

WYROBY MEDYCZNE

Pielęgnacja skóry seniora z NTM i NTK wymaga szczególnej troski

LECZENIE

Leczenie chorych na raka prostaty powinno być "celowane" i spersonalizowane



WYWIAD

Słowa mają ogromną moc



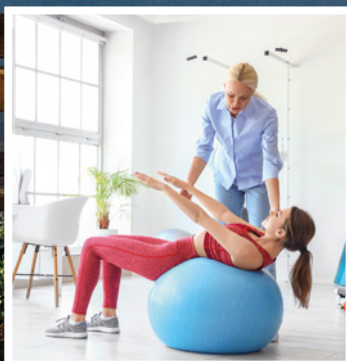
NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

NTM z perspektywy badania „PolSenior2”



LECZENIE

Wulwodynia i pochwica: jak może pomóc fizjoterapia uroginekologiczna?



Potrzebujemy umowy społecznej

Wrzesień to tradycyjnie miesiąc, w którym odbywa się Europejski Tydzień Urologii. W tym roku tematem przewodnim jest inkontynencja oraz kampania zainicjowana przez 22 międzynarodowe organizacje pod nazwą „An Urge to Act”, o której informowaliśmy pod koniec ubiegłego roku i która powstała w wyniku szerokiego konsensusu różnych opiniotwórczych środowisk.

Wrzesień to również miesiąc, gdy polski rząd przedkłada do parlamentu projekt ustawy budżetowej na kolejny rok. Tym razem będzie to budżet „wyborczy”, z rekordowym deficytem. Wynika to z wielu czynników – m.in. z konieczności rozpoczęcia rozliczania wielomiliardowych obligacji covidowych oraz wyjątkowo hojnej polityki dystrybucji pieniądza, realizowanej przez poprzednią ekipę rządzącą, którą obecny rząd postanowił kontynuować. Już dzisiaj budzi to trwogę u wielu ekonomistów. Czy powinien niepokoić również pacjentów?

dy nie potwierdzenia o braku środków na sfinansowanie prognozowanych w tym roku świadczeń. To z pewnością nie jest przekaz uspokajający, zwłaszcza że nie idzie za nim żadna konkretna zapowiedź działań naprawczych. Wręcz przeciwnie, utrzymywanie takiego stanu spowoduje, że dyrektorzy placówek medycznych zaczną masowo zaciągać hamulec, co za kilka miesięcy odczujemy w postaci dynamicznie wydłużających się kolejek do świadczeń. Skutki takiego scenariusza będą odczuwalne dla wszystkich, ale najbardziej, niestety, uderzą w pacjentów. Czy możemy zatem jeszcze ten trend zatrzymać?

Rozwiązaniem może być nowa, zawarta przy społecznej akceptacji, umowa społeczna. Przy akceptacji wszystkich lub większości partii politycznych obecnych w parlamencie. Powinna ona m.in. określić na nowo źródła finansowania publicznej ochrony zdrowia oraz wskazać konieczne zmiany organizacyjne usprawniające system.

Dotychczasowy model finansowania, niedoskonały, ale efektywny pod względem utrzymywania kontroli kosztów, został na tyle naruszony – najpierw przez regulacje covidowe, a następnie przez „Polski Ład” i ustawę o skokowym wzroście minimalnego wynagrodzenia pracowników medycznych – że powrót do stanu sprzed pandemii wydaje się być już niemożliwy.

Dlatego rozpoczęcie szerokiej, merytorycznej debaty o przyszłości systemu ochrony zdrowia jest niezbędne. Do tego jednak potrzebujemy prawdziwego lidera w resorcie

zdrowia, który zdoła zainicjować i przeprowadzić z sukcesem proces, którego efektem będzie wypracowanie nowych rozwiązań będących odpowiedzią na zmiany, jakie zachodzą w strukturze demograficznej naszego społeczeństwa. Bez rzeczowej debaty, zakończonej zawarciem umowy społecznej, czekają nas z każdym kolejnym rokiem coraz większe napięcia skutkujące postępującą zapaścią systemu ochrony zdrowia.

Tomasz Michałek



Ubiegłoroczny deficyt Narodowego Funduszu Zdrowia w wysokości 16 mld zł może być początkiem problemów finansowych systemu ochrony zdrowia. Niepokojące sygnały płynące od dyrektorów placówek medycznych o pogarszającej się sytuacji finansowej, niezadowolone pracowników medycznych, w tym w szczególności pielęgniarek i położnych, a także brak spójnej polityki rządu, już teraz powodują coraz bardziej zauważalną nerwowość większości środowisk. Niestety, jak dotąd ze strony resortu zdrowia słyszymy je-

SPIS TREŚCI

WYROBY MEDYCZNE

Pielęgnacja skóry seniora z NTM i NTK wymaga szczególnej troski 4

LECZENIE

Wulwodynia i pochwica: jak może pomóc fizjoterapia uroginekologiczna? 6

Neuromodulacja krzyżowa w NTK wciąż bez refundacji 9

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania neuromodulacji krzyżowej 10

Leczenie chorych na raka prostaty powinno być „celowane” i spersonalizowane. Co to oznacza? 11

WYWIAD

Słowa mają ogromną moc 14

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Nietrzymanie moczu z perspektywy badania „PolSenior2” 16

Hormony to nie wszystko 18

LEGISLACJA

Seniorzy będą mieli łatwiejszy dostęp do leków z listy 65+ 21

Szanowni Państwo,

Do tego, że nietrzymanie moczu jest problemem społecznym, nie trzeba już chyba nikogo przekonywać. Liczbę osób zmagających się z nim na świecie szacuje się na około 430 milionów. Większość z nich to kobiety, i to głównie z myślą o nich red. Anna Jarosz napisała artykuł „Hormony to nie wszystko” (s. 18) pokazujący bliski związek NTM z żeńskimi hormonami płciowymi – estrogenami. „Wiele pań uważa, że wraz z wygasaniem funkcji jajników i niskim poziomem estrogenów pojawia się nietrzymanie moczu. Tak nie musi być. Przekonanie, że nietrzymanie moczu jest wpisane w naturalny proces starzenia się organizmu sprawia, że ten problem zdrowotny jest często lekceważony” – pisze autorka. Zapewniam jednak, że w jej tekście jest mowa nie tylko o nietrzymaniu moczu u kobiet w okresie menopauzy. Młode kobiety również nierzadko mierzą się z tym problemem. Zdarza się, że w czasie ciąży i/lub po porodzie.

Jak pracownicy medyczni powinni rozmawiać o NTM z osobą, dla której jest to problem bardzo wstydlivy? Jakich słów powinni używać, a których się wystrzegać? Na to pytanie znajdziecie odpowiedź w wywiadzie zatytułowanym „Słowa mają ogromną moc” (s. 14), którego Kwartalnikowi NTM udzieliła psycholog i psychoonkolog Adrianna Sobol. „W dobrej komunikacji z pacjentami należy używać prostych słów, nasączonych empatią i wsparciem. Takich słów, które zachęcą pacjenta do szukania pomocy, ale również do dzielenia się swoimi doświadczeniami z innymi chorymi” – radzi nasza ekspertka. Trudno się z nią nie zgodzić. Ale czy my w ogóle potrafimy rozmawiać z drugim człowiekiem, używając prostych słów nasączonych empatią i wsparciem? Niech każdy sam się nad tym zastanowi i wyciągnie odpowiednie wnioski.

Zachęcam Państwa również do lektury artykułu na temat nowego podejścia do diagnostyki i leczenia raka prostaty (s. 11). O co chodzi? Może wyjaśni Wam to ten fragment tekstu: „W opinii ekspertów nadszedł już czas na zmiany w postrzeganiu raka prostaty, podobnie jak doszło już do zmian w postrzeganiu raka piersi i raka płuca – żaden z tych nowotworów nie jest traktowany jako jedna choroba. W zależności od tego, jakie mutacje genów w komórkach prowadzą do ich powstania, dzielą się one na różne podtypy. Mając taką wiedzę, lekarz może zaproponować pacjentowi najbardziej optymalną, spersonalizowaną, »uszytą na miarę« terapię”.

Nie pominięcie najnowszych doniesień dotyczących zmian legislacyjnych! Zwłaszcza że są one bardzo korzystne m.in. dla chorych na nowotwory urologiczne i osób zainteresowanych refundacją leków z tzw. listy „S”. O tym, jakie ułatwienia szykują urzędnicy z ul. Miodowej, przeczytacie w artykule „Seniorzy będą mieli łatwiejszy dostęp do leków z listy 65+” (s. 21).

Redaktor naczelny: Tomasz Michałek; **Redaktor prowadzący:** 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: Anna Jarosz, Marta Markiewicz-Melon, Maja Markłowska-Tomar, mgr Anna Pyszniak, prof. Katarzyna Wieczorowska-Tobis;
Korekta: Marzena Michałek; **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: astellas

Maja Markłowska-Tomar

Pielęgnacja skóry seniora z NTM i NTK wymaga szczególnej troski

Marta Markiewicz-Melon



Fot. Ocskay Mark - stockadobe.com

U pacjentów w wieku senioralnym, którzy zmagają się z nietrzymaniem moczu (NTM) lub nietrzymaniem kału (NTK), problem ten nie pozostaje obojętny dla zdrowia ich skóry. Dlatego pielęgnacja skóry seniora powinna być jednym z istotnych elementów opieki. Jak właściwie postępować, by uniknąć problemów wynikających z drażniącego działania moczu i kału?

Nietrzymanie moczu to jedno z wyzwań, które przez część ekspertów określane są mianem wyzwań stulecia. – Inkontynencja (NTM), czyli bezwiedne i mimowolne nietrzymanie moczu, może dotknąć każdego, jednak ryzyko jej wystąpienia rośnie wraz z wiekiem i dwukrotnie częściej dotyczy kobiet – jako konsekwencja naturalnych porodów, menopauzy, zabiegów ginekologicznych i budowy układu moczowego. NTM często towarzyszy chorobie Alzheimera i Parkinsona, zapaleniu pęcherza moczowego, przerostowi prostaty czy udarowi mózgu. Ponieważ zaburzenie to może znacznie utrudniać codzienne funkcjonowanie, powodować dyskomfort, pogorszenie nastroju, a nawet wykluczenie

z życia społecznego, ważne jest, by je odpowiednio wcześniej zdiagnozować i leczyć – wskazuje w rozmowie z redakcją Kwartalnika NTM Jolanta Korycińska, pielęgniarka na co dzień koordynująca prace Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego (ZOL) w Krynkach w powiecie łukowskim.

NTM ma również bezpośredni wpływ i przełożenie na zdrowie skóry. Dlatego też istotne jest utrzymanie jej we właściwym stanie. Jak przypomina Jolanta Korycińska, skóra wraz z wiekiem traci zdolności adaptacyjne, spowalniają toczące się w niej procesy regeneracyjne, a także zmniejsza się jej odporność na czynniki środowiskowe. Dodatkowo dochodzi do starzenia wynikającego ze zmian hormonalnych (meno- i andropauzalnych), a także tych związanych np. z nadmierną ekspozycją na promieniowanie UV, czy takie czynniki, jak dym nikotynowy. Wyzwaniem dla zdrowia skóry jest również drażniące działanie moczu i kału.

