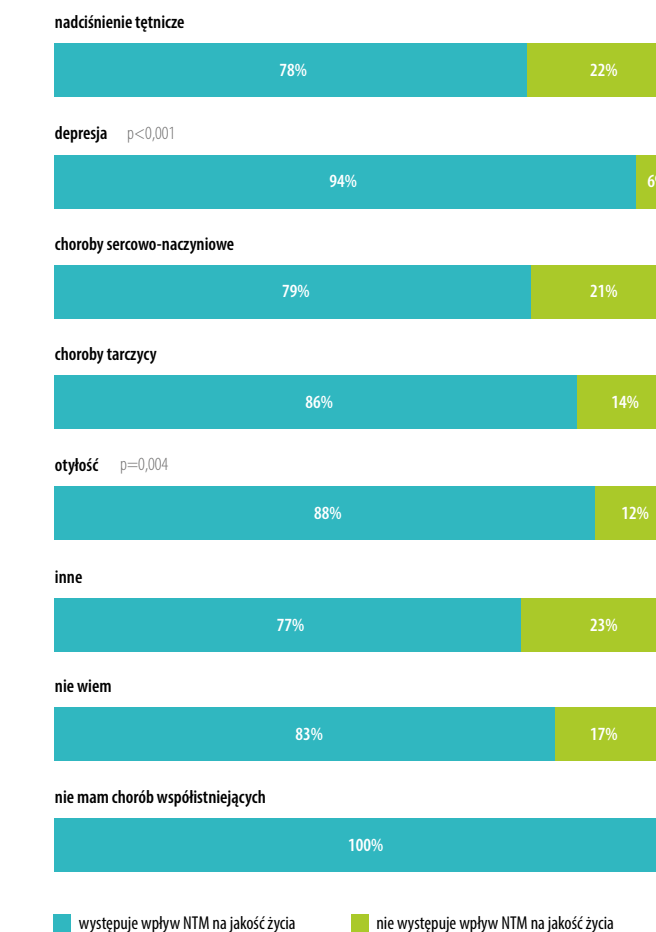
Wykres 2. Występowanie NTM w badanej próbie badawczej z uwzględnieniem lat chorowania na cukrzycę N=400



Źródło: Stepanow B. (red), Raport „NTM u osób z cukrzycą - spojrzenie interdyscyplinarne”, Warszawa, 2021.

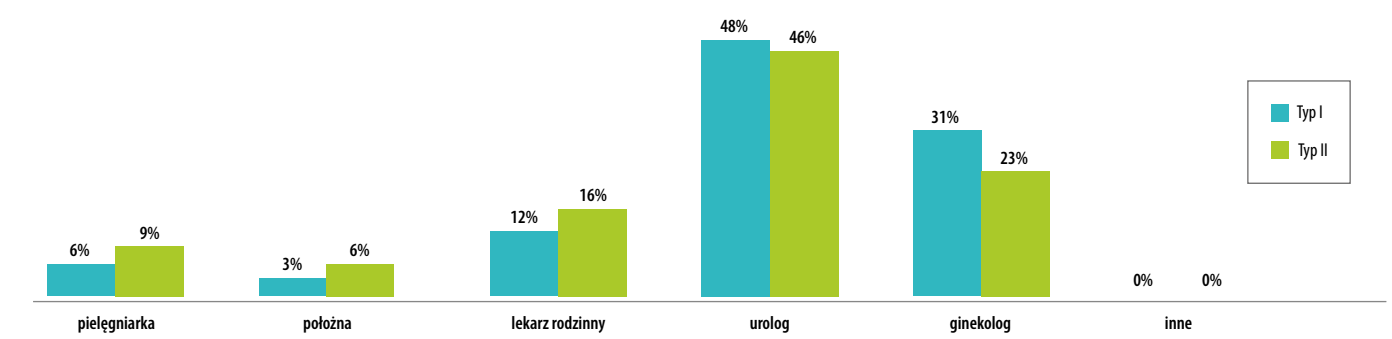
NTM ma częściej wpływ na jakość życia u osób chorych na cukrzycę typu 2 ($p=0,004$). Sprawdzono, czy wpływ NTM na jakość życia różni się między osobami chorującymi na różne choroby współistniejące. Wyniki wskazują, iż towarzysząca osobom z NTM depresja ($p<0,001$) i otyłość ($p=0,004$) mają istotny wpływ na jakość życia, powodując najczęściej ograniczenia w podejmowaniu aktywności fizycznej.

