

WYROBY MEDYCZNE

**Szeroki wachlarz
produktów, ale nie
każdego na nie stać**

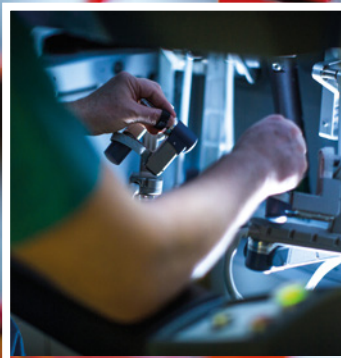
WYWIAD



**Jak rozmawiać z bliskimi
na temat NTM?**



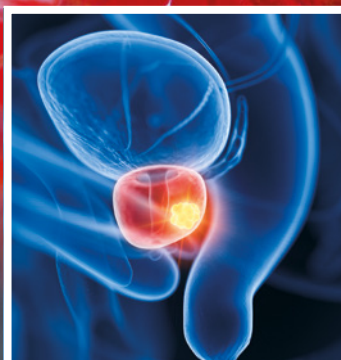
LECZENIE



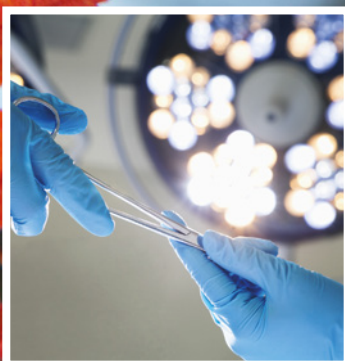
**Chirurgia robotyczna
- w jakim kierunku idą
zmiany?**

SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ

**Co trzeba zmienić w opiece
nad chorymi na raka
prostaty w Polsce?**



LECZENIE



**Neuromodulacja krzyżowa
- z doświadczenia urologa**

Co po wyborach?

Czy na pewno zdrowie jest dla nas najważniejsze? Przyglądając się deklaracjom poszczególnych partii politycznych, nie dochodzę do optymistycznych wniosków. Pomimo że w badaniach socjologicznych wskazujemy na zdrowie jako kluczowe wyzwanie stojące przed polską polityką, odnoszę wrażenie, że praktycznie każda partia polityczna mierzy się z tym tematem z wyraźną dozą ostrożności.

O ile partia rządząca skupia się na rekordowym wzroście wydatków na zdrowie, o tyle bardzo niechętnie odnosi się do rezultatów swojej polityki. Z kolei partie opozycyjne, w sposób bardzo ogólny, deklarują swoje pomysły na „uzdrowienie” zdrowia. Może wyjątkiem jest Konfederacja, która wprost domaga się likwidacji Narodowego Funduszu Zdrowia (czy pamiętacie, kto nam to deklarował osiem lat temu?) i stworzenia konkurencji wśród ubezpieczycieli na wzór zbliżony np. do rozwiązań niemieckich. Pozostałe partie zazwyczaj licytują się, jak dużo wypracowanego narodowego produktu brutto powinniśmy przeznaczać na politykę zdrowotną, unikając jednak merytorycznej dyskusji na temat organizacji systemu ochrony zdrowia, której obraz jest daleki od naszych oczekiwań.

Praktycznie wszyscy politycy deklarują skrócenie kolejek do lekarzy. To bardzo ważne, ponieważ dostęp, szczególnie do

specjalistów, wciąż się pogarsza. Politycy chcą jednak ten problem rozwiązać różnymi metodami. Co interesujące, wyznacznikiem polityki ostatnich ośmiu lat była próba centralizacji ochrony zdrowia, czego paradoksalnie efektem jest dynamiczny rozwój sektora prywatnego przy pogłębiającej się zapaści części publicznej. Flagowym wręcz przykładem jest niebywały rozwój prywatnej stomatologii, która wyrosła na jeden z najbardziej zaawansowanych sektorów zdrowotnych nie tylko w Polsce, ale wręcz w Europie. Jeżeli ktoś nie wierzy, proponuję porozmawiać z Polakami mieszkającymi za granicą – oni masowo leczą swoje zęby u polskich lekarzy dentyków, których usługi przecież do tanich nie należą.

I chyba większość Polaków pogodziła się już z faktem, że przy tak wygórowanych oczekiwaniach, a jednocześnie niskiej gotowości do płacenia wyższych podatków, rację bytu wydaje się mieć jedynie model partnerstwa publiczno-prywatnego. Czy na to mamy się nastawiać po 15 października? To zależy nie tylko od naszych wyborów, ale też od woli klasy politycznej, której coraz bardziej brak odwagi, aby stanąć do merytorycznej debaty opartej na faktach, a nie iluzjach.

Tomasz Michalek

SPIS TREŚCI

WYROBY MEDYCZNE

Pacjenci onkologiczni mają do dyspozycji szeroki wachlarz produktów, ale nie każdego na nie stać 4

WYWIAD

Powinniśmy tak poprowadzić rozmowę, by osoba dotknięta NTM sama nam o tym powiedziała 6

LECZENIE

Chirurgia robotyczna – w jakim kierunku idą zmiany? 10

Neuromodulacja krzyżowa – doświadczenia własne urologa operatora 12

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania neuromodulacji krzyżowej 13

Fizjoterapia przed i po operacji w obrębie miednicy 14

WYROBY MEDYCZNE

Co trzeba zmienić w opiece nad chorymi na raka prostaty w Polsce? 17

LEGISLACJA

Przedwyborcze przyspieszenie realizacji obietnic 20

Odeszła pionierka uroginologii

Nie żyje Linda Cardozo – pionierka i legenda światowej uroginologii, która jako pierwsza uzyskała tytuł profesora uroginologii w Wielkiej Brytanii, a za zasługi dla rozwoju tej dziedziny medycyny i zdrowia kobiet odznaczono ją Orderem Imperium Brytyjskiego. O śmierci prof. Lindy Cardozo poinformowano podczas odbywającego się w Toronto kongresu Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji, którego była honorowym członkiem.

Redaktor naczelny: Tomasz Michalek; **Redaktor wydania:** Maja Markłowska-Tomar; **Sekretarz redakcji:** Karolina Ciepiela; **Konsultant medyczny:** dr n. med. Mariusz Blewniewski - Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej, II Klinika Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi; **Zespół redakcyjny:** mgr Magdalena Floriańska, dr n. med. Ewelina Malanowska, Marta Markiewicz-Melon, lek. med. Maciej Oszczudłowski; **Korekta:** Marzena Michalek; **Zdjęcia:** © iStockphoto, Adobe Stock; **Rysunki:** Dariusz Pietrzak; **Skład:** Wojciech Polniak

Adres redakcji: Mickiewicza 9 lok. 4U, 01-517 Warszawa, tel.: 22 279 49 02, e-mail: ntm@ntm.pl

Wydawca: Studio PR

Realizacja Wydawnicza:

OCI Sp. z o.o.

Druk: GREG Drukarnia

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

Prenumerata: Chcesz otrzymywać wszystkie numery Kwartalnika NTM?

Zamów roczną prenumeratę (4 kolejne numery)

Kontakt: 22 279 49 12, ntm@ntm.pl

Partner wydania: 

Szanowni Państwo,
Z jednego powodu byłoby dobrze, gdyby wybory parlamentarne odbywały się nie co cztery lata, ale częściej, nawet raz w roku. Zapytacie dlaczego? Ponieważ przed wyborami wszystko, co wcześniej mało prawdopodobne albo nawet niemożliwe, nagle staje się jak najbardziej możliwe. W poprzednim wydaniu Kwartalnika NTM informowaliśmy Was o obietnicy obniżenia wieku seniorów uprawnionych do korzystania z listy bezpłatnych leków oznaczonej symbolem „S” z 75+ do 65+ oraz o zapowiedzi wprowadzenia listy bezpłatnych leków dla dzieci i młodzieży do 18. roku życia. Zapowiedzi zmian stały się faktem – oba wykazy obowiązują już od 1 września i w sumie jest na nich ponad 6,5 tys. pozycji (na liście dla seniorów 3,8 tys. pozycji).

Jednak to jeszcze nie koniec przedwyborczych „fajerwerków”. „W połowie sierpnia prezydent Andrzej Duda podpisał ustawę o szczególnej opiece geriatrycznej, która umożliwiła powoływanie Centrów 75+, czyli placówek, w których pacjenci w wieku senioralnym będą mogli nie tylko skorzystać z kompleksowej opieki geriatrów, ale również otrzymać świadczenia opiekuńcze czy rehabilitacyjne” – informuje na naszych łamach red. Marta Markiewicz-Melon. Prezydent podpisał również nowelizację ustawy refundacyjnej, która m.in. daje zielone światło producentom na wprowadzanie na wykazy leków refundowanych także produktów OTC.

O tym, co jeszcze się zmienia w systemie ochrony zdrowia piszemy na str. 20 w artykule „Przedwyborcze przyspieszenie realizacji obietnic”.

Naszych Czytelników z pewnością zainteresuje również temat znaczenia fizjoterapii w leczeniu nietrzymania moczu. O tym, w czym może pomóc fizjoterapeuta pacjentkom, które poddawane są zabiegom naprawczym z powodu zaburzeń statyki narządów miednicy, po operacji usunięcia macicy i tym, u których implantowane są taśmy podcewkowe, a także jaka jest jego rola we wspieraniu powrotu do zdrowia pacjentów po zabiegu usunięcia gruczołu krokowego lub implantacji sztucznego zwieracza, pisze mgr Magdalena Floriańska w artykule „Fizjoterapia przed i po operacji w obrębie miednicy” (str. 14). Z całego serca polecamy rozmowę z dr n. o zdr. Aleksandrą Tomaszek, psychologiem i psychotraumatologiem (str. 6), która wyjaśnia, w jaki sposób rozmawiać z osobą dotkniętą problemem nietrzymania moczu, aby jej nie urazić i nie spowodować, że zupełnie zamknie się w sobie i nie będzie chciała dać sobie pomóc ani bliskim, ani lekarzowi.

Tym, którzy z niecierpliwością czekali na rozszerzenie wskazań refundacyjnych do operacji w asyście robotów chirurgicznych, przypominamy, że od 1 sierpnia do koszyka świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych trafiły zabiegi z użyciem systemów robotycznych z zakresu nowotworów błony śluzowej macicy i jelita grubego. Więcej na ten temat na str. 10.

A na koniec przypominajka: 15 października odbędą się wybory do parlamentu. Jeśli chcecie mieć wpływ na to, co będzie się działo w Polsce przez najbliższe cztery lata – idźcie na nie! Ja pójdę.

Maja Markłowska-Tomar



Pacjenci onkologiczni mają do dyspozycji szeroki wachlarz produktów, ale nie każdego na nie stać

Marta Markiewicz-Melon



Fot. marchmeena29 - istockphoto.com

Problem nietrzymania moczu dotyka nie tylko pacjentów z nowotworami urologicznymi czy ginekologicznymi, ale również tych w starszym wieku lub przechodzących ciężką chemo- lub radioterapię. Obie metody leczenia onkologicznego mogą bowiem upośledzać lub osłabiać funkcje odpowiedzialne za kontrolę mikcji, w tym mięśni dna miednicy. Dostępna na rynku oferta nowoczesnych produktów chłonnych pozwala jednak chorym zachować wysoki komfort życia i umożliwia dopasowanie produktu do własnych, indywidualnych potrzeb.