– Osoby starsze, szczególnie z demencją czy znacznym stopniem niesamodzielnosci, u których występuje problem nie-

trzymania moczu, wymagają odpowiedniej opieki, aby uniknąć podrażnień skóry, która jest cienka, najczęściej sucha i bardzo podatna na otarcia i uszkodzenia – podkreśla Jolanta Korycińska. Jej zdaniem istotnym jest dbałość o właściwe nawodnienie pacjenta, stosowanie odpowiednich produktów chłonnych oraz uważność w trakcie higieny miejsc intymnych.

Nawodnienie, higiena, zabezpieczenie skóry

W przedstawionej triadzie elementów istotnych dla zdrowia skóry pielęgniarka zwróciła szczególną uwagę na kwestię odpowiedniego nawodnienia, czyli spożywanie właściwej ilości płynów. – Jest to istotne w profilaktyce nie tylko odwodnienia, ale również w profilaktyce infekcji układu moczowego. Niestety zdarza się, że seniorzy unikają picia płynów, tłumacząc się problemem z NTM czy obawą przed niekontrolowaną utratą moczu. W takich sytuacjach ogromną rolę opiekuna czy pielęgniarki zajmującej się pacjentem jest edukowania pacjenta i wyjaśnianie mu skutków odwodnienia – podkreśla Jolanta Korycińska.

Drugim istotnym zadaniem jest zabezpieczenie potrzeb pacjenta związanych ze środkami chłonnymi – właściwy dobór nie tylko samego rodzaju wyrobu medycznego (pieluch, pieluchomajtek, bielizny chłonnej, wkładów urologicznych czy podkładow), ale również dopasowanie ich pod względem chłonności, rozmiaru, czy potrzeb samego pacjenta. – Na rynku dostępna jest szeroka oferta środków chłonnych. Jako ZOL używamy nie tylko produktów różnych firm, ale również zwracamy uwagę na mobilność pacjenta i jego indywidualne potrzeby – dodaje pielęgniarka.

Ostatnim, lecz nie mniej ważnym elementem dbałości o skórę, jest właściwie przeprowadzona higiena miejsc intymnych. – Szczególnie w przypadku stosowania produktów chłonnych należy pamiętać o pielęgnacji skóry podczas zmiany środka chłonnego, dokładne mycie i suszenie miejsc narażonych na otarcia czy odparzenia, nacieranie i oklepywanie. Tylko w ten sposób można zapewnić podopiecznemu komfort, zadbać o jego dobre samopoczucie, zapobiegać zakażeniom dróg moczowych. Te trzy elementy są podstawową bazą i punktem wyjścia do profilaktyki ran, na które seniorzy są szczególnie narażeni – podkreśla Jolanta Korycińska.

Skóra seniora powinna być dobrze odżywiona

W przypadku osób w wieku senioralnym ważnym dla zdrowia ich skóry jest również stan odżywienia organizmu. W przypadku pojawienia się problemów warto wykonać badanie morfologiczne krwi i ocenić, czy pacjent nie mierzy się z niedoborami lub też nieprawidłowymi

parametrami wynikającymi np. ze współwystępującej choroby. Zdarza się również, że problemy ze skórą są efektem niewłaściwie prowadzonej pielęgnacji/higieny, czy nieodpowiedniego dobrania kosmetyków.

– Postępowanie w przypadku podrażnień skóry będzie zawsze zmierzało do wyeliminowania czynników drażniących. Dlatego w przypadku naszych podopiecznych stawiamy na częstą zmianę bielizny pościelowej, codzienną zmianę bielizny osobistej, a także stosowanie odpowiednich środków myjących czy emulsji o właściwościach nawilżających i natłuszczających, następnie odpowiednie osuszenie skóry i zabezpieczenie jej przed ponownym podrażnieniem przez zastosowanie kremów czy maści barierowych. Skóra seniorów ma szczególne wymagania, a kosmetyki stosowane do jej pielęgnacji powinny zawierać substancje nawilżające, kojące podrażnienia i tworzące na skórze barierę lipidową – podkreśla Jolanta Korycińska. W przypadku pojawienia



Fot. CineLens/peopleimages.com - stockadobe.com

się ran czy owrzodzeń zaleca zastosowanie opatrunków i kompresoterapii, a także – u pacjentów mających problemy z przemieszczaniem się – wykorzystanie materaców lub poduszek przeciwoodleżynowych.

Właściwie zbilansowana dieta ma również ogromne znaczenie w przypadku pojawienia się objawów nietrzymania kału. Chcąc ograniczyć negatywne efekty NTK, należy stosować dietę nie tylko zróżnicowaną, ale przede wszystkim bogatą w białko, cynk i witaminy. Dodatkowo należy pamiętać o właściwym doborze środków chłonnych i odpowiedniej pielęgnacji skóry po wypróżnieniu.

– Musimy pamiętać, że w każdym wieku należy właściwie dbać o higienę i stan skóry. W placówkach opieki długoterminowej często musimy przekonywać swoich podopiecznych do czynności higienicznych, gwarantując im właściwe zabezpieczenie potrzeb związanych z NTM i NTK, a także dbając o poszanowanie ich intymności i godności przy zabiegach pielęgnacyjnych. Dzięki temu rozwiewamy obawy związane z dbaniem o higienę i przekonujemy, że warto się poddać pielęgnacji, którą im oferujemy – podsumowuje Jolanta Korycińska.

Wulwodynia i pochwica: jak może pomóc fizjoterapia uroginekologiczna?

Mgr Anna Pyszniak, fizjoterapeutka
Centrum Medyczne MCC w Warszawie



Fot. Pixel-Shot - stock.adobe.com

Seksualność stanowi niezwykle ważną rolę na poszczególnych etapach życia człowieka. Zespoły bólowe z nią związane oznaczają wiele chorób i dysfunkcji, w których ból występuje krótko po lub w trakcie aktywności seksualnej. Jest to problem, który łączy specjalizacje medyczne z dziedziny m.in. ginekologii, urologii, seksuologii, psychiatrii, fizjoterapii i psychoterapii. Cele terapii wytyczane są indywidualnie przez każdego ze specjalistów, ale pracują oni nad aspektami tego samego problemu. W literaturze naukowej coraz częściej pojawiają się doniesienia podkreślające znaczenie fizjoterapii w interdyscyplinarnej terapii zaburzeń seksualnych.

Szukając odpowiedzi na pytania: „dlaczego czuję ból podczas współżycia?” albo „czy kiedykolwiek będę mogła współżyć?”, odbijamy się od drzwi do drzwi, aby w końcu, często po wielu latach, dowiedzieć się, co tak naprawdę nam dolega. Najtrudniejszym i często najdłuższym etapem jest uzyskanie diagnozy. Następnie pozostaje

rozpoczęcie procesu terapeutycznego, który byłoby najlepiej, aby uwzględniał specjalistów z różnych dziedzin.

Kilka słów o wulwodyni

Wulwodynia to przewlekły ból sromu. Charakteryzuje się utrzymującym się dłużej niż 3 miesiące dyskomfortem, świądem, pieczeniem w obrębie krocza, odbytu i sromu. Warto podkreślić, że nie ma widocznej przyczyny ani zidentyfikowanej choroby, która mogłaby powodować dolegliwości bólowe. Wyróżnia się wulwodynię spontaniczną, która charakteryzuje się występowaniem bólu bez żadnej zewnętrznej przyczyny, a także wulwodynię prowokowaną, w której ból jest odpowiedzią na bodziec fizyczny: dotyk, aplikację tamponu, badanie ginekologiczne czy początek współżycia. Pacjentki dotknięte tą chorobą odczuwają ból przy współżyciu albo wycofują się z życia seksualnego w obawie, że współżycie zaostrzy ich dolegliwości. Wulwodynia często mylona jest z nawracającymi infekcjami intymnymi - pacjentki po wielu latach nieskutecznego leczenia zderzają się ze ścianą, myśląc: „dlaczego pieczenie

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.

i świad w obrębie warg sromowych ciągle nawraca?”. Jest chorobą, w której poznanie dokładnej przyczyny jej wystąpienia stanowi duże wyzwanie kliniczne. Doszukuje się przyczyn zapalnych, mięśniowo-powięziowych, genetycznych, hormonalnych, neurologicznych, nieprawidłowości anatomicznych, a także psychospołecznych. Biorąc pod uwagę wszystkie możliwe przyczyny, oprócz fizjoterapii uroginekologicznej zaleca się również konsultację z psychoterapeutą, seksuologiem, zmianę nawyków dotyczących higieny miejsc intymnych, a także ewentualnie rozpoczęcie celowanej farmakoterapii.

Rola fizjoterapii w leczeniu wulwodynii

Rolą fizjoterapeuty specjalizującego się w seksualnych zespołach bólowych jest ustalenie odpowiedniej formy i planu terapii. Początkowym elementem jest wywiad, który warto uzupełnić wypełnionymi przez pacjentkę kwestionariuszami rekomendowanymi przez International Pelvic Pain Society, mającymi na celu dobór właściwych strategii postępowania.

Kolejnym krokiem jest przezpochwowe badanie mięśni dna miednicy, mające na celu ocenę napięcia mięśniowego. U niektórych kobiet obserwuje się nadaktywne dno miednicy, czyli podwyższoną, spoczynkową aktywność toniczną mięśni dna miednicy. Zrozumienie i nauka, jak świadomie relaksować dno miednicy, są niezwykle ważne, ponieważ ta umiejętność będzie wykorzystywana podczas np. aplikacji tamponu czy współżycia.

Podczas badania mięśni dna miednicy fizjoterapeuta różnicuje, gdzie dokładnie występuje tkliwość - na poziomie śluzówki i przedstonka pochwy, czy struktur mięśni dna miednicy. Wynik badania pozwala dobrać indywidualnie ustalone środki terapeutyczne. Jeśli badanie przezpochwowe okaże się niemożliwe do zrealizowania, fizjoterapeuta może przeprowadzić badanie pośrednie, wykorzystując zewnętrzne badanie palpacyjne mięśni dna miednicy lub badanie ultrasonograficzne.

Ważne jest, aby fizjoterapeuta pracował nie tylko z dnem miednicy, ale z całym ciałem. Jeśli obserwuje się podwyższone napięcie mięśni, które nie ogranicza się tylko do jednego obszaru, warto połączyć zastosowanie technik o działaniu globalnym z uwzględnieniem technik skupiających się na działaniu miejscowym, rozciągającym. Techniki manualne mają na celu poprawę krążenia krwi w obszarze dna miednicy, rozluźnienie napiętych grup mięśniowych, a także poprawę czucia głębokiego. Nie zapominając o poczuciu sprawczości, warto wdrożyć formy autoterapii, które pacjentka będzie mogła wykonywać w domu.

A co z treningiem mięśni dna miednicy? Czy jest on zarezerwowany tylko dla osób z osłabieniem siły mięśniowej? Absolutnie nie. W przypadku pacjentek zmagających się z wulwodynią, odpowiednio dobrany trening, stanowi wręcz wskazanie do jego wykonywania. Jego ce-

lem jest poprawa percepcji i zwiększenie czucia w obrębie mięśni dna miednicy.

