

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

**Wspólny marsz do
zdrowia po radykalnej
prostatektomii**

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY



**Cała prawda o opiece
zdrowotnej nad pacjentami
z NTM**



LECZENIE

**Zespoły bólowe dna
miednicy - aktualne
wytyczne postępowania**



NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

**NTM po porodzie
naturalnym**



LECZENIE



**Rehabilitacja
w dysfunkcjach
seksualnych u kobiet**

Lepiej już nie będzie?

Koniec roku zwiastuje nadejście kolejnego. Decyzje podejmowane lub też odwołane skutkują zazwyczaj z kilkumiesięcznym lub kilkuletnim opóźnieniem. Te najważniejsze, strategiczne dla przyszłości kraju, mają wpływ na nasze życie nawet po kilkudziesięciu latach.

Jesteśmy w trudnym dla Polski momencie. Widmo wojny za wschodnią granicą coraz bardziej przybliża się do naszych granic. Słowo „bezpieczeństwo” jest coraz częściej przytaczane, gdy mowa o priorytetach na kolejne lata. Akurat w tej kwestii nasza silnie podzielona klasa polityczna jest nadzwyczaj zgodna. Gdy jeden obszar zaczyna być priorytetem, inne będą odczuwać tego negatywne skutki. I to już widać w polityce zdrowotnej.

Przy zmieniającej się strukturze demograficznej, rekordowych wydatkach oraz inwestycjach, efekty polityki zdrowotnej obecnego rządu wyglądają mizernie. Obnażają to statystyki, nastroje pacjentów, a także innych interesariuszy systemu. Oczywiście, byłoby zbyt dużym uproszczeniem obciążać obecną ekipę rządową skutkami polityki ostatnich dekad. Jednak tak złych nastrojów, gdy mowa o systemie ochro-

ny zdrowia, nie było od wielu lat. Przestaliśmy wierzyć, że może być lepiej.

Czy nasze obawy są uzasadnione? Niestety, dużo na to wskazuje. Nieuchwalenie planu finansowego NFZ na 2025 r., czy brak środków na sfinansowanie ponadlimitowych świadczeń w 2024 r., to tylko wierzchołek góry lodowej i problemów, jakie czekają nas w najbliższych latach. Czy obecny rząd jest w stanie sobie z tym poradzić? W opinii coraz większego grona osób, z każdym kwartałem wydaje się to być coraz bardziej wątpliwe.

Nie oznacza to jednak, że mamy czekać z założonymi rękoma na zmiany. Nic tak nie motywuje polityków do działań, jak rozwój oddolnych inicjatyw, w których Polacy już wielokrotnie udowodnili swoją skuteczność. To one w najbliższych latach zaczną nabierać coraz większego znaczenia. To one mogą stać się początkiem prawdziwej, merytorycznej debaty o reformie systemu ochrony zdrowia w Polsce. Nie ma już wątpliwości, że system wymaga zmian – bez reformy, poprawy w ochronie zdrowia nie będzie.

Tomasz Michałek



SPIS TREŚCI

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

Wspólny marsz do zdrowia po radykalnej prostatektomii 4

LECZENIE

Zespoły bólowe dna miednicy – aktualne wytyczne postępowania 6

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania neuromodulacji krzyżowej 9

Rehabilitacja w dysfunkcjach seksualnych u kobiet – studium przypadku 10

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Cała prawda o opiece zdrowotnej nad pacjentami z nietrzymaniem moczu 13

Nietrzymanie moczu po porodzie naturalnym 17

LEGISLACJA

Więcej leków na liście refundacyjnej, ale kasa NFZ świeci pustkami 21

Szanowni Państwo,
Znam wielu chorych, którzy z nadzieją czekali na świąteczny prezent od Ministerstwa Zdrowia. Tym prezentem miała być zapowiedź zmian na listach leków refundowanych. Część pacjentów z pewnością będzie zadowolonych, bo od 1 stycznia 2025 r. refundacją objętych ma być 31 substancji, które znajdują zastosowanie m.in. w leczeniu chorych na nowotwory oraz choroby rzadkie i ultrarządki. Powody do zadowolenia na pewno mogą mieć chorzy na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami (mCRPC) i mutacjami genów BRCA 1/2 (germinalną i/lub somatyczną), u których nie jest wskazana chemioterapia. Od przyszłego roku powinni mieć dostęp do nowej opcji terapeutycznej w ramach programu lekowego, o czym pisze red. Marta Markiewicz-Melon (s. 21). Nie przez przypadek użyłam sformułowania „powinni mieć dostęp”, bo biorąc pod uwagę problemy finansowe, z którymi już w mijającym roku mierzył się Narodowy Fundusz Zdrowia i jego sięgające 1,1 mld zł zadłużenie w stosunku do placówek medycznych realizujących programy lekowe, może się okazać (oby nie!), że ten dostęp będzie tylko teoretyczny.

Koniec roku sprzyja różnym podsumowaniom, więc i my ulegliśmy temu trendowi. Dla osób, które nie miały jeszcze okazji zapoznać się z raportem „Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej”, wydanym na zlecenie Stowarzyszenia „UroConti”, przygotowaliśmy omówienie tego dokumentu. Znajdziecie je pod wymownym tytułem „Cała prawda o opiece zdrowotnej nad pacjentami z nietrzymaniem moczu” (s. 13). Koniecznie do niego zajrzyjcie i zastanówcie się, czy jest coś, za co chcielibyście podziękować urzędnikom z resortu zdrowia. A może jest coś, co was szczególnie zirykowało?

Trzymając się tematu nietrzymania moczu, polecam Państwu lekturę artykułu red. Anny Jarosz, która tym razem zajęła się kobietami po porodzie. To wcale nie miały odsetek kobiet zmagających się z NTM, co zupełnie przeczy dobrze zakorzenionemu w powszechnej świadomości stereotypowi, że NTM to problem osób starszych. „W sieci krąży wiele informacji, z których wynika, że nietrzymanie moczu po porodzie naturalnym jest zjawiskiem normalnym, które po pewnym czasie samo ustępuje” – pisze autorka artykułu „Nietrzymanie moczu po porodzie naturalnym” (s. 17). Co na ten temat sądzą jej rozmówczynie?

Uprzedzając ewentualny zarzut o „sfeminizowaniu” tego ostatniego w 2024 r. wydania Kwartalnika NTM, męską część naszych Czytelników chciałabym zachęcić do przeczytania szczerzej opowieści pana Franciszka (s. 4), który przeszedł radykalne leczenie z powodu raka prostaty i – głównie dzięki swojej determinacji – skorzystał z programu „Męska droga do zdrowia”. To także opowieść o tym, że pacjenci po radykalnej prostatektomii wcale nie muszą być skazani na bardzo częste powikłanie tego zabiegu, jakim jest nietrzymanie moczu.

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 Agnieszka Szczepocka, dr Beata Rutkowska;
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

Wspólny marsz do zdrowia po radykalnej prostatektomii

Marta Markiewicz-Melon

„Męska droga do zdrowia” - pod taką nazwą kryje się program kompleksowej opieki nad chorymi po radykalnej prostatektomii. Nowa inicjatywa warszawskiego Centrum Medycznego MCC to nie tylko szansa na skorzystanie z dopasowanego do indywidualnych potrzeb programu pooperacyjnej rehabilitacji, ale również z „szytej na miarę” opieki przyspieszającej powrót do zdrowia.

Konsultacje z lekarzem urologiem, indywidualnie dobrany program fizjoterapii urologicznej, pozwalający na poprawę kontroli funkcji pęcherza i wzmocnienie mięśni dna miednicy, ale także możliwość skorzystania z porad dotyczących doboru środków chłonnych czy właściwej diety - takie multidyscyplinarne podejście do pacjentów po radykalnej prostatektomii oferuje Centrum Medyczne MCC. Zarówno prowadzący pacjentów specjaliści, jak i sami uczestnicy kompleksowej rehabilitacji, podkreślają korzyści wynikające z programu i zachęcają do skorzystania z unikalnego na skalę całego kraju programu powrotu do dobrej jakości życia.

Prostatektomia - zabieg nie bez ryzyka powikłań

Leczenie radykalne nowotworu prostaty polega na usunięciu całego gruczołu krokowego wraz z pęcherzykami nasiennymi i nasieniowodami. Bez względu na metodę przeprowadzenia zabiegu (operacja z wykorzystaniem robota chirurgicznego, metoda laparoskopowa czy otwarta) ryzyko pojawienia się powikłań w postaci nietrzymania moczu, czy przepukliny zawsze będzie istniało.

- W rzeczywistości bardzo rzadko zdarza się, żeby pacjent po zabiegu radykalnej prostatektomii nie mierzył się z problemem nietrzymania moczu (NTM). Zazwyczaj do naszego centrum trafiają pacjenci, u których stopień nietrzymania moczu klasyfikujemy jako średni lub ciężki. Jeśli pojawia się pacjent po zabiegu i uznaje, że problemu nie ma, wówczas sprawdzamy jego świadomość mięśniową, oceniamy sprawność miodfunkcjonalną i zalecamy konsultację w przypadku pojawienia się niepokojących symptomów - wyjaśnia mgr fizjoterapii Agnieszka Szczepocka, która na co dzień sprawuje opiekę nad pacjentami w MCC.

Wsparcie specjalistów...