Nietrzymanie moczu (NTM) w przypadku pacjentów onkologicznych w wielu sytuacjach traktowane jest nie jako odrębna jednostka chorobowa, lecz objaw schorzenia, z którym na co dzień się mierzą. Dane demograficzne nie pozostawiają wątpliwości - wraz ze starzeniem się społeczeństwa w nadchodzących latach możemy spodziewać się rosnącej liczby przypadków nowotworów, w tym raka prostaty, czy nowotworów uroginekologicznych. To sprawia, że problem inkontynencji może nara-

zać, a wraz z nim zwiększa się potrzeba poprawy jakości życia. Jaką ofertę dla pacjentów i ich opiekunów mają firmy oferujące dzisiaj specjalistyczne wyroby chłonne?

Szeroka gama produktów

Wiodący producenci wyrobów medycznych doskonale wiedzą, że właściwy dobór środków chłonnych pod względem poziomu chłonności, oddychalności, utrzymania suchej skóry a także kształtu i rodzaju produktu, wpływa nie tylko na komfort pacjentów, ale pozwala im również na utrzymanie aktywności społecznej, a często także zawodowej. Dlatego nieustannie starają się doskonalić już istniejące produkty, a także proponować nowe rozwiązania. W konsekwencji w sklepach i aptekach dostępna jest coraz szersza gama produktów wiodących producentów jak Essity, TZMO czy Paul Hartmann. Oprócz klasycznych pieluchomajtek dostępnych w różnorodnych rozmiarach, pacjenci i ich opiekunowie znajdą m.in. specjalne wkładki urologiczne sprofilowane dla kobiet i mężczyzn, bieliznę chłonną w różnorodnych rozmiarach i kolorach, a także pieluchy anatomiczne, czy

pieluchy z regulowanym pasem biodrowym. To, co jest najbardziej cenne dla pacjentów oraz ich opiekunów, to możliwość skorzystania z próbek przed podjęciem decyzji o ostatecznym zakupie.

Jednym z miejsc, gdzie można się w takie próbki zaopatrzyć, jest sklep rehabilitacyjno-medyczny przy Narodowym Instytucie Onkologii w Warszawie, który mieści się przy ul. Roentgena.

- Na miejscu zawsze staramy się dobrać produkt do potrzeb pacjenta. Dysponujemy próbnikami. Często jednak w naszym sklepie pojawiają się członkowie rodziny, którzy nie są pewni tego, jaki rozmiar nosi osoba potrzebująca danego produktu, bądź nie potrafią ocenić realnie mobilności i jej potrzeb. W takiej sytuacji zawsze staramy się, by mieli oni możliwość przetestowania kilku rodzajów wyrobów. Obecnie dysponujemy bardzo szeroką ofertą środków chłonnych, od wkładek wylapujących kilka kropli traconego moczu po duże pieluchomajtki dostosowane do potrzeb osób z ciężkim nietrzymaniem moczu - mówi sprzedawczyni zatrudniona w sklepie rehabilitacyjno-medycznym przy ul. Roentgena w Warszawie.

W ostatnich miesiącach, jak dodaje, dużą popularnością cieszy się bielizna chłonna, która jest sprofilowana na potrzeby zarówno pań, jak i panów - pod względem budowy i kolorystyki, ale również chłonności. - Ostatnio mieliśmy klientkę, która szukała bielizny chłonnej pasującej pod sukienkę na wesele. Po kilku próbach udało się nam dobrać wyrób, w którym nie tylko mogła czuć się bezpiecznie, ale również elegancko - wspomina sprzedawczyni, która zwraca również na konieczność ciągłego doszkalania się. - Zazwyczaj, jak pojawiają się nowe produkty w ofercie danej firmy, mamy propozycję skorzystania z wiedzy przedstawicieli handlowych, którzy nie tylko pokazują nowe produkty, ale również wyjaśniają, co się w nich zmieniło, jakie mają parametry i komu mogą być oferowane. Dodatkowo zawsze możemy liczyć na wsparcie i informację zwrotną, gdy potrzebujemy pogłębić wiedzę o wybranym produkcie - przekonuje.

Próbki produktów cieszą się dużym zainteresowaniem

Możliwość skorzystania z próbek produktów chwalą sobie sami pacjenci. Zarówno Bogusław Olawski, przewodniczący Sekcji Prostaty Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”, jak i Elżbieta Żukowska, wiceprezes tego

stowarzyszenia, zauważają, że pacjent onkologiczny często po raz pierwszy ma kontakt z wyrobami chłonnymi zaraz po usłyszeniu diagnozy lub na wczesnym etapie leczenia. O możliwości skorzystania z tego typu produktów powinna go poinformować pielęgniarka urologiczna lub położna edukująca pacjenta w zakresie prawidłowej pielęgnacji i higieny. - Niestety nadal wiele osób z problemem

NTM korzysta nie z profesjonalnych środków chłonnych, ale ze zwykłych podpasiek. To błąd, bo zwykłe artykuły higieniczne nie zapewnią chorym onkologicznie właściwego zabezpieczenia i komfortu funkcjonowania w chorobie - przekonuje Elżbieta Żukowska.

Jej zdaniem szczególnie pacjenci zmagający się z nowotworem i leczeni z wykorzystaniem radioterapii oraz chemioterapii powinni być przygotowani na problem NTM, który może być uciążliwym i niepożądanym skutkiem prowadzonej terapii. - Sama, chorując na raka

piersi, doświadczyłam tego problemu przy okazji ciężkiej chemioterapii, której zostałam poddana. Podobnie jest z radioterapią, która może oddziaływać osłabiająco na mięśnie dna miednicy. W efekcie okazuje się, że nie trzeba zmagać się z rakiem prostaty, czy pęcherza moczowego, by doświadczyć NTM w chorobie onkologicznej - mówi Elżbieta Żukowska.

Pacjenci dopłacają do środków chłonnych coraz więcej

Niestety ostatnie zmiany dotyczące odpłatności za wyroby chłonne wydawane na zlecenie nie przyniosły pozytywnych zmian dla chorych onkologicznie, którzy dotychczas korzystali z refundacji. - Przed zmianą z miesięcznego budżetu domowego do środków chłonnych dopłaćcalem 5 zł, po zmianach, które miały miejsce w grudniu 2021 roku kwota ta wzrosła do 72 zł - ubolewa Bogusław Olawski, przewodniczący Sekcji Prostaty Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”. Dodaje, że wielu pacjentów nie rozumie, z czego to wynika i niestety część z nich staje przed trudną decyzją związaną z realizacją zlecenia. - Asortyment produktów cały czas ewoluuje, jest dostosowany do naszych potrzeb i problemów, z jakimi się mierzymy. Niestety z uwagi na koszt zaopatrzenia się w środki chłonne wielu chorych, których nie stać na taki wydatek, musi otrzymywać wsparcie od najbliższych lub - co gorsza - decydują się na wątpliwej jakości zamienniki - wskazuje Bogusław Olawski.



Fot. Leonidas Santana - istockphoto.com

Powinniśmy tak poprowadzić rozmowę, by osoba dotknięta NTM sama nam o tym powiedziała

O tym, jak rozmawiać z bliskimi na temat nietrzymania moczu, żeby skłonić ich do szczerej rozmowy i zachęcić do powrotu do aktywności społecznej, z dr n. o zdr. Aleksandrą Tomaszek, psychologiem i psychotraumatologiem, rozmawia Ewa Kucharczyk

Jak rozmawiać z osobą bliską na temat nietrzymania moczu, żeby jej nie urazić?

Nietrzymanie moczu to mimowolne oddawanie moczu prowadzące do częściowego lub całkowitego opróżniania pęcherza moczowego. Jest zawsze nieprawidłowym objawem i wymaga oceny przez lekarza, najczęściej urologa, a w przypadku kobiety ginekologa. Rozmowa na tematy intymne, a nietrzymanie moczu niewątpliwie do takich należy, w dużym stopniu zależy od wypracowanych relacji i poziomu komunikacji, jakie mamy z bliskimi na co dzień i jak się z nimi komunikujemy także w innych obszarach. Jeśli komunikacja w rodzinie jest dobra, to rozmowa, także na trudne tematy, będzie łatwiejsza. Jeśli zawsze była zaburzona, to trudno oczekiwać, że w takiej sytuacji kobieta czy mężczyzna nagle się otworzą, bo do takiej rozmowy potrzebne jest poczucie bezpieczeństwa i akceptacji, które tworzymy od wczesnego dzieciństwa – trzeba je wypracować i potem iść z nim przez życie. I właśnie poczucie bezpieczeństwa pozwoli taką rozmowę zainicjować lub dopuścić do niej drugą stronę. Pamiętajmy, że w żadnej chorobie nie jest tak, że pacjent choruje sam. W chorobach przewlekłych rodzina również odczuwa skutki chorowania bliskiej osoby, dlatego najbliższe otoczenie będzie miało kluczowe znaczenie w procesie terapeutycznym.

Osoby chore podejmują szereg aktywności, które pomagają im uporać się z przeżywanymi silnymi emocjami. Aktywności te ukierunkowane są na okiełznanie emo-

cji negatywnych i wzmocnienie emocji pozytywnych. Podstawowa reakcja zaprzeczania chorobie polega na nieprzyjmowaniu do wiadomości jej istnienia. Jest to mechanizm obronny, u którego podstaw leży lęk. Samo zaprzeczanie chorobie często pociąga za sobą negatywne skutki dla zdrowia oraz relacji z bliskimi. Kolejnym sposobem radzenia sobie z emocjami jest bezpośrednia ekspresja, często występująca jako niekontrolowany wybuch czy napad gwałtownych emocji. Emocje mogą pełnić adaptacyjną rolę w sytuacji stresowej, stąd strategia nadawania zwykłym zdarzeniom pozytywnego znaczenia. Polega ona na wzmacnianiu pozytywnego afektu, poszukiwaniu korzyści w stresujących wydarzeniach, pozytywnym przewartościowaniu zasad życiowych, urealnieniu priorytetów i adaptacyjnym przeformułowaniu celów.

Zatem jak rozmawiać z bliską osobą, by jej nie urazić? Nawiązać w rozmowie, że jest dla nas ważna, że chcemy uczestniczyć w jej życiu, a ona w naszym. Zaproponować wspólne wyjście do specjalisty, być podczas wizyty obok, zapoznać się z chorobą i nie bać się czasem komunikatów wprost. Troska, którą zobaczy nasz bliski, nie

urazi go, a może zapoczątkować chęć rozmowy.

Czyli od czego taką rozmowę zacząć?

