

Kwartalnik NTM



ISSN 1733-2826

nr 1 (16) 2006
cena: 9.50 zł
(w tym 0% VAT)

LECZENIE ZACHOWAWCZE NTM

Pracownie urodynamiczne - woj. lubelskie

Przejrzystość i konkurencja

Minister Zdrowia zapowiada rewolucyjne zmiany w przyszłym roku. W miejsce obowiązującego systemu, zbudowanego na bazie państwowego monopolisty jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia mają powstać 2-3 państwowe fundusze. Przypomnijmy, że Platforma Obywatelska przed wyborami zapowiadała przekształcenie 16 oddziałów wojewódzkich NFZ w niezależne fundusze przypominające wcześniejsze kasy chorych. Ten pomysł nie zdobył mojej sympatii, gdyż ograniczenie geograficzne działalności „nowych” kas chorych oznacza, iż byłyby one de facto monopolistami regionalnymi. Podatnik, który chciałby zmienić kasę chorych na inną musiałby przeprowadzić się do innego województwa.

Natomiast to co proponuje Minister Religa to już konkurencja. W moim przekonaniu jednak niepełna. Dlaczego? Wystarczy przyrzeć się rynkowi telefonii komórkowej, gdzie mamy trzy prywatne firmy należące do różnych właścicieli, a ceny usług jedne z najwyższych w Europie. Wyobraźmy sobie jak będzie wyglądała konkurencja gdy trzy fundusze należące do jednego właściciela (skarbu państwa) będą, jak to określa Minister Religa oferować nam 95% identycznych świadczeń. Z punktu widzenia pacjenta obawiam się, że zmiany będą zauważalne w małym stopniu, gdyż bardzo szybko okaże się, że co prawda nie mamy już monopolu NFZ, ale w jego miejsce otrzymaliśmy klasyczny model oligopolu, w którym fundusze bardziej będą dbały o to, aby sobie nawzajem nie zaszkodzić niż konkurować o nasze składki.

Zdecydowanie lepiej wyglądają prognozy dotyczące zmian systemu refundacji leków. Minister Re-

liga trafnie, moim zdaniem, zdiagnozował problem. Brak przejrzystości, jaki od wielu lat istnieje w systemie wpisywania nowych leków na listę, spowodował z jednej strony brak nowoczesnych leków na tej liście, a z drugiej są tam leki, które już dawno powinny z tej listy zniknąć. Minister co prawda broni się przed pytaniem, ile leków wypadnie w maju z listy, ale nie zaprzecza, że wiele zostanie z niej wykreślonych.

Jeżeli nowy system refundacji leków będzie opierał się na pełnej przejrzystości o co zabiegają między innymi same firmy farmaceutyczne, możemy mieć nadzieję, że skończą się podejrzenia o korupcję, często całkiem zasadne, i zostanie wreszcie odblokowany proces wpisywania nowoczesnych substancji medycznych na listę.

Jak ważna jest konkurencja jakościowa i cenowa pokazuje przykład refundacji przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych. Od 2004 roku istnieje tam tzw. system otwarty. Konkurencja jest coraz większa i ceny z roku na rok spadają. Jednocześnie w ramach tego systemu istnieje konieczność potwierdzania zleceń przez pacjenta czego nie ma przy wypisywaniu recept na leki.

Efekt jest taki, że pomimo oczywistych braków (nadal w ramach refundacji pacjent otrzymuje tylko 2 pieluchy na dobę) system zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze funkcjonuje dużo sprawniej niż system leków. Oczywiście słabym punktem jest kontrola wypisywanych zleceń, ale tak samo jest przy wypisywaniu recept na leki. Czas najwyższy aby Ministerstwo Zdrowia wspólnie ze środowiskiem lekarskim rozwiązało ten problem. Inaczej zawsze tym poszkodowanym będzie pacjent.

Tomasz Michałek

Inicjatywa stowarzyszeń pacjentów

Stowarzyszenia pacjentów cierpiących na nietrzymanie moczu działają w większości krajów świata. Są to bardzo prężne organizacje pozarządowe, zrzeszające nie tylko pacjentów, ale też osoby zaangażowane w opiekę nad pacjentami z nietrzymaniem moczu, niekoniecznie będące lekarzami (tzw. health care providers).

Stowarzyszenia pacjentów aktywnie uczestniczą w kongresach naukowych różnych towarzystw i współpracują z nimi. Międzynarodowe Towarzystwo Trzymania Moczu (International Continence Society, ICS) posiada nawet komitet promujący zachowania prozdrowotne i służący do współpracy z pacjentami dotkniętymi nietrzymaniem moczu (Continence Promotion Committee, CPC).

Czemu ma to służyć. Przede wszystkim lepszemu przepływowi informacji pomiędzy światem medycznym a pacjentami. Informowaniu pacjentów o najnowszych osiągnięciach i polepszaniu ich wiedzy o problemie. Czy to ważne? Tak, jeśli zauważymy, że w Europie na 49 milionów pacjentów z pęcherzem nadreaktywnym leczonych jest zaledwie 5 mln.

Podobnie ma się sprawa z wysiłkowym nietrzymaniem moczu. Nadal pokutuje wiele mitów: „tego nie da się wyleczyć“, „jestem już za stara na leczenie“. Organizacje pacjentów mają właśnie za zadanie rozwiewanie tych mitów. Z definicji nie zajmują się leczeniem pacjentów, rozwiązywaniem problemów poszczególnych pacjentów, ale właśnie edukacją, promocją zachowań prozdrowotnych oraz pracą nad rozwiązaniami systemowymi zapewniającymi właściwą opiekę i leczenie pacjentom z problemem nietrzymania moczu.

W Polsce organizacje pacjentów dopiero rozwijają się, tymczasem w innych krajach to właśnie one przygotowują analizy farmakoekonomiczne, pokazują swoim członkom, że nietrzymanie moczu nie musi oznaczać ucieczki z aktywnego życia i spędzania czasu w domu lub w pampersie.

dr n. med. Piotr Radziszewski
Fellow of the European Board of Urology



Spis treści

1 (16) 2006

LECZENIE ZACHOWAWCZE NTM	4-7
Fizjoterapia szansą dla pacjentek z NTM mgr fizjoterapii M. Koszla	
Leczenie zachowawcze NTM - polskie realia M. Georgiew	
Nokturia, nadreaktywność i ból - objawy czy zespół? J. Kanabrocka	8-9
Kontrowersje wokół operacyjnego leczenia zaburzeń statyki narządu płciowego u kobiet dr G. Surkont, dr E. Wlazlak, prof. J. Suzin	10-11
Jak postępować z pacjentami dr P. Radziszewski	12
Pracownie urodynamiczne - województwo lubelskie K. Ciepiela	13
ZAOPATRZENIE	14
Plan finansowy NFZ na 2006 rok M. Kowalewska	
Ranking wojewódzkich oddziałów NFZ K. Ciepiela	
OPINIE Ze stomią można żyć J. Kasprzak	15
Czy limit pieluch wystarcza? - doświadczenia hospicjów M. Georgiew	16
PRAWO Uszczelnianie systemu M. Weber	17
Zasady postępowania pielęgniarskiego wobec osób z NTM E. Szałkiewicz	18-19
NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ Ustawa potrzebna od zaraz E. Mamos	20-21
LISTY	22-23

Do Czytelników

W bieżącym numerze *Kwartalnika* postanowiliśmy bliżej przyjrzeć się tematowi leczenia zachowawczego NTM. Ta forma terapii może być stosowana jako leczenie wspomagające w każdym typie nietrzymania moczu (wraz z leczeniem farmakologicznym lub chirurgicznym) lub jako leczenie niezależne. Obok stosowanych metod leczenia zachowawczego prezentujemy również przegląd dostępnych na rynku akcesoriów do fizjoterapii. Fizjoterapia w niektórych przypadkach może uchronić pacjentkę przed zabiegiem, ale kobieta z zaburzeniem statyki narządu płciowego raczej takiej operacji nie uniknie. O nietrzymaniu moczu u kobiet przy zaburzeniach statyki narządu płciowego i możliwości leczenia operacyjnego w takich przypadkach przeczytacie Państwo w dalszej części pisma. Tam też można znaleźć sprawozdanie z ostatniego Warszawskiego Seminarium Neurourologii. Wszystkim osobom, które nie mogły wziąć udziału w Seminarium staramy się przedstawić najważniejsze zagadnienia poruszane przez wykładowców.

W numerze również o podstawowych zasadach postępowania pielęgniarki wobec osób cierpiących na nietrzymanie moczu, artykuł poświęcony niepełnosprawności w Polsce, a także nasze stałe rubryki - mapka pracowni urodynamicznych oraz ranking wojewódzkich oddziałów NFZ.

Analiza pracowni urodynamicznych w województwie lubelskim wykazała, że w regionie tym znajduje się 5 punktów gdzie można wykonać refundowane badanie urodynamiczne i wszystkie te punkty mieszczą się w Lublinie. Natomiast przeprowadzone przez nas porównanie wojewódzkich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia pod względem zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze pokazało, że obsługa pacjentów potwierdzających karty zaopatrzenia miesięcznego odbywa się sprawnie. W województwie kujawsko-pomorskim na przykład dzięki przyspieszeniu wydawania Kart zaopatrzenia miesięcznego na 2006 rok, już pod koniec 2005 możliwe było wydanie kart wcześniej dla pewnej puli pacjentów. W województwie pomorskim z kolei wprowadzono możliwość przedłużenia terminu ważności kart zaopatrzenia comiesięcznego poprzez zgłoszenie telefoniczne i e-mail (świadczniobiorca podaje numer PESEL i zakres zaopatrzenia). Po sprawdzeniu uprawnień karty wysyłane są świadczeniobiorcom „od ręki”.

A na końcu numeru znajdziecie Państwo listy od czytelników i internautów oraz odpowiedzi naszych konsultantów medycznych. Serdecznie zapraszamy Państwa do lektury.

Magdalena Kowalewska

Kwartalnik NTM

Redaktor Naczelny: Tomasz Michałek
Sekretarz Redakcji: Magdalena Kowalewska
Z-ca Sekretarza Redakcji: Małgorzata Georgiew
Komitet redakcyjny:

dr med. Piotr Dobroński, dr med. Piotr Radziszewski
 Klinika Urologii Akademii Medycznej w Warszawie

Zespół redakcyjny: Joanna Barańska,
 Karolina Ciepiela, Elżbieta Mamos, Iza Marcisz

Komentatorzy: Józef Góralczyk,
 Elżbieta Szałkiewicz, Maria Weber

Zdjęcia: Dominik Skurzak
Rysunek: Dariusz Pietrzak

Dyrektor ds. produkcji: Stanisław Mazur
Opracowanie graficzne: Dariusz Bochniak

Adres redakcji:

ul. Ciołka 13, 01-445 Warszawa

tel.: (22) 46 36 400, fax: (22) 533 62 93

e-mail: ntm@ntm.pl, magdalena.kowalewska@ntm.pl

Infolinia: 0 801 800 038
www.ntm.pl

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń oraz zastrzega sobie prawo skracania tekstów i zmiany ich tytułów.
 Wydawca wyraża zgodę na przedruk i tłumaczenie tekstów z zastrzeżeniem podania źródła.
 Nakład 3000 egzemplarzy.



Program
 Prospołeczny
 „NTM -
 Normalnie
 Życ”

Wydawca:
Studio PR

Realizacja wydawnicza:
Warsaw Voice SA

Redakcja Kwartalnika NTM
 pragnie wyrazić głęboki żal
 z powodu śmierci pana Andrzeja Cebo,
 pierwszego prezesa Mazowieckiego
 Oddziału Stowarzyszenia UROSTO.

Fizjoterapia szansą dla pacjentek z NTM

Mgr fizjoterapii Michał Koszla

P przed podjęciem decyzji o leczeniu NTM metodami operacyjnymi warto zastosować leczenie zachowawcze. Fizjoterapia to ogromna szansa poprawy komfortu życia, a dla wielu pacjentek nawet wyleczenia. Ma ona zastosowanie w różnych rodzajach NTM. Dzieje się tak, gdyż dzięki niej możemy oddziaływać na mięśnie dna miednicy poddając treningowi różne rodzaje włókien mięśniowych zmieniając próg pobudliwości, odtwarzając lub modyfikując odruchy warunkowe. Kluczowe znaczenie dla podjęcia fizjoterapii ma przyczyna powstania NTM oraz zakładany jej cel.

Przyczyna powstania NTM a fizjoterapia

Najlepiej poddającym się terapii jest NTM powstałe w ciąży lub/i podczas porodu, gdzie przyczyną jest osłabienie, rozciągnięcie mięśni. Inną z przyczyn NTM jest ból pojawiający się po episiotomii (nacięciu krocza). Powoduje on osłabienie odruchu napinania mięśni krocza podczas wysiłku, co może doprowadzić do wysiłkowego NTM. Wówczas celem terapii jest nie tylko wzmocnienie mięśni, ale również odruchu. U niektórych pacjentek NTM powstaje przypuszczalnie w wyniku częściowego uszkodzenia nerwów (gałązek nerwu sromowego) podczas porodu. Poprawa w pierwszych miesiącach terapii utrzymuje się tak długo, jak pacjentka poddaje się zabiegom.

Na uwagę zasługuje inna przyczyna powstania NTM - zaniechanie fizjoterapii w połogu. Brak odpowiednich ćwiczeń w połogu prowadzi do osłabienia powłok brzusznych, mięśni dna miednicy oraz zmian w sylwetce. Osłabienie mięśni brzucha prowadzi do wzrostu obciążenia mięśni dna miednicy. Skutkuje to pojawieniem się NTM zarówno w okresie połogu, jak i dopiero menopauzy.

Temat tabu

Największym wrogiem skutecznej fizjoterapii jest to, że NTM jest „tematem tabu”. Mimo, że jest powszechne, pacjentki zgłaszają się do specjalisty średnio po 9 latach od wystąpienia pierwszych objawów, podczas gdy najlepsze rokowania fizjoterapii są w pierwszych czterech latach.

Cel fizjoterapii

Przed podjęciem terapii NTM bardzo ważne jest określenie jej celu. Dla pacjentek, u których objawy NTM trwają do 4 lat, zwłaszcza po porodzie, celem jest najczęściej pełne wyleczenie. Jeżeli pacjentka doznała w wyniku porodu urazu mięśni zwieracza i wymaga interwencji chirurgicznej po porodzie, ce-

lem terapii przed zabiegiem jest przygotowanie, usprawnienie mięśni przed operacją oraz odsunięcie jej terminu w czasie, aż pacjentka przestanie karmić piersią. Pacjentki starsze, u których objawy występują powyżej 4 lat, mające zmiany strukturalne (np. częściowe uszkodzenie pierścienia zwieracza) mogą liczyć na poprawę komfortu życia (rzadsze wyjścia do toalety, mniej lub wyeliminowanie epizodów gubienia moczu). Dotyczy to również pacjentek zakwalifikowanych do zabiegu operacyjnego - które dzięki fizjoterapii mogą go uniknąć, a u pozostałych operowanych pacjentek częściej obserwuje się poprawę.

Jeżeli przyczyną NTM było częściowe uszkodzenie nerwów, celem fizjoterapii jest utrzymanie zdolności mięśnia do skurczu - okres reinerwacji bywa znacznie dłuższy niż czas, po którym mięsień na trwałe traci zdolność kurczenia się.

Warto zaznaczyć, że fizjoterapia nie tylko poprawia siłę i wydolność mięśni dna miednicy, może stanowić przygotowanie do kolejnej ciąży, ale również pozytywnie wpływa na jakość życia seksualnego. Elektrostymulacja poprawia również czucie w pochwie/cewce moczowej, co w seksuologii wykorzystuje się do terapii anorgazmii kobiet.



Do mojego gabinetu coraz częściej trafiają pacjentki z obniżeniem, wypadaniem przedniej, tylnej ściany pochwy. Usprawnianie dna miednicy pozwala na zmniejszenie lub ustąpienie tych objawów.

Metody fizjoterapii NTM

W zależności od przyczyn, zakładanych celów i wyników badań diagnostycznych można skorzystać z ćwiczeń mięśni dna miednicy, biofeedbacku i elektrostymulacji.

Ćwiczenia stanowią najtańszą, nie ograniczającą rytmu dnia, a zarazem najbardziej wymagającą formę terapii. W zależności od potrzeb można tu wyróżnić trening siły, wydolności, trenowanie odruchów. Stanowią one głównie profilaktykę, ewentualnie terapię w NTM o niewielkim nasileniu oraz uzupełnienie pozostałych form terapii. Trudno jest uzyskać odpowiedni rygor ćwiczeń, sprawować nad nimi odpowiednią kontrolę. Często pacjentki napinają inne grupy mięśniowe, w tym antagonistów (mięśnie brzucha), zwłaszcza przy dłuższym ćwiczeniu, gdy mięśnie dna miednicy się męczą. W celu polepszenia jakości ćwiczeń stosuje się nagrania audio (nie dostępne po polsku) i dzienniki ćwiczeń.

Większą kontrolę nad ćwiczeniami oraz bardziej prawidłowe ćwiczenie daje biofeedback, czyli kontrolowanie jakości ćwiczenia podczas jego wykonywania. Tutaj można wyróżnić ćwiczenie z:

- * palcami w pochwie - pacjentka umieszcza dwa palce w pochwie i podczas napinania czuje ucisk mięśni na palce,
- * „sexercises” (podczas stosunku płciowego) - partner odczuwa napięcie mięśni partnerki na prąciu,
- * zastosowaniem perineometru (urządzenia do pomiaru siły mięśni) - wskazówka dynamometru pokazuje jak mocno pacjentka zaciska mięśnie,
- * zastosowaniem elektromiografu, który bada czynność elektryczną mięśni dna miednicy - podczas skurczu mięśni widoczny jest wzrost napięcia na ekranie aparatu,
- * wkładką dopochwową do ćwiczeń (ew. elektrodą o takim kształcie) - zatknięty za wkładkę (elektrodę) wskaźnik wychyla się podczas napięcia mięśni.

Biofeedback również stanowi element uzupełnienia elektrostymulacji, usprawnianie po zabiegu operacyjnym, służy terapii lżejszych form NTM. Dodatkową jego zaletą jest możliwość nauki pacjentki prawidłowego ćwiczenia. Nawet, jeżeli zamierzamy ograniczyć się do ćwiczeń warto rozpocząć terapię od biofeedbacku, gdyż wiele pacjentek mimo dużego zaangażowania ćwiczy niepra-

widlowo, co może prowadzić do ich zniechęcenia, a nawet pogorszenia stanu, nie mówiąc o stracie cennego czasu.

Zdecydowana większość pacjentek, które chcą podjąć fizjoterapię w NTM wymaga elektrostymulacji. Nawet, jeżeli potrafią one ćwiczyć, mięśnie są zbyt słabe, albo mają zbyt małą wydolność, żeby podjąć samodzielny, skuteczny trening. Metoda ta daje szereg możliwości, gdyż stymulację można, a nawet trzeba dostosować do indywidualnych potrzeb pacjentki. Wykorzystując różne częstotliwości mamy wpływ na rekrutację różnych ilości i typów włókien mięśniowych, a więc możemy kształtować takie cechy mięśnia jak siła czy wydolność. Zmieniając długość impulsu można obniżyć próg pobudliwości, co nie jest bez znaczenia, gdyż wysiłkowe NTM pojawiające się podczas nagłych wysiłków typu kaszel, czy kichanie można zredukować, jeżeli mięśnie będą łatwiej się kurczyły, szybciej reagowały napięciem podczas nagłego parcia.

Zespół pęcherza nadreaktywnego (parcia nagłego, częstomocz dzienny i nocny oraz nietrzymanie moczu z parcia) także poddaje się fizjoterapii. Układ nerwowy jest o wiele bardziej podatny na zmiany niż mięśniowy i nadmierne napięcie pęcherza moczowego można o wiele łatwiej zwalcząć.

