

WYROBY MEDYCZNE

**Rynek środków
chłonnych czekają
duże zmiany**



LECZENIE

**Katalog leków w raku
prostaty wciąż niepełny**



WYWIAD

**Trzeba wyważyć potrzeby
i koszty**



LECZENIE

**Zespół przewlekłego bólu
miednicy mniejszej
u mężczyzn**



NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

**Wielelekowość
w profilaktyce i leczeniu
nietrzymania moczu**

Warto korzystać z wcześniejszych doświadczeń

Czynników powodujących nietrzymanie moczu jest wiele. Na łamach Kwartalnika NTM były one przez ostatnie 20 lat wymieniane setki razy. Mimo to nadal w gabinecie lekarza POZ wielu seniorów może usłyszeć, że w tym wieku tak już musi być i jedyne co można zrobić, to wypisać zlecenie na wyroby chłonne. Warto przypomnieć naszym czytelnikom, że refundacja na pieluchomajtki czy majtki chłonne nadal nie obejmuje pacjentów ze zdiagnozowanym wysiłkowym nietrzymaniem moczu.

Polskie społeczeństwo starzeje się w coraz szybszym tempie. Wynika to nie tylko z rosnącej średniej wieku życia, ale też z zachodzącej zmiany struktury demograficznej. Z każdym kolejnym rokiem rodzi nam się coraz mniej dzieci i trudno liczyć na szybką zmianę tego trendu. Oznacza to, że coraz więcej osób będzie wymagało wsparcia przy coraz mniejszej liczbie bliskich gotowych jej udzielić. W tej sytuacji kluczowe znaczenie ma polityka państwa, polegająca nie tylko na prze-

w 1989 r. Polska zaprzestała w praktyce diagnozować, prognozować oraz planować wieloletnie działania wyprzedzające zmiany, jakie zachodzą w każdym społeczeństwie. To między innymi silny podział na Polskę resortową spowodował, że przestaliśmy w sposób skoordynowany i kompleksowo planować naszą przyszłość w ochronie zdrowia i pomocy społecznej.

Zmiany demograficzne i cywilizacyjne, ale też wzrost świadomości spowodowały, że akurat schorzenia urologiczne w sposób wyrazisty obnażają błędy ostatnich dekad. Nietrzymanie moczu jest problemem społecznym i wyzwaniem zdrowotnym, wymagającym podejścia interdyscyplinarnego. Bez współpracy urologa z ginekologiem, fizjoterapeutą z położną czy pielęgniarzami z lekarzem rodzinnym lub geriatrą oraz pracownikiem socjalnym, trudno będzie pomóc rosnącej rzeszy osób coraz bardziej świadomie oczekującej skutecznego wsparcia w tym obszarze.

Doskonałym przykładem, jak pozytywnie można wpływać na stan zdrowotny osób dotkniętych inkontynencją, są przeglądy lekowe zainicjowane przez środowisko geriatrów. Dzisiaj powinny być one rozwijane na masową skalę w opiece długoterminowej, ale już z udziałem farmaceutów.

Niestety, w Polsce zawody medyczne, które już na etapie edukacji praktycznie siebie nie widzą i niechętnie ze sobą współpracują, są właśnie efektem błędów w polityce ostatnich 30 lat. Wyrażam tę opinię nie ze względu na jakiś sentyment do minionych czasów. Całe moje dorosłe życie przeżyłem w wolnej Polsce i bardzo cenię zmiany, jakie u nas zaszły.

Niemniej warto czasami przyjrzeć się, jak ówczesna administracja państwowa radziła sobie z wyzwaniami. Ku mojemu zaskoczeniu już w latach 60. i 70. ubiegłego wieku administracja państwowa z dużą skrupulatnością analizowała zmiany zachodzące w zdrowiu naszego społeczeństwa. To na ten okres datuje się lawinowy wzrost liczby szpitali. Już wtedy wskazywano również na konieczność budowania zespołów interdyscyplinarnych, których współpraca powinna skutkować dalszą poprawą sytuacji zdrowotnej i społecznej Polek i Polaków. PRL zatem to nie tylko puste półki z lat 80. To również dobrze wyedukowana kadra medyczna, której nam wtedy nie brakowało, ale też poważne analizy planistyczne sięgające już wtedy lat 90.

Zatem może warto sięgnąć po dorobek poprzednich pokoleń i skorzystać z ich wiedzy, doświadczeń i wniosków?

Tomasz Michalek



myślanej strategii refundacyjnej, ale też na przygotowaniu kadr medycznych gotowych szukać optymalnych rozwiązań. Niestety, liberalizacja, która zadecydowała o niewątpliwym sukcesie Polski w ostatnich 30 latach, niekoniecznie sprawdziła się w obszarach ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Szereg błędów w planowaniu, a być może jego brak, spowodowało, że dzisiaj cierpimy na deficyty kadrowe wśród lekarzy i pielęgniarzy. Szczególnie ta druga grupa zdaje się być w krytycznym stanie. Średnia wieku polskiej pielęgniarki wynosi ponad 54 lata – przy średniej długości życia osób wykonujących ten zawód wynoszącej 62 lata. To bardzo alarmujące dane.

Jednak nie na pielęgniarkach trzeba się skupiać w tym momencie, ale na systemowym zaniedbaniu, które jest grzechem pierworodnym narodzin III RP. Wraz ze zmianą ustroju

SPIS TREŚCI

WYROBY MEDYCZNE

Rynek środków chłonnych czekają duże zmiany 4

WYWIAD

Trzeba wyważyć potrzeby i koszty 8

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania neuromodulacji krzyżowej 11

LECZENIE

Katalog leków dla chorych na raka prostaty jest rozszerzany, ale wciąż niepełny 12

Zespół przewlekłego bólu miednicy mniejszej u mężczyzn 15

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Wielolekowość w profilaktyce i leczeniu nietrzymania moczu 18

LEGISLACJA

Kolejne darmowe szczepienia na liście dla seniorów 20

Redaktor naczelny: Tomasz Michalek; **Redaktor prowadzący:** Maja Markłowska-Tomar; **Sekretarz redakcji:** Karolina Ciepiela
Konsultant medyczny: dr n. med. Mariusz Blewniewski - Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnosiowej, II Klinika Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi;
Zespół redakcyjny: mgr Jan Danielewicz, Anna Jarosz, Marta Markiewicz-Melon, Maja Markłowska-Tomar, prof. Agnieszka Neumann-Podczaska;
Korekta: Marzena Michalek; **Zdjęcia:** © iStockphoto, Adobe Stock;
Rysunki: Dariusz Pietrzak; **Skład:** Wojciech Polniak

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

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

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

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

Partner wydania: astellas

Szanowni Państwo,
 Jeszcze przed wejściem w życie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej Onkofundacja Alivia przeprowadziła badanie wśród chorych na nowotwory, pytając ich o czas oczekiwania na diagnostykę i leczenie onkologiczne. Co trzeci pacjent nie został poddany badaniom diagnostycznym w terminie, a przypomnijmy, że diagnostyka wstępna powinna zostać przeprowadzona do 28 dni, a pogłębiona – do 21 dni od skierowania na nią. Odsetek chorych czekających na diagnozę ponad 3 miesiące wyniósł w minionym roku 43 proc. i w porównaniu z 2020 r. zwiększył się o 4 proc. I jeszcze jedna liczba obrazująca sytuację chorych onkologicznie w naszym kraju: 36 proc. pacjentów czekało ponad 3 miesiące na rozpoczęcie leczenia, choć powinni mu zostać poddani w ciągu dwóch tygodni.

W ciągu ostatnich dwóch lat czas oczekiwania na pierwszą wizytę do specjalisty wydłużył się o 70 proc., mimo że Narodowy Fundusz Zdrowia ponad trzy lata temu zdjął limity ze świadczeń w AOS. Według Fundacji Watch Health Care, która co roku przygotowuje swój słynny Barometr WHC, najdłużej czekamy w kolejce do angiologa (13,9 miesięcy), endokrynologa (12,1 miesięcy) i chirurga naczyniowego (11,6 miesięcy), a najkrócej do radioterapeuty (ok. dwóch tygodni) i chirurga onkologicznego (1,1 miesiąca).

Przyczyn wydłużania się kolejek do specjalistów jest wiele i nie chciałabym się wdawać w szczegóły tego zjawiska. Myślę jednak, że nie tylko na mnie ogromne wrażenie zrobiła informacja pochodząca z NFZ, że w 2024 r. my, pacjenci, nie odwołaliśmy ok. 1,4 mln wizyt, badań i zaplanowanych zabiegów, nie dając tym samym innym, może bardziej potrzebującym chorym, możliwości skorzystania z nich. Daleka jestem od oskarżania o to wyłącznie pacjentów, bo osobiście znam wiele sytuacji, kiedy ktoś chciał odwołać swoją wizytę, ale mimo podejmowania wielu prób nie mógł się dodzwonić do przychodni. Pewnie niektórzy zwyczajnie zapomnieli o umówionym terminie, a skoro nikt im nie przypomniał, to się nie pojawili. Wiele osób zapisało się na wszelki wypadek w kilku miejscach, a skorzystało tylko z jednej wizyty, zapominając o odwołaniu pozostałych.

Jest nadzieja, że problem nieodwoływanych terminów rozwiąże centralna elektroniczna rejestracja. Ma ona umożliwić łatwe i szybkie umówienie się do lekarza przez Internetowe Konto Pacjenta (IKP) lub aplikację mobilną „mojeIKP”. Na wprowadzenie e-rejestracji musimy jednak jeszcze poczekać. Na razie trwa pilotaż, w ramach którego można się samodzielnie zapisać przez IKP jedynie na pierwszą wizytę do kardiologa (z e-skierowaniem) oraz na badania profilaktyczne – cytologię i mammografię.

Jak zwykle polecam Państwa uwadze aktualne wydanie Kwartalnika NTM, a w nim m.in. wywiad z prof. Jerzym Sienko, krajowym konsultantem w dziedzinie chirurgii ogólnej, z którym rozmawiamy m.in. o szansach na refundowane leczenie nietrzymania stolca metodą neuromodulacji krzyżowej.

