

EDUKACJA

## Urologia po europejsku



WYWIAD

### Uroginekologia powinna być oddzielną specjalnością

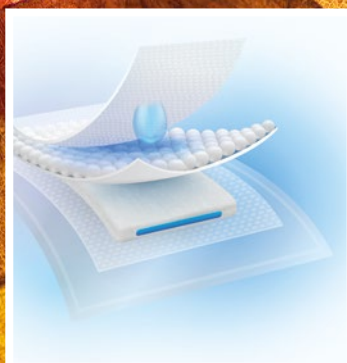


LECZENIE

### Niepokojące objawy ze strony pęcherza moczowego

LECZENIE

### Rehabilitacja urologiczna integralną częścią leczenia



WYROBY MEDYCZNE

### Kryterium chłonności nie decyduje o jakości produktu

# Zdrowie publiczne

Profesor Uniwersytetu Yale, Charles-Edward Amory Winslow, zaproponował w 1920 roku następującą definicję zdrowia publicznego: „Zdrowie jest nauką i sztuką zapobiegania chorobom, przedłużania życia, promowania zdrowia i sprawności fizycznej poprzez zorganizowane wysiłki na rzecz higieny środowiska, kontroli chorób zakaźnych, szerzenia zasad higieny osobistej, organizowania służb medycznych i opiekuńczych w celu wczesnego rozpoznawania, zapobiegania i leczenia oraz rozwijania takich mechanizmów społecznych, które zapewnią każdemu standard życia umożliwiający zachowanie i umacnianie zdrowia”.

Z perspektywy ostatnich 100 lat możemy z dumą stwierdzić, że większość państw, w tym Polska, była w stanie na tyle rozwinąć się cywilizacyjnie, iż obecna długość życia, ale też jego jakość, są na nieporównywalnie wyższym poziomie. Czy ten trend będzie utrzymany? Coraz liczniejsze grono ekspertów twierdzi, że wręcz przeciwnie. Że kolejne generacje będą żyć już krócej od swoich rodziców i dziadków, a zachodzące zmiany cywilizacyjne doprowadzą również do degradacji jakości samego życia.

Czy taka prognoza jest nieodwracalna? Na szczęście nadal mamy wiele argumentów, mogących pozwolić nam utrzymać trend, którym już tak długo się cieszymy. Jak to zrobić? Pomijając politykę klimatyczną, której rola wydaje się być oczywista dla naszej przyszłości, bardzo ważną będzie polityka, określana trochę zapomnianym w Polsce terminem „zdrowia publicznego”. Czy współczesna polska klasa polityczna rozumie, czym jest zdrowie publiczne? Osobiście w to wątpię, przyglądając się nie tylko podejmowanym decyzjom na szczeblu centralnym, ale też, gdy słyszę wypowiedzi polityków opozycji. O ile partia rządząca coraz bardziej skupia się na resortowym podziale zadań, co już samo w sobie przeczy idei zdrowia publicznego, o tyle nie zauważam przełomu w deklaracjach przedstawicieli partii opozycyjnych. W efekcie mamy co jakiś

czas powtarzający się scenariusz nieprzemyślanych i krótkowzrocznych decyzji poszczególnych ministerstw, po czym w wyniku reakcji społecznych, i uaktywnienia się opozycji często słusznie krytykującej propozycje rządzących, dochodzi do pauzy, która może trwać wiele miesięcy, a czasami nawet lat. Z czego to wynika? Głównie z nikłej roli, jaką odgrywa zdrowie publiczne w świadomości liderów politycznych naszego kraju oraz konsekwentnego unikania merytorycznych debat nad wyzwaniem, jakie stoją przed zdrowiem publicznym w Polsce.

Dobrym przykładem na brak polityki zdrowia publicznego w Polsce jest próba ostatniej nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia w obszarze refundacji wyrobów medycznych. Zagadnienie, które dotyczy w większości osób starszych, z niepełnosprawnościami, często niesamodzielnych, mierzących się z wielochorobowością. Bardzo duża grupa beneficjentów korzystających ze wsparcia środków publicznych to osoby z zaburzeniami kontynencji. Można wręcz powiedzieć, że to grupa zdecydowanie największa, szczególnie gdy spojrzymy na łączną wysokość wydatków refundacyjnych przeznaczonych na produkty absorpcyjne (pieluchomajtki, majtki chłonne, wkłady itd.) i stomijne (worki, płytki, pasty itd.) oraz porównamy je do pozostałych wydatków publicznych w tej grupie wyrobów. Pomimo to, właśnie w zakresie zmian obejmujących refundację pieluchomajtek i zamienników, a szczególnie wyrobów stomijnych, Ministerstwo Zdrowia w nowelizacji popełniło najwięcej błędów – zmian, które wcześniej właściwie nie były konsultowane. W efekcie mamy falę krytyki społecznej, popartą stanowiskiem parlamentarzystów opozycji z żądaniem zmiany proponowanych rozwiązań. Dlaczego tak się stało? Odpowiedź dla mnie jest prosta: brak polityki, którą można nazwać zdrowiem publicznym.

Tomasz Michalek



## SPIS TREŚCI

### WYROBY MEDYCZNE

Kryterium chłonności nie decyduje o jakości produktu ..... 4

### WYWIAD

Uroginiekologia zapewnia kobietom kompleksową opiekę. Powinna być oddzielną specjalnością ..... 6

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania neuromodulacji krzyżowej ..... 11

### PROFILAKTYKA I DIAGNOSTYKA

Profilaktyka i wczesne rozpoznanie to klucz do skutecznego leczenia chorób uroonkologicznych ..... 12

### LECZENIE

Niepokojące objawy ze strony pęcherza moczowego zawsze warto skonsultować ze specjalistą ..... 17

Rehabilitacja urologiczna powinna być integralną częścią leczenia ..... 20

### EDUKACJA

Urologia po europejsku ..... 22

### LEGISLACJA

Kontrowersje wokół podwyżek wynagrodzeń i refundacji wyrobów medycznych ..... 24

**Redaktor naczelny:** Tomasz Michalek; **Redaktor wydania:** Maja Markłowska-Tomar; **Sekretarz redakcji:** Karolina Ciepela; **Konsultant medyczny:** dr n. med. Mariusz Blewniewski - Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej, II Klinika Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi; **Zespół redakcyjny:** Violetta Madeja, Maja Markłowska-Tomar, Tomasz Michalek; **Korekta:** Marzena Michalek; **Zdjęcia:** © Adobe Stock; **Rysunki:** Dariusz Pietrzak; **Skład:** Wojciech Polniak

**Adres redakcji:** ul. Adama Mickiewicza 9 lok. 4U, 01-517 Warszawa, tel.: 22 279 49 02, e-mail: [ntm@ntm.pl](mailto:ntm@ntm.pl)

**Wydawca:** Studio PR  
**Realizacja Wydawnicza:** OCI Sp. z o.o.  
**Druk:** GREG Drukarnia

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń oraz zastrzega sobie prawo skracania tekstów i zmiany ich tytułów. Nakład: 2000 egzemplarzy.

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

Szanowni Państwo,

Pacjenci czekali na te zmiany wiele lat. Jednak kiedy resort zdrowia przekazał projekt rozporządzenia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie do konsultacji społecznych, okazało się, że tak naprawdę niewielu satysfakcjonują zawarte w nim rozwiązania. A ilość uwag do projektu jest tak duża, że w resortcie zdrowia zapadła decyzja o przedłużeniu konsultacji. Co wywołało największe emocje? – Nasze wątpliwości budzi między innymi przedstawiony w projekcie dokumentu sposób mierzenia chłonności produktów absorpcyjnych. Samo w sobie kryterium chłonności nie decyduje bowiem o jakości produktów – oceniła Anna Sarbak, prezes Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”. O tym, jakie jeszcze zmiany zaproponowane przez ministerialnych urzędników spotkały się z krytyką pacjentów i ekspertów rynku środków chłonnych, wyrobów stomijnych i innych wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, pisze red. Violetta Madeja w artykule „Kryterium chłonności nie decyduje o jakości produktu” (s. 4). Europejski Tydzień Urologii, tradycyjnie obchodzony we wrześniu, to dobra okazja, aby przypomnieć, jak ważna jest profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów układu moczowo-płciowego. Choć każdy z nich ma własną specyfikę, to mają też wspólny mianownik – na początku przebiegają bezobjawowo, a jeśli już pojawiają się jakieś symptomy, to na ogół są one niejednoznaczne i niecharakterystyczne, przez co często bagatelizowane przez pacjentów. Regularne zgłaszanie się na badania profilaktyczne i wizyty kontrolne to najlepszy sposób na uniknięcie zachorowania na raka, a jeśli okaże się, że on rozwija się już w naszym organizmie – na wczesne rozpoczęcie skutecznej terapii. Co powinno nas zaniepokoić i skłonić do wizyty u lekarza? Odpowiedź na to pytanie znajdziecie Państwo w artykule „Profilaktyka i wczesne rozpoznanie to klucz do skutecznego leczenia chorób uroonkologicznych” (s. 12). Zachęcamy Was również do przeczytania wywiadu „Uroginiekologia zapewnia kobietom kompleksową opiekę. Powinna być oddzielną specjalnością”, w którym prof. Ewa Barcz mówi nie tylko o roli uroginiekologii, ale też np. o wzroście ryzyka NTM u kobiet po porodzie oraz skuteczności zabiegów neuromodulacji nerwów krzyżowych (s. 6). Nie pominiecie też rozmowy z dr. hab. Sławomirem Poletajewem o najczęstszych dolegliwościach ze strony pęcherza moczowego oraz korzyściach z terapii wlewami dopęcherzowymi („Niepokojące objawy ze strony pęcherza moczowego zawsze warto skonsultować ze specjalistą”, s. 17).

Maja Markłowska-Tomar

Partner wydania: astellas

# Kryterium chłonności nie decyduje o jakości produktu

Violetta Madeja

Przekazany do konsultacji społecznych projekt rozporządzenia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie wywołał lawinę uwag. Z tego powodu resort zdrowia zdecydował o wydłużeniu konsultacji do połowy sierpnia i w chwili zamykania tego wydania Kwartalnika NTM nadal nie był znany ostateczny kształt przepisów.

W projekcie nowelizacji kluczowego dla wyrobów medycznych rozporządzenia zaproponowano poważne zmiany dotyczące kwestii finansowania takich grup produktów jak środki chłonne, wyroby stomijne, czy wózki inwalidzkie. Eksperti rynkowi oraz pacjenci przyznają, że to pierwsza od blisko 10 lat tak duża nowelizacja przepisów, obejmująca zarówno kategoryzację, jak i kwestie refundacji wyrobów medycznych.

W ocenie Wojciecha Szeffe, eksperta Organizacji Pracodawców Przemysłu Medycznego Technomed, przedsta-

niem przy tak szerokich zmianach ocena przedstawionego aktu jest jednak niejednoznaczna i reprezentowana przez niego organizacja znajduje w nim również zapisy, które są niepokojące.

## Pacjenci zaskoczeni

W przypadku środków chłonnych zaskakującym dla pacjentów rozwiązaniem było powiązanie finansowania z chłonnością produktów. W projekcie zapisano następujące poziomy odpłatności:

- 1 zł dla produktów o pojemności powyżej 450 ml;
- 1,70 zł dla produktów o chłonności powyżej 930 ml;
- 2,30 zł dla produktów o chłonności powyżej 1700 ml.

W rozmowie z redakcją Kwartalnika NTM Anna Sarbak, prezes Stowarzyszenia Pacjentów z NTM „Uro-Conti”, stwierdziła, że zaskakującym dla podopiecznych stowarzyszenia był nie tylko zakres zaproponowanych zmian, ale również zaproponowane w projekcie rozporządzenia parametry.

- Nasze wątpliwości budzi między innymi przedstawiony w projekcie dokumentu sposób mierzenia chłonności produktów absorpcyjnych. Samo w sobie kryterium chłonności nie decyduje bowiem o jakości produktów - oceniła Anna Sarbak. - Wybierając produkt, w pierwszej kolejności pacjent lub jego opiekun decyduje o kategorii wyrobu oraz rozmiarze produktu. W kolejnym kroku sprawdzamy jego chłonność, która na opakowaniach nie jest oznaczana w ml, czy gramach - dodała.

Zdaniem Anny Sarbak świadomy pacjent lub opiekun przy wyborze środka chłonnego będzie brał pod uwagę to, czy jest on „oddychający” i jak długo utrzymuje skórę pacjenta z dala od wilgoci. - Wśród naszych członków pojawiły się również obawy, że wskutek wprowadzenia nowych kryteriów refundacji zostaniemy zmuszeni - z powodów czysto finansowych - do kupowania droższych wyrobów o chłonności powyżej 1700 g, które nie będą dostosowane

do stopnia nietrzymania moczu i rozmiaru. Nie wiem też, który z naszych pacjentów będzie w stanie unieść tak ciężką pieluchę po jej napełnieniu - zastanawia się prezes „Uro-Conti”. Jej zdaniem zaproponowany w projekcie rozporządzenia kierunek zmian oznacza dla pacjentów wzrost współpłacenia i konieczność nabywania niedopasowanych do potrzeb produktów.

Z kolei przedstawiciele Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym” zwracają uwagę, że podstawową funkcją środków absorpcyjnych jest ochrona skóry przed drażniącym działaniem moczu oraz kału. Dlatego też w ocenie prezes koalicji, Magdaleny Osińskiej-Kurzywik, podczas doboru produktu absorpcyjnego należy pamiętać, że nie zawsze większy oznacza lepszy, grubszy - bardziej chłonny, a najchłonniejszy nie jest równoważny z najbardziej funkcjonalnym.