Dodatkowo ważnym elementem terapeutycznym jest wprowadzenie aktywności mających na celu wyciszenie układu nerwowego. Mogą to być techniki oddechowe, treningi mindfulness, yin joga czy tai-chi.

Czym jest pochwica?

Według ICD-11 pochwica to skurcz mięśni otaczających pochwę, który powoduje zamknięcie wejścia do niej, a w konsekwencji wprowadzenie członka, tamponu, przeprowadzenie badania ginekologicznego, jest niemożliwe albo bolesne. Badania wskazują, że podstawowym czynnikiem powstania pochwicy jest lęk, który charakteryzuje się tworzeniem obrazu fobii. Leczeniem pochwicy powinien zajmować się interdyscyplinarny zespół składający się z ginekologa, psychoterapeuty, seksuologa i fizjoterapeuty.

Jak fizjoterapia może pomóc w leczeniu pochwicy?

Fizjoterapia w leczeniu pochwicy charakteryzuje się podobnym schematem postępowania jak w przypadku wulwodynii. Dodatkowo warto włączyć terapię z wykorzystaniem tzw. stopniowej ekspozycji, która zakłada, że objawy można zminimalizować poprzez stopniową, ustaloną wcześniej z pacjentem, ekspozycję na doświadczenia, które są skorelowane z dyskomfortem i lękiem. Początek charakteryzuje się wykonywaniem czynności związanych z umiarkowanym odczuciem lęku, a następnie stopniowe przechodzenie do coraz trudniejszych zadań.

W leczeniu pochwicy bardzo często wykorzystuje się dilatory [rozszerzacz pochwy – dop. red]. Terapia z ich użyciem ma za zadanie zmniejszyć natężenie lęku, oswoić pacjentkę z uczuciem rozciągnięcia mięśni dna miednicy i stopniowo przyzwyczać ją do danego bodźca. Terapię dilatorami rozpoczyna się od najmniejszych rozmiarów, stopniowo, w miarę gotowości pacjentki, zwiększając je. Ważnym elementem jest nauczanie pacjentki świadomej relaksacji mięśni dna miednicy.

Terapię warto rozszerzyć o badanie EMG biofeedback. Polega ono na nauczaniu kontrolowanego i świadomego napięcia, a następnie rozluźnienia mięśni dna miednicy. Wykorzystuje się do tego sondę dopochwową lub doodbytniczą. Obraz na ekranie ukazujący aktywność mięśni dna miednicy uświadamia pacjentkę, jak bardzo może kontrolować napięcie mięśni dna miednicy podczas codziennych czynności i jak wiele od niej zależy. Dlatego też poznanie i świadomość kontrolowania mięśni dna miednicy jest bardzo istotnym elementem leczenia.

Biorąc pod uwagę to, że fizjoterapeuta pracuje nie tylko z dnem miednicy, ale z całym ciałem, badania naukowe i kliniczne wskazują na bezpieczeństwo i skuteczność terapii w interdyscyplinarnym leczeniu wulwodynii oraz pochwicy.

Neuromodulacja krzyżowa w NTK wciąż bez refundacji

Maja Markłowska-Tomar



Fot. Proxima Studio - stock.adobe.com

Jedną z form leczenia nietrzymania kału/stolca (NTK) jest elektrostymulacja krzyżowa nazywana również neuromodulacją krzyżową. Jest to metoda, która świetnie sprawdza się zwłaszcza w przypadku młodych i aktywnych pacjentów z dysfunkcją zwieracza. Polska jest jednym z nielicznych państw w Europie, w których nadal nie jest ona refundowana.

Elektrostymulacja krzyżowa to technika leczenia polegająca na wszczepieniu elektrod i małego elektrostymulatora - urządzenia, którego zadaniem jest stymulacja nerwu krzyżowego odpowiedzialnego za funkcje zwieraczy. Pisał o niej na łamach Kwartalnika NTM już wielokrotnie, jednak głównie w kontekście pacjentów dotkniętych problemem nietrzymania moczu (NTM), bo tylko w tym wskazaniu zabiegi neuromodulacji krzyżowej są refundowane w Polsce. W większości pozostałych krajów Europy

ze środków publicznych finansowane są również zabiegi neuromodulacji krzyżowej u pacjentów z nietrzymaniem stolca. Kiedy Polska do nich dołączy, nie wiadomo.

Mamy 13 ośrodków gotowych do wykonywania zabiegów

- Jako zespół ekspertów złożyliśmy w tej sprawie wniosek do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Jego opracowanie zabrało nam trochę czasu, ale jestem przekonany co do racjonalności wprowadzenia tej procedury - zwłaszcza dla pacjentów młodych i aktywnych. Mówimy tu o grupie kilkuset pacjentów w roku, którzy mogliby skorzystać z zabiegów tylko w wybranych ośrodkach mających największe kompetencje w tym zakresie. Liczymy, że ta mała grupa pacjentów, którzy mogliby skorzystać z tego rozwiązania, będzie generować stosunkowo małe koszty z punktu widzenia całego budżetu na ochronę zdrowia - stwierdził w wywiadzie udzielonym w ubiegłym roku Kwartalnikowi NTM

prof. dr hab. Tomasz Banasiewicz, kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

Od czasu tej rozmowy upłynęło już ok. 1,5 roku. Z 10 do 13 wzrosła liczba specjalistycznych placówek przygotowanych do wykonywania zabiegów neuromodulacji krzyżowej w ciężkich postaciach NTM, ale w kwestii ich refundacji u pacjentów z NTK nadal nic się nie zmieniło.

NTK - wstydlivy problem, z którym częściej borykają się kobiety

Nietrzymanie kału/stolca (łac. incontinentia alvi) jest dysfunkcją zespołu mięśnia zwieraczy odbytu, czego efektem jest wrodzony lub nabyty samoistny wyciek płynnych lub stałych stolców albo gazów jelitowych. Zgodnie z definicją nietrzymanie kału to bezwiedne oddanie stolca co najmniej 2 razy w miesiącu. Światowa Organizacja Zdrowia uznaje je za chorobę społeczną, na którą według jej danych cierpi minimum 5 proc. dorosłych.

Dokładna skala problemu jest trudna do określenia m.in. dlatego, że inkontynencja stolca jest tematem wstydlivym dla dotkniętych nią osób. Częściej dotyczy kobiet ze względu na inną budowę miednicy, krótszy kanał odbytu, zmiany hormonalne i przebyte porody.

Do najczęstszych przyczyn NTK należą uszkodzenia okołoporodowe (mechaniczny uraz mięśni zwieraczy lub rozciągnięcie nerwu sromowego w trakcie porodu siłami natury) i powikłania po zabiegach proktologicznych.

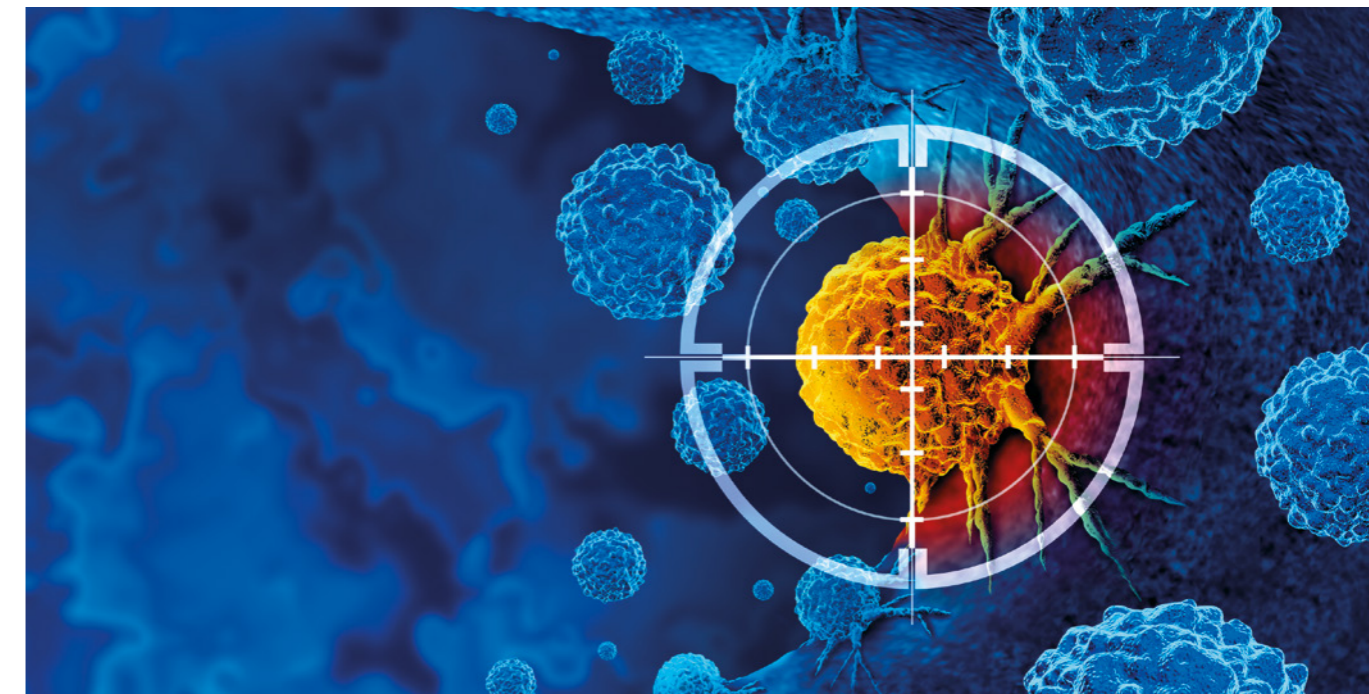
Wśród innych czynników sprawczych wymieniane są:

- osłabienie zwieraczy odbytu,
- choroby dna miednicy,
- choroby wpływające na pojemność/czucie w odbytnicy,
- choroby ośrodkowego układu nerwowego (otępienie, udar, guzy mózgu, stwardnienie rozsiane, uszkodzenie rdzenia kręgowego),
- choroby psychiczne,
- zaburzenia pracy jelit (zespół jelita drażliwego, biegunka po usunięciu pęcherzyka żółciowego, zaparcia, zaleganie stolca z niekontrolowanym wyciekaniem płynnej treści).

Na zwiększenie ryzyka wystąpienia NTK wpływ mają również: cukrzyca, przewlekłe biegunki, wysokie BMI, czy palenie tytoniu.

Leczenie chorych na raka prostaty powinno być „celowane” i spersonalizowane. Co to oznacza?

