

Kwartalnik NTM

ISSN 1733-2826

nr 2 (17) 2006
cena: 9.50 zł
(w tym 0% VAT)

Co lekarze rodzinni wiedzą o NTM

Udzielić jak najlepszej pomocy -

wywiad z prezesem PTU

Prolift według urologa

Leczenie operacyjne na Mazowszu

Pracownie urodynamiczne w województwie łódzkim

Dobra rada dla nowego rządu

Odnoszę wrażenie, że Ministerstwo Zdrowia zajmie się problemem aktualizacji listy refundowanych wyrobów medycznych dopiero, gdy uporządkuje problem refundacji leków. Można próbować to zrozumieć, biorąc pod uwagę skalę problemu. W końcu koszt refundacji leków zapewne przekroczy w tym roku sumę 7 mld złotych, podczas gdy na wyroby medyczne przeznacza się jedynie niewiele ponad 400 mln zł rocznie. Czy dlatego tak niewiele uwagi przeznacza się temu zagadnieniu?

Pamiętam ze szkoły średniej, jak doradzano mi przed przystąpieniem do matury, abym w pierwszej kolejności rozwiązał zadania prostsze a bardziej skomplikowanymi zajął się na końcu, o ile starczy czasu. Być może jest to również wskazówka dla ekipy rządzącej, która nie ma zbyt wiele czasu i z pewnością szybko potrzebuje jakiegokolwiek sukcesu, żeby udowod-

nić, iż jest w stanie cokolwiek zmienić na lepsze w polskiej służbie zdrowia.

Zycząc temu rządowi jak najlepiej, proponuję, aby w pierwszej kolejności zajął się rozwiązaniem narosłych problemów w obszarze refundacji przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych. Jest to zadanie zdecydowanie łatwiejsze i szybsze do zrealizowania niż poświęcanie całej uwagi na refundację leków - dziedzinę skomplikowanej i poddawanej ciągłym naciskom różnych środowisk. Przyjmując taką strategię minister zdrowia daje sobie przynajmniej szansę, że cokolwiek zmieni na lepsze w ochronie naszego zdrowia. Rezultat dla wszystkich może być tylko pozytywny. Niepełnosprawni, których szacuje się Polsce na ok. 4 mln osób, po raz pierwszy od wielu lat dostaną wymierny dowód, że ktoś na gorze jeszcze o nich pamięta.

Tomasz Michałek



Zbyt mała wiedza jest gorsza od braku wiedzy...

Nietrzymanie moczu, to problem wstydlivy, będący jednym z ostatnich tabu w medycynie. Dlaczego tak się dzieje? Przede wszystkim jest to problem niemedialny. Na palcach jednej ręki można policzyć programy radiowe i telewizyjne poruszające zagadnienia trzymywania moczu.

Już sama nazwa „trzymanie moczu” wzbudza uśmiechy zażenowania. Pacjenci nie chcą opowiadać o swoich dolegliwościach, brak jest tzw. „osób z plakatu”. Gdy żona Ronalda Regana oświadczyła że cierpi na nowotwór piersi, dało to początek kampanii na rzecz wczesnej diagnostyki tego nowotworu. Dziś nowotwór piersi nie jest już sprawą wstydlivą, po całym kraju jeżdżą mammobusy, a pacjentki chętnie dzielą się swoimi przeżyciami na łamach różnych czasopism. Podobnie rzecz się miała z nowotworem gruczołu krokowego u mężczyzn. W trakcie konferencji prasowej burmistrz Nowego Jorku Rudolf Giuliani ogłosił, że choruje na raka prostaty, właśnie poddał się brachyterapii i wraca z powrotem do pracy.

Z nietrzymaniem moczu tak nie jest. Pacjenci cierpią w milczeniu, uważając że choroba jest nieodłącznie związana ze starzeniem się.

Dyzurując na infolinii dla osób z nietrzymaniem moczu bardzo często spotykam się z pytaniem „gdzie mam się zgłosić z moim problemem?”, czy to w ogóle można wyleczyć?

Najprostsza odpowiedź: „Do swojego lekarza rodzinnego” jest jednocześnie najtrudniejszą. Lekarze rodzinni nadal nie są przekonani, że wstępna diagnostyka leczenia nietrzymania moczu leży w zakresie ich kompetencji. W tym numerze *Kwartalnika* przedstawiono stan wiedzy lekarzy rodzinnych o problemie nietrzymania moczu. Wydawałoby się, że każdy coś wie, coś słyszał. Tymczasem żaden z lekarzy nie był w stanie podać prawidłowo podziału nietrzymania moczu, przedstawić schematu diagnostycznego.