## Lekarze rodzinni również są krytyczni

Zapytany o opinię Tomasz Zieliński, wiceprezes Federacji Porozumienie Zielonogórskie, poinformował, że zarówno w pierwotnym rozporządzeniu „wzrostowym”, jak również w jego nowelizacji, kluczową kwestią dla środowiska lekarzy rodzinnych było to, by wszędzie tam, gdzie mowa

o udzielaniu świadczeń przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pojawił się zapis, że chodzi o lekarza udzielającego świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej.

- Jest to niewielka różnica, ale z punktu widzenia braku kadry i np. sytuacji, kiedy potrzebne jest zastępstwo, jest to ważne. Obecne sformułowanie stanowi kłopot w sytuacji, kiedy w gabinecie, gdzie przyjmuje lekarz spoza POZ, pojawia się pacjent potrzebujący zlecenia na np. środki chłonne - tłumaczy Tomasz Zieliński. I radzi zwrócić uwagę także na kwestie kryteriów przyjętych przy okazji ustalania odpłatności. - W naszym odczuciu nie zawsze sama chłonność decyduje o tym, co jest korzystniejsze dla pacjentów. Stoimy na stanowisku, że może zdarzyć się pacjent, u którego mniejsza wkładka, ale bardziej nowoczesna, może okazać się korzystniejsza zarówno dla niego, jak i systemu. Jeśli dzięki takiej wkładce pacjent przełamie swoje obawy i lęki, nie zrezygnuje z aktywności zawodowej czy społecznej, wówczas będzie się to przekładać na redukcję kosztów pośrednich nietrzymania moczu - mówi Tomasz Zieliński. Ponadto, Federacja Porozumienie Zielonogórskie po-

stuluje, by rozszerzyć zakres osób uprawnionych do wkładek, pieluchomajtek i innych środków chłonnych o wszystkich pacjentów z nietrzymaniem moczu. W ocenie jej wiceprezesa taki ruch byłby korzystniejszy ekonomicznie i tańszy od leczenia powikłań związanych np. z leczeniem odleżyn u pacjentów, których nie było stać na zakup środków chłonnych.

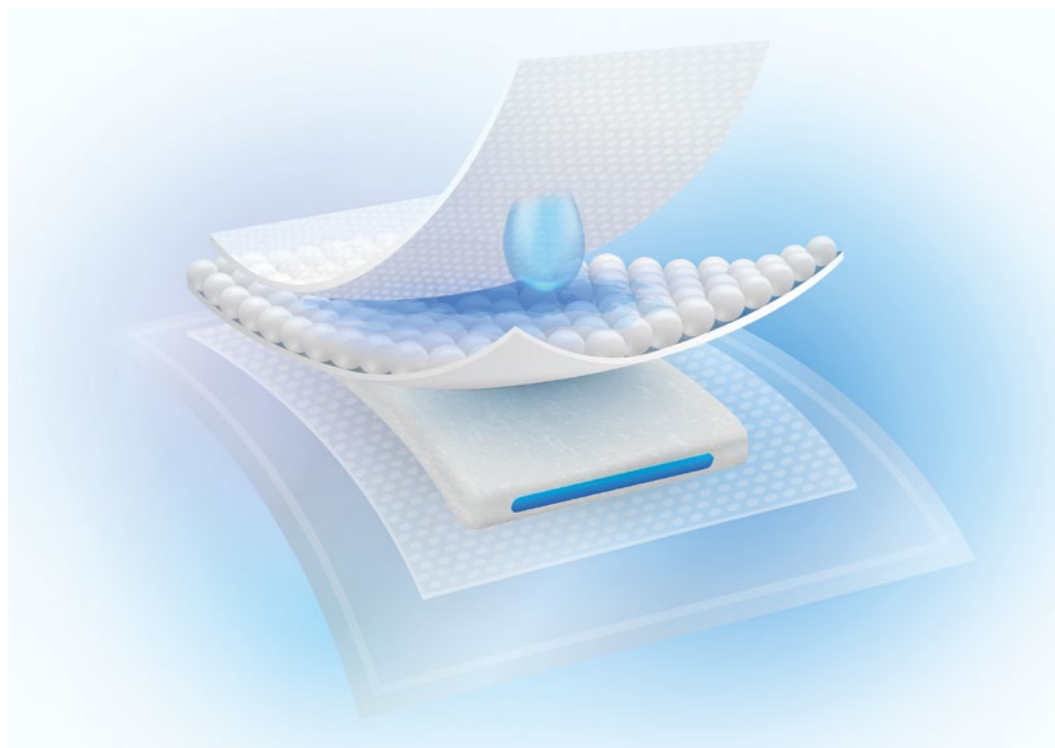
## Branża proponuje swoje zmiany

Opiniując projekt rozporządzenia, Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych Polmed wskazała, że przyjęta w nim metodologia mierzenia chłonności jest obciążona wadą i nie znajduje odzwierciedlenia w żadnych obowiązujących standardach czy też normach ISO, które dotyczą środków chłonnych. Co więcej, rozwiązania przyjęte w projekcie promują, zdaniem Polmedu, kupowanie produktów o możliwie największych chłonnościach, w dodatku w wyższych limitach. To będzie system promujący dofinansowanie rozwiązań, które nie zapewniają mobilności pacjentów.

- W związku z powyższym, postulujemy dokonanie podziału na podstawie normy ISO 22748 i przypisanie poszczególnym kategoriom produktów

następujących limitów finansowania: wkłady anatomiczne, podkłady - 1 zł za sztukę, pieluchy anatomiczne - 1,70 zł za sztukę oraz majtki chłonne i pielucho-majtki - 2,30 zł za sztukę - poinformował Arkadiusz Grądkowski, prezes Polmedu.

Natomiast Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych (TZMO) zaproponowały, by chłonność wyznaczana była w oparciu o normę ISO 11948. - Chłonność powinna zostać potwierdzona certyfikatem wystawionym przez akredytowane laboratoria zewnętrzne. Precyzyjne wskazanie normy ISO, według której należy badać chłonności wyrobów, pozwoli na uniknięcie wątpliwości co do jedyne kryterium przypisania wysokości dopłaty. Ta norma jest szeroko rozpowszechniona na świecie, powszechnie dostępna i stosowana przez producentów na wielu rynkach - także w materiałach informacyjnych i reklamowych dotyczących wyrobów medycznych. Jest ona także rozpowszechniona w atestowanych laboratoriach badawczych, dzięki czemu wykonanie odpowiednich testów jest łatwo dostępne w Polsce i w innych krajach UE - ocenia zespół ds. refundacji TZMO.



Fot. Vectorman2017 - stock.adobe.com



Fot. fotomek - stock.adobe.com

# Uroginekologia zapewnia kobietom kompleksową opiekę. Powinna być oddzielną specjalnością

O roli uroginekologii, która w Polsce nie została dotąd uznana za specjalizację, wzroście ryzyka NTM u kobiet po porodzie oraz skuteczności zabiegów neuromodulacji nerwów krzyżowych z prof. Ewą Barcz, kierownik Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, rozmawia Tomasz Michalek

Pani Profesor, jestem pod dużym wrażeniem zmian, jakie nastąpiły od czasu naszego pierwszego spotkania w Szpitalu Międzyleskim w Warszawie kilka lat temu. Proszę przybliżyć naszym Czytelnikom, co się zmieniło na oddziale, którym zaczęła Pani kierować w 2018 roku.

Zmieniło się właściwie wszystko. Pierwsza zmiana to oczywiście zmiana kadrowa, ponieważ przeszliśmy do Międzylesia większą grupą specjalistów, z którymi miałam przyjemność i zaszczyt pracować wcześniej. Wokół tej grupy tak naprawdę został zbudowany zespół, zarówno specjalistów ginekologów-położników, jak i bardzo młodych ludzi, rezydentów. W tej chwili mamy dziewięcioro rezydentów, ale również kolegów anestezyjologów, neonatologów którzy z nami pracują i stanowią kluczową część tego oddziału.

Zmiany personalne doprowadziły do tego, że oddział zaczął zupełnie inaczej funkcjonować.

Inny zakres działania wynikał oczywiście z naszych szczególnych zainteresowań i tego, czym zajmowaliśmy się do tej pory, czyli przede wszystkim uroginekologią. Ten oddział stał się może nie referencyjnym, bo nie funkcjonuje coś takiego jak referencyjność oddziałów ginekologicznych czy uroginekologicznych w Polsce, ale na pewno oddziałem, w którym wykonuje się nie tylko największą liczbę procedur uroginekologicznych na Mazowszu, ale myślę, że również w całej Polsce.

Za tymi zmianami poszły kolejne w postaci generalnego remontu oraz wyposażenia w bardzo wysokiej klasy

specjalistyczny sprzęt diagnostyczny i zabiegowy. Mamy bardzo dobre warunki pobytowe dla pacjentek i zapewniamy wysokiej jakości opiekę medyczną – nie tylko dzięki sprzętowi, który posiadamy, ale przede wszystkim dzięki temu, że mamy bardzo dobry, zgrany i odpowiedzialny zespół lekarzy, pielęgniarek i położnych.

**Co z Pani perspektywy można uznać za największy sukces?**

Zbudowanie zespołu, który nie dość, że spełnia wszystkie kryteria merytoryczne i naukowe, to jeszcze jest fantastyczną grupą ludzi, którzy się po prostu lubią. Przychodzenie tutaj sprawia nam dużą przyjemność. Czasem aż się chce wracać z urlopu, żeby się spotkać z kolegami. Niewątpliwym sukcesem jest również dołączenie do kadry naukowo-dydaktycznej Wydziału Medycznego Collegium Medicum Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego (UKSW). Podnosi to niewątpliwie nasz prestiż, ale też daje szansę kształcenia

młodych ludzi, i to zarówno pod względem merytorycznym, jak i postaw etycznych.

**1 kwietnia objęła Pani funkcję prodziekana do spraw klinicznych i rozwoju Wydziału Medycznego Collegium Medicum UKSW. Niedługo potem uniwersytet otworzył uroczyste pierwsze katedrę - Katedrę Ginekologii i Położnictwa w Szpitalu Międzyleskim. To wydarzenie przełomowe zarówno w historii uczelni, jak i szpitala, ale też duże wyzwanie dla Pani. Jakie cele chciałaby Pani realizować jako kierownik tej katedry?**

Najważniejszym celem, dla którego w ogóle Wydział Medyczny został powołany, jest cel dydaktyczny. Zależy nam, żeby studenci naszego wydziału wyszli stąd naprawdę dobrze wykształceni. Żeby dobrze sobie radzili w przyszłym życiu zawodowym, dobrze zdawali egzaminy, w tym końcowy egzamin lekarski, i żeby byli wartościowymi kandydatami na rynku pracy. Ponieważ duża część naszego zespołu pracowała wcześniej w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, wiemy, jakich błędów unikać, a jakie obszary wzmacniać, jak się zająć studentami, żeby zapewnić im optymalne kształcenie. Są wśród nas młodzi ludzie, którzy mają mnóstwo zapału do dydaktyki, jest więc duża szansa, że ośrodkowi wystarczy ambicji, zapału i chęci, żeby rzeczywiście tych młodych ludzi kształcić na wysokim poziomie.

Druga rzecz to oczywiście nauka. Niezależnie od tego, czy byliśmy w szeregach akademickich czy nie, to badania naukowe, głównie związane z uroginekologią, były częścią naszej codzienności. Teraz niewątpliwie ta aktywność będzie jeszcze bardziej wzmożona. Obecnie realizowanych jest dziewięć projektów doktorskich, a moją ambicją jest, żeby każdy rezydent wychodził stąd z doktoratem. Złożyliśmy wniosek o stworzenie studenckiego koła naukowego na uniwersytecie, więc pozyskamy jeszcze młodszych ludzi, którzy będą się angażować w prace naukowe. Wydział Medyczny Collegium Medicum UKSW jest młodym i bardzo prężnym wydziałem, co ułatwi nam również nawiązanie współpracy naukowej i międzyośrodkowej z kolegami zajmującymi się naukami podstawowymi, farmakoeconomiką, czy mikrobiologią.

**Pobyt na oddziale jest często oceniany przez pacjentki, w tym młode mamy. Chciałbym zapytać Panią o opinię w sprawie rankingu Fundacji „Rodzić po ludzku”, w którym akurat Państwa szpital został wysoko oceniony, ale trudno nie zauważyć, jak wiele innych placówek ma niskie noty. Czy faktycznie na polskich porodówkach jest tak źle, jak wynika z tej publikacji?**

Nie znam wyników ostatniego rankingu. Ten, który widziałam, był chyba z zeszłego roku albo sprzed dwóch lat, w związku z tym nasz oddział został oceniony jeszcze przed remontem. Jakość pobytu niewątpliwie była przez to gorzej oceniona, natomiast wysokie noty otrzymaliśmy za podejście do pacjentek, opiekę poporodową, opiekę w czasie cięcia cesarskiego, czy w okresie połogowym. Czy w Polsce jest aż tak źle? Trudno mi oceniać innych, bo jestem tu, gdzie jestem, w związku z czym mogę oceniać tylko siebie. Mogę natomiast zapewnić, że oceny pacjentek to nie jest coś, co nam umyka. Bardzo nam na nich zależy. Mamy swoją stronę na Facebooku - #ginekologiamiedzylesie, i na tej stronie też pojawiają się opinie naszych pacjentek. Są też inne strony w mediach społecznościowych, które również regularnie staramy się śledzić. Pamiętam jedną taką sytuację, opisaną przez

pacjentkę, która narzekała na opiekę po porodzie. O coś prosiła, czegoś nie dostała, i niezależnie od tego, na ile to było obiektywne, to ta jedna opinia poruszyła nas wszystkich. Myślę, że Fundacja „Rodzić po ludzku” jest w tej chwili jednym z wielu miejsc, gdzie pacjentki mogą się wypowiedzieć. Bardzo dobrze, że zamieszczają swoje opinie w Internecie.