Poza tymi możliwościami każdy zabieg, a więc i każde ćwiczenie, trening można wydłużyć do 20-30 minut, podczas gdy pacjentki ćwiczące samodzielnie mogą się zniechęcić do tak długich ćwiczeń ze względu na zmęczenie mięśni, układu nerwowego jak i znużenie. W przypadku częściowego uszkodzenia nerwów, aby wydłużyć okres reinerwacji możemy bardzo długo utrzymywać zdolność mięśni do skurczu, podtrzymywać ich tonus. Efektem „ubocznym” stymulacji jest poprawa czucia w pochwie, dzięki czemu pacjentkom łatwiej jest powstrzymać wyciek moczu i określić, kiedy on występuje.

Na rynku pojawiły się różnego typu stymulatory. Pozwalają one na różne techniki stymulacji. Najlepiej sprawdza się stymulacja elektrodą waginalną.

Czego można się spodziewać w gabinecie?

Celem wizyty jest ustalenie metody terapii, a w razie potrzeby parametrów stymulacji. Terapia zaś ma prowadzić do samodzielności pacjentki - do tego, aby mogła i potrafiła samodzielnie ćwiczyć, przede wszystkim profilaktycznie.

Przed ustaleniem programu fizjoterapii należy skorzystać z odpowiedniej diagnostyki. Bardzo ważne jest ocena urologiczna i ginekologiczna. Powstrzymanie strumienia moczu również należy potraktować diagnostycznie, nabycie tej umiejętności podczas terapii jest jednym z symptomów poprawy. Nie zaleca się ćwiczyć podczas każdej mikcji, gdyż może to prowadzić do wytworzenia odruchu powstrzymywania strumienia moczu i jego zalegania. Aby pacjentka

mogła bez skrepowania przekazać charakter swoich dolegliwości wypełnia kwestionariusz oceny dolegliwości (np. Gaudenza), który w trakcie terapii stanowi cenne źródło informacji o postępach leczenia.

Kolejnym badaniem jest elektromiografia (EMG). Pokazuje ona sprawność układu nerwowego, czynność elektryczną mięśnia, czas skurczu i rozluźnienia mięśni dna miednicy. EMG jest odpowiednikiem badania EKG, jednak badanym mięśniem nie jest serce tylko mięśnie dna miednicy. Elektroda użyta do tego badania umieszczana jest w pochwie, a pacjentka wykonuje kilka napięć mięśni dna miednicy (MDM). Następnie elektromiograf analizuje i wyświetla wyniki badania.

Pacjentkom, które obawiają się stymulacji i badania EMG prezentują sprzęt, wykonują demonstracyjny zabieg na przedramieniu. Odpowiednia elektroda stanowi również przyrząd do ćwiczeń, dzięki któremu można wstępnie określić czy pacjentka ćwiczy prawidłowo. Ostatnią częścią wizyty jest poszukiwanie odpowiednich parametrów zabiegu - elektrodyagnostyka oraz nauka samodzielnej obsługi stymulatora.

Skuteczność terapii w świetle badań

W ostatnich latach pojawiło się sporo publikacji na ten temat. W ocenie pacjentek skuteczność elektrostymulacji dla 13% pacjentek jest bardzo dobra, dla 60% dobra, a dla 23% zadowalająca. 5 na 12 pacjentek unika operacji chirurgicznej. Warto podkreślić, że poddanie się terapii nie dyskwalifikuje operacji. Skuteczność terapii określano również na podstawie potrzeby wykorzystania podpasek po roku od rozpoczęcia terapii/operacji, a następnie po 4-8 latach. U pacjentek wyłącznie poddających się terapii po roku używała ich połowa, po latach 45%. U tych, które poddały się operacji, ale nie fizjoterapii - 20%, ale już po kilku latach - 30%. U tych, które poddały się fizjoterapii po zabiegu ilość spadła z 36% do 16% po kilku latach, a więc spadła o połowę.

Fizjoterapia NTM stanowi zatem zarówno doskonałą alternatywę wobec zabiegów operacyjnych, jak i doskonałe ich uzupełnienie. Stosowana przed zabiegiem jak i po nim zwiększa szansę sukcesu terapeutycznego. Ma coraz szersze zastosowanie nie tylko w terapii nietrzymania moczu, ale również w innych jednostkach chorobowych.

Dr n. med. Piotr Dobroński, Fellow of the European Board of Urology:

Artykuł mgr. Koszli omawia problem bardzo ważny, a często niewystarczająco znany przez lekarzy. Ćwiczenia wprowadzone przez lekarza z Los Angeles Arnolda Kęgla na początku lat 50-tych XX-wieku dały początek rozwojowi fizjoterapii w rehabilitacji schorzeń dna miednicy kobiet. Należy podkreślić, że w chwili obecnej fizjoterapia pod postacią ćwiczeń mięśni dna miednicy (treningu, ang. PFMT = pelvic floor muscle training) jest zalecana jako pierwsza linia postępowania w nietrzymaniu moczu kobiet. Takie miejsce przyznały jej w swoich wytycznych najważniejsze międzynarodowe organizacje naukowe zajmujące się NTM: International Consultations on Continence (ICI, panel ekspertów działający pod auspicjami WHO) i Europejskie Towarzystwo Urologiczne (EAU) we wszystkich rodzajach NTM, tj. wysiłkowym, mieszanym i z parcia. PFMT ma najwyższy stopień rekomendacji oksfordzkiej ICI.

Skuteczność tej metody jest udowodniona, jej prawidłowe zastosowanie pozwala na uzyskanie około 60-90% wyleczeń i popraw łącznie, przy czym odsetek wyleczeń wynosi ok. 20%. Liczba epizodów NTM spada znacząco o ok. 50-70%. Na uzyskane wyniki podstawowy wpływ ma jednak długoterminowe i systematyczne stosowanie się do zaleceń. Niestety, jak wykazują badania, ok. 60% pacjentek nie stosuje się do zaleceń od początku, w tym 43% nie ukończyło szkolenia, a 15% badanych ćwiczyło tylko raz w tygodniu. Z czasem pacjentki w ogóle zaprzestają ćwiczeń: po 3 miesiącach PFMT stosuje je już tylko 60% pacjentek, a po roku zaledwie 20%. Warto podkreślić, że PFMT ma dość dobre wyniki odległe, gdyż w wyniku 8 tygodniowego leczenia po ok. 8 latach u ok. 40% chorych nadal utrzymuje się dobry efekt leczenia.

Zastosowanie biofeedbacku (aparatura audiowizualna), podobnie jak inne sposoby wymienione przez autora służą identyfikacji grup mięśniowych kobietom, które nie potrafią same kurczyć właściwych mięśni. Takie podejście było także zalecane przez „ojca” metody, dr. Kęgla.

Podobną do PFMT skuteczność ma zastosowanie ciężarków (stożków, ang. cones) pochwowych lub elektrostymulacji. Stożki pochwowe o wzrastającym od 20 do 90 g ciężarze powinny być noszone 2 razy dziennie przez 15-20 minut. Jeśli chodzi o elektrostymulację, to za najskuteczniejszą uważana jest stymulacja przepochwowa wysokonapięciowa (tj. prądem o maksymalnym napięciu niepowodującym reakcji bólowej).

Skuteczność obu tych metod jest porównywalna z PFMT, a zastosowanie ich połączenia jak wynika z analizy Cochrane'a nie poprawia skuteczności.

Najnowszą i być może wartą uwagi metodą fizjoterapeutyczną jest stymulacja magnetyczna mięśni dna miednicy (ang. magnetic pelvic muscle stimulation, MPFS) np. aparatem Neocontrol. Metoda jest zaakceptowana przez amerykańską FDA od 1998 r. W wielośrodkowym badaniu klinicznym w USA wykazano po 6 miesiącach 43% wyleczeń i 23% popraw przy użyciu tej metody.

Podsumowując, fizjoterapia powinna być zalecana jako leczenie pierwszego rzutu u wszystkich kobiet z pierwotnym NTM. U ponad połowy przyniesie to poprawę, a szansę na wyleczenie ma co piąta pacjentka. Metody te są może nie najbardziej skuteczne, ale na pewno najmniej inwazyjne i - co nie bez znaczenia - tanie.

Leczenie zachowawcze NTM - polskie realia

Małgorzata Georgiew

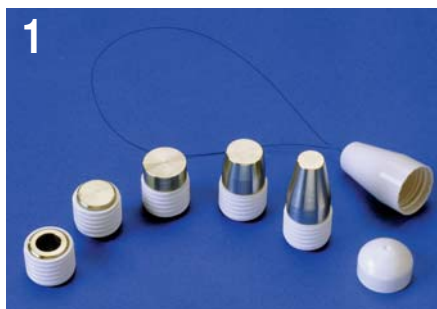
Wwielu naszych publikacjach sygnalizowaliśmy różnorodność metod leczenia nietrzymania moczu. Opisowaliśmy leczenie farmakologiczne i metody operacyjne, a także zastosowanie elektrostymulacji. Wspominaliśmy o znaczeniu ćwiczeń gimnastycznych, opisywaliśmy je i zamieszczaliśmy zdjęcia (*Kwartalniki* nr 3, 4, 5, 10 i 15). W tym numerze chcielibyśmy omówić dostępne na naszym rynku przyrządy do nieinwazyjnego leczenia nietrzymania moczu, które mogą być pomocne dla wielu pacjentów.

Prostym sposobem wzmocnienia mięśni głębokich miednicy jest modyfikacja sposobu Kegla polegająca na zastosowaniu stożków pochwowych (fot. 1) o zróżnicowanej masie, których utrzymanie możliwe jest wyłącznie pod warunkiem wykonania skurczu mięśni dna miednicy. Jest to łatwa w stosowaniu i chętnie akceptowana metoda, a jej efekty porównywalne są z rezultatami metody Kegla i wielu przypadkach po stosunkowo krótkim okresie (ok. 4-6 tygodni) problem z nietrzymaniem moczu ulega znacznej poprawie.

Same ciężarki mają bardzo prostą budowę - składają się z jednego korpusu o opływowym kształcie i kilku ciężarków o zróżnicowanej wadze od 20 do 70 gram. Stosując stożek w czasie prostych do wykonania ćwiczeń, należy starać się utrzymać je w pochwie. Z czasem należy stopniowo dodawać kolejne ciężarki zmuszając mięśnie do coraz większego wysiłku.

Stosowanie tych przyrządów zalecane jest nie tylko osobom, które mają problem z wysiłkowym nietrzymaniem moczu, ale również tym, które myślą o profilaktyce. Są jednak pewne przeciwwskazania jego stosowania jak np. w przypadku infekcji pochwy, nowotworu szyjki macicy, w czasie miesiączki, w czasie ciąży jak również w pierwszych 6 tygodniach po porodzie i zabiegach operacyjnych, w przypadku stosowania dopochwowych środków antykoncepcyjnych.

Do zakupu stożków nie jest potrzebne skierowanie ani recepta. Ich koszt to około 260 złotych. Dla wielu osób to bardzo duża kwota, ale pocieszeniem może być fakt, że jest to wydatek jednorazowy, gdyż materiały, z których są wykonane są bardzo trwałe (*więcej informacji: www.med.intserv.com.pl*).



Niedługo na rynku pojawić się ma przyrząd działający na podobnej zasadzie. To wkładka dopochwowa ortostatyczna (bez ciężarka w środku) czyli wykonana z plastiku kulka, z nitką ułatwiającą jej wyjęcie. Stosowanie wkładki zalecane jest kobietom z obniżeniem narządów moczopłciowych, wypadaniem macicy i wysiłkowym nietrzymaniem moczu. Wkładka będzie dostępna już za kilka miesięcy w cenie około 50 zł. Na stronie producenta (www.adamed.com.pl) znajduje się opis terapii, zawiera on jednak kilka niejasności. Producent nie udzielił nam wyjaśnień odnośnie sposobu stosowania produktu i dlatego zwracamy się do Czytelników, aby przed rozpoczęciem terapii skonsultowali się z lekarzem.

Niewiele osób wie, że jest również urządzenie dla pań, które pomagają prawidłowo wykonywać ćwiczenia dna miednicy. Komplet składa się z wkładki dopochwowej i wskaźnika skurczu. Po włożeniu wkładki ruch wystającego wskaźnika skurczu pokazuje, czy ćwiczenie wykonywane jest prawidłowo. Taki przyrząd może być niezwykle przydatny, ponieważ często początkującym bardzo trudno jest zidentyfikować właściwe mięśnie i ocenić, czy skurcz został wykonany prawidłowo. Przyrząd ten jest zalecany do ćwiczeń przed i po porodzie oraz dla pań z niewielkim osłabieniem mięśni dna miednicy. Jego przybliżona cena to ok. 55 złotych.

Od kilku lat dostępny jest na rynku przyrząd pomocny w przypadku nietrzymania moczu u mężczyzn. Jest to tzw. opaska zaciskowa (fot. 2), zewnętrzne urządzenie dające kontrolę nad nietrzymaniem moczu. Anatomiczny kształt oraz elastyczny rzepek minimalizują niezbędną, skuteczną siłę nacisku na cewkę moczową poprzez okężne ukierunkowanie siły wokół prącia. Opaski dostępne są w dwóch rozmiarach.

Jak działa opaska zaciskowa? Po założeniu opaski na prącie, specjalnie zaprojektowana podkładka uciska bezpośrednio cewkę moczową. Podczas kiedy ukierunkowany nacisk zapobiega niekontrolowanemu upływowi moczu przepływ krwi pozostaje niezakłócony.

Sama opaska jest niewielka, tym samym niekrępująca i łatwa do ukrycia. Elastyczny rzepek

utrzymuje opaskę w prawidłowej pozycji umożliwiając użytkownikowi wykonywanie codziennych czynności bez obawy, że opaska się przesuśnie. Trwałość opaski umożliwia jej wymianę w regularnych odstępach czasu. Stosowanie opaski zaciskowej musi być poprzedzone konsultacją u lekarza specjalisty - konieczna jest jego pisemna zgoda na jej zakup. Koszt opaski to kwota rzędu 50 złotych.

Od listopada 2005 roku dostępne jest na naszym rynku proste urządzenie działające na zasadzie sprzężenia zwrotnego (tzw. biofeedbacku) i służące do wzmocnienia mięśni dna miednicy w celu leczenia nietrzymania moczu:

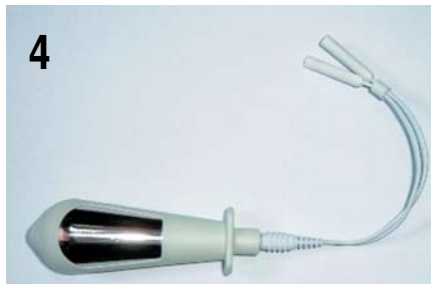
- wysiłkowego,
- wołanego parciem nagłym,
- mieszanego.

Urządzenie to jest szczególnie polecane dla kobiet cierpiących na osłabienie mięśni dna miednicy spowodowane porodem. Składa się z delikatnego, dopasowanego do anatomii kobiety balonika podłączonego do ciśnieniomierza oraz do ręcznej pompki.

Ćwiczenia polegają na wprowadzeniu balonika do pochwy i napompowania go za pomocą załączonej ręcznej pompki, aż do uczucia ucisku. Następnie należy ścisnąć balonik mięśniami pochwy tak, jak przy wstrzymywaniu oddawania moczu lub wciąganiu balonika głębiej. Prawidłowy ucisk widoczny jest poprzez ruch wskaźnika na wskaźniku. Należy utrzymać skurcz mięśni przez chwilę, a potem rozluźnić mięśnie.

Aby uzyskać pozytywne wyniki niezbędne są systematyczne ćwiczenia. Zaczynając od pokonania oporu 5 mm/Hg, po krótkim czasie (2-3 tygodnie) regularnych ćwiczeń mięśnie dna miednicy będą w stanie spowodować wzrost ciśnienia w sensorze o 10 - 20 mm/Hg. Ręczna pompka umożliwia konieczne dla stałych postępów stopniowe zwiększanie obciążeń treningowych. W momencie, kiedy użytkowniczka stwierdzi, że ćwiczenia są zbyt łatwe, powinna podwyższyć ciśnienie podstawowe w sensorze. Wzrost ciśnienia początkowo utrudni wykonywanie





skurczu, ale jednocześnie zwiększy efekt treningu. Według danych producenta badania kliniczne wykazały niezwykle wysoką skuteczność (75%) już po miesiącu ćwiczeń (15 sesji co drugi dzień).

Przeciwwskazania dotyczą okresu ciąży oraz porodu. Nie należy również ćwiczyć, jeśli występuje III stopień obniżenia macicy czy przepuklina pęcherza (cystocele). Wtedy zaleca się kontakt z ginekologiem lub urologiem dla potwierdzenia rozpoznania i ustalenia wskazań (*więcej informacji: www.nfsaga.com.pl*).

Szeroko stosowanym sposobem leczenia zachowawczego nietrzymania moczu (a także stolca) jest elektrostymulacja. Zalecana jest pacjentom, u których reakcje mięśni są opóźnione, a ich skurcz słabo wyczuwalny. Znacznie osłabione reakcje nerwowo-mięśniowe sugerują częściowe odnervienie mięśni, które uniemożliwia efektywne ćwiczenia. Pod wpływem słabych skurczów mięśni nie wzmacnia się. Stymulacja poprawia ukrwienie, a odpowiedni bodziec elektryczny wymusza siłę skurczu potrzebną do uruchomienia procesu odbudowy mięśnia. Okres rehabilitacji może trwać od dwóch do kilku miesięcy - zależnie od stopnia osłabienia mięśni, sumienności w ćwiczeniach, czynników dodatkowych (np. nadwagi).

Warto podkreślić, że w stymulacji mięśni można pobudzić do pracy wyselekcjonowany mięsień lub grupę mięśni, nie obciążając układu kostnego, oddechowego, krwionośnego. Elektrostymulację mogą więc stosować nawet pacjenci ciężko chorzy (po wykluczeniu przeciwwskazań).

Z zabiegów elektrostymulacji można skorzystać w gabinecie lekarskim, ale także można wykonywać ją samodzielnie w domu, po uprzednim wyjaśnieniu sposobów postępowania przy stymulacji przez lekarza/terapeutę. Ważna jest również okresowa kontrola postępu leczenia - najlepiej udokumentowana obiektywnym pomiarem wzrostu siły mięśni. Ma to ogromne znaczenie mobilizujące pacjentów do dalszych ćwiczeń.

Na naszym rynku dostępne są elektrostymulatory (fot. 3), których użytkowanie jest bardzo proste: aplikacja elektrod jest bardzo łatwa, programy wpisane w pamięć urządzenia, polska instrukcja obsługi, pomoc ze strony producenta. Ich używanie jest bezpieczne i wygodne. Elektrostymulatory są zasilane z baterii, stosuje się indywidualne elektrody. Koszt elektrostymulatora to około 500-600 złotych - w skład zestawu wchodzi główne urządzenie oraz indywidualna

elektroda (fot. 4 i 5, *więcej informacji: www.tens.innomed.pl*).

Ze względu na istniejące przeciwwskazania w stosowaniu elektrostymulacji przed rozpoczęciem kuracji należy zasięgnąć porady lekarza.

Warto również wspomnieć o urządzeniu bardzo przydatnym w leczeniu moczenia nocnego. Są to alarmy wybudzeniowe, które budzą dziecko, kiedy pierwsze krople moczu zetkną się z czujnikiem umieszczonym w majtkach. Budząc się, dziecko odruchowo zatrzymuje wyciek moczu i kończy oddawanie moczu w łazience. Tym sposobem, wykształca się odruch powstrzymania nieświadomego oddawania moczu i jednocześnie wzmacnia się szlak nerwowy odpowiedzialny za tę funkcję.

Działanie opisanych przyrządów można wzmocnić zabiegami dostępnymi w gabinetach lekarskich: biofeedback i neurostymulacja.

Biofeedback, czyli metoda biologicznego sprzężenia zwrotnego. Jest to nauka uświadamiania sobie czynności wcześniej często nieświadomych oraz stopniowe wpływanie na poprawę tych czynności. W przypadku wysiłkowego nietrzymania moczu i czynnościowych zaburzeń mikcji jest to nauka świadomego kurczenia i świadomej relaksacji mięśni dna miednicy.