Program opieki nad chorymi, u których konieczna była resekcja prostaty, zakłada konsultacje z lekarzem uro-

logiem i fizjoterapeutą, doradztwo m.in. w zakresie prawidłowej diety czy doboru środków chłonnych do indywidualny potrzeb pacjentów.

- Towarzyszymy pacjentowi w całym procesie rekonwalescencji, oferując - obok konsultacji - zajęcia indywidualne, podczas których dobieramy ćwiczenia właściwe do etapu rehabilitacji i problemów, z jakimi mierzy się po zabiegu. Gdy widzimy postęp w procesie powrotu do zdrowia, włączamy również pacjenta do zajęć grupowych - wskazuje Agnieszka Szczepocka.

Taka forma prowadzenia procesu rehabilitacji znajduje aprobatę pacjentów. Jednym z nich jest pan Franciszek, który do Centrum Medycznego MCC trafił z publicznej placówki, gdzie wykonano mu zabieg z wykorzystaniem robota chirurgicznego.

- Po zabiegu rzeczywiście dość szybko opuściłem placówkę, ale zalecenia związane z postępowaniem po zabiegu otrzymałem na kartce, gdzie wskazano: „po zabiegu zaleca się przeprowadzenie fizjoterapii”. Niestety nie otrzymałem informacji, gdzie i w jakim terminie na rehabilitację należy się zgłosić - przyznaje pan Franciszek. Dopiero po rozmowie z lekarzem przeprowadzającym zabieg i po wstępnym wywiadzie przeprowadzonym w Internecie, pacjent trafił na adres warszawskiej placówki specjalizującej się w tego rodzaju rehabilitacji.

- Początkowo podchodziłem do tego z zaciekawieniem, ale również z pewnymi obawami, mając w pamięci świadectwa rehabilitacyjne, z jakimi miałem do czynienia podczas wyjazdów sanatoryjnych. Muszę jednak przyznać, że sposób zaopiekowania się mną w Centrum MCC bardzo mnie zaskoczył - wspomina pan Franciszek. - Pierwszym zaskoczeniem był bardzo wnikliwie zebrany wywiad medyczny, w trakcie którego zapytano mnie o wiele aspektów związanych z moim zdrowiem, ale również kwestiami, o których wcześniej nie myślałem, że mogą mieć znaczenie (np. tryb życia). Kolejnym zaskoczeniem był indywidualnie dobrany program ćwiczeń i to, że na każdych zajęciach indywidualnych przeprowadzano kontrolę postępów, a podczas zajęć grupowych ćwiczenia dla każdego uczestnika były dobierane tak, by odpowiadały one na jego indywidualne potrzeby - dodaje.

Takie podejście sprawiło, że pan Franciszek czuł się nie tylko właściwie „zaopiekowany”, ale również miał motywację do tego, by wejść - jak sam to nazywa - we właściwy rytm ćwiczeń, a aktywność fizyczna stała się ważnym elementem jego codziennej rutyny. - Zaczynając program,



Fot. Materiały Centrum Medycznego MCC w Warszawie

pojawiałem się w MCC raz w tygodniu na indywidualnych zajęciach, aby z czasem być tu co drugi dzień - wspomina. Ważnym elementem programu jest jednak stała kontrola i ocena zmian, jakie zachodzą w organizmie pacjenta. Okazała się ona kluczowa również w przypadku pana Franciszka, który po pierwszych kilku tygodniach musiał zrobić planowaną przerwę z uwagi na problem przepukliny, jaki pojawił się po zabiegu.

- Po kolejnym zabiegu ponownie wróciłem do MCC i obecnie znajduję się pod kontrolą fizjoterapeutyczną uwzględniającą oba problemy - mówi.

... oraz pokrzepiająca moc grupy

Ale „Męska droga do zdrowia” daje jeszcze jedną, nieoczywistą korzyść. Podczas wspólnych zajęć pacjenci uczestniczący w programie mogą nie tylko nawiązać relacje w grupie, ale również wymienić się swoimi do-

świadczeniami z procesu leczenia, a w pewnym momencie stanowią dla siebie grupę wsparcia. Jak wspomina pan Franciszek, w ośrodku MCC spotkał pacjentów, którzy tak jak on zostali poddani radykalnej prostatektomii, ale po zabiegu nie wiedzieli o możliwości fizjoterapii lub tylko została im ona zasugerowana. - Każdy z nich miał swoją drogę, czasem krótszą, czasem dłuższą od momentu zabiegu, mam jednak poczucie, że na właściwą ścieżkę wróciliśmy dopiero w MCC - ocenia.

Agnieszka Szczepocka zwraca uwagę na zupełnie inny aspekt programu „Męska droga do zdrowia”.

- Rak prostaty to dla wielu pacjentów nie tylko duże zaskoczenie, ale i wyzwanie. Dlatego znalezienie się w jednej grupie, wspólne ćwiczenia, wspólne postępy naszych pacjentów mocno integrują grupę i sprawiają, że motywacja w procesie fizjoterapii i dochodzenia do zdrowia jest zdecydowanie większa - ocenia fizjoterapeutka.

Zespoły bólowe dna miednicy - aktualne wytyczne postępowania

dr n. med. Beata Rutkowska, ginekolog-położnik
Oddział Ginekologiczno-Położniczy, Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie



Fot. Jelena Stanojkovic - istockphoto.com

Zespół bólowy dna miednicy (chronic pelvic pain syndrome - CPPS) to przewlekły ból zlokalizowany w obszarze dna miednicy, który trwa co najmniej sześć miesięcy. Może być związany z dysfunkcją mięśni, nerwów i narządów znajdujących się w obszarze dna miednicy. Jest bardziej specyficzny dla struktur podtrzymujących miednicę, co ma wpływ na funkcjonowanie narządów znajdujących się w obszarze dna miednicy.

Dno miednicy to anatomiczna struktura złożona z grupy mięśni i powięzi, które zamykają dolną część miednicy. Tworzą one rodzaj mięśniowej płyty, która podtrzymuje i stabilizuje narządy wewnętrzne: pęcherz moczowy, macicę i odbytnicę. Mięśnie dna miednicy odgrywają rów-

nież ważną rolę w funkcjach seksualnych, zapewniając właściwe napięcie pochwy i odczucia podczas stosunku. Dno miednicy działa jak stabilizator dla miednicy i dolnej części kręgosłupa, wspomagając postawę ciała i równowagę.

Definicja i objawy zespołów bólowych dna miednicy

W międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-11 zespoły bólowe dna miednicy są sklasyfikowane jako przewlekły ból miednicy (chronic pelvic pain), który dzieli się na przewlekły pierwotny (chronic primary pelvic pain), definiowany jako występowanie przewlekłego bólu, bez potwierdzonej infekcji lub innej oczywistej lokalnej patologii, która może być jego przyczyną oraz przewlekły wtórny ból miednicy (chronic secondary

seni®

Twoje wsparcie w nietrzymaniu moczu NA NOC

Nowość



+prebiotic



szerszy tył

- poszerzone w tylnej części, dla lepszej ochrony w nocy
- z prebiotykiem, który wspiera naturalny mikrobiom skóry
- najbardziej chłonne z wkładek Seni Lady

Zamów próbkę na
senilady.pl



Seni Lady produkty chłonne na nietrzymanie moczu. Producent i podmiot prowadzący reklamę – Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych SA.

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

pelvic pain), który początkowo można uznać za objaw innych współistniejących chorób.

Zespół bólowy dna miednicy (CPPS) jest zaburzeniem wieloczynnikowym, w którym ból może mieć swoje źródło w układzie uroginekologicznym, pokarmowym, mięśniowo-szkieletowym miednicy czy układzie nerwowym. Objawy CPPS wynikają z wzajemnego oddziaływania czynników psychologicznych, hormonalnych, zaburzeń w układzie odpornościowym i neurologicznym.

Zespoły bólowe dna miednicy mogą mieć swoje podłoże w schorzeniach ginekologicznych, takich jak:

- endometrioza,
- przewlekłe zapalenie narządów miednicy mniejszej (pelvic inflammatory diseases - PID),
- choroby żylnie miednicy (pelvic venous diseases - PeVD),
- zaburzenia statyki narządów miednicy (pelvic organ prolapse),
- guzy w macicy oraz przydatkach.

Przewlekły ból miednicy może być związany z dysfunkcjami przewodu pokarmowego, m.in. zespołem jelita drażliwego (irritable bowel syndrome - IBS), a także zaburzeniami ze strony pęcherza moczowego: zespołem bólowym pęcherza moczowego (painful bladder syndrome - PBS), śródmiąższowym zapaleniem pęcherza moczowego (interstitial cystitis - IC) czy nawracającymi zapaleniami układu moczowego.

Niektórzy autorzy do przewlekłych zespołów bólowych miednicy zaliczają także wulwodynię prowokowaną, czyli przewlekły ból sromu pojawiający się w odpowiedzi na bodziec wywołujący ból, którym może być: stosunek seksualny (penetracja pochwy), zakładanie tamponu do pochwy, zakładanie wziernika do pochwy podczas badania ginekologicznego czy uciskające ubranie.