**Młode mamy coraz częściej skarżą się na problemy urologiczne. Czy ryzyko nietrzymania moczu wśród kobiet, które rodzą dzieci jest rzeczywiście większe, niż u tych, które nie zdecydowały się na macierzyństwo?**

Do pewnego stopnia tak, ale nieuprawnione jest twierdzenie, że każda kobieta, która urodziła dziecko, będzie miała nietrzymanie moczu, a ta, która nie urodziła, nie będzie go miała. Jeszcze mniej uprawnione jest stwierdzenie, że cięcie cesarskie chroni przed nietrzymaniem moczu. Etiopatogeneza nietrzymania moczu jest bardzo złożona. Niewątpliwie uraz okołoporodowy ma tutaj znaczenie, ale wiemy również, że ma je też sama ciąża powyżej 24.-28. tygodni. Ciśnienie śródbrzuszne, z samego faktu bycia w ciąży, już potrafi do pewnego stopnia uszkadzać struktury dna miednicy. Samo bycie w ciąży zwiększa ryzyko wystąpienia NTM. Ale mamy mnóstwo pacjentek, które nigdy w ciąży nie były, a również mają nietrzymanie moczu.

Coraz częściej mówi się, że poza czynnikami urazowymi, którymi są ciąża i poród, a także innymi czynnikami, jak wiek, nadwaga i otyłość, czy ciężka praca fizyczna, duże znaczenie ma predyspozycja genetyczna. Podsumowując, brak ciąży nie oznacza, że kobieta nigdy nie będzie cierpiała z powodu nietrzymania moczu, nie wspominając o tym, że są różne typy nietrzymania moczu. Sam poród jest czynnikiem zwiększającym ryzyko wysiłkowej formy nietrzymania moczu.

**Czy liczba porodów ma znaczenie dla wzrostu ryzyka wystąpienia NTM?**

Na pewno tak.

**Wspomniana już wielokrotnie uroginekologia jest dziedziną, w której kierowany przez Panią zespół zdecydowanie wyróżnia się na tle innych placówek medycznych w Polsce. Dlaczego zdecydowaliście się na wprowadzenie uroginekologii?**

To jest pytanie, na które mam tylko jedną odpowiedź: przez przypadek (śmiech). Zwykle najważniejsze rzeczy w życiu dzieją się przez przypadek. Na to, że zainteresowałam się uroginekologią, złożyło się kilka okoliczności. Kilka prywatnych znajomości, kilka wyjazdów, zjazdów, kongresów spowodowało, że w którymś momencie doszłam do wniosku, że to jest obszar tak „niezaopiekowany”, że warto byłoby się nim zająć. Za tym poszła nauka i praktyka.



prof. Ewa Barcz

Początki były bardzo trudne. Jeszcze w trakcie pracy w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym zaczęliśmy uczyć się uroginekologii i ją praktykować w spartańskich, poligonowych niemalże warunkach. W związku z tym, że podeszliśmy do tego bardzo poważnie i systemowo, udało się stworzyć pewnego rodzaju wzór opieki. Mówię wzór dlatego, że ta opieka jest bardzo kompleksowa. W czasie opieki nad pacjentką, która do nas trafia, nie pomijamy absolutnie żadnego aspektu, począwszy od pierwszej wizyty i kwalifikacji do postępowania zachowawczego, zabiegowego, operacyjnego, poprzez kwalifikację w oddziale, wykonanie wszystkich badań dodatkowych, obrazowych, badanie jakości życia pacjentki przed operacją, aż po follow-up, który trwa długo. Wszystkie nasze pacjentki, również te, które trafiają do nas z całej Polski, są zapraszane do kontroli, które wykonujemy w szpitalu. Nie każda z tego zaproszenia korzysta, ale większość chętnie przyjeżdża, nawet jeżeli są z Konina, Jeleniej Góry czy Gdańska. Przyjeżdżają do nas, bo mają poczucie, że ta opieka się zakończy, jeżeli będziemy mieć ocenę pół roku, rok czy dwa lata po zabiegu operacyjnym. Ważny jest nie tylko efekt anatomiczny, ale również jakość życia w różnych zakresach potencjalnych dolegliwości.

Opieka pooperacyjna jest ważna nie tylko dla pacjentek, ale również dla nas, bo ciągle się uczymy. Jeżeli mamy poczucie, że jakaś grupa pacjentek mogłaby funkcjonować lepiej w pewnym zakresie, to cofamy się dwa kroki i patrzymy, co można byłoby zrobić inaczej.

**Nie przeszkadza Pani, że w naszym systemie nauczania nadal brakuje możliwości formalnego kształcenia w kierunku uroginekologii?**

Bardzo mi tego brakuje i jestem tym zbulwersowana. Przez wiele lat próbowałam „dopukać się” do drzwi różnych osób decydujących o tych kwestiach. W pewnym momencie byliśmy już dość blisko w rozmowach z Ministerstwem Zdrowia, ale pojawiła się pandemia i wiele rzeczy zeszło na plan dalszy. Niezwykle bulwersujący jest dla mnie dokument opisujący umiejętności lekarskie, opublikowany przez Ministerstwo Zdrowia. Oczywiście uroginekologia nie jest żadną umiejętnością lekarską, lecz specjalnością, ale nawet tam się to słowo nie pojawiło. To jest, krótko mówiąc, porażające. Specjalizacja w Czechach ma już chyba 40 lat. Ostatnio miałam okazję rozmawiać z kolegami z Uniwersytetu Karola w Pradze i u nich wygląda to zupełnie inaczej. Zupełnie inaczej wygląda to na świecie. Mamy pewną furtkę w europejskiej specjalizacji, więc rzeczywiście postaramy się o certyfikat europejskiego ośrodka referencyjnego. Nie zmienia to jednak faktu, że na polskim rynku ta sprawa jest, jak na razie, pogrzebana. Nie widzę zainteresowania, mimo wielu prób z mojej i mojego środowiska strony.

**A czy nie jest problemem publicznie deklarowana przez część środowiska urologicznego niechęć do tej inicjatywy?**

Szczerze mówiąc, nie sędzę. Oczywiście bardzo mi zależy i zawsze mi zależało na współpracy z urologami. Na świecie ta specjalność nazywa się uroginekologia. Oczywiście ginekologia jest głównym członem, ale nie jest to ważne. Tam, gdzie były jakieś kłopoty z nazewnictwem, na przykład w Stanach Zjednoczonych, to jest po prostu chirurgia, a dokładniej choroby dna miednicy i chirurgia rekonstrukcyjna. Tak też można to nazwać, ale semantyka nie ma żadnego znaczenia. Ważna jest współpraca, i na tym mi niezmiernie zależy.

To prawda, że w pewnym momencie pojawił się sprzeciw części środowiska urologicznego, ale nie widzę w nim głównego problemu. Myślę, że udałoby nam się porozumieć i wspólnie pracować dla dobra naszych pacjentek, gdyby tylko odpowiednie władze, przede wszystkim Ministerstwo Zdrowia, były tym zainteresowane. Moim zdaniem decydenci nie zdają sobie sprawy z wagi tego problemu.

**Nie sposób jednak nie zauważyć, co dostrzegam z perspektywy swojego 20-letniego doświadczenia w opisywaniu rzeczywistości w zakresie uroginekologii czy urologii czynnościowej, jak bardzo kuleje współpraca multidyscyplinarna pomiędzy lekarzami różnych specjalizacji, ale też fizjoterapeutami, którzy w ostatnich latach coraz śmielej wkraczają do uroginekologii. Czym Pani to tłumaczy?**

To prawda, że mało jest współpracy, ale po naszej stronie, mówię o ginekologach, niewiele jest ośrodków i niewielu lekarzy, którzy się tym kompleksowo zajmują. Dlatego mało jest osób, które mogłyby ze sobą współpracować. Inną kwestią jest pewnego rodzaju niechęć ze strony urologów. Nie chciałabym tego tak nazywać, ale rzeczywiście zdarzały się sytuacje, że mieliśmy problem w nawiązaniu z nimi współpracy. Jeśli chodzi o mnie, to nigdy takiego problemu nie miałam. Zarówno, kiedy pracowałam w WUM, jak i teraz w Międzyzlesiu, zawsze udaje mi się znaleźć z nimi wspólny język. Umówmy się jednak, że jest to współpraca niesformalizowana, koleżeńska, a powinna być zinstytucjonalizowana.

Jeżeli chodzi o fizjoterapeutów, to fantastycznie, że pojawili się tacy, którzy się tym zajmują. Natomiast ja widzę też pewne zagrożenie, wynikające przede wszystkim z braku standardów postępowania. To nie jest tak, że pacjentkę z problemem uroginekologicznym może wyleczyć tylko fizjoterapeuta, tak samo jak nie jest tak, że może to zrobić tylko chirurg ginekolog. Niepokój, który we mnie budzi zaistniała sytuacja, wynika z tego, że zdarzyło się, i to już niejednokrotnie, że pacjentki, które wymagały ewidentnie interwencji chirurgicznej, trafiły do lekarza po absurdalnie długim czasie. Bywają też sytu-

# 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: [kontyentkobiet.pl](http://kontyentkobiet.pl)

Zapisz się na bezpłatne webinary na: [kontyentkobiet.pl](http://kontyentkobiet.pl)



KONTYNET  
KOBIEC

Partner:

seni  
Lady

acje, kiedy pacjentka, która de facto nie ma problemu, jest tak prowadzona, że ten problem pojawia się w jej głowie. Rzeczywiście więc ta współpraca między uroginekologiem a urofizjoterapeutą też powinna być inna. Tak naprawdę powinniśmy pracować w zespołach, bo nikt z nas nie jest omnibusem i nie zajmie się wszystkim oddzielnie.

**Szpital Międzyleski jest jedną z dwóch placówek w Polsce, w których pacjentkom na oddziale ginekologiczno-położniczym oferowana jest neuromodulacja nerwów krzyżowych. Kiedy warto skorzystać z tej terapii?**

Zgodnie ze wskazaniami ginekologiczno-urologicznymi neuromodulacja jest trzecią i ostatnią linią leczenia nadreaktywności pęcherza moczowego. Jest to terapia, którą stosuje się u pacjentek z takim rozpoznaniem, jak również z rozpoznaniem pęcherza neurogennego, czyli takich patologii czynnościowych w zakresie dolnego odcinka układu moczowego, które wynikają często z chorób neurologicznych, chorób demielinizacyjnych czy pourazowych uszkodzeń. Neuromodulacja jest stosowana w przypadkach, w których inne metody leczenia, czyli przede wszystkim farmakoterapia czy terapia behawioralna, nie przyniosły efektu. Jest stawiana w tej samej linii (trzeciej), co podawanie toksyny botulinowej. Można oczywiście dyskutować, co powinno być pierwsze, co drugie i w jakich sytuacjach, ale niewątpliwie jest to terapia, z której korzysta coraz więcej pacjentek. Jeżeli mówimy o uroginekologii czy chorobach dna miednicy, to trzeba podkreślić, że neuromodulacja jest terapią, którą stosuje się również w nietrzymaniu stolca, czyli ze wskazań proktologicznych, które w Polsce nadal nie są refundowane, a powinny być.

**Jak ocenia Pani skuteczność neuromodulacji w oparciu o Państwa dotychczasowe doświadczenia?**

Nasze pierwsze doświadczenia były zachłyśnięciem się neuromodulacją. Mieliśmy sukces rzędu 90 proc. stosowania już neuromodulacji docelowej. W tej chwili oczy-

wicie już tak różowo i kolorowo nie jest. Wynika to z tego, że mamy coraz więcej pacjentek trudnych, ze złożonymi patologiami, więc ten odsetek powodzeń ja szacuję na jakieś 75 proc. To jest mniej więcej to, o czym się mówi w literaturze.

**A co z robotyką? Czy widzi Pani tutaj potencjał dla waszego oddziału?**

Międzyleski Szpital Specjalistyczny posiada robota da Vinci. Pracują na nim koledzy urodzycy. Powiem tak: do operacji robotycznej są dość szczególne wskazania. Oczywiście, jest wiele operacji, szczególnie onkologicznych, ale również z zakresu uroginekologii, które na świecie wykonuje się techniką robotyczną, natomiast nie uważam, żeby to był cel sam w sobie, ponieważ operując laparoskopowo, osiągamy praktycznie te same efekty. Nie ma jednoznacznych dowodów na przewagę robota nad technikami laparoskopowymi w uroginekologii i w ginekologii. Oczywiście, miejsce dla robotyki jest, ale nie stawiałabym jej jako priorytetu, czy jako techniki, która ma cokolwiek zrewolucjonizować. To niczego nie zmieni w sensie medycznym, rozumianym jako zysk dla pacjenta.

**Czy często zdarza się, że do ginekologa trafia po bardzo długiej przerwie kobieta, mająca już dorosłe dzieci, bo pojawiły się u niej pierwsze problemy z kontrolą zaburzeń kontynencji?**

Bardzo często. Wiele kobiet rodzi dzieci, potem się nimi zajmuje, a siebie stawia na dalszym planie. Niezależnie od świadomości, wykształcenia czy dostępu do lekarza, wizyty u ginekologa siłą rzeczy stają się w takiej sytuacji dużo rzadsze. Jest mnóstwo pacjentek, które nie były u ginekologa 20 lat!

**Z Pani perspektywy lepiej jest, gdy kobieta trafia do was po wieloletniej nieobecności u jakiegokolwiek lekarza, czy też gdy przychodzi z historią nieudanego leczenia w innych placówkach?**



Fot. Materiały własne Katedry Ginekologii i Położnictwa

To przewrotne pytanie. Najlepiej jeśli trafia do nas pacjentka będąca pod regularną kontrolą lekarza, który kieruje ją do nas w momencie, gdy uznaje, że wymaga ona specjalistycznego postępowania uroginekologicznego. Takich pacjentek mamy większość. Źle jest, jeżeli trafia do nas pacjentka po wielokrotnych nieefektywnych próbach leczenia, ale też jeśli trafia po dwudziestu latach. Najlepiej byłoby, gdyby pacjentka była pod kontrolą swojego lekarza i w momencie, kiedy dzieje się coś, co przekracza jego możliwości, kompetencje, umiejętności, była odsyłana do ośrodków referencyjnych, tak w zakresie onkologii, jak i uroginekologii.