Nietrzymanie moczu zdarza się w każdym wieku i u obu płci, jednak najczęściej problem ten występuje u osób starszych, częściej u kobiet (nawet u 1 na 5 kobiet po 40. roku życia) niż u mężczyzn. Statystyki wskazują, że choć

powyżej 80. roku życia na nietrzymanie moczu cierpi połowa kobiet i jedna trzecia mężczyzn, to niestety tylko co druga osoba zgłasza ten problem lekarzowi. Początkiem każdej rozmowy musi być akceptacja problemu, przyznanie, że ja go mam, że mnie on dotyczy. Dopóki to nie nastąpi, ciężko będzie wyjść z tym do kogoś bliskiego. I albo poprosić o pomoc, albo dać sobie pomóc. Oczywiście zdarzają się sytuacje, że osoby z zewnątrz wcześniej widzą problem i to one zgłaszają się do specjalistów z pytaniem, co mogą zrobić i jak pomóc. Naszą rolą jest więc takie poprowadzenie rozmowy, żeby zainteresowana osoba poczuła się na tyle bezpiecznie, by nam o tym powiedzieć. Nie zawsze jest to proste. Wracając do pytania – można zacząć nieinwazyjnie od przyniesienia ulotki, powiedzenia, że właśnie czytało się taki artykuł, że są takie formy rozwiązania tego problemu. Można mówić o tym wprost i można „naokoło”. Wszystko zależy od relacji, jakie mamy.

Jakie problemy natury psychicznej może wywołać NTM?

Nietrzymanie moczu może spowodować wycofanie się z życia zawodowego, towarzyskiego, a także seksualnego. Może prowadzić do depresji, a w skrajnych przypadkach nawet do próby samobójczej. Szczególnie widoczne jest to u mężczyzn, którzy w naszej kulturze powinni być silni, nie wolno im okazywać słabości, nie wolno pokazywać niedoskonałości, nie wolno płakać. Statystyki dotyczące samobójstw są w przypadku mężczyzn bezlitosne – znacznie więcej tych skutecznych (żeby nie powiedzieć udanych) prób dokonują mężczyźni. Tymczasem z NTM można żyć bez wstydu, wykonywać pracę, utrzymywać przyjaźnie, korzystać z życia rodzinnego, w tym nie rezygnować z życia intymnego. Ta sfera życia jest szczególnie ważna i wymaga czasami rozmowy z psychologiem, a czasami nawet z seksuologiem. Ponieważ nietrzymanie moczu często dotyka również młode kobiety po porodzie, dlatego uważność i zadawanie pytań na ten temat ma kluczowe znaczenie.

W jaki sposób osoby z najbliższego otoczenia mogą wesprzeć swoich bliskich dotkniętych problemem nietrzymania moczu i zachęcić je do powrotu lub podjęcia aktywności społecznej?

Na początek można, a nawet trzeba odczarować kilka stereotypów. Mimo wielu kampanii edukacyjnych na temat nietrzymania moczu, nadal postrzegane jest ono w pewnym sensie jako tabu. Do tego stopnia, że niekiedy wyklucza u pacjenta jakąkolwiek chęć udania się po pomoc z obawy – niesłusznej – przed stygmatyzacją. Właśnie to należy odczarować. Jak nas boli ząb, to idziemy do stomatologa, a jak zmagamy się z nietrzymaniem moczu, to idziemy do urologa lub ginekologa, bo od tego oni są. Bez otwartości i komunikacji z najbliższymi będzie to bardzo trudne.

Jak poradzić sobie z barierą psychiczną związaną z używaniem środków chłonnych?

Nietrzymanie moczu jest bezsprzecznie problemem intymnym. Jak ktoś ma wadę wzroku i nosi okulary, to jest to widoczne i nie trzeba o tym mówić. Z nietrzymaniem moczu i będącą jego konsekwencją koniecznością stosowania środków chłonnych jest trudniej. Wchodzą bowiem w grę nieuzasadnione, ale niestety często występujące, uczucia wstydu i niskiej samooceny oraz poczucie braku kontroli nad własnym ciałem. Trzeba podejść do tego metodycznie. Najpierw uświadomić sobie/bliskiej osobie problem, potem pogodzić się z tym, że on występuje i udać się po pomoc albo ją przyjąć. Jeśli chodzi o środki chłonne, można również w obecności bliskiego opowiedzieć o materiale telewizyjnym, w którym omawiano problem nietrzymania moczu, przeczytać artykuł na ten temat lub przekierować na stronę internetową, która posiada sprawdzone medycznie informacje na temat objawów, profilaktyki, leczenia, zakładania bielizny z wkładkami chłonnymi pochłaniającymi zapach intymny, w tym zapach moczu. Wkładki są mało widoczne pod bielizną, zaprojektowane zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn. Długi spacer lub próba jazdy na rowerze może być takim predyktorem do rozmowy na temat nietrzymania moczu. W trakcie przygotowań do zaplanowanej dłuższej wyprawy można zainicjować rozmowę, że czasami warto założyć specjalną bieliznę wchłaniającą zapach intymny [majtki chłonne – przyp. red]. Warto wspomnieć, że istnieją miejsca, w których bezpiecznie można anonimowo zadać pytanie o zastosowanie środków chłonnych i wybrać dla siebie odpowiednią bieliznę.

Porozmawiajmy o aspektach psychoonkologicznych w kontekście NTM jako skutku ubocznego leczenia onkologicznego.

To bardzo trudna konfiguracja dwóch czynników zagrożających kondycji psychicznej osoby nimi dotkniętej. Zwłaszcza że dotyczy to również otoczenia chorego. Pojawiają się wszystkie możliwe kryzysy: somatyczny (chorobowy), osobisty (osobowy), zawodowy (społeczny), kryzys w roli rodzica/dziecka, w relacji partnerskiej, w relacjach towarzyskich, wiary/duchowy, członków rodziny, przyjaciół, jak również kryzys współpracowników/klientów. W zaawansowanej chorobie nowotworowej kluczowa staje się jakość życia, czyli to, żeby żyć jak najdłużej w jak najlepszej kondycji, pozostając jak najdłużej samodzielny również w kontekście podstawowych potrzeb psychologicznych.

Jak często pojawia się depresja u pacjentów onkologicznych?

Z badań wynika, że w przebiegu choroby około 40 procent chorych na nowotwory złośliwe ma objawy depresji, a około 10 procent pacjentów znających rozpoznanie



dr n. o zdr. Aleksandra Tomaszek

Fot. Archiwum prywatne

deklaruje myśli samobójcze. Depresja w znaczący sposób pogarsza przebieg choroby nowotworowej, uruchamia zachowania antyzdrowotne (alkohol, papierosy, leki uspokajające, brak ruchu, zaburzenia odżywiania), pogarsza współpracę pacjenta w zakresie profilaktyki i leczenia, obniża jakość życia jego samego i jego rodziny, zwiększa obciążenie opiekuna, nasila trudności interpersonalne, opóźnia powrót do pracy po ustąpieniu choroby nowotworowej.

Najważniejsze, na co należy zwrócić uwagę, to krytyczne objawy depresji, którymi są: utrata nadziei, silne poczucie winy, bezwartościowości i bycia karany, myśli samobójcze i rozmyślanie o śmierci. Ryzyko popełnienia samobójstwa u chorych zwiększa się, gdy chorobie towarzyszy ból, gdy w chorobie zaawansowanej mamy do czynienia ze świadomością złego rokowania, gdy brakuje adekwatnego wsparcia (zwłaszcza ze strony rodziny i przyjaciół), gdy zawiodą dotychczasowe sposoby radzenia sobie w sytuacji kryzysowej, przy stosowaniu niektórych leków i sposobów terapii, gdy brak możliwości rozładowania napięcia.

Jak można wtedy pomóc?

Bardzo ważna jest nasza postawa podczas rozmowy z chorym. Od nas i tej postawy zależy, czy staniemy się dla niego wrogiem czy przyjacielem. Pamiętajmy o naszych gestach: jak siedzimy, jak układamy dłonie, gdzie patrzą nasze oczy i czy można w nich odnaleźć zrozumienie. Czy one, jak cała nasza sylwetka, pokazują, że jesteśmy ze swoim rozmówcą ciałem i duszą. Jest to bardzo trudna nauka – słuchania, mówienia o rzeczach trudnych, o cierpieniu, o chorobie i o śmierci. Nauka, którą pobieramy całe życie. Stając naprzeciw chorego, musimy być profesjonalistami. To pomoże mu zrozumieć, pogodzić się ze sobą w sytuacji trudnej, w której się znalazł.

Najważniejsza w chorobie onkologicznej pacjenta jest obecność bliskich i akceptacja jego stanu klinicznego. Zanim nastąpi zaakceptowanie choroby i pogodzenie się z nią, może zdarzyć się wycofanie, bunt, agresja, izolacja. To normalna reakcja na chorobę. Trzeba mieć świadomość, że czasami może nigdy nie dojść do procesu akcep-

tacji, wtedy współpraca z chorym jest dużo trudniejsza, niekiedy wręcz niemożliwa. Ważne, by dać pacjentowi pomoc uszytą na jego miarę, dostosowaną do jego indywidualnych potrzeb. Pomoc, która zawiera identyfikację mechanizmów radzenia sobie i sposobów adaptacji do kryzysu emocjonalnego związanego z chorobą, określenie poziomu wiedzy pacjenta na temat ryzyka związanego z procedurami onkologicznymi, także w kolejnych latach

po zakończeniu leczenia onkologicznego, określenie wskazań do dalszej konsultacji oraz indywidualnej lub rodzinnej pomocy terapeutycznej w ramach zespołu interdyscyplinarnego. W skład tego zespołu wchodzi: psycholog lub psychoonkolog, psychoterapeuta, onkolog, seksuolog, psychiatra, pielęgniarka, pracownik socjalny, pedagog, osoba duchowna, odpowiedni specjaliści innych dziedzin.

Podsumowując, najważniejsze jest to, żeby osoba chora do-

stała czytelny komunikat od bliskich, że jesteśmy obok, że jeśli tylko będzie potrzebowała naszej obecności, to jesteśmy do jej dyspozycji. Bycie przy osobie, która nie chce rozmawiać, jest najtrudniejsze. Najczęściej zdarza się to na początku choroby, dlatego warto nauczyć się, że „być, to czasami milczeć”. Cisza i milczenie z bliskim mogą być tak samo ważne i potrzebne jak rozmowa. Bardzo istotne jest, aby pacjent został objęty kompleksową opieką nie tylko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, lekarza specjalisty, lecz także psychologa. Pacjentom trzeba dać czas na akceptację stanu, w jakim się znaleźli. Nie można dopuścić do tego, by strach ich sparaliżował, bo to uniemożliwi dalsze leczenie. Z drugiej strony, poziom lęku nie może też być zbyt niski, aby chory nie ignorował swojego stanu.

Bardzo ważne jest też, aby pacjenci przychodzili na pierwsze wizyty z kimś bliskim, kto da im wsparcie, ale też wysłucha diagnozy w momencie, w którym chory nie jest w stanie przez zbyt wysoki poziom lęku zrozumieć przekazanych informacji. Ponadto, to właśnie rodzina, przyjaciele są w stanie zauważyć pierwsze symptomy, których sam chory może jeszcze nie dostrzegać albo je ignorować.



dr n. o zdr. Aleksandra Tomaszek

Fot. Archiwum prywatne

seni®

Twoje wsparcie
w nietrzymaniu
moczu



Wkładki
i bielizna
chłonna Seni
zapewniają
dyskrecję
i poczucie
suchości.