Maja Markłowska-Tomar

Rynek środków chłonnych czekają duże zmiany

Marta Markiewicz-Melon



Fot. lightpoet - stock.adobe.com

Piętno demografii powoli odciska się na społeczeństwie Polski. Według szacunków Głównego Urzędu Statystycznego na koniec 2024 r. liczba ludności w wieku poprodukcyjnym (w wieku 65+) wyniosła 8,9 mln osób i stanowiły one 23,8 proc. całej populacji. Jednocześnie w 2024 r. zanotowano około 252 tys. żywych urodzeń, co jest wartością najniższą od 1945 r. Zmiany demograficzne, rosnące zjawisko wielochorobowości, problem otyłości oraz zwiększająca się świadomość pacjentów sprawiają, że już teraz rynek środków chłonnych będzie musiał przygotować się na diametralne zmiany. Głównie w odniesieniu do odbiorców wyrobów chłonnych.

Już teraz szacunki ekspertów wskazują, że tylko liczba kobiet zmagających się z problemem nietrzymania moczu szacowana jest na około 2 do 3 mln. Biorąc pod uwagę, że najmłodsza grupa wiekowa dzieci korzystających z pieluch szacowana jest na niespełna ponad 1 mln (w latach 2022-2024 odnotowano łącznie 829 tys. żywych urodzeń), wkrótce może się okazać, że to nie produkty dla dzieci, ale dla seniorów będą odgrywać istotną rolę na rynku wyrobów medycznych w Polsce. Wydłużający się przewidywany czas życia, a także niska dietetność sprawiają, że do 2050 r. populacja Polaków powyżej 65. roku życia przekroczy 30 proc. Jednocześnie prognozo-

wana oczekiwana długość życia Polaków skorygowana o stan zdrowia (HALE) szacowana jest na 65,5 r. i plasuje Polskę na 21. miejscu wśród 28 analizowanych krajów. Dlatego szczególnie ważną staje się kwestia dbałości o komfort życia seniorów.

Wielochorobowość napędzi rynek

Jednym z czynników, które mogą mieć istotny wpływ na dalszy rozwój segmentu środków chłonnych dla osób dorosłych, jest coraz częściej pojawiająca się wielochorobowość. Nadciśnienie tętnicze, choroby serca, zaburzenia metaboliczne, czy cukrzyca to tylko część schorzeń,

z którymi mierzy się szeroka grupa seniorów. Niestety, często wielu z nich boryka się równolegle z nietrzymaniem moczu i stanami zapalnymi układu moczowego.

- *Dzieje się tak dlatego, że wiele leków przyjmowanych przez naszych pacjentów wydalana jest z moczem. Dlatego też zawsze zwracamy uwagę na to, by nasi pacjenci w sposób szczególny dbali o higienę i minimalizowali ryzyko pojawienia się infekcji układu moczowego, które są charakterystyczne dla osób z zaburzeniami gospodarki węglowodanowej* - wyjaśnia Monika Kaczmarek, prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków. Przypomina również, że często sama cukrzyca i zaburzenia węglowodanowe (przy hiperglikemii) sprawiają, że u chorych dochodzi do polidypsji (nadmiernego pragnienia połączonego z wypijaniem dużych objętości płynów) i poliurii, czyli nadmiernego oddawania moczu. - *Z roku na rok spotykam się z coraz większą rzeszą chorych, którzy z powodu swoich dolegliwości sięgają po produkty chłonne. Jeszcze kilkanaście lat temu oferta nie była zbyt bogata i wielu pacjentów nie chciało zakładać grubych pieluch. Dziś sytuacja zmieniła się o 180 stopni dzięki dyskretnym wkładkom czy pieluchomajtkom. To właśnie te produkty sprawiają, że pacjenci czują się komfortowo i na przykład nie mają obaw, by udzielać się wśród rówieśników* - mówi Monika Kaczmarek.

Środki chłonne aktywizują

W podobnym tonie wypowiada się Marta Leśnik, specjalistka pielęgniarstwa diabetologicznego, która kieruje Zakładem Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w Lublinie. Zwraca ona uwagę, że świadomość pacjentów z roku na rok rośnie, a sam problem nietrzymania moczu dla wielu przestał być tematem tabu. Z pewnością miała na to wpływ m.in. coraz szersza oferta firm produkujących środki chłonne.

- *Właściwie wielu producentów ma obecnie tak szeroki asortyment, że bez problemu jesteśmy w stanie dobrać pacjentom właściwy dla ich potrzeb produkt. Personalizacja pieluch, pieluchomajtek czy też wkładek chłonnych sprawia, że wielu pacjentów zgadza się na korzystanie z nich i nie postrzega środków chłonnych jako przykrej konsekwencji swoich zdrowotnych dolegliwości* - wskazuje Marta Leśnik. W rozmowie z Kwartalnikiem NTM podaje również przykład ze swojego zawodowego życia. - *Prowadząc gabinet le-*

czenia ran i przyjmując w nim pacjentów dojeżdżających czasami z miejscowości odległych o 100 czy 150 km, uznałam, że dobrym pomysłem byłoby zaopatrzenie toalety przy gabinecie w środki chłonne. Jakież było moje pozytywne zdziwienie, kiedy po około dwóch tygodniach musiałam uzupełnić pozostawiony tam zapas. To uświadomiło mi, jak ważne dla moich pacjentów jest zaopiekowanie się również tą sferą - wskazała Marta Leśnik.

Na pytanie: czego jej obecnie na rynku brakuje, wskazała na produkty dla pacjentów zmagających się z dużą otyłością. - *Analizując moje doświadczenia zawodowe,*



Fot. Halfpoint - stock.adobe.com

niestety mam pewną obserwację, która pozwala mi planować nie tylko wykorzystanie, ale również dobór produktów chłonnych. Praktycznie w moim ośrodku nie udaje się nam całkowicie zrezygnować ze środków chłonnych, bo u wielu seniorów dochodzi do znaczącego osłabienia siły mięśniowej, co przekłada się również na nietrzymanie moczu. Z tego powodu bardzo często nie udaje nam się zupełnie zrezygnować ze środków chłonnych, ale jednocześnie staramy się tak dobrać produkty, aby z jednej strony spełniały one swoją funkcję, z drugiej natomiast nie krępowały naszych podopiecznych. Właściwy dobór produktu w naszej placówce jest zawsze podyktowany stopniem nasilenia objawów, ale również aktywności osoby z niego korzystającej - powiedziała.

Optymalne wykorzystanie - jak to zaplanować?

Z taką strategią zgadza się Patryk Sucharda, Public Affairs & Regulatory Manager w firmie Essity. Jak podkreśla, wielu pacjentów, decydując się na używanie środków chłonnych, często korzysta z nich do końca życia. - *Niestety bywa to dla nich istotnym obciążeniem finansowym. Jest wiele sposobów, aby wykorzystać je optymalnie, nie tylko ze względu na oszczędności finansowe, ale rów-*

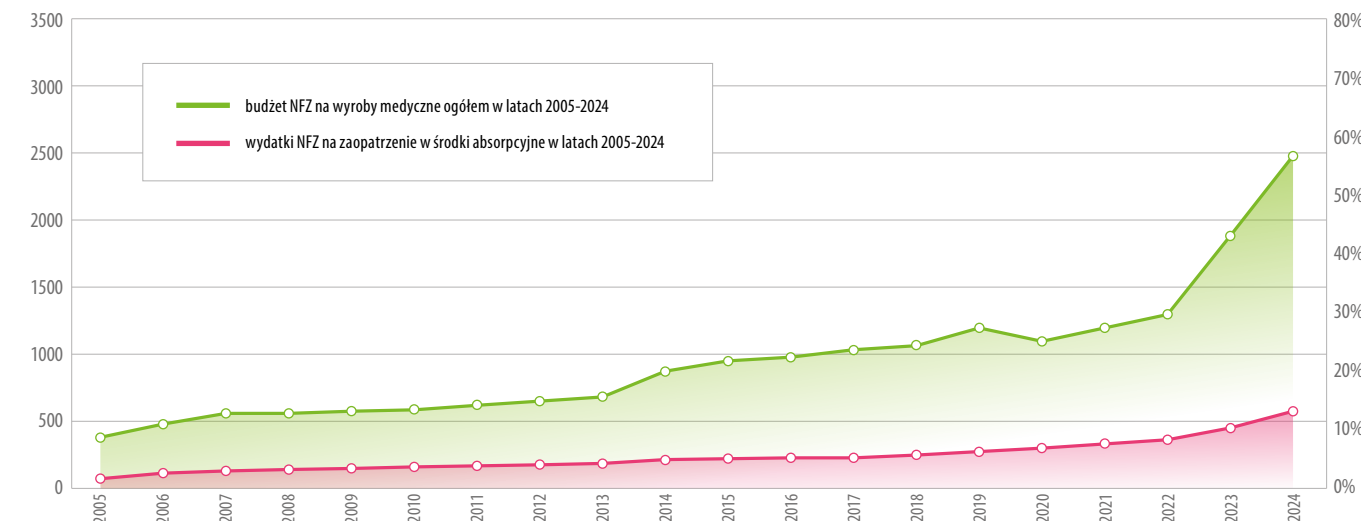
niez dbałości o środowisko naturalne – mówi Patryk Sucharda. I dodaje: – *Przed wszystkim środki chłonne należy odpowiednio dobrać do poziomu nietrzymania moczu. Często pacjenci kupują produkty o większej chłonności „na zapas”, co nie jest optymalnym rozwiązaniem, szczególnie że nie jest wykorzystywana ich maksymalna chłonność.*

Rozwiązaniem tego problemu może być wsparcie ze strony lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty czy farmaceuty, którzy mogą pomóc w doborze produktu. Ale to nie wszystko. Pomocne mogą okazać się także specjalne sensory, wbudowane bezpośrednio w środki chłonne lub mocowane do nich. W zależności od rodzaju mogą one z jednej strony precyzyjnie określić poziom nietrzymania moczu lub informować o właściwym momencie zmiany pieluchomajtek lub majtek chłonnych, tak aby wykorzystać jego maksymalną chłonność – wskazuje rozwiązanie przedstawiciel Essity. Drugim

lu lat apeli środowisk pacjenckich, nadal wyłączone są osoby z wysiłkowym nietrzymaniem moczu. Do wypisywania zleceń na środki absorpcyjne i weryfikacji uprawnień upoważnieni są:

- lekarze pierwszego kontaktu,
- lekarze specjaliści wymienieni w rozporządzeniu (m.in. ginekolog onkolog, ginekolog położnik, urolog, neurolog, nefrolog i geriatra),
- felczer ubezpieczenia zdrowotnego,
- pielęgniarka i położna posiadająca dyplom ukończenia studiów II stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarka i położna posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,
- specjaliści w dziedzinie fizjoterapii (od 1 stycznia ubiegłego roku).