**Na koniec dwa praktyczne pytania, które często zadają kobiety. Jedno dotyczy tak zwanych brzuszaków. Czy mogą być one potencjalnym czynnikiem ryzyka wystąpienia nietrzymania moczu?**

Generalnie każdy wzrost ciśnienia śródbrzusznego jest teoretycznie czynnikiem ryzyka. Wszystko zależy od tego, jak duży jest ten wzrost ciśnienia, jak częsty i jak gwałtowny. Niewątpliwie każdy wykonany „brzuszek” obciąża dno miednicy. Absolutnie nie oznacza to jednak, że nie można ćwiczyć brzuszaków. Często tłumaczę kobietom, że w związku z tym, że ćwiczenia mięśni brzucha są stosunkowo powolne i zawsze zaplanowane, to ciśnienie wzrasta, ale powoli i w sposób kontrolowany. Inaczej niż na przykład skakanie na trampolinie, kiedy są duże uderzenia i gwałtowne wzrosty ciśnienia. Optymalnie byłoby, gdyby fizjoterapeuta nauczył pacjentkę, żeby w czasie

ćwiczenia mięśni brzucha napinała, robiła „kontrę” mięśniami dna miednicy.

Kiedy pacjentki pytają mnie o ćwiczenia fizyczne, to mówię, że absolutnie wolno, tylko świadomie. Nie wolno natomiast skakać na trampolinie. Uderzenie nogami w to miękkie podłoże powoduje tak ogromny i tak szybki wzrost ciśnienia, że nie jesteśmy w stanie mięśni dna miednicy napiąć, w związku z tym każdy podskok jest po prostu urazem. Sprint też jest zły, podobnie jak skakanie przez płotki, czy bieganie po twardym podłożu.

**Tu mówimy już o sporcie wyczynowym. A co z siłownią? Czy ona jest bezpieczna dla kobiet?**

To zależy, co na tej siłowni robimy. Jeżeli siłownia to jest bieżnia, orbitrek, czy dozorowane ćwiczenia mięśni brzucha, rąk, to do pewnego stopnia tak, ale znowu z taką świadomością dna miednicy. Jeżeli nawet mamy zrobić martwy ciąg, to najpierw należy napiąć mięśnie na dole i potem pociągnijmy sztangę. Trudno mi powiedzieć jak wielu trenerów personalnych w sposób świadomy tego uczy, ale znam dziewczyny, które ćwiczą siłowo i potrafią to robić. Natomiast trzeba to robić z głową. Większość kobiet, która przychodzi na siłownię, ma kartę na dwa razy w tygodniu, a chodzi dwa razy do roku i to jest OK, nawet jak dźwigają ciężary. Jeżeli jednak ktoś to robi systematycznie i ćwiczy mocno, to trzeba to robić świadomie.

**Dziękuję za rozmowę.**

### Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania zabiegów neuromodulacji krzyżowej

MIASTO	PLACÓWKI	ADRES	KONTAKT	KIEROWNIK KLINIKI / ODDZIAŁU
Bydgoszcz	Klinika Urologii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza	ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz	tel. 52 585 45 00 tel. 52 585 40 45 <a href="http://www.jurasza.umk.pl">www.jurasza.umk.pl</a>	prof. dr hab. n. med. Tomasz Drewna
Chorzów	Śląskie Centrum Urologii „Urovita”	ul. Strzelców Bytomskich 11, 41-500 Chorzów	tel. 32 111 42 42 <a href="http://www.urovita.pl">www.urovita.pl</a>	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 <a href="http://www.su.krakow.pl">www.su.krakow.pl</a>	prof. dr hab. n. med. Piotr L. Chłosta
Łódź	Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej, Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika	ul. Pabianicka 62 93-513 Łódź	tel. 42 689 52 13 tel. 42 689 52 47 <a href="http://www.kopernik.lodz.pl">www.kopernik.lodz.pl</a>	prof. dr hab. n. med. Waldemar Różański
Warszawa	Oddział Kliniczny Urologii, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego	ul. Czerniakowska 231 00-416 Warszawa	tel. 22 621 71 78 tel. 22 584 11 42 <a href="http://www.szpital-orlowskiego.pl">www.szpital-orlowskiego.pl</a>	prof. CMKP dr hab. n. med. Jakub Dobruch
Warszawa	Katedra Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie	ul. Bursztynowa 2 04-749 Warszawa	tel. 22 473 53 35 <a href="http://www.mssw.pl">www.mssw.pl</a>	prof. dr hab. n. med. Ewa Barcz
Warszawa	I Klinika Położnictwa i Ginekologii CMKP, Centrum Medyczne „Żelazna”	ul. Żelazna 90 01-004 Warszawa	tel. 22 255 98 07 <a href="http://www.szpitalzelazna.pl">www.szpitalzelazna.pl</a>	prof. dr hab. n. med. Grzegorz Jakiel
Warszawa	Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	ul. Lindley'a 4 02-005 Warszawa	tel. 22 502 17 02 <a href="http://www.klinikaurologii.edu.pl">www.klinikaurologii.edu.pl</a>	prof. dr hab. n. med. Piotr Radziszewski

# Profilaktyka i wczesne rozpoznanie to klucz do skutecznego leczenia chorób uroonkologicznych

Maja Markłowska-Tomar

**O** badaniach profilaktycznych w kierunku nowotworów układu moczowo-płciowego powinno się pamiętać przez cały rok, a w razie pojawienia się jakichkolwiek niepokojących sygnałów, czym prędzej udać się do lekarza pierwszego kontaktu. Im wcześniej wykryty rak, tym większa szansa na jego wyleczenie, i nie jest to bynajmniej żaden truizm.

genetyczne oraz wiek. Wprawdzie nadal najczęściej przypadków tej choroby wykrywanych jest po 70. roku życia, jednak coraz częściej zapadają na niego znacznie młodszy mężczyźni, po czterdziestce. Dlatego specjaliści zalecają, aby już w tym wieku panowie zadbali o regularne wizyty kontrolne u specjalisty urologa i nie ociągali się z wykonywaniem badań PSA, zwłaszcza jeśli ktoś w ich rodzinie chorował już na ten typ nowotworu.

Sygnałem alarmowym i bezwzględnym wskazaniem do pilnej konsultacji z urologiem powinna być obecność krwi w moczu lub w nasieniu!

U większości pacjentów rak prostaty przebiega całkowicie bezobjawowo. U części mężczyzn występują problemy z oddawaniem moczu (częste oddawanie moczu, wąski strumień moczu, uczucie niepełnego opróżnienia pęcherza moczowego), jednak wcale nie muszą one świadczyć o toczącym się procesie nowotworowym - bardzo często są objawem łagodnego rozrostu prostaty. W przypadku zaawansowanego miejscowo guza może dojść do całkowitego bezmoczności, zaburzeń oddawania stolca, bolesności krocza. W zaawansowanym raku prostaty, który spowodował już przerzuty od-

ległe, najczęściej pojawiają się bóle związane z przerzutami do kości. Rzadziej obserwuje się przerzuty do mózgu, wątroby czy płuc. W związku z miejscowym rozrostem guza może też dojść do zastoju moczu w nerkach lub w pęcherzu.

Pierwszym widocznym objawem raka prostaty mogą być powikłania wynikające z przerzutów do kości, takie jak bóle kostne czy złamania patologiczne.

Jeśli poziom PSA, czyli specyficznego antygenu sterczowego (ang. prostate specific antigen), jest podwyższony, może to świadczyć o obecności raka prostaty. Nie jest to jednak badanie rozstrzygające, ponieważ do wzrostu stężenia PSA może dochodzić np. w przebiegu zaawansowanego łagodnego rozrostu prostaty. Nieprawidłowy wynik może być również konsekwencją infekcji układu moczowego. - *Cały czas apelujemy o stworzenie powszechnego programu diagnostyki w kierunku raka prostaty. Samo*

Do najczęściej występujących nowotworów złośliwych układu moczowo-płciowego zalicza się: raka prostaty (gruczołu krokowego, stercza), raka pęcherza moczowego, raka nerki i raka jądra. Choć każdy z nich ma własną specyfikę, to łączy je wspólny mianownik - na początku przebiegają bezobjawowo, a jeśli już pojawiają się jakieś symptomy, to na ogół są one niejednoznaczne i niecharakterystyczne, przez co często bagatelizowane przez pacjentów. Stąd tak ważne jest „wsluchiwanie się” w sygnały płynące z organizmu oraz zgłaszanie się na badania profilaktyczne i regularne wizyty kontrolne.

## Rak prostaty: chorują coraz młodszy mężczyźni

Co roku diagnozę rak prostaty słyszy około 18 tys. Polaków. Jest to najczęstszy nowotwór złośliwy rozpoznawany u mężczyzn. Czynniki sprzyjające jego powstaniu są: niewłaściwa dieta, palenie tytoniu, predyspozycje



Fot. Polonio Video - stock.adobe.com



Światowy Tydzień Kontynencji 2022

OBEJRZYJ DEBATY Z UDZIAŁEM EKSPERTÓW

[www.wcw2022.pl](http://www.wcw2022.pl)



JAK ROZMAWIAĆ O TRUDNYCH TEMATACH?

badanie PSA nie daje nam bowiem jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, czy mamy do czynienia z nowotworem prostaty - mówi Bogusław Olawski, przewodniczący Sekcji Prostaty Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”.

Badanie stężenia PSA znalazło się w pakiecie dziewięciu badań diagnostycznych dla mężczyzn, finansowanych ze środków publicznych w ramach rządowego programu Profilaktyka 40 Plus. Czas jego obowiązywania został przedłużony do końca 2022 roku.

Badaniem rozstrzygającym jest ocena wycinków pobranych z prostaty pod mikroskopem przez patomorfologa. Wycinki pobierane są specjalną igłą podczas zabiegu biopsji prostaty, który jest wykonywany pod kontrolą aparatu USG. Jest to zabieg nieprzyjemny, inwazyjny i obciążony ryzykiem powikłań. Do najczęstszych należy obecność krwi w nasieniu i moczu, krwawienie z odbytnicy oraz zakażenie. Zdecydowana większość z nich ma na szczęście łagodny charakter i ustępuje samoistnie.

Stan gruczołu krokowego można ocenić również za pomocą rezonansu magnetycznego. Badanie to z dużą dokładnością ocenia ryzyko obecności nowotworu, określa jego rozmiar, umiejscowienie i zaawansowanie, w tym przekraczanie granic prostaty i naciekanie sąsiednich struktur. - *Badanie to zyskuje coraz większą popularność, bo w przeciwieństwie do nie lubianego przez panów badania per rectum czy ultrasonografii TRUS, jest wykonywane z zewnątrz oraz pozwala bardzo dokładnie zbadać całą prostatę* - potwierdza dr n. med. Iwona Skoneczna, onkolog kliniczny ze Szpitala Grochowskiego w Warszawie.

Mimo że Europejskie Towarzystwo Urologiczne rekomenduje wykonanie rezonansu magnetycznego prostaty przed biopsją, w Polsce to badanie nie jest wykonywane rutynowo. I nie jest finansowane ze środków publicznych. Trzeba za nie zapłacić z własnej kieszeni - od ok. 800 do 1000 zł.

U części mężczyzn z rozpoznaniem już rakiem prostaty wykonywane są dodatkowe badania, które mają pomóc w podjęciu decyzji o optymalnym sposobie leczenia. Należą do nich: tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy oraz scyntygrafia kośćca. Wskazania do wykonania tych badań ocenia lekarz prowadzący m.in. na podstawie wyniku badania stężenia PSA oraz zgromadzonej dokumentacji medycznej.

### Rak pęcherza moczowego: typowy nowotwór tytoniozależny

Jest drugim pod względem częstości występowania nowotworem urologicznym (po raku prostaty), czwartym nowotworem złośliwym u mężczyzn oraz dwunastym nowotworem złośliwym wśród kobiet, co roku rozpoznawanym w Polsce u ok. 8 tys. osób (prawie 4 tys. osób z jego powodu umiera). Według prognoz, w ciągu najbliższych 10 lat liczba zachorowań na nowotwór pęcherza moczowego wzrośnie o ok. 25 proc. i w 2029 roku wyniesie ok. 11,5 tys.

Wśród czynników ryzyka zachorowania na ten typ nowotworu na pierwszy plan wysuwa się palenie tytoniu, które jest przyczyną około połowy wszystkich przypadków raka pęcherza. - *Wylimitowanie palenia, czyli skuteczna profilaktyka pierwotna, jest jednym z działań, które mogą poprawić obecną sytuację chorych z rakiem pęcherza. Konieczna jest także sprawniejsza diagnostyka w celu zmniejszenia odsetka nowotworów rozpoznawanych w stadium dużego zaawansowania oraz wdrożenia rzeczywistego leczenia skojarzonego z udziałem wszystkich obecnie dostępnych metod. Zasadnicze znaczenie ma rzeczywista współpraca urologów i onkologów, która powinna mieć miejsce na każdym etapie choroby (w stadium wczesnym i zaawansowanym). Taką współpracę oraz usprawnienie diagnostyki i wykorzystanie leczenia skojarzonego zapewni utworzenie ośrodków kompleksowego i skoordynowanego leczenia uroonkologicznego* - mówi prof. Maciej Krzakowski, kierownik Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie, konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej.