Wykres 3. Rozkład osób pod względem wpływu NTM na jakość życia z uwzględnieniem chorób współistniejących u osób badanych N=233



Źródło: Stepanow B. (red), Raport „NTM u osób z cukrzycą - spojrzenie interdyscyplinarne”, Warszawa, 2021.

Wykres 4. Rozkład osób pod względem znajomości osób, do których można udać się po pomoc w NTM z podziałem na typ cukrzycy N=400



Źródło: Stepanow B. (red), Raport „NTM u osób z cukrzycą - spojrzenie interdyscyplinarne”, Warszawa, 2021.

Pomimo istnienia NTM, aż 67 proc. z tej grupy nigdy nie rozmawiało na ten temat z profesjonalistą medycznym. Im osoby młodsze, tym częściej nie rozmawiają o dolegliwościach związanych z NTM ($p=0,01$). W grupie kobiet wraz z wiekiem maleje problem braku rozmów o dolegliwościach związanych z NTM ($p=0,004$). Osoby chore na typ 2 cukrzycy częściej rozmawiają o dolegliwościach związanych z NTM ($p=0,008$). Najczęściej osoby badane z całego zespołu terapeutycznego wybierają do rozmów urologa ($p=0,01$). Niepokojące jest to, że osoby z cukrzycą nie wskazały diabetologa jako osoby, z którą mogłyby porozmawiać o nietrzymaniu moczu.

Podstawową zasadą terapii cukrzycy jest indywidualizacja zarówno w zakresie celów terapeutycznych, jak i metod leczenia. Zgodnie z Zaleceniami klinicznymi dotyczącymi postępowania u chorych na cukrzycę - Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego oraz Standardami holistycznej edukacji diabetologicznej Stowarzyszenia Edukacji Diabetologicznej, cukrzyca wymaga podejścia interdyscyplinarnego. Dlatego też do opracowania raportu „NTM u osób z cukrzycą” zaproszono pielęgniarki, położną, lekarza rodzinnego, geriatrę, fizjoterapeutę uroginekologicznego, urologa, ginekologa oraz diabetologa. Eksperci odnieśli się do wyników badań ze wskazaniem metod leczenia, diagnozowania NTM, postępowania profilaktycznego oraz rekomendacji, które stanowią podstawę do dalszej analizy i przygotowania materiałów edukacyjnych oraz szkoleń. Raport posiada załączniki, które zawierają przygotowane przez ekspertów narzędzia edukacyjne do zaimplementowania przez personel medyczny do codziennej pracy z osobami chorymi na cukrzycę i ich bliskimi. Raport zostanie opublikowany na stronach internetowych Stowarzyszenia Edukacji Diabetologicznej (www.sed-edu.pl), a także organizacji, które udzieliły swojego patronatu.

Jaki wpływ ma dobra kondycja mięśni dna miednicy na jakość życia seksualnego kobiet?

dr Magdalena Płak, fizjoterapeutka uroginekologiczna
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Mięśnie dna miednicy to wielowarstwowa struktura położona pomiędzy spojeniem łonowym, które łatwo odszukać we wzgórku łonowym, kością guziczną (naszym „ogonem”) i guzami kulszowymi, wyczuwanymi w pośladkach, kiedy zbyt długo siedzimy na twardym podłożu. Zespół tych mięśni spełnia wiele funkcji w naszym ciele. Jest podporą dla narządów miednicy mniejszej, a właściwie również dla całego tułowia, bierze udział w mikcji, defekacji, podczas porodu. Potrzebujemy tych mięśni również do tak ważnej i zarazem przyjemnej funkcji, jaką jest współżycie seksualne.



Fot. Mangostar - stock.adobe.com

Po co ćwiczyć mięśnie dna miednicy?