Maja Markłowska-Tomar



Fot. freshidea - stock.adobe.com

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania zabiegów neuromodulacji krzyżowej

MIASTO	PLACÓWKA	ADRES	KONTAKT	KIEROWNIK KLINIKI / ODDZIAŁU
Biała Podlaska	Oddział Urologiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej	ul. Terebelska 57/65 21-500 Biała Podlaska	tel. 83 414 75 66 www.szpitalbp.pl	lek. med. Krzysztof Pękała
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 Drewna
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	Oddział Urologii Ogólnej i Onkologicznej Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony	ul. Arkońska 4 71-455 Szczecin	tel. 91 813 96 20 www.spwss.szczecin.pl	dr hab. n. med. Artur Leminiński
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	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	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 Położnictwa i Ginekologii Instytut Matki i Dziecka	ul. Kasprzaka 17A 01-211 Warszawa	tel. 22 327 70 19 www.imid.med.pl	prof. dr hab. n. med. Tadeusz Issat
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

Leczenie chorych na raka prostaty (inaczej raka gruczołu krokowego lub raka stercza) zależy przede wszystkim od stopnia zaawansowania procesu nowotworowego. Od tego, czy choroba jest ograniczona tylko do narządu, zajęte są regionalne węzły chłonne, czy może jest już uogólniona i mamy do czynienia z obecnością przerzutów odległych. Rozwój badań naukowych oraz rosnąca wiedza na temat mechanizmów prowadzących do rozwoju choroby nowotworowej sprawiły jednak, że wpływ na wybór sposobu leczenia zaczynają mieć też inne czynniki, nie tylko stopień zaawansowania choroby. Jakie to ma znaczenie?

W opinii ekspertów nadszedł już czas na zmiany w postrzeganiu raka prostaty, podobnie jak doszło już do zmian w postrzeganiu raka piersi i raka płuca - żaden z tych nowotworów nie jest traktowany jako jedna choroba. W zależności od tego, jakie mutacje genów w komórkach prowadzą do ich powstania, dzielą się na różne podtypy. Mając taką wiedzę, lekarz może zaproponować pacjentowi najbardziej optymalną, spersonalizowaną, „uszytą na miarę” terapię.

Mutacje w genach BRCA1 i BRCA2

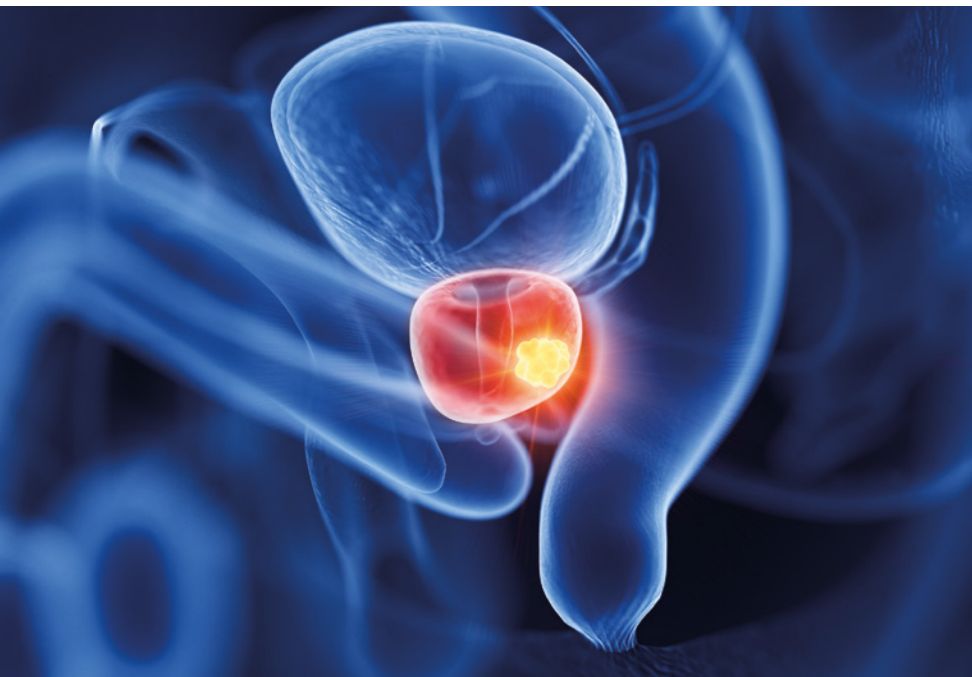
Wśród pacjentów z rakiem prostaty można wyodrębnić grupę osób, u których nowotwór jest uwarunkowa-

ny uszkodzeniami genów naprawy DNA, a jednymi z istotniejszych w tej grupie są mutacje genów BRCA1 i BRCA2.

- Przez lata mutacje w tych genach były kojarzone z rozwojem raka piersi lub raka jajnika. Okazuje się jednak, że jeszcze większe znaczenie ze względu na częstość występowania mają one w raku gruczołu krokowego. Szacuje się, że częstość występowania mutacji genów BRCA2 i BRCA1 u chorych z rakiem prostaty wynosi 5-8 proc., podczas gdy w raku piersi waha się między 1 proc. a 3 proc. Może się wydawać, że jest to niewiele, ale biorąc pod uwagę to, że w Polsce żyje kilkaset tysięcy mężczyzn z aktywnym rakiem prostaty, to te kilka procent w bezwzględnych wartościach stanowi istotną grupę - mówi dr hab. n. med. Jakub Żołnierek, onkolog kliniczny.

Mutacje w genach BRCA1 i BRCA2 mogą mieć dwójaki charakter. Są to albo mutacje germinalne, czyli dziedziczone od rodziców, albo tzw. mutacje somatyczne - obecne tylko w komórkach nowotworowych. Mutacje germinalne wiążą się z zachorowaniami na raka gruczołu krokowego u mężczyzn w młodszym wieku niż ten, który wskazują statystyki dla tej choroby, a więc grubo przed 65. rokiem życia. Mutacje somatyczne, w odróżnieniu od germinalnych, nie są przekazywane potomstwu, ale istotnie wpływają na biologię guza i jego zachowanie, m.in. na wrażliwość na określone grupy terapeutyczne.

- Obie te mutacje mają kilka wspólnych cech. Prowadzą do nowotworów, które są dużo bardziej agresywne niż pozostałe. Choroba szybko postępuje. W krótkim czasie powstają duże guzy, wykraczające poza gruczoł krokowy, lub dające przerzuty odległe. Co więcej, guzy te są bardziej odporne na te formy leczenia, którymi obecnie dysponujemy - hormonoterapię czy nawet chemioterapię. Każda klasyczna terapia, którą u pacjenta z taką mutacją zastosujemy, będzie kontrolowała chorobę relatywnie krótko - mówi dr hab. Jakub Żołnierek.



Fot. Sebastian Kaulitzki - stock.adobe.com

Jak dodaje, ważne jest ustalenie, jaki rodzaj mutacji odpowiada za rozwój nowotworu u danego pacjenta. Jeśli badanie molekularne wykaże, że jest to mutacja gremialna, czyli posiadają ją wszystkie komórki w organizmie, oznacza to, że bliscy krewni pacjenta również mogą ją posiadać. I wszyscy bliscy - wstępni i zstępni - powinni być przebadani oraz objęci opieką poradni genetycznej.

Terapia ukierunkowana molekularnie

- Jeśli postawiono rozpoznanie raka prostaty, doszło do jego rozszewu i powstania przerzutów, chory otrzymał leczenie, ale pojawiła się oporność na kastrację i stwierdzono obecność mutacji BRCA2 lub BRCA1, to można u takiego chorego zastosować leki z grupy inhibitorów PARP. Są to leki ukierunkowane molekularnie, szczególnie skuteczne w leczeniu guzów, w których występują mutacje w genach BRCA2 lub BRCA1. Leki te mogą być dodatkową opcją terapeutyczną, umożliwiającą, przez jakiś czas, kontrolę procesu nowotworowego, a tym samym mogą one wydłużyć czas przeżycia tych chorych - mówi dr Żołnierek.

Dzięki zastosowaniu inhibitorów PARP pacjenci żyją średnio kilka miesięcy dłużej niż chorzy, którzy takiej terapii nie dostali. - Mowa tutaj o medianie czasu przeżycia całkowitego, a więc formie statystycznego uśrednienia

tej wartości. Są zatem pacjenci, którzy będą żyć dłużej, niż sugerują dane statystyczne. Ale nawet te kilka miesięcy różnicy na korzyść inhibitorów PARP to postęp. Dokonuje się on co prawda małymi krokami, ale prace nad poszukiwaniem coraz bardziej efektywnych i coraz lepiej tolerowanych opcji postępowania cały czas trwają. Na przestrzeni ostatniej dekady czas przeżycia pacjentów z rakiem prostaty, pomimo rozszewu i znacznego zaawansowania choroby nowotworowej, został podwojony - z 30 miesięcy do ponad 60 miesięcy - mówi Jakub Żołnierek.

Obecnie badań molekularnych w kierunku obecności mutacji genów BRCA2 i BRCA1 nie wykonuje się u wszystkich pacjentów z nowo rozpoznany rakiem prostaty. Koszt przeprowadzenia takich badań, szczególnie za pomocą nowoczesnych technologii sekwencjonowania następnej generacji (NGS), jest nadal wysoki. - Wciąż trwają badania, które mają ustalić, kiedy i na jakim etapie choroby należy takie badania wykonywać. Potrafimy jednak coraz lepiej identyfikować pacjentów, którzy z takiego badania odniosą korzyść - tłumaczy dr Jakub Żołnierek.

W systemie finansowania badań diagnostycznych istnieje wprawdzie procedura refundacji badań molekularnych w kierunku obecności mutacji genów BRCA2 i BRCA1, ale jest ona powiązana z kontraktem na usługi w ramach leczenia szpitalnego, zamiast opieki ambulatoryjnej. Na dodatek, taką diagnostykę swobodnie można przeprowadzić ambulatoryjnie w ośrodkach, które nie mają zakontraktowanej działalności szpitalnej. W konsekwencji dostęp pacjentów do diagnostyki molekularnej jest sztucznie ograniczony. Drugim, nie mniej istotnym problemem, jest brak specjalistów w dziedzinie genetyki medycznej i akredytowanych laboratoriów genetycznych.

To wszystko sprawia, że badania molekularne w kierunku ewentualnej obecności mutacji genów BRCA2 i BRCA1 wykonuje się przede wszystkim u chorych z rozszewu opornym na kastrację rakiem gruczołu krokowego, u których efektów nie przyniosła hormonoterapia nowej generacji, oraz u pacjentów, u których w momencie wykonywania biopsji i stawiania rozpoznania pierwotnego stwierdzono już obecność przerzutów odległych. Dotyczy to zwłaszcza mężczyzn w młodym wieku lub u których w rodzinie bliscy chorowali na nowotwory BRCA-zależne, czyli raka prostaty, raka piersi, raka jajnika lub raka trzustki.

Mutacje genów BRCA2 i BRCA1 nie są jedynymi, które predysponują do rozwoju raka prostaty. - Takich genów, których uszkodzenia w postaci mutacji odpowiedzialne

są za zwiększenie ryzyka zachorowania na ten nowotwór, naukowcy zidentyfikowali już kilkanaście. Znaczenie praktyczne tych odkryć nie jest jeszcze znane. Dziś wiemy już jednak, że stwierdzenie mutacji w tych kilkunastu genach nie sprawi, że chorzy leczeni inhibitorami PARP odniosą istotną korzyść terapeutyczną. Korzyści te ograniczone są tylko do grupy chorych, u których wykryto mutacje genów BRCA2 lub BRCA1 - tłumaczy dr Jakub Żołnierek.

Specjalista nieprzypadkowo wymienia najpierw mutacje w genie BRCA2, a potem w BRCA1. - Wbrew sugestii numerycznej, mutacje w genie BRCA2 są kilka razy częstsze u pacjentów z rakiem prostaty niż w genie BRCA1 - wyjaśnia.