Istnieją również inne przyczyny zespołu bólowego dna miednicy, związane z dysfunkcją w strukturach powięziowych czy mięśniowo-nerwowych, m.in. zwiększone napięcie mięśni dna miednicy (pelvic floor muscle dysfunction PMFD/overactive state). Blizny i zrosty pourazowe czy pooperacyjne mogą także powodować przewlekły ból, natomiast neuralgia nerwu sromowego wywołuje ból spowodowany kompresją lub podrażnieniem tego nerwu. Jedną z przyczyn CPPS może być także fibromialgia.

Znajomość tych schorzeń oraz ich etiologii warunkuje niejednokrotnie kierunek i powodzenie leczenia w zespołach bólowych dna miednicy.

Epidemiologia zespołów bólowych dna miednicy

Częstość występowania CPPS waha się od 3 do 10 proc. Według innych autorów, przewlekły ból miednicy (CPP) dotyka około 26 proc. światowej populacji kobiet i jest przyczyną 40 proc. laparoskopii i 12 proc. histe-

rektomii w USA rocznie, mimo że u 80 proc. pacjentek przyczyna CPP nie leży w narządzie płciowym.

Istnieje wiele mechanizmów odpowiadających za patofizjologię bólu w CPPS. Jednym z nich jest proces infekcyjny, ale nie znaleziono na to jednoznacznych dowodów, a leczenie antybiotykami jest nieskuteczne. Uwzględnia się również zapalenie neurogenne, obejmujące miejscowe zmiany chemiczne w tkankach, które mogą odpowiadać za przewlekły ból.

Kolejnym mechanizmem odpowiadającym za patofizjologię bólu w CPP jest niedotlenienie. Zaburzony dopływ krwi do miednicy i zmniejszona gęstość warstwy mikro-naczyniowej w błonie podśluzowej pęcherza moczowego powoduje zmniejszoną perfuzję w tym obszarze. Potwierdzeniem tego patomechanizmu bólu w CPP jest poprawa kliniczna u pacjentów leczonych w komorze hiperbarycznej. Wzmoczone napięcie mięśni dna miednicy, jak również osłabienie tych struktur może wywoływać przewlekły ból.

Nadwrażliwość na bodźce bólowe u kobiet z PBS i PVD zwiększa prawdopodobieństwo, że u podstaw CPP leży dysfunkcja ośrodkowego układu nerwowego. Występowanie innych, zwłaszcza idiopatycznych, przewlekłych chorób u pacjentów z CPPS (np. fibromialgia i IBS) potwierdza tezę, że przyczyną jest dysfunkcja ośrodkowego układu nerwowego.

U pacjentek z nakładającymi się zespołami bólowymi objawy mogą być bardziej rozległe i potwierdzać tezę zespołów centralnej sensytyzacji, czyli nadmiernego uwrażliwienia ośrodkowego układu nerwowego na bodźce bólowe odbierane z określonej okolicy ciała.

Jak leczy się zespoły bólowe dna miednicy

Podobnie jak w przypadku innych zespołów, w których proces patogenezy jest nieznan, leczenie CPPS jest zróżnicowane i obejmuje:

- terapię behawioralno-poznawczą (cognitive behavioral therapy - CBT), która polega na technikach oddechowych,
- naukę technik kontroli mięśni dna miednicy (napięcie i rozluźnianie),
- trening pęcherza moczowego.

Zazwyczaj terapia ta polega na nauce mikcji według ustalonego harmonogramu, niejednokrotnie z wykorzystaniem technik relaksacyjnych i rozproszenia uwagi w celu tłumienia nagłej potrzeby oddania moczu. Udowodniono, że techniki te zwiększają objętość moczu i zmniejszają częstotliwość jego oddawania.

Leczenie CPPS obejmuje także farmakoterapię. W leczeniu zespołu bolesnego pęcherza moczowego stosuje się polisiarczan pentozanu sodu, który hamuje uwalnianie histaminy z komórek tucznych lub leki dopęcherzowe (np. glikozaminoglikany będące częścią naturalnej warstwy ochronnej pęcherza).

Toksyna botulinowa hamuje wydzielanie czynników zapalnych, takich jak substancja p i czynnik wzrostu nerwów oraz zapobiega zwiększonemu napięciu mięśni dna miednicy.

Terapia hormonalna - antykoncepcja hormonalna estrogenowo-progestagenowa lub jednoskładnikowa - progestagenowa czy analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę (analogi GnRH) stosowane są w leczeniu bólu w przebiegu endometriozy. Leczenie hormonalne miejscowe najczęściej w postaci maści stosuje się w wulwodyni.

Zakładając, że ból w CPPS jest neuropatyczny, stosuje się także leczenie doustne w postaci selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI) - duloksetynę, wenlafaksynę, leki przeciwdrgawkowe (gabapentyna, pregabalina) czy trójcykliczne leki przeciwdepresyjne (amitryptylina).

W leczeniu bólu wykorzystuje się niesteroidowe leki przeciwzapalne hamujące wytwarzanie prostaglandyny, przy założeniu, że CPPS ma źródło zapalne. Leczenie operacyjne w CPPS przeprowadzane jest z du-

żym powodzeniem u pacjentek z zaburzeniami statyki narządów miednicy czy leczeniu endometriozy (usuwanie torbieli endometrialnych, niszczenie ognisk endometriozy). W niektórych przypadkach u pacjentek z PBS w terapii chirurgicznej bólu przeprowadza się neuromodulację nerwów krzyżowych. Jednak leczenie to, podobnie jak w przypadku innych chorób przewlekłych, zapewnia jedynie częściowe rozwiązanie i nie opiera się na wyuczonych empirycznych. Dlatego należy zrozumieć mechanizmy leżące u podstaw CPPS, aby określić, które pacjentki kwalifikują się do tego rodzaju leczenia.

Kobietom z PVD czasami proponuje się westibulektomię, polegającą na częściowym usunięciu błony śluzowej przedsionka pochwy, czy uwolnienie uwięźniętego nerwu sromowego. Jest to rekomendowane leczenie ostatniego wyboru.

Fizjoterapia mięśniowo-powięziowa (MPT) jest uważana za bezpieczną i jest zalecana w przypadku zespołu CPPS. Jest ważnym etapem interwencji terapeutycznej.

Piśmiennictwo u Autorki

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 Pękala
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 Witońska-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.spwz.szczecin.pl	dr hab. n. med. Artur Lemiński
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

Rehabilitacja w dysfunkcjach seksualnych u kobiet - studium przypadku

mgr Agnieszka Szczepocka, fizjoterapeutka
Centrum Medyczne MCC w Warszawie



Fot. javindy - stockadobe.com

Ból podczas współżycia dotyczy znacznej grupy kobiet. Według szacunków może występować u około 10-25 proc. pań, ale ze względu na intymny charakter dolegliwości statystyki te mogą być zaniżone.

Medycznym terminem określającym odczuwanie bólu przy stosunku jest dyspareunia. Obejmuje ona szereg dolegliwości, natomiast nie jest chorobą samą w sobie, a objawem innych schorzeń. Dlatego tak ważna jest dokładna diagnostyka.

Rodzaje dyspareunii

Dyspareunię dzieli się na dwa główne rodzaje - dyspareunię powierzchowną i dyspareunię głęboką. Dyspareunia powierzchowna objawia się bólem nawet przy lekkim dotyku w okolicy przedsionka pochwy, cza-

sem także zewnętrznie - w obszarze krocza, warg sromowych, a nawet pachwin i ud. Ból może być kłujący, piekący, ostry.

Dyspareunia głęboka to ból przy głębszej penetracji. Pacjentki często opisują go jako bolesny ucisk lub klucie. Czasami występuje promieniowanie do okolicy podbrzusza, pośladków, odbytu, a w niektórych przypadkach także uczucie mdłości i zawroty głowy.

Poza powyższym podziałem ból może nasilać się również w sytuacjach niezwiązanych ze stosunkiem seksualnym, np. podczas badania ginekologicznego czy próby wprowadzenia tamponu.

Gdzie się zgłosić?

Pierwszym krokiem w procesie diagnostyki i leczenia dyspareunii jest wizyta u lekarza ginekologa. Należy wy-

kluczyć przyczyny związane z naszą fizjologią. Mogą to być stany zapalne, infekcje pochwy lub sromu, nadmierna suchość pochwy, torbiele, endometrioza, zespół policystycznych jajników (PCOS), czy zespół biernego przekrwienia miednicy mniejszej (PCS).

Po przeprowadzeniu diagnostyki lekarskiej warto rozważyć również konsultację z psychologiem lub seksuologiem, szczególnie jeśli zaobserwowano podwyższenie ogólnego poziomu stresu wywołane trudnościami w komunikacji z partnerem lub gdy w życiu pojawiły się trudne sytuacje.

Coraz częściej kobiety cierpiące z powodu dyspareunii pojawiają się również w gabinecie fizjoterapeuty uroginekologicznego. Ból przy współżyciu może wynikać z nadmiernego napięcia mięśni oraz tkanek obszaru miednicy i tułowia. Mogą go także powodować blizny i zrosty po przebytych zabiegach i operacjach. W takim wypadku praca z fizjoterapeutą przynosi bardzo dobre efekty.

Poniżej opisane zostały dwa przypadki pacjentek zmagających się z dyspareunią. Dane pacjentek zostały zmienione, tak aby ich rozpoznanie nie było możliwe.