Drugą pod względem częstości przyczyną zachorowania na raka pęcherza jest zawodowe narażenie na różne szkodliwe substancje chemiczne (ok. 1/3 przypadków). Kolejne miejsca na liście czynników ryzyka zajmują otyłość i wiek (największa zachorowalność obserwowana jest w przedziale wiekowym 80-84 lata). Jak wynika z raportu „Sytuacja pacjenta z rakiem pęcherza moczowego - aktualne wyzwania” Fundacji Wygrajmy Zdrowie, ryzyko zachorowania rośnie także m.in. w przypadku:

- przewlekłych stanów zapalnych pęcherza,
- ekspozycji na zawartość arsenu w wodzie pitnej (w przypadku, gdy nie stosuje się wody uzdatnianej),
- przewlekłego stosowania niektórych leków, np. fenacetyny, cyklofosfamidu,
- napromieniania miednicy (radioterapia prostaty lub szyjki macicy z powodu raka szyjki macicy lub raka gruczołu krokowego),
- występowanie raka pęcherza moczowego u krewnych pierwszego i drugiego stopnia.

Najczęstszym objawem nowotworu pęcherza jest bezbolesny krwiomocz. Jednak nawet jeśli jest to tylko pojedynczy epizod, w żadnym wypadku nie wolno go zlekceważyć. Trzeba jak najszybciej poinformować o nim swojego lekarza rodzinnego!

Nowotwór pęcherza może także naśladować objawy zapalenia, powodując częste i bolesne oddawanie moczu, ból, pieczenie, uczucie niepełnego opróżnienia pęcherza moczowego. Jak podkreślają specjaliści, nie są to objawy specyficzne dla raka pęcherza moczowego i towarzyszą również innym chorobom dróg moczowych, takim jak infekcja czy kamica pęcherza moczowego. U osób z zaawansowanym rakiem pęcherza moczowego mogą wystąpić objawy związane z miejscowym postępem choroby

(ból w podbrzuszu, trudności w oddawaniu moczu, bóle okolicy lędźwiowej będące konsekwencją utrudnienia odpływu moczu, bezmocz) oraz przerzutami odległymi (np. bóle kostne). Kluczowa jest więc w tym wypadku wiedza na temat objawów wśród lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, szybka diagnostyka, odpowiedni dostęp do lekarzy specjalistów oraz edukacja społeczeństwa na temat tej choroby.

- *Podstawowym badaniem, które może pomóc wcześniej wykryć ten nowotwór, jest zwykle, 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* - przekonuje dr Iwona Skoneczna.

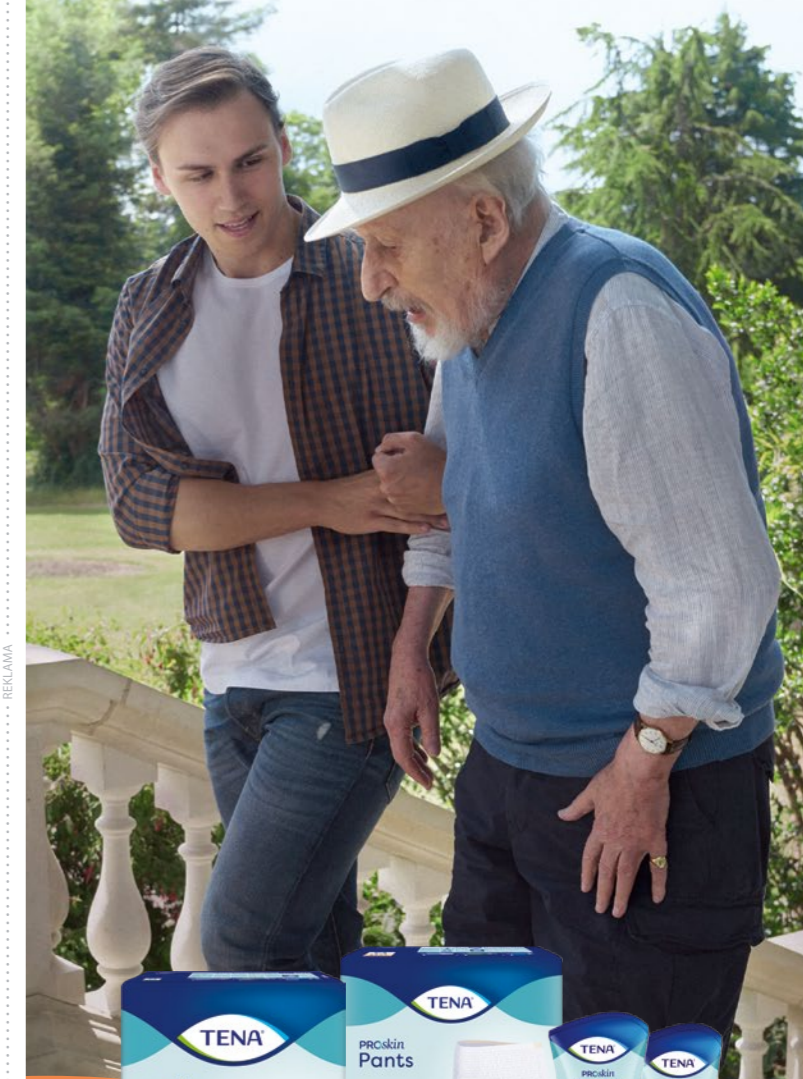
Od tego właśnie badania zacznie diagnostykę lekarz pierwszego kontaktu, do którego uda się pacjent zaniepokojony krwiomoczem, bólem, pieczeniem, czy uczuciem niepełnego opróżnienia pęcherza moczowego. Lekarz może mu również zlecić badanie USG jamy brzusznej z oceną pęcherza moczowego. Jeśli po wykonaniu tych badań podejrzewa raka pęcherza, powinien jak najszybciej skierować pacjenta do urologa.

Zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Urologicznego najważniejszym elementem diagnostyki pęcherza moczowego jest cystoskopia wykonywana przez lekarza urologa. Jest to badanie wykonywane w znieczuleniu, podczas którego istnieje nie tylko możliwość dokładnego obejrzenia pęcherza od środka, ale i wycięcia podejrzanych zmian. - *Jeśli zmiany są niewielkie, możliwe jest wycięcie ich w całości, natomiast jeśli są duże i rozległe, pobiera się z nich wycinki, które następnie 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* - tłumaczy dr Iwona Skoneczna.

Jak podkreślają eksperci z Europejskiego Towarzystwa Urologicznego, cystoskopia nie może być zastąpiona żadną inną metodą diagnostyczną. - *W przypadku przewlekłego krwinkomoczu lub bezbolesnego krwiomoczu prawidłowy wynik badania USG nie zwalnia z wykonania cystoskopii* - przypominają.

W sytuacji, gdy obecność guza nowotworowego potwierdziły badania obrazowe, pacjent kierowany jest od razu na zabieg przezcewkowej elektroresekcji guza tzw. TURBT, podczas którego oprócz wycięcia zmian nowotworowych, pobiera się materiał do badania histopatologicznego. Usunięty guz jest oceniany w badaniu mikroskopowym przez patologa, który ustala, czy jest to nowotwór łagodny czy złośliwy oraz jak głęboko wrasta on w ścianę pęcherza moczowego. Dodatkowo wskazane jest wykonanie innych badań oceniających stan narządów wewnętrznych (np. RTG klatki piersiowej lub

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.**



tomografii komputerowej jamy brzusznej oraz rezonans magnetyczny miednicy).

### Rak nerki: u większości chorych wykrywany przypadkowo

Rak nerki to obecnie szósty pod względem liczby zachorowań nowotwór złośliwy wśród mężczyzn i ósmy wśród kobiet. Szczyt zachorowalności na tę chorobę przypada na 6.-7. dekadę życia, przy czym blisko dwukrotnie bardziej narażeni są mężczyźni.

Podobnie jak wiele innych nowotworów, rak nerki u większości chorych nie daje na początku żadnych objawów. Wykrywany jest zwykle przypadkowo, podczas badań wykonywanych z zupełnie innych przyczyn. – *Wówczas, wśród około 30 proc. zdiagnozowanych, choroba jest już na etapie znacznego miejscowego zaawansowania lub przerzutów odległych* – stwierdził dr n. med. Piotr Tomczak, onkolog kliniczny i radioterapeuta z Kliniki Onkologii Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu podczas lipcowej konferencji prasowej inaugurującej kampanię edukacyjną „Szauj zdrowie, badaj nerki”.

Specjalista przypomniał o tzw. triadzie raka nerki – zespole objawów charakterystycznych dla tej choroby, obejmujących ból w okolicy lędźwiowej, wyczuwalny palpacyjnie guz oraz krwiomocz, który – jak zaznaczył – występuje u około 10 proc. chorych i z reguły świadczy o wysokim zaawansowaniu choroby. – *W takiej sytuacji niemal połowa chorych ma już przerzuty odległe i bardzo małe szanse na wyleczenie* – dodał dr Piotr Tomczak.

Wczesne wykrycie choroby, czyli na etapie, kiedy guz nowotworowy jest ograniczony tylko do nerki, zwiększa szanse na wyleczenie. Jest warunkiem zastosowania u chorego skutecznego leczenia chirurgicznego. W stadium zaawansowanym pozostaje już tylko leczenie systemowe, które jest leczeniem paliatywnym (objawowym).

Czy jest szansa na wcześniejsze wykrywanie raka nerki? W zgodnej opinii lekarzy jest nią regularna kontrola stanu nerek za pomocą badania USG jamy brzusznej. Takie badanie powinno się wykonywać raz w roku. – *Ultrasonografia jest powszechną, tanią metodą diagnostyczną wykrywającą masy patologiczne w nerkach. Warto podkreślić, że badanie USG jamy brzusznej jest badaniem nieinwazyjnym, czyli całkowicie bezpiecznym dla pacjenta. Dodatkowym jego atutem jest także szybkie i bezbolesne wykonanie. Tego typu badanie pozwala m.in. ocenić czynność nerek, zauważyć ewentualną obecność i zaawansowanie kliniczne guza, a także zwrócić uwagę na możliwość pojawienia się przerzutów do wątroby czy nadnerczy* – tłumaczył dzien-

nikarzom prof. Andrzej Antczak, urolog z Katedry i Kliniki Urologii i Onkologii Urologicznej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu. Na regularne USG jamy brzusznej powinny zgłaszać się przede wszystkim osoby z grupy podwyższonego ryzyka, do której należą osoby otyłe, z nadciśnieniem tętniczym oraz palące papierosy.

### Rak jądra: jeden z najczęstszych nowotworów młodych mężczyzn

Stanowi około 1 proc. wszystkich nowotworów złośliwych występujących u mężczyzn. W Polsce co roku jest rozpoznawany u ponad 1 tys. pacjentów. Większość z nich to mężczyźni w wieku 15-35 lat.

Najczęstszym i zarazem pierwszym objawem raka jądra jest bezbolesne powiększenie i stwardnienie całego lub części tego narządu, któremu niekiedy może towarzy-

zyć zaczerwienienie skóry moszny oraz uczucie ciężaru w mosznie. U co piątego chorego występują dolegliwości bólowe. Na wszelkie niepokojące objawy powinni być szczególnie wyczuleni pacjenci, którzy już wczes-

niej leczyli się na raka jądra (ma tendencję do nawracania) lub raka pęcherza moczowego.

Podstawą rozpoznania raka jądra jest samobadanie. Pacjent powinien sam, najlepiej raz w miesiącu, przez ok. 3 minut, kontrolować swoje jądra. Najlepiej robić to podczas ciepłej kąpieli lub pod prysznicem, kiedy skóra worka mosznowego jest miękka i rozluźniona, dzięki czemu łatwiej wykryć ewentualne nieprawidłowości.

Regularna samokontrola pozwala wykryć raka we wczesnym etapie jego rozwoju, a zaobserwowane przez pacjenta zmiany stanowią podstawę dalszej diagnostyki.

W przypadku zauważenia jakichkolwiek zmian w wielkości czy konsystencji jąder, należy czym prędzej zgłosić się do lekarza, który po przeprowadzeniu wywiadu i wykonaniu badania palpacyjnego może skierować pacjenta na badanie USG jąder. Badanie to pozwala z dużą dokładnością stwierdzić, co odpowiada za powstanie niepokojących zmian. Dzięki niemu można ocenić budowę oraz unaczynienie jąder, najądrzy i powrózków nasennych, wykryć nieprawidłowości w przepływie krwi przez jądra, określić postać wykrytych guzów czy zgrubień – płynną, mieszaną lub litą (płynna wskazuje np. na torbiel, podczas gdy lita może sugerować nowotwór) oraz precyzyjnie zlokalizować te guzy.

Poza USG jąder do postawienia rozpoznania konieczne jest też oznaczenie stężenia markerów nowotworowych w surowicy (AFP, podjednostka beta hCG, LDH) oraz badanie histopatologiczne usuniętego jądra.



Regularna samokontrola pozwala wykryć raka we wczesnym etapie jego rozwoju, a zaobserwowane przez pacjenta zmiany stanowią podstawę dalszej diagnostyki.

## Niepokojące objawy ze strony pęcherza moczowego zawsze warto skonsultować ze specjalistą

O najczęstszych dolegliwościach ze strony pęcherza moczowego oraz korzyściach z terapii wlewami dopęcherzowymi rozmawiamy z dr. hab. n. med. Sławomirem Poletajewem, prof. CMKP, specjalistą urologiem z II Kliniki Urologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego

**W codziennej praktyce widzi Profesor wiele pacjentek i pacjentów, na których jakość życia i codzienne funkcjonowanie mają negatywny wpływ dolegliwości ze strony pęcherza moczowego. Jakże są to najczęściej dolegliwości?**

Wymieniłbym trzy grupy pacjentów. Po pierwsze, osoby z objawami zespołu pęcherza nadreaktywnego. Typowe objawy w przebiegu tej choroby to występowanie parć nagłych, czyli nagłego silnego parcia na pęcherz moczowy, wymagającego pilnego oddania moczu. Może im towarzyszyć częstomocz, jak i nietrzymanie moczu. Po drugie, osoby z nawrotowymi zakażeniami układu moczowego, które definiujemy jako wystąpienie co najmniej dwóch epizodów w ciągu sześciu miesięcy lub trzech epizodów w ciągu dwunastu miesięcy. Obecność bakterii w pęcherzu moczowym prowadzi do występowania stałego parcia na pęcherz moczowy, częstomoczu, bólu podczas mikcji. Wystąpić może również ból brzucha, stan podgorączkowy, krwiomocz. Wreszcie po trzecie, osoby z zespołem bolesnego pęcherza moczowego, określanego także jako śródmiąższowe zapalenie pęcherza, czy szerzej – zespół bolesnej miednicy. Spektrum objawów podawanych przez pacjentów jest w tym przypadku dość szerokie, lecz najczęściej skarżą się na stały dyskomfort w podbrzuszu, uczucie mniej lub bardziej nasilonego parcia na pęcherz moczowy, częstomocz, ewentualnie parcia naglące. O ile przyczyn objawów można upatrywać w szeregu zaburzeń, w tym neurologicznych i ginekologicznych, podstawowym problemem urologicznym u pacjentów z tej grupy jest przewlekły niebakteryjny stan zapalny pęcherza moczowego, który trudno kontrolować.