Biofeedback wymaga specjalnej aparatury rejestrującej (w tym przypadku EMG mięśni dna miednicy) i umożliwiającej odbiór wzrokowy lub słuchowy rejestrowanych zmian. Wymaga również wyszkolonego, potrafiącego motywować pacjenta, personelu oraz współpracy samego pacjenta. Obserwując jak urządzenie reaguje na różne próby osiągania pożądanego rezultatu, pacjent uczy się rozpoznawać mechanizmy sterujące daną reakcją fizjologiczną. Ćwicząc w ten sposób wzmacnia te mechanizmy.

Obecnie leczenie to stosuje się w wysiłkowym nietrzymaniu moczu zarówno u kobiet jak i u mężczyzn.

Ocena skuteczności terapii w przypadku wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet następuje po 3-6 miesiącach. U mężczyzn z wysiłkowym nietrzymaniem po operacjach prostaty nawet po 8 miesiącach leczenia. Okresowa wizyta jest między innymi elementem stałej motywacji.

Neurostymulacja magnetyczna polega na produkcji wysoce skupionych zmiennych czasowo pól magnetycznych, które przenikają głęboko kroczę i pobudzają wszystkie gałęzi nerwów płciowych i trzewiowych. Impulsy strumienia magnetycznego są produkowane i skupiane przez specjalną głowicę terapeutyczną.

Sama kuracja jest bardzo prosta. Pacjent siedzi całkowicie ubrany w krzesło zabiegowe, a w tym czasie pulsacyjne pole magnetyczne wytworzone przez głowicę terapeutyczną przenika rejon kroczę (fot. 6). Mięśnie kurczą się wraz z każdym impulsem. Siła i częstotliwość skurczów jest każdorazowo indywidualnie dostosowana do potrzeb terapii. Typowy program leczenia zawiera 2 sesje w tygodniu przez około 8 tygodni w zależności od stanu zdrowia dna mied-



nicy pacjenta przed rozpoczęciem terapii. Koszt jednego zabiegu to ok. 50 zł. Metoda ta w porównaniu z ćwiczeniami Kegla czy w połączeniu z biofeedbackiem nie wymaga aktywnego uczestniczenia pacjenta w terapii (*więcej informacji: www.neocontrol.pl*).

Nie wiemy czy udało nam się dotrzeć do wszystkich dostępnych na rynku przyrządów, stosowanych w zachowawczym leczeniu nietrzymania moczu. Nie jest to łatwe. Nie wiedząc o nich hurtownie sprzętu medycznego czy rehabilitacyjnego, nie ma ich również w sklepach medycznych czy aptekach, ponieważ niewielu pacjentów o nie pyta. Z drugiej strony pacjenci nie wiedzą skąd mogliby czerpać wiedzę o ich istnieniu. Przydatny może być internet, choć niestety jeszcze dla wielu osób niedostępny, a oprócz tego bez wiedzy czego szukać, trudno jest coś znaleźć. Pamiętajmy jednak, że każdy z tych przyrządów pomocny jest w konkretnych przypadkach nietrzymania moczu jak również ma przeciwwskazania dotyczące jego stosowania, co staraliśmy się sasygnalizować. Dlatego zawsze zanim zdecydujemy się na zastosowanie określonej terapii, zasięgnijmy porady lekarza.

Zamieszczone w artykule zdjęcia wykorzystano dzięki uprzejmości dystrybutorów sprzętu.



Nokturia, nadreaktywność i ból - objawy czy zespół?

Joanna Kanabrocka



prof. Andrzej Borkowski

Mimo, iż rok 2005 już dawno za nami, warto na chwilę cofnąć się do roku ubiegłego. A wszystko to za sprawą grudniowego Seminarium Neurourologii. Było to już czwarte z kolei spotkanie poświęcone leczeniu zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych. Sympozjum zostało zorganizowane przez Klinikę Urologii AM w Warszawie i zgodnie z tradycją odbyło się w pierwszą sobotę grudnia. Patronat, jak co roku objęły Polskie Towarzystwo Urologiczne, Polskie Towarzystwo Neurologiczne oraz Polskie Towarzystwo Ginekologiczne. Leczenie zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych jest bowiem problemem interdyscyplinarnym, z którym spotykają się urologi, neurologi, lekarze rodzinni oraz ginekolodzy.

Seminarium, podobnie jak poprzednie spotkania, cieszyło się ogromnym zainteresowaniem. Wśród prelegentów prowadzących poszczególne sesje znaleźli się wybitni polscy specjaliści z tej dziedziny, jak również zaproszeni goście ze znanych ośrodków zagranicznych. Nad całością spotkania przewodniczący prof. Andrzej Borkowski oraz dr Piotr Radziszewski. Wszystkie wygłoszone wykłady koncentrowały się wokół problemu leczenia trzech objawów - nadreaktywności, bólu oraz nokturii.

Seminarium rozpoczęło się od krótkiego Sympozjum Satelitarnego, podczas którego prof. Tomasz Rechberger i dr Piotr Radziszewski dokonali podsumowania wyników ogólnopolskiego badania obserwacyjnego dotyczącego świadomości lekarzy oraz sposobu postępowania z pacjentkami z nietrzymaniem moczu.

Półrocznym badaniom obserwacyjnym została poddana duża grupa kobiet poszukujących pomocy lekarskiej z powodu nietrzymania moczu. Głównym celem badania było określenie bezpo-

średnich kosztów leczenia. Poza tym próbowano ocenić również wpływ nietrzymania moczu na jakość życia związaną ze stanem zdrowia, określić rodzaj i stopień nietrzymania moczu oraz opisać stosowane sposoby leczenia tego schorzenia. Ogromna większość kobiet z objawami NTM zwraca się ze swoim problemem do lekarzy pierwszego kontaktu. Ci jednak często ograniczają się tylko do wykonania podstawowych badań. Okazuje się, że aż 42% lekarzy ogólnych nie korzysta z konsultacji urologicznych, dlatego większość pacjentek pomimo długiego czasu trwania choroby nie jest leczona.

Wnioski z przeprowadzonych badań można podsumować w kilku punktach:

- * wysiłkowe nietrzymanie moczu jest najczęstszą postacią NTM - prawie połowa, bo aż 48% kobiet poddanych badaniu, cierpiało na wysiłkowe

nietrzymanie moczu, dużo mniej (11%) przypadków związane było z parciem nagłym, zaś 39% pacjentek cierpiało na mieszane nietrzymanie moczu;

- * najczęstsze czynniki ryzyka nietrzymania moczu to przebyte porody oraz okres po menopauzie;

- * brakuje standardów postępowania diagnostycznego i leczniczego.

Po przedstawieniu wniosków z badań przyszedł czas na całą serię wykładów zgłębiających problem nietrzymania moczu. Jako pierwszy głos zabrał brytyjski specjalista - Michael Craggs. Jego wystąpienie pozwoliło bliżej poznać problematykę patofizjologii dolnych dróg moczowych. W swoich rozważaniach nie poprzestał on jedynie na badaniu objawów, ale starał się zbadać ten problem jak najgłębiej i dotrzeć do samego źródła jego powstania. Według niego wiele symptomów związanych z problemami dolnych dróg moczowych, jak na przykład nokturia, nadreaktywność i ból ma swoje początki w ośrodkowym układzie nerwowym. To właśnie w mózgu dochodzi do zaburzeń czuciowych, zaś skutki tego zauważamy w pęcherzu. Takie zaburzenie może doprowadzić do nadreaktywności krzyżowych odruchów, nieskoordynowanych funkcji pęcherza i zwieraczy przez centrum mikcji w móście oraz nieprawidłowych procesów w mózgu. Patologia związana z czuciowym zaburzeniem pęcherza, jak na przykład w przypadku śródmiąższowego zapalenia pęcherza moczowego, infekcji dróg moczowych, przeszkody podpęcherzowej czy zaburzeń neurogennych może wywołać zakłócenie normalnej funkcji oddawania moczu i nieprawidłowych reakcji receptorów czuciowych leżących w tkankach dróg moczowych.



od lewej: prof. Mariusz Majewski, dr Piotr Radziszewski



prof. Emanuel Chartier-Kastler (Paryż, Francja)

Wypełnienie pęcherza i skład moczu mogą zaburzać sygnały wysłane do centralnego systemu nerwowego, prawdopodobnie wywołującego zmiany funkcji nerwowych w podwzgórzu oraz zmianę wydzielania hormonów podwzgórza i przysadki, jak również powodując zaburzenie zwieracza cewki moczowej i objawy opisane powyżej. Cała prezentacja zmierzała do postawienia tezy, iż badając patofizjologię dolnych dróg moczowych powinniśmy wziąć pod uwagę nie tylko czynności dolnych dróg, lecz musimy spojrzeć na ten problem znacznie szerzej.

Kolejny wykład dotyczył podstaw farmakoterapii dolnych dróg moczowych. Prof. Christopher Chapple tłumaczył, że system czuciowy jest istotny w nadreaktywności pęcherza, ale czy dzieje się tak z powodu nakładania się na siebie pęcherza nadreaktywnego i śródmiąższowego zapalenia pęcherza nadal pozostaje niezbadane. W naszej wiedzy na ten temat ciągle istnieje bardzo dużo luk dotyczących tych wewnętrznych relacji. Chapple podkreślił również, że leki przeciwmuskułkowe dają efekty w leczeniu nadreaktywności pęcherza, pomimo ich dobrze znanych efektów ubocznych. Istnieją różnice skuteczności i tolerancji między różnymi lekami, bardzo ważne jest miaręczkowanie dawki. W przypadkach oporności na leki lub przeciwwskazań do ich stosowania toksyna botulinowa stanowi leczenie z wyboru w terapii pęcherza nadreaktywnego. W przyszłości będziemy mogli spodziewać się nowych leków sprawujących kontrolę nad pęcherzem poprzez oddziaływanie na system nerwowy.

W drugiej sesji głos zabrało aż sześciu uczonych. Podczas trzech pierwszych wykładów starano się znaleźć odpowiedź na pytanie „jak leczyć?": pęcherz nadreaktywny, zapalenie śródmiąższowe pęcherza oraz nokturie.

Problemowi leczenia OAB (pęcherza nadreaktywnego) uwagę poświęcił prof. David Castro. Zauważył on, iż w leczeniu tego schorzenia obecnie najczęściej stosuje się leki hamujące czynność skurczową pęcherza moczowego, tzw. leki antycholinergiczne. Są one stosowane już od 30 lat, lecz pomimo swej niewątpliwej skuteczności mają silne objawy uboczne. Inne sposoby leczenia OAB to: podawane lokalnie (dopochwowo) preparaty estrogenowe, substancje działające na ośrodkowy układ serotonergiczny, substancje wpływające na drogi przewodzenia dopaminergicznego oraz neurotoksy-

ny. W sytuacji, kiedy te metody leczenia nie przynoszą spodziewanego efektu, należy rozważyć zastosowanie bardziej inwazyjnego leczenia - leczenia operacyjnego. Chirurgiczne leczenie pęcherza nadreaktywnego stosuje się zwłaszcza u pacjentów z ciężkim neurogennym uszkodzeniem dolnych dróg moczowych oraz u osób z zagrożeniem uszkodzenia górnych dróg moczowych.

Wykład na temat diagnozowania i leczenia IC, czyli bolesnego zapalenia śródmiąższowego pęcherza, wygłosił belgijski urolog - prof. Jean-Jacques Wyndeale. Definicja IC jest

bardzo niejasna. Zapalenie śródmiąższowe pęcherza rozpoznaje się po wykluczeniu innych czynników mogących wywołać podobne objawy oraz po spełnieniu szeregu pewnych kryteriów. Wykluczenie innych przyczyn jest ważne, ponieważ istnieje długa lista możliwości innych powodów bolesnego pęcherza. Leczenie IC zazwyczaj wymaga zastosowania różnych leków w celu zlikwidowania różnych symptomów. Urologowie powinni być wyczuleni na schorzenia towarzyszące IC m.in. alergię, zapalenie jelit, chroniczne zmęczenie itp. Wyndeale podkreślił fakt, iż pacjenci z IC potrzebują dużego wsparcia i doradztwa. I tutaj bardzo ważną rolę mogą odegrać grupy wsparcia pacjentów. Sami pacjenci mogą zrobić dużo, np. zmniejszyć stres, czy dopasować dietę. Ponowna ocena jest wskazana po kilku latach, by sprawdzić czy pierwotna diagnoza była prawidłowa oraz czy można było znaleźć inne symptomy. Belgijski specjalista stwierdził, iż IC to raczej nadwrażliwość niż nadreaktywność pęcherza, chociaż niektórzy pacjenci mogą mieć obie.

Christopher Chapple opisał nokturie jako bardzo powszechny i kłopotliwy stan, który jest główną przyczyną zachorowalności, a nawet śmiertelności (ze względu na wysokie ryzyko niebezpiecznych złamań i upadków, które mogą zdarzyć się zwłaszcza osobom w podeszłym wieku podczas nocnych wędrowek do łazienki). „Zła jakość” snu ma negatywny wpływ na ogólny stan zdrowia, ponadto zwiększa również prawdopodobieństwo depresji.

Długość pory nocnej może mieć wpływ na OAB, IC, czy nagłące nietrzymanie moczu. Nokturia powinna być więc rozpatrywana w warunkach patofizjologicznych przyczyn ogólnie w ciele, jak również określonych zaburzeń związanych z pęcherzem.

Kolejne dwa wykłady dotyczyły zastosowania neuromodulacji. Neuromodulację jako sposób leczenia pacjentów z OAB omówił prof. Emanuel Chartier-Kastler, zaś problem leczenia osób z IC poruszył prof. Jerzy Gajewski. Chociaż neuromodulacja nie jest głównym sposobem leczenia, to mimo wszystko ma ona swoje miejsce w leczeniu tego typu zaburzeń. Ujemną stroną stanowi jednak stosunkowo wysoki koszt leczenia oraz trudna dostępność (w wielu krajach, w tym w Polsce, z uwagi na brak refundacji przez państwo nie ma możliwości poddania się takiemu leczeniu). Prof. Mariusz Majewski i dr Piotr Radziszewski przedstawili wyniki badań histopatologicznych, które mają świadczyć o wspólnym, neurogennym podłożu omawianych objawów. W przypadku zarówno nadreaktywności pęcherza jak i zapalenia śródmiąższowego pęcherza dochodzi bowiem do zmian w unerwieniu pęcherza. Na chwilę obecną nie umiemy jeszcze wykorzystać w pełni tej wiedzy, ale może ona stanowić podstawę do opracowania nowych sposobów leczenia nadreaktywności oraz bólu pęcherza.

Podczas popołudniowej sesji odbyła się dyskusja okrągłego stołu z udziałem znakomitych zagranicznych i polskich ekspertów, w trakcie której poruszono rozmaite zagadnienia dotyczące standardów leczenia pacjentów z objawami nadreaktywności, bólu oraz nokturii. Oto niektóre spośród wielu pojawiających się pytań: Czy OAB, ból i nokturia są objawami szerszego zespołu? Czy poziom hormonów jest odpowiedzialny za objawy pęcherza nadreaktywnego? Czy hormony płciowe mają wpływ na działanie dróg moczowych? Czy neuropatologia jest nowym narzędziem diagnostycznym dla obranego za cel leczenia? Mimo tego, że zdania dysputantów na różne tematy były czasami podzielone to połączyła ich jedna wspólna myśl - wszyscy zgodzili się z tym, że w dziedzinie neurourologii konieczna jest dużo większa liczba badań. ■



prof. Christopher Chapple (Sheffield, UK)

Kontrowersje wokół operacyjnego leczenia zaburzeń statyki narządu płciowego u kobiet

dr Grzegorz Surkont, dr Edyta Włazlak, prof. Jacek Suzin, Poradnia Uroginekologiczna - Klinika Ginekologii i Onkologii Ginekologicznej
I Katedra Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Jacek Suzin

Nietrzymaniu moczu u kobiet mogą towarzyszyć zaburzenia statyki narządu płciowego kobiet (ang. pelvic organ prolapse - POP), które są definiowane jako obniżenia narządów miednicy prowadzące do wysuwania się pochwy i/lub szyjki macicy. POP nie obejmuje wypadania odbytnicy i może być widoczne w spoczynku. Zwykle powiększa się podczas wzrostu ciśnienia wewnątrzbrzuszego, na przykład podczas zwykłej aktywności życia codziennego. POP może występować bez objawów nietrzymania moczu.

Nie dysponujemy dokładnymi danymi, które określałyby częstość występowania wypadania narządów płciowych u kobiet. Ogólnie można powiedzieć, że POP nie należy do rzadkości. Zaburzenia statyki narządu płciowego są jedną z najczęstszych przyczyn operacji u kobiet. Pomimo iż większość (około 85%) przypadków POP nie wymaga korekcji zabiegowej, ryzyko życiowe poddania się operacji z powodu wypadania narządów płciowych wynosi od około 7% do około 14%. Częstość wykonywania zabiegów zwiększa się z wiekiem. Najczęściej są one wykonywane u kobiet około 60-70 roku życia.

Wskazania do leczenia

Podstawowym wskazaniem do leczenia operacyjnego POP jest występowanie objawów. Wśród nich najczęściej wymienia się: uczucie ciągnięcia, ciężkości i/lub bólu w podbrzuszu, nietrzymanie moczu i/lub stolca, nawrotowe dolegliwości pęcherzowe między innymi parcia na pęcherz, często-mocz, trudności w oddawaniu moczu i/lub stolca, konieczność wprowadzenia macicy do pochwy w celu oddania moczu, ograniczenia czynności seksualnych.

Zaburzenia statyki narządu płciowego mogą dotyczyć różnych elementów anatomicznych. Do dokładnego określenia rodzajów i wielkości uszkodzeń służy opracowany przez ICS (International Continence Society) test POP-Q. Większość zaburzeń nie daje dolegliwości, dlatego nie musi być leczona operacyjnie. Zaawansowane obniżenie (III i IV stopień wg ICS), oprócz objawowego POP, traktowane jest jako wskazanie do zabiegu.

Techniki operacyjne

Dotychczas opisano wiele technik operacyjnych oraz ich modyfikacji, służących do korekcji zaburzeń statyki narządu płciowego u kobiet. Zaliczamy do nich specyficzne odmiany np. przezpochwową



operację przez otwór zasłonięty lub zabieg z wykorzystaniem laparoskopii. Natomiast istnieją tylko dwie drogi operacyjne: z dostępu brzuszego lub pochwowego. Większość specjalistów jest zgodna, że lekarze wykonujący zabiegi korygujące zaburzenia statyki narządu płciowego u kobiet powinny posiadać umiejętności wykonywania różnych zabiegów. Uważają oni, że koncepcja „jedna operacja jest dobra dla wszystkich” jest błędna. Zdaniem prof. B. Jacquetin (Francja) współczesny uroginekolog stoi przed dylematem czy stosować sztuczne materiały, bardzo nowoczesne, ale nie idealne czy stosować tkanki własne pacjentki, które są niepełnowartościowe. W naszym ośrodku materiały syntetyczne stosowane są do korekcji zaburzeń statyki narządu płciowego u kobiet z nawrotowym POP.

Według Browna i wsp. (2002) oraz Boyles i wsp. (2003) 80-90% operacji korygujących POP w Stanach Zjednoczonych było wykonanych przez pochwę. Jednym z powodów była między innymi preferencja lekarzy.

