

▶ we wrześniu 2009 roku w Lublinie planujemy zorganizowanie całej sesji uroginekologii nie-zabiegowej.

- Jakie metody leczenia NTM, według Pana Profesora, obecnie dominują wśród ginekologów?

W tej chwili zdecydowanie dominuje leczenie operacyjne. Zabiegi z założeniem taśmy zrewolucjonizowały cały system leczenia NTM. Są dwa tego powody. W ciągu ostatnich kilku lat operacje pętlowe uległy znacznej ewolucji, która poszła w tym kierunku, że zabieg staje się technicznie łatwiejszy i że odsetek powikłań jest znacznie mniejszy. Lekarze są przeszkoleni i przyszykowi do przeprowadzania takich zabiegów. Nawet lekarz o średniej sprawności operacyjnej bez kłopotu wykonuje te zabiegi. Skuteczność zabiegów jest bardzo duża, w związku z tym presja społeczna staje się coraz większa - pacjentki oczekują takich zabiegów.

- Czy nie uważa Pan, że to polityka refundacyjna państwa ma wpływ na dominację leczenia zabiegowego nad leczeniem farmakologicznym lub zachowawczym niefarmakologicznym?

Chyba niezupełnie tak jest. Koszty taśm nie są małe i w procedurze to jest prawie na granicy opłacalności, więc szpitale nie zarabiają dobrze na pacjentkach z nietrzymaniem moczu. Konieczne jest wykonanie badania urodynamicznego oraz użycie materiału syntetycznego, a wycena tych zabiegów wcale nie jest bardzo wysoka. Ale w porównaniu z innymi procedurami ginekologicznymi jest to procedura, która daje zyski.

- W ubiegłym roku Pan Profesor zgłosił wniosek aby poszerzyć listę lekarzy uprawnionych do wypisywania zleceń na refundowane środki wchłaniające o ginekologów. Dlaczego do tej pory ginekologów nie było na tej liście? Jak Pan to sobie tłumaczy?

Jest to dla mnie niewytłumaczalne, mogę mieć tylko pewne przypuszczenia. W Polsce istnieje wiele towarzystw naukowych. Ministerstwo Zdrowia zasięgając opinii odpowiedniego towarzystwa naukowego prosi o wypowiedzenie się. Zapytane Towarzystwo odpowie tak jak jemu jest wygodniej. Być może pytanie było tutaj skierowane do Towarzystwa Urologicznego, które odpowiedziało, że urologzy powinni mieć prawo do wypisywania zleceń. Nie

oznacza to, że urologzy uważają, że ginekologzy nie powinni mieć takiego prawa. W systemie refundacji bardzo często rządzi przypadek. Ale sądzę, że to w sposób naturalny ulegnie ewolucji.

- Co według Pana należałoby jeszcze zrobić żeby podnieść poziom leczenia nietrzymania moczu w Polsce?

To ważny problem na ile powołanie nadspecjalizacji powinno wywrzeć pozytywny wpływ na funkcjonowanie pozostałej populacji lekarzy. Sądzę, że trzeba kontynuować stałe szkolenia. Głównym problemem jest nie brak umiejętności założenia taśmy, lecz niewłaściwa kwalifikacja pacjentki i leczenie w nieodpowiedni sposób. Tematyka uroginekologii musi być stale obecna na spotkaniach Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego.

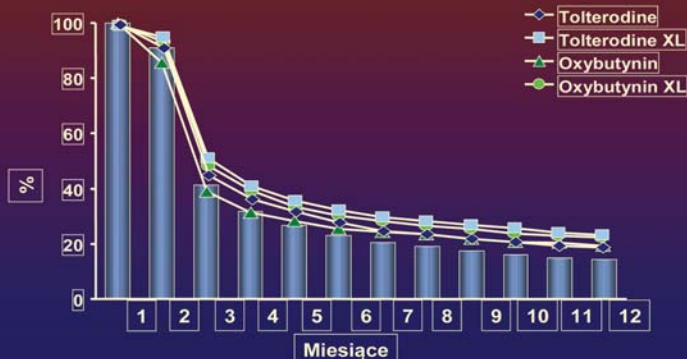
Jak utworzona zostanie już nadspecjalizacja i powstaną ośrodki referencyjne, to zostanie wydzielona grupa specjalistów, ale nie może to być grupa zamknięta. Ta specjalność powinna rozwijać się nie tylko w centrach referencyjnych. W każdym większym szpitalu powinien być specjalista w zakresie uroginekologii. ■

Racjonalna terapia lekami antycholinergicznymi - jak zmniejszać objawy niepożądane?