**Proszę powiedzieć, czym jest urotelium i jaką pełni rolę?**

Urotelium to warstwa komórek nabłonkowych wyściełających drogi moczowe. Pełni ona szereg ważnych funkcji, w tym przede wszystkim izoluje inne komórki organizmu

od toksycznego moczu, umożliwia gromadzenie moczu poprzez zdolność do zmiany grubości zależnie do stopnia wypełnienia pęcherza moczowego, przekazuje bodźce nerwowe do ośrodkowego układu nerwowego, biorąc udział w procesach czucia pęcherzowego, wydziela substancje działające miejscowo celem regulacji czynności dróg moczowych. Prawidłowa czynność urotelium jest jednym z kluczowych warunków prawidłowego funkcjonowania pęcherza moczowego.

**Kiedy urotelium może ulec uszkodzeniu? Czy jest to częste zjawisko?**

Badania nad wpływem uszkodzenia urotelium na czynność dróg moczowych wskazują, iż przedmiotowy problem dotyczy znacznie większej liczby pacjentów, niż wydawało się nam dawniej. W niektórych przypadkach potrafimy wskazać konkretny czynnik uszkadzający urotelium, na przykład częstą obecność bakterii w drogach moczowych, radioterapię w obrębie miednicy, czy stosowanie niektórych leków, których szkodliwe metabolity wydalane są z moczem. Jednak w dużej części przypadków nie wiemy, dlaczego doszło

do uszkodzenia urotelium i nie potrafimy tego wyjaśnić. Dzieje się tak między innymi u pacjentek z zespołem bolesnego pęcherza moczowego, gdzie uszkodzenie urotelium należy do głównych czynników wywołujących objawy kliniczne.

**Co odczuwają pacjentki i pacjenci, kiedy ich urotelium jest uszkodzone? Kiedy powinni zacząć się niepokoić?**

Uszkodzenie urotelium może mieć różne pochodzenie i przez to różnić się w zakresie obserwowanych objawów. W przypadku uszkodzenia popromiennego dominuje częstomocz i parcia naglące, czasem krwiomocz. W przypadku nawrotowych infekcji będą to opisane wcześniej objawy dyzuryczne. W przypadkach zespołu bolesnego pęcherza moczowego najczęściej pacjenci uskarżają się na dyskom-



dr hab. Sławomir Poletajew

fort w podbrzuszu i częstomocz. Charakter i nasilenie objawów znacznie różnią się między pacjentami. Obserwując zakłócenia funkcjonowania dolnych dróg moczowych, warto nie zwlekać z wizytą u lekarza, gdyż opanowanie objawów choroby na wczesnym jej etapie jest łatwiejsze i szybsze.

### Czy na uszkodzenia urotelium są narażone jakieś szczególne grupy pacjentów? Czy istnieją grupy zwiększonego ryzyka?

Należy podkreślić, że chorobami, w których przebiegu dochodzi do uszkodzenia urotelium, jesteśmy zagrożeni wszyscy. W wielu przypadkach nie jesteśmy w stanie zidentyfikować żadnego czynnika wyzwalającego ani wyjściowych czynników ryzyka. Zapewne najłatwiej wyobrazić sobie ryzyko uszkodzenia urotelium w przypadku radioterapii w obszarze miednicy, szczególnie w razie napromieniania pęcherza moczowego lub prostaty. W przypadku nawrotowych zakażeń układu moczowego mechanizm uszkodzenia urotelium jest wieloetapowy, ale znane są



Niepokojące objawy ze strony pęcherza moczowego zawsze warto skonsultować ze specjalistą, gdyż lekceważone mogą prowadzić do przewlekłego i trudnego do opanowania stanu zapalnego.

jego czynniki ryzyka, między innymi płeć żeńska, zmiana partnera, stosowanie środków prezerwacyjnych, przebyta menopauza, zaburzenia anatomiczne lub czynnościowe układu moczowego w wywiadzie. Zaburzenia czynności pęcherza moczowego często dotyczą pacjentów z chorobami neurologicznymi, na przykład stwardnieniem rozsianym, chorobą Parkinsona, po udarze mózgu, po urazie rdzenia kręgowego. U pacjentów z zespołem bolesnego pęcherza moczowego postuluje się szereg czynników ryzyka, w tym uwarunkowania genetyczne czy hormonalne. Dokładne przyczyny i przebieg choroby wciąż pozostają jednak niedostatecznie zbadane.

### Dlaczego terapia wlewami dopęcherzowymi zawierającymi kwas hialuronowy miałaby być korzystna dla pacjentów i pacjentek?

Podstawowym procesem prowadzącym do uszkodzenia urotelium jest utrata warstwy glikozaminoglikanów. Można ją sobie wyobrazić jako lepką warstwę izolacyjną powlekającą komórki urotelium i osłaniającą je przed szkodliwym działaniem toksycznych substancji zawartych w moczu. Kwas hialuronowy, obok siarczanu chondroityny, heparyny i keratanu, stanowi podstawowy element budujący warstwę glikozaminoglikanów. Podanie dopęcherzowe kwasu hialuronowego umożliwia i ułatwia regenerację warstwy glikozaminoglikanów, a przez to przywraca właściwą izolację urotelium od moczu, co z kolei stwarza warunki do regeneracji urotelium i zatrzymania procesu chorobowego.

### Jak przygotować się do podania wlewu i jak zachować się po jego przyjęciu?

Dopęcherzowe podanie preparatu trwa kilkanaście sekund. Nie jest bolesne, choć może wiązać się z niewielkim dyskomfortem. Aby zapewnić możliwie długi czas działania preparatu we właściwym stężeniu, zalecam pacjentom ograniczyć przyjmowanie płynów na około 2 godzin przed wlewką dopęcherzową oraz bezpośrednio przed nią oddać moc. Z kolei po wlewie zaleca się zmieniać pozycje ciała, tak aby umożliwić kontakt preparatu ze wszystkimi ścianami pęcherza moczowego. W praktyce oznacza to, że należy leżeć na obu bokach ciała, na plecach i na brzuchu, zmieniając ułożenie co 10-15 minut. Zakłada się, że dłuższy czas utrzymania preparatu w pęcherzu moczowym prowadzi do lepszych efektów terapeutycznych, stąd warto unikać sytuacji sprzyjających odczuciu parcia na mocz i stworzyć warunki sprzyjające skupieniu na leczeniu pęcherza moczowego.

### Kto może odnieść korzyść z takiej terapii?

Zasadnicze wskazania do regeneracji warstwy glikozaminoglikanów stanowią

nawrotowe zakażenia układu moczowego, zespół bolesnego pęcherza moczowego/śródmiaższowe zapalenie pęcherza, popromienne zapalenie pęcherza moczowego oraz chemiczne zapalenie pęcherza moczowego. W tych wskazaniach dysponujemy wynikami badań naukowych, które potwierdzają bezpieczeństwo i skuteczność wlewk dopęcherzowych. W praktyce należy spodziewać się, że lista wskazań ulegnie rozszerzeniu w kolejnych latach. W tym miejscu warto zauważyć, że wlewki dopęcherzowe zazwyczaj są stosowane, gdy standardowa farmakoterapia nie satysfakcjonuje lub zawodzi. Co więcej, wlewki mogą być łączone z innymi formami leczenia dla dodatkowego wzmocnienia efektu leczniczego, w tym z preparatem kwasu hialuronowego i siarczanu chondroityny stosowanym doustnie.

### Gdzie osoba z dolegliwościami pęcherza powinna szukać pomocy?

Schorzeniami układu moczowego u kobiet i mężczyzn zajmuje się urolog. Niepokojące objawy ze strony pęcherza moczowego zawsze warto skonsultować ze specjalistą, gdyż lekceważone mogą prowadzić do przewlekłego i trudnego do opanowania stanu zapalnego. W diagnostyce tego typu schorzeń urolog opiera się nie tylko na wywiadzie chorobowym i badaniu fizykalnym, ale również na wynikach badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych, obrazowych, czy endoskopowych. Niejednokrotnie konieczna jest dodatkowa konsultacja ginekologa, neurologa, ortopedy, psychologa, czy psychoterapeuty.



# ialuril® Prefill

Sterylny roztwór hialuronianu sodu (1,6% - 800 mg/50 ml) i soli sodowej siarczanu chondroityny (2% - 1 g/50 ml)

### Odbudowa warstwy GAG chroniącej śluzówkę pęcherza moczowego<sup>1</sup>, uszkodzonej w następujących schorzeniach<sup>2-4</sup>:

- nawracające zakażenia układu moczowego (ZUM)
- zespół bolesnego pęcherza (ZBP)
- śródmiaższowe zapalenie pęcherza moczowego (IC)
- pęcherz popromienny
- krwotoczne popromienne zapalenie pęcherza
- zapalenie pęcherza indukowane terapią BCG

## Skuteczna odbudowa warstwy GAG Odkryj jego działanie



### Ochronę warstwy GAG urotelium można wspomóc także suplementem diety – doustnymi kapsułkami ialuril® SoftGels zawierającymi kwas hialuronowy, siarczan chondroityny, kwercetynę i kurkumę<sup>5</sup>.



ZDROWY PECHERZ.PL

### Skuteczność ialuril® SoftGels w łagodzeniu dolegliwości związanych z zapaleniem pęcherza została potwierdzona w badaniach klinicznych u kobiet z nawracającymi zapaleniami pęcherza<sup>6,7</sup> oraz u mężczyzn poddanych radioterapii w leczeniu raka prostaty<sup>8,9</sup>.

**Bibliografia:** 1. ialuril® Prefill. Instrukcja używania. 2. Iacovelli V et al. (2013) *Intravesical glycosaminoglycans in the management of chronic cystitis*. Minerva Urol Nefrol 2013; 65(4): 249-62. 3. Gołąbek T et al. (2019) *Zalecenia zespołu ekspertów dotyczące diagnostyki i leczenia zespołu bolesnego pęcherza moczowego/śródmiaższowego zapalenia pęcherza*. Przegląd Urologiczny 2019/3 (115) Suplement. 4. Poletajew S (2021) *Dopęcherzowe wlewki roztworu kwasu hialuronowego i siarczanu chondroityny (Ialuril) w leczeniu chorych na przewlekłe stany zapalne pęcherza moczowego: nawrotowe zakażenia układu moczowego, zespół bolesnego pęcherza moczowego/śródmiaższowe zapalenie pęcherza moczowego, popromienne zapalenie pęcherza moczowego*. Przegląd Urologiczny 2021/3 (127) Suplement. 5. ialuril®SoftGels. Instrukcja używania. 6. Torella M et al. (2016) *Efficacy of an orally administered combination hyaluronic acid, chondroitin sulfate, curcumin and quercetin for the prevention of recurrent urinary tract infections in postmenopausal women*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2016 12 :207-125-128. 7. Schiavi MC et al. (2018) *Orally Administered Combination of Hyaluronic Acid, Chondroitin Sulfate, Curcumin, and Quercetin in the Prevention of Postcoital Recurrent Urinary Tract Infections: Analysis of 98 Women in Reproductive Age After 6 Months of Treatment Female Pelvic. Med Reconstr Surg*. 2018;1. 8. Fersino S et al. (2016) *Impact of ialuril® Soft Gel in reducing urinary toxicity during radical hypofractionated radiotherapy in prostate cancer: a preliminary experience*. Minerva Urol Nefrol. 2016 Luty; 68(1):9-13. 9. Palou Redorta et al. (2021) *Multicentre International Study for the Prevention with ialuril® of Radio-Induced Cystitis (MISTIC): A Randomised Controlled Study*; European Urology Open Science 2 6 (2021)1 – 10.

PL-IALUR-2022-Q3-09

IBSA Poland sp. z o. o.; adres: Plac Marszałka Józefa Piłsudskiego 1, 00-078 Warszawa; Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS 0000383362; NIP 5213600577; Regon 142901150



# Rehabilitacja urologiczna powinna być integralną częścią leczenia

Violetta Madeja

**R**ehabilitacja urologiczna to ważny element terapii pacjentów zmagających się z rakiem prostaty. Jak podkreślają eksperci, jest ona nieodzowna m.in. przed i po zabiegach radykalnej prostatektomii. I choć coraz bardziej świadomi są tego i pacjenci, i lekarze, to rehabilitacja urologiczna nadal pozostaje poza systemowym postępowaniem z pacjentem z nowotworem prostaty i poza refundacją, przez co dostęp do niej jest mocno ograniczony.



Fot. Peakstock - stock.adobe.com

Rak prostaty to jeden z najczęściej diagnozowanych nowotworów u mężczyzn. Jeśli zostanie wcześniej wykryty, pacjent może zostać poddany leczeniu radykalnemu, które polega na przeprowadzeniu zabiegu prostatektomii z użyciem metody tradycyjnej, tzw. otwartej, laparoskopowej bądź z wykorzystaniem robota chirurgicznego.