Do operacyjnego leczenia enterocoele (wypadanie środkowej części pochwy) obecnie najczęściej wykorzystuje się zabieg przezpochwowej kolposakrofikacji sposobem Richtera (przysycie pochwy do okolicy kości krzyżowej). Znanych jest wiele modyfikacji tego zabiegu. Natomiast niewiele mamy danych na temat powikłań występujących podczas tej operacji. Uszkodzenia naczyń i nerwów biegnących w pobliżu więzadła kolcowo-krzyżowego oraz przetoka odbytniczo-pochwowa należą do naj-

częściej cytowanych. Źródłem krwawienia mogą być naczynia sromowe, pośladowe dolne oraz splot żylny odbytniczy. Pomimo preparowania w odpowiednich miejscach, może dochodzić do niewielkich, miażdżowych krwawień. W związku z tym, zgodnie z techniką stosowaną przez prof. E. Petriego (Niemcy), w naszym ośrodku w szczycie pochwy wykonujemy nacięcie ukośne. Ten fragment pochwy pozostawiamy niezszyty. Umożliwia to wypływanie krwi (mniejsze ryzyko powstania krwiaka i ropnia) oraz ułatwia kontrolę wielkości krwawienia. Podwójne podkucie więzadła krzyżowo-kolcowego wykonujemy po dokładnym uwidocznieniu go. Zmniejsza to ryzyko założenia nici w nieodpowiednim miejscu, w tym zbyt głębokiej penetracji. Może ona spowodować uszkodzenie naczyń i nerwów. Pierwsze wkłucie dokonywane jest powierzchownie, następne po podciągnięciu nitki głębiej. Wzrokowa kontrola ułatwia precyzyjne zakładanie szwów. Do pokucia więzadła, naszym zdaniem, nie jest konieczne posiadanie specjalnego oprzyrządowania. Wystarczające jest zastosowanie standardowego imadła. Wielu specjalistów wykorzystuje do zabiegów podobne narzędzia i podobną technikę. Niektórzy ginekolodzy stosują specjalne, czasami drogie, narzędzia np. miya hook, nerve hook.

Większość autorów jest zgodna, że w dniu dzisiejszym nie dysponujemy odpowiednimi danymi na temat optymalnego wyboru drogi operacji. Względne wskazania do zabiegu z dostępu brzuszego to: operacja brzuszna z powodu zmian w ob-

rębie miednicy mniejszej (guzów, mięśniaków), koniecznych do usunięcia tą drogą lub prawdopodobieństwo dużych, rozległych, płaszczyznowych zrostów w obrębie przepony moczowo-płciowej. Dodatkowo należy brać pod uwagę wiek pacjentki, jej masę, preferencje lekarza i jego doświadczenie. Brzuszna sakrokolpopexja (przyszycie pochwy do kości krzyżowej) jest zaliczana do najskuteczniejszych operacji w leczeniu enterocoele. Istnieje wiele modyfikacji tego zabiegu. W naszym szpitalu stosujemy technikę prof. E. Petriego z Niemiec. Polega ona na przyszyciu taśmy do promontorium (kości krzyżowej) oraz obszczeniu jej w kształcie litery C po uprzednim uwidocznieniu moczowodu. Ta technika pozwala na zminimalizowanie najczęściej cytowanych powikłań pod postacią: krwawienia, podwiązania moczowodu, niedrożności mechanicznej jelit. Nie ma natomiast ona wpływu na częstość występowania reakcji na taśmę.

Analiza operacji

Benson i wsp. podczas randomizowanych badań dotyczących porównania różnych operacji wykonywanych drogą brzuszną i pochwową stwierdzili, że zabieg z dostępu brzuszego dawał bardziej optymalne wyniki w okresie 1-5,5 roku (średni okres obserwacji 2,5 roku). Różnice nie były istotne statystycznie. Porównanie wyników dotyczących zadowolenia pacjentek, niepowodzeń oraz odsetka reoperacji tylko sugerowały uzyskiwanie lepszych efektów z dostępu brzuszego. Badania przedwcześnie przerwano ze względu na różnice pomiędzy liczebnością obserwowanych grup pacjentek. Dokładna analiza wykonanych operacji przez pochwę i przez brzuch sugeruje, że różnice mogą nie mieć związku z drogą operacji, lecz z konkretnym rodzajem wykonanego zabiegu. Zastosowanie podwieszenia do więzadła kolcowo-krzyżowego przez pochwę zwiększa odsetek nawrotów w obrębie przedniej i środkowej części pochwy, natomiast brzuszna sakrokolpopexja w obrębie tylnej ściany pochwy. Na podstawie wyników, niestety, niezbyt licznych badań można stwierdzić, że operacje brzuszne obarczone są większym ryzykiem powikłań. Pomiedzy operacjami występują również różnice w zakresie przebiegu pooperacyjnego. Dłuższy czas cewnikowania, częstsze występowanie infekcji dróg moczowych oraz bolesne współżycie Benson i wsp. stwierdzali u kobiet operowanych przez pochwę. U pacjentek po operacjach brzusznych częściej wy-

stępowały istotne powikłania (po wykluczeniu infekcji dróg moczowych), czas operacji był dłuższy, a koszty zabiegu wyższe. Wyniki badań Mahera i wsp. wskazują na podobne rezultaty brzusznej krzyżowej kolpopexji i jednostronnego krzyżowo-kolcowego podwieszenia pochwy. Sugerują anatomiczną wyższość operacji brzusznej. Zabieg przez pochwę trwał krócej (76 min. vs. 106 min.), umożliwiał szybszy powrót do aktywnego życia (25,7 dni vs. 34 dni). Podczas obserwacji trwających średnio 6-12 miesięcy Benson stwierdził, że droga brzuszna i pochwową jest tak samo efektywna w subiektywnych, obiektywnych i ocenianych przez pacjentki parametrach. Częstość reoperacji z powodu zaburzeń statyki narządu płciowego lub nietrzymania moczu były podobne w obu grupach. Droga pochwową była szybsza, tańsza i umożliwiała szybszy powrót do aktywności życiowej.

Ukryte NTM

Według różnych autorów ukryte nietrzymanie moczu występuje u 30-80% pacjentek z zaburzeniami statyki narządu płciowego w zakresie przedniej części pochwy. Jest wynikiem zagięcia cewki pod wpływem cystocoele (wysuwania się przedniej ściany pochwy). Powoduje to, że pacjentka, u której występuje wysiłkowe nietrzymanie moczu, nie odczuwa tych objawów. Efektem jest pojawienie się de novo objawów wysiłkowego NTM u wielu kobiet po operacjach korygujących cystocoele. Wykrycie ukrytego nietrzymania moczu przed operacją jest możliwe po dokładnym zebraniu wywiadu, wykonaniu szczegółowego badania uroginologicznego i urodynamicznego. W tych przypadkach należy, naszym zdaniem, równocześnie wykonać korekcję POP i zabieg leczący wysiłkowe NTM. Takie postępowanie zmniejsza częstość występowania wysiłkowego nietrzymania moczu de novo po operacjach korygujących POP do kilku procent.

Wielu autorów podaje, że ponad 50% pacjentek z POP poddawanych jest ponad jednemu zabiegowi podczas operacji. Łączenie zabiegów korygujących zaburzenia statyki narządu płciowego oraz leczących nietrzymanie moczu budzi obecnie kontrowersje. Jedni specjaliści uważają, że jest to wskazane. Inni wykonują w pierwszym etapie korekcję POP, a w drugim dopiero leczą ewentualnie objawy wnm. Nie jest dokładnie określone, który zabieg leczący wnm jest najlepszy do zastosowania wraz z korekcją POP. Dostępne dane są skąpe, dotyczą

niewielkiej liczby pacjentek i krótkiego okresu obserwacji. Podczas obserwacji pacjentek poddanych operacji w naszym ośrodku nie stwierdziliśmy negatywnych następstw jednoczesnego wykonania zabiegów korygujących zaburzenia statyki narządu płciowego i operacji leczących nietrzymanie moczu: kolposuspensji (podniesienia pochwy) sposobem Burcha oraz z użyciem taśmy IVS dla przebiegu operacji i wczesnego okresu pooperacyjnego.

Wnioski

Podsumowując znane wyniki badań można stwierdzić, że efekty leczenia z dostępu brzuszego i pochwowego prawdopodobnie są podobne: dobre, ale nie stuprocentowe. Ze względu na nawroty po operacjach korygujących POP naukowcy poszukują nowych materiałów protezujących, jak i lepszych technik operacyjnych. Przykładem takich rozwiązań są taśmy zakładane w celu korekcji cystocoele, rectocoele oraz enterocoele (wysuwania części przedniej, środkowej i tylnej pochwy), zakładane przez otwór zasłonięty i/lub wyprowadzane przez skórę pośladków. Wstępne obserwacje efektów tych operacji są bardzo obiecujące. Zabiegi charakteryzują się niskim odsetkiem powikłań i wysoką skutecznością. Wadą jest krótki okres obserwacji. Wobec bardzo korzystnych rezultatów, pomimo niepełnej wiedzy na temat wieloletnich rezultatów, należy spodziewać się coraz szerszego stosowania nowoczesnych materiałów protezujących i nowych dróg ich zakładania do korekcji POP. Zwłaszcza w przypadkach nawrotów.

W zakresie zaburzeń statyki narządu płciowego u kobiet w dniu dzisiejszym nie dysponujemy dokładnym rozgraniczeniem pomiędzy miernym obniżeniem a normą. Nie posiadamy zakresów normy w zależności od wieku. Na przykład stopień II POP według ICS jest często obserwowany po porodzie drogami natury. Nie dysponujemy ewidentnymi danymi dotyczącymi skuteczności likwidacji objawów łączonych z POP po operacyjnej korekcji zaburzeń statyki narządu płciowego. Po zabiegach występują nawroty. Nie jest dokładnie określone jak często. Biorąc pod uwagę naszą wiedzę i niewiedzę podczas kwalifikowania pacjentek należy zwracać uwagę na wiele elementów oraz dążyć do pełnej indywidualizacji. Zarówno starsze techniki operacyjne, jak i nowe zabiegi powinny być stosowane we współczesnej uroginologii do korekcji POP.

Telefon do specjalisty - 0801 800 038

Infolinia NTM - telefoniczny poradnik Programu Społecznego „NTM - Normalnie Żyć” dla osób z problemem nietrzymania moczu - oferuje od stycznia 2006 roku rozszerzoną pomoc: telefoniczne dyżury lekarzy.

Porad udzielają specjaliści w dziedzinie NTM - dr Piotr Dobroński oraz dr Piotr Radziszewski z Kliniki Urologii Akademii Medycznej w Warszawie. Dyżury odbywają się kilka razy w miesiącu, a szczegółowy harmonogram na najbliższy okres można znaleźć na stronie internetowej www.ntm.pl lub kontaktując się bezpośrednio z infolinią.

Poza dyżurami lekarzy infolinię obsługują przeszkoleni konsultanci. Infolinia działa w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 20.00. Koszt połączenia (niezależnie od długości rozmowy) to 0,29zł + VAT.

Zamieszczamy obok schemat postępowania wstępnego u pacjentów z nietrzymaniem moczu. Jest to schemat opracowany przez Międzynarodowe Konsultacje nt. Nietrzymania moczu (International Consultations on Incontinence, ICI) w 2004 r. Został on zaadaptowany przez Zrzeszenie Organizacji Pacjentów z nietrzymaniem moczu. Jego rolą jest uświadomienie pacjentom ich problemu oraz wykazanie, że dolegliwości te można i trzeba leczyć. W żadnym razie nie zastąpi wizyty u lekarza i badania lekarskiego.

Dwa proste pytania pozwalają na zorientowanie się pacjenta z jakiego rodzaju problemem ma do czynienia (pęcherz nadreaktywny czy wysiłkowe nietrzymanie moczu). Schemat decyzyjny jest raczej pokazaniem możliwości leczenia niż jego ustaleniem. Nie zastąpi wizyty u lekarza. Wywiad jest bowiem w przypadku nietrzymania moczu stosunkowo mało czuły i swoisty. Jeśli wyczerpane zostaną możliwości postępowania wstępnego (idealnie na poziomie lekarza rodzinnego), to konieczne jest wdrożenie postępowania specjalistycznego (przez ginekologa lub urologa), wykonanie dodatkowych badań (w tym badań urodynamicznych) i ocena rodzaju dysfunkcji dróg moczowych. W ramach postępowania specjalistycznego mieści się też leczenie operacyjne nietrzymania moczu. W polskich warunkach są to głównie operacje wysiłkowego nietrzymania moczu, ale postępowanie zabiegowe jest też możliwe w przypadku pęcherza nadreaktywnego opornego na farmakoterapię (podawanie neurotoksyn, implantacja stymulatorów). Niestety, postępowanie zabiegowe w pęcherzu nadreaktywnym nie jest w Polsce refundowane (podobnie reszta jak leczenie zachowawcze preparatami antycholinergicznymi).

Analiza farmakoekonomiczna - słowo, które brzmi groźnie, ale jest podstawą do oceny tzw. efektywności środków wydatkowanych na opiekę zdrowotną. Innymi słowy ile można zaoszczędzić, refundując daną chorobę. W przypadku nietrzymania moczu są to sumy niebagatelne. Przytoczę tu choćby koszty, które nie są zauważane normalnie - pranie, środki czystości, podpaski, pampersy i wreszcie trudna do policzenia, ale czy nie najistotniejsza - utrata zdolności zarobkowych pacjenta. Nietrzymanie moczu i pęcherz nadreaktywny zmniejszają bowiem wydajność pracownika. Nokturia (wstawanie w nocy - jeden z objawów pęcherza nadreaktywnego) osłabia energię życiową, powoduje problemy z koncentracją. Parcia naglące i częstomocz potrafią skutecznie zrujnować najbardziej precyzyjnie zaplanowany grafik dnia. Popuszczanie moczu w niektórych zawodach eliminuje zupełnie możliwość pracy (pracownicy fizyczni).

Polskie organizacje dopiero powstają - oddziały Stowarzyszenia UROSTO. Myślę, że w przyszłości aktywna współpraca z tymi organizacjami przyczyni się do polepszenia standardów opieki nad pacjentami z nietrzymaniem moczu i pęcherzem nadreaktywnym. Początkiem tej współpracy jest wersja polska schematu postępowania w nietrzymaniu moczu, zaprezentowana obok.

Niniejszy schemat został opublikowany za zgodą firm Eli Lilly and Company oraz Boehringer Ingelheim.

Jak postępować z pacjentem

dr n. med. Piotr Radziszewski, Klinika Urologii AM w Warszawie

Identyfikacja kobiet z objawami nietrzymania moczu: Dwa pytania, które należy zadać pacjentce¹:

Ile razy w ciągu minionego tygodnia mimowolnie popuściła Pani mocz na odzież, bieliznę lub podpaskę...

1. WNM*: Podczas takich czynności jak kichanie, kaszlenie, śmianie się, podnoszenie przedmiotów lub wykonywanie ćwiczeń fizycznych?
2. NMN**: Czy towarzyszyła temu lub poprzedzała tak nagła i silna potrzeba oddania moczu, że nie zdążyła Pani dojść do toalety na czas?

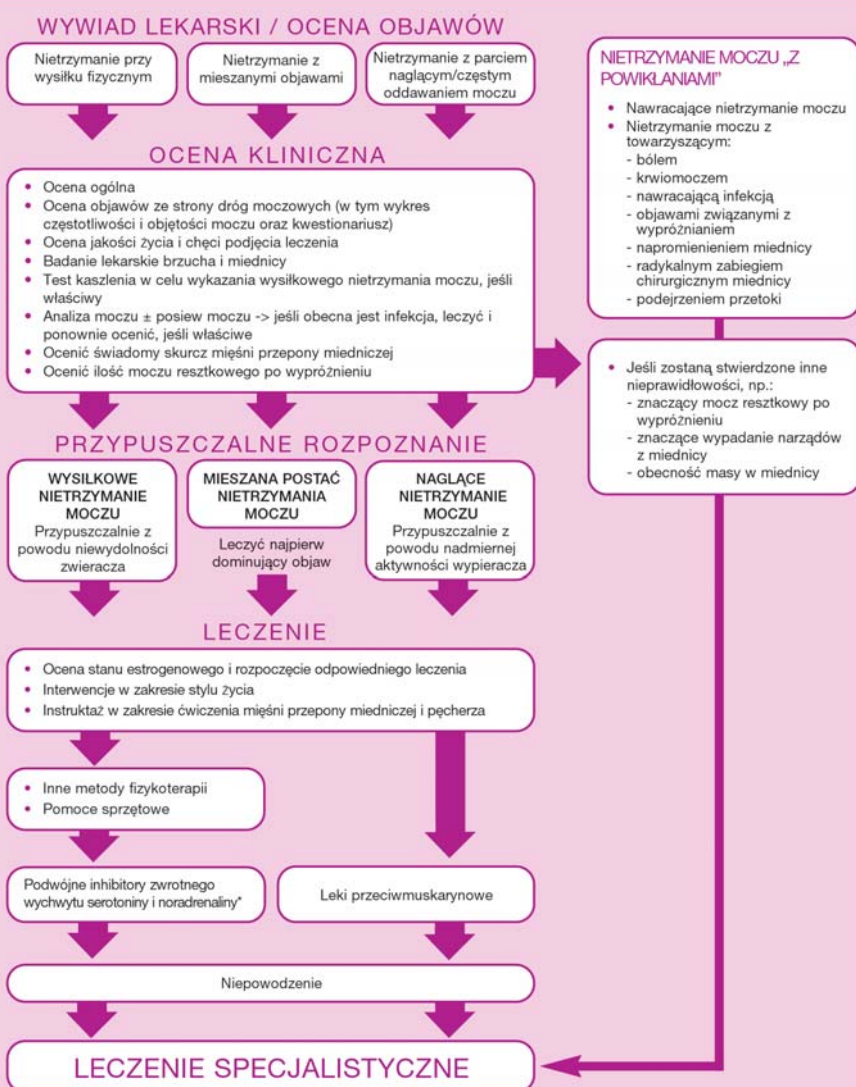
Piśmiennictwo:

1. Bent AE, Gousse AE, Hendrix SL, et al. Validation of a 2-item Quantitative Questionnaire for the Triage of Women with Urinary incontinence. Obstet Gynecol. 2005 Oct;106(4):767-73

*WNM = wysiłkowe nietrzymanie moczu

**NMN = naglące nietrzymanie moczu

WSTĘPNE POSTĘPOWANIE Z NIETRZYMANIEM MOCZU U KOBIET¹



Pracownie urodynamiczne: województwo lubelskie

Karolina Ciepiela

W tym pierwszym, tegorocznym numerze *Kwartalnika NTM* prezentujemy listę pracowni urodynamicznych na Lubelszczyźnie. Badania urodynamiczne w tym regionie prowadzi pięć punktów, które znajdują się na terenie Lublina. Koszty badania we wszystkich tych placówkach są refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

W następnym numerze *Kwartalnika NTM* zaprezentujemy tabelę pracowni urodynamicznych

z województwa łódzkiego. Na bieżąco uaktualniamy również wykaz pracowni z pozostałych regionów - pełna lista jest już dostępna na stronie internetowej www.ntm.pl.

Jeśli mają Państwo jakiegokolwiek sugestie dotyczące listy pracowni urodynamicznych w poszczególnych województwach prosimy o kontakt na adres e-mailowy karolina.ciepiela@ntm.pl.



Lublin, Al. Kraśnicka 100: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego SP ZOZ

Lublin, ul. Chodźki 2: Dziecięcy Szpital Kliniczny AM im. prof. Antoniego Gębali - Klinika Nefrologii Dziecięcej

Lublin, ul. Jaczewskiego 8: Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 - Klinika Ginekologii Operacyjnej

Lublin, ul. Jaczewskiego 8: Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 - Klinika Urologii

Lublin, ul. Staszica 16: Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 - I Katedra i Klinika Ginekologii AM

Medyczne Centrum Diagnostyki Urodynamicznej URO-DYN

Pierwsza i największa w Polsce prywatna placówka urodynamiczna (rok zał.: 1991)

02-520 Warszawa, ul. Wiśniowa 36 (Mokotów)

tel. 646-36-77, 646-36-78, 849-45-44 (poniedziałek-piątek: 8.00-18.00)

fax: 646 36 79

www.urodyn.med.pl

email: gidian@urodyn.med.pl

Nowoczesna aparatura, wykwalifikowany personel, przystosowanie do obsługi niepełnosprawnych, umowy ze szpitalami, badania dorosłych i dzieci.



