

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

**Nie rezygnuj
z aktywności fizycznej!**



WYWIAD

**Rak pęcherza moczowego
to najczęściej skutek
palenia tytoniu**



LECZENIE



**Neuromodulacja - czas na
pierwsze podsumowania**

SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ

**Zaciągnięty w czasie
pandemii „dług zdrowotny”
trzeba spłacać**

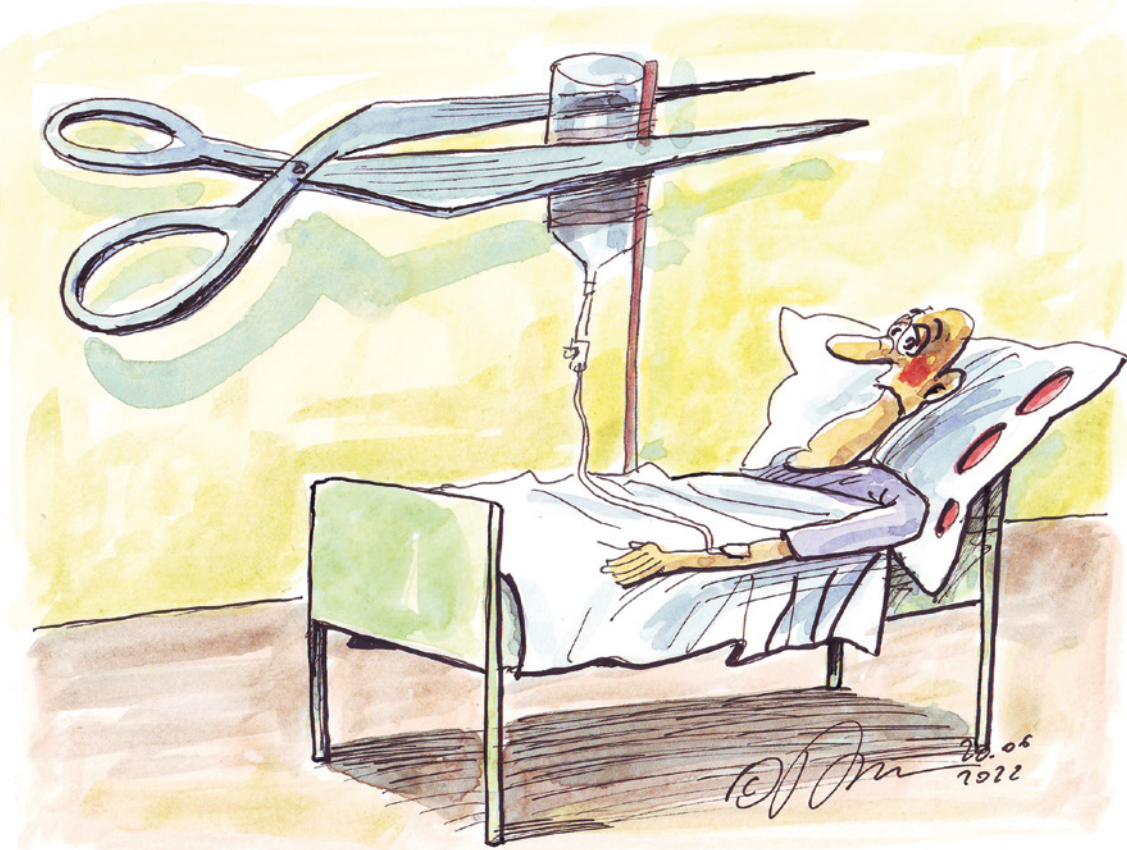


NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

**Podobieństwa i różnice między
nietrzymaniem moczu
a zapaleniem pęcherza
moczowego**

Polityka oszczędności

Za nami półmetek 2022 roku i coraz więcej niewiadomych na przyszłość. Inflacja bije kolejne rekordy, co niestety coraz bardziej odbija się na naszych portfelach. Historyczne zmiany limitów finansowych, wprowadzone w grudniu ubiegłego roku dla refundowanych środków absorpcyjnych, zdają się być z dzisiejszej perspektywy coraz mniej odczuwalne. Jeszcze gorzej przyszłość postrzegają pacjenci onkologiczni. Dla tych, którzy zaopatrują się w majtki chłonne, wprowadzone w ubiegłym roku zmiany okazały się wręcz niekorzystne, a Ministerstwo Zdrowia nie wykazało jak dotąd inicjatywy, aby to naprawić.



Inna grupa pacjentów onkologicznych, którzy zaopatrują się również w produkty cykliczne, jakimi są wyroby stomijne, również coraz głośniej zaczyna artykułować swoje potrzeby. Trudno nie przyznać im racji. Ostatnia zmiana limitów finansowych miała miejsce w przypadku tych produktów ponad 18 lat temu. Od tego czasu na rynku pojawiły się zdecydowanie nowocześniejsze wyroby, które kosztują jednak pięciokrotnie więcej. To w oczywisty sposób wpływa na wydatki tej grupy pacjentów. Dzisiaj stać ich na zakup, w ramach refundacji, tylko 20-30 nowoczesnych worków stomijnych miesięcznie. Pozostałe muszą nabyć już poza systemem. Jeżeli

tego nie zrobią, narażają się na wzrost ryzyka infekcji. W tym miejscu należy postawić pytanie, czy Polsce opłaca się oszczędzać na pacjentach przewlekle chorych? Jest ono o tyle istotne, że nie dotyczy tylko zaopatrzenia w absolutnie podstawowe wyroby medyczne, niezbędne do utrzymania higieny, ale również opieki nad osobami niesamodzielnymi. A tutaj sytuacja staje się dramatyczna. Stawki publicznego płatnika za świadczenia opiekuńcze, które i tak były powszechnie uważane za zaniżone, przy gwałtownych wzrostach pensji personelu w bardzo krótkim czasie doprowadzić mogą do fali bankructw świadczeniodawców. Alternatywą będzie całkowite przejście zakładów opieki długoterminowej na rynek komercyjny. Wtedy jednak będziemy mieli powtórkę ze stomatologii, która de facto sama się oddolnie sprywatyzowała i dzisiaj nie wykazuje zainteresowania refundacją. A głównym czynnikiem, który doprowadził do strukturalnych wręcz zmian, były właśnie zaniżone stawki oferowane przez NFZ.

Być może jest to świadoma polityka zniechęcająca do korzystania z publicznych środków. Bo jak inaczej można odczytać fakt coraz głębszego szukania oszczędności w opiece długoterminowej, skoro w tym samym czasie otrzymujemy informacje o zaoszczędzonych przez NFZ tylko w ubiegłym roku 10 mld zł? Żeby rozwiązać bieżące problemy opieki długoterminowej i wyraźnie poprawić limity refundacyjne w wyrobach medycznych, wystarczy niewielka w skali budżetu NFZ kwota kilku miliardów złotych rocznie więcej. O to, dlaczego państwo polskie prowadzi taką politykę, powinniśmy zapytać obecnych decydentów, i to zanim pójdziemy na wybory.

Tomasz Michałek

SPIS TREŚCI

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Nie rezygnuj z aktywności fizycznej! 4

Podobieństwa i różnice między nietrzymaniem moczu a zapaleniem pęcherza moczowego 6

WYWIAD

Rak pęcherza moczowego to najczęściej skutek palenia tytoniu 10

LECZENIE

Minęły trzy lata od wprowadzenia neuromodulacji krzyżowej do polskich szpitali. Czas na pierwsze podsumowania 13

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania neuromodulacji krzyżowej 14

SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ

Zaciągnięty w czasie pandemii „dług zdrowotny” trzeba spłacać 16

LEGISLACJA

Bez dostępu do nowoczesnych leków nie będzie nowoczesnego systemu ochrony zdrowia 18

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: Violetta Madeja, dr n. med. Aneta Zwierzchowska;
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: 2000 egzemplarzy.

Prenumerata: Chcesz otrzymywać wszystkie numery Kwartalnika NTM? Zamów roczną prenumeratę (4 kolejne numery) Kontakt: 22 279 49 12, ntm@ntm.pl

Szanowni Państwo,

Wszyscy wiemy, że chorzy na nowotwory złośliwe nie powinni czekać w kolejce do badań i leczenia, bo każdy dzień zwłoki w rozpoznaniu pogarsza ich szanse na wyleczenie. W czasie, odwołanej już w maju przez Ministra Zdrowia, pandemii COVID-19 dostęp do diagnostyki i lekarzy był bardzo utrudniony. Nic więc dziwnego, że znacznie spadła wówczas liczba wydawanych kart DiLO, które są nieodłącznym elementem tzw. pakietu onkologicznego, a nasz „dług zdrowotny” zaciągnięty w czasie pandemii będziemy – jak słusznie zauważa w swoim artykule red. Violetta Madeja (str. 16) – jeszcze długo spłacać. Wprawdzie do gabinetów lekarskich zgłasza się teraz zdecydowanie więcej pacjentów, o czym świadczy również znaczący wzrost liczby wystawianych kart DiLO, onkolodzy alarmują jednak, że spory odsetek zgłaszających się pacjentów to chorzy w zaawansowanym stanie, wymagający kosztownego leczenia paliatywnego. Dotyczy to m.in. chorych na raka pęcherza, o którym rozmawiamy (str. 10) z dr n. med. Iwoną Skoneczną, onkologiem specjalizującym się w leczeniu nowotworów urologicznych. „Tak jak w każdym nowotworze, wyniki leczenia raka pęcherza zależą od stopnia zaawansowania choroby. Powinniśmy zrobić wszystko, aby taki nowotwór rozpoznać jak najwcześniej, czyli w tzw. nieinwazyjnym stadium, kiedy jeszcze nie wraść głęboko w ścianę pęcherza moczowego. Jeśli się to uda, leczenie polega na wycięciu zmian podczas zabiegu tzw. przezcewkowej elektroresekcji. Wyniki takiego leczenia są doskonałe i pacjenci żyją przez wiele lat” – przekonuje dr Skoneczna. A co z pacjentami, u których rak pęcherza zostanie rozpoznany w – trzymając się precyzyjnej terminologii medycznej – stadium inwazyjnym, czyli zaawansowanym? Jakie są możliwości ich leczenia w Polsce i czy odpowiadają one europejskim standardom?

A skoro już o pęcherzu mowa, to zapraszamy Was również do lektury artykułu „Podobieństwa i różnice między nietrzymaniem moczu a zapaleniem pęcherza moczowego” (str. 6). Jeśli wydaje Wam się, że rozróżnienie obu schorzeń nie nastręcza trudności klinicyście, to jesteście Państwo w błędzie. „Część ich objawów pokrywa się, dlatego czasem początkowo nielato zorientować się, z którą [chorobą – przyp. red.] mamy do czynienia” – pisze dr n. med. Aneta Zwierzchowska, ginekolog, specjalizująca się w leczeniu schorzeń uroginekologicznych. I wyjaśnia, jakie badania trzeba przeprowadzić, żeby zminimalizować ryzyko pomyłki w rozpoznaniu.

Polecamy Waszej pamięci również artykuł „Nie rezygnuj z aktywności fizycznej!” (str. 4), napisany z myślą o osobach dotkniętych problemem nietrzymania moczu. Dowiedzie się z niego m.in. tego, jaki sport można uprawiać bez obaw i jak się do tego przygotować, również od strony zaopatrzenia w odpowiednio dobrane produkty chłonne.

Maja Markłowska-Tomar

Nie rezygnuj z aktywności fizycznej!