Przypadek nr 1: Aleksandra*

Pani Aleksandra, lat 30, zgłosiła się z diagnozą wulwodynii, czyli przewlekłego zespołu bólowego charakteryzującego się bólem, swądem, pieczeniem, suchością okolicy sromu, krocza i odbytu. Rok przed rozpoczęciem terapii przeszła operację embolizacji żyłaków miednicy, po której znacznie zmniejszyły się dolegliwości, jakie odczuwała podczas miesiączki. Niestety, ból przy współżyciu, badaniu ginekologicznym oraz stosowaniu tamponów, pozostał.

Badanie fizykalne powłok brzucha wykazało wzmożone napięcie mięśni prostych i skośnych brzucha oraz przepony oddechowej. Podobnie obszar pachwin i mięśni przywodzicieli bioder był dla pacjentki bardzo bolesny w dotyku, wyczuwalna była nadmierna sztywność.

Badanie *per vaginam* wykazało nadwrażliwość dotykową (allodynię) obszaru krocza, warg sromowych. Pacjentka zgłaszała odczucie klucia, pieczenia przy dotyku.

Mięśnie dna miednicy, szczególnie mięsień łonowo-guziczny, wykazywał nadmierne napięcie mięśniowe, a jego ucisk prowokował objawy znane pacjentce z prób współżycia.

Podczas pierwszej wizyty omówiono profilaktykę oraz prawidłowe nawyki toaletowe. Pacjentka miała za zadanie wykonywać w domu ćwiczenia rozciągające w połączeniu z oddechem (yin joga) oraz świadomą aktywacją mięśni dna miednicy, ze szczególną koncentracją na fazie relaksacji.

Na kolejnych wizytach terapia obejmowała pracę nad rozluźnieniem nadmiernie napiętych tkanek: obszaru obręczy biodrowej, nóg, mięśni dna miednicy. Do tego wdrożone zostały ćwiczenia oddechowe.

Zmodyfikowane zostały zalecenia do domu - joga okazała się dla pani Aleksandry mało atrakcyjna, więc zamiast



Fot. Kalim - stockadobe.com

niej, wdrożonych zostało kilka prostych ćwiczeń rozciągających. Pacjentka została poinstruowana, jak wykonywać autoterapię odwracającą obszar krocza.

Po miesiącu pracy pacjentka zgłosiła poprawę i udany stosunek z partnerem. Na tym etapie współżycie nie było jeszcze całkowicie bezbolesne, na początku pojawiało się uczucie pieczenia, które ustępowało po kilku minutach.

Terapia przynosiła pożądane rezultaty, natomiast bywały także momenty pogorszenia objawów. Jest to zupełnie normalny proces w przypadku pracy z bólem przewlekłym. Pani Aleksandra obserwowała pogorszenie szczególnie po chorobie, fizycznym przeciążeniu organizmu związanym z przeprowadzką oraz po wyjeździe, na którym wielokrotnie korzystała z toalet publicznych w pozycji na tzw. narciarza, czyli „wisząc” nad toaletą (taka pozycja powoduje, że mięśnie dna miednicy nie mają możliwości uzyskać prawidłowej relaksacji potrzebnej do mikcji).

Cała fizjoterapia trwała 6 miesięcy i składało się na nią 9 wizyt. Efektem była możliwość bezbolesnego współżycia, aplikacji tamponu i wykonania badania ginekologicznego oraz poprawa komfortu życia. Pacjentka zgłaszała sporadycznie pojawiające się dolegliwości o niewielkim natężeniu, szczególnie w sytuacjach nasilonego stresu i napięcia, ale poprzez zalecane ćwiczenia i techniki autoterapii była w stanie samodzielnie zmniejszyć ból.



Fot. Louis-Photo - stock.adobe.com

Przypadek nr 2: Justyna*

Pani Justyna, lat 41, zgłosiła się z bólem podczas współżycia, który występował u niej od zawsze. W przeszłości problem pojawiał się ze względu na grubą, przerośniętą błonę dziewiczą (hymen). Ostatecznie została przeprowadzona laserowa hymenotomia, czyli nacięcie i usunięcie hymenu. Zabieg przyniósł niewielką poprawę - współżycie z partnerem stało się fizycznie możliwe, ale pani Justyna nadal odczuwała znaczny ból. Opisowała go jako ciągnięcie w przedsiionku pochwy, którego intensywność narastała w trakcie trwania stosunku. Dodatkowymi objawami w trakcie penetracji było promieniowanie do pęcherza i podbrzusza, silne parcie na mocz oraz okazjonalnie uczucie mdłości, które ustępowało natychmiast po wycofaniu się partnera.

Pacjentka otrzymała od lekarza ginekologa żel znieczulający oraz czopki przeciwbólowe, natomiast ich efekt był zmienny - czasami podczas stosowania ból był mniejszy, ale nie za każdym razem.

Pani Justyna urodziła dwoje dzieci drogami natury, przy obydwu porodach zostało zastosowane nacięcie krocza. Po porodach występowało wysiłkowe nietrzymanie moczu. Na pół roku przed rozpoczęciem terapii pojawiły się parcia naglące na mocz, objawy częstomocz (mikcje co godzinę lub częściej) oraz nykturia -

pacjentka korzystała z toalety do 4 razy w ciągu nocy. W badaniu zaobserwowano znacznie zwiększone napięcie powłok brzucha oraz sztywność przejścia piersiowo-lędźwiowego.

W badaniu *per vaginam* zaobserwowano bolesność oraz sztywność tkankową w miejscu nacięcia krocza oraz na wysokości blizny po laserowym usunięciu hymenu.

Warstwa głęboka mięśni cechowała się podwyższonym tonusem, przy ucisku pojawiał się ból promieniujący na całą miednicę i odbyt. Pacjentka odczuwała także lekkie uczucie mdłości przy ucisku na mięśnie dna miednicy.

Pani Justyna i jej partner zostali poinstruowani, jak wykonywać w domu mobilizację blizny po epizjotomii. Dodatkowo przeprowadzono instruktaż ćwiczeń rozciągających oraz aktywacji mięśni dna miednicy. Pacjentka miała także za zadanie wykonywać trening pęcherza, aby zmniejszyć częstotliwość mikcji oraz dbać o prawidłowe nawyki w toalecie.

W ramach kolejnych spotkań skupiono się przede wszystkim na pracy wisceralnej, normalizacji napięcia powłok brzucha, mobilizacji blizny po nacięciu krocza i po hymenotomii oraz rozluźnieniu nadmiernie napiętych mięśni dna miednicy.

W ramach pracy własnej pani Justyna wykonywała dodatkowo ćwiczenia oddechowe oraz autoterapię dna miednicy z wykorzystaniem dylatorów (rozszerzaczy pochwy). Ważnym elementem terapii była współpraca z mężem pani Justyny, który aktywnie uczestniczył w terapii i okazywał wsparcie.

Dużą poprawę pacjentka poczuła po trzeciej wizycie. Współżycie stało się praktycznie bezbolesne. Masaż z dylatorami na tym etapie powodował jeszcze dyskomfort.

Cała terapia trwała 3 miesiące, w trakcie których pani Justyna odbyła 7 wizyt. Osiągnęliśmy całkowite ustąpienie dolegliwości bólowych. Dodatkowo ustąpiły objawy częstomocz i parcia naglące. Na koniec terapii pacjentka tylko sporadycznie wstawiała w nocy, aby oddać mocz.

Podsumowanie

Fizjoterapia, obok terapii interwencji lekarskich oraz współpracy z psychologiem/seksuologiem, może dawać bardzo dobre efekty w zwalczaniu bólu podczas współżycia. Odpowiednio wdrożone techniki manualne, ćwiczenia oraz autoterapia, przynoszą efekty w postaci zmniejszenia dolegliwości i znacząco poprawiają komfort życia kobiet.

*Imiona pacjentek zostały zmienione

Cała prawda o opiece zdrowotnej nad pacjentami z nietrzymaniem moczu

Maja Markłowska-Tomar

Nietrzymanie moczu to powszechny problem zdrowotny, z którym borykają się osoby w różnym wieku. Mimo że częstość jego występowania jest z różnych przyczyn trudna do określenia, przyjmuje się, że dotyka od 10 do 45 proc. dorosłych kobiet i od 1 do 40 proc. mężczyzn, przy czym u obu płci ryzyko wystąpienia NTM wzrasta z wiekiem. W Polsce z tym problemem zmagają się co najmniej 2,5 mln osób, jednak biorąc pod uwagę szybkie starzenie się społeczeństwa, liczba ta z pewnością jest niedoszacowana.

„Brak bardziej precyzyjnych statystyk wynika z różnic w zastosowanych metodach badań, różnic populacyjnych czy różnych definicji nietrzymania moczu. Przy podawaniu ogólnej liczby pacjentów cierpiących na nietrzymanie moczu na świecie trzeba więc być bardzo ostrożnym, ponieważ dane epidemiologiczne mogą nie obejmować wszystkich osób” - podkreślają autorzy raportu „Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej”, wydanym we wrześniu 2024 r. na zlecenie Stowarzyszenia „UroConti” w ramach Światowego Tygodnia Kontynencji 2024.

NTM wymaga bardzo precyzyjnej diagnostyki

W zależności od płci i wieku, przyczyny nietrzymania moczu mogą być różne, w związku z czym kluczowe znaczenie ma prawidłowo wykonana diagnostyka, która dokładnie określi pochodzenie, rodzaj, częstotliwość oraz nasilenie nietrzymania moczu.