NZOZ CENTRUM MEDYCZNE WOLA

Warszawa, ul. Ciołka 30

tel. 22 - 837 83 07

PEŁNOPROFILOWA PRACOWNIA URODYNAMICZNA DIAGNOSTYKA I LECZENIE NIETRZYMANIA MOCZU

Kierownik pracowni - dr n. med. Piotr Radziszewski

badania wykonywane w ramach kontraktu
z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz odpłatnie

konsultacje specjalistów

placówka przystosowana dla osób niepełnosprawnych

Plan finansowy NFZ na 2006 rok

Magdalena Kowalewska

Narodowy Fundusz Zdrowia uchwalił z końcem września plan finansowy na 2006 rok, w którym kwota zaplanowanych wydatków na refundację środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych wyniosła 436 808 tys. zł. Plan na 2005 rok zatwierdzony we wrześniu 2004 zakładał wydatki na tę grupę świadczeń na poziomie 403 022 tys. zł. W ciągu roku kwota ta była zwiększana kilkakrotnie, aż finalnie osiągnęła poziom 441 110 tys. zł.

Poprosiliśmy panią Marzannę Krajewską, Dyrektora Departamentu Finansowego NFZ o wyjaśnienie w jaki sposób NFZ uchwala plan finansowy:

- Plan finansowy NFZ powstał w oparciu o prognozę przychodów, których możemy się spodziewać w 2006 roku. Prognoza ta zgodnie z ustawą została uzgodniona z ministrem finansów. Podstawowa zasada obowiązująca przy tworzeniu planu finansowego NFZ to zbilansowanie planowanych kosztów z przychodami.

Środki, które są przeznaczone na sfinansowanie świadczeń zdrowotnych dzielone są algorytmem wynikającym z rozporządzenia ministra zdrowia. I nie ma tutaj żadnego subiektywnego działania Funduszu, tylko postępowanie

zgodnie z rozporządzeniem, które precyzuje, w jaki sposób zaplanowane środki podzielić na oddziały wojewódzkie. Algorytm uwzględnia: ryzyka zdrowotne mieszkańców poszczególnych regionów, migracje pacjentów, świadczenia wyspecjalistyczne. Oddziały otrzymują informację z Centrali NFZ na temat wyliczonych budżetów na 2006 rok. W oparciu o wiedzę, którą dysponują, znajomość bazy placówek służby zdrowia na danym terenie i potrzeby zdrowotne mieszkańców, oddziały dzielą przyznane im środki na poszczególne rodzaje świadczeń, w tym również na zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze. W niektórych województwach następuje wzrost planowanych wydatków na określone grupy świadczeń w stosunku do 2005 roku, a w innych nie ma takiego wzrostu. Czasami jest to wynikiem niewielkiego przyrostu budżetu oddziału w stosunku do roku poprzedniego, a czasami tym, że oddziały tak właśnie oceniają swoje potrzeby w danym zakresie.

Na pytanie dlaczego poziom zaplanowanych wydatków NFZ na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze na 2006 rok (kwota 436 808 tys. zł - plan z dnia 20 września 2005) jest niższy od planu na 2005 rok (kwota 441 110 tys. zł - zmiana pla-

nu z dnia 26 października 2005) Dyrektor Krajewska odpowiada:

- Plan na 2006 rok był zatwierdzany we wrześniu 2005, a wtedy nie znaliśmy wartości kosztów, które będą poniesione do końca roku. Porównując obecny plan na 2006 rok z pierwotnym planem na 2005 rok (tj. z dnia 30 września 2004 r.), jest on wyższy w stosunku do roku ubiegłego o ok. 33 mln zł. Przypomnę, że w 2005 roku było trzynaście zmian planu finansowego NFZ, czyli plan zmieniał się średnio więcej niż raz na miesiąc. I tak jak wszystkie pozycje kosztów, również i ta pozycja świadczeń - zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze - będzie w skali całego roku na bieżąco monitorowana i analizowana. Jeśli w 2006 roku sytuacja okaże się korzystniejsza pod względem przychodów niż pierwotnie zakładaliśmy i będziemy mieli możliwość dokonywania zmian w planie finansowym, to wszelkie braki w pozycji zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze zostaną uzupełnione. NFZ analizuje kolejki oczekujących na świadczenia w tym rodzaju i ta dziedzina znajduje się wśród priorytetowych, jeśli chodzi o kierowanie tam dodatkowych środków finansowych.

Ranking wojewódzkich oddziałów NFZ - organizacja zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne (kolejność w rankingu wg liczby mieszkańców przypadających na jeden punkt ewidencyjny)

	1. Liczba mieszkańców na 1 punkt ewidencyjny (w tys.)	2. Liczba punktów ewidencyjnych	3. Liczba mieszkańców (w tys.)	4. Liczba podmiotów realizujących wnioski	5. Czas podpisania umowy z podmiotami realizującymi wnioski	6. Okres oczekiwania na realizację wniosku na			
						a) AS	b) PM	c) PO	d) WS
Lubuskie	49	21	1024	60	do 14 dni	do 6 mc	nb	do 3 mc	nb
Opolskie	73	15	1088	69	nb	do 12 mc*	nb	nb	nb
Świętokrzyskie	95	15	1325	315	14 dni	1 mc*	7 dni	7 dni**	7 dni
Małopolskie	129	25	3223	595	30 dni	nb	nb	nb	nb
Podkarpackie	354	6	2126	158	14 dni	nb	nb	nb	nb
Śląskie	374	13	4866	680	nb	nb	nb	nb	nb
Podlaskie	409	3	1228	73	nb	nb	nb	nb	nb
Warmińsko-mazurskie	489	3	1466	120	do 30 dni	do 6 mc	nb	nb***	nb
Kujawsko-pomorskie	525	4	2101	72	nb	nb	nb	nb	nb
Łódzkie	530	5	2653	156	14-21 dni	2 mc	nb	1 mc	nb
Lubelskie	559	4	2235	248	nb	nb	nb	nb	nb
Wielkopolskie	559	6	3355	238	14 dni	do 3 mc****	nb	nb	nb
Mazowieckie	634	8	5067	248	14 dni	nb	nb	nb	nb
Dolnośląskie	745	4	2978	136	do 14 dni	2 nb	nb	nb*****	nb
Zachodniopomorskie	866	2	1733	113	do 10 dni	do 15 mc	nb	3-6 mc	nb
Pomorskie	2192	1	2192	125	nb	do 1 mc	nb	nb*****	nb

AS - aparat słuchowy; PM - pieluchy i pieluchomajtki; PO - przedmioty ortopedyczne; WS - worki stomijne; nb - na bieżąco; * dzieci - nb; **wózki inwalidzkie - 1 mc; ***wózki inwalidzkie - do 5 mc; **** dzieci i osoby czynne zawodowo - nb; *****wózki inwalidzkie - 4 mc; *****indywidualne przedmioty pionizujące - 1 mc.

Opr. K. Ciepiela na podstawie danych z oddziałów NFZ

Ze stomią można żyć

Jerzy Kasprzak

Przewodniczący Zarządu Głównego Towarzystwa POL-ILKO



Początki ruchu stomijnego w świecie miały miejsce w Stanach Zjednoczonych i w Danii w latach 50-tych, kiedy to ludzie, którym przyszło żyć ze stomią zaczęli spotykać się ze sobą i tworzyć grupy mające na celu wzajemne wspieranie się w całkiem nowej sytuacji życiowej. Okazało się bowiem, że operacja zakończona sukcesem w sensie medycznym często była początkiem wielu cierpień i ograniczeń.

Początek ruchu stomijnego w Polsce wiąże się z osobą prof. Romana Górala - kierownika Katedry Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej Akademii Medycznej w Poznaniu. W 1979 r. w sali biblioteki przy Klinice kierowanej przez Pana Profesora spotkali się ludzie żyjący z ileostomią. Spotkanie to jak i następne pokazały ogrom problemów, z jakimi spotykają się pacjenci po operacji. Od połowy lat 80-tych coraz żywsze było dążenie do stworzenia organizacji ogólnokrajowej o profilu podobnym do działających już na świecie organizacji stomijnych. W Poznaniu, jesienią 1981 r. powstaje pierwsza w kraju poradnia dla osób ze stomią. Powstają kolejne poradnie stomijne, przy których zaczynają pracę grupy pacjentów. Chociaż grupy te działają od połowy lat 80-tych, to dopiero w grudniu 1987 r. zostało zarejestrowane Towarzystwo jako organizacja ogólnokrajowa, które przybrało nazwę: Polskie Towarzystwo Opieki nad Chorymi ze Stomią - POL-ILKO. Towarzystwo działa w oparciu o Statut jako organizacja „non profit”. Działalnością Towarzystwa kieruje Zarząd Główny. Na terenie kraju działa 21 Oddziałów Regionalnych i 3 Kluby Pacjenta. Poza POL-ILKO na terenie kraju działa jeszcze Gdańskie Towarzystwo Stomijne. W chwili obecnej Towarzystwo zrzesza ok. 1500 członków, którzy czynnie uczestniczą w pracach Oddziałów i Klubów. Nie są to, niestety, wszyscy pacjenci ze stomią, których liczbę w skali kraju szacuje się na ok. 23 tys. osób. Jednym z głównych zadań dla członków POL-ILKO oraz naszych przyjaciół - lekarzy i pielęgniarek - jest pozyskanie większej ilości członków z tej dużej ilości niezrzeszonych osób ze stomią.

Tyle tytułem wstępu, a teraz chciałbym przybliżyć problemy nurtujące stomików. Osoba z zaburzeniami układu pokarmowego, która dowiaduje się, że niezbędne jest wykonanie zabiegu chirurgicznego i wyłonienie stomii, jest załamana psychicznie - dlaczego ja, jak ja będę żył, jak przyjmie to rodzina i przyjaciele?

Okres pobytu w szpitalu przed operacją, kiedy widzi się ogrom nieszczęść, nie sprzyja poprawie nastroju. Rozmowy z chirurgiem, pielęgniarką czy psychologiem, którzy starają się

przekonać pacjenta, że ze stomią można żyć, nie zawsze daje pozytywny rezultat. Momentem, który będzie miał duży wpływ na właściwe zaopatrzenie brzuszno-odbytu i dalszą rehabilitację pooperacyjną jest wyznaczenie właściwego umiejscowienia stomii. Jeżeli jest to wykonywane dopiero na stole operacyjnym, wówczas pozornie najbardziej odpowiednie miejsce okazuje się niekorzystnym, gdy pacjent zaczyna chodzić.

Bardzo duży wpływ na pacjenta mają siostry stomijne. Ich właściwe podejście, cierpliwość w tłumaczeniu jaki dobrać sprzęt, jak się go zakłada i jak zmienia, pozwala pacjentowi powoli przyzwyczaić się do nowej sytuacji. Rozmowy z psychologiem pomagają zwalczyć lęk o podłożenie czynnościami pielęgnacyjnymi i o reakcje otoczenia na posiadanie stomii. Pacjentowi wydaje się, że jest okaleczony stomią i uważa on, że jego wygląd i możliwości działania są i będą bardzo ograniczone. Pacjent czuje głęboki lęk przed odrzuceniem go z powodu oszpecenia ciała.

O ile w szpitalu nad pacjentem czuwa lekarz, pielęgniarka czy psycholog, to po opuszczeniu szpitala pacjent czuje się osamotniony - czuje się rzucony na „głęboką wodę”. W okresie tym doświadczają licznych problemów i ograniczeń, a nie znajdują sposobów radzenia sobie z tymi problemami.

W tym miejscu bardzo dużą rolę do spełnienia ma wolontariat. Serwis wolontariatu jest jednym z najważniejszych zadań naszego Towarzystwa. POL-ILKO rozpoczęło budowanie sprawnie działającego wolontariatu w 1997 r. od przeszkolenia grupy pacjentów. Wolontariuszami zostają osoby ze stomią, które swoim zachowaniem i postawą świadczą, że ze stomią można żyć. To, kiedy i w jaki sposób wolontariusze trafią na oddziały chirurgiczne lub do poradni stomijnych zależy od lokalnych warunków i osobistych możliwości nawiązywania kontaktów. Aktywność na oddziałach szpitalnych najlepiej rozwija się przez dobre kontakty z ordynatorem oddziału i pielęgniarką oddziałową. To właśnie pielęgniarka najwcześniej szuka kontaktu z wolontariuszem. Również rodzina pacjenta, zaniepokojona jego stanem psychicznym po operacji, prosi wolontariusza o przyjęcie na oddział szpitalny. W czasie spotkania z pacjentem wolontariusz powinien być całkowicie do jego dyspozycji. Powinien wykorzystać swoją prywatną, osobistą wiedzę i doświadczenie w adaptacji do stomii.

Dla osoby ze stomią najważniejszą sprawą jest wystarczająca ilość sprzętu umożliwiająca codzienne funkcjonowanie w rodzinie i społec-

zeństwie. Na naszym rynku funkcjonują cztery firmy, które oferują bardzo dobry jakościowo sprzęt stomijny - są to: Coloplast, Conva-Tec, Dansac i Pofam-Poznań oferujący sprzęt firmy B.Braun. Samopoczucie pacjenta jest o wiele lepsze gdy nie myśli on o tym czy woreczek lub płytka nie odklei się, czy woreczek jest szczelny, czy filtr działa wystarczająco skutecznie. Pacjent w oparciu o konsultację z lekarzem czy pielęgniarką, a także w oparciu o własne doświadczenie ma całkowitą swobodę w doborze sprzętu tej czy innej firmy. Zapewnia mu to Międzynarodowa Karta Praw Osoby ze Stomią, w której IOA (Światowa Organizacja Towarzystw Stomijnych) oświadcza, że wszystkie osoby posiadające stomię mają prawo do satysfakcjonującej jakości życia po operacji i karta ta powinna być honorowana we wszystkich krajach świata. Towarzystwo nasze jest członkiem IOA i EOA (Europejska Organizacja Towarzystw Stomijnych) i ustalenia te są u nas respektowane. Nikt nie może wbrew woli pacjenta narzucać mu sprzętu tej czy innej firmy. Forum dyskusyjnym dla stomików, tych w wieloletnim stażem i tych nowo operowanych, są okresowe zebrania organizowane w Oddziałach Regionalnych, na których w nieskrępowany sposób mówimy o wszystkim co nas niepokoi, dzielimy się swoim doświadczeniem ze szczególnym ukierunkowaniem na nowo operowanych.

Bardzo pomocne w szybkim dochodzeniu do normalności, szczególnie osób nowo operowanych, mają też do spełnienia firmy stomijne, które przez prowadzenie różnego rodzaju programów opieki nad pacjentem, szerokie informowanie o nowościach sprzętowych, szkolenia pielęgniarek, organizowanie spotkań zmierzających do szerokiej konsolidacji tej grupy osób niepełnosprawnych zmierzają do tego, aby pacjent ze stomią szybko stał się normalnym, pełnowartościowym członkiem naszego społeczeństwa.

Niepokojącym zjawiskiem dla stomików było niepodpisanie kontraktów z poradniami stomijnymi przez NFZ w 2004 r. Należy mieć nadzieję, że w ramach nowego spojrzenia Ministra Zdrowia na całokształt zagadnień, sprawy te zostaną pozytywnie rozwiązane.

Sposoby opieki stomijnej, takie jak: szeroka dostępność do dobrego jakościowo sprzętu stomijnego, wolontariat, rozmaite programy skierowane do pacjentów ze stomią pozwalają mi stwierdzić, że pod tym względem nie odbiegamy od krajów, w których wcześniej zauważono, że pacjent ze stomią jest normalnym człowiekiem i powinno zrobić się wszystko, żeby zapomnieć o swoim kalectwie. Gdyby jeszcze w miarę szybko udało się doprowadzić do tego, aby każdy pacjent mógł skorzystać z wystarczającej ilości sprzętu (zlikwidować limity) na pewno jakość życia tych osób znacznie by się poprawiła.

<http://polilko.w.interia.pl>
e-mail: polilko@interia.pl

Czy limit pieluch wystarcza?

- doświadczenia hospicjów

Małgorzata Georgiew

Wobec wielu sygnałów dotyczących zbyt niskiego limitu refundowanych środków wchłaniających postanowiliśmy zorientować się jak sobie radzą z tym problemem jednostki, które muszą stosować pieluchy czy wkłady urologiczne. Postanowiliśmy zacząć od hospicjów. Wykonaliśmy kilka telefonów. Oto co usłyszeliśmy.

Problem nietrzymania moczu wśród pacjentów hospicjów, jak można się domyślać, jest powszechny. W zależności od stanu pacjentów NTM ma nie mniej niż 50%, ale najczęściej między 90-100% podopiecznych tych ośrodków. Jest to nie tylko bezpośrednim wynikiem choroby, ale także wieku pacjentów (zazwyczaj powyżej 60 lat, kiedy częstość występowania nietrzymania moczu jest większa), jak również stosowanych leków np. odwadniających. Praktycznie większość chorych musi korzystać z pieluch. Czasami można pacjentowi założyć cewnik, jeżeli pozwala na to jego stan, np. nie ma powiększonego gruczołu krokowego. Cewnik można założyć chorym leżącym, ale z drugiej strony będąc w ciężkim stanie mogą oni we śnie czy będąc nieprzytomni wyrwać sobie cewnik i spowodować dodatkowy uraz. Cewnik to również zwiększone ryzyko zakażenia bakteryjnego. Natomiast często, nawet jeżeli pacjent ma założony cewnik, zakłada się pieluchę jako zabezpieczenie dodatkowe, aby np. pościel nie zmokła gdy pacjent niechcący wyrwie sobie cewnik. Stosowanie pieluchy jest konieczne również kiedy chory ma biegunkę, co zdarza się dość często. Procent chorych, którzy mogą samodzielnie wychodzić do toalety lub korzystać z kaczki jest bardzo niewielki. Są zbyt schorowani. Tak więc wygodniej i bezpieczniej dla pacjenta jest jeżeli korzysta on z pieluch.

Ile pieluch potrzebują pacjenci w hospicjach? Podejście personelu do częstotliwości zmiany pieluch jest różne - niestety często podyktowane możliwościami zaopatrzenia. Idealnie jest jeśli zmienia się je co 3-4 godziny nawet jeśli nie są zamoczone ze względu na inne wydzielinę czy zapocenie skóry (co prowadzi do maceracji i skłonności do odparzeń oraz odleżyn). Trzeba pamiętać, że w pielusze skóra nie oddycha, ponieważ praktycznie nie przepuszcza ona powietrza. Ale słyszeliśmy też opinie, że pacjentowi wystarczą 2 pieluchy na dobę, co oznacza, że w jednej pielusze chory jest ponad dziesięć godzin.

Stąd już tylko prosty rachunek potwierdzony przez praktykę - nawet w najbardziej oszczędnej wersji używania pieluch, przydziałowe refundowane dwie pieluchy na dobę tylko w nielicznych przypadkach są wystarczające. Najczęściej pacjenci zużywają od 4 do 6 pieluch na dobę, chociaż są i przypadki kiedy potrzeba ich 10.

Sytuacja z zaopatrzeniem w środki wchłaniające, a tym samym sytuacja samych chorych i ich rodzin

bezpośrednio zależy od statusu hospicjum. Już przy wydrukowaniu listy ośrodków z internetu widać, że wiele z nich (co wynika z samej nazwy) związane jest ze stowarzyszeniem lub fundacją. I tam przeważnie jakoś sobie radzą z zaopatrzeniem w środki wchłaniające - prężność stowarzyszenia i hojność sponsorów są w stanie zapewnić chorym konieczne środki. Jednocześnie rodziny zapewniają środki wchłaniające korzystając z przysługującej im refundacji.

Gorsza jest sytuacja pacjenta w hospicjum domowym. Z jednej strony pacjent zapewne lepiej się czuje pozostając w domu, przy bliskich, z drugiej strony, polegać może już tylko na środkach refundowanych, które są niewystarczające. Same hospicja domowe starają się wspomóc chorych, jeśli rodzina zmarłego pacjenta przekaże niewykorzystane pieluchy albo zawiąże się stowarzyszenie starające się o środki dla chorych. Ale obciążenie pozostaje przede wszystkim na rodzinie chorego. A przecież najbliżsi są z chorym przez całą historię choroby i zazwyczaj ich środki są już bardzo mocno ograniczone. Dokupywanie dodatkowych pieluch jest dla nich ogromnym ciężarem, a potrzebny jest przecież także inny sprzęt jak specjalne materace przeciwo-dleżynowe, leki itp.