Violetta Madeja

Wiosna i lato sprzyjają ruchowi na świeżym powietrzu, a nietrzymanie moczu nie powinno być przeszkodą w uprawianiu sportu. O to, jaki sport wybrać i jak wspomagać się podczas jego uprawiania, zapytaliśmy ekspertów, którzy na co dzień pracują z pacjentami zmagającymi się z NTM. Wszyscy zgodnie przyzna-

kowskiej Akademii Wychowania Fizycznego związana z krakowskim oddziałem „UroConti”. Ekspertka zwraca jednak uwagę, by aktywność fizyczną dobrać indywidualnie (po wcześniejszej diagnostyce funkcjonalnej) do potrzeb i możliwości każdego pacjenta. Niezwykle ważne jest również znalezienie przyczyny niekontrolowanych wycieków moczu. Jak wskazuje, mogą być one różnorodne, dlatego też trudno jest wskazać uniwersalną aktywność fizyczną, która sprawdziłaby się w przypadku każdego pacjenta z NTM. Jak podkreśla, istnieje jednak lista sportów, których należy się wystrzegać w przypadku problemów z nietrzymaniem moczu.

– *Aktywnościami, które w większości przypadków będą niewskazane, są ćwiczenia związane z dźwiganiem dużych obciążeń, czy też ćwiczenia skocznościowe. Przykładami mogą być: crossfit, dźwiganie sztangi,*

skoki na trampolinie lub skakance. Jeżeli pacjentka zgłasza epizody nietrzymania moczu np. podczas biegania, zaleca się powstrzymanie od tej aktywności na czas terapii lub zastosowanie dodatkowego wsparcia na czas treningu w postaci np. tamponu podczerwonego, czy też pessaru, o ile nie ma przeciwwskazań do jego użycia. Gdy pacjentka po fizjoterapii zamierza wrócić do aktywności, to w przypadku już wspomnianego biegania należałoby zacząć od marszu w szybszym tempie, by później przejść do biegów o umiarkowanej prędkości – mówi Kinga Religa-Popiołek.

Tym, o czym nie powinniśmy zapominać, jest również sposób wykonywania ćwiczeń – powinny być one bowiem dostosowane długością i intensywnością do możliwości pacjenta.

– *Zaczynamy od krótszych treningów, by później stopniowo je wydłużać. Tak jak w wypadku treningów, tak też w przypadku np. wycieczek górskich konieczne mogą okazać się przerwy na odpoczynek, które dają ciału pacjenta chwilę*

wytnienia i czas na rozluźnienie intensywnie pracujących mięśni, w tym mięśni dna miednicy, co zapobiega ich przecięciu – radzi fizjoterapeutka.

Aktywność fizyczna wspiera kontynencję

Kinga Religa-Popiołek zwraca również uwagę na to, że właściwie dobrane ćwiczenia mogą być pomocne także w terapii samego NTM. – *Właściwa dla każdego pacjenta, bez względu na przyczynę nietrzymania moczu, i mająca pozytywny wpływ na funkcjonowanie mięśni dna miednicy jest przede wszystkim dbałość o prawidłową postawę ciała podczas stania i siadu. Polecane są także ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia mobilizujące miednicę, ćwiczenia uruchamiające mięśnie głębokie tułowia. Ponadto, istotnym ćwiczeniem – odruchem, które powinno być stosowane przez wszystkie kobiety oraz np. mężczyźni po radykalnej prostatektomii, jest właściwa aktywacja mięśni dna miednicy zaraz przed kichnięciem, kaszlnięciem, czy też dźwignięciem zakupów oraz powolne ich rozluźnienie po wykonaniu danej czynności* – wylicza Kinga Religa-Popiołek. I dodaje, że wspomniana przez nią aktywacja mięśni dna miednicy powinna być również wykonywana zaraz po oddaniu moczu czy stolca. – *Zwykło się mówić, że wraz z podciąganiem spodni „podciągamy” nasze dno miednicy, ponieważ właściwa aktywacja tej struktury prowadzi do zamknięcia cewki moczowej i odbytu oraz daje wrażenie zasysania jej do środka, w głąb miednicy. Stąd właśnie bierze się odczucie podciągania* – wyjaśnia ekspertka.

Zanim się ruszysz, dobrze się do tego przygotuj

Skoro wiemy już, że aktywność fizyczna jest sprzymierzeńcem również w takich schorzeniach jak NTM, warto dowiedzieć się, jak właściwie przygotować się do ćwiczeń. Eksperci wskazują, że dobrze jest zaopatrzyć się z góry we właściwie dobrane produkty chłonne. Na szczęście wiodące marki mają produkty dostosowane do potrzeb osób aktywnych fizycznie.

Zdaniem Patryka Suchardy z firmy Essity, która jest właścicielem marki TENA, problem nietrzymania moczu nie dotyczy wyłącznie osób starszych i mniej aktywnych. – *Często z jego następstwami zmagają się osoby, które aktywnie uprawiają sport, zwłaszcza latem. W ich sytuacji zapewnienie sobie optymalnego komfortu i higieny na czas aktywności jest bardzo istotne* – podkreśla. I zachęca, by w trakcie treningów stosować wkładki na nietrzymanie moczu, które nie tylko absorbują wilgoć, ale również pochłaniają nieprzyjemne zapachy. Ważnym aspektem jest również anatomiczny kształt, który zapewni osobom ćwiczącym maksimum komfortu przy jednoczesnej wysokiej ochronie przed przeciekaniem. Co istotne, wkładki na nietrzymanie moczu marki TENA są zróżnicowane i mogą być stosowane zarówno przez kobiety, jak i mężczyzn.

Z kolei eksperci z firmy Paul Hartmann, właściciela marki MoliCare, zwracają uwagę, by wybierane do uprawia-

nia sportu środki chłonne zapewniały swoim użytkownikom pełną swobodę ruchów. – *Wkładki urologiczne, podobnie jak podpaski, nosi się z własną bielizną, ale znacznie lepiej niż zwykłe podpaski dopasowują się do kształtu ciała i – co najważniejsze – nie przeciekają oraz skutecznie neutralizują zapach moczu. Wkłady urologiczne tej klasy dbają także o właściwe pH skóry i cyrkulację powietrza, chroniąc okolice intymne przed podrażnieniami. To produkty skrojone na miarę potrzeb młodych kobiet z nietrzymaniem moczu, które cenią sobie aktywny tryb życia, dobre samopoczucie, higienę intymną i komfort* – przekonują przedstawiciele marki MoliCare.

Kontynent Kobiet – rzetelne źródło wiedzy o NTM

Eksperci zwracają również uwagę, że dla każdego człowieka – również tego zmagającego się z NTM – bardzo ważna jest możliwość korzystania w pełni z życia i jednocześnie zapewnienie komfortu podczas wykonywania codziennych czynności.

– *Przeprowadziliśmy badanie wśród kobiet z nietrzymaniem moczu i aż 45 proc. z nich przyznało, że nietrzymanie moczu wpływa na ich złe samopoczucie. Ponad 45 proc. wskazało na trudności w uprawianiu sportu i rekreacji, a dla wielu jest to nadal temat tabu. Aż 35 proc. kobiet nie rozmawiało o nietrzymaniu moczu z nikim, nawet z bliską osobą* – mówi Joanna Hain-Listewnik z Toruńskich Zakładów Materiałów Opatrunkowych.

Ekspertka zachęca do korzystania z bardzo szerokiej oferty wyrobów chłonnych produkowanych pod marką Seni. – *Przy aktywnościach fizycznych szczególnie polecamy wkładki urologiczne Seni Lady dla kobiet i Seni Man dla mężczyzn lub majtki chłonne, które są zakładane jak zwykła bielizna – Seni Active. Podnoszą one nie tylko komfort życia, ale świetnie radzą sobie z wilgocią spowodowaną przez mocz, zapewniając uczucie suchości, a także zapobiegają powstawaniu nieprzyjemnego zapachu. Co ważne, są niewidoczne pod ubraniem. Wkładki Seni Lady, w odróżnieniu od innych wkładek urologicznych, mają dodatkowo osłonki boczne, które chronią przed wyciekami* – wylicza Joanna Hain-Listewnik i zachęca pacjentki do korzystania z wiarygodnych źródeł wiedzy. – *Wiedząc, jak wiele sprzecznych informacji i porad dociera do kobiet z nietrzymaniem moczu, stworzyliśmy Kontynent Kobiet – bezpieczną przestrzeń, w której o nietrzymaniu moczu i zdrowiu kobiet możemy rozmawiać w sposób otwarty. Chcemy, aby każda kobieta wiedziała, gdzie szukać wsparcia i jak sobie radzić z nietrzymaniem moczu. W ramach projektu wydaliśmy poradnik, który dystrybuujemy całkowicie bezpłatnie* – podkreśla.

W poradniku można znaleźć informacje, które pomogą pacjentkom zrozumieć, co dzieje się w ich organizmie. Są w nim również praktyczne porady dotyczące tego, do jakiego specjalisty należy się udać, jak przygotować do wizyty i jakimi zabiegami i formami leczenia NTM dysponuje współczesna medycyna.



Fot. ARochau - stock.adobe.com

ją, że właściwie dobrana aktywność fizyczna może wyjść pacjentom tylko na zdrowie.

Do tego, że aktywność fizyczna jest ważna w każdym wieku, nie trzeba przekonywać Magdaleny Koleckiej, szefowej mazowieckiego oddziału Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”. Jej zdaniem zadbanie o chociaż umiarkowanie intensywny ruch, jest niezwykle ważne szczególnie dla osób starszych. – *O ile dzieci nie mają problemu z aktywnością fizyczną, to im jesteśmy starsi, tym trudniej jest nam zmobilizować się do wysiłku fizycznego. Brak ruchu powoduje upośledzenie mięśni, a tym samym narządów wewnętrznych i całego organizmu. Dlatego tak ważne jest podejmowanie aktywności fizycznej w każdym wieku* – ocenia Magdalena Kolecka.

Sport jest wskazany, ale trzeba go uprawiać z głową

Do aktywności fizycznej zachęca również fizjoterapeutka mgr Kinga Religa-Popiołek, absolwentka kra-

Podobieństwa i różnice między nietrzymaniem moczu a zapaleniem pęcherza moczowego

dr n. med. Aneta Zwierzchowska

Oddział Ginekologiczno-Położniczy, Międzyzleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie

Wydział Medyczny Collegium Medicum Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Zapalenie pęcherza moczowego i nietrzymanie moczu to choroby bardzo często dotykające kobiet. Część ich objawów pokrywa się, dlatego czasem początkowo niełatwo zorientować się, z którą z nich mamy do czynienia.

Aż 30-50 proc. kobiet doświadczy w swoim życiu zapalenia pęcherza moczowego. Co gorsza, u 20 proc. z nich będzie ono nawracać. Dlaczego infekcja pęcherza jest tak częsta u kobiet? Najprawdopodobniej z powodu anatomii. Niewielki dystans dzielący ujście zewnętrzne cewki od odbytu, źródła patogennej bakterii oraz krótsza niż u mężczyzn cewka moczowa, powodują, że zarazki z jelita grubego mają do przebycia mniejszy dystans do cewki i pęcherza moczowego.

Jakie czynniki zwiększają ryzyko zapalenia pęcherza u kobiet?

U zdrowych kobiet czynnikami zwiększającymi ryzyko zapalenia pęcherza są m.in. współżycie płciowe oraz używanie środków plemnikobójczych (również tych obecnych w niektórych prezerwatywach). Choroba ta występuje też częściej u kobiet z cukrzycą oraz różnego rodzaju patologiami układu moczowego. Większe prawdopodobieństwo wystąpienia zapalenia pęcherza moczowego dotyczy również kobiet, które doświadczyły już tej choroby wcześniej. Może się to wiązać z wrodzoną predyspozycją (np. anatomiczną) bądź nieprawidłowym czy też niepełnym leczeniem poprzedniego epizodu infekcji.