Z raportu „Chirurgia robotowa w Polsce” wynika, że tylko w 2020 roku w Polsce przeprowadzono 7483 prostatektomie radykalne, z czego zdecydowana większość - odpowiednio 45 proc. oraz 38 proc. - zrealizowana została z wykorzystaniem laparoskopii i tzw. metody otwartej, gdzie ta ostatnia w porównaniu do chirurgii robotowej charakteryzuje się zdecydowanie mniejszą precyzją i jednocześnie większą inwazyjnością. Eksperci wskazują, że dla operowanych pacjentów rehabilitacja urologiczna to „must have”.

- Nie oznacza to jednak, że pacjenci poddani operacji z wykorzystaniem robota nie będą wymagali rehabilitacji urologicznej. Nie możemy liczyć na to, że samym zakupem robota chirurgicznego będziemy mogli podnieść wyniki leczenia. To, czy pacjent operowany z wykorzystaniem robota będzie potrzebował rehabilitacji czy też nie, zależy od wielu czynników,

między innymi od tego, jak operacja zostanie przeprowadzona i na jakim poziomie wykszolenia był operator - mówi dr n. med. Paweł Salwa, twórca i dyrektor Polskiego Centrum Urologii Robotycznej w Szpitalu Medicover w Warszawie. Jednocześnie dodaje, że metody mniej inwazyjne, w tym chirurgia robotowa, sprawiają, iż rehabilitacja urologiczna u zoperowanych pacjentów będzie rzadziej konieczna.

## O rehabilitacji należy myśleć już przed zabiegiem

Zdaniem urologa, dr. n. med. Andrzeja Przybyły, który po wielu latach praktykowania rehabilitacji urologicznej w Niemczech wrócił do Polski i stał się jej pionierem w naszym kraju, dla pacjentów z rakiem prostaty rehabilitacja urologiczna jest integralną częścią terapii i powinna być włączana automatycznie do procesu leczenia. - Jest to obecnie światowy standard. Rehabilitacja urologiczna powinna, w optymalnych warunkach, rozpoczynać się już przed zabiegiem tzw. prehabilitacją urologiczną - przekonuje ekspert, który współtworzył standardy rehabilitacji urologicznej w Niemczech.

Tymczasem, jak podkreśla, większość pacjentów dowiaduje się o konieczności rehabilitacji najczęściej dopiero po operacji lub radioterapii. - Terapia radykalna raka prostaty ratuje życie, natomiast rehabilitacja urologiczna ratuje jakość życia pacjentów oraz optymalizuje efekt terapii lekarzy specjalistów, głównie w aspekcie nietrzymania moczu i zaburzeń erekcji. Ze świadczeń rehabilitacji urologicznej powinien korzystać każdy pacjent, u którego rozpoznano nowotwór prostaty i który został poddany radykalnej prostatektomii, radioterapii bądź chemioterapii - przekonuje dr Andrzej Przybyła.

## Rehabilitacja tylko dla wybranych

W Polsce rehabilitacja urologiczna nie jest świadczeniem finansowanym z budżetu NFZ. Dlaczego?

- Wynika to z wielu czynników, w tym między innymi z niewiedzy, nawet wśród kadr medycznych, oraz tego, że jest to stosunkowo nowe zagadnienie medyczne w naszym kraju. Niemniej rehabilitacja urologiczna rozwija się także u nas i już niebawem w stolicy ruszy pierwszy kompleksowy specjalistyczny ośrodek w tym zakresie - mówi dr Andrzej Przybyła. W części prywatnych ośrodków, które przeprowadzają zabiegi prostatektomii, pacjenci mają możliwość skorzystania z tego typu świadczeń. Niestety w placówkach publicznych nie jest to takie oczywiste i w zależności od ośrodka i kadry, którą ten ośrodek dysponuje, tylko część chorych może w ramach leczenia kompleksowego spotkać się z fizjoterapeutą.

- Rehabilitacja urologiczna to ścisła współpraca między urologami a fizjoterapeutami. Tylko taka współpraca gwarantować może efektywność procesu rekonwalescencji. W ramach rehabilitacji urologicznej istnieją elementy zarezerwowane zarówno wyłącznie dla urologów, jak i dla fizjoterapeutów, ale tylko łączność między tymi specjalistami zapewnia najlepsze efekty terapii - przekonuje Andrzej Przybyła.

## Z perspektywy fizjoterapeutów

Brak refundacji dla świadczeń fizjoterapii urologicznej po radykalnej prostatektomii potwierdza również mgr fizjoterapii Kinga Religa-Popiołek, wiceprezes Małopolskiego Oddziału Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” i redaktor działu „Rehabilitacja urologiczna” w czasopiśmie naukowym „Przegląd Urologiczny”, która na co dzień pomaga pacjentom m.in. z problemem nietrzymania moczu po radykalnej prostatektomii. Przyznaje, że zdarzają się bezpłatne programy rehabilitacyjne, realizowane np. w ramach badań naukowych, ale jest to znikomy procent.

- Świadczenia z zakresu fizjoterapii urologicznej są coraz bardziej dostępne na naszym rynku, jednak dotyczą głównie sektora prywatnego. Coraz więcej fizjoterapeutów chce też kształcić się w kierunku urologii, jednak nadal większość z nich podejmuje pracę wyłącznie z pacjentkami. Zatem kompleksowa fizjoterapia urologiczna dla mężczyzn nadal jest znacznie mniej dostępna niż dla kobiet - ocenia Kinga Religa-Popiołek.

## Cel: utrzymać lub poprawić jakość życia

Jak wskazują eksperci, cel prowadzonej rehabilitacji będzie zawsze uzależniony od etapu leczenia. - Jeśli pacjent jest przed interwencją chirurgiczną bądź radioterapią, celem będzie przygotowanie go do zabiegu. Będzie to między innymi uzyskanie wydolności mięśni dna miednicy i zwiększenie ogólnej wydolności organizmu oraz poprawa trofiki tkanek, głównie w obrębie miednicy. Jeżeli pacjent jest już po danej interwencji, wtedy fizjoterapia będzie koncentrowała się na zmniejszeniu występujących powikłań oraz poprawie jakości jego życia - wyjaśnia Kinga Religa-Popiołek.

## Rośnie świadomość wśród lekarzy i pacjentów

Fizjoterapeutka zwraca jednak uwagę na pozytywny trend związany z rosnącą świadomością potrzeby wdrażania rehabilitacji urologicznej, zarówno wśród lekarzy, jak i samych pacjentów. - Ta świadomość jest obecnie znacznie większa niż choćby pięć lat temu, zatem coraz więcej pacjentów jest kierowanych nie tylko po, ale i przed radykalną prostatektomią do fizjoterapeuty. Tę tendencję wzrostową zauważa się również w przypadku pacjentów, którzy podejmują leczenie w postaci radioterapii - ocenia.

Oczywiście, ogromną zasługę mają w tym eksperci, którzy nagłaśniają potrzebę prowadzenia rehabilitacji, a także organizacje pacjenckie, które dla wielu chorych stają się przewodnikiem po systemie ochrony zdrowia.



# 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](http://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/](http://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/](http://www.caritas.pl/ukraina/)

Więcej zbiórek i informacji znajduje się na stronie: [www.pomagamukrainie.gov.pl](http://www.pomagamukrainie.gov.pl)

# Urologia po europejsku

Tomasz Michałek

Tylko 1/3 urologów uczestniczących w corocznym kongresie naukowym, jaki tym razem miał miejsce w Amsterdamie (1-4 lipca br.), korzysta z dzienniczka mikcji. Mówił o tym, podczas swojego wystąpienia skierowanego do przedstawicieli organizacji pacjenckich prof. Chris Chapple, sekretarz generalny Europejskiego Towarzystwa Urologicznego (European Association of Urology, EAU).



Fot. Materiały EAU

To znamienne słowa, gdyż publiczna samokrytyka nie jest zbyt częsta wśród środowisk medycznych. Tym bardziej należy ją docenić, gdy odnotujemy, że po raz pierwszy od powstania Europejskiego Towarzystwa Urologicznego, które jest właśnie w trakcie świętowania złotego jubileuszu, organizatorzy zdecydowali się na stacjonarną organizację Dnia Pacjenta, przygotowaną przez powołane w ubiegłym roku Biuro Pacjenta EAU. W dużej mierze to dzięki woli i konsekwencji prof. Chrisa Chapple'a oraz determinacji prof. Eamonna T. Rogersa, dyrektora Biura Pacjenta EAU, przez cały jeden dzień kongresu zorganizowano szereg debat z przedstawicielami organizacji pacjenckich dotyczących urologii czynnościowej, raka nerki, raka pęcherza oraz raka prostaty.

Co ważne, europejscy urolodzy poruszyli również tematy wybiegające poza obszary stricte medyczne. Jedną z sesji dotyczyła zrównoważonej opieki nad osobami z zaburzeniami kontynencji, podczas gdy druga przedstawiała wyniki badań nad jakością życia pacjentów po leczeniu nowotworów, w tym w szczególności po leczeniu raka prostaty. O ile tematyka uroonkologiczna, która dominuje od wielu lat na kongresach urologicznych, nie była dla nikogo zaskoczeniem, o tyle silne zaakcentowanie wagi urologii czynnościowej mogło zaskoczyć. Czyżby środowisko europejskich urologów zwróciło uwagę, że balans pomiędzy onkologią urologiczną a pozostałymi obszara-

mi zainteresowania tej specjalizacji został niebezpiecznie zachwiany?

## II linia leczenia hormonalnego raka prostaty rekomendowana dla coraz szerszej grupy pacjentów

Podczas licznych sesji uroonkologicznych, w trakcie których omawiano dynamiczne zmiany zachodzące szczególnie w terapiach nowotworu prostaty, można było zauważyć duży akcent kładziony na leczenie hormonalne oraz chirurgiczne. Szczególnie w leczeniu raka prostaty na różnych etapach choroby można mówić o prawdziwym przełomie, jaki dokonał się w ostatniej dekadzie. Trzy nowoczesne leki oferowane w Europie w II linii leczenia hormonalnego nie tylko przedłużają życie, ale też poprawiają znacznie jego jakość. Z konkluzji bazujących na aktualnych rekomendacjach Amerykańskiego Urzędu ds. Żywności i Leków (Food & Drug Administration - FDA), Europejskiej Agencji Leków (European Medicines Agency - EMA), a także międzynarodowych towarzystw naukowych (w tym EAU), można dowiedzieć się, że leczenie z użyciem enzalutamidu, apalutamidu i darolutamidu powinno obejmować coraz szerszą grupę pacjentów. Obecnie II linię leczenia hormonalnego rekomenduje się już nie tylko pacjentom z opornym na kastrację rakiem gruczołu krokowego z przerzutami, ale także osobom z opornym na kastrację rakiem prostaty bez przerzutów. Przy czym w tej drugiej grupie dotyczy to wyłącznie osób z wysokim ryzykiem przerzutów. Co interesujące, spektrum rekomendacji obejmuje również pacjentów z hormonowrażliwym nowotworem prostaty z przerzutami. Innymi słowy, gdy zachodzi potrzeba kontynuowania leczenia depriacją androgenów (androgen deprivation therapy - ADT), a pojawiły się już przerzuty, ww. leki powinny być stosowane jako kontynuacja terapii ADT. Dobra informacja dla polskich pacjentów jest taka, że mogą już korzystać z tych leków w ramach programu lekowego dedykowanego pacjentom z opornym na kastrację rakiem gruczołu krokowego, który szczegółowo określa kryteria kwalifikacji do bezpłatnego leczenia.

## Na rynek wchodzi Hugo

Pozostając przy leczeniu nowotworu prostaty, warto odnotować pojawienie się na kongresie nowego systemu robotycznego Hugo, który w przyszłym roku powinien mieć swoją premierę również w polskich szpitalach. Będzie to kolejny system robotyczny, stanowiący konkurencję dla robota da Vinci, który został wprowadzony na rynek 23 lata temu i jest dzisiaj najczęściej na świecie wykorzystywanym systemem wspomagającym operacje pro-

statektomii radykalnej. Jak informuje producent da Vinci, co 20 sekund gdzieś na świecie rozpoczyna się operacja z użyciem tego systemu, co przełożyło się już na ponad 10 milionów przeprowadzonych zabiegów robotycznych. W Polsce operacje z użyciem systemów robotycznych są refundowane dopiero od kwietnia bieżącego roku, a skala ich wykorzystania nadal jest niewielka, chociaż dynamicznie rośnie. Z pewnością problemem jest niska wycena operacji robotycznej, nie pokrywająca realnych kosztów ponoszonych na zakup i użytkowanie tego urządzenia. Być może pojawienie się kolejnego po systemach robotycznych da Vinci oraz Versius konkurenta, jakim bez wątpienia jest system Hugo, doprowadzi do obniżenia kosztów tego świadczenia w Europie i w Polsce.

## To już 50 lat!

Inicjatywa założenia odrębnej, europejskiej organizacji naukowej zrzeszającej urologów z dwóch stron „żelaznej kurtyny” zrodziła się dokładnie 50 lat temu we włoskiej Padwie. Wśród sygnatariuszy EAU warto odnotować udział wybitnego polskiego urologa prof. Stefana Wesołowskiego z Warszawy. Inicjatywa wyodrębnienia kontynentalnej organizacji naukowej urologów była odpowiedzią na istnienie dużo starszego odpowiednika, Amerykańskiego Towarzystwa Urologicznego (rok zał. 1902). Pierwsze zgromadzenie założycielskie EAU odbyło się w 1972 roku w Zurichu (Szwajcaria) i kontynuowane rok później w Amsterdamie, a pierwszy odrębny kongres EAU miał miejsce w 1974 roku w Padwie.