Poza trzema głównymi i jednocześnie najczęściej występującymi typami nietrzymania moczu, do których

należą: wysiłkowe NTM, NTM z parcia, w skład którego wchodzi zespół pęcherza nadreaktywnego (ang. overactive bladder - OAB) oraz mieszane NTM (połączenie wysiłkowego NTM i parć naglących), Międzynarodowe Towarzystwo Kontynencji (ICS) wyróżnia jeszcze m.in. nietrzymanie moczu z przepełnienia, pozawieraczowe nietrzymanie moczu, moczenie nocne (nykturia), ciągłe nietrzymanie moczu, nietrzymanie moczu podczas zmieniania pozycji, nietrzymanie moczu związane z aktywnością seksualną, a także ukryte (maskowane) nietrzymanie moczu. Każdy rodzaj może występować w różnym nasileniu - małym, średnim lub dużym. Autorzy raportu „Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej” podkreślają, że pierwszymi osobami, które powinny zdiagnozować i odpowiednio pokierować pacjenta z NTM, są pielęgniarka, położna oraz lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. Od ich wiedzy, ak-

tywności i umiejętności komunikacji z pacjentami często zależą dalsze etapy terapii.

„Lekarz, pielęgniarka oraz położna POZ powinni posiadać wiedzę z zakresu profilaktyki, diagnostyki, metod leczenia NTM, a także rodzajów i optymalnego doboru środków absorpcyjnych oraz preparatów higieniczno-pielęgnacyjnych, do których dostęp pacjent powinien mieć na wszystkich etapach terapii. Obserwując powolny, ale jednak dalszy postęp w tej dziedzinie, należy nadal podtrzymać rekomendacje dla dalszego poszerzania działań edukacyjnych wobec pielęgniarek, położnych i lekarzy POZ w celu usprawnienia działań profilaktycznych (m.in. ćwiczenia mięśni dna miednicy, ćwic-



czenie kontroli mikcji, trening pęcherza, odpowiednia dieta itp.), procesu diagnostycznego (m.in. prawidłowo wykonany wywiad, prowadzenie dzienniczka mikcji), wskazania kolejnych etapów postępowania w przypadku leczenia nietrzymania moczu, przy czym metody inwazyjne powinny być traktowane jako ostateczność.



Fot. Adobe Firefly

Ważnym elementem działań edukacyjno-profilaktycznych powinno być szerzenie wiedzy również na tematy obejmujące możliwości zaopatrzenia pacjentów w odpowiedni rodzaj i rozmiar środka specjalistycznego oraz preparatów pielęgnacyjnych zapewniających utrzymanie higieny i kondycji skóry. Plagą wśród pielęgniarek oraz opiekunów medycznych pozostaje brak profesjonalizmu w używaniu terminologii. Nadal większość z nich używa potocznego słownictwa (pampersy/pampersowanie) wobec specjalistycznych produktów dla osób z inkontynencją i czynności z tym związanych. W zależności od lekarza specjalisty, do którego trafi pacjent z NTM, często wdrażane jest inne postępowanie terapeutyczne. Nadal brakuje holistycznego podejścia do problemu, o co od lat apelują m.in. lekarze geriatrzy” - czytamy w raporcie.

Rola fizjoterapii w profilaktyce i leczeniu NTM

Fizjoterapia odgrywa ważną rolę zarówno w profilaktyce, jak i w leczeniu nietrzymania moczu. Jest też uważana za istotną formę rehabilitacji urologicznej przed i po leczeniu chirurgicznym (np. po radykalnej prostatektomii czy po radioterapii). Jednak NFZ nie refunduje oddzielnie świadczeń z zakresu fizjoterapii ani fizykoterapii NTM. Chcąc skorzystać z treningu mięśni dna miednicy, metody biofeedback czy elektrycznej stymulacji mięśni, pacjenci muszą za nie zapłacić z własnej kieszeni. W Polsce brakuje również profilaktycznych programów NTM, w ramach których fizjoterapia powinna być traktowana nie tylko jako postępowanie wtórne, ale i pierwotne (np. kobiety przed i w trakcie ciąży). Istnieje więc ogromna potrzeba wprowadzenia programów zdrowotnych będących elementem profilaktyki grup społecznych szczególnie narażonych na ryzyko nietrzymania moczu, takich jak np. kobiety w wieku okołomenopauzalnym.

W leczeniu OAB „złotym standardem” jest farmakoterapia z wykorzystaniem leków antycholinergicznych. Niestety, w Polsce od 13 lat refundowane są tylko dwie substancje (solifenacyna i tolterodyna). Pozostałe (np. fesoterodyna, trospium, darifenacyna, desmopresyna, oksybutynina), mimo że zostały dopuszczone na rynek, albo w ogóle nie są refundowane ze środków publicznych, albo ich refundacja jest ograniczona do wąskiej grupy pacjentów w innych schorzeniach (np. oksybutynina refundowana jest jedynie w leczeniu stwardnienia rozsianego). Pacjenci, u których terapia za pomocą leków antycholinergicznych zakończyła się niepowodzeniem, mają ograniczony dostęp do skutecznych leków o innym mechanizmie działania (np. mirabegronu), gdyż nie ma na nie refundacji. Gdyby byli obywatelami innych krajów Unii Europejskiej, mogliby w ramach refundacji zostać objęci leczeniem skojarzonym, polegającym na łączeniu dwóch substancji leczniczych o odmiennym działaniu (np. solifenacyny i mirabegronu).

Od 1 września 2015 r. pacjenci spełniający kryteria kwalifikacji mogą skorzystać z terapii za pomocą toksyny botulinowej w ramach programu lekowego „Le-

czenie neurogennej nadreaktywności wypieracza” (ICD-10:N31). Dane pochodzące z oficjalnych źródeł pokazują jednak, że z tego programu korzysta coraz mniej chorych (są to pacjenci po stabilnych urazach rdzenia kręgowego poniżej odcinka szyjnego oraz pacjenci ze stwardnieniem rozsianym).

U pacjentów z nietrzymaniem moczu w 13 oddziałach urologicznych i ginekologicznych wykonywane są, refundowane w naszym kraju od 5 lat, zabiegi neuromodulacji krzyżowej. Na tę decyzję od wielu lat czekali zwłaszcza pacjenci dotknięci ciężkimi, opornymi na standardowe metody leczenia postaciami pęcherza nadreaktywnego, dla których nie było wcześniej żadnej alternatywy poza inwazyjnymi zabiegami chirurgicznymi. Takiej decyzji nie doczekali się jeszcze pacjenci z nietrzymaniem stolca.

Jedną z nielicznych, w pełni refundowanych, metod leczenia wysiłkowego NTM są w Polsce zabiegi operacyjne z użyciem taśm, które można wykonać niemal w każdej placówce posiadającej oddział urologiczny lub ginekologiczny. Jest to terapia szczególnie popularna wśród kobiet. Niesie ona jednak ze sobą zwiększone ryzyko powikłań, wynikających m.in. z błędnie postawionej diagnozy przez lekarzy, którzy nie mają wystarczających kwalifikacji i doświadczenia w uroginekologii. Innymi czynnikami, zwiększającymi ryzyko powikłań po operacji z użyciem taśm, są niskie umiejętności operatora i używanie materiałów medycznych o niskiej jakości, które ulegają szybkiej degradacji. W efekcie przybywa pacjentek poddających się reoperacji, co niesie ze sobą koszty ekonomiczne i społeczne.

Aby ograniczyć skalę powikłań i reoperacji, autorzy raportu rekomendują podjęcie prac nad utworzeniem referencyjnych ośrodków leczenia zabiegowego NTM, w których operacje z użyciem taśm przeprowadzane byłyby przez lekarzy wyspecjalizowanych w tego typu zabiegach. Takim przykładem jest klinika ginekologii Międzyleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie, która jako pierwsza w Polsce placówka medyczna otrzymała akredytację Europejskiego Towarzystwa Uroginekologicznego. Inną rekomendacją zawartą w raporcie jest rozpoczęcie certyfikowania tzw. umiejętności uroginekologicznych lub nawet wprowadzenie nowej specjalizacji.

Inne niezaspokojone potrzeby pacjentów z NTM

W drugim półroczu 2023 r. Stowarzyszenie „UroConti” we współpracy z HTA Consulting przeprowadziło wśród 280 pacjentów i opiekunów szerokie badanie ankietowe dotyczące potrzeb osób z dolegliwościami układu moczowo-płciowego, w tym nietrzymaniem moczu. Kwestionariusz składał się z 42 pytań dotyczą-



POMÓŻ MAMIE
ZNOWU
POCZUĆ SIĘ SOBA



- Chłoną 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.

cych stanu zdrowia, zakresu realizowanej opieki zdrowotnej w ostatnich 12 miesiącach oraz oceny stosowanych wyrobów medycznych.

W części dotyczącej stanu zdrowia, jako główne rozpoznane respondenci wskazywali najczęściej choroby urologiczne, neurologiczne i kardiologiczne. Najczęściej występującymi schorzeniami były: nietrzymanie moczu (54 proc.), pęcherz nadreaktywny (17 proc.), stwardnienie rozsiane (14 proc.), rak prostaty (9 proc.) i choroba Alzheimera (6 proc.). 44 proc. wszystkich badanych to osoby z niepełnosprawnościami.