W 70-95 proc. przypadków zapalenia pęcherza czynnikiem zakaźnym jest bakteria *Escherichia coli*. W pozostałych przypadkach są to przeważnie inne gatunki bakterii z rodziny *Enterobacteriaceae* (pałeczki jelitowe), tj. *Klebsiella pneumoniae* bądź *Proteus mirabilis*, rzadziej gronkowce, np. *Staphylococcus saprophyticus*. Jeśli w posiewie moczu stwierdzono obecność innych gatunków, zwłaszcza kilku naraz, każdego w niewielkich ilościach, to najprawdopodobniej mamy do czynienia z zanieczyszczeniem próbki bakteriami ze skóry lub pochwy. Taki wynik nie jest miarodajny i najczęściej trzeba powtórzyć badanie.

Dlaczego objawy zapalenia pęcherza można pomylić z nietrzymaniem moczu?

Charakterystycznym objawem zapalenia pęcherza moczowego jest dyzuria - ból lub dyskomfort podczas od-

dawania moczu, odczuwany w podbrzuszu lub w cewce moczowej. Najczęściej do objawów dyzurycznych dołącza potrzeba częstego oddawania moczu (częstomocz), odczuwana jako bolesne parcie. Prawdopodobieństwo, że mamy do czynienia z zapaleniem pęcherza u kobiety, która doświadcza obu tych objawów, wynosi ponad 90 proc. Jednakże symptomy infekcji pęcherza mogą być też subtelne, zwłaszcza u starszych kobiet, u których powszechnie spotyka się niespecyficzne dolegliwości ze strony układu moczowego - dyskomfort/pieczenie podczas oddawania moczu i właśnie nietrzymanie moczu, które mogą imitować zapalenie pęcherza.

W przebiegu tej choroby może też pojawić się krwimocz (widoczna gołym okiem krew w moczu). Tego objawu nie obserwuje się u osób z samym nietrzymaniem moczu, jest to natomiast sygnał alarmowy - trzeba wówczas wykluczyć nowotwór pęcherza, który też może powodować krwawienia.

Ostre i nawracające zapalenia pęcherza moczowego

W przypadku podejrzenia ostrego zapalenia pęcherza, lekarz zdecyduje, czy konieczne jest wykonanie posiewu moczu z antybiogramem (badaniem wrażliwości bakterii na antybiotyki), czy też można włączyć leczenie na podstawie samych objawów, ewentualnie z uwzględnieniem wyniku badania ogólnego moczu. Na wynik posiewu moczu czeka się kilka dni, co może opóźnić włączenie leczenia. Trzeba jednak być ostrożnym i pamiętać, że pochopne włączenie antybiotykoterapii na podstawie samych objawów może się wiązać z niepotrzebnym narażeniem pacjentki na działania niepożądane leku oraz możliwością wygenerowania oporności bakterii na antybiotyki. W rezultacie, gdy w przyszłości przydarzy się prawdziwa infekcja, standardowe leczenie może nie działać. Wytworzone w ten sposób odporne szczepy bakterii mogą również zostać przekazane innym osobom, przyczyniając się do globalnego narastania oporności na antybiotyki. W dobie powszechnego stosowania antybiotyków jest to bardzo poważny problem.

Prawdziwym wyzwaniem, zarówno w kwestii diagnostyki, jak i leczenia, są nawracające zapalenia pęcherza moczowego, definiowane jako co najmniej 2 epizody w ciągu 6 miesięcy lub co najmniej 3 w ciągu roku. Nawet jeśli w posiewie stwierdza się ponownie wzrost tej samej bakterii co podczas poprzedniego epizodu, to

i tak w większości przypadków jest to nowa infekcja, nie zaś przetrwanie bakterii pomimo zastosowanego leczenia. Wykazano, że jeśli pierwszy epizod zapalenia pęcherza był wywołany przez *Escherichia coli*, to ryzyko pojawienia się kolejnego zapalenia w ciągu 6 miesięcy jest wyższe, niż jeśli pierwotnie mieliśmy do czynienia z innym patogenem.

Silnym czynnikiem ryzyka nawracających zapaleń pęcherza moczowego jest współżycie płciowe. Ryzyko rośnie jeszcze bardziej, jeśli stosuje się środki plemnikobójcze.

Częściej do ponownych zapaleń dochodzi

też u kobiet, które pierwszego epizodu doświadczyły w wieku nastoletnim oraz u tych, których matki również miały zakażenia układu moczowego.

Nie wykazano natomiast związku z oddawaniem moczu po współżyciu, częstością mikcji, higieną, rodzajem noszonej bielizny czy z wskaźnikiem masy ciała (BMI). U starszych kobiet czynnikiem ryzyka nawracających zapaleń pęcherza jest obniżanie napięcia mięśni miednicy mniejszej i zaleganie moczu w pęcherzu po mikcji. Czasem kobiety cierpiące na nawracające zapalenia pęcherza są w stanie bez trudności rozpoznać kolejny epizod infekcji po typowych objawach: dyzurii, częstomoczu, parciach nagłych i bólu w podbrzuszu. W tych przypadkach rozpoznanie jest oczywiste i najczęściej nie jest konieczna dalsza diagnostyka. Zdarza się jednak, że część kobiet przypisuje niespecyficzne, przewlekłe objawy zapaleniu pęcherza, podczas gdy przyczyną dolegliwości jest zupełnie inny stan, nie mający związku z infekcją. Wówczas bardzo pomocne może być badanie moczu wykonane w okresie występowania objawów.

W dużych badaniach wykazano, że aż 43-48 proc. kobiet leczonych antybiotykiem empirycznie (na podstawie objawów, bez wykonania posiewu) na zapalenie pęcherza moczowego tak naprawdę nie miało infekcji - posiewy moczu pobranego przed włączeniem antybiotyku były u nich jałowe.

Z czym należy różnicować zapalenie pęcherza moczowego?

Głównie z pęcherzem nadreaktywnym i nagłym nietrzymaniem moczu. To ostatnie to taka postać nietrzymania moczu, w której pacjent doświadcza nagłej, silnej potrzeby oddania moczu, z następowym lub równoczesnym mimowolnym wyciekaniem moczu. Ilość gubionego moczu może być bardzo niewielka - zaledwie kilka kropeł, lub masywna, powodująca całkowite zmoczenie bielizny i ubrania.

Z nagłym nietrzymaniem moczu łączy się zespół pęcherza nadreaktywnego (z ang. *overactive bladder*

- OAB), definiowany jako parcia naglące z lub bez mimowolnego wycieku moczu. Charakterystyczne objawy pęcherza nadreaktywnego to częstomocz (częste oddawanie moczu) oraz nokturia (wybudzanie w nocy w celu oddania moczu).

Oba te symptomy mogą być pomyłone z zapaleniem pęcherza moczowego.

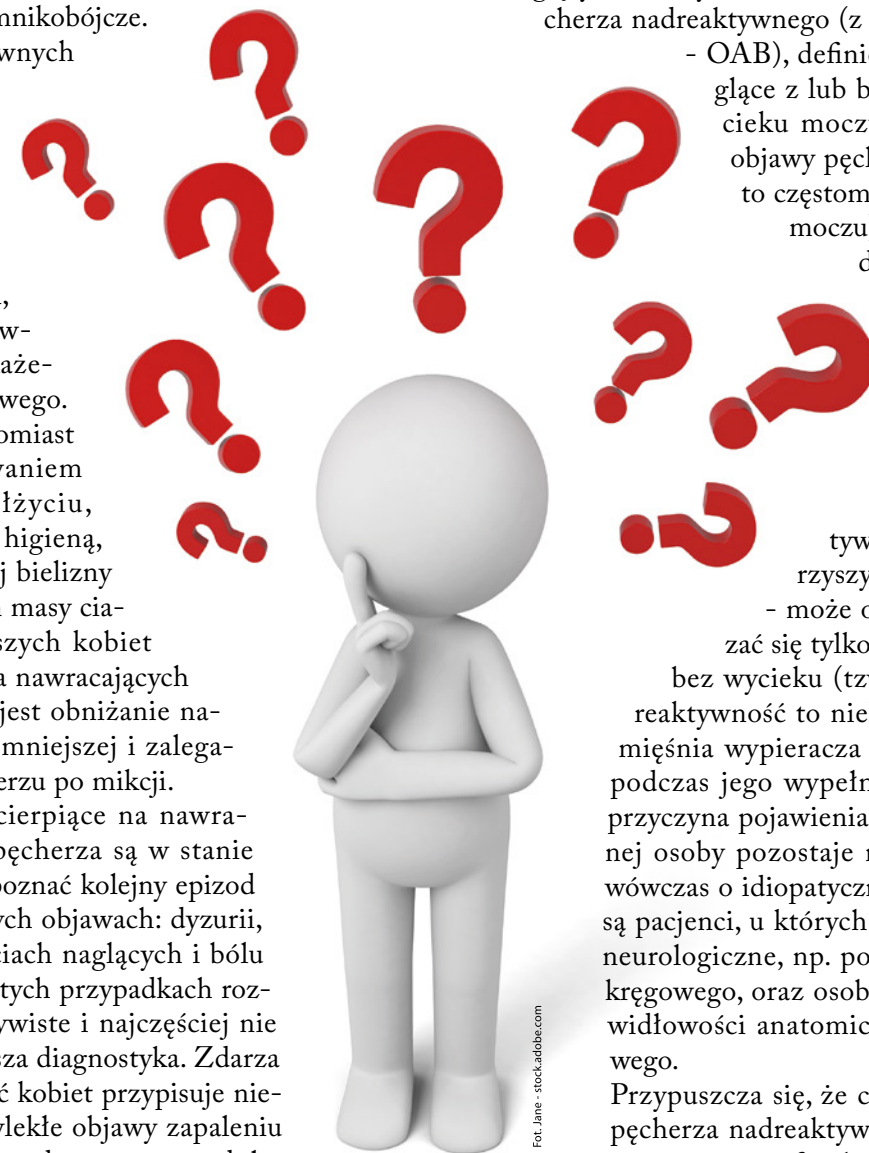
Pęcherzowi nadreaktywnemu nie musi towarzyszyć nietrzymanie moczu - może on równie dobrze wiązać się tylko z nagłymi parciami,

bez wycieku (tzw. suche OAB). Nadreaktywność to niekontrolowane skurcze

mięśnia wypieracza pęcherza moczowego podczas jego wypełniania się. Najczęściej przyczyną pojawienia się tej patologii u danej osoby pozostaje nieustalona. Mówimy wówczas o idiopatycznym OAB. Wyjątkiem są pacjenci, u których występują zaburzenia neurologiczne, np. po uszkodzeniu rdzenia kręgowego, oraz osoby cierpiące na nieprawidłowości anatomiczne pęcherza moczowego.

Przypuszcza się, że częstość występowania pęcherza nadreaktywnego jest większa, niż mówią o tym oficjalne statystyki, ponieważ część osób wykazujących jego objawy nie szuka

pomocy lekarskiej. Nagłace nietrzymanie moczu jest związane z wiekiem - częściej występuje u osób starszych. W przypadku kobiet prawdopodobnie wiąże się to z obniżonym po menopauzie poziomem estrogenów, prowadzącym do zmian w mikroflorze dróg moczowo-płciowych. Od niedawna wiadomo bowiem, że do wystąpienia pęcherza nadreaktywnego może się przyczyniać nieprawidłowy skład flory (mikrobiomu) pęcherza. Ten ostatni aspekt jest obecnie obiektem intensywnych



badania naukowych. Dotychczas sądzono, że pęcherz moczowy jest u zdrowych osób zupełnie jałowy, podczas gdy okazało się, że podobnie jak w innych rejonach ciała (jelita, pochwa, skóra), w narządzie tym znajdują się liczne gatunki bakterii. Wykryto, że DNA pałeczek kwasu mlekowego (*Lactobacillus*) jest rzadziej wykrywane w moczu kobiet chorujących na pęcherz nadreaktywny niż u kobiet wolnych od tej choroby. Z kolei DNA bakterii z rodzaju *Proteus* występuje u tych kobiet bardziej powszechnie niż u zdrowych kobiet. Co ciekawe, te różnice w składzie mikroflory pęcherza mogą wpływać na skuteczność leczenia OAB. Stwierdzono bowiem, że pacjenci reagujący na mniejsze dawki leku standardowo stosowanego w leczeniu pęcherza nadreaktywnego mieli mniej zróżnicowaną florę pęcherza niż ci, u których konieczne było stosowanie większych dawek i osoby, u których leczenie w ogóle nie skutkowało.