Niechlubne pierwsze miejsce i niekorzystne prognozy

Rak prostaty jest obecnie najczęstszym nowotworem u mężczyzn. W tym rankingu wyprzedził raka płuca, który przez lata był numerem jeden wśród nowotworów. - W Polsce oficjalne dane mówią o 22 tys. osób z nowo rozpoznany rakiem prostaty rocznie, ale wobec opóźnienia w analizie zbieranych danych i ich publikowaniu należy traktować je jako historyczne. Szacujemy, że obecnie takich pacjentów jest 25 tys. rocznie. Jako że ten nowotwór leczymy coraz bardziej efektywnie i pacjenci żyją długo, to kumulacyjnie tych chorych z nowotworem stercza jest w naszym kraju kilkaset tysięcy - mówi dr Jakub Żołnierek.

Według najnowszych prognoz, za 15 lat na raka prostaty będzie umierać na świecie 700 tys. mężczyzn rocznie. Liczba mężczyzn, u których każdego roku będzie wykrywany ten nowotwór, podwoi się - wzrośnie z 1,4 mln w 2020 r. do 2,9 mln do 2040 r. Takie szacunki zostały przedstawione kilka tygodni temu w czasopiśmie medycznym „Lancet”. Główną przyczyną wzrostu liczby rozpoznanych jest starzenie się społeczeństwa, bo jednym z głównych czynników tego nowotworu jest wiek (50 lat i więcej) oraz występowanie choroby w rodzinie.

A skoro wydłuża się średnia długość życia, pacjentów z rakiem prostaty będzie przybywać. Czynnikiem napędzającym wzrost komórek nowotworowych w prostatie i ich agresywności jest testosteron, męski hormon płciowy.

- Jeżeli zdamy sobie sprawę z tego, że testosteron zaczyna być produkowany przez jądra w wieku dojrzewania i jest wytwarzany do śmierci, to dojdziemy do wniosku, że wraz z wydłużaniem czasu przeżycia statystycznego mężczyzny hormon ten oddziałuje na prostatę nie przez 40 lat, jak było jakiś czas temu, lecz przez lat 50 czy 60. Ekspozycja na testosteron się wydłuża, a zatem i ryzyko zachorowania na raka prostaty się zwiększa. Gdyby mężczyźni żyli średnio 100 lat, to ok. 90 proc. miałoby raka prostaty - uważa dr Jakub Żołnierek.



POMÓŻ MAMIE
ZNOWU
POCZUĆ SIĘ SOBA



- Chłona 2x szybciej*
- Suche na dłużej
- Do 100% ochrony

*vs poprzednie TENA Pants Normal i Plus



Zamów bezpłatną próbkę
na www.tena.pl

Podmiot prowadzący reklamę: Essity Poland sp. z o.o.;
Producent: Essity Hygiene and Health AB, Stosuj przy nietrzymaniu moczu.

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

Słowa mają ogromną moc

Pacjenci zmagający się ze wstydlivymi schorzeniami muszą być otoczeni szczególnie empatyczną i wspierającą ich komunikacją. O tym, w jaki sposób personel medyczny powinien rozmawiać z chorymi mierzącymi się z nietrzymaniem moczu i kału, mówi w wywiadzie z Martą Markiewicz-Melon psycholog i psychoonkolog Adrianna Sobol.

Wielu pacjentów onkologicznych mierzy się nie tylko z główną chorobą, ale również z jej powikłaniami lub innymi schorzeniami współwystępującymi. Niestety często nie chcą rozmawiać o swoich problemach. Dlaczego tak się dzieje?



Adrianna Sobol
psycholog, psychoonkolog

z problemem nietrzymania moczu lub kału, który pojawia się jako np. powikłanie leczenia. W bardzo wielu przypadkach spotkałam się z sytuacją, że pacjenci wstydzi się tego problemu i niejednokrotnie nie informowali o nim swojego lekarza prowadzącego. Przyczyny takiego zachowania są wielorakie. Podstawową kwestią jest wstyd, który niejako pielęgnowany jest w naszej kulturze. Proszę zauważyć, że jesteśmy wychowywani według wzorca kulturowego, w którym nie mówimy otwarcie o czynnościach fizjologicznych. Doświadczenie moje wskazuje, że generalnie Polakom bardzo ciężko mówi się o prawidłowym oddawaniu moczu czy stolca. Dodatkowo często - i to jest dość paradoksalne - pacjentom onkologicznym narzucana jest, często bezwiednie, narracja, że muszą być dzielni, muszą być silni, muszą mieć siłę na leczenie. Sami chorzy bardzo często nie dają sobie również przestrzeni na słabość. W takiej sytuacji, gdy chorych dotyka powikłanie takie jak nietrzymanie moczu lub kału, czy jakiegokolwiek inne będące skutkiem głównej terapii onkologicznej, zdarza się, że nie chcą o nim mówić, krępując się reakcji personelu medycznego, czy też obawiając się, że może to spowodować przerwanie lub wręcz zakończenie leczenia. Personelowi medycznemu może się to wydawać dość absurdalne, ale sama wielokrotnie w swojej praktyce klinicznej spotkałam się z takimi obawami u moich podopiecznych.

Czego zatem brakuje w komunikacji na linii pacjent-personel medyczny?

Ważną sprawą jest prowadzenie wywiadu medycznego przez personel medyczny. Niestety nie zawsze jest to przeprowadzane optymalnie z uwagi na mogące się pojawić powikłania. Zdarzają się sytuacje, w których lekarze czy pielęgniarki nie poruszają wątku nietrzymania moczu lub kału ze swoimi pacjentami, nie pytają o to, pomijają ten temat, przez co czę-

sto niepytany o to pacjent nie informuje lekarza o pojawiających się problemach. To, co zatem powinno się pojawić w rozmowie personelu medycznego i pacjenta i w szeroko rozumianej komunikacji medycznej, to większa szczerłość i otwartość.

Bardzo często mam wrażenie, że chorzy mają obawy, czy też lęk przed zadawaniem pytań. Głównym grzechem komunikacji medycznej jest zbyt mało zadawanych pytań. Dlatego personel medyczny powinien wytłumaczyć pacjentowi, dlaczego zadaje pytania i czemu mają służyć odpowiedzi na nie, ale również powinien zachęcać pacjenta do zadawania pytań i starać się nie deprecjonować ich. Warto za każdym razem podkreślać, że znając problem, możemy poszukać jego przyczyny i starać się wspólnie podejmować kolejne kroki, które dałyby szansę na poprawę sytuacji pacjenta.

Personel medyczny musi również pamiętać, że pacjent, który sam otwarcie nie powie o problemie, bardzo często nie wie lub nie wierzy w to, że można znaleźć rozwiązanie pozwalające na zmniejszenie jego dolegliwości. Chorzy często sami niesłusznie poszukują winy w sobie, nie chcą być potraktowani jak niedbający o higienę osobistą. Niestety, jeśli w tym obszarze nie zadamy o właściwą psychoedukację personelu medycznego, to trudno nam będzie efektywnie pomagać naszym pacjentom.

A jakie elementy mogłyby pomóc pacjentom bardziej otworzyć się na rozmowę o krępujących powikłaniach, z jakimi się borykają?

Zdecydowanie bardziej świadomy problemów oraz właściwie wyedukowany pacjent będzie zawsze dobrym partnerem lekarza. Dlatego zachęcam placówki medyczne, ale również personel w nim pracujący, do tego, by przygotowywali dla swoich chorych materiały edukacyjne. Mam poczucie, że w ostatnich latach wiele się zmieniło, ale nadal w tematach wstydlivych, jak NTM czy NTK, materiały edukacyjne można spotkać na oddziałach sporadycznie. A szkoda. Pacjent wyposażony przed wizytą lekarską w ulotkę, czy inny materiał edukacyjny, będzie nie tylko lepiej przygotowany na rozmowę z lekarzem, ale również będzie mógł o tym porozmawiać ze swoimi bliskimi.

Poruszyła Pani ważną kwestię, jaką są bliscy pacjenta. Jaką rolę odgrywają oni przy pojawieniu się nietrzymania moczu lub kału?

Tutaj mamy dwa scenariusze - albo bliscy będą stanowili wsparcie dla pacjentów, albo w najgorszym scenariuszu pogłębią u osoby chorej wstyd. Mam poczucie, że często pacjenci szukają wsparcia również w komunikacji ze swoimi bliskimi czy opiekunem. Oczywiście rodzina i bliscy powinni bezsprzecznie stanowić dla chorego

oparcie, dlatego często zachęcam pacjentów, by zabierali ze sobą bliskich na wizyty, czy też zapoznawali się z dostępnymi materiałami edukacyjnymi dostępnymi w przychodniach i na oddziałach szpitalnych. Tak wyposażeni w wiedzę będą mieli więcej śmiałości, by rozmawiać zarówno z personelem medycznym, jak również z samymi pacjentami.

Do tego wszystkiego ważnym jest również to, jak będziemy reagować na sytuacje, w których sam pacjent będzie mógł się czuć zakłopotany lub zestresowany. Tutaj istotnym wydaje się, by nie piętnować chorego zmagającego się z nietrzymaniem moczu czy kału. Należy podchodzić ze zrozumieniem i wyrozumiałością do sytuacji, które mogą się wydarzyć w jego życiu. Chodzi o to, żebyśmy w takim momencie potrafili zaopiekować się również emocjami pacjenta i zachowywali się tak, by nie generować dodatkowego wstydu. Niedopuszczalnymi są słowa, które zdarzało mi się słyszeć np. w placówkach medycznych: „Co pani narobiła?” „Proszę teraz po sobie posprzątać”. Gdy pacjent słyszy taki komunikat, to czuje się niekomfortowo, jest zawstydzony i takie sytuacje będą uderzać w godność jego chorowania i jego godność osobistą. Pacjenci przeżywają w takich momentach ogromne kryzysy emocjonalne, które niejednokrotnie mogą sprawić, że będą się wycofywać z życia społecznego. To właśnie ta grupa pacjentów jest najsilniej narażona na izolację - często zamykają się w domu, w skrajnych przypadkach nie chcą iść do szpitala, pamiętając krępującą sytuację.

Wspomniane przykłady pokazują, że słowa mogą mieć ogromną moc - zarówno pozytywną, jak i negatywną...

Zdecydowanie tak! Dlatego w przypadku tak trudnych i krępujących dla pacjenta tematów należy zwrócić uwagę nie tylko na to, jakich komunikatów używamy, ale również, gdzie tę komunikację prowadzimy. Personel medyczny, ze względu na sprawowaną funkcję społeczną, status czy rangę, ma ogromne znaczenie w oswojaniu przez pacjenta przeróżnych trudności. Dlatego szczerza i otwarta rozmowa z pacjentem, ale również wybranie odpowiedniego momentu i miejsca na rozmowę z nim na tematy intymne, są bardzo ważne. Nie możemy dopuścić do tego, by o wstydlivym dla pacjenta problemie rozmawiać na korytarzu, wśród innych pacjentów lub w sposób, który dodatkowo wpawiłby chorego w zakłopotanie.

W dobrej komunikacji z pacjentami należy używać prostych słów, nasączonych empatią i wsparciem. Takich słów, które zachęcą go do szukania pomocy, ale również do dzielenia się swoimi doświadczeniami z innymi chorymi.