Większość badanych korzystała w ciągu ostatniego roku z opieki lekarza pierwszego kontaktu (81 proc.), 31 proc. było hospitalizowanych, 16 proc. skorzystało z opieki pielęgniarki środowiskowej, a 11 proc. skorzystało z innych usług i świadczeń, np. fizjoterapii.

Zapytani o to, jakie obszary wymagają obecnie zmian w zakresie opieki zdrowotnej, jako najczęstsze respondenci wskazali: dostęp do rehabilitacji i fizjoterapii (50 proc.), specjalistów (48 proc.) i diagnostyki (38 proc.).

Na pytanie o stopień, w jakim publiczny system ochrony zdrowia zaspokaja ich potrzeby medyczne, większość udzieliła odpowiedzi: w stopniu dostatecznym (35 proc.).

Spośród wyrobów medycznych ankietowani najczęściej korzystają ze środków chłonnych (48 proc.), podkładow (23 proc.) i wózka inwalidzkiego (11 proc.). Osoby, które wskazały, że stosują środki chłonne, zostały również poproszone o odpowiedź na pytanie, jak często je stosują. Znaczna część osób udzielających odpowiedzi przyznała, że robi to codziennie (73 proc.). Ankietowani zużywają średnio 3,45 środków chłonnych (pieluchomajek, majtek chłonnych, wkładów anatomicznych lub pieluch anatomicznych) oraz 1,48 podkładu dziennie. Rzadko lub raz na kilka dni, wyroby stosuje odpowiednio 15 proc. i 12 proc. ankietowanych.

Pacjenci, jak i opiekunowie, zostali zapytani dodatkowo o to, czym kierują się, wybierając konkretny środek chłonny i na ile dane kryterium jest dla nich bardzo istotne lub istotne. Czynniki najbardziej istotnymi z perspektywy pacjentów okazały się chłonność i wygoda stosowania, natomiast głównym kryterium wyboru produktu chłonnego dla opiekunów jest łatwość zakładania.

Respondenci odpowiadali również na pytanie o stopień trudności nabycia wybranych wyrobów medycznych. Około 9 proc. osób udzielających odpowiedzi wskaza-

Kryteria wyboru środka chłonnego przez chorego i opiekuna - badanie „Ocena potrzeb chorych w zakresie wykorzystania środków chłonnych”

Kryterium	Pacjent	Opiekun
Chłonność	32,1%	16,4%
Wygoda stosowana	31,5%	16,4%
Łatwość w zakładaniu	30,7%	18,2%
Cena	24,0%	15,0%
Dyskrecja	23,6%	12,1%
Ekologia	22,1%	11,1%
Producent	12,5%	6,8%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych przekazanych przez Stowarzyszenie „UroConti” oraz HTA Consulting.

i miernym (30 proc.). Niedostatecznie oceniło system 13 proc. badanych, a stopień dobry wskazało jedynie 9 proc. ankietowanych. Stopnia bardzo dobrego nie wskazał nikt.

Czym kierują się pacjenci i ich opiekunowie, dokonując wyboru środków chłonnych?

Na zakup środków chłonnych ankietowani wydają średnio 191 zł miesięcznie. Średnie miesięczne wydatki na leki to 275 zł, a pozostałe środki medyczne - 160 zł.

ło, że ma poważne lub bardzo poważne problemy z nabyciem środków chłonnych (pieluchy, pieluchomajtki, majtki chłonne). 26 proc. ankietowanych wskazało natomiast na brak problemów z ich nabyciem. Jako podstawową trudność w dostępie do wyrobów ankietowani wskazują przede wszystkim cenę (37 proc.) oraz niską dopłatę NFZ (29 proc.).

Pełna treść raportu dostępna jest na stronie www.ntm.pl w zakładce BAZA WIEDZY.

Nietrzymanie moczu po porodzie naturalnym

Anna Jarosz



Fot. Halfpoint - stock.adobe.com

Międzynarodowe Towarzystwo ds. Kontynencji szacuje, że 15-30 proc. kobiet po urodzeniu dziecka siłami natury cierpi z powodu nietrzymania moczu. Ekspertki uważają, że to niedoszacowane dane, ponieważ nadal są kobiety, które wstydzą się mówić o swoim problemie. Na szczęście sytuacja się zmienia. Coraz więcej młodych kobiet, już w okresie planowania ciąży, zgłasza się do fizjoterapeutów i lekarzy, aby poznać ćwiczenia, które wzmocnią mięśnie dna miednicy, co będzie pomocne w powrocie do sprawności sprzed porodu.

O tym, że nietrzymanie moczu jest poważnym problemem zdrowotnym mówimy coraz głośniejsze. I dobrze, bo ta przypadłość negatywnie wpływa nie tylko na zdrowie, ale także na szeroko rozumiane życie społeczne i samoocenę.

Wstyd się wstydzic

- Myślę, że liczba kobiet, które po porodzie naturalnym mają problem z nietrzymaniem moczu, jest bliższa wspomnianych 30 procent, a może nawet dotyczy większego odsetka

kobiet - mówi mgr Agnieszka Szczepocka, fizjoterapeutka z Centrum Medycznego MCC w Warszawie. - Nie wszystkie pacjentki przyznają się do nietrzymania moczu, bo uważają, że to temat tabu i wstyd o nim mówić. Ale mam i takie pacjentki, które bagatelizują problem, bo popuszczanie moczu zdarza się im przy infekcjach, kichaniu, ataku kaszlu czy podczas wysiłku fizycznego. Unikają zdarzeń, które mogą być przyczyną utraty moczu, a więc nie skaczą, nie biegają, a niektóre nawet ograniczają zabawy z dziećmi, aby nie znaleźć się w krępującej sytuacji. Nietrzymania moczu nie trzeba się wstydzic. To dolegliwość, którą trzeba i można skutecznie leczyć, i to na wiele sposobów - dodaje.

- Dane dotyczące nietrzymania moczu po porodzie drogami natury także uważam za zaniżone - dodaje mgr Martyna Baran, również fizjoterapeutka z Centrum Medycznego MCC w Warszawie. - Kobiety nie przyznają się do tej przypadłości, bo często nie wiedzą, że nawet jedna kropla moczu, która ucieknie podczas kichania świadczy o nietrzymaniu moczu. Według mnie zbyt mało się o tym mówi.

W sieci krąży wiele informacji, z których wynika, że nietrzymanie moczu po porodzie naturalnym jest zja-

wiskiem normalnym, które po pewnym czasie samo ustępuje. Można znaleźć także opinie, których autorzy uważają, że poporodowe nietrzymanie moczu jest nieprawidłowością wymagającą odpowiedniego leczenia.

- *Nietrzymanie moczu po porodzie występuje często, co obserwujemy w gabinecie, ale nie powinno ono być traktowane jako normalne zjawisko* - podkreśla Martyna Baran. - *Warto to uświadamiać kobietom i informować je, gdzie mogą znaleźć pomoc.*

- *Nietrzymanie moczu po porodzie jest związane z osłabieniem tkanek, do którego doszło w czasie ciąży, podczas porodu. Może mieć związek z uszkodzeniem tkanek mięśni krocza, dna miednicy oraz narządów miednicy* - dodaje Agnieszka Szczepocka. - *Ale nasze ciało ma możliwość*

Gdzie leżą przyczyny?

Wśród przyczyn nietrzymania moczu po porodzie wymieniana się wiele czynników, w tym nieprawidłowe funkcjonowanie mięśni dna miednicy, ale także otyłość i urazy w obrębie krocza.

- *Mięśnie mogą być osłabione z wielu powodów, na przykład z powodu pęknięcia krocza czy zbyt głębokiego nacięcia* - mówi mgr Szczepocka. - *Poza tym, w okresie ciąży i po porodzie, w organizmie kobiety jest więcej hormonów rozluźniających tkanki (relaksyna, elastyna), które wpływają na większą wiotkość narządów. Gdy poziom hormonów unormuje się, dolegliwości mogą się wycofać. Głównym powodem inkontynencji będzie jednak osłabienie tkanek, które nieprawidłowo funkcjonują.*

Okres ciąży to szczególnie czas w życiu kobiety. Decyzje, które podejmuje w tym czasie kobieta odnośnie do diety, aktywności fizycznej czy ogólnie stylu życia, mają ogromny wpływ na zdrowie dziecka, przebieg porodu, ale także na ewentualne wystąpienie nietrzymania moczu.

- *To prawda* - przyznaje Agnieszka Szczepocka. - *W tym okresie można wiele zrobić, aby zminimalizować ryzyko nietrzymania moczu po porodzie. Niewiele się mówi o tym, że prawidłowe nawodnienie organizmu ma wpływ na trzymanie moczu. Odpowiednia dieta, unikanie zaparć, aktywność fizyczna dobrana do stanu zdrowia, może przeciwdziałać pojawieniu się problemu. Cięża jest dużym obciążeniem dla organizmu, a zatem nasze*

nawyki czy przyzwyczajenia będą miały istotny wpływ na przyszłość, w tym także na wystąpienie nietrzymania moczu po porodzie. Odpowiednie przygotowanie mięśni dna miednicy do ciąży i porodu jest niezwykle ważne. Ta grupa mięśni jest hamakiem, który trzyma narządy miednicy we właściwym położeniu. Gdy będą słabe, nie spełnią swoich zadań.