Mięśnie Kegla powinny być wydolne, co oznacza, że są dobrze ukrwione i unerwione, w prawidłowym napięciu spoczynkowym, z właściwą umiejętnością odruchowego napinania się. Niestety my, kobiety, musimy liczyć się z tym, że nie zawsze wszystko działa tak idealnie. W trakcie naszego życia ten obszar bardzo intensywnie pracuje, a jego specyficzne ułożenie w ciele niekoniecznie sprzyja stałej, dobrej kondycji. Począwszy od czasu wczesnej młodości możemy spodziewać się nadmiernych napięć (tzw. podwyższonego tonusu spoczynkowego), które mogą prowadzić do wulwodynii - chronicznego bólu krocza i pochwy, czy pochwy - występowania napięcia przy próbie współżycia. Kiedy młode dziewczyny deklarują również nietrzymanie moczu, które występuje podczas wysiłku i jest związane z nadmiernym napięciem struktur dna miednicy,

to w trakcie współżycia można spodziewać się popuszczania moczu czy tzw. gazów pochwowych. Kobiety będące po porodach nierzadko podkreślają brak dobrego napięcia u wejścia do pochwy, a wręcz obniżenia jej ścian, a tym samym zmniejszoną satysfakcję ze współżycia, dyskomfort, niepokój. Wprowadzane wówczas ćwiczenia mięśni Kegla nie są jedynymi, które przywracają prawidłową biomechanikę tego obszaru. Mięśnie dna miednicy nie muszą być silne! Chodzi raczej o ich elastyczność, zrównoważone napięcie, reaktywność, dobre ukrwienie i naszą umiejętność zawiadywania nimi.

Jakie korzyści może przynieść utrzymanie w dobrej kondycji mięśni Kegla?

Wykonując ćwiczenia mięśni dna miednicy, przygotowujemy ciało do sprawnego napływania krwi do pochwy, sromu, zwiększenia łechtaczki w trakcie zbliżenia, dobrego nawilżenia. Wejście do pochwy staje się węższe, potęgując doznania. W czasie orgazmu występujące po sobie wielokrotne skurcze są odruchowe (niezależne od naszej woli), ale będą bardziej wartościowe, kiedy wykonają je sprawne mięśnie. W trakcie uprawiania seksu łatwiej jest kobiecie napiąć lub rozluźnić te mięśnie, kiedy ma potrzebę zmiennej stymulacji siebie lub partnera. Do tego potrzeba umiejętności wyczucia pracy mięśni Kegla. Łechtaczka, jako rozbudowany narząd odpowiedzialny u kobiety za orgazm, swoim anatomicznym położeniem wskazuje na to, że może być również stymulowana podczas stosunku pochwowego. Takiego orgazmu doświadcza jedynie 35 proc. kobiet. Ukrwienie mięśni dna miednicy to również ukrwienie łechtaczki w jej odnogach, czyli większa szansa na pełniejszy orgazm.

Satysfakcja z życia seksualnego nie wynika jedynie z kondycji mięśni dna miednicy. Szczególnie w przypadku kobiet wiemy dużo o wpływie stanu emocjonalnego na chęć podjęcia gry wstępnej i kontynuacji zbliżenia. „Wolna głowa”, poczucie bezpieczeństwa, atrakcyjność partnera, postrzeganie samej siebie, to przecież równie ważne elementy, które muszą „zagrać”. Myśląc o mięśniach dna miednicy i ich dobrej kondycji, pamiętajmy więc, że ciało jest jednością, a ćwiczenia ogólnorozwojowe znacząco mogą wpłynąć na jakość życia seksualnego.

Pacjenci czekają na spełnienie obietnic

Violetta Madeja



Fot. Mego-studio - stock.adobe.com

Drugi kwartał okazał się pełen zapowiedzi. Planowane przez resort zdrowia zmiany mają dotyczyć zarówno zasad refundacji wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, jak również programu lekowego dla pacjentów z rakiem prostaty. Jak co roku Światowy Tydzień Kontynencji będzie okazją do podsumowania wszystkich obietnic urzędników i oczekiwań pacjentów.

W kwietniu resort zdrowia przedstawił projekt nowelizacji rozporządzenia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Po blisko 20 latach urzędnicy zdecydowali się na realizację postulatów pacjentów i zaproponowali m.in. zwiększenie limitów finansowych na refundowane środki absorpcyjne. Przypomnijmy, że obecnie obowiązujący limit wynosi odpowiednio 90 i 77 zł miesięcznie, natomiast nowa propozycja Ministerstwa Zdrowia zmienia nie tylko sposób rozliczenia (będzie on dotyczyć pojedynczego wyrobu), ale również ustanawia

kwotę 1,70 zł za sztukę, co w ujęciu miesięcznym daje limit refundacji opiewający na 153 zł przy 30% odpłatności po stronie pacjenta. Za zaproponowaną kwotę pacjenci będą mogli nabyć zarówno pieluchomajtki, jak również pieluchy anatomiczne czy majtki chłonne. Jak przekonuje MZ, zmiana sposobu wyznaczania limitów na sztukę ma uprościć rozliczanie zleceń na środki chłonne.