Dziękuję za rozmowę.

Praktyka kliniczna pokazuje, że chorzy zmagający się z nowotworami i leczeni przewlekłe bardzo często oprócz swojej choroby onkologicznej muszą mierzyć się

Fot. Archiwum rozmowy

Nietrzymanie moczu z perspektywy badania „PolSenior2”

Prof. Katarzyna Wieczorowska-Tobis

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Polskie Towarzystwo Gerontologiczne



Fot. Radosaw - stock.adobe.com

Badania charakteryzujące proces starzenia i wyznaczające kierunki działań polityki zdrowotnej i społecznej powinny być wykonywane na dużych grupach osób starszych wybranych w taki sposób, aby ich wyniki dało się uogólnić na wszystkich seniorów. Muszą być zatem wykonane na reprezentatywnej dla populacji osób starszych próbie. Takie badania prowadzone są od lat w wielu krajach. W Polsce wykonano je dotychczas dwukrotnie w odstępnie 10 lat.

Pierwsze badanie było realizowane w latach 2007-2011 przez konsorcjum złożone z wielu ośrodków naukowych pod kierunkiem Międzynarodowego Instytutu Biologii Molekularnej i Komórkowej w Warszawie. Był to projekt „PolSenior - Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce”. Po 10 latach (2017-2020) Gdański Uniwersytet Medyczny, pod kierunkiem prof. Tomasza Zdrojewskiego, we współpracy wieloosrodkowej zrealizował projekt „PolSenior2 - Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem”. Efektem realizacji tego badania jest monografia oraz rekomendacje strategiczne dla rządu i samorządów dostępne na stronie internetowej <https://polsenior2.gumed.edu.pl/66095.html>.

Jaka jest skala problemu nietrzymania moczu u seniorów?

W ramach projektu „PolSenior2” przebadano 5987 mieszkańców Polski w wieku od 60 do 106 lat wylosowanych tak, aby tworzyli reprezentatywną grupę dla polskich seniorów. W przypadku osób, które nie były w stanie samodzielnie odpowiedzieć na zadawane pytania, odpowiedzi udzielał opiekun. Badanie obejmowało 3 wizyty pielęgniarki, podczas których zbierano dane o respondentach.

W monografii znajdujemy m.in. opracowanie danych odnoszących się do nietrzymania moczu.

Ocena sprawności zwieraczy pozwalająca na kontrolę oddawania moczu i stolca jest elementem całościowej oceny geriatrycznej i wchodzi w skład oceny sprawności funkcjonalnej. Analizuje się tu m.in. pytanie o samodzielność w zakresie podstawowych funkcji życiowych (ADL - ang. Activities of Daily Living), a jedną z nich jest właśnie kontrola zwieraczy. W badaniu „PolSenior2” brak problemu kontroli zwieraczy deklarowało 92,7% respondentów/opiekunów; częściej mężczyźni niż kobiety - 95,1% vs 90,9%; osoby z najstarszych grup wiekowych deklarowały brak problemu rzadziej - w grupie 60-64 lata było to 97,2% respondentów, a w grupie najstarszej - 90 i więcej lat - tylko 61,2%. Niska zgłaszalność problemów związanych z kontrolą

zwieraczy (wspólnie zwieracza cewki moczowej i odbytu, czyli nietrzymania moczu i stolca) zwraca uwagę na niewłaściwe rozumienie zadawanego pytania. Osoby starsze i ich opiekunowie pytani np. o nietrzymanie moczu (NTM) często uważają, że oznacza ono absolutny brak kontroli nad oddawaniem moczu i ciągły jego wyciek, w związku z czym negują występowanie nietrzymania moczu, pomimo istnienia tego problemu. Pokazuje to, że nie wystarczy zadanie pojedynczego pytania i specjaliści pracujący z osobami starszymi muszą być tego świadomi.

Jeśli chodzi o NTM, to w projekcie „PolSenior2” podano szczegółowej analizie odpowiedzi na następujące pytania:

1. Czy zdarza się Panu (i) gubić/popuszczać mocz podczas wysiłku fizycznego, kaszlu, kichania lub podczas wykonywania codziennych zajęć?
2. Czy mają miejsce sytuacje, w których występuje u Pana(i) niemożliwa do opanowania potrzeba oddania moczu?

Wysiłkowe nietrzymanie moczu czy pęcherz nadreaktywny?

Pozytywna odpowiedź na pierwsze pytanie sugeruje istnienie wysiłkowego NTM. Na podstawie wykonanych badań istnienie problemu stwierdzono u prawie co trzeciej osoby starszej (28,7%), jednak zdecydowanie częściej u kobiet niż u mężczyzn (43,1% vs 8,9%). Bez względu na płeć częstość występowania problemu narastała z wiekiem (największa częstość u kobiet w grupie wiekowej 90 i więcej lat - 61,5%, a u mężczyzn w wieku 85-89 lat - 29,2%). NTM występowało też częściej u osób otyłych (wskaźnik masy ciała BMI 30 kg/m² i powyżej) w stosunku do tych z prawidłowym BMI według WHO (18,5-24,9 kg/m²), ale istotnie częściej tylko u kobiet (51,9% vs 40,0%). Podobnie u kobiet z wykształceniem podstawowym lub niepełnym podstawowym wysiłkowe nietrzymanie moczu występowało częściej w stosunku do tych z wykształceniem wyższym (52,8% vs 33,4%). U mężczyzn takiej zależności nie obserwowano.

Pozytywna odpowiedź na pytanie 2 wskazuje na obecność objawów typowych dla parcia naglącego i możliwość występowania pęcherza nadreaktywnego. Dolegliwość tę podawała co piąta osoba starsza (21,5%), również częściej kobiety niż mężczyźni (25,5% vs 16,0%). Podobnie jak w przypadku wysiłkowego nietrzymania moczu obserwowano zależność narastania częstości problemu z wiekiem (największa częstość u kobiet w wieku 90 i więcej lat - 43,9%, a u mężczyzn 85-89 lat - 34,6%). Otyłość zwiększała istotnie częstość występowania parć naglących zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn (ko-

biety: 29,9% vs 18,0%; mężczyźni: 20,5% vs 12,4%). Powyższe objawy analizowane wspólnie z nykturią (konieczność regularnego wstawania w nocy do toalety celem oddania moczu co najmniej dwa razy) występowały częściej u chorych z cukrzycą (66,7% vs 58,8%), chorobą Parkinsona (80,4% vs 60,1%), po przebytych udarach (69,1% vs 59,6%), z zaburzeniami depresyjnymi (75,8% vs 55,9%), problemami z poruszaniem (82,8% vs 57,8%) i upadkami w wywiadzie (76,6% vs 57,5%).

Niektóre z powyższych diagnoz wskazują na to, że z pewnością u wielu seniorów ważne znaczenie w wywoływaniu NTM ma jego komponenta funkcjonalna (czynnościowa). Ten rodzaj nietrzymania moczu - nietrzymanie moczu z przyczyn niezwiązanych z zaburzeniami w układzie wydalniczym - jest szczególnie częsty u osób starszych. Może wynikać np. z zaburzeń poruszania i wydłużenia czasu potrzebnego na dotarcie do toalety.

Rekomendacje dla rządu i samorządów

Na podstawie wykonanych badań w projekcie „PolSenior2” i analiz uzyskanych wyników wysunięto wnioski i stworzono rekomendacje dotyczące:

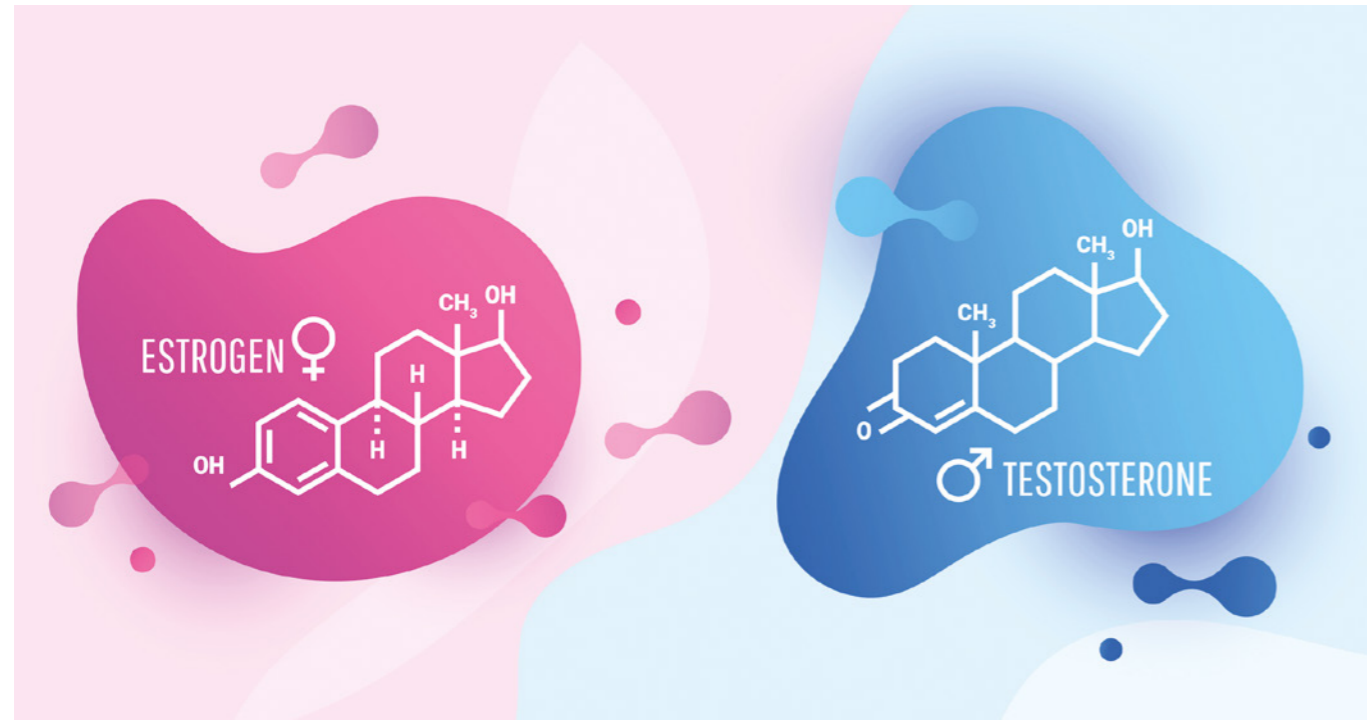
1. Konieczności poszerzenia wywiadu lekarskiego u chorych w wieku podeszłym o problemy urologiczne - jest to niezbędne celem wykrycia zaburzeń, zaplanowania ich dalszej diagnostyki i podjęcia prób leczenia.
2. Konieczności wprowadzenia kształcenia doskonalącego wśród personelu medycznego celem poprawy wykrywalności omawianych zaburzeń i ich kontroli.
3. Konieczności podjęcia szerokich działań edukacyjnych wśród pacjentów, dotyczących omawianych problemów, ich przyczyn, ale i możliwości niefarmakologicznego leczenia oraz znaczenia modyfikacji stylu życia w ich zapobieganiu i leczeniu.
4. Potrzeby wdrożenia fizjoterapii, która może zmniejszyć częstość i stopień nasilenia zaburzeń szczególnie u chorych z problemami takimi jak: cukrzyca, przebyty udar, choroba Parkinsona, depresja czy upadki w wywiadzie.
5. Potrzeby upowszechnienia rehabilitacji uroginekologicznej w okresie połogu, co powinno przyczynić się do zmniejszenia problemów z wysiłkowym nietrzymaniem moczu u kobiet w starszym wieku.