Oczywiście nie wszyscy chorzy mają NTM w wyniku choroby nowotworowej, czasami jest to spowodowane wiekiem czy też występuje na innym tle. To jest bardzo ważne, ponieważ przypomnijmy, że w Polsce do refundacji środków wchłaniających kwalifikują się tylko osoby, które mają nietrzymanie moczu w wyniku choroby nowotworowej lub dolegliwości towarzyszą upośledzeniu umysłowemu, zespołowi otyłości, postępującej chorobie układu moczowego z pęcherzem neurogennym lub wadom rozwojowym.

Obserwując jednak zmagania rodzin, wyczerpanych i wystarczająco udręczonych stanem swoich bliskich, lekarze opieki domowej posuwają się do nieuczciwości względem państwa i uczciwości wobec własnego sumienia - „podciągają” nienowotworowe przypadki nietrzymania moczu pod przyczyny nowotworowe, aby rodziny mogły uzyskać refundację choć na część potrzebnych środków wchłaniających. I tak przecież co najmniej drugie tyle muszą dokupić pełnopłatnie.

Z naszych wywiadów wynika, że w najtrudniejszej sytuacji są pacjenci, którzy trafiają do szpitala. Ponieważ szpital przejmuje całkowite leczenie i pielęgnację pacjenta, pacjentowi nie przysługuje już refundacja na środki wchłaniające, które ma zapewnić szpital. Niestety, zdarza się, że środki finansowe szpitala na jednego pacjenta są tak nieduże, że wobec konieczności zakupu leków i opłacenia personelu na wystarczającą ilość środków wchłaniających

już nie wystarczy. Kwota na jednego pacjenta tzw. osobodzień w jednym ze szpitali wynosi przykładowo 120 złotych, w tym są wszystkie koszty utrzymania szpitala, pacjenta, jak również leków i opłacenia personelu. W związku z tym, jeżeli rodzina nie chce, aby chory leżał w mokrej pielusze cały dzień, musi sama zaopatrywać go w środki wchłaniające - zakupywane oczywiście pełnopłatnie. W kilku szpitalach, z którymi się kontaktowaliśmy, personel potwierdził, że środki wchłaniające zapewniają rodziny chorych. I tu częściej niż w hospicjach stacjonarnych czy domowych zdarza się występowanie odleżyn. Pielęgniarka z hospicjum domowego w północno - wschodniej Polsce podała to wręcz jako regułę: jeżeli pacjent wychodzi ze szpitala, nawet po dwu-trzy tygodniowym pobycie przeważnie ma odleżyny. Sama zajmowała się pacjentem, który z hospicjum domowego trafił do szpitala, a po trzech tygodniach wrócił z ogromną odleżyną przy odbycie. Nie chcemy z tego robić zasady, ale coś w tym musi być. W jednym z hospicjów powiedziano nam, że środki przyznawane przez NFZ wystarczą na pokrycie około 50-60% kosztów. Domyślamy się, że resztę muszą dopłacić rodziny, chyba że przy hospicjach powstają stowarzyszenia, aby pomóc chorym.

Za przykład jak refundacja spełnia swoją rolę niech posłuży historia, która podała nam pani pracująca w hospicjum domowym. To przypadek młodej 40-letniej kobiety umierającej na raka z urostomią i stomią jelitową, której refundowane worki wystarczyły zaledwie na pół miesiąca. I ta umierająca kobieta żyła w dodatkowym stresie, bo nie wiedziała co będzie kiedy jej się te worki skończą. Założenie ich nie jest proste, worek trudno jest przykleić, więc za każdym razem dodatkowe zdenerwowanie, żeby się nie zmarował, bo i tak ma ich za mało.

Zastanawiamy się, kiedy i co musi się stać, aby podejście do problemu zaopatrzenia w środki wchłaniające zmieniło się. Kryteria przyznawania refundacji są wyjątkowo niekorzystne dla pacjentów - pieluchy nie są wypisywane na nietrzymanie moczu, co sprawia, że osoby np. z wysiłkowym nietrzymaniem moczu w ogóle nie otrzymują refundacji. A przecież jest to najczęściej występujący typ NTM. Natomiast chorzy, którym refundacja się należy (np. z chorobami nowotworowymi) i tak otrzymują ich za mało w stosunku do potrzeb. W obliczu strasznej choroby, zarówno pacjenci jak i ich rodziny muszą dodatkowo martwić się o rzeczy tak podstawowe.

Dla kogo jest więc ta refundacja? Komu ma pomóc i kogo ma usatysfakcjonować? Tych pacjentów, których sytuację opisaliśmy, na pewno nie.

Uszczelnianie systemu



Maria Weber



Ministerstwo Zdrowia wraz z Narodowym Funduszem Zdrowia wzięło się za intensywne poszukiwanie pieniędzy na finansowanie świadczeń zdrowotnych oraz leków. Część pieniędzy, ich zdaniem, ulega marnotrawstwu, w wyniku czego powstają kolejki do lekarzy i usług lekarskich. W najbliższym czasie, jak oświadczył minister zdrowia Zbigniew Religa, zostanie przesłana do Sejmu propozycja nowelizacji ustawy o finansowaniu świadczeń zdrowotnych.

- Wejdziemy na pole minowe, proponując nową listę leków refundowanych oraz zasady jej przejrzystości i odpowiedzialności za jej przygotowanie. Zdamy sobie sprawę z niebezpieczeństw, ponieważ pole najeżone jest interesami różnych grup zawodowych. Przejrzystości potrzebujemy, aby uszczelnić się wybuchów. Część leków na pewno nie znajdzie się na tej liście i spodziewam się o to pretensji. Ale to nieuniknione - powiedział Zbigniew Religa, podczas konferencji prasowej.

Nieszczelności w finansowaniu świadczeń zdrowotnych dotyczą zwłaszcza systemu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Tak przynajmniej wynika z wypowiedzi obecnego również na tym spotkaniu Jerzego Millera, prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. - Akurat w tej dziedzinie wydatki NFZ wzrosły najwięcej, bo aż około 20 procent. Ta dynamika nie wynika z realnych potrzeb pacjentów lecz z wymuszonych realizacji kart zaopatrzenia - twierdzi Miller - niestety mamy sprytnych lekarzy, którzy odwiedzając dom opieki społecznej, zapisują wszystkim hurtem np. aparaty słuchowe. Nie wierzę, aby wszyscy ich po-

trzebowali, natomiast pewne jest, iż dzięki temu nie trafiły one do osób najbardziej ich potrzebujących.

Prezes NFZ dał w ten sposób do zrozumienia, że lekarze współpracując z producentami, dostają od nich prowizję za przepisane określonego produktu. Pieniądże na zaopatrzenie ortopedyczne przeciekają też przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w którym można starać się o dotacje na przedmioty ortopedyczne. Nieuczciwy pacjent korzysta zatem w tym przypadku z dwóch źródeł refundacji.

Nie sposób odmówić racji obu decydom służby zdrowia. Co jednak sprawdzony i przejrzysty system zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze ma wspólnego z nieszczelnościami finansowania? Do kogo należy kierować pretensje o niewłaściwe wykorzystanie naszych składek na służbę zdrowia? Czy rację ma

prezes Miller, twierdząc, iż potrzebna jest kontrola środowiska uprawnionego do wydawania naszych pieniędzy? Otóż kontrola jest częścią każdego systemu, który wykorzystuje finanse publiczne. Dlatego zdumiewa zaskoczenie, z jakim prezes NFZ mówi o wynikach kontroli. Wszak do obowiązków NFZ należy „pilnowanie” naszych pieniędzy.

Patologia finansowania świadczeń zdrowotnych tkwi w założeniach tego systemu i zwiększona kontrola pozwoli jedynie bardziej uszczelnić system, ale nie zlikwidować „chorobę”. Każdy system reglamentacji, a o takim możemy mówić w przypadku refundacji, będzie nie tylko zmierzał w kierunku korupcji, ale nawet ją utrwalał. Pokolenie, które przeżyło część życia w PRL-u doskonale zdaje sobie sprawę z mechanizmów działania takiego systemu. Czy ustawodawca tworząc PFRON nie zdawał sobie sprawy z możliwości nadużywania pieniędzy publicznych w tym funduszu? Wielokrotnie donosił o tym NIK, dlatego padały propozycje przekazania środków funduszu do samorządów terytorialnych, które najlepiej znają potrzeby swoich mieszkańców. Ale wartość PFRON, jako karty przetargowej w rozgrywkach politycznych, okazywała się ważniejsza od racjonalnego wydawania środków publicznych. Prezes Miller, dając do zrozumienia, iż wymuszony wzrost wydatków na przedmioty ortopedyczne powstaje przez różnych sprytniarzy, zdaje się zapominać, iż wspomniane nieszczelności stworzyło państwo, zachęcając cwaniaków do ich wykorzystywania. Istnieje właściwie tylko jeden sposób na ograniczenie ich działania, poprzez zwiększony dostęp do refundowanych świadczeń i leków. Samo uszczelnienie nie da, jeśli w ślad z nim nie zwiększymy refundacji i ilości przysługujących w tym zakresie produktów, leków i świadczeń.

Sprostowanie

W artykule „Co powinien wiedzieć NFZ?” zamieszczonym w nr 3(14) *Kwartalnika NTM* autorka pani Maria Weber posłużyła się moim nazwiskiem bez mojej wiedzy i zgody, a cytowane w artykule wypowiedzi nie są mojego autorstwa.

Joanna Buczyńska, Słupsk, 30.11.2005

Od Redakcji - wyjaśnienie dla pani Joanny Buczyńskiej ze Słupskiej Delegatury Pomorskiego Oddziału NFZ (wydział zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze):

Autorka tekstu (Maria Weber) zadzwoniła do Pani i po przedstawieniu się poprosiła o krótką wypowiedź, której w efekcie Pani udzieliła. Osobie udzielającej informacji prasie przysługuje prawo do autoryzacji lub do nieujawniania danych osobowych. Tak jak redaktor Weber mogła zasugerować Pani taką możliwość, tak samo Pani mogła tego zażądać. Możemy wyrazić jedynie nadzieję, że w przyszłości tego typu nieporozumienia nie będą miały miejsca.

Zasady postępowania pielęgniarskiego wobec osób z NTM

Elżbieta Szwałkiewicz

Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych



Punktem wyjścia do ustalenia zasad postępowania pielęgniarskiego wobec osób z NTM jest świadomość potencjalnych zagrożeń związanych z nietrzymaniem moczu, na które narażone są osoby z NTM (zakażenia układu moczowego, stany zapalne skóry), a także pielęgniarki czy ich opiekunowie (przeciążenia fizyczne i psychiczne z powodu pielęgnacji niepełnosprawnych). Zagrożenia te są szczególnie niebezpieczne, gdy opieka dotyczy osób unieruchomionych. Podstawą świadomości jest wiedza. Tak więc jednym z podstawowych zadań pielęgniarki jest edukowanie osoby z NTM i jej opiekunów: jak bezpiecznie, aktywnie i higienicznie żyć, korzystając z systemu społecznego wsparcia (ochrona zdrowia, pomoc społeczna).

Pielęgniarka w zakresie swych kompetencji pielęgnuje, doradza i jednocześnie edukuje, a tym samym bezpośrednio przyczynia się do bezpie-

czeństwa zdrowotnego osoby z NTM, a także do jej komfortu psychicznego i fizycznego. Celem artykułu jest ułatwienie jej tego zadania.

W oparciu o zabrane informacje (stan ogólny pacjenta, stan psychiczny, sprawność oraz możliwość kontakt stan skóry w okolicach pośladków, krocza i podbrzusza) oraz wynik testu pieluchowego zalecanego przez Komitet Standaryzacji ICS, pielęgniarka kategoryzuje potrzeby osoby z NTM w zakresie zabezpieczenia w środki pomocnicze lub sprzęt medyczny.

Ochrona skóry u osób z NTM

Istotne znaczenie skóry dla naszego życia nakłada na osoby pielęgnujące szczególną odpowiedzialność za utrzymanie jej w dobrej kondycji. Jest to niezwykle ważne gdy skóra stale styka się z moczem, który jest silnym czynnikiem drażnią-

cym powodującym stan zapalny skóry (często prowadzący do powstania ran). Pielęgnowanie skóry uszkodzonej (odparzenia, owrzodzenia, otarcia, odleżyny) jest szczególnie trudne i czasochłonne, wymaga od osoby pielęgnującej szczególnej troski i wiedzy.

Obowiązkiem pielęgniarki i opiekuna jest systematyczna obserwacja wyglądu skóry. Skóra objęta stanem zapalnym jest czerwona, podrażniona i bolesna. Często występuje jednocześnie obrzęk, świąd i łuszczenie naskórka. Chorzy próbują ograniczyć te symptomy poprzez tarcie lub drapanie, a w efekcie przerywają ciągłość skóry doprowadzając do powstania ran. Te rozdrapania są źródłem infekcji bakteryjnej, a u osób leżących miejscem rozwoju powikłanych, zakażonych odleżyn.

Nietrzymanie moczu prowadzi do stałego zawilgocenia i maceracji skóry, co sprzyja zapaleniom skóry, jej uszkodzeniu i ułatwia rozwój odleżyn. Główne cele pielęgnacyjne przy nietrzymaniu moczu to:

- * skrócenie czasu kontaktu skóry z moczem,
- * opanowanie procesu zapalnego i swędzenia skóry,
- * ochrona skóry przed przesuszeniem i czynnikami drażniącymi (moczem oraz potem),
- * ograniczenie przykrego zapachu,
- * podtrzymanie aktywności zawodowej i społecznej osoby z nietrzymaniem moczu.

Cele te można osiągnąć poprzez właściwą higienę stosując jednorazowe materiały chłonne, jednorazowy sprzęt do zbiórki moczu, specjalistyczne środki higieniczne oraz kosmetyczne preparaty ochronne i pielęgnacyjne.

Higiena ciała

Przy odczuwanej przez osobę z NTM potrzebie drapania podrażnionej i swędzącej skóry, ważne jest częste przycinanie i opylowywanie aż do skóry paznokci i utrzymywanie ich w czystości. Ponadto należy zakładać ściśle dopasowane do ciała pieluchomajtki i zabezpieczać je w sposób uniemożliwiający choremu odklejenie pasków mocujących, bezwiedne drapanie skóry i genitaliów. Powinno się dążyć do maksymalnego ograniczenia uczucia swędzenia, dlatego należy unikać mycia ciała mydłem, a stosować pielęgnujące środki kosmetyczne mające działanie odżywcze, kojące i łagodzące podrażnienia oraz oczyszczające dokładnie skórę, nawilżające ją i poprawiające jej elastyczność (m.in. pianki do mycia ciała oraz kremy ochronne do ciała).

Przy doborze tych preparatów należy pamiętać, że u osób z NTM mamy do czynienia ze skórą osłabioną, zmacerowaną, nieustannie poddawaną działaniu czynników drażniących - moczu i potu. Ponieważ środki pielęgnacyjne mogą czasem uczulać, powodując reakcje alergiczne, konieczna jest kontrola skóry. Przy każdej zmianie pieluchomajtek, uridomu czy cewnika, skórę podbrzusza, genitaliów, krocza i pośladków należy obejrzeć, oczyścić i osuszyć, a następnie zastosować balsam czy krem chroniący przed wilgocią.

Środki pomocnicze chłone mocz i sprzęt medyczny

Przykry dla chorego i jego otoczenia zapach moczu można wyeliminować poprzez właściwy dobór materiałów chłonących lub cewników zewnętrznych (uridomów) oraz odpowiednio częstą ich zmianę.

Materiały chłone mocz powinno dobierać się w zależności od stopnia nietrzymania moczu i wymiarów ciała osoby z NTM. O wyborze pieluchomajtek lub pieluchy anatomicznej powinny decydować takie cechy produktu jak duża chłonność i zawartość substancji wiążącej mocz, zabezpieczenie przed wyciekaniem moczu z pieluchy, możliwość redukcji nieprzyjemnego zapachu i możliwość ścisłego dopasowania do ciała. Dużym ułatwieniem dla opiekunów osób z nietrzymaniem moczu jest możliwość korzystania z nadrukowanego na zewnętrznej stronie pieluchomajtek specjalnego wskaźnika wilgoci, który rozmywając się informuje o konieczności jej zmiany. Istotne jest także by wkład chłonny był pokryty specjalną włókniną, która dodatkowo odgranicza wchłonięty mocz od skóry.

U mężczyzn z NTM i jednoczesnym zaleganiem moczu w pęcherzu po mikcji, w celu zapewnienia swobodnego odpływu moczu z pęcherza, lekarz lub na jego zlecenie pielęgniarka zakładają cewnik do pęcherza moczowego. Cewnik może być założony do jednorazowego odprowadzenia moczu lub na stałe.

U chorego z cewnikiem pielęgniarka lub opiekun dwukrotnie w ciągu doby obmywa miejsce wprowadzenia i cewnik ciepłą wodą z mydłem. Okres utrzymania cewnika w pęcherzu zależy od rodzaju materiału, z którego został wykonany cewnik i waha się od 10 dni do 6 tygodni (a nawet kilka miesięcy dla cewników silikonowych). Okres utrzymywania cewnika w pęcherzu wyznaczany jest również osadzaniem się kamienia na ściankach cewnika. Jeżeli firma poleca dany cewnik np. na 7 dni to bez względu na to, że cewnik ten nadal dobrze funkcjonuje, należy go wymienić. Zapobiega to bolesnemu zatrzymaniu moczu z powodu zatkania cewnika. Aby uniknąć zęszczenia moczu pacjent powinien dużo pić, około 2000 ml na dobę.

Cewniki zewnętrzne (uridomy) są najlepszym wyborem dla mężczyzn ze znacznym nietrzymaniem moczu, szczególnie dla mężczyzn aktywnych zawodowo. Wyglądem i sposobem nakładania przypominają prezerwatywę. Mają kilka

rozmiarów i są dostosowane do połączenia z workiem na mocz. Cewnik ten zmienia się raz na dobę.

Osoby z utrudnionym kontaktem oraz osoby z tetraplegią wymagają pomocy opiekuna w założeniu uridomu. Cewników używa się łącznie z workiem do zbierania moczu, który powinny być umieszczane poniżej poziomu spojenia łonowego.

Przy lekkim stopniu nietrzymania moczu i pewnych możliwościach kontrolowania mięśni zwieraczy przy średnim stopniu nietrzymania moczu, zakładamy podpaskę lub wkładkę urologiczną, która z kolei jest dyskretniejsza i tańsza od pieluchy anatomicznej. Wkładki te są dostępne w kilku rozmiarach. Dyskretnie i chłonne utrzymują higienę ciała i są jednocześnie komfortowe w użyciu. Mężczyźni mogą stosować wkładki urologiczne dla mężczyzn (torebka na prącie) kształtem dopasowane do kształtu narządów płciowych.

Pielęgniarka doradzając rodzaj produktu chłonego w zależności od natężenia stopnia nietrzymania moczu, pory dnia i stanu pacjenta, ma świadomość, że nie tylko umożliwia zmniejszenie kosztów ponoszonych na zakup tych materiałów. Mobilizuje także do pilnowania czasu mikcji i korzystania z toalety, chociażby ze strachu, że rozmiar mikcji przekroczy możliwości chłonne, np. wkładki urologicznej. Doświadczona pielęgniarka wie, że osoby korzystające tylko z pieluchomajtek bardzo szybko rezygnują z samodyscyplinowania się w tym zakresie i poddają się.