Zamów
próbkę
na
seni.pl

Dostępne w aptekach i sklepach medycznych oraz online.

To jest wyrób medyczny. Używaj go zgodnie z instrukcją używania lub etykietą.

Producent i podmiot prowadzący reklamę - Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych SA.

Chirurgia robotyczna - w jakim kierunku idą zmiany?

dr n. med. Ewelina Malanowska-Jarema, specjalista ginekologii i położnictwa

Klinika Ginekologii, Endokrynologii i Onkologii Ginekologicznej Szpitala Klinicznego nr 1 PUM w Szczecinie



Fot. ViktorCap - istockphoto.com

W ostatnim czasie obserwuje się duży nacisk na rozwój chirurgii robotycznej w Polsce. Jest to związane między innymi z pojawieniem się na rynku nowych systemów robotycznych, poza znanym już na całym świecie systemem da Vinci. Znacznie wzrosło też zainteresowanie lekarzy i chęć poznania owych technologii, które od wielu lat stosowane są już na całym świecie.

Początkowo głośno dyskutowano na temat zasadności stosowania robotów w medycynie, w głównej mierze ze względów ekonomicznych. Trzeba przyznać, że systemy robotyczne nie należą do najtańszych urządzeń stosowanych w chirurgii operacyjnej. Mimo to obserwuje się w naszym kraju wyraźny wzrost zakupu coraz to nowszych systemów.

Rozszerzenie wskazań do refundacji robotyki operacyjnej w onkologii

Od 1 sierpnia br., decyzją ministra zdrowia, do koszyka świadczeń gwarantowanych, finansowanych ze środków publicznych, trafiły zabiegi z użyciem systemów robotycznych z zakresu nowotworów błony śluzowej macicy

i jelita grubego. Jak pokazują statystyki, liczba osób zmagających się z tymi nowotworami co roku znacząco rośnie. W 2022 r. wykonano 14 740 zabiegów raka jelita grubego (o 372 więcej niż w 2019 r.). Z kolei w przypadku nowotworu błony śluzowej macicy - w 2022 r. przeprowadzono 6 387 zabiegów (o 476 więcej niż w 2019 r.). Według Ministerstwa Zdrowia kryteria wykonywania tych zabiegów w ramach publicznej opieki zdrowotnej spełniają 22 placówki medyczne. Należą do nich m.in. Centrum Onkologii w Bydgoszczy, Wielkopolskie Centrum Onkologii w Poznaniu, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie, Szpitale Pomorskie sp. z o.o. w Gdyni, Mazowiecki Szpital Onkologiczny w Wieliszewie, Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu i Szpital Kliniczny nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.

Ewaluacja będzie możliwa jednak najszybciej za kilka lat, kiedy to będzie można wskazać korzyści zarówno zdrowotne, jak i finansowe z wprowadzenia nowych świadczeń refundowanych do systemu opieki zdrowotnej.

Nierozwiązane problemy ze szkoleniami

Nadal dyskusyjna pozostaje kwestia szkoleń. Posiadanie przez firmy sprzedające roboty monopolu na ich organizację może w pewien sposób ograniczać do nich dostęp, zgodnie z zasadą, że ten, kto kupuje robota, jest dopuszczony do szkolenia. W tym momencie zaczyna się wyścig



Fot. Vadym Terelyuk - istockphoto.com

„kto pierwszy, ten lepszy” albo „kto wybrany”. Wyraźnie brakuje w Polsce aktywności ze strony regulatora, który mógłby zadbać, aby więcej młodych lekarzy miało możliwość udziału w szkoleniach.

Poprzez wydłużający się dostęp do szkolenia, ale i czas związany z wprowadzeniem systemu robotycznego do szpitala, sama zdecydowałam się na odbycie treningu w ośrodkach zagranicznych, gdzie w moim odczuciu do-

puszczenie do zespołu robotycznego odbywa się znacznie szybszą ścieżką.

Niestety szkolenie lekarzy podyktowane jest wieloma czynnikami, przez jego proces znacznie się wydłuża i niekiedy nie jest efektywny.

Trzeba pamiętać, że zarówno w operacjach bez zastosowania robota, jak i z ich zastosowaniem, znaczenie ma nie jedna osoba, lecz cały zespół.

Gwarancja bezpieczeństwa dla pacjenta

W ocenie NFZ liczba wykonanych przez operatora 50 zabiegów jest wystarczająca, by gwarantować pacjentom bezpieczeństwo. Jednak wciąż pozostaje kwestia korzystania z robota, który ma wbudowany moduł szkoleniowy. Robot jest umocowany w sali operacyjnej, do której nie każdy ma łatwy dostęp, a już na pewno nie po godzinach pracy szpitala. Ciężko jest po prostu przyjść, włączyć maszynę wartą miliony i bez pytania kogokolwiek o pozwolenie, wykonać trening. Jednym aspektem jest więc liczba wykonanych procedur na żywym pacjencie, a innym intensywny trening na konsoli.

Brak takiej dostępności ogranicza wykonanie procedury operacyjnej w sposób bezpieczny, ale i efektywny.

Niestety wciąż niewiele szpitali oraz centrów symulacji inwestuje w symulatory robotów, które są odpowiednikami oryginału, ale za to z ogromną zawartością materiałów szkoleniowych. Szkoda, bowiem dostęp do treningu miałby wówczas każdy zainteresowany lekarz.

Wprowadzane przez ministra zdrowia zmiany mają na celu poprawę jakości życia pacjentów z nowotworem błony śluzowej trzonu macicy poprzez poprawę wyników leczenia przy pomocy robota. Czas pokaże, na ile nasi pacjenci skorzystają i ile my sami mamy jeszcze do zrobienia w kwestii poprawy jakości opieki onkologicznej.

Rośnie liczba zabiegów wykonywanych w asyście robotów chirurgicznych

Liczba zabiegów wykonywanych w polskich placówkach z pomocą robotów chirurgicznych z roku na rok systematycznie rośnie. O ile np. w 2020 r. odbyły się 1744 takie zabiegi (579 w placówkach publicznych i 1165 w prywatnych), to w 2021 r. było ich już 2773 (1377 w placówkach publicznych i 1396 w prywatnych), a w 2022 r. - 4724 (2861 w placówkach publicznych i 1863 w prywatnych). Najwięcej operacji w asyście robotów chirurgicznych wykonywanych jest u chorych na raka prostaty wymagających prostatektomii radykalnej - wynika z raportu „Chirurgia robotowa” opublikowanego w lipcu 2023 r. przez Modern Healthcare Institute.

„Rok 2022 był pod wieloma względami przełomowy w rozwoju chirurgii robotowej w Polsce. Nastąpił lawinowy wzrost liczby szpitali stosujących roboty chirurgiczne. Zabiegi w asyście robota wykonało w sumie 40 placówek. Wśród nich było 15 szpitali, w których zabieg robotowy wykonano po raz pierwszy. Dla porównania, w 2021 roku przybyło ich siedem, a w 2020 roku - cztery. Wśród 15 nowych ośrodków znalazło się 11 szpitali publicznych i 4 prywatne” - przypomina wydawca i zarazem jeden z autorów raportu Krzysztof Jakubiak. Już rok temu, w swoim poprzednim raporcie zatytułowanym „Rozwój chirurgii robotowej w Polsce. Placówki. Świadczenia. Rentowność. Perspektywy rozwoju rynku” prognozował, że liczba zabiegów chirurgicznych w asyście robotów w placówkach publicznych będzie rosła dwukrotnie szybciej niż w szpitalach prywatnych.

Oprac. MMT

Neuromodulacja krzyżowa - doświadczenia własne urologa operatora

lek. Maciej Oszczudłowski

Klinika Urologii CMKP, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego w Warszawie

Neuromodulacja krzyżowa (ang. sacral neuromodulation - SNM) jest metodą leczenia stosowaną u chorych z wybranymi zaburzeniami czynności pęcherza i/lub cewki moczowej, u których mniej inwazyjne formy leczenia okazują się nieskuteczne bądź są źle tolerowane.

Mechanizm działania neuromodulacji krzyżowej, choć niecałkowicie poznany, opiera się na oddziaływaniu impulsami elektrycznymi na drogi nerwowe związane z czynnością pęcherza i cewki moczowej. Nie jest to jednak wpływ bezpośredni, bowiem za skuteczność działania neuromodulacji w leczeniu zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych odpowiedzialne jest oddziaływanie pośrednie na szereg ośrodków zlokalizowanych zarówno w rdzeniu kręgowym, jak i mózgu.

Klasycznymi wskazaniami do zastosowania neuromodulacji krzyżowej w urologii są:

- 1) zespół pęcherza nadaktywnego (ang. overactive bladder syndrome - OAB) u chorych, u których leczenie standardowe jest nieskuteczne bądź przeciwwskazane,
- 2) zatrzymanie bądź znaczne zaleganie moczu, których przyczynę nie stanowi przeszkoda strukturalna (ang. non-obstructive urinary retention - NOR).

Od czego zależy skuteczność neuromodulacji krzyżowej?

W oparciu o aktualne badania skuteczność neuromodulacji krzyżowej (zmniejszenie dolegliwości o przynajmniej 50 proc.) u chorych dotkniętych zespołem pęcherza nadaktywnego wynosi 80 proc. Efekt ten obserwowany

jest przez kolejnych 5 lat terapii u prawie 70 proc. spośród chorych poddanych implantacji neuromodulatora wewnętrznego z powodu OAB. W grupie chorych dotkniętych NOR, u których stwierdza się zadowalającą poprawę w fazie testowej, skuteczność neuromodulacji krzyżowej utrzymuje się u ponad 70 proc. z nich w okresie 5 lat od rozpoczęcia leczenia.

Mimo, że metoda ta z powodzeniem stosowana jest na świecie od ponad 25 lat, w Polsce została objęta refundacją dopiero w kwietniu 2019 r. I choć jej rozwój w naszym kraju, związany z uzyskaniem refundacji, przypadł na niełatwy okres pandemii COVID-19, obecnie świadczenia z zakresu neuromodulacji krzyżowej oferowane są w 11 ośrodkach.

Jednym z nich jest Klinika Urologii CMKP w Warszawie. W omawianym czasie wykonano w niej 30 zabiegów neuromodulacji krzyżowej. U większości chorych (70 proc.) przyczyną kwalifikacji do zabiegu była nadaktywność pęcherza moczowego oporna na leczenie farmakologiczne. W tej grupie skuteczność pierwszego etapu (implantacja elektrody) wynosiła 91 proc. W toku dalszej obserwacji (od 6 do 42 miesięcy) neuromodulacja była

skuteczna u 72 proc. z nich. Gorsze wyniki obserwowano w grupie chorych kwalifikowanych do neuromodulacji z powodu NOR - neuromodulacja okazała się skuteczna jedynie u 40 proc. z nich.