Wobec wypracowania jasnych rekomendacji, a przede wszystkim wskazania praktycznych działań edukacyjnych, prewencyjnych, diagnostycznych i terapeutycznych, należy mieć nadzieję, że decydenci usłyszą głos środowiska naukowego i podejmą niezbędne aktywności celem ich wdrożenia.

Źródło: Kujawska-Danecka H. i wsp. Objawy z dolnego układu moczowego. [w:] Błędowski P. i wsp. (red). „PolSenior2 - Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem”. Gdański Uniwersytet Medyczny 2021: 369-386.

Hormony to nie wszystko

Anna Jarosz



Fot. Shi - stock.adobe.com

Miała babka, miała matka, mam i ja. Nietrzymanie moczu (NTM) to dość powszechny problem zdrowotny XXI wieku. Wiele pań uważa, że wraz z wygasaniem funkcji jajników i niskim poziomem estrogenów pojawia się nietrzymanie moczu. Tak nie musi być. Przekonanie, że nietrzymanie moczu jest wpisane w naturalny proces starzenia się organizmu sprawia, że ten problem zdrowotny jest często lekceważony.

Liczbę osób zmagających się z nietrzymaniem moczu na świecie szacuje się na około 430 milionów. Lwią część stanowią kobiety, ale problem dotyczy także mężczyzn, choć przyczyny nietrzymania moczu są u panów inne niż u kobiet. W Polsce mówi się o ponad 2 milionach osób z NTM, jednak specjaliści uważają, że jest ich znacznie więcej, bo NTM to wciąż temat wstydlivy, o którym nie rozmawia się nawet z lekarzem.

Nietrzymania moczu doświadcza około 25-45 proc. kobiet, w zależności od grupy wiekowej. W przypadku mężczyzn co piąty obserwuje u siebie kłopoty z prawidłowym oddawaniem moczu, w tym z jego utrzymywaniem. Ryzyko wystąpienia NTM znacznie wzrasta u mężczyzn po interwencjach medycznych (np. radykalna prostatektomia, radioterapia) z powodu raka gruczołu krokowego.

Sila estrogenów

Powszechne jest przekonanie, że NTM dotyczy tylko kobiet w okresie menopauzy, bo w tym okresie życia

kobiety w zasadniczy sposób zmienia się gospodarka hormonalna w organizmie.

- *To nie takie proste. Można powiedzieć przekornie, że to i fałsz, i prawda* - mówi dr n. med. Jacek Tulimowski, ginekolog, położnik. Jak tłumaczy, w okresie okołomenopauzalnym poziom estrogenów znacznie się obniża. A to przekłada się na istotne zmiany w strukturze śluzówki pochwy. - *Kiedyś uważano, że receptory estrogenowe znajdują się tylko w pochwie i w szyjce macicy. Obecnie wiemy już, że receptory estrogenowe są także w przedsiionku pochwy, w cewce moczowej i w pęcherzu. Kondycja tych narządów zależy od tego, ile estrogenów znajduje się w danym miejscu. Występuje koincydencja między spadkiem poziomu hormonów ginekologicznych (głównie estrogenów) a brakiem odnowy błony śluzowej nie tylko pochwy, szyjki macicy i przedsiionka pochwy, ale także w okolicach cewki moczowej i pęcherza moczowego. Kobiety, które przechodzą w typowy sposób menopauzę i nie przyjmują, niezależnie od przyczyny, hormonów, mogą mieć NTM. Powodem jest przedłużający się niedostatek estrogenów. Proces ten nie zachodzi z dnia na dzień, trwa miesiące lub nawet lata, a skutkiem jest wysiłkowe nietrzymanie moczu* - tłumaczy dr Jacek Tulimowski.

Jak wyjaśnić ten proces? W okolicy cewki moczowej jest błona śluzowa, która jest odżywiana przez estrogeny. Jeżeli nie ma estrogenów, to błona śluzowa staje się coraz cieńsza. To sprawia, że tworzy się minimalny przeswit między zwieraczem a błoną śluzową. - *Zjawisko to*

można porównać do zużytej uszczelki w kranie. Dobrze zakręcisz kran, a woda i tak kapie. Zwieracz funkcjonuje prawidłowo, ale cienka błona śluzowa powoduje przeciekanie moczu - wyjaśnia obrazowo nasz ekspert. I zwraca uwagę jeszcze na jeden szczegół. - *Brak estrogenów prowadzi także do zwiotczenia błony śluzowej ścian pochwy, a przebyte ciążę i porody powodują obniżenie ścian pochwy, zwłaszcza jej przedniej ściany. Zatem zmienia się kąt między cewką moczową a pęcherzem moczowym. Zwykle jest to kąt ostry. W przypadku obniżenia przedniej ściany pochwy staje się kątem rozwartym. Dlatego przy większym ciśnieniu moczu w pęcherzu i przy kącie rozwartym częściej zdarza się nietrzymanie moczu* - dodaje.

Niedostatek estrogenów jest głównym czynnikiem sprawczym atrofii urogenitalnej (GSM), która prowadzi do wysiłkowego nietrzymania moczu, spoczynkowego nietrzymania moczu lub zastoju moczu. Dlatego tak ważne jest, aby o nietrzymaniu moczu, nawet jego pojedynczych epizodach, mówić lekarzowi. Gdy dolegliwość jest mało rozwinięta, można zaproponować pacjentce wiele rozwiązań, które jeśli nawet nie pomogą, to z pewnością nie zaszkodzą. Przy bardzo rozwiniętym NTM często jedynym rozwiązaniem jest operacja, która może pomóc, ale i zaszkodzić.

NTM u młodych kobiet

- *Niedobór estrogenów w młodym wieku spowodowany może być przez liczne patologie. Do pierwotnych przyczyn niewydolności jajników zalicza się przedwczesne wygasanie ich funkcji, niedorozwój lub nieprawidłową budowę, zespół policystycznych jajników oraz dysgenезję jajników, która towarzyszy np. zespołowi Swyera, zespołowi Turnera. Wtórne przyczyny niewydolności jajników, które wpływają na niedobór estrogenów, to m.in. niewydolność przysadki mózgowej, która jest miejscem wydzielania FSH, nadmierny wysiłek fizyczny, anoreksja i nadużywanie alkoholu* - wyjaśnia dr Jacek Tulimowski.

U młodych kobiet częstymi przyczynami NTM są: pęcherz nadreaktywny, nerwice o różnym nasileniu, infekcje uroginekologiczne, torbiele jajników, mięśniaki, guzy, czasem bardzo aktywne współżycie.

Warto dodać, że zmiany hormonalne zachodzące w organizmie kobiety oczekującej dziecka oraz powiększająca się macica także mogą przyczyniać się do czasowego nietrzymania moczu. Stabilizująca się po porodzie gospodarka hormonalna oraz powracające do normy mięśnie dna miednicy sprawiają jednak, że objawy nietrzymania moczu najczęściej ustępują po kilku tygodniach bądź miesiącach.

- *Godne podkreślenia jest to, że coraz częściej szpitale informują swoje pacjentki o fizjoterapii uroginekologicznej, która pomaga szybciej uporać się z problemem nietrzymania moczu po porodzie* - dodaje specjalista.



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

Zakorzenie poglądy

Większość kobiet uważa, że nietrzymanie moczu to naturalny proces związany ze starzeniem się organizmu, a skoro poprzednie pokolenia na to cierpiały, dotyczy to również współczesnych kobiet.

- *To prawda* - potwierdza Jacek Tulimowski. - *Często w gabinecie słyszę ten argument, ale nikt nie bierze pod uwagę możliwości diagnostycznych i leczniczych, jakie były za czasów naszych babć, a jakie są teraz. Drugim, niezwykle ważnym problemem jest to, że o nietrzymaniu moczu nie mówi się w kategoriach różnych terapii, a tylko w kategoriach coraz skuteczniejszego zabezpieczania się przed kompromitującym wyciekaniem moczu. Rewelacyjne podpaski, chłonne majtki i ani słowa o tym, że konieczna jest wizyta u urologa lub ginekologa. Kolejną rzeczą wpływającą na niedoszacowanie skali NTM jest to, że lekarz nie pyta, a pacjentka nie mówi o swoim problemie. Nie ma takiego zwyczaju. A jeśli lekarz decyduje się na zadanie pytania, powinien dostosować język do poziomu pacjentki. O co chodzi? Otóż o to, że jedna kobieta rozumie, co oznacza nietrzymanie moczu, a drugą trzeba zapytać, czy podczas kichania lub kasłania w sposób niekontrolowany nie wypływa jej mocz. Te z pozoru nieważne niuanse mają ogromne znaczenie, bo pozwalają kobiecie zrozumieć, co jej dolega i że to nie jest naturalne zjawisko, ale patologiczne. Nie jest bowiem prawdą, że każda kobieta w okresie menopauzy będzie miała problemy z trzymaniem moczu - tłumaczy ekspert.*

Test trampolinowy

Kobiety rzadko przychodzą do lekarza z powodu nietrzymania moczu. Do wizyty skłania je najczęściej sytuacja, gdy już nie mogą zapanować nad problemem. To zbyt późno.

- *Po pomoc należy się zwrócić, gdy tylko zauważymy problem. Wtedy można łatwo go rozwiązać poprzez odpowiednio dobrane ćwiczenia, fizjoterapię, biofeedback, magnetoterapię lub laseroterapię [ta terapia nie jest rekomendowana przez międzynarodowe towarzystwa naukowe - przyp. red.] oraz dobrze dobrane leki estrogenowe w postaci kremów lub globulek. Dysponujemy także lekami cholinolitycznymi, które można zalecić przy pęcherzu nadreaktywnym. Przy bardzo nasilonym nietrzymaniu moczu jedynym wyjściem jest zabieg chirurgiczny, który jest obarczony pewnym ryzykiem niepowodzenia* - podkreśla dr Jacek Tulimowski. Według nie-

go świadome pacjentki, które w rzeczywisty sposób dbają o komfort swojego życia, w każdym jego aspekcie, zgłaszają NTM. - *Często słyszę, że kiedyś mogły skakać z dziećmi na trampolinie i nic się nie działo. Z czasem, np. po kolejnym porodzie, zauważają, że podczas skoków ucieka im mocz. Nazwałem to testem trampolinowym i myślę, że oddaje on istotę sprawy* - podkreśla specjalista.

Daj sobie szansę

Wśród przyczyn NTM najczęściej wymienia się niedobór estrogenów, liczne ciążę i porody, zabiegi ginekologiczne, ale zapomina się o powszechnie występującej nadwadze czy otyłości oraz o zaparciach, które przyczyniają się do osłabienia różnych struktur w układzie moczowo-płciowym. Ich przeciążenie sprzyja NTM.