Zabezpieczenie bielizny pościelowej, fotela

Wskazane jest stosowanie podkładow higienicznych. Można je kupić w kilku rozmiarach. Podkłady te wykonane są z celulozy, z jednej strony pokrytej folią zabezpieczającą łóżko lub fotel przed zamoczeniem, a z drugiej miękką włókniną. Wśród materiałów sanitarnych, które ułatwiają pielęgnowanie osób z nietrzymaniem moczu na uwagę zasługują wkłady chłonne. Wykonane są z pulpy celulozowej, z jednej strony pokrytej miękką włókniną, a z drugiej folią chroniącą przed zamoczeniem. Na rynku dostępne są także tzw. anatomiczne wkłady chłonne, w których folia izolacyjna została zastąpiona włókniną. Przepuszczają one wilgoć, w związku z czym mają specyficzne zastosowanie, np. u osób, u których jest na stałe założony cewnik, a które cierpią na nietrzymanie stolca. Wkład chłonny może być także wykorzystywany jako dodatkowa wkładka do pieluchomajtki zwiększająca jej chłonność.

Inny sprzęt niezbędny w pielęgnowaniu osób z NTM to pojemnik do dobowej zbiórki moczu, uniwersalna kaczka do zbierania moczu, baseny wykonane ze sztucznej masy, czy krzesła sanitarne.

Są różne rodzaje krzeseł sanitarnych, a ich cechą wspólną jest otwór w siedzisku i podwieszony pojemnik na wydaliny. Krzesło sanitarne może być także pomocne przy myciu pacjenta pod

prysznicem. Najbardziej uniwersalne jest krzesło sanitarne na kółkach. Osoby, które utraciły zdolność samodzielnego siadania i wstawania mogą korzystać z toalety i wypróżniać się bezpośrednio do sedesu dzięki podnośnikowi. Podnośnik ten jest niezwykle przydatny także w zabiegach higienicznych, które wykonuje się po wypróżnieniu.

System społecznego wsparcia

W przypadku zaopatrzenia osób z problemem nietrzymania moczu (NTM), aktualnie w naszym kraju obowiązuje tylko częściowa refundacja na materiały chłone mocz i zestawy do zbiórki moczu, zwane środkami pomocniczymi. Oznacza to limit cenowy i ilościowy: 90 zł za 60 pieluchomajtek na miesiąc, w tym NFZ pokrywa 70%, a osoba z NTM 30%. Rzeczywista odpłatność po stronie osoby z NTM jest determinowana ceną pieluchomajtek. Zważywszy na rzeczywiste potrzeby, tj. co najmniej 3-4 pieluchy na dobę, bardzo liczna grupa pacjentów nie jest w stanie poddać obciążeniom finansowym związanym z pełnym zaopatrzeniem.

Podobnie przy zakupie zestawów do zbiórki moczu - limit miesięczny ilościowy to 30 sztuk cewników zewnętrznych i 6 worków na mocz. Limit cenowy za cewniki to 120 zł, z czego NFZ pokrywa koszt w kwocie 84 zł, a pacjent płaci 42 zł. Limit cenowy za worki 39 zł z refundacją NFZ w wysokości 70%. Oznacza to, że jeżeli pacjent dokona zakupu cewników zewnętrznych powyżej 120 zł to refundacja NFZ nie przekroczy 84 zł.

Powyższe kwestie regulują dwa rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 w sprawie wykazu wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych (...) oraz w sprawie limitu cen (...) dla tych środków.

Dostępność środków pomocniczych

Po otrzymaniu od lekarza pierwszego kontaktu zlecenia na środek pomocniczy (ważny 30 dni), pacjent udaje się do właściwego oddziału NFZ w celu pobrania karty zaopatrzenia comiesięcznego (ważna 12 miesięcy). Karta zaopatrzenia comiesięcznego jest podstawą do wydania refundowanych środków pomocniczych oraz stanowi rejestr comiesięcznych zleceń od lekarza oraz wydania tychże środków dla konkretnej osoby. Kupując wyroby refundowane pacjent oddaje zlecenie na środek pomocniczy, ale powinien zachować kartę zaopatrzenia comiesięcznego. Refundowane wyroby można nabywać w aptekach i sklepach medycznych na terenie całego kraju.

Ponadto osoby mające orzeczenie niepełnosprawności, wydane do celów pozarentowych, mogą ubiegać się o dofinansowanie kosztów zakupu pieluchomajtek oraz sprzętu wspomagającego (np. podnośniki) ze środków PFRON. Sprawy te prowadzi powiatowe centra pomocy rodzinie.

Ustawa potrzebna od zaraz

opracowała Elżbieta Mamos

Próbną dokonać oceny polityki państwa polskiego wobec osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych zwróciłam się z prośbą o konsultacje do dwójki posłów obecnej kadencji Sejmu, a zarazem osób niepełnosprawnych, działających w sejmowej komisji polityki społecznej: Małgorzaty Olejnik i Sławomira Piechoty, a także do dwóch ekspertów-praktyków w dziedzinie niepełnosprawności. Każda z tych osób, niewątpliwie zaangażowana w zagadnienie rozwiązywania problemów osób niepełnosprawnych, ma jednak inny punkt widzenia na działania priorytetowe. Jest to związane z pełnionymi przez nich funkcjami.

Najbardziej syntetyczną, w mojej ocenie, była wypowiedź posła Platformy Obywatelskiej, Sławomira Piechoty, który jest w Sejmie wiceprzewodniczącym Komisji Ustawodawczej, więc ma realny wpływ na kształt prawa, które będzie w Polsce obowiązywało.

Oto opinia posła Piechoty:

- Sprawą najpilniejszą do załatwienia dla osób niepełnosprawnych jest przygotowanie ustawy, którą roboczo nazywam ustawą o wyrównywaniu szans i wspieraniu aktywności osób niepełnosprawnych. Obecnie obowiązuje nas ustawa o zatrudnieniu i rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Moim zdaniem po 15 latach funkcjonowania tej ustawy widać jej pozytywne, ale i ogromne mankamenty. Chodzi przede wszystkim o kwestię zatrudniania osób niepełnosprawnych. W Polsce wydajemy na renty około 8 procent PKB, trzy razy więcej niż większość krajów europejskich. Mamy największą grupę młodych emerytów i rencistów. Stopa bezrobocia wśród niepełnosprawnych jest katastrofalna, tylko 16 proc. niepełnosprawnych jest zawodowo aktywnych. To trzy razy mniej, niż wynosi średnia europejska.

Jednak na tę sprawę należy spojrzeć nieco szerzej. Tworzenie miejsc pracy jest ważne, ale żeby zatrudniać osoby niepełnosprawne trzeba im zapewnić wykształcenie. Nierozwiązana pozostaje kwestia szkół, w których powinny uczyć się dzieci niepełnosprawne. Nauczyciele nie umieją pracować z takimi dziećmi, dzieci zdrowe nie potrafią akceptować niepełnosprawnych rówieśników, niepełnosprawnym należy zapewnić pomoce techniczne, wózek, komputer, aparat słuchowy, dojazdy do szkół i na końcu znieść bariery architektoniczne. Droga do wykształcenia, a potem do miejsca pracy, jest długa. Potrzeba nam ustawy, która na wszystkich etapach życia będzie wspierała osobę niepełnosprawną i jej aktywność. Nie trzeba przywilejów, trzeba wyrównać szanse. Nowa ustawa powinna być trochę podobna do amerykańskiej ADA czyli Americans with Disabilities Act, ustawy, która jest modelem dla całego świata. W Europie coraz więcej krajów odchodzi od starego europejskiego mo-

delu pomocy socjalnej dla osób niepełnosprawnych, przechodząc na model amerykański, stawiający na równość szans.

W Polsce nadal dość dominujący jest pogląd, że rozwiązaniem problemów osób niepełnosprawnych są działania o charakterze socjalnym, czyli zasiłkowo-rentowo-filantropijne. Należy zmienić ten punkt widzenia. Trzeba takim ludziom pomóc w większej aktywności i samodzielności, bo na tym zyskamy wszyscy, nie tylko niepełnosprawni.

Posłanka Samoobrony Małgorzata Olejnik, która sama jest osobą niepełnosprawną poruszającą się na wózku, powiedziała:

- Wydaje mi się, że w tej chwili sprawy osób niepełnosprawnych są silniej nagłaśniane. W parlamencie jest obecnie troje niepełnosprawnych posłów i my oczywiście siłą rzeczy staramy się forsować rozwiązania korzystne dla osób niepełnosprawnych. Co jest najważniejsze? Z moich rozmów z osobami niepełnosprawnymi wynika, że najważniejszym problemem jest praca, bo zasiłki czy renta rzędu 400-500 złotych, to nie jest żadne rozwiązanie na życie. Zadaniem rządu jest wprowadzenie takich ułatwień dla pracodawców, by ci chętniej przyjmowali do pracy ludzi z dysfunkcjami. Osoby młode chcą pracować na otwartym rynku pracy, mieć kontakt z ludźmi, co oczywiście nie oznacza, że należy likwidować zakłady pracy chronionej, ale oba rozwiązania muszą być równoprawne. Ale znoszenie barier powinno się zaczynać od szkoły.

Inaczej musi być zorganizowana opieka nad osobami przewlekle chorymi, ponieważ obecnie największy ciężar takiej opieki spada przede wszystkim na rodziny tych chorych. Musi być także dokładniejsza korelacja działań rządu w wielu innych drobnych kwestiach. Wiem na przykład od moich wyborców, że ostatnio podwyższono VAT na cewniki i pieluchomajtki, co uderza w najbardziej potrzebujących i najmniej zaradnych. Mój klub poselski na pewno będzie w tej sprawie wnosil interpelacje. To są jednak działania, choć konieczne, jedynie cząstkowe. Rozwiązaniem całościowym musi być zmiana regulacji prawnych i działań na rzecz zmiany postaw zarówno wśród ludzi zdrowych jak i samych niepełnosprawnych. Oni także muszą wykazać się większą aktywnością życiową.

Józef Góralczyk z Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem przede wszystkim zajął się kwestią zaopatrzenia przewlekle chorych i niepełnosprawnych w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Oto jego diagnoza:

- Jednym z podstawowych dokumentów prawnych dotyczących tej kwestii są dwa rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 w sprawie wykazu wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków

pomocniczych (...) oraz w sprawie limitu cen (...) dla tych środków.

Minęły dwa lata od chwili wprowadzenia systemu otwartego w zaopatrzeniu w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze i można w tej chwili ocenić że:

1. Narodowy Fundusz Zdrowia nie robi nic w kierunku tworzenia spójnego systemu zaopatrzenia w poszczególne województwach. Do chwili obecnej nie ma w centrali NFZ odpowiedzialnego pracownika zajmującego się koordynacją działań systemu w poszczególnych województwach.
2. Brak logicznych rozwiązań kontroli przydatności sprzętu ortopedycznego, który otrzymuje osoba niepełnosprawna. Ponieważ nikogo nie interesuje jaki wyrób otrzymał niepełnosprawny, często w ogóle go nie używa, a po paru miesiącach lekarz wypisuje nowy wniosek, na nowe zaopatrzenie ortopedyczne.
3. Występują niestety przypadki korumpowania środowiska lekarskiego, znajdującego się na usługach poszczególnych dystrybutorów i producentów.
4. Brak jakiegokolwiek kontroli ze strony NFZ przestrzegania czasu wykorzystywania przyznanego sprzętu ortopedycznego. Zdarzają się przypadki, że w jednym roku przyznaje się kilkakrotnie podobne zaopatrzenie ortopedyczne, nie analizując dlaczego poprzednie nie spełnia swojego zadania.
5. Brak analizy ze strony Ministra Zdrowia wykazu sprzętu ortopedycznego koniecznego do prowadzenia nowoczesnych metod rehabilitacji (łóżka rehabilitacyjne nieodzowne zwłaszcza u osób obłożnie chorych).
6. Ceny przedmiotów ortopedycznych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia nie były aktualizowane od 6 lat co spowodowało, że ceny obowiązujące w rozporządzeniu w stosunku do cen rzeczywistych występujących na rynku są całkowitą fikcją. (proteza modułowa uda w wykazie kosztuje 2.500 zł, rzeczywista cena protezy modułowej firmy OTTOBOCK wynosi 10.000 do 20.000 zł).
7. Brak skutecznego systemu ewidencji, kontroli i rozliczania przepisywanych chorym przedmiotów ortopedycznych, co powoduje, że bardzo dużo środków finansowych wypływa z systemu.

Elżbieta Szwalkiewicz, krajowy konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, na moją prośbę najszerzej omówiła kwestię zapewnienia opieki długoterminowej osobom niepełnosprawnym, co ze względu na narastającą skalę zjawiska, jest dużym wyzwaniem dla każdego społeczeństwa:

- Biorąc pod uwagę fakt, że oczekiwana długość życia rośnie, w naszym kraju podobnie jak

w innych społeczeństwach, coraz szybciej będzie wzrastać liczba osób w mocno podeszłym wieku (powyżej 80 lat). Dane statystyczne wskazują, że długość życia Polaków systematycznie wydłuża się, szczególnie po roku 1991 i w okresie ostatnich 10 lat zwiększyła się w przypadku mężczyzn o ponad 4 lata, a w przypadku kobiet o ponad 3 lata.

System ochrony zdrowia i pomocy społecznej powinien wdrożyć takie oddziaływanie na obywateli, by w przyszłości osoby niepełnosprawne, także te w mocno podeszłym wieku, pozostały samowystarczalne przez dłuższy czas i mogły pozostać we własnych domach. Wówczas intensywna opieka medyczna koncentrować się będzie na końcowym okresie życia osób niepełnosprawnych.

W Polsce w opiekę nad osobami chorymi i niepełnosprawnymi ciągle jeszcze najbardziej zaangażowane są ich rodziny. Tę gotowość rodziny do wspierania niepełnosprawnego, starego i chorego jej członka należy za wszelką cenę podtrzymać. Jest to najlepsza, najtańsza i najcenniejsza w sensie humanitarnym forma pomocy. Niestety już obecnie większość kobiet pracuje, a coraz więcej dorosłych dzieci mieszka w znacznej odległości od rodziców. I chociażby w związku z tym możliwości opieki na bliskimi będą się stale kurczyły.

Jednak to właśnie rodziny powinny otrzymać większe wsparcie. Potrzebne stają się centra koordynujące sieć pomocy, oferujące usługi medyczne, opiekuńcze i socjalne w społecznościach lokal-

nych. Państwo może stworzyć warunki, ale wszystkie zależy od aktywności obywatelskiej, ukierunkowanej na rozwiązywanie tych problemów na poziomie lokalnym.

Zdaniem Elżbiety Szwałkiewicz władze centralne i lokalne powinny wspólnie ze społeczeństwem poszukiwać odpowiedzi na pytania:

1. jakie powinny być podstawowe źródła finansowania opieki długoterminowej?
2. jaki zakres świadczeń zdrowotnych, finansowych i rzeczowych powinien być finansowany ze środków publicznych?
3. jak zapewnić dobrej jakości kadrę sprawującą opiekę i poprawić warunki pracy i płacy w obszarze opieki długoterminowej?
4. jak solidarnie rozłożyć ciężar opieki nad osobami niepełnosprawnymi i w bardzo podeszłym wieku pomiędzy rodzinę, świadczeniodawców usług zdrowotnych i opiekuńczych oraz inne instytucje?
5. co jest niezbędne, aby pomóc rodzinom w opiece nad swymi bliskimi?
6. w jaki sposób wesprzeć lokalne organizacje pozarządowe tworzące sieci wsparcia?
7. jak wykorzystać nowe technologie dla kompensacji utraconej sprawności i które z nich powinny być finansowane ze środków publicznych?

Już teraz zaczyna się głośno mówić o potrzebie wprowadzenia dodatkowej, obowiązkowej składki ubezpieczenia pielęgnacyjnego, jako reakcji na dramatyczne starzenie się polskiego społeczeństwa. Z przeprowadzonych w Niemczech badań

wynika, że około 20% osób powyżej 80 roku życia wymaga stałej opieki i pielęgnacji, co stanowi około 2% populacji. Do tej grupy należy doliczyć osoby niezdolne do samoopieki w związku z chorobą lub urazem.

Składka na ubezpieczenia pielęgnacyjne w Niemczech wynosi 1,7% dochodu. W Polsce Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadził ograniczenie w dostępności do świadczeń domowej i stacjonarnej opieki długoterminowej, ustalając, że tą formą opieki mogą być objęci pacjenci przewlekłe chorzy, unieruchomieni z powodu urazu lub choroby, którzy w ocenie według zmodyfikowanej skali BARTHEL, określającej sprawność do samoopieki, uzyskali od 0 do 40. Oznacza to ograniczenie dostępności do świadczeń opieki długoterminowej dla 2/3 osób w podeszłym wieku z pośród wszystkich potrzebujących. Pacjenci, którzy uzyskali do 40 punktów w skali BARTHEL z reguły wymagają około 4 godzin opieki indywidualnej na dobę. Narastający brak pielęgniarów i personelu opiekuńczego w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej oznacza, że nie jest możliwe zabezpieczenie, nawet na podstawowym poziomie, potrzeb pacjentów niezdolnych do samoopieki.

Takie są diagnozy czwórki ekspertów. Wnioski trzeba wyciągnąć jak najszybciej, ponieważ choroba czy niepełnosprawność mogą się nam przytrafić, a starość dotknie na pewno każdego z nas.

Oprócz błękitnego nieba... historia osoby niepełnosprawnej w Polsce

Życie jest piękne, jak w filmie, już ponad 25 lat. Jakiś lekarz nie miał czasu na odebranie przedwczesnego porodu, bo miał obchód. Cóż zdarza się..., ale miałeś szczęście, uratowali Cię, żyjesz... to teraz radź sobie sam...

Wszystko jest dla Ciebie: świadczenia, pomoc finansowa, świetna opieka medyczna i rehabilitacyjna - tylko korzystać. Przecież każdy o tym wie - Twoi rodzice czy opiekunowie też. Żyjesz więc jak król, dorastasza. Czas iść do przedszkola - coś za problem, trzeba tylko przekonać kuratorium, dyrektora przedszkola, przedszkolankę, rodziców innych dzieci, że Ty - dziecko po porażeniu mózgowym - nie sprawisz problemu, że bardzo się starasz, że masz prawo do normalnego życia.

I znowu się udało, Ty szczęściarzu... Wszystko w życiu Ci się udaje. Skończyłeś przedszkole, czas uczyć się dalej. Masz do wyboru albo szkołę specjalną, albo indywidualne nauczanie. Twoi rodzice chcą jednak byś uczył się razem ze zdrowymi dziećmi, w tak zwanej „normalnej szkole”. Znowu szczęście się do Ciebie uśmiecha i zaczynasz uczyć się w szkole pełnej schodów, progów i barier architektonicznych. Przeszkadza Ci

to? Po co się pchales, przecież państwo polskie gwarantowało Tobie naukę w domu, w komfortowych warunkach - to Ty utrudniasz sobie i innym życie.

Kończysz podstawówkę, masz znajomych, przyjaciół, których poznałeś dzięki temu, że wyszedłeś z domu. Pora pójść w dalszą drogę i wybrać jakąś zawodówkę - gdzie nauczą Cię być szwaczką, stolarzem etc. Chyba nie chcesz nic innego? Bierz to co daje Tobie państwo, przecież jest tak hojne dla niepełnosprawnych.

A Ty znowu swoje, znowu idziesz pod prąd. Po co wybierasz najlepsze liceum w mieście? Przecież się tam nie nadajesz, nie pasujesz do środowiska córek i synów inteligencji, psujesz atmosferę, przeszkadzasz gdy z trudem pokonujesz przeszkody, gdy przewracasz się na schodach.

Znowu się udało, kończysz naukę w szkole ponadpodstawowej, z dobrymi wynikami na maturze i pora spocząć na laurach! Nie? Zdasz na studia i znowu przed Tobą konieczność pokonywania przeszkód - transport publiczny od lat niemodernizowany, nieprzystosowany...

Z krawężnikami i schodami chyba nauczyłeś się już radzić. Jeśli nie, to wiesz przecież, że jest takie przysłowie: jak się nie przewrócisz to się nie nauczysz. Reszcie społeczeństwa to nie przeszkadza. Powiem więcej - wszyscy

dbają o Twoją rehabilitację ruchową i społeczną, bo przecież gdy pokonujesz kolejne schody poprawiasz swój stan fizyczny, a gdy pokonując wstyd prosisz innych o pomoc nawiązujesz nowe relacje społeczne.