Dla porównania artykuł dr. Dybowskiego przedstawia aktualne poglądy Międzynarodowych Konsultacji nt. Nietrzymania Moczu w odniesieniu do roli lekarza rodzinnego w diagnostyce i leczeniu nietrzymania moczu. Widać więc, że wiele pozostaje do zrobienia. Konieczne są dalsze publikacje, wspólne sympozja naukowe.

Czy uda się przełamać to ostatnie tabu? Uważam, że tak, ale musi to być wspólne działanie grup wsparcia pacjentów oraz lekarzy rodzinnych i urologów.

dr med. Piotr Radziszewski

Spis treści

2 (17) 2006

Wywiad

Udzielić jak najlepszej pomocy

wywiad z prof. dr. med. Andrzejem Borówką4-5

Operacje

Zastępczy pęcherz jelitowy - dr med. Cezary Torz6-7

Leczenie NTM

RAPORT: Co Lekarze rodzinni wiedzą o NTM - Marcin Sitek7-8

Diagnostyka i leczenie NTM w warunkach POZ

lek. Bartosz Dybowski9

Leczenie operacyjne

Prolift na tle innych metod naprawy POP

dr med. Piotr Dobroński10-12

Problemy pacjentów

Medyseja - Karolina Sykulska13-14

Opinie

Kiedy zmieni Pan rozporządzenie, panie Ministrze?

komentarz Józefa Góralczyka15

Środki pomocnicze

Pieluchy potrzebne od zaraz - Joanna Kanabrocka16

Refundacja no limit - Joanna Fiszer17

Leczenie operacyjne

Operacje z użyciem taśm na Mazowszu - Joanna Kanabrocka18-19

Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

Ranking wojewódzkich oddziałów NFZ w zakresie zaopatrzenia w

przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze20

Badanie urodynamiczne

Pracownie urodynamiczne w woj. łódzkim - Karolina Ciepiela21

Listy22

Do Czytelników

W kolejnym numerze *Kwartalnika NTM* zwracamy uwagę na relacje pomiędzy lekarzami rodzinnymi, urologami i ginekologami. Każda z tych specjalności ma swój własny zakres wiedzy o nietrzymaniu moczu ale leczenie powinno być zadaniem wspólnym, o czym przekonuje w wywiadzie z *Kwartalnikiem* urolog, prof. Andrzej Borówka. Niestety czasem rozpoznanie może okazać się trudne, czego wydaje się przykładem historia pacjentki cierpiącej na śródmiąższowe zapalenie pęcherza. Z jej opowieści wyłania się ból i rozgorczenie stosunkiem lekarzy do niej i jej choroby. Bywa jednak, iż zaniedbania w leczeniu nietrzymania moczu wynikają z niewiedzy lub ograniczonej świadomości co do skutków. Takie przynajmniej odnosimy wrażenie po przeczytaniu raportu Marcina Siteka na temat świadomości lekarzy rodzinnych o NTM. Tylko od nich zależy, czy będą chcieli się szkolić w tym zakresie. Prof. A. Borówka, rozmawiając z *Kwartalnikiem*, złożył im atrakcyjną ofertę współpracy. Przydatnym „poradnikiem” może też okazać się artykuł lekarza urologa Bartosza Dybowskiego. Warto również być na bieżąco z „nowinkami” medycznymi, ponieważ postęp w medycynie jest równie szybki jak w innych dziedzinach nauki. Możliwa jest także konstrukcja zastępczego pęcherza jelitowego, o czym ciekawie pisze dr Cezary Torz. Przedmiot zastępczego pęcherza jelitowego stanowi zresztą jeden z tematów czerwcowego kongresu Polskiego Towarzystwa Urologicznego w Poznaniu. Z kolei o zabiegach operacyjnych polegających na rekonstrukcji dna miednicy dowiemy się z tekstu dr. Piotra Dobrońskiego. Natomiast zabiegi operacyjne z użyciem taśmy znajdują się już prawie w „powszechnym obiegu”. W aktualnym numerze *Kwartalnika NTM* rozpoczynamy prezentację jednostek służby zdrowia, w których się je wykonuje. Zaczynamy od województwa mazowieckiego. Kontynuujemy również informację o istniejących pracowniach urodynamicznych, tym razem w województwie łódzkim.

Po raz kolejny przedstawiamy też sytuację w oddziałach NFZ w zakresie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Swoje problemy mają nie tylko osoby z NTM ale także stomicy. Polecamy uwadze czytelników tekst Joanny Fiszer pod tytułem „Refundacja no limit”.