- *Gdyby ten zapis obowiązywał już w 2018 roku, przeprowadzona wówczas zmiana limitu ilościowego odbyłaby się bez szkody dla pacjentów* - zauważa Anna Sarbak, prezes Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”. Jej zdaniem pozytywnie należy również odebrać wprowadzenie jednolitej, 30-procentowej stawki współpłacenia pacjenta od ceny limitu. Zgodnie z propozycją resortu zdrowia nie będzie więc już podziału na pacjentów onkologicznych i wszystkich innych, co w ocenie pacjentów wyeliminuje fikcję, jaką była rzekoma 100-procentowa refundacja dla pacjentów onkologicznych przy jednoczesnym niższym limicie cenowym 77 zł miesięcznie.

Mniej na wkładki

Pacjenci zwrócili jednak uwagę, że przedstawiony do konsultacji projekt rozporządzenia zawiera propozycję obniżki limitów finansowych dla wkładek anatomicznych i podkładów - z 1 zł do 0,85 zł przy jednoczesnej 30-procentowej dopłacie. Zdaniem członków Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” to rozwiązanie sprawy, że dojdzie do obniżenia rzeczywistej kwoty refundacji odpowiednio z kwoty 0,85 zł/szt. do 0,59 zł/szt. w przypadku pacjentów onkologicznych oraz z aktualnej kwoty 0,7 zł/szt. do 0,59 zł/szt. w przypadku pacjentów nieonkologicznych. Co istotne, resort zdrowia wprowadził do nowelizacji zapis, który określa minimalną chłon-

drofilowych do natychmiastowego użycia. W ocenie zarówno producentów, jak i samych pacjentów, w refundacji wyrobów medycznych potrzebujemy jednak dalszych odważnych kroków ze strony resortu zdrowia.

- *Nowelizacja rozporządzenia zmieniająca obecnie funkcjonujące limity finansowania poszczególnych wyrobów medycznych to na pewno krok w dobrą stronę. Warto docenić m.in. wzrost limitów dla środków chłonnych oraz cewników hydrofilowych dla dzieci. Ten ruch z pewnością pomoże zaopatrzyć wielu pacjentów w niezbędne dla nich produkty. To nie tylko zapowiedź znaczącej poprawy komfortu dla ogromnej rzeszy pacjentów, ale również wyznaczenie nowego kierunku zmian dla wyrobów na zlecenie. Jednak w przypadku*



ność wkładek anatomicznych i podkładów na poziomie 250 ml. Zdaniem Anny Sarbak, prezes stowarzyszenia „UroConti”, nowa propozycja limitów oznaczać będzie dla chorych większe wydatki. - *W tak niskich cenach nie zdołamy nabyć dobrej jakości wkładów anatomicznych czy podkładów* - ocenia Anna Sarbak i dodaje, że organizacja w zgłoszonych uwagach zaapelowała do resortu zdrowia o rozważenie wprowadzenia dla tej grupy produktów limitu 1 zł/szt. z jednoczesnym zachowaniem 30-procentowej dopłaty pacjenta.

Beneficjentami nowelizacji będą dzieci

Pozytywną zmianą jest z pewnością pojawienie się po raz pierwszy w wykazie wyrobów refundowanych nowych grup produktów - jednorazowych cewników hydrofilowych dla dzieci, hydrofilowych cewników urologicznych aktywowanych wodą oraz jednorazowych cewników hy-

drofilowych do natychmiastowego użycia. W ocenie zarówno producentów, jak i samych pacjentów, w refundacji wyrobów medycznych potrzebujemy jednak dalszych odważnych kroków ze strony resortu zdrowia.