Dr hab. Piotr Radziszewski

Katedra i Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawski Uniwersytet Medyczny

Pacjenci leczenia antycholinergicznymi



Pęcherz nadreaktywny to schorzenie, które można kontrolować stosując leki antycholinergiczne. Obecnie nie jest znany lek, który brany przez wystarczającą ilość czasu, leczylby całkowicie nadreaktywność

pęcherza moczowego. Dlatego terapia lekami antycholinergicznymi jest leczeniem przewlekłym, a pacjenci muszą być o tym fakcie poinformowani. To sprawia również, że objawy niepożądane, wywoływane przez leki sto-

sowane w leczeniu pęcherza nadreaktywnego nie mogą być rozpatrywane w kategorii objawów przemijających, jak np. w przypadku antybiotykoterapii, kiedy niektóre objawy niepożądane są do zaakceptowania, ponieważ wiadomo, że leczenie będzie trwało przez krótki, z góry określony czas.

W przypadku nietrzymania moczu tak nie jest. Z badań ankietowych wynika, że pacjenci przyjmujący leki antycholinergiczne przez dłuższy czas, często rezygnują z leczenia, ponieważ albo nie spełniło ono ich oczekiwań albo objawy niepożądane są nie do zaakceptowania.

Poniżej przedstawiono rezygnację pacjentów z leczenia w okresie rocznej terapii oksybutyniną i tolterodyną.

Leki antycholinergiczne działają na receptory muskarynowe w całym organizmie. Nie jest możliwe stworzenie leku antycholinergicznego, który nie wywoływałby żadnych działań niepożądanych.

Najczęstszymi objawami niepożądanymi są:

- suchość w jamie ustnej,
- zaburzenia widzenia,
- zaparcia,
- zaburzenia procesów poznawczych,

Terapia lekami antycholinergicznymi

	selektywność	czas półtrwania	dawkowanie	uwagi
oksybutynina	M2, M3	3-5 godzin	2,5-15mg	
tolterodyna	nieselektywny	4-6 godzin	2-4mg	
solifenacyna	M2, M3	52 godziny	5-10mg	uroselektywny
darifenacyna	M3	12 godzin	10-15mg	dobrze tolerowany w wieku podeszłym
fesoterodyna	nieselektywny	7 godzin	4-8mg	forma nieczynna, metabolizowana do czynnej

Opracowanie własne

- bóle głowy,
- zaburzenia rytmu serca,
- zaleganie moczu,
- nasilenie dolegliwości wrzodowych.

Objawy te można jednak zmniejszać poprzez racjonalne dawkowanie leku, zgodne z jego farmakokinetyką. Ponadto niektóre nowsze leki antycholinergiczne mają większe powinowactwo do receptorów muskarynowych w pęcherzu niż gdzie indziej (są bardziej uroselektywne) lub mają powinowactwo do określonej klasy receptorów muskarynowych (leki M3 selektywne).

Oprócz objawów ubocznych pacjenci rezygnują z leczenia lekami antycholinergicznymi z powodu niskiej skuteczności terapii. Niska skuteczność terapii może wynikać z:

- złego dawkowania,
- właściwości farmakokinetycznych leku,
- metabolizmu leku przez pacjenta.

Działania niepożądane można zmniejszyć poprzez:

- dostosowanie dawki leku,
- dostosowanie właściwości farmakokinetycznych leku do częstości dawkowania,
- zmianę drogi podania leku.

Najłatwiejsze jest dostosowanie dawki leku. Należy zawsze rozpoczynać leczenie od najniższej dawki i zwiększać ją, aż do osiągnięcia optymalnej skuteczności, przy zachowaniu niskiego nasilenia objawów niepożądanych. Dla każdego leku ta dawka jest inna, inaczej reagują też poszczególni pacjenci. Niektóre tabletki można dzielić, obniżając w ten sposób dawkę. Należy pamiętać aby nie dzielić tabletek będących formami leku o kontrolowanym lub przedłużonym uwalnianiu, ponieważ struktura tabletki warunkuje podawanie leku w takim przypadku.