Zachęcamy też do przeczytania komentarza Józefa Góralczyka, który ponownie przypomina o konieczności zmiany rozporządzeń ministra z zakresu refundacji i limitu przedmiotów ortopedycznych oraz środków pomocniczych. Na koniec porcja listów i blankiet dla prenumeratorów *Kwartalnika NTM*. Czekamy na państwa uwagi i pytania.

Maria Weber

Kwartalnik NTM



Program
Prospółeczny
„NTM -
Normalnie
żyć”

Wydawca:
Studio PR

Realizacja wydawnicza:
Warsaw Voice SA

Redaktor Naczelny: Tomasz Michałek

Sekretarz Redakcji: Magdalena Kowalewska

Z-ca Sekretarza Redakcji: Joanna Kanabrocka

Komitet redakcyjny:

dr med. Piotr Dobroński, dr med. Piotr Radziszewski
Klinika Urologii Akademii Medycznej w WarszawieZespół redakcyjny: Joanna Barańska,
Karolina Ciepiela, Elżbieta Mamos, Iza MarciszKomentatorzy: Józef Góralczyk,
Elżbieta Szwałkiewicz, Maria Weber

Zdjęcia: Dominik Skurzak; okładka: Karol Piechocki

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 4000 egzemplarzy.

Udzielić jak najlepszej pomocy



Z prof. dr. med. Andrzejem Borówką, prezesem Polskiego Towarzystwa Urologicznego i konsultantem krajowym w dziedzinie urologii, rozmawiają Tomasz Michałek i Maria Weber

- Panie Profesorze, czy w ostatnich latach nastąpił postęp w dziedzinie leczenia osób z nietrzymaniem moczu?

- Skala problemu dotyczącego nietrzymania moczu (NTM) jest w Polsce duża, jednak epidemiologia szczegółowa tej dolegliwości nadal nie jest rozpoznana w naszym kraju. Wiadomo, że liczba osób dotkniętych tą dolegliwością jest duża i z roku na rok coraz więcej z nich zgłasza się do lekarzy z jej powodu. Niemniej, wielu chorych dotkniętych NTM nadal nie poszukuje porady lekarskiej, część z nich z powodu zawstyżenia, część z powodu braku wiary w możliwość uzyskania pomocy. Jednak zwiększanie się liczby chorych zgłaszających się do lekarzy z powodu NTM świadczy o postępującej poprawie świadomości zdrowotnej społeczeństwa, m.in. dzięki działalności Programu Społecznego „NTM - Normalnie Żyć” i informacjom w mediach. Dotyczy to zwłaszcza kobiet, które z powodu

wysiłkowego nietrzymania moczu zgłaszają się głównie do ginekologów.

- Czy istnieje istotna różnica w fakcie, iż panie zgłaszają się do ginekologa, a nie do urologa, poza tym, że do tego pierwszego można dostać się bez skierowania?

- Nie dziwi, że kobiety cierpiące na NTM, zwłaszcza na wysiłkowe nietrzymanie moczu, zgłaszają się chętniej do ginekologa niż do urologa. Prawdopodobnie, ułatwienie dostępu do poradni ginekologicznych ma pewne znaczenie. Jednak istotne jest również to, że urologi w okresie wprowadzania nowych, mało inwazyjnych metod chirurgicznego leczenia wysiłkowego NTM, polegających na naprawie dolnych dróg moczowych z użyciem taśmy byli mniej dynamiczni we wprowadzaniu tych metod od ginekologów. Rozpoznanie przyczyn NTM oraz leczenie tej dolegliwości należy wprawdzie „ex definitione” do urologii, jednak najważniejsze jest udzielenie pomocy chorym na jak najwyższym poziomie, a nie współzawodniczenie o „rynek” NTM między tymi specjalnościami. Jakkolwiek, ginekolodzy podejmujący leczenie wysiłkowego NTM muszą opanować pewne obszary wiedzy i umiejętności z zakresu urologii. Przenikanie się obu specjalności doprowadziło do powstania szczególnej gałęzi medycznej, zwanej uroginekologią.

- Czy wobec braku refundacji farmakologicznego leczenia pewnych postaci NTM w Polsce, leczenie chirurgiczne pozostaje jedynym dostępnym świadczeniem finansowanym z naszych składek?