Zapalenia pęcherza moczowego należy również odróżnić od zespołu bolesnego pęcherza (dawniej śródmiaższowe zapalenie pęcherza). W przypadku tej choroby również mamy do czynienia z dyzurią, częstomoczem, ewentualnie parciaми nagłymi. Podobnie jak w OAB nie ma tu czynnika infekcyjnego. Jeśli zaś objawom typowym dla zapalenia pęcherza towarzyszy obecność krwi w moczu, to trzeba też myśleć o możliwości występowania u danej osoby (i pilnie wykluczyć) raka pęcherza moczowego.

Jak odróżnić nadreaktywność pęcherza od infekcji układu moczowego?

Mimo że nadreaktywność pęcherza oraz zakażenia układu moczowego mają podobne objawy, ich leczenie zasadniczo się różni. Dlatego bardzo ważne jest poprawne postawienie rozpoznania.

W procesie diagnostycznym u pacjentki prezentującej objawy pęcherza nadreaktywnego zazwyczaj pierwszą patologią, którą będziemy chcieli wykluczyć, jest zapalenie pęcherza moczowego. Ale uwaga! Może ono imitować OAB ze względu na towarzyszący mu częstomocz, a nierzadko też parcia na pęcherz oraz nokturię. Dyzuria z kolei jest objawem typowym dla zapalenia dróg moczowych, a co do zasady nie występuje w OAB. Jednakże jeśli kobieta osiągnęła wiek pomenopauzalny i cierpi na zmiany zanikowe w obrębie pochwy i dróg moczowych, może odczuwać pieczenie i podrażnienie w okolicy cewki moczowej imitujące objawy dyzuryczne towarzyszące zapaleniu pęcherza. Dołączające do tego nietrzymanie moczu z parć nagłych dodatkowo będzie sprzyjało błędnemu rozpoznaniu zapalenia dróg moczowych u takiej pacjentki.

W odróżnieniu OAB od zapalenia pęcherza może nam pomóc dynamika objawów. Pomimo podobieństwa symptomów zapalenia pęcherza moczowego i nagł-

cego nietrzymania moczu, stany te różnią się zwykle istotnie pod względem czasu i okoliczności ich pojawienia się. W przypadku zapalenia mamy zwykle do czynienia ze stanem ostrym - częstomocz i bolesne parcia (czasem połączone z mimowolnym wyciekaniem moczu) pojawiają się nagle, z dnia na dzień. Z kolei jeżeli mamy do czynienia z OAB, to przebieg choroby jest przewlekły. Dodatkowo, w przypadku OAB, zwykle nie ma bólu w podbrzuszu, podczas gdy objaw ten często towarzyszy zapaleniu pęcherza.

Złotym standardem w rozpoznawaniu zapalenia pęcherza jest posiew moczu. Jeśli jego wynik jest ujemny (nie stwierdzono wzrostu bakterii), to przy charakterystycznej konstelacji objawów możemy mieć do czynienia z pęcherzem nadreaktywnym. Wówczas przystępujemy do dalszej diagnostyki.

W czym może pomóc dzienniczek mikcji?

Lekarz może zalecić założenie tzw. dzienniczka mikcji. Aby go prowadzić, konieczne jest wyposażenie się w pojemniki z możliwością zmierzenia objętości zarówno przyjmowanych płynów, jak i oddawanego moczu. Pacjentka otrzymuje specjalny formularz, na którym ma spisywać dane dotyczące każdego oddania moczu (mikcji), z uwzględnieniem godziny i objętości oddanego moczu, oraz - w oddzielnej kolumnie - ilość i rodzaj wypijanych płynów. Dzienniczek taki prowadzi się zwykle przez trzy dni (np. dwa dni powszednie oraz jeden dzień w weekend). Co ważne, zapisuje się w nim także epizody nietrzymania moczu i parć nagłych.

Dzienniczek mikcji jest narzędziem bardzo przydatnym dla lekarza i pacjentki, u której podejrzewa się parcia nagłe i/lub nietrzymanie moczu. Pozwala bowiem obiektywnie określić, czy i w jakim stopniu mamy do czynienia z problemem nietrzymania moczu, jakiego rodzaju jest to nietrzymanie (wysiłkowe vs nagłe), a także, jakie płyny zaostrzają objawy parć. Przykładowo, rutynowo obserwujemy związek objawów OAB z przyjmowaniem kofeiny (zaostrza nietrzymanie moczu z powodu działania skurczowego na mięsień wypieracza pęcherza oraz zwiększa wytwarzanie moczu). Dzięki dzienniczekowi mikcji niejednokrotnie udaje się również ustalić związek objawów z piciem nadmiernej ilości płynów, np. na noc. Dzienniczek można również wprowadzić ponownie po włączeniu leczenia, aby ocenić skuteczność zastosowanych leków.

Obecność nagłego nietrzymania moczu nie wyklucza zapalenia pęcherza moczowego i odwrotnie. Stany te mogą współwystępować, szczególnie że obu sprzyja podobne czynniki, tj. menopauza i wiążący się z nią niedobór estrogenów, a najprawdopodobniej również nieprawidłowy skład flory bakteryjnej w pęcherzu moczowym. Dokładny wywiad z pacjentką i posiew moczu pozwolą postawić właściwą diagnozę.

77 faktów o (nie)trzymaniu moczu, o których pora mówić otwarcie

Stworzyliśmy specjalny poradnik, w którym krok po kroku przedstawiamy przyczyny, objawy, formy profilaktyki i leczenia nietrzymania moczu.

Podpowiadamy także, jak rozmawiać o chorobie z bliskimi. A przede wszystkim - jak mądrze i świadomie zadbać o swoje zdrowie.



Zamów bezpłatnie na: kontynentkobiet.pl

Zapisz się na bezpłatne webinary na: kontynentkobiet.pl



Partner:
seni
Lady

Rak pęcherza moczowego to najczęściej skutek palenia tytoniu

O tym, kto jest narażony na zachorowanie na raka pęcherza moczowego, jakie objawy daje ten nowotwór oraz jak wygląda jego diagnostyka i leczenie rozmawiamy z dr n. med. Iwoną Skoneczną ze Szpitala Grochowskiego im. Dr. med. Rafała Masztaka w Warszawie, onkologiem specjalizującym się w leczeniu nowotworów urologicznych.

Rak pęcherza moczowego jest nowotworem „zapomnianym”, choć jest to choroba dosyć powszechna. Kto najczęściej choruje na raka pęcherza?

To prawda, rak pęcherza moczowego jest stosunkowo częstym nowotworem – każdego roku w Polsce rozpoznajemy około 8 tysięcy nowych przypadków tego nowotworu. Jest to choroba, która dotyczy częściej mężczyzn. U około połowy pacjentów nowotwór pęcherza jest skutkiem palenia tytoniu, a u około 1/3 chorych – skutkiem zawodowej ekspozycji na różne szkodliwe substancje chemiczne. Bywają też pacjenci, u których występują jednocześnie oba te czynniki ryzyka zachorowania – to osoby, które palą i równocześnie są narażone na toksyczne chemikalia. Niestety, w Polsce u dużej części pacjentów rak pęcherza jest rozpoznawany w stadium, gdy jest to już nowotwór zaawansowany i inwazyjny. Dlatego z powodu raka pęcherza umiera około 4 tysięcy pacjentów rocznie.

Jak często i jakie badania profilaktyczne warto zatem wykonywać, żeby wcześniej wykryć raka pęcherza?

Podstawowym badaniem, które może pomóc wcześniej wykryć ten nowotwór, jest zwykłe, ogólne badanie moczu. Jest to badanie tanie, niebolesne, bardzo łatwe do wykonania, które możemy sobie sami zlecić. Warto je wykonywać regularnie, nawet jeśli nie odczuwamy żadnych dolegliwości, czy nie obserwujemy żadnych niepokojących objawów. Dzięki temu możemy wykryć chorobę we wczesnym stadium rozwoju.



dr n. med. Iwona Skoneczna

A jakie dolegliwości lub objawy powinny skłonić nas do niezwłocznego wykonania badania ogólnego moczu?

Wskazaniem do natychmiastowego zrobienia badania ogólnego moczu jest pojawienie się krwi w moczu, czyli czerwone lub różowe zabarwienie moczu. To bardzo ważne, aby obserwować zarówno mocz, jak i stolec, i w sytuacji, gdy zauważymy czerwone zabarwienie moczu lub stolca, nawet jeśli pojawiło się i minęło, jak najszybciej zameldować o tym swojemu lekarzowi rodzinnemu. Nie cieszymy się, że krwimocz był epizodyczny i zniknął, tylko zrobimy badania kontrolne. Oprócz badania ogólnego moczu, należy w takim wypadku wykonać badanie USG jamy brzusznej z oceną pęcherza moczowego. Pamiętajmy, że żeby ocenić pęcherz moczowy w badaniu USG, pęcherz musi być wypełniony jak balon. Na badanie należy zatem przyjść z butelką niegazowanej wody i wypić ją tuż przed badaniem.

Nie u wszystkich osób z rakiem pęcherza występuje krwimocz, dlatego powinniśmy zwracać uwagę także na inne objawy. Zaniepokoić powinna nas trwająca ponad 2 tygodnie infekcja dróg moczowych, problemy z oddawaniem moczu, takie jak: szczypanie, pieczenie, ból, czy też częste oddawanie moczu. Niektóre nowotwory mogą bowiem podrażniać pęcherz moczowy w taki sposób, że nie dają krwawienia, lecz przypominają infekcję.

Jak wygląda proces diagnostyczny w raku pęcherza?

Jeśli po wykonaniu badania ogólnego moczu oraz badania USG lekarz podejrzewa raka pęcherza, powinien jak najszybciej skierować pacjenta do urologa. Urolog powi-

nien zajrzeć do środka pęcherza moczowego za pomocą cystoskopu. Zabieg ten, nazywany cystoskopią, wykonywany jest w znieczuleniu. Lekarz ma wówczas możliwość dokładnego obejrzenia pęcherza oraz wycięcia podejrzanych zmian. Jeśli zmiany są niewielkie, możliwe jest wycięcie ich w całości, natomiast jeśli są duże i rozległe, pobiera się z nich wycinki. Następnie wycinki te są analizowane pod mikroskopem. Jest to tzw. badanie mikroskopowe histopatologiczne, którego wyniki dają ostateczną odpowiedź, czy mamy do czynienia z rakiem oraz z jakim jego typem.

Jakie są rokowania w raku pęcherza?

Tak jak w każdym nowotworze, wyniki leczenia raka pęcherza zależą od stopnia zaawansowania choroby. Powinniśmy zrobić wszystko, aby taki nowotwór rozpoznać jak najwcześniej, czyli w tzw. nieinwazyjnym stadium, kiedy jeszcze nie wrasta głęboko w ścianę pęcherza moczowego. Jeśli się to uda, leczenie polega na wycięciu zmian podczas zabiegu tzw. przezcewkowej elektroresekcji

(z ang. TUR/TURBT). Wyniki takiego leczenia są doskonałe i pacjenci żyją przez wiele lat. Czasem po takim leczeniu wymagane są kontrolne, regularne cystoskopie, czyli zaglądnięcia do pęcherza moczowego. Czasami stosujemy wlewy z terapeutykami do pęcherza moczowego, ale pęcherz pozostaje i nadal działa. Jeśli natomiast proces diagnostyczny trwa zbyt długo i nowotwór ma czas na to, żeby wrosnąć głęboko w ściany pęcherza moczowego, to sytuacja przedstawia się zupełnie inaczej. Mówimy wtedy o tzw. inwazyjnym raku pęcherza moczowego. Leczenie takiego raka to dużo bardziej skomplikowany proces, mocno obciążający dla pacjenta, a na dodatek jego wyniki nie zawsze są takie, jakbyśmy chcieli. Dlatego tak ważne jest, żeby jak najszybciej doprowadzić do rozpoznania choroby, w jeszcze nieinwazyjnym stadium.