Zmiany wydatków NFZ na wyroby medyczne wydawane na zlecenie, w tym środki absorpcyjne w latach 2005-2024 (w mln zł)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał w latach 2005-2024.

krokiem jest natomiast odpowiedni dobór rodzaju wyrobu do mobilności i preferencji – wkładek, pieluchomajtek, majtek chłonnych lub wyrobów pośrednich, łączących funkcje dwóch wyrobów.

– *Należy także pamiętać, że środki chłonne – na ile pozwalają na to stan pacjenta – nie powinny zastępować wizyt w toalecie, lecz wspomagać tak zwany trening toaletowy – dodaje Patryk Sucharda.*

Ile NFZ przeznacza na refundację wyrobów medycznych?

Zasady refundacji środków absorpcyjnych reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia dotyczące wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Pacjentom dotkniętym problemem nietrzymania moczu, którzy spełniają określone kryteria medyczne, przysługuje do 90 sztuk produktów chłonnych miesięcznie (3 sztuki dziennie). Dorośli pacjenci ponoszą 20 proc. kosztów zakupu, natomiast dzieci i młodzież do 18. roku życia – 10 proc. Z refundacji, pomimo ponawianych od wie-

W 2024 r. Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczył na refundację wyrobów medycznych i ich napraw ponad 2,9 mld zł – o 26 proc. więcej niż w 2023 r. Na same środki absorpcyjne płatnik przeznaczył 575 mln zł, co stanowi 19 proc. całej kwoty. Od czterech lat można zaobserwować spadek procentowy udziału refundacji środków absorpcyjnych w refundacji całej grupy wyrobów medycznych (z 23 proc. w latach 2021-2022 do 19 proc. w latach 2023-2024).

U mężczyzn chorych na cukrzycę typu II ryzyko wystąpienia nietrzymania moczu wynosi 78 proc. (dane za Khan, J., & Shaw, S. (2023). Risk of multiple lower and upper urinary tract problems among male older adults with type-2 diabetes: a population-based study. The Aging Male, 26(1) <https://doi.org/10.1080/13685538.2023.2208658>).

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.

Trzeba wyważyć potrzeby i koszty

Od kilku lat eksperci głośno mówią, że w polskiej chirurgii nie dzieje się najlepiej. Niedoszacowane wyceny procedur, wysoka średnia wieku pracujących specjalistów i niechęć młodych lekarzy do kształcenia się w tej dziedzinie rzeczywiście nie napawają optymizmem. Na to wszystko nakładają się niezaspokojone potrzeby zdrowotne niektórych pacjentów. Czy jest wyjście z tej sytuacji? Co należy zmienić, aby poprawić kondycję oddziałów chirurgicznych i zachęcić młodych lekarzy do podejmowania nauki w zakresie chirurgii ogólnej? O tym, z prof. dr. hab. n. med. Jerzym Sieńko, krajowym konsultantem w dziedzinie chirurgii ogólnej, rozmawia Anna Jarosz.

W obszarze zainteresowań chirurgii ogólnej znajduje się niemal każdy kawałek naszego ciała. To priorytetowa dziedzina medycyny, która zajmuje się diagnozowaniem i operacyjnym leczeniem bardzo wielu schorzeń. Co pana zdaniem jest najtrudniejsze, a co najciekawsze w tej specjalizacji?

W specjalizacji chirurgia ogólna wszystko jest ciekawe. Jeśli ktoś decyduje się na uprawianie jej, musi mieć własny system motywacyjny, który popycha go w tym kierunku. Dla mnie chirurgia jest nie tylko zawodem, który wykonuję, ale przede wszystkim pasją mojego życia. Gdy tak jest, odczuwa się ogromną satysfakcję zawodową i życiową. Często słyszę od pacjentów pytanie: to tylko taki prosty zabieg będzie? Otóż nie. W chirurgii nie ma prostych zabiegów. Powtarzam to moim studentom. Czasem słyszę od młodych chirurgów: a to tylko przepuklina. Lekarzowi, który wykonywał już takie zabiegi, może się wydawać, że to „tylko zwykła przepuklina”. Tak nie jest, bo dla pacjenta to jest jego przepuklina, jego problem i jego ciało. Trzeba to mieć na uwadze i zawsze szanować.

Chirurgia to bardzo różnorodna dziedzina. Po latach pracy niektóre zabiegi można wykonywać rutynowo, ale trzeba być przygotowanym na to, że w polu operacyjnym spotkamy coś nieoczywistego, nieoczekiwanego. Chirurg musi być na to gotowy i umieć szybko wdrożyć niestandardowe postępowanie. Żaden z zabiegów chi-

rurgicznych nie jest mniej ważny, ponieważ podmiotem i przedmiotem naszej pracy jest ludzkie zdrowie i życie. Zdarza się, że pacjent umiera podczas operacji usunięcia wyrostka robaczkowego. Dlatego do każdej, z pozoru błażej operacji, należy podchodzić bardzo sumiennie. Nie można sobie pozwolić na rutynę czy nonszalancję, bo od tego zależy życie pacjentów. Chirurg musi mieć ogromną wiedzę, doświadczenie i zdolności manualne,

bo nawet niewielki błąd może doprowadzić do tragedii. Każda operacja teoretycznie jest obciążona określonym ryzykiem powikłań i wymaga od operatora wielkiej odpowiedzialności.

A zatem chirurgia wyklucza wszelką rutynę?

Tak. Rutyna gubi ludzi, nie tylko lekarzy. W każdym zabiegu, w każdą operację, chirurg musi włożyć swoje serce, doświadczenie, umiejętności i porządnie przyłożyć się do wykonywanej pracy. Nie wolno o tym zapominać, bo od naszej postawy zależy ludzkie zdrowie i życie. Nawet długoletnie doświadczenie nie uwalnia chirurga od stresu, jaki mu towarzyszy, gdy staje do stołu operacyjnego.

Czy uczucie się panować nad stresem, aby zachować jasność umysłu?

Stres jest związany z odpowiedzialnością, z której każdy z nas zdaje sobie sprawę. Oczywiście staramy się walczyć ze stresem. Co pomaga? Przede wszystkim doświadczenie, którego nabywa się z biegiem

lat. Chirurg, który przez lata wykonuje określone zabiegi, poznaje nie tylko wszystkie procedury, ale także nabiera doświadczenia. Należy przez to rozumieć, że lekarz wie, jakie komplikacje mogą wystąpić podczas operacji. Wie także, jak sobie z nimi poradzić. Drugim ważnym elementem walki ze stresem jest wiedza. Chirurg całe zawodowe życie musi się uczyć, śledzić doniesienia kolegów, z których dowie się np. o możliwości wystąpienia nietypowych powikłań i sposobach ich zaopatrzenia. Połączenie wiedzy i doświadczenia to najlepsza droga do eliminacji stresu.

Czy skład zespołu, z którym chirurg staje przy stole operacyjnym, ma znaczenie?

Oczywiście. Jeśli wykonuję zabieg obciążony ryzykiem powikłań śródoperacyjnych, to chcę mieć w asyście osobę, która ma wiedzę i sprawność manualną, abyśmy wspólnie pokonali wszystkie przeszkody. Ale są też zabiegi, które możemy przeprowadzać w asyście studentów.

Jak można opisać kondycję polskiej chirurgii ogólnej? Co przeszkadza, co jest trudne?

Trudne pytanie. Polska chirurgia potrzebuje wielu zmian systemowych w zakresie organizacji oddziałów chirurgicznych, w zakresie ich funkcjonowania i relacji personalnych tam panujących. Zmian wymaga także system kształcenia przyszłych chirurgów. Osobiście nie narzekam. Pracuję w szpitalu wojewódzkim, który dysponuje dobrym sprzętem i przygotowaną merytorycznie kadrą przeprowadzającą szeroką gamę zabiegów. A co przeszkadza w naszej pracy? Przede wszystkim przedłużające się hospitalizacje. Społeczeństwo nasze starzeje się, wydłuża się średnia długość życia Polaków, a wraz z tym dotykają nas różne schorzenia – choroby układu krążenia, onkologiczne, naczyniowe, zwyrodnieniowe. Ośrodki wysokospecjalistyczne są przeciążone, bo to w nich – zgodnie z obowiązującymi przepisami – pacjenci chcą się leczyć. Chętnych do zabiegów jest wielu, ale starszych pacjentów nie zawsze możemy szybko wypisać do domu, ponieważ wymagają oni różnorodnej opieki i pomocy po okresie hospitalizacji. W swoim środowisku nie zawsze mogą na taką pomoc liczyć. Jeżeli nie mamy pewności, że zoperowany pacjent będzie miał w domu należyłą opiekę, czyli pomoc w codziennych czynnościach, utrzymaniu higieny i powrocie do samodzielności poprzez odpowiednie usprawnienie, nie możemy go wypisać do domu. Ale trzeba też jasno powiedzieć, że tacy pacjenci zajmują łóżka, na których powinny się znaleźć kolejne osoby wymagające leczenia operacyjnego.

Jakie rozwiązanie można tu zaproponować?

Nie należę do osób, które narzekają. Jeśli widzę problem, staram się go rozwiązać. Uważam, że w obecnej sytu-

acji rozwiązaniem tego problemu jest przekwalifikowanie ok. 20 procent oddziałów chirurgicznych w Polsce na oddziały opieki długoterminowej. W oddziałach tych nie przeprowadzano by operacji, tylko zapewniano opiekę pacjentom, o których wcześniej mówiłem.

Skąd taki pomysł? Przez lata byłem konsultantem wojewódzkim i doskonale pamiętam oddziały, w których tygodniowo przeprowadzano zaledwie kilka operacji usunięcia pęcherzyka żółciowego, chociaż jest to najczęściej wykonywany zabieg chirurgiczny. Podobnie niskie wskaźniki dotyczyły naprawy przepukliny pachwinowej. Najczęściej wykonywanym zabiegiem w trybie ostrożeńkowym w oddziałach chirurgicznych jest appendektomia, czyli usunięcie wyrostka robaczkowego. W oddziale, który wspominałem, w ciągu roku wykonano zaledwie 12 takich zabiegów. Nierzadko też jest tak, że oddziały chirurgiczne są od siebie oddalone o 15 minut jazdy samochodem. Ich utrzymywanie wymaga zapewnienia sprzętu diagnostycznego, operacyjnego, a ponieważ zabiegów przeprowadza się niewiele, sprzęt nie jest odpowiednio wykorzystywany, a często także przestarzały. Pacjenci o tym dobrze wiedzą i pomocy szukają w wyspecjalizowanych oddziałach, które są przepełnione. Oddziały chirurgiczne, w których wykonuje się niewiele zabiegów, dawno powinny być przekształcone w oddziały opieki długoterminowej. Rozwiązałyby to nie tylko nasze problemy, ale także problemy innych specjalistycznych oddziałów internistycznych, które są przepełnione pacjentami geriatrycznymi, przez co często nie mogą się właściwie zająć chorymi z cukrzycą czy niewydolnością nerek.