- Wskazania do leczenia chirurgicznego NTM są ściśle określone. Wiadomo także, które postaci NTM wymagają leczenia farmakologicznego. Nie można zatem twierdzić, że leczenie chirurgiczne może zastąpić leczenie farmakologiczne. Operacyjnie nie można leczyć, np. nadaktywności pęcherza (overactive bladder). Z kolei w przypadku ciężkiej postaci wysiłkowego NTM nie można uzyskać poprawy dzięki stosowaniu nawet najnowszych leków. U niektórych chorych istnieje natomiast potrzeba leczenia farmakologicznego jako uzupełnienie leczenia operacyjnego. Niestety, leczenie farmakologiczne nadaktywności mięśnia wypieracza pęcherza (detru-

sor overactivity) jest kosztowne, a jego skuteczność bywa ograniczona. Niemniej, niektóre leki należałoby wprowadzić na listę leków refundowanych. Decyzje w tej kwestii powinna podjąć nowo powołana Agencja Oceny Technologii Medycznych (AOTM). Nie można jednak zapominać, że istnieją również inne metody leczenia zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych - są nimi odpowiednio ćwiczenia mięśni dna miednicy oraz ćwiczenia wpływające na sposób oddawania moczu (np. biofeedback), a także pewne formy fizykoterapii. Niestety, leczenie czynnościowe nadal nie jest wystarczająco doceniane przez lekarzy zajmujących się NTM. Wprowadzenie preparatów wykorzystywanych do leczenia nadaktywności pęcherza do listy leków refundowanych musi nastąpić w wyniku decyzji podjętych świadomie przez AOTM na podstawie opinii specjalistów-urologów, po uwzględnieniu obiektywnie udokumentowanych danych (EBM - Evidence Based Medicine). Byłbym ostrożny z szerokim wdrażaniem tych leków, ponieważ u wielu chorych nie są one skuteczne. W przypadku wpisania niektórych specyfików do listy leków refundowanych, trzeba będzie opracować system zapobiegający ich nadużywaniu. Nie można ich bowiem traktować jako panaceum w każdym przypadku NTM.

- Jaka zatem jest Pańska ocena refundacji wszelkich możliwych metod leczenia NTM?

- Leczenie chirurgiczne NTM jest i nadal powinno być refundowane. Nad refundacją leczenia farmakologicznego trzeba się głęboko zastanowić, aby uniknąć decyzji chybionych. Niemniej, problem refundowania kosztownego leczenia farmakologicznego znajduje się - mniemam - na peryferiach zainteresowania resortu zdrowia, ponieważ NTM nie zagraża życiu. Jednak nadal trzeba uświadamiać decydentom, że dolegliwość ta przyczynia się do znacznego upośledzenia jakości życia i u wielu chorych bywa powodem ograniczenia zdolności do pracy i normalnego funkcjonowania. Decyzje w sprawie rozszerzenia listy leków refundowanych o leki służące leczeniu szczególnych postaci NTM nie leżą po stronie lekarzy lecz polityków.

- W zeszłym roku Sejmowa Komisja



Istnieje potrzeba długofalowego programu dla lekarzy rodzinnych w zakresie wiedzy na temat NTM. PTU jest w stanie stworzyć forum edukacyjne dla lekarzy rodzinnych, którego adresatami mogą być również urolodzy. Lekarze obydwu specjalności powinni być świadomi, że NTM należy i można skutecznie leczyć.

Zdrowia poświęciła jedno ze swych wiosennych posiedzeń problemowi NTM. Posłowie zobowiązali wówczas Ministerstwo Zdrowia do przygotowania raportu, w którym resort miał złożyć propozycje zmian związanych z leczeniem i zaopatrzeniem w środki wchłaniające. Czy dotarły do Pana sygnały na temat jego powstania?

- Nic mi nie wiadomo na temat raportu, o którym Państwo wspominają. Natomiast po tym spotkaniu Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczył wystarczająco dużą sumę

pieniędzy na finansowanie leczenia NTM z użyciem hydraulicznego zwieracza cewki moczowej. Obecnie jego zastosowanie nie stanowi problemu w Polsce, aczkolwiek popularność tej metody wśród urologów nadal jest niewielka.

- Dwa lata temu Rada Naukowa Programu Prostopiecznego "NTM - Normalnie Życ" zaproponowała zmianę kryteriów chorobowych, na podstawie których wypisywane są zlecenia na refundowane środki wchłaniające, tak aby dostosować nasz kraj do standardów międzynarodowych. Projekt ten, razem z Panem, poparło 7 konsultantów krajowych, a także Naczelna Izba Lekarska, Naczelna Izba Aptekarska oraz Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. Zmian nie ma, choć zyskały poparcie wielu środowisk. Dlaczego, Pana zdaniem, rozporządzenie nie zostało do tej pory zmienione?

- Pytanie to powinno być skierowane do ministra zdrowia, który wydaje rozporządzenia. Oczywiście możemy się zastanawiać, dlaczego tak się stało. Może warto ponowić akcję informacyjną w mediach? Może sygnały o konieczności wprowadzenia zmian w rozporządzeniu były za słabe?