Istotna jest też częstotliwość podawania leku, która jest bezpośrednią wypadkową jego właściwości farmakokinetycznych. Oznacza to, że lek który ma np. czas półtrwania 6 godzin, "zabezpiecza" pacjenta przez te 6 godzin, a potem jego stężenie w surowicy spada poniżej poziomu terapeutycznego. W przypadku leków antycholinergiczných ich mechanizm działania to konkrowanie o receptor muskarynowy z acetylocholiną. Oznacza to, że im mniej jest cząsteczek leku tym więcej cząsteczek acetylocholiny połączy się z recep-

torem i go pobudzi. Dlatego podawanie wyżej wymienianego leku raz dziennie mija się z celem; po prostu lek po upływie danego czasu będzie mniej lub w ogóle nieskuteczny.

Ponadto leki antycholinergiczne są metabolizowane do substancji nieczynnych przy pomocy enzymów wątrobowych. W związku z tym występuje tu efekt tzw. "pierwszego przejścia", który powoduje nasilenie objawów antymuskarynowych (niepożądanych) po każdym podaniu leku. Im częściej podajemy dany lek, tym częściej występują te objawy. Z tego powodu niektóre leki (o krótkim czasie półtrwania) są stosowane w postaciach o powolnym lub kontrolowanym uwalnianiu, co pozwala dawkować je raz na dobę.

Jeśli chodzi o zmianę drogi podawania leku to istnieje tutaj kilka możliwości. Oksybutynina występuje w postaci naklejonego na skórę plastra. Wykazano, że ta forma podawania leku wywołuje mniej działań niepożądanych niż forma doustna. Ponadto istnieją publikacje mówiące o dopęcherzowym oraz doodbytniczym podawaniu tego leku. We wszystkich przypadkach za zmniejszenie objawów niepożądanych odpowiedzialne jest ominięcie krążenia wrotnego, a co za tym idzie efektu pierwszego przejścia przez wątrobę.

Reasumując, należy pamiętać, że leki antycholinergiczne nie są takie same. To, że otrzymały one kategorię 1A według standardów oksfordzkich, oznacza wyłącznie, że istnieją dobre randomizowane badania kliniczne potwierdzające ich skuteczność. Kategoria ta nie mówi natomiast nic o tolerancji tych leków. Dlatego nietolerancja jednego leku nie oznacza automatycznie nietolerancji innego leku z tej klasy. Przy przepisywaniu leku należy wziąć pod uwagę indywidualne oczekiwania pacjenta (np. lek o krótkim czasie półtrwania brany jedynie w specjalnych sytuacjach - przed wyjściem z domu), nasilenie dolegliwości (lek o długim czasie półtrwania brany codziennie), wiek pacjenta (niektóre leki antycholinergiczne upośledzają znacznie zdolności poznawcze).

Na zakończenie kilka ogólnych uwag na temat stosowania leków. Populacja pacjentów cierpiących na pęcherz nadreaktywny jest w przeważającej mierze populacją ludzi

w wieku podeszłym, a leki antycholinergiczne rzadko są jedynymi przyjmowanymi przez tych pacjentów. Przed przepisaniem każdego leku, należy zawsze sprawdzić:

- jakie inne leki przyjmuje pacjent,
- na jakie inne schorzenia się leczy,
- ocenić przeciwwskazania,
- sprawdzić możliwe interakcje pomiędzy lekami.

Weryfikacja tych czterech punktów na ogół pozwala wyeliminować poważne zdarzenia niepożądane. Ponadto należy zawsze zachować szczególną ostrożność i unikać polipragmazji oraz zbyt dużej dawki w tzw. populacjach specjalnej troski czyli u:

- dzieci,
- młodzieży,
- kobiet ciężarnych i karmiących,
- pacjentów geriatrycznych.



Wsparcie w kobiecych sprawach

Program pomocy kobietom z zaburzeniami statyki narządów płciowych

Już wkrótce!

Więcej informacji pod numerem infolinii

0 801 800 038

(całkowity koszt połączenia wynosi 0,29zł + VAT)

oraz pod adresem

www.ntm.pl

Program został wsparty

grantem firmy

Adamed