- *Nowelizacja rozporządzenia zmieniająca obecnie funkcjonujące limity finansowania poszczególnych wyrobów medycznych to na pewno krok w dobrą stronę. Warto docenić m.in. wzrost limitów dla środków chłonnych oraz cewników hydrofilowych dla dzieci. Ten ruch z pewnością pomoże zaopatrzyć wielu pacjentów w niezbędne dla nich produkty. To nie tylko zapowiedź znaczącej poprawy komfortu dla ogromnej rzeszy pacjentów, ale również wyznaczenie nowego kierunku zmian dla wyrobów na zlecenie. Jednak w przypadku*

- *Wyroby te są coraz wyższej jakości, ale w limicie miesięcznym jest ich ilościowo z każdym rokiem coraz mniej. Obecnie*

pacjent z kolostomią (przetoka na jelicie grubym) w ramach refundacji otrzymuje 30 worków miesięcznie, czyli jeden na dzień. Natomiast wszystkie środki do pielęgnacji musi kupić za własne pieniądze, ponieważ limit wykorzystał na worki stomijne. To tak, jakby zamknąć wszystkie toalety i pozwolić „zdrowym” ludziom korzystać z nich tylko raz dziennie, bez możliwości utrzymania właściwej higieny - irytuje się Dorota Kaniewska. Dodaje, że Polsce nadal daleko do Europy, gdzie standardem jest brak ograniczeń w dostępności do sprzętu stomijnego lub też bardzo wysokie limity miesięczne. Przedstawicielka Pol-Ilko wskazała również, że stomię wyłonią na brzuchu można zabezpieczyć tylko i wyłącznie indywidualnie dopasowanym sprzętem

wia nadal trwają prace nad finalną wersją dokumentu. - *Miałem nadzieję, że zostanie on opublikowany na początku czerwca i wejdzie w życie od 1 lipca, ale muszę powiedzieć, że nadal nie dostałem jeszcze wniosków z konsultacji publicznych* - tłumaczył na łamach portalu CowZdrowiu.pl wice-minister Maciej Miłkowski. Zapewnił jednak, że chciałby, aby dokument trafił możliwie szybko do podpisu. Po opublikowaniu rozporządzenia konieczne będą jednak zmiany w systemie informatycznym Narodowego Funduszu Zdrowia, a na nie - jak informuje wiceminister - potrzeba będzie nieco czasu. - *Bardzo mi przykro mówić, że znowu nie dotrzymałem terminu, ale będę się starał, by rozporządzenie było opublikowane w czerwcu wraz z datą wejścia. Wówczas pozostanie jedynie czekać na faktyczne jego uruchomienie* - zapowiedział Maciej Miłkowski.

Bez zmian w majowych wykazach

Większych zmian nie odczuli również pacjenci z NTM leżeni farmakologicznie. Majowa lista refundacyjna okazała się dla nich kolejnym rozczarowaniem, ponieważ nadal nie uwzględniono na niej postulowanej przez pacjentów, a także klinicystów drugiej linii leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego. Na zmianę tą środowisko czeka już siedem lat, a od ponad 1,5 roku resort zdrowia zastanawia się nad finalną decyzją w sprawie ponownie procedowanego wniosku refundacyjnego dla preparatu mirabegron.

- *Drugi wniosek refundacyjny, złożony w listopadzie 2018 roku, po 12 miesiącach procedowania trafił po negocjacjach z Komisją Ekonomiczną do ostatecznej decyzji ministra zdrowia. Od tego czasu minęło już 1,5 roku oczekiwania ze strony pacjentów!* - nie kryje frustracji Anna Sarbak.

Rozgoryczenie pacjentów potęguje również świadomość, że w trakcie negocjacji z ministrem zdrowia producent miał zaoferować najlepsze warunki cenowe w UE. - *Niestety Polska pozostaje ostatnim krajem w Unii Europejskiej bez refundacji mirabegronu. Co więcej, stoimy w miejscu, podczas gdy wiele państw europejskich zdążyło w międzyczasie przenieść ten lek do I linii leczenia OAB ze względu na potwierdzony w kolejnych badaniach wysoki profil skuteczności i bezpieczeństwa* - przekonuje prezes „UroConti”.

Szansa dla chorych na raka prostaty?

Na pozytywne zmiany mogą natomiast liczyć pacjenci cierpiący na raka prostaty opornego na kastrację. W resorcie trwają bowiem prace nad rozszerzeniem programu lekowego B.56 „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego”. Podczas ostatniego posiedzenia Parlamentarnego Zespołu ds. Onkologii Przemysław Bonek, główny specjalista w Wydziale Refundacyjnym Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia, poinformował, że jest szansa na udostępnienie nowoczesnych terapii jeszcze w tym roku dla pacjentów bez przerzutów, ale z dużym ryzykiem ich wystąpienia. W resorcie procedowane są bowiem trzy wnioski refundacyjne.

stomijnym najwyższej jakości i identycznej jakości akcesoriami stomijnymi.