Gorsze wyniki chorych z NOR, w porównaniu do chorych dotkniętych zespołem pęcherza nadaktywnego, można tłumaczyć większym zróżnicowaniem przyczyn prowadzących do znacznego zalegania moczu po mikcji oraz różną skutecznością zależnie od przyczyny, która nie zawsze jest w pełni możliwa do ustalenia. Przykładowo, w grupie tej znajdują się chore z zespołem Fowler charakteryzującym się obecnością jajników policystycznych i zaburzeniami mikcji, w przypadku którego skuteczność neuromodulacji jest wysoka - wynosi od 73 proc. do 85 proc. w perspektywie długoterminowej. Z drugiej strony, do zatrzymania moczu może prowadzić niewydolność wypieracza, w przypadku której SNM rzadko bywa skuteczna, zwłaszcza jeśli zjawisko to utrwalone jest przez zmiany strukturalne w obrębie ściany pęcherza. Co więcej, 2 chorych z NOR dotkniętych było dysfunkcją neurogeną pęcherza w przebiegu częściowego uszkodzenia rdzenia (udar, uraz), a wiemy, że tacy chorzy znacznie

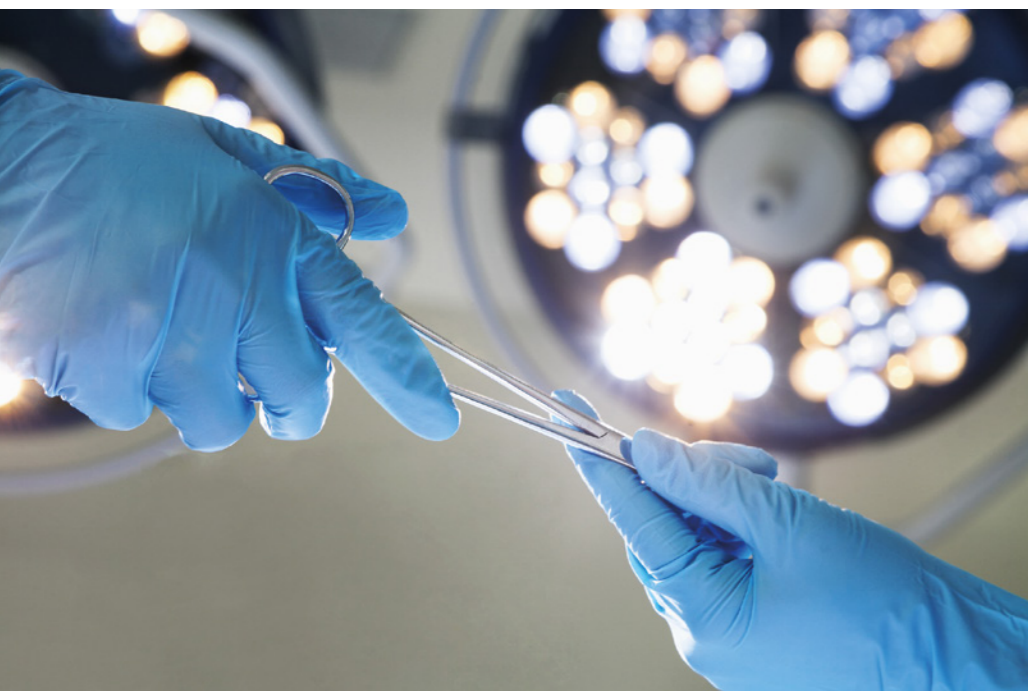
gorzej odpowiadają na leczenie z użyciem SNM (w tej grupie należy je uznać za niestandardowe).

Wśród problemów napotykanym u chorych poddanych zabiegom neuromodulacji krzyżowej najczęściej obserwowano konieczność zmiany nastawień neuromodulatora z powodu zmniejszenia skuteczności terapii (u 36 proc.). U 2 chorych obserwowano dolegliwości bólowe w miejscu posadowienia neuromodulatora; w jednym przypadku dolegliwości te były przejściowe, w drugim wymagały zmiany położenia urządzenia.

Podsumowanie

Neuromodulacja krzyżowa stanowi efektywną metodę leczenia u wybranych chorych. Jej skuteczność w dużej mierze zależy od rozpoznania, a prawidłowa kwalifikacja wydaje się być kluczowa do uzyskania zadowalających i zbieżnych z dostępnymi badaniami wyników. Ze szczególną ostrożnością należy kwalifikować do SNM chorych z dysfunkcjami neurogenymi, pamiętając, że w tej grupie postępowanie to jest niestandardowe.

Piśmiennictwo u Autora



Fot. xixinxing - stock.adobe.com

Jakie są wskazania do neuromodulacji krzyżowej w urologii?

Zabieg implantacji systemu do neuromodulacji przeprowadzany jest w dwóch etapach. W pierwszym z nich (faza testowa) wprowadzana jest elektroda, którą podłącza się do urządzenia zewnętrznego. Neuromodulator wewnętrzny implantowany jest u chorych, u których potwierdzono skuteczność terapii.

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania zabiegów neuromodulacji krzyżowej

MIASTO	PLACÓWKA	ADRES	KONTAKT	KIEROWNIK KLINIKI / ODDZIAŁU
Bielsko-Biała	Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	Al. Armii Krajowej 101 43-316 Bielsko-Biała	tel. 33 810 23 52 www.hospital.com.pl	lek. med. Krzysztof Pliszek
Bydgoszcz	Klinika Urologii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza	ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz	tel. 52 585 45 00 tel. 52 585 40 45 www.jurasza.umk.pl	prof. dr hab. n. med. Tomasz Drewa
Chorzów	Śląskie Centrum Urologii „Urovita”	ul. Strzelców Bytomskich 11, 41-500 Chorzów	tel. 32 111 42 42 www.urovita.pl	dr n. med. Andrzej Szurkowski
Jastrzębie-Zdrój	Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju	Al. Jana Pawła II 7 44-330 Jastrzębie-Zdrój	tel. 32 478 44 20 www.wss2.pl	dr n. med. Agata Witosińska-Walica
Kraków	Oddział Kliniczny Urologii i Urologii Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki	ul. Jakubowskiego 2 30-688 Kraków Budynek H, poziom 1	tel. 12 424 79 60 www.su.krakow.pl	prof. dr hab. n. med. Piotr L. Chłosta
Łódź	Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej, Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika	ul. Pabianicka 62 93-513 Łódź	tel. 42 689 52 13 tel. 42 689 52 47 www.kopernik.lodz.pl	dr n. med. Jacek Wilkosz
Szczecin	Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie	Al. Powstańców Wielkopolskich 72 71-899 Szczecin	tel. 91 466 10 00 www.spsk2-szczecin.pl	dr n. med. Krystian Kaczmarek
Warszawa	Oddział Kliniczny Urologii, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego	ul. Czerniakowska 231 00-416 Warszawa	tel. 22 621 71 78 tel. 22 584 11 42 www.szpital-orlowskiego.pl	prof. CMKP dr hab. n. med. Jakub Dobruch
Warszawa	Katedra Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie	ul. Bursztynowa 2 04-749 Warszawa	tel. 22 473 53 35 www.mssw.pl	prof. dr hab. n. med. Ewa Barcz
Warszawa	I Klinika Położnictwa i Ginekologii CMKP, Centrum Medyczne „Żelazna”	ul. Żelazna 90 01-004 Warszawa	tel. 22 255 98 07 www.szpitalzelazna.pl	prof. dr hab. n. med. Grzegorz Jakiel
Warszawa	Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	ul. Lindleya 4 02-005 Warszawa	tel. 22 502 17 02 www.klinikaurologii.edu.pl	prof. dr hab. n. med. Piotr Radziszewski

Fizjoterapia przed i po operacji w obrębie miednicy

mgr Magdalena Floriańska, fizjoterapeutka
Centrum Medyczne MCC w Warszawie



Fot. Mangostar - stock.adobe.com

Decyzja o poddaniu się zabiegowi chirurgicznemu nigdy nie jest łatwa, ale może być jedynym słusznym wyborem np. w przypadku wykrycia choroby nowotworowej lub ciężkich objawów wynikających z trwałych uszkodzeń tkanek.

Operacje mogą być przeprowadzane w różny sposób, czyli z tzw. różnych dostępów. Najpowszechniejsze obecnie zabiegi laparoskopowe wykonuje się poprzez nakłucie w kilku miejscach powłok brzusznych. Zdarza się, że za-

biegi przeprowadza się z dostępu pochwowego (u kobiet) lub przezcewkowo (u mężczyzn). Rzadziej wykonuje się zabiegi poprzez otwarcie powłok brzusznych (najczęściej w linii długiej brzucha, z pominięciem pępka). O sposobie przeprowadzanej operacji decyduje lekarz operator. Operacjom nieodłącznie towarzyszą: ingerencja w ciało, rany, blizny, różne formy znieczulenia i ich efekty uboczne, kilkudniowy pobyt w szpitalu. Wiąże się to wszystko ze stresem zarówno na poziomie emocjonalnym, jak i somatycznym (cielesnym). W skróceniu czasu rekon-

Najczęściej wykonywane zabiegi w rejonie miednicy

- zabiegi naprawcze w zaburzeniach statyki narządów miednicy (obniżenia pęcherza, cewki moczowej, odbytnicy, macicy);
- zabiegi implantacji taśm podcewkowych u kobiet lub sztucznego zwieracza u mężczyzn w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu;
- zabiegi onkologiczne, np. prostatektomia (usunięcie gruczołu krokowego) i histerektomia (usunięcie macicy).

wallescencji, zmniejszeniu uciążliwości wielu objawów pozabiegowych, wsparciu procesów gojenia się tkanek, a nawet oswojeniu lęku i stresu, może pomóc fizjoterapia.

Wczesny etap pooperacyjny

Przez pewien czas po operacji jakość naszego życia zmienia się. Wpływ na to mają gojące się w tym czasie rany, obrzęknięte okoliczne tkanki i wchłaniające się siniaki. Na tym etapie bardzo ważna jest edukacja pacjenta na temat adekwatnej ochrony rany pooperacyjnej oraz odciążenie struktur, które mogą być w tym okresie osłabione. Fizjoterapeuta, którego czasami można spotkać na oddziałach szpitalnych, powinien zaznajomić pacjenta ze sposobem zmian pozycji, pionizacji oraz poruszania się, tak aby nie zaburzać procesów gojenia się świeżej rany. Istotną umiejętnością będzie też zabezpieczanie brzegów rany przed ich rozchodzeniem się w sytuacji, gdy wzrasta ciśnienie w jamie brzusznej (przede wszystkim podczas kaszlu, kichania czy defekacji).

Na tym etapie ważne jest również zniwelowanie wszelkich niedogodności wynikających z przebytej operacji. Fizjoterapię należy rozpocząć już na sali pooperacyjnej - od ćwiczeń oddechowych i przeciwzakrzepowych. Wczesna pionizacja i spacerki po korytarzu wspierają nie tylko ogólną wydolność organizmu, ale również powrót do właściwego funkcjonowania narządów wewnętrznych, m.in. jelit i pęcherza moczowego, które na skutek działania środków anestetycznych mogą okresowo wolniej działać. Obserwowany w czasie chodu naprzemienny ruch obręczy miednicznej i barków ułatwia również pozbycie się gazów, które zostały wtłoczone w jamę brzuszną podczas operacji laparoskopowej.