Wkład polskich urologów w rozwój Europejskiego Towarzystwa Urologicznego nie ogranicza się wyłącznie do założenia tej organizacji. Przeglądając historię osób nagrodzonych przez EAU, można odnotować przyznanie w roku 2006 medalu honorowego EAU za wkład w rozwój europejskiej urologii prof. Andrzejowi Borkowskiemu, który będąc uczniem prof. Wesołowskiego, przez wiele lat kierował tą samą kliniką w Warszawie. Prof. Borkowski jest jak dotąd jedynym polskim laureatem tej nagrody. Wartym wspomnienia wydarzeniem było także

dołączeniu w 1997 roku polskiej urologii do europejskiego programu specjalizacyjnego, co było zasługą ówczesnego prezesa Polskiego Towarzystwa Urologicznego, prof. Andrzeja Borkowskiego, oraz jego następcy, prof. Andrzeja Borówki, również z Warszawy. W 2002 roku w Polsce został uruchomiony system punktacji kredytowej CME-CPD (Continuing Medical Education - Continuing Professional Development).



Fot. Materiały EAU

Polskie Towarzystwo Urologiczne było pierwszym krajowym stowarzyszeniem urologicznym w Europie, które podjęło się takiego przedsięwzięcia we współpracy z European Board of Urology (EBU). Dwa lata później nastąpiło zacieśnienie współpracy European Board of Urology z European Association of Urology, co zaowocowało wspólną inicjatywą o nazwie EU-ACME (European Urology - Accredited Continuing Medical Education). Celem tej inicjatywy było usprawnienie działania oraz promowanie systemu CME-CPD na poziomie ogólnoeuropejskim.

Kongres EAU w Amsterdamie miał formułę hybrydową, umożliwiającą również udział on-line pod adresem: [www.eau2022.org](http://www.eau2022.org).

## Zmiana na stanowisku sekretarza generalnego ICS

Odchodzący sekretarz generalny Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji (International Continence Society - ICS, rok zał. 1971), prof. David Castro-Diaz, został rok temu honorowym członkiem Europejskiego Towarzystwa Urologicznego. W oficjalnym komunikacie ICS możemy przeczytać, że nadano mu ten tytuł w uznaniu wkładu dla rozwoju urologii oraz jego ważnych i licznych aktywności w dziedzinie leczenia dysfunkcji dolnych dróg moczowych. Jest to również uznanie dla jego pracy jako sekretarza generalnego ICS i roli, jaką to towarzystwo odgrywa w europejskiej urologii. Wyraża również uznanie EAU dla współpracy między EAU a ICS jako międzynarodowej organizacji multidyscyplinarnej. Nowym sekretarzem generalnym ICS został prof. John Heesakkers, urolog z Uniwersytetu w Maastricht (Holandia).

# Kontrowersje wokół podwyżek wynagrodzeń i refundacji wyrobów medycznych

Violetta Madeja



Fot. I.M.R. - stock.adobe.com

**M**iniony kwartał przyniósł wiele, niekoniecznie korzystnych, zmian w opiece zdrowotnej. Wprowadzona do porządku prawnego nowelizacja ustawy o sposobie ustalania minimalnego wynagrodzenia w ochronie zdrowia sprawiła, że niemal cały system skoncentrował się na próbach wdrożenia jej zapisów w życie. Wiele emocji - tym razem wśród pacjentów - wzbudził również projekt rozporządzenia w sprawie zmian w refundacji wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

Obowiązująca w nowym brzmieniu od 1 lipca br. tzw. ustawa o płacach minimalnych w zdrowiu od samego początku jej procedowania budziła wiele kontrowersji. Po jej przyjęciu okazało się, że wiele placówek medycznych zostało z jej powodu postawionych przed faktem konieczności sfinansowania podwyżek, jakich oczekiwali pracownicy. Jednak algorytm opracowany przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i zastosowany do wyliczenia należnych każdej placówce środków

nie odpowiada rzeczywistości, co przełożyło się na brak dodatkowego finansowania. W najtrudniejszej sytuacji znalazły się szpitale powiatowe oraz podmioty realizujące świadczenia w zakresie opieki długoterminowej. Według Władysława Perchaluka, szefa Związku Szpitali Powiatowych Województwa Śląskiego, w każdym z 20 śląskich szpitali skupionych w tej organizacji niedoszacowanie dotyczące podwyżki wynagrodzeń wynosi od kilkudziesięciu do kilkuset tysięcy złotych miesięcznie. W efekcie już teraz placówki te borykają się z problemami kadrowymi, które w kolejnych miesiącach jeszcze się pogłębią. Podobną sytuację obserwuje się w całym kraju. - *Spośród 30 szpitali powiatowych z Wielkopolski w 17 przekazane przez NFZ środki nie wystarczyły na podwyżki. Co więcej, żadnemu nie wystarczyło środków na pokrycie rosnących kosztów inflacji. W sumie brakuje nam prawie 20 milionów złotych w skali miesiąca. Przewidywana strata na koniec roku w naszych szpitalach jest najgorsza od wielu, wielu lat* - ostrzega Remigiusz Pawelczak, dyrektor Szpitala w Szamotułach.

## Opieka długoterminowa też nie udźwignie podwyżek

Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Mariola Łodzińska wskazuje, że ofiarą ustawy płacowej padli świadczeniodawcy opieki długoterminowej. - *Jeżeli nic się nie zmieni, to w ciągu miesiąca opieka długoterminowa w poważnym zakresie przestanie funkcjonować. Ofiarą padły podmioty świadczące pielęgniarstwo długoterminową opieką domową i zatrudniające pielęgniarki na etat. Niestety według naszych wyliczeń nie otrzymały one wystarczających środków, zdarza się również, że świadczeniodawcy się nie bilansują i podmioty te muszą dokładać do realizacji świadczeń* - tłumaczy.

Słowa te znajdują potwierdzenie również w opinii dra n. med. Iwony Markiewicz, konsultantki wojewódzkiej pielęgniarstwa opieki długoterminowej dla województwa śląskiego. Jej zdaniem w wielu przypadkach przedstawione w aneksach do umów z NFZ stawki nie pokrywają kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców w związku z udzielaniem świadczeń.

Obawy związane z załamaniem rynku świadczeń opieki długoterminowej podziela również członkowie Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”, którzy

po raz kolejny przypomnieli swój apel o pilne zwiększenie finansowania dla świadczeń opiekuńczo-leczniczych oraz opiekuńczo-pielęgnacyjnych. - *Jesteśmy świadomi potrzeb płacowych wszystkich grup zawodowych w ochronie zdrowia, ale nie możemy się zgodzić, żeby realizowana właśnie zmiana odbywała się kosztem opieki długoterminowej* - mówi Magdalena Osńska-Kurzywilk, prezes Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”. - *Poprzedni wzrost płac minimalnych miał miejsce rok temu i dzisiaj wiemy, że drugiej tak gwałtownej zmiany na rynku pracy opieka długoterminowa nie przetrwa bez odpowiednio wysokiego podniesienia taryfy za świadczenia. Personel medyczny, w tym pielęgniarstwo, oczekuje wyższych wynagrodzeń, ale świadczeniodawcy nie będą mieli mu z czego płacić. Należy więc liczyć się z sytuacją, że w krótkim czasie nastąpi seria wypowiedzeń umów na tego rodzaju świadczenia* - dodaje.

## Jakie zmiany są przewidywane w „rozporządzeniu wyrobowym”?

W resorcie zdrowia trwają prace nad uwagami do projektu rozporządzenia w sprawie zmian w refundacji wyrobów medycznych na zlecenie. Zdaniem branży przedstawiona nowelizacja dokumentu jest jedną z najszerzych, jakie zaproponowano w ostatnich latach. W dokumencie, obok zmian istotnych dla pacjentów korzystających z produktów stomijnych oraz środków chłonnych (piszemy o nich

szerzej na str. 4 w artykule "Kryterium chłonności nie decyduje o jakości produktu"), przewidziano również wzrost limitów (o 50 proc.) na aparaty słuchowe, zwiększenie poziomu finansowania soczewek okularowych, wprowadzenie do refundacji wyrobów stosowanych w leczeniu obrzęku limfatycznego oraz wprowadzono szereg zmian w refundacji wózków inwalidzkich. Rozszerzono również



Fot. MOZCO Mat Szymański - stock.adobe.com

wskazania dla wybranych systemów ciągłego monitorowania glikemii.

- *Duża zmiana in plus dotyczy pacjentów z obrzękami limfatycznymi. Tu również udało się wypracować rozwiązanie pozwalające na zachowanie ciągłości terapii, czyli zaopatrzenie raz na pół roku oraz szerszą pulę produktów. Jednak trzeba mieć na uwadze zmiany, które nas niepokoją, a dotyczą pacjentów ze stomią i środków chłonnych. Wydzielenie poszczególnych rodzajów wyrobów stosowanych u stomików może wprowadzić chaos w systemie wypisywania zleceń i zwiększy biurokrację. Istotnym niekorzystnym novum jest także wprowadzenie współpłacenia dla tej grupy odbiorców* - ocenia Agnieszka Wiśniewska, prezes Organizacji Pracodawców Przemysłu Medycznego Technomed.

Natomiast Arkadiusz Grądkowski, prezes Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych Polmed przyznaje, że pomimo zapowiedzi nowelizacji rozporządzenia, jego organizacja nie spodziewała się tak dużych zmian w zakresie m.in. wyrobów chłonnych, wózków inwalidzkich czy produktów stomijnych. Przedstawiciel Polmedu wskazuje, że w przypadku wyrobów stomijnych, zaproponowane zmiany są nietrafione i w praktyce mogą pogorszyć sytuację pacjentów, wpłyną też negatywnie na możliwość zaopatrywania się w odpowiednie wyroby, które są potrzebne do codziennego funkcjonowania. - *Niekorzystną zmianą [dla pacjentów z wylonioną stomią - przyp. red.]*



jest wysokość udziału własnego świadczeniobiorcy w limicie finansowania ze środków publicznych, który wynosi 10 lub 20 proc. Jest to ewidentna zmiana na niekorzyść pacjentów, którzy przez ostatnie 20 lat nie byli zobowiązani do udziału własnego w limicie finansowania ze środków publicznych - ocenia Arkadiusz Grądkowski.

Stomici są grupą pacjentów, która nie zgadza się na zmiany w sposobie refundacji wyrobów medycznych w kształcie proponowanym w projekcie. Ich zdaniem nie do zaakceptowania jest propozycja wprowadzenia dopłat dla osób dorosłych do odbieranego sprzętu stomijnego w wysokości 10 proc. na worki i płytki oraz 20 proc. na środki do pielęgnacji.

Dorota Kaniewska, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO, w rozmowie z redakcją Kwartalnika NTM podkreśliła, że tak radykalne zmiany w projekcie przygotowanym przez resort zdrowia bardzo negatywnie zaskoczyły pacjentów. Zapowiedziała również, że jej organizacja będzie do końca walczyć o utrzymanie jednego kodu na refundację wyrobów stomijnych. - Ponadto będziemy apelować o zwiększenie limitów kwotowych do 400 zł w przypadku kolostomii, 500 zł - ileostomii, a 600 zł - urostomii. Przypomnę, że limity są niewaloryzowane od roku 2003! Wynoszą odpowiednio: 300 zł, 400 zł i 480 zł. Oficjalny poziom inflacji, podawany przez GUS, od 2003 do 2021 roku to 42 proc. plus ten rok, jak wiemy - kilkanaście procent, a to oznacza realny spadek o ponad 50 proc! - wylicza Dorota Kaniewska.

Z kolei Fundacja STOMAlife podkreśla, że przy wyliczaniu limitów resort zdrowia przyjął dawno nieaktualne już ceny produktów, a ponadto dostęp do środków

do pielęgnacji ograniczył wyłącznie do 1 pasty stomijnej na miesiąc, 15 pierścieni lub 30 półpierścieni oraz 30 sztuk chusteczek lub 1 sprayu do usuwania przylepca. Pod petycją o utrzymanie obecnego sposobu refundacji oraz urealnienie limitów stomijnych do 450 zł dla kolostomii, 600 zł dla ileostomii oraz 650 zł dla urostomii podpisało się do tej pory ponad 13 tysięcy osób. Zdaniem Agnieszki Siedlarskiej z Fundacji STOMAlife ta grupa pacjentów potrzebuje dostępu do wysokiej jakości sprzętu stomijnego z uwzględnieniem spersonalizowanej możliwości doboru produktów.

Proponowane zmiany nie satysfakcjonują również pacjentów zrzeszonych w Stowarzyszeniu Osób z NTM „UroConti”, którzy obawiają się nowej kategoryzacji środków chłonnych (piszemy o tym na str. 4 w artykule "Kryterium chłonności nie decyduje o jakości produktu").

#### Będą zmiany w refundacji leków

Wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski zapowiedział również powrót do prac nad nowelizacją ustawy refundacyjnej. Projekt przewidujący m.in. zmiany w częstotliwości publikowania list refundacyjnych oraz dający ministrowi zdrowia większą swobodę wpływania na kryteria kwalifikacji w programach lekowych miał zostać przekazany na Komitet Stały Rady Ministrów. Ma on również zmieniać wysokość marż hurtowych i aptecznych, co jest odpowiedzią resortu na pojawiające się głosy dotyczące rosnących kosztów dystrybucji leków. Ostatecznie jednak dokument jest na etapie dalszych prac koncepcyjnych rządu.

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



OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA  
K O A L I C J I  
— NA POMOC —  
NIESAMODZIELNYM

**OPIEKA DŁUGOTERMINOWA  
W POLSCE - DZISIAJ I JUTRO**

24-25 LISTOPADA 2022  
NOVOTEL WARSZAWA CENTRUM  
KONFERENCJA HYBRYDOWA

TEMAT PRZEWODNI:

**DEMOGRAFICZNA  
SREBRNA ERA.  
CO DALEJ Z OPIEKĄ  
DŁUGOTERMINOWĄ?**



## **4. EDYCJA OGÓLNOPOLSKIEJ KONFERENCJI**

Sześć interaktywnych debat tematycznych

[www.opiekadlugoterminowa2022.pl](http://www.opiekadlugoterminowa2022.pl)