Skończyłeś edukację, pora podjąć pracę, ale po co? Masz tu ok. 500 zł renty socjalnej i ewentualnie 150 zł zasiłku pielęgnacyjnego, siedz w domu w domu i nie zabieraj pracy zdrowym, wiesz przecież jakie mamy bezrobocie.

Może znowu Ci się uda i po paru latach szukania zatrudnią Cię w jakimś zakładzie pracy chronionej, żebyś mógł poczuć się społecznie potrzebny. A na razie pukaj do zamkniętych drzwi firm państwowych i prywatnych w poszukiwaniu zajęcia, a wszędzie usłyszysz, że są pod wrażeniem Twoich kwalifikacji, ale pracy nie ma, bo brak dostosowania obiektu, miejsca pracy itd. To nic, że Ty znowu jesteś gotowy podjąć kolejne wyzwanie... oni nie są, dla nich przez tą chwilę ten krawężnik, ten schodek jest za wysoki.

Ale Ty przecież jesteś szczęściarzem - należysz do kilku milionowej rzeszy niepełnosprawnych w Polsce a wielu sprawnych zażdrości Ci Twoich „przywilejów”. Szkoda, że nie możesz się z nimi zamienić, choć na jeden dzień.

Agata Kopeć



Mam zespół Fowler

Jestem kobietą w wieku 23 lat. Mam problemy z ciągle występującym parciem na mocz. Po różnych badaniach lekarz stwierdził, że występuje u mnie zespół Fowlera (*red.: Fowler*). Co to jest i jak to leczyć?

Zespół Fowler polega na obecności licznych torbieli w jajnikach (czyli tzw. policystycznych jajników PCO) i przerośniętego zwieracza zewnętrznego cewki moczowej, który powoduje trudności w oddawaniu moczu lub wręcz zatrzymanie moczu. Często wtórnie do przeszkody jaką stwarza zwieracz dochodzi do rozwoju nadreaktywnego pęcherza. Zespół ten leczony jest objawowo lekami antycholinergicznymi (Ditropan, Detrusitol, Vesicare) w połączeniu z blokerami receptorów alfa-adrenergicznych (Omnic, Dalfaz). W razie niepowodzenia zastosowanie znajdują iniekcje z neurotoksyn np. toksyny botulinowej.

Czy zażywać Vesicare?

Z wielką radością przeczytałam informacje o nowym leku - Vesicare.

Jestem po operacji oponiaka rdzenia kręgowego (99 r.) i od tego czasu rozpoczęły się moje problemy. Mam tzw. „pilność w oddawaniu moczu”, ponadto bardzo często cierpię na zapalenia przewodu moczowego. Jestem pod stałą opieką lekarską - okresowo przyjmuję Furagin, czasami antybiotyki. Ponadto na stałe zażywam codziennie Sirdalud MR, z powodu dysfunkcji narządu ruchu i związanych z tym problemów. Bardzo proszę o udzielenie odpowiedzi i porady czy mogę spróbować ten lek - Vesicare? Już mam zakupione 10 tabletek po 5 mg!

Jestem osobą bardzo aktywną i mam często kontakty z ludźmi. Poruszony problem bardzo mnie kępi, być może to poprawi mój stan i komfort życia?

Krystyna

Tak, jeśli tylko nie choruje Pani na jaskrę, zwężenie odźwiernika czy astmę może Pani spróbować Vesicare. Lek ten charakteryzuje najlepszy w tej grupie leków profil działań niepożądanych, tj. suchości w ustach, zaburzeń widzenia czy zaparc.

Operacja szansą

Mam 28 lat, od urodzenia nie trzymam moczu (wynik po bezmyślnej operacji). W najbliższym czasie jestem przygotowywana do zabiegu szczelnego zbiornika lub nadpęcherzowego odprowadzania moczu. Cała operacja budzi we mnie wiele obaw ale i także nadziei, w końcu uwolnię się od cewnika i nieprzyjemności z tym związanych. Jednakże największe obawy wiążą się z tym czy po ta-

kim zbiegu będę mogła prowadzić życie seksualne, a także czy zajście w ciążę będzie możliwe? Bardzo proszę o odpowiedź, jest to dla mnie ogromnie ważne...

Tak, jeśli Pani płodność nie jest obniżona obecnie (nie wiadomo jaką „bezmąską operację” Pani przeżyła) i nie dojdzie do powikłań planowanej operacji będzie Pani mogła współżyć i mieć dzieci.

Nieprzyjemne cewnikowanie

Proszę o udzielenie informacji czy tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny mogą być pomocne w diagnostyce NTM. Czy można uniknąć nieprzyjemnych badań z cewnikowaniem.

Jolanta

Owszem, NMR i CT mają zastosowanie w diagnostyce NTM lecz głównie w ocenie współistniejących patologii miednicy i obniżenia narządu moczowo-płciowego. Nie są w stanie zastąpić „badań z cewnikowaniem” czyli najpewniej kompleksowego badania urodynamicznego. Jest ono wskazane przed planowanym leczeniem operacyjnym wysiłkowego NTM lub w razie niepowodzenia leczenia nietrzymania z parć lekami antycholinergicznymi. Jeśli jest Pani leczona skutecznie zachowawczo to nie ma wskazań do wykonywania tego badania.

NTM i uraz kręgosłupa

Mam 28 lat, ponad dwa lata temu miałem wypadek w pracy - mianowicie spadły mi kartony na plecy z mrożonkami, jeden niefortunnie złamał mi kompresyjnie L1. Mam zrobioną stabilizację transpedikularną TH12-L2. Od tego czasu nie mogę oddawać moczu i kału, mam zrobioną cystostomię nadłonową, mam przewlekłą kamicę pęcherza.

Wszystko mówią mi, że nie ma ratunku. Jestem pozostawiony prawie sam sobie, gdyż lekarze leczą tylko objawy. Między innymi jestem teraz po usunięciu kamieni z pęcherza.

Proszę o pomoc, co można z tym zrobić, może operacja jakaś, aby odwrócić mi te dysfunkcje. Mam dzieci i żonę, jestem w desperacji. Proszę o pomoc w poszukaniu alternatywy, jakiejś kliniki czy coś w tym rodzaju. Jestem z Gdańska (...).

Mam jeszcze jedno pytanie, bo zostałem zoperowany dopiero po ponad trzech tygodniach po wypadku, czy to miało wpływ na te dysfunkcje?

Sylwester

Niestety, współczesna medycyna nie dysponuje możliwościami regeneracji rdzenia kręgowego. Trwają liczne badania w tej dziedzinie i być może zostanie odkryty lek lub inny sposób leczenia tego stanu.

Alternatywą dla cystostomii jest sterylne samocewnikowanie (4-6 x dobowo) lub podanie toksyny bo-

tulinowej do zwieracza cewki, co może poprawić lub przywrócić oddawanie moczu na pewien czas. Co do kamicy pęcherza, to oprócz usuwania już powstałych złożeń można starać się zapobiegać ich powstawaniu (żurawina, zakwaszanie moczu, spożycie dużej ilości płynów). Nie podejmuję się oceny czasu wykonania operacji kręgosłupa, ani nie sformułuję żadnych uwag na temat samej operacji gdyż nie jestem ani neurochirurgiem ani ortopedą, nie znam okoliczności towarzyszących wypadkowi etc.

W Polsce, według mojej najlepszej wiedzy, nie ma specjalistycznych klinik neuro-uro-rehabilitacji.

Co zrobić, jak leczyć?

Mam 23 lata. Od wielu lat cierpię na NTM. Dołącznie nie pamiętam, kiedy to się zaczęło. Od wczesnego dzieciństwa z powodu zdenerwowania chodziłam częściej do ubikacji (parcia naglące). W wieku 12 lat miałam operację wycięcia tłuszczaka z rdzenia przedłużonego L4-L5. Wydaje mi się, że mniej więcej od tej pory zaczęłam mieć te problemy, ale przez następne lata nie zwracałam na to uwagi, tzn. ciągle uczucie wilgotności tłumaczyłam sobie nadpotliwością, a częste chodzenie do WC - nerwami. Problem zauważyłam w wieku 20 lat. Półtora roku później posłam z tym do lekarza, który stwierdził, że mam słabą wyporność pęcherza, nieskoordynowany pęcherz z cewką i zwężoną cewką. Nie zalecił żadnych ćwiczeń ani operacji, zapisał Doxanorm, który przez rok brałam, pęcherz bolał mnie po nim mniej, ale obecnie odstawiłam go, gdyż nie robi mi różnicy, czy go zażywam czy nie.

Objawy mojej choroby są następujące: gdy wypije coś, po jakich 30 minutach już chce mi się do ubikacji, czasem po wypiciu płynu chodzę po kilka razy, a czasem mam dni, gdy nie muszę iść po kilka godzin. Czuję parcie na pęcherz, które zwiększa się gdy jestem zestresowana albo gdy siedzę. Wtedy trzymam świadomie mięśnie. Generalnie wystarczy mi jedna podpaska na dzień, nietrzymanie zwiększa się podczas wysiłku, kichania, śmiania się, gdy mam pełny pęcherz, w czasie pieszczoły i podniecenia.

Coraz bardziej przeszkadza mi to w życiu, choć jakoś sobie radzę, ale proszę o pomoc.

Czy aby skorzystać z pomocy Urosto potrzebuję skierowania normalnie jak do urologa?

Pani problem wygląda na tzw. mieszane nietrzymanie moczu i możliwe jest podłoże neurogenne po przebytej operacji. Leczenie powinno być oparte o wyniki (koniecznego, jeśli nie było wykonywane) badania urodynamicznego. Będzie to najpewniej leczenie antycholinergicznymi (Driptane, Detrusitol, Vesicare), ale być może konieczne są inne dodatkowe leki (Baclofen, Metoclopramid) i być może samocewnikowanie. Pomocna może być także fizjoterapia i tzw. trening pęcherza. Żadnego skierowania do Urosto nie potrzeba.



Zapalenie pęcherza

Chciałam dowiedzieć się co jest przyczyną zapalenia pęcherza albo obecności bakterii w moczu i czy to samo przechodzi. Czy trzeba brać jakieś tabletki?

Zapalenie pęcherza na ogół spowodowane jest zakażeniem bakteryjnym. Bakterie te z reguły bytują w przewodzie pokarmowym, kolonizują krocze, a w sprzyjających sytuacjach dostają się przez cewkę moczową (u kobiet) do pęcherza powodując stan zapalny i zależne od niego dolegliwości. Zapalenie może minąć samoistnie, co spowodowane jest mechanizmami obronnymi organizmu. Jednak 3-5 dniowe leczenie farmakologiczne skraca czas dolegliwości i zmniejsza ryzyko nawrotów oraz przejścia zapalenia w stan przewlekły.

*Na powyższe listy odpowiadali
dr P. Dobroński i dr P. Radziszewski
z Kliniki Urologii AM w Warszawie.*

Refundowane pieluchy

Jestem matką dziecka z dziecięcym porażeniem mózgowym. Julitka niedługo skończy 5 lat. Prawie od dwóch lat kupujemy pieluchy refundowane. W NFZ w Białymstoku poinformowano nas, że musimy kupować pieluchy firmy, która podpisała umowę z nimi (pieluchy te są beznadziejne) i to tylko w aptekach Cefarm-u. Pieluchy innej firmy nie będą refundowane.

Przeczytałam na Waszych stronach, że o wyborze marki produktu i miejsca zakupu decyduje pacjent. Bardzo proszę o szczegółowe informacje na ten temat: podstawa prawna, od kiedy to obowiązuje i czy nadal.

Red.: Zasady zaopatrzenia w środki pomocnicze reguluje m.in. Zarządzenie Nr 79/2005 z dnia 13 października 2005 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Główne zasady przedstawione w tym zarządzeniu funkcjonują już od 2004 roku i polegają rzeczywiście na tym, że o wyborze marki produk-

tu i miejsca zakupu decyduje pacjent. Jedyny konieczny warunek to podpisanie umowy danego producenta z oddziałem NFZ oraz z daną apteką.

Dla pewności zwróciliśmy się jeszcze do Rzecznik Podlaskiego NFZ z prośbą o wyjaśnienie tej sytuacji. Oto odpowiedź:

„Podlaski Oddział Wojewódzki NFZ ma podpisane umowy na refundowanie pieluch z wieloma podmiotami. Ich wykaz znajduje się na ogólnodostępnej stronie internetowej www.nfz-bialystok.pl („Świadczeniodawcy” - „To trzeba wiedzieć” - „Zaopatrzenie w środki ortopedyczne i pomocnicze”), i jest na bieżąco aktualizowany wraz z podpisaniem nowych umów. Tam znajdują się nie tylko dane aptek, ale też rodzaje refundowanych pieluch. Pracownicy POW NFZ nie udzielali i nie udzielają informacji im przypisywanych, ponieważ stanowiłoby to naruszenie prawa osób ubezpieczonych do wyboru podmiotu, w którym chcą zrealizować zlecenie.”

Odpowiedzi na Państwa listy publikujemy na stronie internetowej www.ntm.pl

INFOLINIA 0 801 800 038

Od 3 lutego 2003 r. działa ogólnopolska infolinia 0 801 800 038, pod którą wszyscy zainteresowani mogą uzyskać informacje na temat problemu nietrzymania moczu. Telefon jest czynny w dni powszednie w godzinach 8.00 - 20.00.

Całkowity koszt połączenia wynosi 0,29zł plus VAT.

RADA NAUKOWA DS. PROBLEMU NTM:



**Prof. dr hab. med.
Andrzej Borkowski**
Kierownik Katedry
i Kliniki Urologii
Akademii Medycznej
w Warszawie



**Prof. dr hab. med.
Anna Członkowska**
Kierownik II Kliniki
Neurologicznej
w Instytucie
Psychiatrii
i Neurologii
w Warszawie



**Prof. dr hab. med.
Tomasz Rechberger**
Kierownik II Katedry
i Kliniki Ginekologii
Akademii Medycznej
w Lublinie



**Prof. dr hab. med.
Tadeusz Tołłeczko**
1974 - 1999 Kierownik
II Kliniki Ginekologii
i Wydziału Lekarskiego
oraz Kliniki Naczyni
i Transplantologii
Akademii Medycznej
w Warszawie



**KONSULTANT
MEDYCZNY DS. WSPÓŁPRACY
ZAGRANICZNEJ
dr med.
Piotr Radziszewski**
Katedra i Klinika Urologii
Akademii Medycznej
w Warszawie



**KONSULTANT
MEDYCZNY
dr med.
Piotr Dobroński**
Katedra i Klinika
Urologii
Akademii Medycznej
w Warszawie

GYNECARE odwraca dostęp zasłonowy „od wewnątrz na zewnątrz”

Za pomocą...

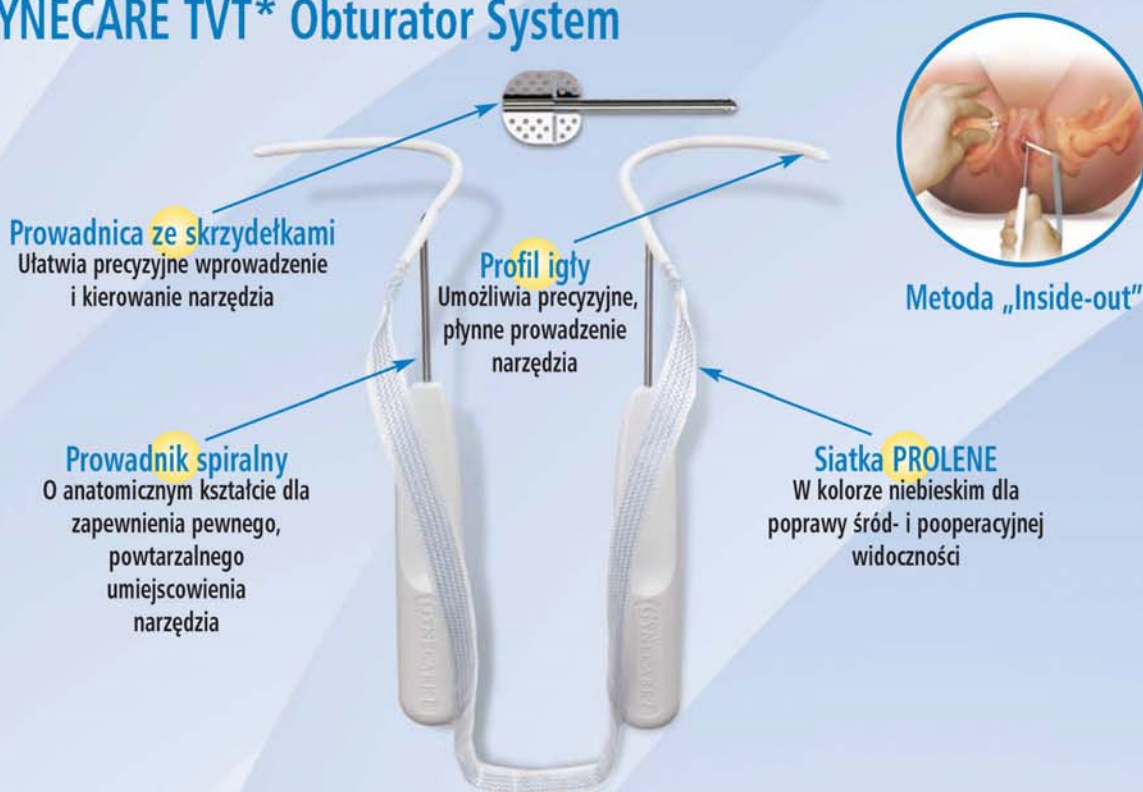
Systemu GYNECARE TVT* Obturator

do beznapięciowego podparcia cewki w leczeniu nietrzymania moczu

Zaprojektowany dla maksymalnego bezpieczeństwa

- **Unika ingerencji w przestrzeń załonową**
 - Korzystny dla wybranej grupy pacjentek
- **Porównanie z innymi produktami wykorzystującymi dostęp zasłonowy**
 - GYNECARE TVT* Obturator System zakładany jest techniką „od wewnątrz na zewnątrz” („inside-out”)¹, polegającą na prowadzeniu narzędzia z dala od cewki moczowej i pęcherza moczowego, co zmniejsza ryzyko uszkodzenia cewki lub pęcherza
 - Posiada wszystkie zalety GYNECARE TVT*
 - Niewielkie nacięcie umożliwiające precyzyjne umieszczenie taśmy w okolicy środkowej części cewki moczowej
 - Stosowana jest ta sama siatka polipropylenowa (PROLENE*) o udowodnionym bezpieczeństwie i efektywności w ciągu 7 lat doświadczeń klinicznych
 - Anatomicznie ukształtowane narzędzia o profilu bezpieczeństwa nie spotykamy wśród innych narzędzi zasłonowych

GYNECARE TVT* Obturator System



GYNECARE TVT* – Złoty standard postępowania o udokumentowanej długotrwałej skuteczności i bezpieczeństwie

- 7 lat klinicznego doświadczenia opisanego zgodnie z najwyższymi standardami EBM²
 - 81% pacjentek całkowicie wyleczonych
 - znacząca poprawa u 16% pacjentek
- Ponad 500 000 leczonych pacjentek na całym świecie
- Najbardziej opłacalna metoda spośród współcześnie stosowanych metod leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet³

Piśmiennictwo:

1. De Leval. Novel surgical technique for the treatment of female stress urinary incontinence: transobturator vagina tape inside-out. *Eur Urol.* 2003; 44 (6): 724-730. 2. Nilsson GC, Rezapour M, Falconer C. 7 year follow-up of the tension-free vaginal tape (TVT) procedure. *International Urogynecology Journal*, IUGA Abstract#116 (89); October 2003. 3. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia: Porównawcza ocena technologii chirurgicznego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet – Ocena Technologii Medycznych, 2001.

* Znak handlowy