A co z chirurgami zatrudnionymi obecnie w oddziałach, które mogłyby być w przyszłości przekształcone w oddziały opieki długoterminowej?

Bez problemu znajdą pracę w centrach chirurgicznych, które przy takiej reorganizacji będą potrzebowały znacznie więcej specjalistów, aby zapewnić obsadę dla całodobowych dyżurów i prawidłowej opieki nad pacjentami.

Czy reorganizacja oddziałów chirurgicznych to jedno z zadań do realizacji na liście konsultanta krajowego, którym jest pan od października 2024 r.?

Spotkałem się niedawno z konsultantami wojewódzkimi z całej Polski, którzy mają obowiązek kontrolowania oddziałów chirurgicznych znajdujących się na ich terenie. Poprosiłem kolegów, aby przyjrzyli się zasadom hospitalizacji w oddziałach chirurgicznych, aby sprawdzili, czy przestrzegane są wszystkie procedury, czy w miejsce klasycznych zabiegów z zakresu chirurgii ogólnej nie wykonuje się komercyjnych zabiegów operowania, np. haluksów czy stulejek. Trzeba przeprowadzić dokładne rozpoznanie obecnej sytuacji, przeanalizować ją i wyciągnąć wnioski, które pozwolą uzdrowić obecną sytuację,



prof. Jerzy Sieńko
Konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii ogólnej

Fot. Archiwum rozmowy

czyli poprawić tzw. przepustowość w oddziałach chirurgii ogólnej.

Wspomniał już pan o potrzebie zmian w systemie kształcenia młodych chirurgów. Dlaczego to takie ważne?

Specjalizacja z chirurgii ogólnej nie cieszy się szczególnie zainteresowaniem młodych lekarzy. Taki trend obserwujemy od dawna. Wpływ na tę sytuację ma bardzo wiele czynników. Już mówiłem: bycie chirurgiem to nieustanny stres i ogromna odpowiedzialność za wykonywaną pracę. Nie każdy jest gotowy na takie obciąże-

niat z Krakowa, wraz ze swoim zespołem, przygotował doskonałą ankietę, gdzie w sposób anonimowy można się wypowiedzieć na temat stosunków międzyludzkich panujących w konkretnym oddziale. Podczas wspomnianego spotkania z konsultantami wojewódzkimi mówiłem o tej ankiecie. Przekazałem ją kolegom, abyśmy wspólnie mogli wyeliminować takie patologiczne zachowania, które w moim przekonaniu też odpychają młodych lekarzy od naszej specjalizacji. Krótko mówiąc, polska chirurgia wymaga wielu zmian, ale to muszą być zmiany, które nie będą poprawiały sytuacji lekarzy czy pielęgniarek, ale będą służyć przede wszystkim pacjentom, bo to oni oddają w nasze ręce swoje zdrowie i życie. Wszyscy płacimy składkę zdrowotną i dlatego wszyscy, niezależnie od miejsca zamieszkania, powinniśmy mieć dostęp do świadczeń zdrowotnych na wysokim poziomie. Dlatego chirurgii potrzebne są zmiany.

Każdego dnia chirurdzy ratują zdrowie lub życie tysiącom pacjentów. Ale są też grupy pacjentów, których potrzeby zdrowotne nie są w pełni zaspokojone. Jedną z takich grup są pacjenci cierpiący z powodu nietrzymania stolca. Cierpią, bo nie jest refundowana skuteczna metoda leczenia tej dolegliwości, czyli zabiegi neuromodulacji krzyżowej.

Refundacja procedur medycznych to ogromny problem społeczny, który dotyczy nie tylko osób z nietrzymaniem kału, ale także wiele osób z chorobami rzadkimi. Nietrzymanie kału (NTK) to wrodzony lub nabyty, niezależny od woli, wyciek płynnych lub stałych stolców i/ lub gazów jelitowych, stanowiący problem zdrowotny, społeczny i higieniczny. NTK występuje rzadziej niż nietrzymanie moczu, ale ma równie negatywny wpływ na jakość życia pacjenta. Oprócz powikłań medycznych (podrażnienia okolicy odbytu, zakażenia skóry, powstawanie trudno gojących się ran) nietrzymanie kału prowadzi do poważnych kłopotów psychologicznych, z ciężką depresją włącznie. Ludzie z tą przypadłością stronią od innych, izolują się, często korzystają ze zwolnień lekarskich, a niektórzy nawet rezygnują z pracy. Z danych medycznych wynika, że problem ten dotyczy 3-5% społeczeństwa. Skuteczne leczenie tak niewielkiej grupy osób nie będzie zbyt dużym obciążeniem dla systemu ochrony zdrowia. Ale wprowadzenie refundacji na

kolejną procedurę medyczną jest obwarowane wieloma przepisami. To Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) decyduje, co może być refundowane, a co nie. Mówi się, że miarą wartości społeczeństwa jest to, jak traktuje najsłabszych. Jako konsultant krajowy będę zabiegał o wprowadzenie zabiegów neuromodulacji krzyżowej w przypadku nietrzymania kału na listę świadczeń refundowanych. W ocenie AOTMiT opinia konsultanta jest ważna, ale nie decydująca.

Może czas nieco zmienić zasady oceniania procedur, które mogą być refundowane?

Na ekonomiczną stronę medycyny trzeba patrzeć bardzo szeroko. Konieczne jest rzetelne wyliczenie kosztów i korzyści wynikających z wprowadzenia procedury na listę świadczeń refundowanych. Pacjent wyleczony nie pobiera renty, nie chodzi na zwolnienia lekarskie, nie potrzebuje wsparcia w postaci środków higienicznych, nie trzeba go leczyć z powodu powikłań. To wszystko należy brać pod uwagę, bo teraz wydatki na te cele ob-

ciążają budżet. Chorym trzeba pomagać, nie ma co do tego wątpliwości. Do dyspozycji mamy odpowiednio wykwalifikowane kadry, jest sprzęt, więc trzeba z tego skorzystać.

Warto pamiętać, że do przyczyn powodujących wystąpienie NTK należą urazy w obrębie miednicy, urazy rdzenia kręgowego, urazy otaczającej odbytu tkanki, zabiegi operacyjne odbytu, wypadanie odbytnicy, przepuklina odbytnicy, hemoroidy, porody, przewlekłe zaparcia i biegunki, radioterapia w obrębie miednicy, zapalne choroby jelit, cukrzyca, stwardnienie rozsiane. Mówię o tym, bo niektóre z tych schorzeń uznane są za choroby społeczne. Zwłaszcza że skuteczność leczenia poprzez zabiegi neuromodulacji krzyżowej są sprawdzoną i potwierdzoną metodą leczenia nietrzymania kału. Jako konsultant krajowy mam nadzieję, że analiza epidemiologiczno-zdrowotna, społeczna i ekonomiczna pozwoli w niedługim czasie wpisać te zabiegi na listę procedur refundowanych.

Dziękujemy za rozmowę.

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania zabiegów neuromodulacji krzyżowej

MIASTO	PLACÓWKĄ	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 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.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

Katalog leków dla chorych na raka prostaty jest rozszerzany, ale wciąż niepełny

Maja Markłowska-Tomar



Fot. Syda Productions - stock.adobe.com

Od 1 stycznia 2025 r. refundowana jest nowa terapia dla chorych na raka gruczołu krokowego. Jest to jedna z wielu pozytywnych zmian, jakie zaszły na przestrzeni kilku ostatnich lat w leczeniu mężczyzn dotkniętych tym nowotworem. Oczekiwania są jednak większe, ponieważ wielu chorych nadal nie ma dostępu do nowoczesnego leczenia finansowanego ze środków publicznych.

W ramach programu lekowego B.56 Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego (ICD-10: C61) od 1 stycznia 2025 r. pacjenci z opornym na kastrację rakiem gruczołu krokowego z przerzutami (mCRPC) i mutacjami genów BRCA 1/2 (germinalną i/lub somatyczną), u których nie jest wskazana chemioterapia, zyskali dostęp do refundowanego leczenia preparatem o nazwie Akeega (niraparyb + octan abirateronu) w skojarzeniu z prednizonem lub prednizolonem. W latach 2022-2024 ten sam

program lekowy rozszerzono w sumie o 9 cząsteczek-wskazań (co roku dodawano do niego po 3 cząsteczki), pojawiły się również nowe wskazania do chemioterapii.

Ostatnie trzy lata przyniosły pozytywne zmiany w dostępie do nowoczesnych terapii

Jak poinformował wiceminister Marek Kos, odpowiedzialny w resorcie zdrowia za politykę lekową, w 2024 r. do programu lekowego B.56 dopisano:

- darolutamid ze wskazaniem do leczenia w skojarzeniu z docetakselem i deprywacją androgenową chorych na hormonowrażliwego raka gruczołu krokowego z przerzutami (ang. metastatic hormone-sensitive prostate cancer, mHSPC),
- dichlorek radu-223 dla chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami (ang. metastatic castration-resistant prostate cancer, mCRPC) z objawowymi przerzutami do kości bez

stwierdzonych przerzutów trzewnych, z progresją po uprzednim zastosowaniu, z powodu przerzutowego raka gruczołu krokowego, hormonoterapii lekiem nowej generacji (nowe antyandrogeny lub octan abirateronu) i chemioterapii albo brak możliwości lub medycznego uzasadnienia do ich zastosowania,

- enzalutamid - leczenie w skojarzeniu z deprywacją androgenową chorych na hormonowrażliwego raka gruczołu krokowego z przerzutami (ang. metastatic hormone-sensitive prostate cancer, mHSPC).