To nie jedyna bolączka, z jaką muszą mierzyć się chorzy. Stowarzyszenie „UroConti” przypomina, że zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem, dostęp do środków chłonnych mają obecnie wyłącznie osoby chorujące na nowotwory (pozycja 100) oraz choroby neurogenne i nie-neurogenne nietrzymania moczu lub stolca (pozycja 101). Z refundowanych środków chłonnych nie mogą natomiast korzystać osoby zmagające się z wysiłkowym nietrzymaniem moczu.

Rozporządzenie jest już tuż-tuż

Jak wskazuje wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski, trwające do końca kwietnia konsultacje społeczne projektu nowelizacji rozporządzenia przyniosły wiele uwag do dokumentu. Dlatego też w resorcie zdro-

– Obecnie dla dwóch preparatów – Erleada (apalutamid) oraz Nubeqa (darolutamid) – wnioski są na końcu postępowania i cały materiał związany z negocjacjami został przekazany Ministrowi Zdrowia. Natomiast lek Xtandi (enzalutamid) będzie wkrótce przedmiotem negocjacji cenowych z Komisją Ekonomiczną. Zgodnie z przyjętym harmonogramem chcielibyśmy pod koniec lata bądź na początku jesieni podjąć się rozmów z producentami tych trzech leków i zdecydować o rozszerzeniu programu lekowego na grupę pacjentów bez przerzutów – powiedział Przemysław Bonek.

Zdaniem klinicystów oraz samych pacjentów zapowiedź ta jest ważną deklaracją. Zwłaszcza że obecnie leczenie z użyciem nowoczesnych leków, jak np. enzalutamid, wdrażane jest na zdecydowanie późniejszym etapie niż ma to miejsce w innych krajach.

– Jeszcze kilka lat temu pacjenci, u których doszło do rozwoju oporności na kastrację, stanowili dla nas, onkologów, ogromne wyzwanie, ponieważ nie dysponowaliśmy skutecznymi formami leczenia, które pozwalałyby nie tylko na zahamowanie postępu choroby, ale również wydłużenie czasu przeżycia chorych. Niestety nadal nie wszystkie opcje terapeutyczne są dostępne – przypomniał dr n. med. Jakub Żołnierz, urolog i onkolog z Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie.

Niepokojące informacje dla chorych na zaawansowanego raka prostaty napłynęły natomiast z Agencji Oceny Technologii i Taryfikacji. Eksperti oraz prezes AOTMiT negatywnie ocenili bowiem wniosek rozszerzenia programu lekowego dla apalutamidu o pacjentów hormono zależnych, u których choroba jest zaawansowana i wystąpiły już przerzuty. Ta grupa pacjentów leczona jest obecnie lekami starszej generacji, takimi jak: goserelina, leuprorelina, triptorelina, degarelik, bicalutamid czy flutamid.

Propozycja obejmowała leczenie skojarzone chorych preparatem apalutamid oraz terapią supresji androgenowej (ADT). W uzasadnieniu do decyzji prezes AOTMiT przyznał co prawda, iż analiza kliniczna potwierdza, że u chorych z zaawansowanym, hormono zależnym rakiem prostaty taki schemat terapeutyczny może wpływać na zmniejszenie ryzyka zgonu oraz ryzyka progresji, natomiast argumentem przeciwko finansowaniu tej terapii była głównie jej nieopłacalność kosztowa na zaproponowanych przez podmiot odpowiedzialny warunkach.

Przypomnijmy, że obecnie w resorcie zdrowia procedowany jest wniosek o utworzenie programu lekowego dla apalutamidu, obejmujący pacjentów opornych na kastrację raka gruczołu krokowego bez przerzutów, ale z dużym ryzykiem ich wystąpienia. Apalutamid w tym wskazaniu uzyskał już pozytywną rekomendację prezesa AOTMiT, podobnie jak analogiczne wnioski dla enzalutamidu i darolutamid. Te trzy leki należą do nowoczesnej grupy preparatów stosowanych u pacjentów z zaawansowanym rakiem prostaty opornym na kastrację. Do tej pory z trzech wymienionych leków chorzy mogą korzystać jedynie

z enzalutamidu, który jest refundowany w programie lekowym obejmującym pacjentów przed i po chemioterapii, opornych na kastrację, z przerzutami (ICD-10 C-61).