Co jeśli się to nie uda? Na czym polega leczenie inwazyjnego raka pęcherza?

U pacjentów, u których nowotwór wrasta w ściany pęcherza moczowego, konieczne jest wycięcie całego pę-



KRWIOMOCZ – SYGNAŁ ALARMOWY

cherza wraz z przylegającymi narządami. Czyli u mężczyzn wraz z prostatą, a u kobiet wraz z częścią narządu rodnego. Operacja ta, nazywana radykalną cystektomią, jest dużym, okaleczającym zabiegiem, w trakcie którego konieczne jest wykonanie urostomii. Po operacji nie jest bowiem możliwe oddawanie moczu w naturalny sposób, lecz spływa on do specjalnego woreczka przyklejanego do skóry. W pierwszej chwili urostomia wygląda dla pacjenta jak przysłowiowy „koniec świata”, jednak najczęściej wcale tak nie jest. Przyklejony do skóry woreczek na mocz nie wyklucza aktywnego, prawie normalnego życia z wykonywaniem czynności zawodowych oraz uprawianiem sportu. Niestety, nowotwór, który wrasta w ścianę pęcherza moczowego ma także tendencję do wrastania do naczyń krwionośnych, co oznacza, że dosyć łatwo daje przerzuty. Dlatego jeszcze przed operacją cystektomii pacjent powinien otrzymać przedoperacyjną chemioterapię.

Niektórzy pacjenci nie zgadzają się na wycięcie pęcherza moczowego i u nich sięgamy po leczenie łączące kilka metod, czyli chirurgiczne wycięcie jak największego obszaru guza, chemioterapię i naświetlanie. Czasami udaje się uzyskać w ten sposób dobre, długotrwałe wyniki, jednak pęcherz moczowy nie jest idealnym narządem do napromieniowania i stąd nie u wszystkich pacjentów takie leczenie przynosi oczekiwane efekty. Dlatego też złotym standardem przy inwazyjnym raku pęcherza jest usunięcie pęcherza wraz z podaniem okołoperacyjnej chemioterapii.

Jakie są aktualnie możliwości leczenia zaawansowanego raka pęcherza?

Zaawansowany rak pęcherza moczowego to nowotwór, którego nie jesteśmy w stanie całkowicie wyciąć albo nowotwór, który dał przerzuty do innych lokalizacji w organizmie, poza pęcherz moczowy. Aby potwierdzić takie rozpoznanie, musimy u pacjenta pobrać wycinki z pęcherza oraz wykonać rutynowe badanie tomograficzne przynajmniej klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy. Jeżeli w takim badaniu widzimy nowotwór poza pęcherzem moczowym, pacjenta kwalifikujemy do systemowej chemioterapii. Problemem jest jednak to, że aby podać klasyczną chemioterapię, wymagane są dobre parametry nerkowe, a niestety u części pacjentów guz

w pęcherzu moczowym utrudnia odpływ moczu z nerek, co sprawia, że te parametry nie są wystarczająco dobre, abyśmy mogli bezpiecznie zastosować chemioterapię. Wtedy nasze możliwości działania są ograniczone. Jeżeli jednak pacjent może otrzymać chemioterapię, to ją stosujemy.

Po zakończeniu cykli chemioterapii oceniamy odpowiedź na to leczenie i jeżeli jest ona dobra, czyli udało się zatrzymać postęp choroby, możemy zastosować immunoterapię, która podtrzymuje ten dobry efekt uzyskany wskutek podawania chemioterapii. Inny rodzaj immunoterapii stosujemy natomiast u pacjentów, u których chemioterapia nie zadziałała lub przestała działać. Z prowadzonych badań wynika jednak, że dużo lepiej jest, kiedy pacjent dostaje immunoterapię zaraz po zakończeniu chemioterapii, w celu wzmocnienia jej efektu, i bez czekania na nawrót choroby. Jeszcze inny rodzaj immunoterapii to taka, która jest stosowana u pacjentów, którzy nie kwalifikują się do chemioterapii, a ponadto mają odpowiednio wysoką ekspresję określonego markera. Ta wysoka ekspresja daje szansę na dobrą odpowiedź na immunoterapię.

Problemem jest to, że w Polsce żadna z tych immunoterapii nie jest obecnie refundowana. Cieszymy się, że pojawiają się nowe leki przeznaczone do leczenia zaawansowanego raka pęcherza moczowego, ale niestety na dzisiaj nie do końca są one dostępne dla naszych pacjentów. Oczywiście chcielibyśmy, żeby to się zmieniło i żeby immunoterapia była refundowana, a tym samym dostępna dla naszych chorych.

Dlaczego w leczeniu raka pęcherza ważna jest współpraca różnych specjalistów?

Obecnie w większości nowotworów stosujemy leczenie wielodyscyplinarne. W zespole lekarzy, którzy zajmują się leczeniem choroby nowotworowej, jest najczęściej chirurg, onkolog radioterapeuta oraz chemioterapeuta, czyli onkolog kliniczny. Dzięki temu można połączyć metody operacyjne, czyli wycięcie guza z napromienianiem oraz z podaniem leczenia systemowego, czyli chemioterapii czy immunoterapii. Takie postępowanie przynosi najlepsze rezultaty i ważne jest, żeby pacjent mógł płynnie, bez zbędnej zwłoki, przechodzić z jednego leczenia do kolejnego.

Dr n. med. Iwona Skoneczna jest ekspertką kampanii edukacyjnej RAK PĘCHERZA - WYKRYJ I LECZ!, prowadzonej przez Polską Koalicję Pacjentów Onkologicznych. Celem kampanii jest zwrócenie uwagi na „zapomniany” nowotwór, jakim jest rak pęcherza oraz zwiększenie świadomości na temat objawów, diagnostyki i możliwości leczenia tej choroby. Działania edukacyjne prowadzone są na stronie kampanii www.rakpecherza-wykryjilecz.pl oraz na profilu na Facebooku www.facebook.com/rak.pecherza.wykryj.i.lecz. Na FB funkcjonuje też zamknięta grupa wsparcia dla pacjentów z rakiem pęcherza i ich bliskich: www.facebook.com/groups/rakpecherzawykryjilecz

Minęły trzy lata od wprowadzenia neuromodulacji krzyżowej do polskich szpitali. Czas na pierwsze podsumowania

Violetta Madeja

Neuromodulacja krzyżowa na dobre wpisała się już w krajobraz polskiego systemu ochrony zdrowia. Okazuje się jednak, że po trzech latach od wprowadzenia tej procedury do koszyka świadczeń gwarantowanych, nadal nie wszyscy pacjenci, którzy się do niej kwalifikują, mogą z niej skorzystać. Czy jest szansa na zwiększenie jej dostępności?

Trzy lata od umieszczenia neuromodulacji krzyżowej w koszyku świadczeń gwarantowanych, finansowanych ze środków publicznych, klinicyści i pacjenci, którym dane było poddać się zabiegowi przywracającemu prawidłową pracę pęcherza moczowego, przekonują, że jest to skuteczna metoda leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego.

Po wielu latach leczenia wreszcie wyraźna poprawa

– W moim przypadku poprawa była spektakularna, jak dzień do nocy – przyznaje pan Marek [na prośbę pacjenta zmieniłmy jego imię – red.], pacjent, który przeszedł już dwa zabiegi neuromodulacji krzyżowej. Pierwszy neuromodulator lekarze wszczepili mu w 2011 roku jeszcze poza systemem refundacji, wystarczył mu na siedem lat. Od trzech lat ma już nowy. Przed wszczepieniem elektrod był przez lata leczony farmakologicznie. – *Lekarze starali się mi pomóc, ostrzykując regularnie pęcherz i przepisując kolejne leki. Niestety efekty tego leczenia były praktycznie znikome* – wspomina w rozmowie z Kwartalnikiem NTM. Poprawę jakości życia zagwarantował mu dopiero neurostymulator. Dzięki niemu – jak sam przyznaje – ze swoim lekarzem prowadzącym kontaktuje się tylko od święta. Żeby złożyć mu życzenia...

Nie tylko pandemia ograniczyła dostęp do neuromodulacji

Niestety, nadal wiele osób, którym neuromodulacja mogłaby poprawić jakość życia, nie ma do niej dostępu. Dlaczego?

Zdaniem dr. n. med. Mariusza Blewniewskiego, chirurga urologa, zastępcy kierownika Oddziału Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej w II Klinice Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (w Wojewódzkim Wielospecjalistycznym Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi), powodem

ograniczonej dostępności neuromodulacji krzyżowej była nie tylko pandemia COVID-19, lecz również niewielka liczba ośrodków przeprowadzających tę procedurę i niska świadomość na jej temat wśród lekarzy. W efekcie wielu chorych, którym neuromodulacja mogłaby poprawić komfort życia, nadal leczonych jest suboptymalnie.

– *Z pewnością dużym ograniczeniem była dla nas pandemia, która wpłynęła negatywnie nie tylko na realizację zabiegów, ale również liczbę pacjentów zgłaszających się do lekarzy* –



Pierwsza implantacja neuromodulatora w Śląskim Centrum Urologii "Urovita" w Chorzowie

Fot. Medtronic Poland

mówi dr Mariusz Blewniewski, który jest jednym z pionierów neuromodulacji krzyżowej w Polsce. – *Pewnym ograniczeniem jest również to, że oddział wykonujący procedurę musi mieć duży kontrakt z NFZ, który pozwalałby mu na przeprowadzanie tej dość wysoko wycenianej procedury, a jednocześnie nie wiązałoby się to z odbieraniem możliwości przeprowadzania innych, zakontraktowanych w umowie zabiegów. Ośrodki, które mają małe kontrakty, a co za tym idzie mało punktów, nie mogą sobie niestety pozwolić na to, by wykonywać tę procedurę* – dodaje klinicysta.

Duże znaczenie odgrywa również organizacja zabiegów. Dotychczas w łódzkim ośrodku pacjenci zbierani byli jednego dnia raz na kwartał lub raz na dwa miesiące



Pierwszy zabieg wszczepienia neuromodulatora w Klinice Urologii Szpitala Wojewódzkiego im. M. Kopernika w Łodzi

Fot. Medtronic Poland

i jednego dnia przeprowadzano zabiegi. – Średnio było to około trzech zabiegów jednego dnia – mówi urolog. Problemem jest również to, że nie wszyscy lekarze z ośrodków, które nie wykonują tej procedury, mają świadomość możliwości, jakie daje ona pacjentom. Część lekarzy nie wie też, gdzie skierować pacjenta. W efekcie

wielu chorych nie otrzymuje szansy na poprawę jakości życia.

– W całym kraju ośrodków przeprowadzających neuromodulację na oddziałach urologicznych jest pięć. W dodatku są one rozmieszczone dość nierównomiernie. Problemem jest to, że praktycznie cała zachodnia Polska nie ma ośrodka urologicznego przeprowadzającego te procedury, a lekarze nie kierują pacjentów do placówek, które to robią. Być może wykonują oni ostrzykiwania pęcherza toksyną botulinową – procedurę, która w wytycznych Polskiego Towarzystwa Urologicznego jest traktowana na równi z neuromodulacją nerwów krzyżowych? – zastanawia się dr Blewniewski.