- Podstawowym środkiem pomocniczym dla cierpiących na NTM pozostają pieluchy i pieluchomajtki. Zgodnie z rozporządzeniem pacjent ma prawo do dwóch refundowanych pieluch dziennie. Jeśli potrzeba więcej, a na ogół tak jest, musi kupić po pełnej cenie. Ten sztywny system nie jest korzystny zarówno dla pacjenta jak i dla państwa. Dlaczego więc istnieje?

- Limit refundowanych pieluch może okazać się dla jednej osoby wystarczający, a dla innej zbyt mały. Na pewno są chorzy,

wymagający stosowania ponad czterech pieluch dziennie. Wydaje się, że wprowadzenie elastyczności stosowania środków wchłaniających poprawiłoby sytuację. Uważam, że lekarzem, który najlepiej mógłby określić liczbę pieluch niezbędnych dla konkretnego chorego, jest lekarz rodzinny. On najlepiej zna potrzeby swych podopiecznych.

- Najpierw jednak należałoby uczyć lekarzy rodzinnych na problem NTM. Część z nich bagatelizuje tę dolegliwość, część odsyła do urologa lub ginekologa. Konieczność poszerzenia wiedzy na ten temat zauważa Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej (PTMR), organizując seminaria i szkolenia lekarzy. Czy PTU współpracuje w tym zakresie z PTMR?

- Odnosząc się do pierwszego zagadnienia uważam, iż zadaniem urologa jest rozpoznanie typu NTM i zidentyfikowanie jego przyczyn oraz określenie sposobu leczenia. Jednak leczeniem zachowawczym mógłby zająć się lekarz rodzinny, pozostający w kontakcie z urologiem. Co do drugiego zagadnienia wyjaśnię, że przedstawiciele PTU chętnie uczestniczą w kongresach PTMR jako zaproszeni wykładowcy. Nie wątpię, że istnieje potrzeba długofalowego programu dla lekarzy rodzinnych w zakresie wiedzy na temat NTM. PTU jest w stanie stworzyć forum edukacyjne dla lekarzy rodzinnych, którego adresatami mogą być również urolodzy. Lekarze obydwu specjalności powinni być świadomi, że NTM należy i można skutecznie leczyć. Skuteczność chirurgicznego leczenia jatrogennego nietrzymania moczu, np. po prostatektomii radykalnej, jest bardzo duża, zwłaszcza z użyciem hydraulicznego zwieracza cewki moczowej. Nie ma żadnego powodu, aby mężczyznom dotkniętym NTM zapewniać jedynie zaopatrzenie w pieluchy!

- Czy pacjenci lub ich organizacje szukają pomocy w Polskim Towarzystwie Urologicznym?

- Mamy dobre kontakty ze Stowarzyszeniem „Gladiator” Jest to stowarzyszenie mężczyzn dotkniętych chorobami gruczołu krokowego. Część z nich cierpi również na NTM. „Gladiator” sam zwrócił się do nas z propozycją współpracy. Podjęliśmy ją z entuzjazmem. Jeśli inne organizacje również tak uczynią, PTU chętnie będzie z nimi współpracować. Współpraca tego rodzaju jest dla nas źródłem autentycznej satysfakcji.

- Dziękujemy za rozmowę.

Zastępczy pęcherz jelitowy

dr med. Cezary Torz
Klinika Urologii, Akademia Medyczna w Warszawie

Od ponad 100 lat chirurdzy i urolodzy całego świata poszukują najbardziej doskonałej metody nadpęcherzowego odprowadzenia moczu. Próbowano wielu metod. Każda z nich jednak w mniejszym lub większym stopniu prowadziła do pogorszenia jakości życia pacjenta lub była przyczyną ciężkich zaburzeń fizjologicznych organizmu.

Druga połowa XX wieku to zdecydowany rozwój chirurgii rekonstrukcyjnej dróg moczowych. Dzięki postępowi technicznemu (nowej jakości szwy chirurgiczne), farmakologicznemu (rozwój antybiotykoterapii) i ogólnej wiedzy medycznej (fizjologia i patofizjologia) zaczęto coraz śmielej wykorzystywać różne fragmenty przewodu pokarmowego do operacji naprawczych dróg moczowych.

Ideą tych zabiegów było znalezienie najbardziej zbliżonego do fizjologii odprowadzenia moczu, pozwalającego na oddawanie go drogą naturalną, a jednocześnie nie upośledzającego funkcji całego organizmu. Wykorzystując proste prawa fizyczne zaczęto konstruować zastępcze pęcherza jelitowe.