W 2023 r. w ramach programu lekowego B.56 udostępniono:

- olaparyb - dla chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami (mCRPC) po progresji choroby podczas terapii lekiem hormonalnym nowej generacji oraz obecnością patogenicznej lub prawdopodobnie patogenicznej mutacji (germinalnej lub somatycznej) w genie BRCA1 lub BRCA2,
- apalutamid dla chorych na wrażliwego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami (mHSPC) o małym obciążeniu przerzutami (z ang. low volume disease),
- kabazytaksel dla chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami (mCRPC) leczonych wcześniej docetakselem.

W 2022 r., we wskazaniu: Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego bez przerzutów, do programu lekowego wpisano apalutamid, darolutamid i enzalutamid.

Nowe wskazania pojawiły się również w katalogu chemioterapii. W 2024 r. do leczenia octanem abirateronu zyskali dostęp chorzy w ramach uzupełniającej hormonoterapii w skojarzeniu z terapią supresji androgenowej, z grupy wysokiego ryzyka po radioterapii radykalnej (wskazanie off-label), w 2023 r. chorzy z nowo rozpoznany hormonowrażliwym rakiem gruczołu krokowego wysokiego ryzyka z przerzutami (mHSPC) (wskazanie on-label) i rozpoznany hormonowrażliwym rakiem gruczołu krokowego wysokiego ryzyka z przerzutami (mHSPC) oraz chorzy na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego bez przerzutów (nmCRPC) z wysokim ryzykiem wystąpienia przerzutów (wskazanie off-label).

Wprowadzono również zmiany kategorii dostępności refundacyjnej z programu lekowego B.56 do katalogu leków refundowanych w chemioterapii. Dotyczą one octanu abirateronu (od 1 marca 2023 r.), kabazytakselu (od 1 października 2024 r.) i dichloru radu (od 1 października 2024 r.).

„Reasumując, obecnie pacjenci leczeni na raka gruczołu krokowego mają dostęp do szeregu leków refundowanych w ramach katalogu chemioterapii (kabazytaksel,

dichlorek radu, octan abirateronu, bicalutamidum, carboplatinum, cisplatinum, cyklophosphamidum, dacarbazinum, docetaxelum, doxorubicinum, etoposidum, gemcytabinum, ifosfamidum, vincristinum, vinorelbinum), programu lekowego oraz katalogu aptecznego” - podkreślił wiceminister Marek Kos w piśmie skierowanym do Stowarzyszenia Osób z NTM UroConti.

Dodał, że w resorcie zdrowia prowadzone są postępowania administracyjne dotyczące dwóch kolejnych leków przeznaczonych do terapii chorych na raka gruczołu krokowego. Jednym z nich jest Lynparza (olaparibum) w skojarzeniu z octanem abirateronu u dorosłych pacjentów z opornym na kastrację rakiem gruczołu krokowego z przerzutami (mCRPC), u których nie jest wskazana chemioterapia. Drugą cząsteczką, będącą obecnie w trakcie negocjacji, jest Talzenna (talazoparib) w monoterapii u dorosłych pacjentów z opornym na kastrację rakiem gruczołu krokowego z przerzutami (mCRPC) i mutacjami w genach HRR (BRCA2, ATM, CDK12, CHECK2, BRCA1, PALB2, RAD51C), u których chemioterapia nie jest klinicznie wskazana. Oczekuje on na ocenę Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Nie wszystkie potrzeby chorych zostały zaspokojone

Dla części chorych na raka prostaty problemem jest brak refundacji terapii radioligandowej, ukierunkowanej na antygen PSMA (ang. prostate specific membrane antigen), który jest bardziej specyficznym biomarkerem od powszechnie używanego PSA. Podwyższony poziom PSMA stwierdza się u ponad 80 proc. pacjentów z rakiem prostaty (bardzo rzadko występuje w prawidłowych tkankach). Jest on nie tylko biomarkerem diagnostycznym, ale również celem terapeutycznym w leczeniu chorych na rozsianego raka prostaty, którzy nie reagują już na hormono-, czy chemioterapię.

- *Terapia radioligandowa (RLT) polega na dostarczaniu promieniowania radioaktywnego bezpośrednio do komórek rakowych w sposób ukierunkowany, dzięki czemu minimalizowany jest wpływ radiofarmaceutyku na otaczające je zdrowe komórki. Ligand to związek wybiórczo łączący się np. z precyzyjnie określonymi receptorami, których ekspresja jest szczególnie nasiloną na powierzchni komórek nowotworowych. Radioligand to ligand połączony z radioizotopem, będącym emitery promieniowania jonizującego, które powoduje uszkodzenie struktur komórkowych. Jak do tej pory, terapie radioligandowe znalazły zastosowanie w kilku nowotworach, ale w ostatnim czasie popularność tej metody koncentruje się wokół dwóch: guzów neuroendokrynnych trzustki i przewodu pokarmowego oraz raka prostaty. Wynika to z obecności specyficznych receptorów na powierzchni komórek, do których przylgają się podany radiofarmaceutyk - wyjaśnia prof. Anna Sowa-Staszczak, kierownik Zakładu Medycyny Nuklearnej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.*

Lekiem radioligandowym zarejestrowanym w leczeniu przerzutowego, opornego na kastrację, PSMA-dodatniego raka prostaty jest związek 177Lu-PSMA-617. Składa się on z radioaktywnego lutetu emitującego promieniowanie beta niszczące komórki, połączonego z cząsteczką, która po wprowadzeniu do organizmu specyficznie łączy

pacjentów, a przy tym jest dla nich bezpieczne i dobrze tolerowane.

Wysokie bezpieczeństwo i niewielka liczba powikłań wynika z faktu, że leczenie radioligandowe jest leczeniem precyzyjnie ukierunkowanym, a przed podaniem pacjentowi radioligandu terapeutycznego przeprowadzana jest diagnostyka PET, która ma na celu zlokalizowanie komórek nowotworowych.

– *Takie ścisłe połączenie diagnostyki z terapią nazywane jest teranostyką. Dawkę terapeutyczną radiofarmaceutyku podajemy tylko tym pacjentom, u których stwierdza się odpowiednio wysokie gromadzenie radiofarmaceutyku w zmianach nowotworowych. Dzięki temu mamy pewność, że lek zadziała* – mówi prof. Leszek Królicki, kierownik Zakładu Medycyny Nuklearnej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny nuklearnej.

Nie na wszystkie potrzebne terapie są pieniądze. Jednak pacjenci są w stanie wskazać, skąd je wziąć. W trakcie XIX Forum Organizacji Pacjentów, które odbyło się w dniach 10-11 lutego br. w Warszawie, dr n. farm. Leszek Borkowski – farmakolog, a jednocześnie

pacjent onkologiczny, zaapelował do ekspertów, aby przy racjonalizacji wydatków w ochronie zdrowia „pochylili się nad lekami”. – *To, co się dzisiaj dzieje, to jest marnotrawienie pieniędzy. Wiele leków nie powinno być stosowanych, bo mamy nowsze terapie, które de facto są tańsze. Należy stosować mądrą farmakoterapię* – powiedział.

się z antygenem PSMA. Dzięki temu promieniowanie jest dostarczane wybiórczo tylko do komórek zawierających antygen PSMA, a toksyczny efekt działania lutetu jest ograniczony niemal wyłącznie do komórek nowotworowych. Jak dowiodły wyniki badań klinicznych, leczenie radioligandowe w raku prostaty wydłuża życie

Program „Profilaktyka 40 Plus” przedłużony do końca kwietnia

Tylko co czwarta osoba uprawniona wypełniła ankietę zdrowotną, a jeszcze mniej, bo co piąta osoba, poszła się przebadac w ramach bezpłatnego programu „Profilaktyka 40 Plus”. Jest jeszcze szansa, bo skorzystanie ze skierowania na bezpłatne badania profilaktyczne będzie możliwe do 30 kwietnia br. dzięki temu, że Ministerstwo Zdrowia kolejny raz wydłużyło termin obowiązywania programu.

Przypominamy, że pakiet dla mężczyzn zawiera następujące badania diagnostyczne:

- morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym i płytkami krwi,
- stężenie cholesterolu całkowitego albo kontrolny profil lipidowy,
- stężenie glukozy we krwi,
- próby wątrobowe: AlAT, AspAT, GGTP,
- poziom kreatyniny we krwi,
- badanie ogólne moczu,

- poziom kwasu moczowego we krwi,
- krew utajona w kale – metodą immunochemiczną (iFOBT),
- PSA – antygen swoisty dla stercza całkowity.

Do tego dochodzi jeszcze pomiar ciśnienia tętniczego, masy ciała, wzrostu i obwodu w pasie oraz obliczenie wskaźnika masy ciała (BMI).

Jak poinformowało Centrum e-Zdrowia, do końca 2024 r. e-skierowanie odebrało łącznie 4,98 mln osób, z czego 4,08 mln wykonało badania. W grudniu 2024 r. badaniom poddało się 280 tys. osób. Spośród tych, które do końca 2024 r. wypełniły ankietę, 3,37 mln stanowiły osoby w wieku od 40 do 64 lat (26 proc. uprawnionych), a 1,61 mln to osoby powyżej 65. roku życia (21 proc. uprawnionych). W badaniach wzięło udział 2,67 mln osób do 65. roku życia (21 proc. z tej grupy) oraz 1,41 mln seniorów w wieku 65 lat i więcej (18 proc. uprawnionych).

Zespół przewlekłego bólu miednicy mniejszej u mężczyzn

mgr Jan Danielewicz, fizjoterapeuta urologiczny mężczyzn
Centrum Medyczne MCC w Warszawie



Fot. Andrey Mikhaylov - stock.adobe.com

Zespół przewlekłego bólu miednicy mniejszej nadal pozostaje tematem tabu wśród mężczyzn. Ze względu na specyfikę objawów oraz długą drogę do diagnozy, większość mężczyzn rezygnuje już po pierwszej próbie leczenia. Dla wielu ból i dyskomfort w okolicach intymnych są powodem do wstydu, strachu lub stresu. Jednak tak jak inne niekorzystne objawy, również te powinny być konsultowane ze specjalistami. W mojej praktyce fizjoterapeuty urologicznego obserwuję, że zaraz po pacjentach pooperacyjnych, najczęstszą grupą są właśnie mężczyźni zgłaszający się z bólem w obrębie miednicy mniejszej.

Czym jest zespół przewlekłego bólu miednicy mniejszej?