Gwarancja wysokiej skuteczności

Skuteczność przeprowadzonych do tej pory zabiegów neuromodulacji krzyżowej w łódzkim ośrodku dr Mariusz Blewniewski ocenia na ok. 70 proc. u wszystkich pacjentów zakwalifikowanych do tej procedury. I, jak podkreśla, jest to skuteczność porównywalna z tą, jaka jest podawana w literaturze naukowej. – Dane europejskie wskazują, że skuteczność leczenia z zastosowaniem neuromodulacji nerwów krzyżowych sięga 70–80 proc. – przypomina nasz rozmówca.

W przypadku pacjentów, u których pierwszy etap zabiegu nie przynosi oczekiwanych efektów, w drugim etapie rezygnuje się z wszczepienia docelowego stymulatora i usuwa elektrodę wszczepioną podczas pierwszego zabiegu. – Część przeprowadzonych przez nas zabiegów polega na

wymianie docelowych stymulatorów u pacjentów, którzy byli operowani jeszcze przed wprowadzeniem tego świadczenia gwarantowanego – tłumaczy dr Blewniewski.

Na pytanie, czy pacjenci po implantacji neuromodulatora wymagają specjalistycznej fizjoterapii, odpowiada, że uzyskane efekty zabiegu umożliwiają im normalne funkcjonowanie.

Kto jeszcze mógłby odnieść korzyść z neuromodulacji?

W opinii dr. Blewniewskiego do neuromodulacji krzyżowej można by zakwalifikować również chorych na jaskrę z wąskim kątem przesączania. To pacjenci, którzy nie kwalifikują się do leczenia farmakologicznego z użyciem leków z grupy antycholinergicznym i „z automatu” przeskakują do drugiej linii terapii bazującej na leczeniu inwazyjnym. – Niestety, nie u każdego pacjenta toksyna botulinowa właściwie działa i część chorych musi się pojawiać u nas na oddziale nawet co trzy miesiące. Co więcej, z każdym kolejnym ostrzyknięciem jego efekty są coraz słabsze. Dlatego też, biorąc pod uwagę fakt, że w wytycznych na jednym poziomie mamy toksynę botulinową i neuromodulację, to w tej grupie chorych proponowałbym przeprowadzanie neuromodulacji nerwów krzyżowych – podkreśla dr Mariusz Blewniewski.

Organizację pacjentów nie mają wątpliwości, że neuromodulacja powinna być szerzej dostępna. Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”, które walczyło o refundację tej terapii, stoi na stanowisku, że powinna ona być realizowana w większej liczbie ośrodków. Zdaniem pacjentów warto również rozważyć poszerzenie grupy pacjentów kwalifikowanych do zabiegów wszczepiania elektrod. Obecnie podstawowym wskazaniem do neuromodulacji krzyżowej jest oporna na leczenie behawioralne i farmakologiczne nadreaktywność pęcherza moczowego. Kolejnym wskazaniem do przeprowadzenia zabiegu jest pęcherz neurogeny. Pozarejestrowym wskazaniem jest nietrzymanie stolca, które może obejmować zarówno inkontynencję idiopatyczną, jak również tę będącą efektem urazów czy poporodowych uszkodzeń.

Pierwsza implantacja neuromodulatora nerwów krzyżowych na Śląsku

W Śląskim Centrum Urologii „Urovita” w Chorzowie przeprowadzono pierwszy w województwie śląskim zabieg implantacji neuromodulatora nerwów krzyżowych. Wykonał go zespół lekarzy w składzie: lek. Wojciech Michalik i dr n. med. Dariusz Szmydki (obaj ze Szpitala Urovita w Chorzowie) oraz dr n. med. Mariusz Blewniewski z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Kopernika w Łodzi.

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania zabiegów neuromodulacji krzyżowej

MIASTO	PLACÓWKA	ADRES	KONTAKT	KIEROWNIK KLINIKI / ODDZIAŁU
Bydgoszcz	Klinika Urologii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza	ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz	tel. 52 585 45 00 tel. 52 585 40 45 www.jurasza.umk.pl	prof. dr hab. n. med. Tomasz Drewa
Chorzów	Śląskie Centrum Urologii „Urovita”	ul. Strzelców Bytomskich 11, 41-500 Chorzów	tel. 32 111 42 42 www.urovita.pl	dr n. med. Andrzej Szurkowski
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	Katedra Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie	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

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.

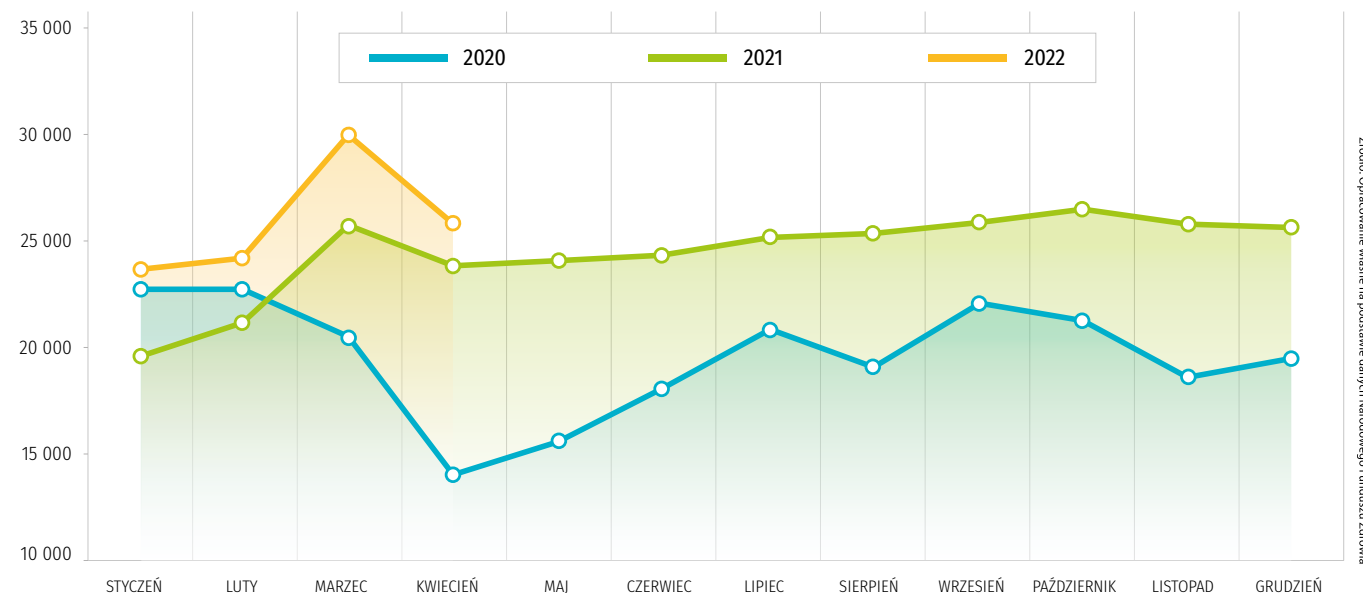
Zaciągnięty w czasie pandemii „dług zdrowotny” trzeba spłacać

Violetta Madeja

Klinicyści, organizacje pozarządowe i urzędnicy apelują do pacjentów o korzystanie z dostępnych badań profilaktycznych oraz zgłaszanie się do lekarzy w przypadku pojawienia się niepokojących objawów. Szczególną czujność powinni wykazać mężczyźni, którzy coraz częściej zapadają na raka prostaty. Choroby onkologiczne nie mogą czekać, a my nasz „dług zdrowotny” zaciągnięty w czasie pandemii będziemy jesz-

go Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie. Większość z pojawiających się w jego gabinecie pacjentów zbyt późno, jego zdaniem, szuka kontaktu z lekarzem. - *Częściowo z powodu obiektywnych problemów z dostępem do lekarzy, ale także z powodu obawy przed zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, czy samą diagnozą* - tłumaczy dr Żołnerek.

LICZBA WYDANYCH KART DILO W LATACH 2020-2022



cze długo spłacać. Tylko od początku tego roku w całym kraju wystawiono ponad 105 tys. kart diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO), będących nieodłącznym elementem pakietu onkologicznego. Jak pokazują szacunki Narodowego Funduszu Zdrowia, to blisko o jedną trzecią więcej niż w analogicznym okresie 2020 roku i 14 proc. więcej niż w analogicznym okresie 2021 roku.

Dane te mają również przełożenie na sytuację chorych na raka prostaty. - *Jest to rzeczywiście problem i jako klinicyści widzimy, że w wyniku pewnych zaniechań zgłasza się do nas obecnie zdecydowanie liczniejsza grupa pacjentów. Szacujemy, że może być to od kilkunastu do nawet 20 procent więcej chorych, z których większość powinna usłyszeć swoją diagnozę zdecydowanie wcześniej* - mówi onkolog kliniczny dr hab. n. med. Jakub Żołnerek z Narodowe-

„Profilaktyka 40 Plus” przedłużona o pół roku

Jednym ze sposobów resortu zdrowia na spłatę zaciągniętego „długu zdrowotnego” miał być uruchomiony w lipcu ubiegłego roku program „Profilaktyka 40+”, który daje m.in. możliwość wykonania darmowego badania stężenia PSA (ang. prostate specific antygen), czyli swistego antygenu stercza. Początkowo sztandarowy projekt Ministerstwa Zdrowia miał być realizowany tylko do 31 grudnia 2021 roku, jednak ostatecznie resort zdecydował o przedłużeniu jego realizacji do 30 czerwca 2022 roku. Głównym powodem tej decyzji było... niewielkie zainteresowanie realizacją badań.

- *Na razie trudno jest nam ocenić efekty tego projektu, ale zdecydowanie warto zwrócić na niego uwagę, bo jest to jednak krok do przodu w obszarze profilaktyki gruczolę krokowego* - komentuje dr Jakub Żołnerek. Dodaje, że pa-

nowie powinni zwrócić większą uwagę na profilaktykę pierwotną, tj. na prowadzenie zdrowego trybu życia, czy stosowanie właściwej diety, ale również na profilaktykę wtórną, która powinna być realizowana na możliwie najwcześniejszym etapie choroby.

Na pytanie, kto powinien być szczególnie wyczulony na ryzyko zachorowania na raka prostaty, dr Żołnerek odpowiada, że czujnością powinni wykazać się zwłaszcza mężczyźni w zaawansowanym wieku, którzy zauważają u siebie problemy z oddawaniem moczu, a także mężczyźni, u których w bliskiej rodzinie pojawiały się wcześniej nowotwory prostaty.

Pacjentom pomagają pacjenci...

W działania na rzecz poprawy świadomości na temat raka prostaty i wczesnej diagnostyki angażują się również organizacje pozarządowe.

- *W naszej codziennej pracy obserwujemy, że coraz więcej pacjentów z nowotworami prostaty szuka pomocy. Również ich bliscy, bo w wizytach towarzyszą im rodziny, często poszukują informacji w Internecie, ośrodkach medycznych, fundacjach. Mam nadzieję, że rak prostaty wychodzi z ukrycia, przestaje być chorobą podlegającą wieloletniemu tabu. Dlatego kolejny rok kontynuujemy, ciesząc się ogromną popularnością, kampanię ProstaTaHistoria* - mówi Anna Kupecka, prezes Fundacji OnkoCafe - Razem Lepiej.

... i przedsiębiorcy

Uwagę rakowi prostaty poświęcają również inne organizacje. Federacja Przedsiębiorców Polskich zorga-

nizowała spotkanie „Wprost o prostacie”, w trakcie którego dyskutowano nie tylko o epidemiologii raka prostaty, ale również o zmianach, jakie powinny zajść w opiece nad chorymi na ten nowotwór. - *Jeśli chodzi o punkt widzenia urologa, to opieka nad pacjentem z rakiem gruczolę krokowego musi opierać się o świetną*



Fot. Konstantin Yuganov - stock.adobe.com

współpracę onkologów z urologami. Niezwykle ważne jest także ustalenie wspólnego frontu leczenia. Na tym etapie leczenie raka prostaty jest skomplikowane. Trzeba się wspólnie zastanowić nad najlepszą ścieżką terapeutyczną w każdym konkretnym przypadku - powiedział prof. Tomasz Drewna, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Urologicznego.