Naturalne procesy gojenia się tkanek wspierane są przez przemyślane żywienie. Ważna jest odpowiednia podaż płynów i spożywanie pokarmów bogatych w białko oraz witaminy: C, K i z grupy B. Dobrze, aby dieta sprzyjała swobodnemu pasażowi stolca - zaparcia zwiększają ciśnienie wewnątrz jamy brzusznej, co może utrudniać gojenie się rany pooperacyjnej oraz powodować dolegliwości bólowe.

Sprawnie działające krążenie krwi i limfy w rejonie operowanym to kolejny obszar, o który warto zadbać. Fizjoterapeuta może zaproponować ćwiczenia wspomagające układ krążenia i układ oddechowy oraz wspomóc odpływ chłonki do najbliższych węzłów chłonnych poprzez delikatne formy drenażu/masażu limfatycznego, co wpłynie na zmniejszenie obrzęku w okolicach operowanego rejonu. Dodatkową formą wspomagającą jest również zastosowanie plastrowania dynamicznego (kinesiotaping) stosowanego na okolicę rany.

Po opuszczeniu szpitala

Po wyjściu ze szpitala również można zaobserwować pewne dolegliwości wynikające z przebytej operacji.

Oprócz bólu, zasinień i obrzęków mogą pojawić się inne, jak np. nietrzymanie moczu i zaburzenia erekcji po prostatektomii.

Często na skutek przybierania ochronnej pozycji ciała dochodzi do przeciążenia mięśni i stawów w zupełnie odległej jego części. Fizjoterapeuta pomaga przywrócić właściwe napięcie tkanek poprzez zwiększenie elastyczności mięśni tam, gdzie są one skrócone oraz wzmocnienie tych, które pracują ze zmniejszoną intensywnością. Bardzo ważna jest także praca z bliznami, które tworząc się, mogą powodować zrosty. Ograniczają one ruch okolicznych tkanek, sklejając ich warstwy ze sobą. Czasami przerastają one do ścian narządów wewnętrznych, co skutkuje bolesnością odczuwaną podczas ruchu jelit bądź wypełniania się pęcherza. Fizjoterapeuta poinstruuje, jak samodzielnie pracować z blizną na różnych etapach jej tworzenia się, a jeśli uzna to za konieczne, popracuje z nią technikami manualnymi lub wisceralnymi (ułatwiający ruch narządów wewnętrznych względem siebie). Może również skierować pacjenta na ćwiczenia grupowe lub zlecić mu samodzielne wykonywanie ćwiczeń uelastyczniających powłoki brzuszne. Ważne, aby były one dobrane adekwatnie do etapu gojenia się blizny. Po usunięciu nowotworu prostaty 60-90 proc. pacjentów w mniejszym bądź większym stopniu doświadcza nietrzymania moczu, a prawie każdy zaburzeń erekcji. Są to zaburzenia znacznie wpływające na jakość życia pacjentów, którzy ratując swoje życie, odczuwają rozczarowanie wynikające z jego nowego wymiaru. Bardzo istotna jest w tym wypadku wcześnie (szczególnie w pierwszym roku po operacji) i intensywnie prowadzona fizjoterapia urologiczna. Możliwe jest bowiem wytrenowanie mięśni zwierających oraz zaginających cewkę moczową.

Wiele uznanych towarzystw urologicznych zaleca ćwiczenia mięśni dna miednicy jako pierwszą linię leczenia nietrzymania moczu powstałego wskutek prostatektomii. Jest to nieinwazyjna forma leczenia tego przykrego problemu, wymaga ona jednak od pacjenta systematyczności i cierpliwości. Ważne jest, by przeprowadzić ten proces właściwie. Jak pokazują badania, sama instrukcja słowna nie wystarczy. Tylko połowa osób poproszonych o wykonanie izolowanego skurczu mięśni dna miednicy wykona to zadanie prawidłowo, a 25 proc. wykonuje parcie, czyli ruch przeciwny do oczekiwanego. Nie jest to zaskakujące, ponieważ w sytuacji zdrowia mało kto zastanawia się nad istnieniem i sposobem działania tych mięśni. Dlatego warto skontrolować sposób ćwiczenia i dostosować trening do indywidualnych potrzeb pacjenta.

Fizjoterapeuta może ocenić pracę mięśni dna miednicy na kilka sposobów. Może dotknąć konkretnej okolicy krocza poprzez bieliznę (metoda zewnętrzna), dotknąć bezpośrednio mięśni (metoda wewnętrzna przez odbyt) lub posłużyć się badaniem USG wykonywanym

przez powłoki brzuszne, a także sondą do elektromiografii umieszczoną wewnętrznie. Jeśli pacjent wykonuje ćwiczenia w sposób prawidłowy, dobierany jest zindywidualizowany program terapeutyczny i/lub zaleca się zajęcia grupowe.

Po opanowaniu techniki ważnych ćwiczeń, które łączą koordynację mięśni dna miednicy i prawidłowego oddechania, terapię warto rozszerzyć o ćwiczenia z wię-



Fot. Wavebreakmedia - istockphoto.com

szym oporem. Taką formą terapii jest np. projekt Andros w Centrum Medycznym MCC, gdzie specjalnie opracowane urządzenia do ćwiczeń oporowych stosuje się do zwiększenia napięcia mięśni dna miednicy w jednorazowym skurczu. Przekłada się to na bardziej wydajną pracę tych mięśni i szybsze efekty terapeutyczne. Ćwiczenia te mają również zastosowanie w terapii zaburzeń erekcji.

Jeśli sposób pracy mięśni dna miednicy wzbudza wątpliwości fizjoterapeuty lub nie jest możliwy do zaobserwowania, wówczas terapia powinna być przeprowadzona w formie indywidualnych spotkań. W sytuacji,

gdy skurcz mięśni zwierających jest na tyle osłabiony, że inne grupy mięśni, np. brzucha, pośladków i ud, próbują nadrobić tę słabość, można rozważyć terapię z wykorzystaniem tzw. biofeedbacku. Oznacza to, że przy pomocy innych zmysłów, np. wzroku, odbieramy informację na temat pracy mięśni. Dzięki temu pacjent może zorientować się, kiedy ćwiczenie wykonuje właściwie, a kiedy nie i na bieżąco je korygować.

Jeśli skurcz nie jest możliwy do wykonania, to poszukuje się tego przyczyny. Często panowie mają zbyt napięte, a przez to sztywne mięśnie dna miednicy, które nie mogą „zapracować” w pełnym zakresie. Wówczas wskazana będzie terapia manualna, która również ułatwia zlokalizowanie konkretnych mięśni i pracę z nimi. W przypadku osłabienia czucia i wiotkości mięśni rozważa się również zastosowanie elektrostymulacji, jednak może być ona zastosowana dopiero gdy choroba onkologiczna nie jest już aktywna (zwykle około 6 miesięcy po zakończeniu leczenia).

Ćwiczenia mięśni dna miednicy to nie jedyna forma terapii. Do tego, by mogły one działać jak najbardziej optymalnie, potrzebne jest przywrócenie prawidłowej postawy ciała oraz poprawa zaopatrzenia w tlen i substancje odżywcze. Dlatego tak ważne są także ćwiczenia oddechowe, wzmacniające, uelastyczniające oraz ogólnie usprawniające. Szczególne zaś miejsce zajmują ćwiczenia funkcjonalne, które przygotowują do zmagania się z trudami życia w aspekcie fizycznym, np. z przenoszeniem przedmiotów, powrotem do aktywności fizycznej związanej z pracą lub hobby.

Warto zacząć jeszcze przed operacją - prehabilitacja

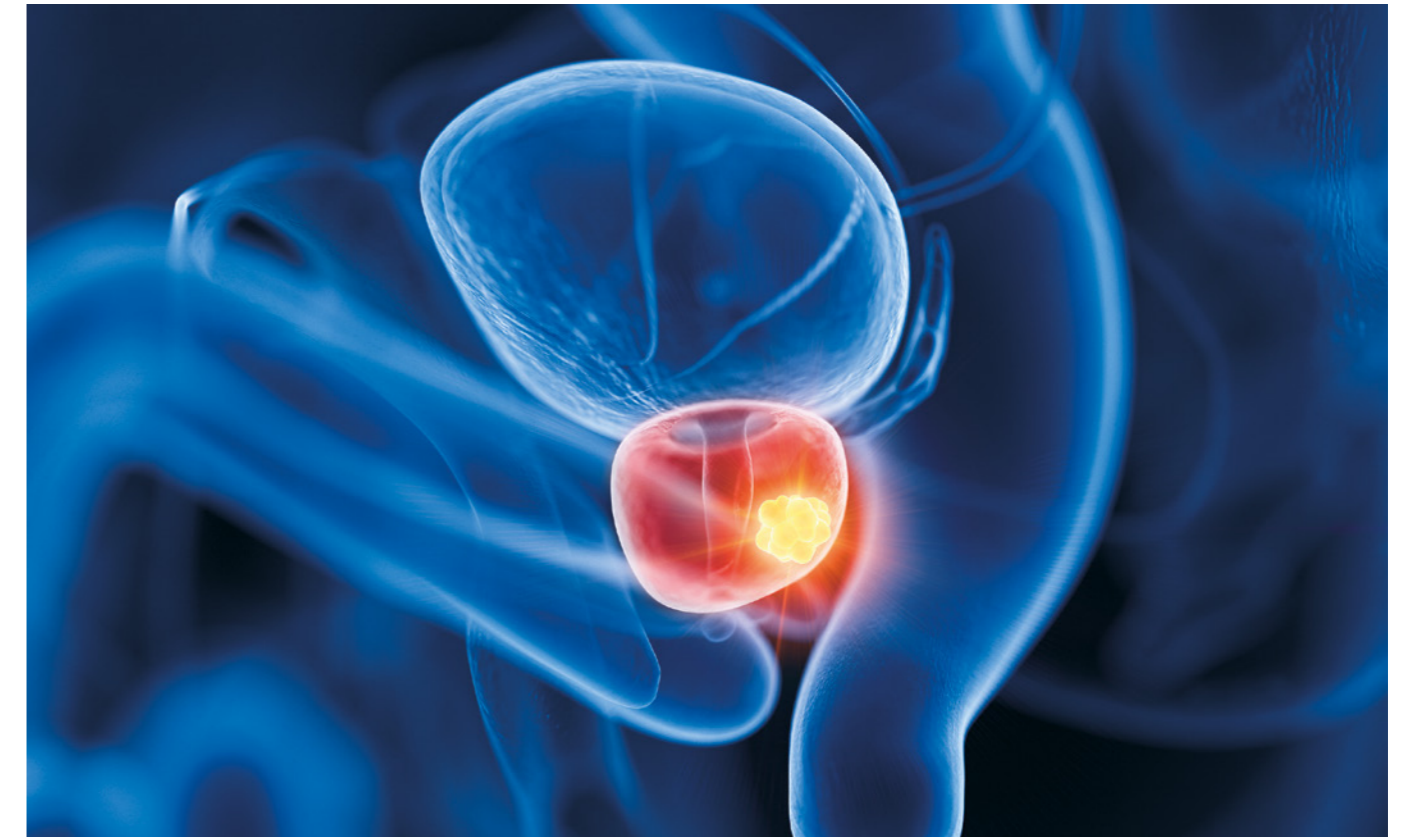
Fizjoterapia przed zabiegiem operacyjnym naprawdę ma sens. Nauczenie się lokalizowania własnych mięśni dna miednicy, ich właściwego uruchamiania, sprawdzenie ich wydolności i koordynacji jest zdecydowanie łatwiejsze przed operacją i daje możliwość wcześniej rozpoczętej i bardziej efektywnej rehabilitacji. Dlatego też zaleca się odbycie co najmniej 2 wizyt u fizjoterapeuty przed planowanym zabiegiem chirurgicznym.