Pojęciem „zastępczy pęcherz jelitowy” określono zbiornik wytworzony z dowolnego fragmentu przewodu pokarmowego i zespolonego z kikutem cewki moczowej u pacjenta po całkowitym usunięciu pęcherza moczowego. Pierwsze takie zabiegi zaczęto wykonywać w 1951 r. (Couvelair, Camey), ale dopiero lata 80 i 90-te XX. stulecia przyniosły prawdziwy postęp w technikach operacyjnych. Stało się to za sprawą badań urodynamicznych, które pozwoliły poznać biofizyczne właściwości pęcherzy zastępczych.

Niedoskonałości pierwszych pęcherzy

Operacja Cameya polegała na przyszyciu do kikuta cewki (części błoniastej) najniżej położonego środkowego fragmentu izolowanej pętli jelita cienkiego, długości ok.40 cm, i wszczepieniu moczowodów w oba końce pętli. Uzyskano bardzo zachęcające wyniki szczelności takiego zbiornika, ale jedynie w ciągu dnia. Poważną wadą było nietrzymanie moczu w nocy (ponad 80%). Było to spowodowane małą pojemnością zastępczego pęcherza, i przede wszystkim podwyższaniem

się ciśnienia wewnątrz zbiornika, podczas skurczów perystaltycznych jelita, do poziomu przewyższającego ciśnienie zamknięcia zwieracza zewnętrznego. Objaw ten nasilał się głównie w nocy, gdy ośrodkowy układ nerwowy był wyłączony. Oczywistym się stało, że pęcherze Cameya nie spełniają warunków „doskonałego zbiornika” zastępczego.

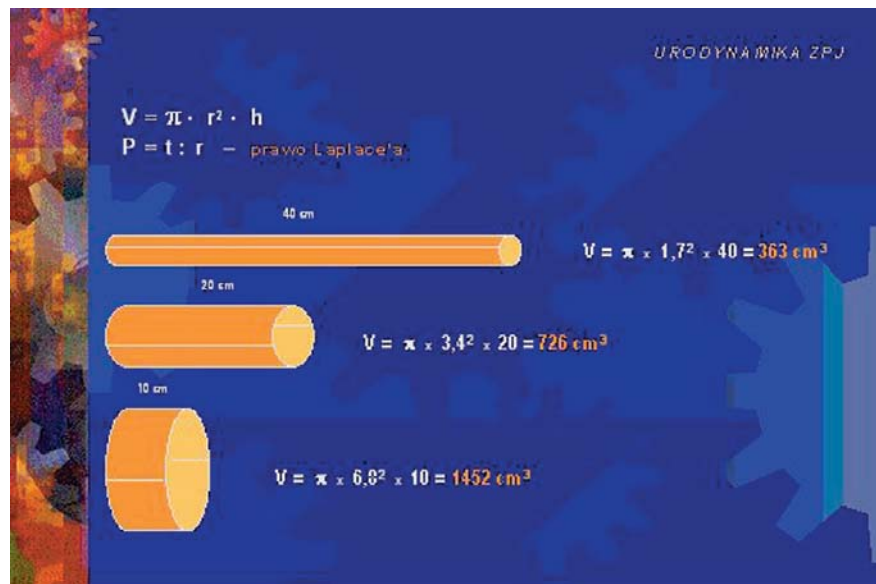
Zbiornik taki powinien być niskociśnieniowy (brak fal perystaltycznych o wysokiej amplitudzie), mieć odpowiednio wysoką podatność ścian, tzn. zapewniać dużą pojemność bez radykalnego wzrostu ciśnienia podstawowego, opróżniać się sprawnie (nie indukować zalegania) drogą naturalną i nie być przyczyną zaburzeń metabolicznych. Spełnienie wszystkich w/w warunków zapewniało pacjentowi pełne trzymanie mo-

rozciętej pętli, umożliwiało konstrukcję zbiorników o kształcie zbliżonym do sferycznego. Opierając się na prawach fizyki, mówiących m.in. że ciśnienie wewnątrz danego zbiornika jest odwrotnie proporcjonalne do jego promienia

$P(\text{ciśnienie}) = T(\text{napięcie}) / R(\text{promień})$ - prawo Laplace'a,

a objętość tego zbiornika jest wprost proporcjonalna do kwadratu jego promienia $V(\text{objętość}) \times r^2(\text{promień}) \times h(\text{wysokość, długość})$; sferyczne kształty zbiorników umożliwiły osiągnięcie niskiego ciśnienia wewnętrznego przy odpowiednio dużej pojemności - czyli spełniły podstawowy warunek umożliwiający utrzymanie przez pacjenta moczu (ryc. 1).