Badania genetyczne mogą pomóc w profilaktyce raka prostaty

Klinicyści podkreślają, że obecnie przeprowadzane badania przesiewowe w kierunku raka prostaty z wykorzystaniem testu antygenu swoistego dla prostaty (PSA) nie dają precyzyjnej odpowiedzi na pytanie o ryzyko rozwoju agresywnych form nowotworu.

Podczas Sympozjum Nowotworów Układu Moczowego Amerykańskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (ASCO), które odbyło się w maju tego roku, zaprezentowano algorytm punktacji uwzględniający aż 290 wariantów genetycznych nowotworu i dokładnie oceniający ryzyko rozwoju przerzutowego raka prostaty oraz zgonu z jego powodu. Do badania, w którym zastosowano ten algorytm, zakwalifikowano ponad 500 tysięcy chorych. Uzyskane dane pokazały, że ryzyko zgonu jest 4,41-krotnie wyższe u pacjentów, u których wynik analizy genetycznej plasuje się w górnych 20 proc. ryzyka genetycznego w porównaniu do chorych z dolnych 20 proc. ryzyka genetycznego. Co więcej, ryzyko zachorowania na raka prostaty było 5,66 razy wyższe, a ryzyko przerzutów choroby 4,18 razy wyższe u osób z górnych 20 proc. ryzyka w porównaniu do osób z najniższych 20 proc.

Naukowcy, którzy opracowali specjalny algorytm, podkreślili, że jedną z zalet związanych z dziedziczeniem informacji genetycznych jest to, że geny nie ulegają zmianie przez całe życie człowieka, podczas gdy ekspresja genów guza może być bardzo zmienna i jest dostępna tylko wtedy, gdy u pacjenta już rozwinęła się choroba. Zaprezentowany przez ekspertów algorytm pozwala na przewidywanie ryzyka raka prostaty u pacjentów w różnym wieku.

Bez dostępu do nowoczesnych leków nie będzie nowoczesnego systemu ochrony zdrowia

Violetta Madeja



Fot. M. Schuppich - stockadobe.com

W opinii pacjentów za skokiem technologicznym polskiej ochrony zdrowia nie nadąża poprawa dostępu do nowoczesnych leków. - *Zmiana organizacji opieki nad chorymi powinna iść w parze z zapewnieniem im skutecznej i bezpiecznej farmakoterapii* - podkreślają zgodnie.

Drugi kwartał 2022 roku przyniósł korzystne rozstrzygnięcie dla chorych na raka prostaty - od 1 kwietnia w pierwszych placówkach medycznych mogą być przeprowadzane zabiegi prostatektomii z wykorzystaniem robotów chirurgicznych finansowane ze środków publicznych. Powodów do zadowolenia nie mają natomiast pacjenci z zespołem pęcherza nadreaktywnego, którzy nie doczekali się finansowania drugiej linii leczenia farmakologicznego.

Koniec snów o refundacji?

Niepowodzeniem zakończyły się bowiem wieloletnie negocjacje dotyczące objęcia refundacją mirabegronu (Betmiga). Minister zdrowia odmówił finansowania terapii z wykorzystaniem tego leku, choć zabiegała o to szeroka rzesza pacjentów zmagających się z zespołem pęcherza nadreaktywnego. Powodem jest to, że w kolejnym już postępowaniu - zdaniem przedstawicieli resortu - podmiot odpowiedzialny nie przedłożył warunków cenowych, które byłyby satysfakcjonujące dla publicznego płatnika.

- *Zgodnie z Kodeksem postępowania administracyjnego, wnioskodawca skorzystał z możliwości wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. W chwili obecnej toczy się postępowanie administracyjne II instancji w sprawie objęcia refundacją i ustalenia urzędowej ceny zbytu*

dla leku Betmiga - poinformował wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski odpowiedzialny w resorcie za politykę lekową.

Odnosząc się do argumentów dotyczących refundacji preparatu w innych krajach Unii Europejskiej, Maciej Miłkowski stwierdził: - *Minister Zdrowia nie zgadza się z wielokrotnie powielanym stwierdzeniem, iż terapia mirabegronem jest refundowana w całej Unii Europejskiej. Zgodnie z danymi zaczerpniętymi z platformy EURIPID, mirabegron nie jest objęty refundacją w Grecji (we wszystkich zarejestrowanych dawkach) oraz w Bułgarii (w dawce 25 mg).*

Pacjenci nie kryją rozgoryczenia. W rozmowie z Kwartalnikiem NTM Anna Sarbak, prezes Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” poinformowała, że producent tego leku wielokrotnie zapewniał kierowaną przez nią organizację, iż oferta cenowa przedstawiana resortowi zdrowia jest najkorzystniejsza w Unii Europejskiej, a odnosząc się do informacji na temat ograniczonej refundacji w Grecji i Bułgarii dodaje: - *Brak refundacji części dawek leku mirabegron w krajach biedniejszych niż Polska nadal robi wielką różnicę, bo tam jednak jest refundacja na ten lek, a u nas nie ma jej wcale.*

AOTMiT o lekach stosowanych w raku prostaty

W minionym kwartale ocenie Rady Przejrzystości, działającej przy Prezesie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, poddawane były również leki stosowane w terapii raka gruczołu krokowego. W przypadku enzalutamidu, który mógłby trafić do nowej grupy pacjentów w ramach leczenia hormonowrażliwego raka gruczołu krokowego z przerzutami, prezes AOTMiT, pomimo pozytywnej opinii Rady Przejrzystości, nie zarekomendował Ministrowi Zdrowia refundacji tego leku w nowym wskazaniu, zaznaczając, że głównym powodem negatywnej decyzji były warunki finansowe zaproponowane przez producenta.

- *Ten lek jest bardzo potrzebny pacjentom. Z programu lekowego w jego obecnym kształcie mogą korzystać chorzy z przerzutami, u których nie stosowano chemioterapii, pacjenci po zastosowaniu chemioterapii oraz chorzy z opornym na kastrację rakiem gruczołu krokowego bez przerzutów. Udostępnienie leczenia chorym we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach enzalutamidem jest zgodne ze wszystkimi międzynarodowymi wytycznymi klinicznymi leczenia raka gruczołu krokowego oraz zaleceniami ekspertów. Pozwoli specjalistom w Polsce na wykorzystanie tej terapii lekowej na poziomie dostępnym w większości krajów Unii Europejskiej* - podkreśla Szymon Chrostowski, prezes Fundacji „Wygrajmy Zdrowie”.

W podobnym tonie wypowiada się Bogusław Olawski z sekcji prostaty Stowarzyszenia „UroConti”. Również



JESTEŚMY SOLIDARNI Z UKRAINĄ

ZWERYFIKOWANE ZBIÓRKI

Zbiórka pieniężna Polska Akcja Humanitarna

Zbiórka na pomoc bezpośrednią (żywność i inne formy wsparcia) dla ludzi, którzy muszą uciekać ze swoich domów. Wsparcie obejmie osoby pozostające na Ukrainie i uchodźców w Polsce

www.siepomaga.pl/pah-ukraina

Zbiórka pieniężna Polski Czerwony Krzyż

Pozyskane środki będą przeznaczone w pierwszej kolejności m.in. na zakup żywności, materiałów opatrunkowych oraz zabezpieczenie innych priorytetowych potrzeb.

www.pck.pl/na-pomoc-ukrainie/

Zbiórka pieniężna Caritas Polska

Zebrane środki zostaną wykorzystane do zakupu artykułów pierwszej potrzeby oraz wsparcie psychologiczne dla pokrzywdzonych w wyniku wojny.

www.caritas.pl/ukraina/

Więcej zbiorów i informacji znajduje się na stronie: www.pomagamukrainie.gov.pl

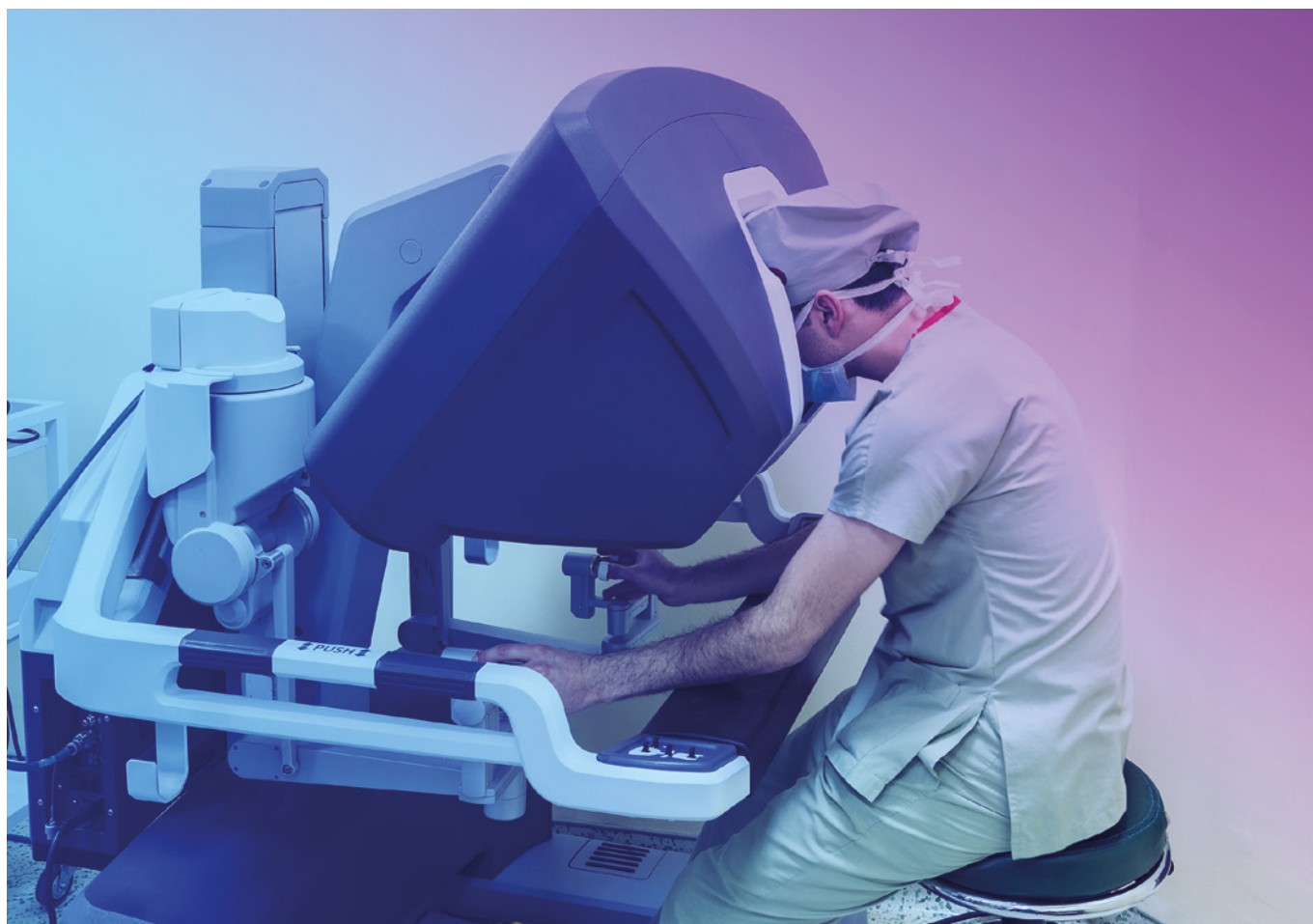
on nie ma wątpliwości, że stosowanie enzalutamidu w praktyce klinicznej jest w pełni zasadne, a sam lek – jak wynika z informacji zebranych od klinicystów – jest skuteczną metodą terapeutyczną. – *W populacji istnieje wysoce niezaspokojona potrzeba kliniczna wdrożenia skutecznych i bezpiecznych terapii, które powstrzymają progresję choroby* – ocenia Bogusław Olawski.