Przeprowadzona w trakcie takiej wizyty edukacja, m.in. na temat sposobu poruszania się we wczesnym okresie pooperacyjnym, pozwala również poczuć się pacjentom bezpieczniej i zaoszczędza trosk w sytuacji gdy np. na oddziale szpitalnym zabraknie fizjoterapeuty. W czasie takiej wizyty omawiane są również techniki odciążające mięśnie, ćwiczenia do wprowadzenia jeszcze na sali pooperacyjnej oraz elementy terapii behawioralnej.

Jak pokazują badania, w wyniku wdrożenia rehabilitacji w okresie przed- i pooperacyjnym, poprawie ulegają zarówno fizyczne parametry (tj. siła mięśni dna miednicy, zmniejszenie ilości wycieków moczu i/lub ich częstotliwość), jak również jakość życia, czyli wartość dla pacjentów najistotniejsza.

Co trzeba zmienić w opiece nad chorymi na raka prostaty w Polsce?

Maja Markłowska-Tomar



Fot. SciePro - stock.adobe.com

Wczesna diagnostyka i innowacyjne terapie wdrażane na najwcześniejszych etapach leczenia poprawiają rokowanie chorych na raka prostaty i mogą wydłużyć ich życie - podkreślają eksperci zaproszeni przez Federację Przedsiębiorców Polskich do opracowania rekomendowanych zmian systemowych w zakresie diagnostyki i leczenia pacjentów dotkniętych tym nowotworem.

Komitet ds. Ochrony Zdrowia Federacji Przedsiębiorców Polskich zorganizował między majem a grudniem 2022 r. cykl debat na temat raka prostaty (gruczołu krokowego) z udziałem przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, ekspertów klinicznych oraz organizacji pacjentów. Wnioski z tych dyskusji zawarte zostały w raporcie „Wprost o prostacie. Co należy zmienić w systemie opieki nad chorymi z nowotworem gruczołu krokowego w Polsce” z lutego 2023 r.

Poza danymi dotyczącymi zapadalności i umieralności oraz pokazaniem ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej, jaką mają do pokonania polscy pacjenci, umieszczono

w nim również „mapę drogową” koniecznych zmian w systemie ochrony zdrowia. Mają one na celu poprawę sytuacji chorych, zwłaszcza tych, którzy nadal nie mają dostępu do nowoczesnych leków.

Rak prostaty - rośnie liczba zachorowań i zgonów

Jak podkreśla Federacja Przedsiębiorców Polskich, rak prostaty jest obecnie jednym z najpoważniejszych wyzwań w ochronie zdrowia w Polsce. Jest on najczęściej rozpoznawanym nowotworem złośliwym u mężczyzn - w 2019 r. odpowiadał za 20,6 proc. zachorowań i 10,3 wszystkich zgonów z przyczyn onkologicznych w tej grupie (większy odsetek zgonów zanotowano jedynie u chorych na raka płuca - 27,4 proc.).

- Z przedstawionych w raporcie danych jednoznacznie wynika, że spośród wszystkich chorób nowotworowych dotyczących mężczyzn w naszym kraju rak prostaty jest jedynym, który wyróżnia się znaczącą dynamiką wzrostu zachorowalności przy jednoczesnym wzroście śmiertelności - podkreśla Arkadiusz Pączka, wiceprzewodniczący Federacji Przedsiębiorców Polskich.

Obecnie blisko 25 proc. nowo zdiagnozowanych chorych na raka prostaty ma już przerzuty.



Zbyt późne rozpoznanie i ograniczony dostęp do nowoczesnych leków

„Rak gruczołu krokowego we wczesnym stadium zaawansowania bardzo często nie daje żadnych objawów klinicznych. Od momentu pojawienia się pierwszych komórek rakowych do czasu wystąpienia budzących obaw objawów może upłynąć nawet kilkanaście lat. Wykrycie choroby na wczesnym etapie jest jednak niezwykle istotne dla powodzenia późniejszej terapii, ponieważ daje nawet 90 proc. szans na wyleczenie” - czytamy w raporcie Polskiej Federacji Przedsiębiorców.

Tymczasem, jak wynika z zamieszczonych w nim danych, obecnie blisko 25 proc. nowo zdiagnozowanych chorych ma już przerzuty, co oznacza, że nie kwalifikują się już ani do operacji chirurgicznego usunięcia nowotworu, ani do tzw. radykalnej radioterapii. W przypadku raka z przerzutami standardem leczenia powinna być ablacja androgenowa w połączeniu z nowoczesnymi lekami hormonalnymi, chemioterapią lub radioterapią. O tym, do jakich leków mają obecnie dostęp pacjenci, informujemy w ramce, która uwzględnia ostatnie zmiany w programie lekowym dla chorych na raka gruczołu krokowego.

Późne rozpoznanie i ograniczony dostęp do nowoczesnych technologii medycznych sprawia, że - jak wynika z badania Eurocare - wyniki leczenia chorych na raka gruczołu krokowego w Polsce odbiegają od osiągniętych przez pacjentów w krajach Europy Zachodniej. Według tych danych odsetek 5-letnich przeżyć pacjentów z rakiem stercza wynosi w naszym kraju około 67 proc., podczas gdy w krajach Unii Europejskiej jest wyższy średnio o 16 proc.

Jak poprawić sytuację chorych na raka prostaty?

Eksperti zaproszeni przez Federację Przedsiębiorców Polskich do wspólnego opracowania mapy drogowej rekomendowanych zmian systemowych w opiece nad

chorymi na raka prostaty uważają, że istnieją skuteczne narzędzia, by efektywnie zapobiegać, szybciej diagnozować i skuteczniej leczyć tę chorobę. W raporcie wskazano cztery główne obszary koniecznych interwencji:

1. priorytetyzację obszaru raka gruczołu krokowego i wprowadzenie zmian systemowo-organizacyjnych - m.in. wprowadzenie świadczenia kompleksowej diagnostyki i leczenia raka gruczołu krokowego (Prostate Cancer Units);
2. działania profilaktyczne i wczesną diagnostykę, które mogą zostać wdrożone przez wprowadzenie zmian w programie „Profilaktyka 40 PLUS”, popularyzację samorządowych programów zdrowotnych czy też zniesienie obowiązku posiadania skierowania od lekarza POZ do lekarza urologa;
3. wprowadzenie odpowiedniej edukacji społecznej, m.in. za pomocą realizacji w szkołach przedmiotu „Edukacja zdrowotna”, co zdaniem ekspertów przyczyniłoby się do budowania i poszerzania świadomości na temat raka gruczołu krokowego wśród dzieci i młodzieży, a tym samym ich bliskich - ojców, dziadków czy wujków, a w przyszłości - ich samych;
4. konieczność zwiększenia dostępności do technologii medycznych, tak aby lekarze dysponowali pełnym wachlarzem dostępnych na rynku nowoczesnych terapii i mogli dostosowywać leczenie do indywidualnej sytuacji każdego pacjenta.

Organizacje zrzeszające pacjentów onkologicznych zgodnie podkreślają, że zniesienie skierowań do specjalisty urologa to jeden z najważniejszych czynników ułatwiających i przyspieszających diagnostykę raka gruczołu krokowego, co bezpośrednio przekłada się na możliwość wcześniejszego otrzymania skutecznego leczenia i lepsze rokowania dla pacjenta.

- Konieczność zdobycia skierowania do urologa to istotne utrudnienie (czasowe, logistyczne, organizacyjne) na drodze

do właściwej profilaktyki raka gruczołu krokowego. W przypadku tego schorzenia czas ma ogromne znaczenie dla możliwości zastosowania optymalnych form terapii i rokowań, więc warto wesprzeć polskich mężczyzn i ułatwić im zadbanie o własne zdrowie. To zresztą sprawa nie tylko panów, ale także najbliższych im kobiet, rodzin. W szerszym ujęciu to także inwestycja - w kondycję społeczną i finansową rodzin, społeczności, a wreszcie całego państwa - wskazuje Anna Kupiecka, prezes Fundacji Onkocafe-Razem Lepiej.

Leczyć wcześniej i skutecznie

Prof. dr hab. Paweł Wiechno, specjalista onkologii klinicznej, kierownik Oddziału Zachowawczego Kliniki

Nowotworów Układu Moczowego Narodowego Instytutu Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie - Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie, podkreśla, że w przypadku raka gruczołu krokowego niezwykle istotna jest kwestia szerokiego dostępu do wszystkich opcji terapeutycznych do stosowania na wczesnych etapach choroby.

- Mamy pulę leków zarejestrowanych i używanych do wzmacniania pierwszego leczenia choroby przerzutowej w fazie wrażliwej na kastrację. Dla nas jako klinicystów opiekujących się pacjentami z rakiem gruczołu krokowego nie-

zwykle istotna jest dostępność tej palety technologii - byśmy mogli zaproponować pacjentowi taką formę terapii, o której wiemy, że jest bezpieczna, najbardziej skuteczna i zgodna z aktualnymi wytycznymi towarzystw naukowych - mówi prof. Paweł Wiechno.



Fot. peakSTOCK - istockphoto.com

Bogusław Olawski, przewodniczący Sekcji Prostaty Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”, podkreśla, że chorzy na raka gruczołu krokowego nadal nie mają oczekiwanego dostępu do nowoczesnych form terapii. Powodem są według nich bardzo restrykcyjne zapisy programu lekowego. Ostatnie zmiany dokonane w tym programie przez Ministerstwo Zdrowia rozczarowały pacjentów, którzy uważają, że ogranicza on lekarzom dobór optymalnej terapii. - W niektórych grupach narzuca wręcz stosowanie leku, którego nie wybrał lekarz tylko minister - mówi Bogusław Olawski.

Co zmieniło się w programie lekowym dla chorych na raka gruczołu krokowego?

Zasadniczą zmianą jest kompleksowe uwzględnienie wszystkich opcji leczenia w ramach jednego programu lekowego, czego efektem jest zmiana nazwy programu z „B.56. Leczenie chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego (ICD-10: C61)” na „B.56. Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego (ICD-10: C61)”. Zmiana ta obejmuje uwzględnienie refundowanych już do tej pory opcji terapeutycznych, jak również nowych możliwości terapeutycznych znajdujących się w procesie refundacyjnym, czyli apalutamidu w mHSPC (leczenie wrażliwego na kastrację raka gruczołu krokowego o małym obciążeniu przerzutami) oraz kabazytakselu i olaparybu w mCRPC (leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego). Według Ministerstwa Zdrowia zmiany miały charakter porządkujący oraz dostosowujący zapisy programu lekowego do aktualnych wytycznych klinicznych, z czym część środowiska klinicystów oraz środowiska pacjentów polemizuje. Inną ważną zmianą były zapisy odnoszące się do progresji choroby w kryteriach wyłączenia z programu lekowego.