W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), zespół przewlekłego bólu miednicy mniejszej (ang. chronic pelvic pain syndrome - CPPS) to jednostka najczęściej oznaczana kodem R10.2 – ból w okolicy miednicy i krocza. Pacjent jest do niej zaklasyfikowany, gdy ból objawia się przewlekłe w obrębie krocza i utrzymuje się przez co najmniej 6 miesięcy.

Wśród mężczyzn objawy mogą się różnić, zarówno jeśli chodzi o czas, obszar, siłę, czy odczucia. Czas odczuwania bólu może być stały lub przerywany. W zależności od obszarów bólowych CPPS może objawiać się:

- w podbrzuszu;
- w spojeniu łonowym;

- w jądrach;
- w prąciu,
- między moszną a odbytem;
- w okolicach odbytu;
- w dolnej części pleców;
- wewnątrz miednicy.

Dolegliwości bólowe mogą mieć charakter piekący, promieniujący, szczypiący, ciągnący, rozpierający, w niektórych przypadkach pacjenci zgłaszają, że czują ból w postaci „obiekta w kanale odbytnicy”. W wielu sytuacjach charakter również jest zmienny, np. poprzez przyjmowaną pozycję po długim siedzeniu na twardym krześle, kucaniu, staniu.

Zespoły bólowe miednicy mniejszej mogą występować z:

- zaburzeniami procesu mikcji – częstomocz, dyssynergia wypieraczowo-zwieraczowa, uczucie niepełnego opróżnienia pęcherza moczowego, parcie cewki na mocz, kropelkowanie pomikcyjne;
- problemami w sferze seksualnej – napięcie i ból podczas erekcji lub po ejakulacji, zmniejszone libido, dyskomfort w trakcie odbywania stosunku;
- zaburzeniami procesu defekacji – zaparcia, żylaki odbytu, stałe uczucie parcia, biegunki lub uczucie niepełnego wypróżnienia;
- zaburzoną pracą mięśni dna miednicy – ucisk w okolicach intymnych, sztywność w miednicy, ograniczenia w procesach mikcji i defekacji, problemy ze sfery seksualnej;

- pogorszeniem stanu psychicznego - stres związany z dużym i narastającym bólem, zmęczenie i strach w związku z sytuacjami prowokującymi ból;
- zaburzeniami odżywiania i złym stylem życia.

Warto również wspomnieć, że nie każdy ból odczuwany w kroczu będzie od razu klasyfikowany jako zespół przewlekłego bólu miednicy mniejszej. Ta jednostka chorobowa charakteryzuje się zmiennymi objawami i zdarza się, że jest ona mylna z:

- urazem mechanicznym - uszkodzenie struktur tkanek miękkich;
- złamaniem w obrębie miednicy, kręgosłupa lędźwiowego i kończyn dolnych;
- chorobą Peyroniego;
- śródmiąższowym zapaleniem pęcherza moczowego - ból połączony z częstym oddawaniem moczu;
- kamicą nerkową;
- zakażeniami układu moczowego;
- chorobami przenoszonymi drogą płciową (ang. sexually transmitted diseases - STD);
- aktywnym zakażeniem bakteryjnym prostaty (jednak nieleczone zakażenie prostaty może następnie przerodzić się w CPPS);
- nowotworem prostaty lub przetrwiałym powiększeniem prostaty - ograniczony strumień moczu, dyskomfort podczas oddawania moczu;
- pęcherzem neurogennym - problemy z rozpoczęciem mikcji, oddawanie małych ilości moczu w trakcie mikcji, trudność z opróżnieniem pęcherza;
- pęcherzem nadreaktywnym - parcia naglące, częste mikcje w ciągu dnia i w nocy;
- uszkodzeniami nerwów lub zaburzeniami neurologicznymi, np. neuralgią nerwu sromowego;
- przetoką odbytu, szczeliną odbytu - ostry ból w odbycie, dyskomfort w trakcie defekacji, krew w stolcu;
- problemami trawiennymi - zespół jelita drażliwego (ang. irritable bowel syndrome - IBS);
- innymi niejednoznacznymi przyczynami organicznymi.

Sposoby leczenia zespołu przewlekłego bólu miednicy mniejszej

Ze względu na podobieństwo objawów CPPS do bakteryjnego zapalenia prostaty, pierwszą metodą leczenia pacjentów jest farmakoterapia, antybiotykoterapia. Ograniczone informacje o możliwościach dalszego diagnozowania i leczenia zespołu przewlekłego bólu miednicy mniejszej oraz brak efektów sprawiają, że niektórzy pacjenci rezygnują na tym etapie i kończą próby dalszego leczenia. Tym samym pozostają sami z bólem i pogłębiającymi się objawami. Jak w takim razie mężczyźni mogą uzyskać pomoc?

CPPS wymaga podejścia multidyscyplinarnego, czyli modelu biopsychospołecznego, który bazuje na współpracy

specjalistów z różnych dziedzin medycyny, m.in. lekarzy, fizjoterapeutów urologicznych, dietetyków klinicznych, psychologów klinicznych. Dzięki tak szerokiej diagnostyce pacjent otrzymuje ukierunkowane leczenie oraz terapię dostosowaną do indywidualnych potrzeb. W takim systemie pracy wyróżniamy:

1. Leczenie farmakologiczne - obejmuje stosowanie leków w zależności od dominujących objawów. W leczeniu CPPS stosowane są leki: przeciwbólowe, przeciwzapalne, rozkurczowe, inhibitory 5-alfa-reduktazy, neuromodulujące, przeciwdepresyjne i przeciwłękowe.
2. Fizjoterapię - jest kluczowym elementem leczenia CPPS. W ramach ukierunkowanej fizjoterapii urologicznej mężczyźni są badani pod kątem prawidłowej pracy mięśni dna miednicy, stawów oraz struktur kostnych. W ramach fizjoterapii ukierunkowanej na przewlekły ból miednicy mniejszej wykonuje się: techniki manualne, mobilizacje, zabiegi medycyny fizykalnej, ćwiczenia mięśni dna miednicy, trening ogólnorozwojowy, biofeedback, techniki relaksacyjne, trening oddechowy. Dodatkowo fizjoterapeuci urologiczni edukują o bólu, przedstawiają techniki radzenia sobie z nim oraz kształtują zdrowy i bezbolesny styl życia, poprzez naukę nowych nawyków.
3. Psychoterapię kliniczną - silny związek CPPS ze stresem i strachem sprawia, że terapia psychologiczna może znacząco poprawić stan pacjenta. Wśród metod wyróżniamy m.in. terapię poznawczo-behawioralną (CBT), techniki mindfulness, metody rozluźniające.
4. Pracę z dietetykiem klinicznym - w związku z wieloma czynnikami ryzyka oraz powikłaniami wynikającymi z CPPS, pacjenci powinni być pod obserwacją dietetyka klinicznego. Specjalista na podstawie objawów, chorób współistniejących oraz potrzeb pacjenta pomoże w przygotowaniu odpowiedniego sposobu odżywiania. Niekiedy oferuje się różne formy leczenia dodatkowego: leczenie toksyną botulinową, blokadę nerwu sromowego, neuromodulację krzyżową, interwencje chirurgiczne i inne mniejsze zabiegi plastyczne.

Rola fizjoterapeuty w procesie leczenia

Fizjoterapeuta urologiczny pełni kluczową rolę w procesie powrotu do pełnego komfortu. W ramach konsultacji w procesie leczenia stosuje się między innymi:

- edukację pacjenta - jak reagować na ból, radzić sobie z bólem, jakich rzeczy warto unikać;
- naukę nowych nawyków - „zmiana stylu życia” to leczenia do wielu jednostek, nie inaczej jest przy CPPS. Poznanie i wprowadzenie nawyków oraz przedstawienie możliwości codziennej pracy to jeden z elementów współpracy z doświadczonym fizjoterapeutą;
- terapię manualną zewnętrzną w obrębie kroczu - praca na tkankach miękkich, techniki NNI, techniki powięziowe;

- terapię wewnętrzną - techniki manualne, rozluźniające, ćwiczenia wzmacniające, świadoma praca rozluźniająca;
- trening oddechowy - trening świadomej relaksacji, skan ciała, wizualizacje, techniki rozluźniające, kontrola napięcia;
- ćwiczenia mięśni dna miednicy - koordynacja pracy mięśni w celu eliminacji nieprawidłowych wzorców napięciowych;
- ćwiczenia ogólnorozwojowe;
- biofeedback EMG - praca nad świadomym napięciem i rozluźnieniem dna miednicy, nauka kontroli kroczu;
- elektroterapię przeciwbólową;
- terapię falą uderzeniową (ang. extracorporeal shock wave therapy - ESWT).

Złotym standardem fizjoterapii jest podejście biopsychospołeczne. Taki system pracy zapewnia pacjentowi opiekę, komfort i bezpieczeństwo. Podejście to dzieli się na komponentę biologiczną, psychologiczną i społeczną.

Komponenta biologiczna to część, w której skład wchodzi: badanie podmiotowe, dogłębna diagnoza, wprowadzenie technik terapeutycznych oraz leczenie ukierunkowane na problem pacjenta.

Komponenta psychologiczna skupia się na poznaniu odczuć pacjenta, takich jak: stres, strach, złość, niemoc, frustracja. W tej sferze chcemy skupić się na tym, jak pacjent reaguje na objawy, a także jak jest uwarunkowany do pracy ze swoim problemem.

Komponenta społeczna polega na określeniu i zapewnieniu potrzeb indywidualnych, środowiskowych, społecznych, religijnych oraz tożsamościowych. Poznajemy przekonania i cele pacjenta w związku z odczuwanymi objawami i modelujemy pod to program rehabilitacyjny. Takie możliwości pozwalają na dokładne poznanie pacjenta, ustalenie celów terapeutycznych oraz osiąganie sukcesów leczenia.

Podsumowanie

Zespół przewlekłego bólu miednicy mniejszej u mężczyzn to często niediagnozowana i trudna w leczeniu jednostka. U pacjenta z CPPS wymagane jest dogłębne poznanie problemu i ukierunkowany proces leczenia, w związku z tym złotym standardem jest współpraca zespołu multidyscyplinarnego połączona z podejściem biopsychospołecznym. Odpowiednie zaopiekowanie się pacjentem obejmuje m.in. farmakoterapię, fizjoterapię, psychoterapię, konsultację dietetyczną, a w niektórych przypadkach również leczenie dodatkowe.