Przeżycie chorych na raka prostaty zależy w głównej mierze od zaawansowania choroby i sposobu podjętego leczenia. Przyjmuje się, że w przypadku chorych leczonych radykalnie 5-letnie przeżycie dotyczy 70-85 proc. chorych, a wskaźnik przeżyć 10-letnich sięga 50-75 proc. W przypadku chorych niekwalifikujących się do leczenia radykalnego progresję choroby obserwuje się zazwyczaj w różnym okresie od włączenia terapii hormonalnej, ale zwykle następuje ona po 18-36 miesiącach. Chorzy z nowotworem zaawansowanym miejscowo leczeni zachowawczo przeżywają średnio 4,5 roku, a chorzy z rozsia-
wem 1-3 lata.

Co dalej z profilaktyką raka prostaty?

W trakcie majowego posiedzenia Parlamentarnego Zespołu ds. Onkologii eksperci, a także sami pacjenci, zwrócili uwagę na konieczność uruchomienia powszechnego programu badań przesiewowych w kierunku raka prostaty.

– Za kilka lat możemy mieć nawet dwukrotny wzrost liczby rozpoznań – przestrzegł poseł Marek Hok (KO), przewodniczący Parlamentarnego Zespołu ds. Onkologii. Zwrócił również uwagę, że w trakcie pandemii COVID-19 społeczeństwo zaciągnęło ogromny dług zdrowotny, również w obszarze onkologii.

– Tylko w trakcie pandemii 20-30-procentowy spadek liczby nowych rozpoznań już wkrótce przełoży się na istotny wzrost liczby nowych zachorowań. Dlatego też konieczna jest poprawa dostępności do wczesnej diagnostyki i realizacja postulatów środowiska lekarzy, którzy zabiegają nie tylko o systemowe zmiany w organizacji opieki nad chorymi z rakiem prostaty, ale apelują także o poprawę dostępności do nowoczesnego leczenia w ramach programów lekowych – stwierdził parlamentarzysta.

Resort zdrowia zapytany o możliwość wdrożenia badań skринingowych pozwalających na wczesne wykrycie raka prostaty przekazał – ustami wiceministra Sławomira Gadowskiego – że prace w tej materii trwają.

– W ramach Narodowej Strategii Onkologicznej, w obszarze „Inwestycje w zdrowie pacjenta – prewencja wtórna”, oczekiwany jest następujący rezultat: do końca 2025 r. wprowadzimy nowe metody badań przesiewowych, w szczególności w kierunku wczesnego wykrycia nowotworu płuca i nowotworu gruczołu krokowego. Wprowadzenie nowych programów badań przesiewowych wymaga wieloletnich i wieloetapowych prac, polegających m.in. na analizie rozwiązań stosowanych w innych państwach oraz przeprowadzeniu analizy HTA i uzyskaniu opinii AOTMiT. W chwili obecnej na badania diagnostyczne raka gruczołu krokowego pacjent kierowany jest przez lekarza POZ bądź lekarza specjalistę – przypomniał wiceminister Gadowski.

Nietrzymanie moczu

HARTMANN



„Dziękuję.
Czuję się
dobrze”

ZAMÓW
bezpłatne
próbki

MoliCare®
Ochrona. Każdego dnia.

Opiekujesz się bliskim ze schorzeniem
nietrzymania moczu?

Poznaj nowoczesne pieluchomajtki
MoliCare® Premium Elastic
z elastycznymi panelami bocznymi,
które zapewniają wygodę użytkowania
pacjentowi i opiekunowi.



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

DEBATY ONLINE
21-24 CZERWCA 2021
OD PONIEDZIAŁKU DO CZWARTKU



Inkontynencja = interdyscyplinarność

Wśród gości debat reprezentanci następujących specjalizacji: farmakologia, fizjoterapia, geriatria, ginekologia, medycyna rodzinna, onkologia, pielęgniarstwo diabetologiczne i stomijne, położnictwo, proktologia, protetyka słuchu, urologia.

www.wcw2021.pl