Zdrowa moda

- *Młode kobiety, które chcą się dobrze przygotować do ciąży i porodu, coraz częściej zgłaszają się do naszych gabinetów, aby nauczyć się ćwiczeń wzmacniających mięśnie dna miednicy* - mówi Martyna Baran. - *To bardzo dobry trend, kiedy panie przychodzą po fachową poradę, zanim pojawią się jakiegokolwiek dolegliwości. Świadomość nietrzymania moczu jest coraz większa, i to bardzo cieszy.*

- *Coraz więcej młodych kobiet korzysta z porad fizjoterapeutów uroginekologicznych, aby jak najlepiej przygotować się*

do porodu - dodaje mgr Szczepocka. - *Co bardzo ważne, młode kobiety cieszą się, że mogą skorzystać z naszych usług i porad, aby nie przeżywać ograniczeń, jakie niesie ze sobą nietrzymanie moczu. Są bardzo otwarte i nie chcą doświadczać tego, co dotyka ich babcie i mamy.*

Kiedy rozpocząć ćwiczenia?

Ćwiczenie mięśni Kegla po porodzie to doskonała profilaktyka wysiłkowego nietrzymania moczu, które najczęściej występuje u kobiet. To także ochrona przed obniżeniem się narządu rodowego. Kolejną korzyść z regularnych ćwiczeń to szybszy powrót do sprawności seksualnej. Po porodzie siłami natury, ćwiczenia wzmacniające mięśnie dna miednicy można wykonywać bardzo szybko.

- *Rzeczywiście, już w drugiej dobie po rozwiązaniu można ćwiczyć, ale nie chodzi o wykonywanie ćwiczeń z maksymalną siłą, a jedynie o delikatne pobudzenie mięśni do sprawniejszego działania* - wyjaśnia Martyna Baran.

- *Pierwsze ćwiczenia mają pobudzić mięśnie do sprawniejszego działania. Osobiście uważam, że można zalecać ćwiczenia tylko wtedy, gdy wiemy, że kobieta wykonuje je prawidłowo. Prawidłowo oznacza zaciśnięcie mięśni i wciągnięcie ich do góry. Trzeba mieć pewność, że podczas ćwiczeń kobieta nie będzie parła, bo to może przynieść więcej szkód niż korzyści. Kobietom po porodzie warto polecić trenowanie oddechu przeponowego, który będzie usprawniał mięśnie dna miednicy. Po porodzie kobieta powinna mieć dobre warunki do regeneracji, czyli nie powinna przeciążać organizmu.*

- *Trudno się z tym nie zgodzić* - dodaje Agnieszka Szczepocka. - *Wiele zależy od stanu zdrowia i samopoczucia kobiety. Jeśli pacjentka przygotowywała się pod okiem fizjoterapeuty do porodu, to wie, jakie ćwiczenia należy wykonywać w czasie porodu. Oprócz wspomnianych ćwiczeń oddechowych warto wprowadzić pierwsze ćwiczenia aktywizacji mięśni dna miednicy. Połóg bywa trudny dla wielu kobiet. Nie chodzi o to, aby ćwiczeniom poświęcać wiele czasu. Wystarczy kilka minut każdego dnia, aby wesprzeć ciało w powrocie do sprawności. I jeszcze jedna uwaga: jeżeli pacjentka wie, że potrafi dobrze aktywizować mięśnie dna miednicy, może ćwiczyć bez nadzoru specjalisty. Gdy nie wie, jak ćwiczyć lub nie jest pewna, że robi to dobrze - lepiej ćwiczyć pod okiem fizjoterapeuty, aby wypracować świadomość mięśni. Mówię o tym, ponieważ źle wykonując ćwiczenia mięśni dna miednicy, możemy sobie zaszkodzić.*

Pierwsza wizyta

- *Każdy terapeuta ma swoje zasady prowadzenia pierwszej wizyty* - dodaje mgr Baran. - *Podczas pierwszej wizyty niezwykle ważny jest wywiad zebrany od pacjentki. Jeżeli kobieta jest po porodzie, to pytamy o jego przebieg, dopytujemy o różne dolegliwości, w tym o nietrzymanie*



Fot. Mangostar - stock.adobe.com

regeneracji, samonaprawy. Zdarza się, że we wczesnym porożu nietrzymanie moczu występuje przez kilka tygodni, ale z czasem samoistnie wycofuje się, bo ciało się regeneruje. Jeśli wiemy, jak dbać o organizm w czasie porożu, wykonujemy stosowne ćwiczenia mięśni, mamy prawidłowe nawyki, dolegliwość ustępuje.

- *Wpływ na nietrzymanie moczu ma wiele czynników* - uzupełnia mgr Baran. - *Ważna jest liczba przeżytych porodów, masa urodzeniowa dziecka, ale także przebieg ciąży. Istotna jest też masa ciała kobiety, ile ważyła przed ciążą, a ile po rozwiązaniu. Tryb życia to kolejny element decydujący o wystąpieniu nietrzymania moczu. No i sam poród. Jeżeli pojawiły się komplikacje, problem może wystąpić. Ważna jest też pozycja, w jakiej kobieta rodzi. Najkorzystniejszą jest pozycja wertykalna, która wykorzystuje siłę grawitacji i pomaga dziecku schodzić w dół, w stronę szyjki macicy. Ponadto pomaga mu w przedostaniu się przez kanał rodny oraz zapewnia mu lepsze dotlenienie.*



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. WavebreakMediaMicro - stock.adobe.com

moczu, stolca, objawy obniżenia narządów rodnych. Kolejnym krokiem jest badanie, podczas którego sprawdzamy między innymi postawę ciała, ruchomość kręgosłupa i bioder oraz mięśnie dna miednicy (to badanie przezpochwowe), aby wiedzieć, jak one pracują. Badanie nie trwa zbyt długo, ale to na jego podstawie ustalamy, jakiej pomocy potrzebuje pacjentka. Oprócz tego, podczas pierwszej wizyty wykorzystujemy również sprzęt diagnostyczny, który nie tylko dostarcza więcej informacji na temat funkcjonowania pęcherza, pracy mięśni brzucha czy pracy mięśni dna miednicy fizjoterapeucie, ale również pomaga pacjentce lepiej zrozumieć i poznać swoje ciało.

- Edukacja to równie ważna część pierwszej wizyty, bo mówimy o prawidłowych nawykach toaletowych, właściwej postawie ciała, aktywności fizycznej - uzupełnia Agnieszka Szczepocka. - Na pierwszej wizycie może się pojawić (ale nie musi) badanie przezpochwowe mięśni dna miednicy. W badaniu ocenia się napięcie mięśniowe, tkliwość mięśniową. Oceniamy aktywizację mięśni, na przykład podczas kaszlu, i uczymy, jak usprawniać działanie mięśni.

Czas rehabilitacji

To bardzo indywidualna sprawa. Wiele zależy od stopnia nasilenia objawów nietrzymania moczu i od kondycji, w jakiej są mięśnie dna miednicy. Jeżeli nietrzymanie moczu pojawia się rzadko podczas intensywnego kaszlu czy śmiechu, rehabilitacja może trwać kilka tygodni. Jeżeli mięśnie są znacznie osłabione, to trzeba się przygotować na to, że potrwa ona dłużej, a rezultaty pojawiają się nieco później. Mięśnie potrzebują czasu, aby się przebudować, wzmocnić. Może to zająć od 3 do 6 miesięcy.

- Regeneracja po porodzie może przebiegać w różny sposób - mówi mgr Baran. - U części kobiet proces ten będzie postępował samoistnie, bez dodatkowego wsparcia. Ale za-

wsze warto skorzystać z pomocy fizjoterapeuty, aby proces regeneracji nie przeciągał się w czasie. Nie da się precyzyjnie określić, jak długo powinna trwać rehabilitacja po porodzie. Jedne panie szybciej wrócą do formy, inne będą potrzebowały na to więcej czasu.

- Rehabilitacja nie sprawdzi się u wszystkich pacjentek - dodaje mgr Szczepocka. - Niektóre panie będą musiały poddać się zabiegowi, który pomoże im uwolnić się od nietrzymania moczu. Ale o tym decyduje lekarz zajmujący się uroginekologią, który oceni, jaki rodzaj interwencji będzie najlepszy dla pacjentki. Idealnym rozwiązaniem jest takie, gdy pacjentka, w jednym czasie, jest pod opieką ginekologa i fizjoterapeuty. Warto podkreślić, że jeżeli po trzech miesiącach starannego ćwiczenia nie ma poprawy i konieczna jest operacja, nie można tego czasu uznać za zmarnowany. Wzmocnienie mięśni dna miednicy przyczynia się do tego, że efekt operacji będzie lepszy.

Zaniechanie leczenia

To najgorszy pomysł, jaki może pojawić się w naszych głowach, gdy po porodzie naturalnym wystąpi nietrzymanie moczu. Dlaczego? Powód jest prosty - dolegliwość będzie się nasilała.

- Po połogu u niektórych pań problem sam się rozwiąże, ale nie zawsze tak się dzieje - mówi Agnieszka Szczepocka.

- Jeśli nic z tym nie zrobimy, objawy będą się nasilały i staną się bardziej uciążliwe oraz w coraz większym stopniu będą wykluczać kobiety z aktywnego życia.