Przedwyborcze przyspieszenie realizacji obietnic

Marta Markiewicz-Melon



Zbliżające się wielkimi krokami jesienne wybory parlamentarne przyspieszyły wiele pozytywnych zmian, na które czekali pacjenci. Sztandarowym dla obecnie rządzących okazała się realizacja postulatów obniżenia wieku pacjentów uprawnionych do korzystania z leków umieszczonych na bezpłatnej liście „S” (dla seniorów) oraz wprowadzenia wykazu bezpłatnych leków dla dzieci i młodzieży do 18. roku życia. W Sejmie uchwalono również prezydencki projekt ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej, która zakłada utworzenie Centrów 75+ istotnych dla diagnozowania i leczenia pacjentów w wieku senioralnym.

Na obowiązującym od 1 września pierwszym wykazie bezpłatnych leków dla pacjentów pediatrycznych (poniżej 18. roku życia) znalazły się m.in. leki urologiczne zmieniające pH moczu oraz preparaty stosowane w NTM (oksybutynina). Natomiast w przypadku listy bezpłatnych leków „S” resort zdrowia obniżył kryterium wiekowe z 75. roku życia do 65. roku życia. Podczas uroczystego podpisania noweli ustawy regulującej dostęp do bezpłatnych leków minister zdrowia Katarzyna Sójka wskazała, że na obu wykazach znalazło się w sumie ponad 6,5 tys. pozycji - 3,8 tys. na liście leków dla seniorów oraz 2,8 tys. na

liście leków dostępnych dla dzieci i młodzieży do 18. roku życia.

- Ustawa jest elementem szeroko pojętego programu wsparcia polskiej rodziny, a także tych osób, które znajdują się w trudnej sytuacji, bo każdy człowiek chory jest w trudnej sytuacji - skomentował prezydent Andrzej Duda, podpisując nowelizację ustawy.

Program kompleksowej opieki geriatrycznej dla pacjentów w wieku 75+

W połowie sierpnia prezydent Andrzej Duda podpisał również ustawę o szczególnej opiece geriatrycznej, która umożliwia powoływanie Centrów 75+, czyli placówek, w których pacjenci w wieku senioralnym będą mogli nie tylko skorzystać z kompleksowej opieki geriatrów, ale również otrzymać świadczenia opiekuńcze czy rehabilitacyjne.

- W Polsce osób w wieku 75+ jest 2 mln 700 tys. osób, czyli 7 proc. obywateli. W większości to kobiety. Co więcej, populacja ta będzie rosła - co do tego nie ma żadnych wątpliwości. Ekspertiści szacują, że w 2040 r. będzie to ok. 14 proc. obywateli, a w 2050 r. - 16,5 proc. obywateli. Uśmiecham się, bo w 2050 r. i ja będę do nich należał, jeżeli dane mi będzie dożyć do tego momentu. Ale to tylko obrazuje sytuację: dziś 7 proc., a będzie 16,5 proc. (...) Więc jeżeli chodzi o rozwój opieki medycznej,

jeżeli mamy sprawę zatawiać systemowo, z całą pewnością to rozwiązanie systemowe wdrażać trzeba już dzisiaj - wskazał prezydent Andrzej Duda. Dodał, że specjalistycznej opieki geriatrycznej w Polsce jest nadal zbyt mało, a w całym kraju działają zaledwie 64 oddziały geriatryczne.

Jak ma być realizowana opieka w ramach Centrów 75+? Zgodnie z założeniami na konsultacje do Centrów 75+ kierować będą mogli lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. W placówkach na pacjentów czekać będą koordynatorzy opieki geriatrycznej oraz konsultanci, a osoby wymagające diagnostyki czy rehabilitacji będą mogły z takowej skorzystać na bazowym poziomie. Zgodnie z intencjami pomysłodawców dopiero w następstwie decyzji lekarzy z Centrów 75+ zapadać będzie decyzja o dalszym skierowaniu pacjenta do leczenia szpitalnego. Ustawa zakłada szczytne cele, jednakże nie rozwiązuje problemu braków kadrowych, z którymi będzie musiał się zmierzyć już nowy rząd.

RDTL pod lupą Najwyższej Izby Kontroli

W lipcu światło dzienne ujrzały wyniki kontroli Najwyższej Izby Kontroli dotyczące dostępu do leków w ramach Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowych (RDTL). Przypomnijmy, że pierwotnie mechanizm ten miał umożliwiać indywidualną refundację leku (na trzy miesiące lub kolejne trzy cykle) pacjentom, w imieniu których szpital występował z wnioskiem do Ministerstwa Zdrowia. Przyjęta w 2020 r. ustawa o Funduszu Medycznym miała usprawnić proces wnioskowania o finansowanie terapii poza standardową ścieżką refundacyjną i wyeliminować nieprawidłowości, które wydłużały całą procedurę. Do jakich wniosków doszli kontrolerzy NIK oceniający dostęp do mechanizmu RDTL?

W ocenie kontrolerów Ministerstwo Zdrowia rozpatrywało wnioski zbyt długo, a główną przyczyną tego stanu były braki kadrowe. Skrajnym przypadkiem było rozpatrywanie wniosków przez odpowiednio 8 miesięcy i 1,5 roku, a pacjenci, których one dotyczyły, zmarli nie doczekawszy decyzji w swojej sprawie.

Kontrolerzy NIK wskazali również, że środki finansowe przeznaczone na RDTL były wykorzystane na niskim poziomie. „Od 26 listopada 2020 r. do 31 maja 2022 r. minister przekazał NFZ prawie 349 mln zł, z czego wykonanie wyniosło nieco ponad 148 mln zł, co stanowiło mniej niż 37 proc. ogółu zaplanowanych na ten cel w Funduszu Medycznym środków. Jednocześnie minister nie dysponował danymi, które pomogłyby mu ustalić przyczyny tak niskiego wykorzystania środków przeznaczonych na RDTL” - czytamy w raporcie NIK.

Wyroby medyczne na zlecenie - na IKP i z możliwością przymiarki?

Na początku lipca Centrum e-Zdrowia udostępniło możliwość śledzenia e-zlecenia na wyroby medyczne w In-



JESTEŚMY SOLIDARNI Z UKRAINĄ

ZWERYFIKOWANE ZBIÓRKI

Zbiórka pieniężna Polska Akcja Humanitarna

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

www.siepomaga.pl/pah-ukraina

Zbiórka pieniężna Polski Czerwony Krzyż

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

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

Zbiórka pieniężna Caritas Polska

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

www.caritas.pl/ukraina/

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



Fot. Natali_Mis - istockphoto.com

ternetowym Koncie Pacjenta. E-zlecenie dostępne jest w IKP w zakładce „Apteczka” i umożliwia śledzenie jego realizacji. Oznacza to, że w IKP pacjent może sprawdzić, czy e-zlecenie jest już częściowo zrealizowane, czy być może zostało odrzucone. Każde e-zlecenie na wyroby medyczne posiada swój kod, dzięki czemu przy jego realizacji wystarczy podać PESEL pacjenta i kod zlecenia. To jednak nie jedyne zmiany, jakie Ministerstwo Zdrowia planuje w kontekście wyrobów medycznych. Chcąc wyjść naprzeciw potrzebom pacjentów, resort zaproponował, by zmienić wymogi lokalowe dla placówek prowadzących sprzedaż wyrobów medycznych na zlecenie. W propozycji MZ znalazł się wymóg utworzenia przymerzalni oraz wyposażenia placówek w szafy ekspozycyjne przeznaczone wyłącznie do przechowywania wyrobów medycznych. Projekt rozporządzenia miałby objąć swoją mocą 3900 świadczeniodawców posiadających umowy na realizację zleceń na wyroby medyczne. A na wdrożenie zaproponowanych zmian punkty miałyby 12 miesięcy od wejścia w życie dokumentu. Na razie jednak projekt (według Rządowego Centrum Legislacji) utknął na etapie konsultacji publicznych.

Duża nowelizacja ustawy refundacyjnej z podpisem prezydenta

Zakończyła się legislacyjna odyseja nowelizacji ustawy refundacyjnej. Istotną zmianą dla pacjentów jest m.in. wprowadzenie możliwości realizacji w populacji dorosłych szczepień zalecanych w placówkach aptecznych.

Zmianie ulegnie również częstotliwość publikacji wykazów refundacyjnych - zamiast co dwa miesiące, będą one upubliczniane raz na kwartał.

Nowym pomysłem jest umożliwienie wprowadzenia na wykazy leków refundowanych także produktów OTC. Jednak nie każdy producent będzie mógł się o tę możliwość starać. Zgodnie z deklaracjami wiceministra zdrowia Macieja Miłkowskiego będą ją miały wyłącznie producenci substancji, których przyjmowanie jest uzasadnione medycznie w konkretnych schorzeniach, a receptę na refundowany lek OTC będzie można zrealizować wyłącznie w aptece.

AOTMiT oceni kolejne leki

W ostatnich miesiącach do Agencji Oceny Technologii i Taryfikacji wpłynęły dokumenty dotyczące kolejnych leków starających się o refundację. Z punktu widzenia pacjentów mierzących się z problemem NTM istotny jest wniosek o ocenę zasadności objęcia refundacją ze środków publicznych leków zawierających:

- gemcytabinę - substancję stosowaną m.in. w leczeniu chorych na nowotwory złośliwe moczowodu i innych narządów moczowych;
- relugoliks we wskazaniu „Leczenie postaci hormonozależnego raka gruczołu krokowego”.

W przypadku preparatu zawierającego relugoliks zarówno Rada Przejrzystości, jak również sam prezes AOTMiT uznali za niezasadne objęcie go refundacją i finansowanie w całym zakresie wskazań i przeznaczeń.

HARTMANN



**OCHRONA
każdego
dnia**



MoliCare® Skin

Zdrowa skóra przy nietrzymaniu moczu dzięki kompleksowej ochronie i pielęgnacji.

- **Pianka oczyszczająca**
wspomaga mechanizmy obronne skóry, szybkie i łagodne oczyszczanie silnie zabrudzonej powierzchni skóry.
- **Wilgotne chusteczki pielęgnacyjne**
niezbędne do łagodnego oczyszczania stref intymnych przy zmianie produktu chłonnego.
- **Krem ochronny z tlenkiem cynku**
tworzy barierę ochronną przed negatywnym działaniem moczu – zapobiega stanom zapalnym, odparzeniom.

www.hartmann.pl



JEDNO MIEJSCE – PEŁNA OPIEKA

Kompleksowe wsparcie dla osób z inkontynencją

Nowo otwarta placówka medyczna w Warszawie specjalizująca się w zakresie:

- uroinekologii
- urologii czynnościowej
- fizjoterapii uroinekologicznej
- rehabilitacji urologicznej i onkologicznej

Zapisy dostępne poprzez portal znanylekarz.pl
lub pod nr tel.: **22 770 78 00**

DIAGNOSTYKA > LECZENIE > REHABILITACJA