Z kolei Anna Kupiecka z Fundacji OnkoCafe przypomina, że dane epidemiologiczne dotyczące raka prostaty są w Polsce bardzo niekorzystne. – *Wskaźnik 5-letnich przeżyć jest w Polsce znacząco niższy od wartości tego*

dań klinicznych przemawiają za skutecznością olaparybu co najmniej w grupie pacjentów z mutacjami genu BRCA1 i BRCA2 chorujących na opornego na kastrację raka prostaty. Jednak zdaniem ekspertów AOTMiT proponowana przez producenta cena czyni terapię nieopłacalną.

Roboty pomogą, ale nie wszędzie

Od 1 kwietnia wprowadzono finansowanie leczenia chirurgicznego raka gruczołu krokowego z zastosowaniem systemu robotowego. Podczas oficjalnej inaugu-



Fot. daphnusia - stock.adobe.com

wskaźnika notowanych w innych krajach UE. Wobec toczących się prac nad zmianą organizacji opieki nad tą grupą chorych (Prostate Cancer Units) oraz standaryzacją postępowania, zapewnienie dostępu do skutecznej i bezpiecznej farmakoterapii wydaje się jednym z warunków koniecznych do poprawy sytuacji – podkreśla Anna Kupiecka.

Szansę na refundację w ramach programu lekowego „Leczenie olaparybem opornego na kastrację raka gruczołu krokowego” ma preparat Lynparza. Prezes AOTMiT rekomendował objęcie go refundacją po spełnieniu przez podmiot odpowiedzialny pewnych warunków. Wcześniej pozytywnie o tej terapii wypowiedziała się Rada Przejrzystości, która podkreśliła, że wyniki ba-

racji, minister zdrowia Adam Niedzielski podkreślił, że finansowanie zabiegów chirurgii robotowej to skok technologiczny w polskiej opiece zdrowotnej. Zabiegi z użyciem robota mogą przeprowadzać placówki medyczne, w których funkcjonuje oddział urologiczny lub oddział chirurgii onkologicznej oraz posiadające blok operacyjny. Ośrodki muszą również udokumentować wykonanie co najmniej 100 operacji usunięcia prostaty z powodu nowotworu rocznie.

Obecnie 17 placówek z całym kraju spełnia warunki finansowania zabiegów. Resort zdrowia chce, aby do końca 2023 roku ich liczba wzrosła o kolejne 8. Eksperti mają jednak wątpliwości, czy tego typu zabiegi będą

dla szpitali opłacalne, a co za tym idzie, czy placówki będą chętnie kwalifikować do nich pacjentów. Zdaniem urologa dr. n. med. Pawła Salwy, twórcy i dyrektora Polskiego Centrum Urologii Robotycznej w Szpitalu Medico w Warszawie, poważnym hamulcowym dla rozwoju robotyki w publicznym systemie ochrony zdrowia będzie... wycena świadczeń. NFZ za prostatektomię realizowaną z wykorzystaniem robota przyznał 19 842 punkty w przypadku hospitalizacji oraz 18 255 punktów w przypadku hospitalizacji planowej. Biorąc pod uwagę, że średnio punkt wyceniany jest na nieco ponad 1 zł, to szpitale realizujące prostatektomię z wykorzystaniem robota będą otrzymywać za taki zabieg około 20 tys. zł.

Dr Paweł Salwa przyznaje, że w momencie, kiedy ogłoszono propozycję wycen procedur z wykorzystaniem robotów chirurgicznych, jego placówka szybko zorientowała się, że nie będzie zainteresowana realizacją zabiegów finansowanych ze środków publicznych. – *Tworząc wycenę tego świadczenia, zwrócono się do ośrodków posiadających roboty chirurgiczne z prośbą o informację na temat kosztów wykorzystania tego sprzętu. Nasze wątpliwości budzi jednak sposób przygotowania szacunków i to, że w wycenie nie uwzględniono zupełnie kosztu zakupu robota. Większość ośrodków przekazujących dane tego kosztu nie poniosła, ponieważ roboty kupowane były z grantów zewnętrznych* – podkreśla z rozmowie z Kwartalnikiem NTM Paweł Salwa.

Jak dodaje, dotychczas szpitale radziły sobie z kosztami prowadzonych operacji, pozyskując granty naukowe czy dofinansowanie od organów założycielskich (np. samorządów). Natomiast przygotowana wycena świadczenia gwarantowanego nie uwzględnia również kosztów amortyzacji robota ani dodatkowych narzędzi koniecznych do przeprowadzenia zabiegu. Ekspert wyliczył, że sam zakup robota to koszt 12 mln zł, a jego amortyzacja księgowo rozkłada się na 5 lat. – *To daje 2,5 mln zł na rok i w przypadku, gdy ośrodek przeprowadza 100 operacji rocznie widzimy, że na jednego pacjenta przypada 25 tys. zł z tytułu amortyzacji zakupu robota* – wylicza Paweł Salwa. Nie są to – jak podkreśla – jedyne koszty przeprowadzenia zabiegów, ponieważ co roku ośrodki muszą ponosić stałe koszty związane z utrzymaniem sprzętu, hospitalizacją pacjenta czy w końcu wynagrodzeniem wykwalifikowanego personelu, począwszy od anestezjologa i operatora po personel pielęgniarski i pomocniczy.



Obecnie 17 placówek z całym kraju spełnia warunki finansowania zabiegów z wykorzystaniem robota. Resort zdrowia chce, aby do końca 2023 roku ich liczba wzrosła o kolejne 8.

– *Podana wycena w efekcie jest zbyt niska, a powodem są m.in. błędy metodologiczne podczas jej przygotowywania. Jako obywatel, ale również klinicysta, bardzo chciałbym, aby robotyka w Polsce stale się rozwijała. Niestety nie udało się tego osiągnąć w momencie, kiedy wysokokosztowe procedury będą wyceniane poniżej ich wartości, a szpitale będą musiały nieustannie dopłacać do przeprowadzanych zabiegów* – ocenia dr Salwa.

Nowe regulacje dla wyrobów medycznych

26 maja weszły w życie zapisy znowelizowanej ustawy o wyrobach medycznych, poza przepisami regulującymi kwestię reklamy wyrobów medycznych (zaczną obowiązywać od początku 2023 roku) oraz krajowymi wykazami dystrybutorów, podmiotów importujących wyroby do działalności zawodowej oraz producentów wyrobów na zamówienie (te regulacje zaczną obowiązywać od 1 lipca 2023).

– *Wejście w życie ustawy oznacza, że od 26 maja 2022 r. dopuszczalna jest rejestracja wyrobów w bazie EUDAMED bez konieczności złożenia zgłoszenia do prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (URPL). Natomiast wszelkie obowiązki dotyczące aktualizacji zgłoszeń i powiadomień przesłanych do urzędu oraz informowania o zaprzestaniu działalności pozostają aktualne do końca 2030 r.* – informuje Grzegorz Cessak, prezes URPL.

Jak nowe regulacje wpłyną na działalność producentów? Zdaniem Patryka Suchardy, Public Affairs and Regulatory Manager w Essity Polska, duże firmy produkujące lub dystrybuujące sprzęt medyczny nie powinny specjalnie odczuć wejścia w życie nowych przepisów. – *Większość firm pracuje już od roku w oparciu o zapisy Medical Device Regulations (MDR). Zanim go wdrożono, standardy wprowadzania i oznaczania wyrobów medycznych na rynek były u nas pod tym względem bardzo wysokie, podobnie jak w branży farmaceutycznej. Nowe przepisy mogą natomiast stanowić wyzwanie dla mniejszych dystrybutorów i producentów oraz dla dystrybutorów i producentów wyrobów z tzw. pogranicza* – komentuje przedstawiciel Essity.

Branża liczy na to, że regulator nie będzie spieszył się z orzekaniem kar za np. nieścisłości w powiadomieniach lub zgłoszeniach. – *Wyroby medyczne cechuje bardzo duża liczba produktów i ich podwariantów, a każdy musi być zgłoszony do urzędu. Oznacza to rejestrację na-*



Fot. denisismagilov - stock.adobe.com

wet kilkunastu tysięcy wyrobów w ciągu roku – mówi Patryk Sucharda.

Nowością dla całego rynku będą natomiast przepisy dotyczące reklamy. W przypadku producentów korzystających z tego typu promowania, nowe przepisy wymuszają na nich rewizję procesu akceptacji wszystkich reklam i materiałów marketingowych czy też dodania nowych elementów informacyjnych wymaganych rozporządzeniem. – *Choć będzie to wymagało większych nakładów pracy, w naszym przypadku nie są to zmiany rewolucyjne. Przepisy zakazują m.in. wykorzystywania wizerunku zawodów medycznych, których nie prezentujemy w naszych reklamach telewizyjnych, a te należą do najbardziej kosztownych w produkcji i dystrybucji* – informuje Patryk Sucharda.

Ministerstwo Zdrowia zapowiada kolejne zmiany i... przyspieszenie wydawania decyzji negatywnych

Wyraźny sygnał o planowanych zmianach płynie również z Miodowej. Podczas obchodów 20-lecia Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych „Polmed” wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski zapowiedział rozszerzenie finansowania dla wyrobów

medycznych. – *Jeśli chodzi o wyroby medyczne wydawane na zlecenie, to w ich przypadku było najmniej modyfikacji w ostatnich latach. Ale w tym roku planujemy istotne zmiany rozszerzające dostęp pacjentów do niektórych wyrobów* – powiedział.

Zmiany szykują się również w procesie wydawania decyzji refundacyjnych dla leków. Wiceminister zdrowia zapowiedział, że resort chce bardziej pilnować terminu 180 dni na rozstrzygnięcie decyzji refundacyjnych, w związku z tym wkrótce pojawi się więcej negatywnych decyzji. Ma to dotyczyć przede wszystkim tych procesów refundacyjnych, które nie są procedowane wspólnie z innymi i w których negocjacje refundacyjne nie przyniosły pozytywnego rozstrzygnięcia. Jak wyjaśnił Maciej Miłkowski, ze strony branży jest oczekiwanie, by decyzje zapadały, z drugiej strony Ministerstwo Zdrowia chce, by pacjenci mieli jasność co do tego, które z terapii są refundowane. – *Decyzje negatywne będziemy wydawać niezwłocznie, tak by pacjent wiedział, czy ma dostęp do leku czy nie* – zapowiedział wiceszef resortu zdrowia. Tym samym producenci, którzy będą chcieli odsunąć w czasie wydanie negatywnej decyzji, nie spotkają się ze zrozumieniem ze strony ministerstwa.

HARTMANN



„Dziękuję.
Czuję się
dobrze”

ZAMÓW
bezpłatne
próbki



Opiekujesz się bliskim
ze schorzeniem nietrzymania moczu?

Poznaj rozwiązania **MoliCare®**
Połącz produkty chłonne
z pielęgnacyjnymi dla zdrowej
skóry pacjenta.

**CENTRUM
WSPARCIA
SENIORÓW**

Bezpłatna infolinia

800 26 96 36

lub +48 532 085 395 (koszt połączenia
wg standardowych
stawek operatora)
+48 42 22 52 752

www.hartmann.pl



Światowy
Tydzień
Kontynencji **2022**

TRZY DEBATY Z UDZIAŁEM EKSPERTÓW
21 CZERWCA 2022 (WTOREK)



JAK ROZMAWIAĆ O TRUDNYCH TEMATACH?

TRANSMISJA KONFERENCJI
www.wcw2022.pl