- *Niedobór estrogenów w okresie menopauzalnym sprzyja odkładaniu się tkanki tłuszczowej w okolicach brzucha. U kobiet chorujących na otyłość narządy rodne obniżają się, a wraz z tym nasila się ryzyko wystąpienia nietrzymania moczu. Chcąc uniknąć problemów z trzymaniem moczu, warto zadbać o prawidłową masę ciała, aktywny tryb życia, czyli aktywność fizyczną, dietę chroniącą przed zaparciami oraz higienę okolic intymnych. Niby oczywiste, ale często pomijane zadania* - mówi ekspert.

Ważne jest i to, żeby przed pójściem spać oddać mocz, aby nie narażać pęcherza na przeciążenie. Jeśli tego nie zrobimy, pęcherz będzie nadmiernie wypełniony i rano nie będziemy w stanie całkowicie go opróżnić, bo rozciągnięty pęcherz nie będzie mógł się skurczyć do prawidłowych rozmiarów.

- *Chcę również zwrócić uwagę na samoleczenie infekcji intymnych i powszechne stosowanie leków zawierających furaginę, która eliminuje szczepy bakterii, które są na nią wrażliwe. Te szczepy bakterii, które są na nią odporne, wzmacniają się i namnażają, prowadząc do osłabienia błony śluzowej dróg moczowo-płciowych i nawracających infekcji, podczas których pojawia się nietrzymanie moczu* - dodaje dr Jacek Tulimowski.

Nieleczone nietrzymanie moczu jest przyczyną znacznego obniżenia komfortu życia, a nawet depresji. Nykturia, która towarzyszy nietrzymaniu moczu, nie pozwala odpocząć w nocy. Kobieta wstaje zmęczona, co jeszcze bardziej pogłębia niezadowolenie z życia. Dlatego warto i należy leczyć tę przypadłość.

Komentarz**Mgr Anna Pysznik, fizjoterapeutka uroginekologiczna Centrum Medycznego MCC w Warszawie**

W okresie menopauzalnym dochodzi do szeregu zmian na podłożu hormonalnym, które mają wpływ na stan mięśni dna miednicy. W procesie kompleksowej ścieżki terapeutycznej warto połączyć stosowanie estrogenoterapii z celowaną terapią mięśni dna miednicy. W trakcie diagnostyki fizjoterapeuta oceni napięcie spoczynkowe, a także wykorzystując badanie ultrasonograficzne, elektromiograficzne i sześciostopniową skalę PERFECT, oceni siłę mięśni dna miednicy. Następnie dobierze celowane ćwiczenia, które często rozszerzane są o m.in. elektrostymulację i ćwiczenia biofeedback. Takie działania mają na celu jak najszybsze odzyskanie pełnej funkcji mięśni dna miednicy, a także poprawę krążenia i czucia głębokiego w tym obszarze.

Seniorzy będą mieli łatwiejszy dostęp do leków z listy 65+

Marta Markiewicz-Melon



Fot. Interstid - stock.adobe.com

Kończący się kwartał przyniósł seniorom nadzieję na lepszy dostęp do preparatów z listy 65+. Resort zdrowia chce bowiem, aby recepty na leki refundowane mogli wystawiać także lekarze, którzy przyjmują pacjentów prywatnie. W ministerialnych planach jest również opracowanie modelu opieki koordynowanej nad pacjentami z nowotworami urologicznymi.

Więcej lekarzy uprawnionych do wypisania recepty 65+

Resort zdrowia przedstawił projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W myśl proponowanych zapisów rozszerzony zostanie katalog osób uprawnionych do przepisywania leków z tzw. listy „S”, wprowadzono także zapisy umożliwiające farmaceutom wystawienie recepty farmaceutycznej na szersze spektrum

szczonek stosowanych u osób dorosłych. W myśl nowych zapisów uprawnienie do wystawiania recept na bezpłatne refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne uzyskaliby lekarze oraz pielęgniarki, jako „osoby uprawnione”, niezależnie od rodzaju udzielanego świadczenia oraz niezależnie od faktu posiadania albo nieposiadania (co dotyczy lekarzy udzielających świadczeń w ramach prywatnych praktyk zawodowych) jakiegokolwiek umowy z NFZ.

„Projektowana ustawa wywrze wpływ na obszar „zdrowie” dzięki ułatwieniu dostępu do darmowych refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, przez poszerzenie kręgu osób, które mogą wystawiać na nie recepty” - czytamy w uzasadnieniu do projektu nowelizacji.

MZ na drodze do lepszej jakości w systemie ochrony zdrowia

Na zmianę w systemie ochrony zdrowia może również wpłynąć opublikowane 10 września rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wskaźników jakości opieki zdrowotnej. Dokument ten określa wskaźniki w trzech kluczowych obszarach: klinicznym, konsumenckim i zarządczym. Wśród wskaźników klinicznych pojawi się 35 wskaźników jakości opieki zdrowotnej, w obszarze konsumenckim 6 wskaźników, natomiast w obszarze zarządczym - 19 wskaźników odnoszących się m.in. do kwestii akredytacji, zarządzania zasobami, czy struktury realizowanych świadczeń.

Zdaniem autorów nowych regulacji wdrożenie przedstawionych w rozporządzeniu wskaźników wpłynie nie tylko na stałe udoskonalanie praktyki klinicznej oraz poprawę skuteczności diagnostyki i leczenia, ale również umożliwi porównywanie placówek wykonujących działalność leczniczą, ułatwi efektywniejsze wykorzystanie środków publicznych w systemie i stworzy warunki do finansowego motywowania placówek medycznych.

Będzie opieka koordynowana nad pacjentem z nowotworem urologicznym

W resorcie zdrowia trwają prace na stworzeniu modelu organizacyjnego dla placówek realizujących kompleksową opiekę onkologiczną dla pacjentów z nowotworami urologicznymi. Zapowiedź ta padła w odpowiedzi wiceministra zdrowia Jerzego Szafranowicza na interpelację poselską posła Marcina Józefaciuka z Koalicji Obywatelskiej.

Jak wskazał wiceminister, tworzony model ma stanowić odpowiedź na zidentyfikowane problemy w obszarze diagnostyki (oczekiwane zwiększenie udziału rozpoznań we wczesnym stadium choroby w ogólnej liczbie nowych przypadków nowotworu), potrzebę poprawy jakości i skuteczności diagnostyki (oczekiwana poprawa postępowań klinicznych oraz skutecznej szybkiej diagnostyki), a także poprawę wyników leczenia onkologicznego (poprzez prowadzenie całego procesu w wyspecjalizowanych jednostkach - „centrach kompetencji”).

„Kompleksowa opieka onkologiczna będzie opracowywana przy udziale ekspertów klinicznych. (...) Ma zakładać, iż ścieżka postępowania z pacjentem w modelu kompleksowej diagnostyki i leczenia nowotworów będzie opierała się na skoordynowanych działaniach jednego ośrodka, zapewniającego wymaganą infrastrukturę do realizacji świadczeń w ramach opieki kompleksowej oraz wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, planujący i koordynujący cały proces leczenia. Specjaliści z zakresu diagnostyki i leczenia danego nowotworu zajmować się będą świadczeniobiorcą w sposób kompleksowy, obejmujący każdy z etapów procesu leczenia - od diagnostyki, przez leczenie zabiegowe, leczenie systemowe

(farmakoterapię), ewentualną rekonstrukcję, radioterapię, rehabilitację pozabiegową, w tym wsparcie i opiekę psychologiczną, aż do opieki paliatywnej w zależności od wskazań medycznych” - czytamy w piśmie wiceministra Jerzego Szafranowicza. Dodał on również, że w opracowywanym modelu pacjent każdorazowo będzie otrzymywał ustalony, optymalny plan postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, dostosowany do jego indywidualnych potrzeb. Ma to zagwarantować każdemu pacjentowi - niezależnie od miejsca zamieszkania - równy dostęp do koordynowanej i kompleksowej opieki onkologicznej, opartej o jednolicie zdefiniowane ścieżki pacjenta.

W resorcie zdrowia nie zaplanowano natomiast prac nad rozwiązaniem legislacyjnym, które umożliwiłyby zniesienie wymogu posiadania skierowania do lekarza urologa, czego domagały się organizacje pacjenckie.

Nowe leki na horyzoncie

Ministerstwo Zdrowia oraz Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji pracują nad udostępnieniem pacjentom kolejnych preparatów w ramach programu lekowego B.56 „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego (ICD-10 C61)”. Pierwszy z nich to lek złożony niraparyb i octan abirateronu, który ma być stosowany w terapii pacjentów z opornym na kastrację rakiem gruczołu krokowego z przerzutami i mutacjami genów BRCA1/2, u których nie jest wskazana chemioterapia. Proces refundacyjny tego leku jest na etapie negocjacji cenowych.

Drugim preparatem jest olaparyb w skojarzeniu z octanem abirateronu. Miałby on być stosowany u dorosłych pacjentów z opornym na kastrację rakiem gruczołu krokowego niezależnie od posiadania mutacji w genach BRCA. Ten lek jest również na etapie negocjacji cenowych.

Ostatnim preparatem jest talazoparyb, który zgodnie z wnioskiem refundacyjnym miałby być stosowany w skojarzeniu z enzalutamidem u pacjentów z opornym na kastrację nowotworem gruczołu krokowego i obecnością patogennej mutacji w genach HRR. Ten preparat czeka na ocenę Rady Przejrzystości AOTMiT.

Nowy-stary konsultant

Na początku września na stanowisko konsultanta krajowego w dziedzinie urologii dziecięcej ponownie powołano dr. n. med. Piotra Gastoła, kierownika Kliniki Urologii Dziecięcej w Instytucie-Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie. To kolejna, druga kadencja tego eksperta na stanowisku konsultanta krajowego. Dr Piotr Gastoł jest członkiem wielu organizacji i towarzystw, m.in. Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych, European Society for Pediatric Urology i The International Federation of Pediatric and Adolescent Gynecology.

HARTMANN



Podrażnienie skóry wywołane nietrzymaniem moczu?



Skóra narażona na nietrzymanie moczu zasługuje na specjalną pielęgnację

- **Pianka oczyszczająca**
Szybkie i łagodne oczyszczenie zabrudzonej skóry, bez użycia wody.
- **Krem ochronny z tlenkiem cynku**
Chroni skórę okolic intymnych, zapobiega stanom zapalnym, odparzeniom.
- **Emulsja do ciała**
Sucha, pergaminowa, starzejąca się skóra wymaga pielęgnacji na całej powierzchni.

CENTRUM
POMOCY
PACJENTOM

600 33 99 77

Infolinia edukacyjno-informacyjna dla pacjentów ze stomią oraz problemami nietrzymania moczu

www.hartmann.info

MoliCare®
Ochrona. Każdego dnia.



Multidyscyplinarne programy
profilaktyczne, rehabilitacyjne i terapeutyczne:



Męska droga do zdrowia



Prehabilitacja urologiczna

- przygotowanie do operacji radykalnej prostatektomii



Świadoma ciąża

- przygotowanie do porodu



Jestem mamą



Nie daj się endometriozie



Pożegnanie z nadwagą

 INFOLINIA

22 770 78 00

 ADRES

ul. Chmielna 132/134
Warszawa

 www.centrumkontynencji.pl

 @centrum_medyczne_mcc

 /centrumkontynencji