Kluczową rolę w powrocie do zdrowia ma fizjoterapia urologiczna ukierunkowana na indywidualne podejście do terapii oraz edukacja pacjentów w zakresie właściwego zarządzania objawami.



POMÓŻ MAMIE ZNOWU POCZUĆ SIĘ SOBA



NOWOŚĆ

- ☒ 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.

Wielolekowość w profilaktyce i leczeniu nietrzymania moczu

prof. dr hab. n. med. Agnieszka Neumann-Podczaska

Instytut Senioralny Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej w Warszawie,

Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



Fot. zetart - stock.adobe.com

Wielolekowość jest jedną z najbardziej typowych cech medycyny wieku podeszłego. Definiuje się ją jako jednoczesne stosowanie wielu leków, przy czym najczęściej przyjmowanym w literaturze progiem liczbowym dla wielolekowości jest pięć, a w przypadku tzw. ciężkiej wielolekowości 10 leków.

Wielolekowość - przyczyny, konsekwencje kliniczne

Charakterystyczna dla starości wielochorobowość, która łączy się ze stosowaniem wielolekowych schematów leczenia zalecanych w rekomendacjach klinicznych, oznacza często jednoczesne stosowanie u pacjenta z czterema czy pięcioma schorzeniami kilkunastu preparatów. Według licznych danych wielolekowość jest coraz powszechniej występującym zjawiskiem wśród osób starszych i choć częstość jej występowania zależy od środowiska zamieszkania i charakterystyki badanej populacji, generalnie rosnący trend obserwowany jest nieustannie od wielu lat. Przyczyny wielolekowości są różnorodne. Oprócz wielochorobowości i korzystania przez osoby starsze z konsultacji wielu leczących niezależnie od siebie specjalistów, należy do nich rosnący trend samoleczenia, również wśród osób starszych.

Samoleczenie, jeśli jest odpowiedzialnie prowadzone, rozpatrywać należy jako zjawisko pozytywne, które, będąc wyrazem brania przez ludzi odpowiedzialności za własne zdrowie, ma istotne znaczenie dla odciążenia systemu opieki zdrowotnej. Pamiętać jednak należy, że samoleczenie podejmowane bez konsultacji z fachowymi przedstawicielami służby zdrowia, na podstawie treści reklam czy rekomendacji sąsiadów, może zagrażać bezpieczeństwu

zdrowotnemu osób starszych. Na rosnący trend samoleczenia wpływ ma również systematycznie rosnąca ilość reklam w sektorze produktów leczniczych dostępnych bez recepty oraz suplementów diety.

Wielolekowość, czasem niezbędna, aby skutecznie i bezpiecznie kontrolować przebieg licznych schorzeń występujących równocześnie u pacjenta, stać się może zagrożeniem dla sprawności funkcjonalnej. Istnieją silne dowody wskazujące na wyraźną korelację pomiędzy nasileniem wielolekowości a częstością występowania działań niepożądanych. Podkreśla się również związek wielolekowości ze wzrostem ryzyka interakcji lek - lek oraz lek - choroba, a także z występowaniem wielkich zespołów geriatrycznych, np. niedożywienia, upadków, nietrzymania moczu. Wielkie zespoły geriatryczne (zwane inaczej geriatrycznymi gigantami) to często występujące u osób starszych wieloprzyczynowe zaburzenia, które stopniowo prowadzą do niesprawności funkcjonalnej. Stany te mają również liczne konsekwencje i powinny być rozumiane szerzej niż pojedyncze schorzenia. Co ważne, późno rozpoznane i nieoptymalnie leczone mogą zdecydowanie pogarszać jakość życia starszych osób, prowadząc do tzw. kaskad geriatrycznych i niesprawności.

Nietrzymanie moczu jako wielki zespół geriatryczny

Nietrzymanie moczu jest jednym z wielkich zespołów geriatrycznych. Jego etiologia jest wieloczynnikowa i obejmuje zarówno fizjologiczne aspekty starzenia się, jak i czynniki patologiczne, takie jak wielochorobowość (np. cukrzyca, niewydolność serca, depresja, otępienie, choroba Parkinsona), obejmującą także często zaburzenia ruchowe,

spadek masy ciała i osłabienie siły mięśniowej (sarkopenia), a także zespół kruchości (ang. frailty syndrom). Jedną z ważnych etiologicznych przyczyn nietrzymania moczu jest wielolekowość.

Konsekwencje nietrzymania moczu są wielorakie i istotnie wpływają na obniżenie jakości życia. Zaliczyć do nich należy:

- izolację społeczną;
- depresję;
- splątanie;
- upadki, a w ich konsekwencji złamania;
- zakażenia układu moczowego;
- zmiany skórne;
- zwiększone obciążenie opiekuńcze.

Udowodniono także, że nietrzymanie moczu związane jest ze wzrostem śmiertelności, stanowi ponadto jedną z podstawowych przyczyn instytucjonalizacji osób starszych.

W obliczu złożoności etiologicznej nietrzymania moczu i destrukcyjnego wpływu na jakość życia pacjentów, szczególną uwagę zwrócić należy na konieczność prowadzenia całościowej oceny geriatrycznej u wszystkich pacjentów starszych zagrożonych występowaniem nietrzymania moczu. Ocena ta prowadzona powinna być przez interdyscyplinarny zespół geriatryczny złożony z lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa, dietetyka, farmaceuty i terapeuty zajęciowego, a także opiekunów i/lub bliskich pacjenta.

Celem całościowej oceny geriatrycznej jest szybka identyfikacja potencjalnie odwracalnych przyczyn nietrzymania moczu i taka indywidualizacja postępowania, której efektem będzie optymalizacja leczenia (w tym farmakoterapii, fizjoterapii, interwencji behawioralnych) oraz prewencja powikłań, a w konsekwencji maksymalizacja jakości życia pacjenta.

Do potencjalnie odwracalnych przyczyn przejściowego nietrzymania moczu należą:

- ograniczona mobilność (w tym często związane z tym sarkopenia i zespół kruchości);
- zaparcia;
- zakażenia dróg moczowych;
- splątanie;
- zanikowe zapalenie błony śluzowej pochwy;
- wielolekowość.

Wczesna identyfikacja tych przyczyn jest kluczowa, daje bowiem szansę na wdrożenie leczenia przyczynowego, a w konsekwencji na uniknięcie rozwoju utrwalonego nietrzymania moczu.

Rola wielolekowości w prewencji i leczeniu nietrzymania moczu

U pacjentów starszych z wielochorobowością i wielolekowością zawsze należy brać pod uwagę wielolekowość jako czynnik ryzyka nietrzymania moczu. Elementem kompleksowej oceny geriatrycznej powinna być zatem zawsze

szczegółowa analiza stosowanej przez pacjenta farmakoterapii, z uwzględnieniem leków dostępnych bez recepty i suplementów diety, a także preparatów pochodzenia naturalnego.

Do najczęściej stosowanych leków, które mogą wywoływać nietrzymanie moczu, należą:

- diuretyki (pętlowe - np. furosemid i tiazydy - np. hydrochlorotiazyd) stosowane w niewydolności serca i nadciśnieniu - leki te zwiększają produkcję moczu, przez co nasilają objawy parcia naglącego;
- inhibitory konwertazy angiotensyny (np. perindopril) stosowane m.in. w nadciśnieniu - w mechanizmie uporczywego kaszlu mogą nasilać nietrzymanie moczu wysiłkowe;
- leki blokujące receptory alfa (np. doksazosyna) stosowane w przerście prostaty i nadciśnieniu - poprzez rozluźnienie zwieracza pęcherza i cewki moczowej mogą wywołać lub nasilić nietrzymanie moczu wysiłkowe;
- leki blokujące kanał wapniowy (np. amlodypina) stosowane m.in. w nadciśnieniu - w mechanizmie rozkurczu mięśni gładkich ryzyko upośledzenia opróżniania pęcherza, zalegania moczu i zaparc;
- leki uspokajające (np. lorazepam), nasenne (np. diazepam), antypsychotyczne (np. kwetiapina) - leki te w mechanizmie nadmiernej sedacji układu nerwowego oraz powodowania tzw. zespołu antycholinergicznego mogą wywoływać splątanie, zawroty głowy, zaburzenia poruszania się, unieruchomienie i spadek kurczliwości wypieracza, a w konsekwencji zaleganie moczu i nasilenie nietrzymania moczu z przepełnienia;
- leki antycholinergiczne - należy tu wiele grup leków, również dostępnych bez recepty lekarskiej (np. loratadyna, drotaweryna, skopolamina, difenhydramina), oksybutynina, doksepina) - w mechanizmie powodowania tzw. zespołu antycholinergicznego mogą powodować m.in. zaburzenia funkcji poznawczych (w tym splątanie), zaparcia, zaleganie moczu, suchotę w jamie ustnej. Szczególnie niebezpieczne może być łączenie kilku preparatów o silnym efekcie antycholinergicznym - sprzyja to bowiem kumulacji działań niepożądanych (np. łączenie loratadyny zastosowanej bez recepty w samoleczeniu objawów alergii z hydroksyzyną zleconą na uspokojenie lub równoczesne samoleczenie przebiegu preparatem z difenhydraminą i dolegliwości skrzuszkowych jelit za pomocą drotaweryny).

Wskazówki praktyczne

Wielolekowość jest typową cechą medycyny geriatrycznej, a zarazem jedną z odwracalnych przyczyn nietrzymania moczu, będącego wielkim zespołem geriatrycznym. W procesie leczenia pacjentów starszych z objawami nietrzymania moczu kluczowa jest rewizja wszystkich pobieranych preparatów i optymalizacja farmakoterapii.

Kolejne darmowe szczepienia na liście dla seniorów

Marta Markiewicz-Melon



Od 1 kwietnia seniorzy będą mogli bezpłatnie skorzystać z darmowych szczepień. Zapowiadane zmiany w wykazach leków refundowanych obejmą nowe wskazania onkologiczne. Ministerstwo Zdrowia zapowiedziało również pracę nad nowelizacją rozporządzenia w sprawie wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

Na kwietniową listę leków refundowanych trafi 29 nowych terapii - zapowiedział podczas konferencji prasowej wiceminister zdrowia Marek Kos. Dodał, że nowa lista leków refundowanych przeniesie również zmiany w zakresie listy „S” (dla seniorów), na którą trafią nowe preparaty.