Dodatkową korzyścią wynikającą z zasa-



Ryc.1 Kierując się prawami fizyki, z tego samego fragmentu bryły długości 40 cm i objętości 363 cm³ po odpowiednim przecięciu i złożeniu można uzyskać bryłę o objętości 1452 cm³

czy i tym samym pełny komfort fizyczny i psychiczny. Lekarze zrozumieli, że aby spełnić te warunki należy zmienić technikę operacyjną.

Rewolucyjne znaczenie miało zastosowanie podłużnego rozcięcia izolowanej pętli jelita (tzw. detubularyzacja). Z jednej strony przerwanie ciągłości mięśniówki i unerwienia zaburzało i osłabiało w zasadniczy sposób rozchodzenie się fali perystaltycznej, z drugiej, poprzez odpowiednie złożenie

dy detubularyzacji była możliwość pobrania krótkiego fragmentu jelita do wytworzenia zbiornika o odpowiedniej pojemności. Uniknięto w ten sposób ryzyka wystąpienia powikłań malabsorpcyjnych związanych z zaburzeniami wchłaniania (zespół krótkiego jelita). Potencjalne ryzyko wystąpienia zaburzeń metabolicznych wynikających z wbudowania w drogi moczowe fragmentu przewodu pokarmowego (wchłanianie zwrotne ze zbiornika) jest

Od lekarzy rodzinnych oczekujemy czujności i skrupulatności w wykrywaniu chorób na najwcześniejszym etapie rozwoju. Czekamy też na kompetentną i wstępną diagnozę przyczyn, pierwszych wskazań dotyczących sposobu leczenia, jak również skierowania do właściwego lekarza specjalisty. Musimy jednak zdawać sobie sprawę, iż lekarze rodzinni, którzy są dla nas pierwszą instancją służby zdrowia, mają różny zasób wiedzy na temat różnych rodzajów schorzeń. Dlatego *Kwartalnik NTM* postanowił sprawdzić, co lekarze rodzinni wiedzą o nietrzymaniu moczu, jego przyczynach, grupach pacjentów szczególnie narażonych na NTM. Postanowiliśmy też zapytać, na co należy zwrócić uwagę w wywiadzie z cierpiącymi na tę dolegliwość, jakie znają metody terapii. Interesowało nas również, czy zdaniem lekarzy rodzinnych w naszym kraju publikuje się wystarczająco dużo książek medycznych i artykułów naukowych oraz czy organizuje się zadowalającą liczbę seminariów i szkoleń na temat NTM.

Spora wiedza o przyczynach NTM

Osoby z niewielkimi lub początkowymi objawami nietrzymania moczu stanowią najliczniejszą grupę. Grupa ta najczęściej jest niezdiagnozowana, gdyż sam pacjent we wstępnym okresie lekceważy zaistniałą sytuację. - Kształcimy lekarzy rodzinnych wzmagając w nich czujność, że tego typu problemy mogą występować w określonych sytuacjach chorobowych jak i fizjologicznych. Celem tej edukacji, nakierowanej na określenie przyczyn nietrzymania moczu jest fakt, że im wcześniej rozpoznana jest dolegliwość i wdrożone leczenie,

trudne do przewidzenia i powinno być rozpatrywane indywidualnie, biorąc pod uwagę wiek, stan ogólny, wydolność nerek i wątroby pacjenta).

Większość czołowych ośrodków urologicznych wybrało jelito cienkie jako materiał do konstrukcji zastępczego pęcherza. Fragment jelita (odpowiednio unaczyniony) długości około 50-60 cm pobiera się w odległości 20 cm od zastawki Bauhina z pozostawieniem ileum terminale. Jest to odcinek odpowiedzialny za wchłanianie się witaminy B12 i żaden inny fragment przewodu pokarmowego nie może go zastąpić. Należy jednak podkreślić, że nie znaleziono przekonujących argumentów przemawiających za bezwzględną słusznością takiego wyboru. Wielu autorów konstruujących pęcherze jelitowe wykorzystuje fragment jelita grubego, (a nawet żołądek, czy dwunastnicę) z równie dobrym skutkiem czynnościowym.

RAPORT KWARTALNIKA NTM

Co lekarze rodzinni wiedzą o NTM?

Marcin Sitek

tym efekty terapii są lepsze i szybsze - mówi prof. Andrzej Steciwko, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej.