- Zaniechanie nietrzymania moczu po porodzie może doprowadzić do nasilenia się dolegliwości - podkreśla Martina Baran. - Idealnym rozwiązaniem jest, jeszcze przed zajściem w ciążę, sprawdzenie kondycji mięśni dna miednicy, aby podczas ciąży odpowiednio się nimi „zaopiekować”. Takie sytuacje zdarzają się jeszcze niezbyt często, ale coraz więcej kobiet zwraca na to uwagę.

Więcej leków na liście refundacyjnej, ale kasa NFZ świeci pustkami

Marta Markiewicz-Melon



Fot. fotoyou - stock.adobe.com

Resort zdrowia podsumował 2024 rok w refundacji leków i uchylił rąbka tajemnicy o 31 nowych cząsteczko-wskazaniach, których finansowanie przewiduje od 1 stycznia 2025 roku. Jedną z nowości ma znaleźć zastosowanie w leczeniu chorych na raka prostaty.

Na styczniowych wykazach refundacyjnych znajdzie się 13 molekuł w nowych wskazaniach onkologicznych, 12 - w chorobach rzadkich i ultraradkich, trzy cząsteczki trafią do katalogu chemioterapii, a jedna zostanie sfinansowana w ramach środków z Funduszu Medycznego, jako terapia o wysokim poziomie innowacyjności (TLI).

W programie lekowym B.10 „Leczenie chorych na raka nerki” doprecyzowano wskazanie do leczenia skojarzonego kabozantynibem i niwolumabem. Będzie ono dostępne w I linii leczenia w populacji pacjentów z pośrednim lub niekorzystnym rokowaniem według kryteriów IMDC, czyli oceny rokowania u chorych na rozlanego raka nerkowokomórkowego. Natomiast w programie lekowym B.56 „Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego” możliwe będzie prowadzenie te-

rapii lekiem zawierającym niraparab i abirateron (Akeega) w skojarzeniu z prednizonem lub prednizolonem u dorosłych pacjentów z opornym na kastrację rakiem gruczołu krokowego z przerzutami (mCRPC) i mutacjami genów BRCA 1/2 (germinalną i/lub somatyczną). W tej grupie pacjentów chemioterapia nie jest wskazana.

Zmiany od 1 stycznia 2025 roku obejmą także program lekowy B.73 „Leczenie pacjentów z neurogeną nadreaktywnością wypieracza”. Zgodnie z nowymi zapisami lek Vesoxx, stosowany dotychczas m.in. w leczeniu pęcherza nadreaktywnego, będzie mógł być stosowany u dzieci i młodzieży (w wieku 6-18 lat) w przypadku leczenia neurogennej nadreaktywności wypieracza wynikającej z uszkodzenia rdzenia kręgowego lub z rozszczepienia kręgosłupa.

Na początku grudnia Rada Przejrzystości Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji pozytywnie zaopiniowała także projekt programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania ryzyka wystąpienia nowotworu gruczołu krokowego. Badania finansowane przez samorząd mają być wykonywane metodą sekwencjonowania genów i będą nimi

objęci mieszkańcy Torunia. Realizację programu przewidziano na lata 2025-2029.

Nowe leki (generyczne) na krajowym rynku

Na rynek polski trafiły dwa nowe leki generyczne - Iretig oraz Begirax, które są odpowiednikami mirabegronu. Należą one do grupy antagonistów receptorów β_3 -adrenergicznych, która to klasa leków jest stosowana w terapii parć naglających, częstomoczu czy nietrzymania moczu w związku z zespołem pęcherza nadreaktywnego. Mirabegron - substancja czynna zawarta w obu preparatach - wpływa na rozluźnienie mięśni gładkich pęcherza moczowego, stymuluje receptory β_3 -adrenergiczne i zmniejsza częstość skurczów niewywołujących mikcji. Dotychczas lek referencyjny - Betmiga, pomimo dwóch przeprowadzonych procesów refundacyjnych, nie został wpisany na wykazy leków refundowanych. Tym samym Polska pozostaje jedynym członkiem Unii Europejskiej, w którym lek ten nie jest refundowany.

Rehabilitacja domowa i ambulatoryjna zostanie rozdzielona

Narodowy Fundusz Zdrowia szykuje rewolucję w realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacji. Według zapowiedzi, od stycznia 2026 r., nastąpi całkowite rozdzielanie rehabilitacji realizowanej w ramach AOS oraz świadczeń udzielanych w warunkach domowych. Od 1 stycznia 2025 r. płatnik planuje również stopniowo zmniejszać realizację rehabilitacji domowej w ramach kontraktów na świadczenia ambulatoryjne. Decyzja ta jest m.in. pokłosiem realizacji przez część świadczeniodawców usług rehabilitacji w domach pacjentów na warunkach (lepiej finansowo) przewidzianych dla rehabilitacji ambulatoryjnej. Według płatnika, świadczenia w domu pacjenta, rozliczało dotychczas ok. 1200 na ponad 2300 ambulatoriów.

Według wyjaśnień Pawła Floraka, dyrektora Biura Komunikacji Społecznej i Promocji w Centrali NFZ, przesłanych do redakcji serwisu prawo.pl, zmiany będą realizowane w trzech etapach. Pierwszy etap zakłada rozwiązanie tzw. 50/50 od 1 stycznia do 30 czerwca 2025 r. - maksymalnie 50 proc. czasu personelu zatrudnionego w podmiocie, który ma umowę z NFZ na fizjoterapię ambulatoryjną, będzie mogło być przeznaczone na świadczenia w domu pacjenta. W kolejnym etapie, zaplanowanym na okres od 1 lipca do 31 grudnia 2025 r., proporcje mają się zmienić i świadczenia w domu pacjenta będą mogły angażować maksymalnie 20 proc. czasu pracy fizjoterapeuty. W trzecim etapie, od 1 stycznia 2026 r., NFZ planuje ostatecznie rozdzielić rehabilitację domową od ambulatoryjnej. Zdaniem płatnika to rozwiązanie pozwoli elastycznie przejść, zarówno świadczeniodawcom, jak i świadczeniobiorcom, przez zaplanowane i uzgodnione ze środowiskiem fizjoterapeutów

zmiany. Dodatkowo NFZ, chcąc utrzymać możliwość rehabilitacji w domach pacjentów, ogłosił dodatkowe konkursy na realizację świadczeń.

Pustki w kasie NFZ

Na niespełna dwa tygodnie przed końcem 2024 r. plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia nie został zatwierdzony. Tuż przed wigilią szef resortu finansów, Andrzej Domański, przekonywał w mediach, że liczy w tej sprawie na porozumienie z minister zdrowia Izelą Leszczyną. Jednocześnie zapewnił, że w budżecie na 2025 r. zabezpieczono o 30 mld zł więcej na ochronę zdrowia niż w 2024 r. W budżecie uchwalonym przez Sejm 6 grudnia 2024 r. finalna kwota na zadania związane z ochroną zdrowia (w tym dotacja na NFZ) wyniosła 221,7 mld zł. Czy to wystarczy? Zdaniem ekspertów Centrum Analiz Legislacyjnych i Polityki Ekonomicznej przy Federacji Pracodawców Polskich, Narodowy Fundusz Zdrowia będzie miał poważne wyzwanie, by pokryć wydatki na świadczenia.

- *Niestety, pacjenci nie są świadomi nie tylko istoty kryzysu finansowego w ochronie zdrowia, ale również skutków, jakie ten kryzys przyniesie* - oceniła Dorota Korycińska, prezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej. Ma to swoje przełożenie nie tylko na wciąż rosnące kolejki do świadczeń zdrowotnych, ale również opóźnienia związane z włączeniem pacjentów do np. programów lekowych. - *Poszczególne obszary systemu ochrony zdrowia nie działają w izolacji. Ochrona zdrowia to system naczyń połączonych, nie da więc nic „zaopiekowanie się” tylko jednym obszarem, podczas gdy w innych dzieje się źle. Niestety najgorszym jest fakt, że nie mamy scenariusza wyjścia z kryzysu finansowego* - stwierdziła Dorota Korycińska. Jedną z grup pacjentów, którzy już teraz odczuwają skutki niedoborów w kasie Narodowego Funduszu Zdrowia, są chorzy na stwardnienie rozsiane. Anna Gryżewska, dyrektor biura Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego, przyznała, że jej organizacja już na początku listopada zaczęła otrzymywać niepokojące sygnały od pacjentów, którzy pomimo diagnozy i wskazań nie są kwalifikowani do programów lekowych. - *Po diagnozie otrzymują od lekarza informację, że muszą czekać na włączenie do programu, a pierwsza taka możliwość będzie w styczniu 2025 r. Jest to bardzo niepokojąca sytuacja, bo każdy miesiąc i dzień ma znaczenie* - poinformowała Anna Gryżewska.

W ostatnich dniach grudnia sytuację starał się załagodzić wiceprezes NFZ Jakub Szulc. W rozmowie z PAP zapewnił, że płatnik dokłada wszelkich starań, by programy lekowe były pokrywane w 100 proc. Jednocześnie przyznał, że są opóźnienia. Szacowana przez Ministerstwo Zdrowia wartość nierozliczonych jeszcze świadczeń zrealizowanych tylko w ramach programów lekowych sięga kwoty 1,1 mld zł.

HARTMANN



Podrażnienie skóry wywołane nietrzymaniem moczu?



CENTRUM
POMOCY
PACJENTOM

600 33 99 77

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

www.hartmann.info

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.

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