- Na wykazy bezpłatnych leków dla osób powyżej 65. roku życia oraz kobiet w ciąży trafi szczepionka przeciwko wirusowi RSV. Dodatkowo seniorzy otrzymają

możliwość wykonania bezpłatnych szczepień przeciwko półpaścowi - zapowiedział wiceminister Marek Kos. Resort zdrowia zdecydował również o objęciu refundacją 10 terapii onkologicznych, wśród których znajdą się:

- rukaparyb stosowany w leczeniu nowo rozpoznanego, zaawansowanego, nawrotowego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej,
- dostarlimab stosowany w leczeniu pierwszej linii zaawansowanego lub nawrotowego raka endometrium,
- talazoparyb stosowany w leczeniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowego w skojarzeniu z enzalutamidem.

W trakcie konferencji prasowej wiceminister Marek Kos wskazał również, że za punkt honoru postawił sobie usprawnienie prac nad aktualizacją rozporządzenia w sprawie wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. - W tym obszarze prowadzimy ostatnio intensywne

rozmowy w ramach Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji - poinformował.

Rozpoczęcie prac koncepcyjnych związanych z tym obszarem rynku potwierdził również Mateusz Oczkowski, zastępca dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji. Stwierdził on, że prace nad rozporządzeniem mają objąć zarówno poprawę dostępu do już refundowanych wyrobów medycznych, jak i wprowadzenie do rozporządzenia nowych produktów, których katalog Ministerstwo Zdrowia już analizuje.

Ustawa o asystencji po konsultacjach publicznych

W połowie stycznia Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej zakończyło konsultacje publiczne projektu ustawy o asystencji osobistej. Projekt ten znajduje się w orbicie szczególnego zainteresowania marszałka Sejmu Szymona Hołowni. W trakcie konsultacji strona społeczna zgłosiła blisko 1000 poprawek, które mają zostać poddane ocenie. Sam dokument po analizie ma zostać przedstawiony Radzie Ministrów na przełomie marca i kwietnia, a sam proces legislacyjny ma szansę zakończyć się jeszcze przez wyborami prezydenckimi.

Przypomnijmy, że kluczowymi adresatami tej ustawy mają być osoby z niepełnosprawnościami między 13. a 65. rokiem życia. Ustawa ma regulować kwestie asystencji osobistej i indywidualnego wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności - ma na celu aktywne włączenie i pełny udział tych osób w życiu społecznym oraz zawodowym.

Recepty po nowemu

Ważna dla pacjentów zmiana weszła w życie 14 lutego. Chodzi o nowelizację ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z jej zapisami wszyscy lekarze, niezależnie od specjalizacji i posiadania lub nie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, uzyskali uprawnienia do wystawiania recept na bezpłatne leki dla osób powyżej 65. roku życia, a także dla dzieci i młodzieży do 18. roku życia. To nie jedyna zmiana, bowiem od 14 lutego receptę na refundowane szczepienie mogą również wystawić farmaceuci. Oznacza to, że seniorzy będą mogli bezpłatnie zaszczepić się w aptecce m.in. przeciwko grypie czy pneumokokom, a od kwietnia również przeciwko półpaścowi i RSV.

Środki UE na opiekę geriatryczną i długoterminową

Nawet 1,3 mld zł trafi z Krajowego Planu Odbudowy (KPO) i Zwiększania Odporności do szpitali powiatowych. Celem ma być modernizacja i rozwój infrastruktury podmiotów leczniczych w obszarze opieki długoterminowej i geriatrycznej. Pod koniec lutego resort zdrowia zdecydował o przyznaniu środków 83



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

szpitalom, które w procesie oceny wniosków uzyskały najwyższą punktację. Jak informuje Ministerstwo Zdrowia, najniższa wartość wsparcia dla przedsięwzięcia wyniesie 5,3 mln zł, natomiast najwyższa 20 mln zł.

- *Fakt, że w 2024 r. udało się odblokować środki z KPO na ten cel, to ogromny sukces Ministerstwa Zdrowia. Co więcej, udało nam się wynegocjować z Komisją Europejską zmianę charakteru przyznawanych środków finansowych. Środki na inwestycje w opiekę długoterminową i geriatryczną, które pierwotnie były przewidziane jako pożyczki, zostały przekwalifikowane jako bezzwrotne granty. Dla mniejszych szpitali powiatowych, które nie miałyby możliwości zaciągania pożyczek z KPO, ma to kluczowe znaczenie* - podkreśliła ministra zdrowia Izabela Leszczyna. Warto podkreślić, że w trakcie negocjacji z Komisją Europejską udało się również zwiększyć pulę środków.

- *Pierwotnie na ten cel zaplanowane było ok. 650 mln zł. Udało się wynegocjować dwa razy więcej. Dzięki temu mogliśmy rozdysponować aż 1,3 mld zł. Oznacza to, że większa liczba szpitali będzie mogła skorzystać z funduszy KPO* - podkreśliła szefowa resortu zdrowia. Przyznanie środków na inwestycje w opiekę geriatryczną i długoterminową przez resort zdrowia nie oznaczają jednak automatycznego uzyskania dodatkowych kontraktów z NFZ przez placówki szpitalne będące beneficjentami dofinansowania.

Spór o sfinansowanie nadwykonań trwa

Unijne środki nie uratują pogarszającej się sytuacji finansowej placówek. NFZ nie uregulował bowiem dotychczas wszystkich zobowiązań związanych z realizacją świadczeń zdrowotnych wykonanych w 2024 r. Zgodnie z zapowiedziami szefowej resortu zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia do końca marca ma uregulować zobowiązania związane ze świadczeniami nie-limitowanymi, lekami w programach lekowych oraz chemioterapii. Inaczej ma natomiast wyglądać kwestia rozliczenia nadwykonań świadczeń limitowanych. Według komunikatu Narodowego Funduszu Zdrowia pełne rozliczenie nadwykonań ma dotyczyć około 450 pozycji, w tym m.in. świadczeń diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego (spoza pakietu onkologicznego), świadczeń diagnostyki lub leczenia chorób rzadkich, dializoterapii, żywienia dojelitowego i pozajelitowego, wentylacji mechanicznej w warunkach stacjonarnych, czy świadczeń opieki koordynowanej w POZ. „Natomiast na liście świadczeń, za które zapłacimy niższą cenę, jest ok. 100 pozycji, w tym np. endoprotezo-plastyka (70 proc.), hospitalizacje w trybie planowym i jednodniowym (60 proc.), stomatologia dla dorosłych (70 proc.), fizjoterapia ambulatoryjna i domowa (50 proc.), świadczenia opieki długoterminowej w ZOL (70 proc.)” - czytamy w komunikacie płatnika. Środki na świadczenia zrealizowane ponad limity zostaną przekaza-

ne z Ministerstwa Zdrowia w formie dotacji do Narodowego Funduszu Zdrowia na początku marca 2025 r. Następnie NFZ ma niezwłocznie dostarczyć je do oddziałów wojewódzkich NFZ.

Takie dysponowanie środkami nie satysfakcjonuje jednak placówek posiadających kontrakty z NFZ. Zdaniem Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych propozycja zapłaty jedynie części wartości 100 rodzajów świadczeń już zrealizowanych jest ewidentnym przykładem przerzucania kosztów leczenia pacjentów z płatnika na niedofinansowane i permanentnie zadłużone szpitale. „Nie możemy zgodzić się na sytuację, w której świadczenia kluczowe dla funkcjonowania szpitali powiatowych zostają opłacone jedynie w 50-70 proc. wartości, podczas gdy inne placówki otrzymują pełne finansowanie” - stwierdził zarząd OZPSP w piśmie do Ministerstwa Zdrowia.

Podobne stanowisko wyraża Ogólnopolski Związek Świadczeniodawców Wentylacji Mechanicznej, który informuje, że nadlimitowe świadczenia za opiekę nad pacjentem pod respiratorem przebywającym w zakładzie opiekuńczo-leczniczym zostaną zapłacone w 100 proc., natomiast za pacjentów przebywających pod respiratorem w domach już tylko w 35-55 proc.

Kosztowne podwyżki dla kadr medycznych

Problemy z rozliczaniem się Narodowego Funduszu Zdrowia ze świadczeniodawcami to pokłosie kryzysu finansowego, przed którym od kilku miesięcy przestrzegali eksperci. W poprzednim roku NFZ zbilansował się i domknął zaplanowany budżet dopiero po zasileniu dotacją z budżetu państwa w wysokości około 13 mld zł. W bieżącym roku dotacja budżetowa będzie musiała być jeszcze wyższa m.in. z uwagi na kolejną waloryzację wynagrodzeń w ochronie zdrowia.

Według Łukasza Kozłowskiego, głównego ekonomisty Federacji Przedsiębiorców Polskich (FPP), zaplanowane na lipiec podwyżki jeszcze mocniej nadszarpną kondycję publicznego płatnika. Według wyliczeń przedstawianych cyklicznie w formie Monitora Finansowania Ochrony Zdrowia, w zależności od wybranej metodyki, którą zajmuje się Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, roczny koszt waloryzacji wynagrodzeń może wynieść od 8,5 mld zł do 17,1 mld zł.

Jednocześnie FPP wskazuje, że zadłużenie publicznych szpitali wzrosło do poziomu 23,8 mld zł w III kwartale 2024 r. Jednak tym, co budzi największy niepokój, jest poziom zobowiązań wymagalnych szpitali, czyli takie zobowiązania, dla których termin płatności już minął. - *Po raz pierwszy od wielu lat wartość zobowiązań wymagalnych przekroczyła 3 mld zł. Jeżeli ta tendencja utrzyma się w kolejnych kwartałach, będziemy mieli do czynienia z sytuacją budzącą poważny niepokój* - przestrzega Łukasz Kozłowski.

HARTMANN



Podrażnienie skóry wywołane nietrzymaniem moczu?



Skóra narażona na nietrzymanie moczu zasługuje na specjalną pielęgnację

- **Pianka oczyszczająca**
Szybkie i łagodne oczyszczanie zabrudzonej skóry, bez użycia wody.
- **Krem ochronny z tlenkiem cynku**
Chroni skórę okolic intymnych, zapobiega stanom zapalnym, oparzeniom.
- **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



Pożegnanie z nadwagą



Świadoma ciąża

- przygotowanie do porodu



Jestem mamą



Nie daj się endometriozie

 INFOLINIA

22 770 78 00

 ADRES

ul. Chmielna 132/134
Warszawa

 www.centrumkontynencji.pl

 @centrum_medyczne_mcc

 /centrumkontynencji