Z naszego sondażu wynika, że lekarze z Warszawy podają najpełniejszy katalog źródeł NTM. - Nietrzymanie moczu może być pochodną schorzeń neurologicznych” - mówi Grażyna Wańkowicz, lekarz rodzinny z Poradni Medycyny Rodzinnej w Warszawie przy ul. Klauzyny, wymieniając chorobę Parkinsona, stwardnienie rozsiane i chorobę Alzheimera. “Może też wynikać ze schorzeń nefrologicznych” - i dodaje infekcje dróg moczowych, pęcherz nadreaktywny, menopauzę u kobiet. O wielu przyczynach mówi też część lekarzy spoza Warszawy. - Geneza nietrzymania moczu ma podłoże neurogenne lub anatomiczne. Neurogenne najczęściej są skutkiem urazów lub w wyniku wystąpienia nowotworów i guzów. Z kolei anatomiczne to głównie zmniejszenie napięcia mięśniowego u kobiet, które urodziły wiele dzieci oraz u starszych osób - stwierdza Adam Klimczak z Przychodni Rejonowej nr 2 w Piasecznie.

Wiedza lekarzy z małych miejscowości na temat źródeł NTM wydaje się skromniejsza. Przemysław Ciecierski z Przychodni Rejonowej w Garwolinie wie, że przyczyn tych jest kilkanaście, ale z pamięci wymienia jedynie dysfunkcję mięśniową, złasz-

cza u młodych osób i menopauzę u kobiet.

- Jest to częsty problem u kobiet po częstych porodach i w wieku menopauzalnym, zdarza się też u pacjentów po urazach fizycznych - mówi Włodzimierz Kaleciak z Przychodni Rejonowej w Nowym Dworze Mazowieckim. Natomiast Adam Kowalski z Przychodni Rejonowej w Pruszkowie mówi tylko, że NTM jest spowodowane zmniejszeniem napięcia mięśni i nerwicami.

Grupy zagrożenia

- Wiedza lekarzy rodzinnych na temat grup pacjentów zagrożonych nietrzymaniem moczu jest konieczna, ponieważ w wielu wypadkach lekarze czy pielęgniarki powinni sami podczas rozmów z chorymi z grup ryzyka inicjować rozmowę na ten temat, aby ośmielić ich do wyrażania swoich dolegliwości - podkreśla prof. Steciwko. W praktyce stosunkowo wielu lekarzy wie dużo lub wręcz wszystko o tym, jak pacjentów należy zbadać pod kątem NTM. - Na nietrzymanie moczu cierpią głównie kobiety, zwłaszcza wieloródki i w wieku menopauzy, ludzie z dysfunkcją i chorobami rdzenia kręgowego, osoby po wypadkach komunikacyjnych - mówi doktor Kaleciak. Większość jednak uważa, że problem NTM dotyczy przede wszystkim lub wyłącznie kobiet przechodzących menopauzę. ▶

Dla kogo pęcherz zastępczy?

Wskazania do wytworzenia zastępczego pęcherza jelitowego ma w zasadzie każdy pacjent wymagający nadpęcherzowego odprowadzenia moczu po operacji usunięcia pęcherza moczowego. Wskazania te są jednak w jakimś stopniu ograniczone, przede wszystkim zaawansowaniem onkologicznym choroby, umiejscowieniem nowotworu jak też wiekiem i stanem ogólnym pacjenta. Nie powinno się kwalifikować do tego typu operacji pacjentów z guzem naciekającym poza pęcherz moczowy, z guzem umiejscowionym w cewce moczowej, pacjentów z upośledzoną czynnością nerek i wątroby, pacjentów po operacjach nawrotowych zwężenia cewki, czy też pacjentów z zaburzeniami neurologicznymi upośledzającymi czynność zwieracza zewnętrznego. Liczni autorzy zgodnie orzekli, że nie tyle zaawansowany wiek pacjenta jest ważny, ile je-

go stan biologiczny. Osłabienie mięśni dna miednicy i krocza ma zdecydowanie negatywny wpływ na funkcje pęcherza jelitowego - prawidłowe trzymanie moczu i sprawne jego wydalanie.

Często podkreśla się fakt, że proste, ale dobrze funkcjonujące odprowadzenie moczu typu przetoka jelitowo-skórna (Bricker), jest dla starszego wiekiem, fizycznie mniej sprawnego pacjenta korzystniejszym rozwiązaniem aniżeli źle trzymający moc, niekompletnie opróżniający się zastępczy pęcherz jelitowy.

Zastępczy pęcherz jelitowy okazuje się na pewno doskonałą (lub najbardziej zbliżoną do doskonałej) alternatywą nadpęcherzowego odprowadzenia moczu. Jednakże przed podjęciem decyzji o jego zastosowaniu należy wziąć pod uwagę nie tylko aspekty nowoczesnej chirurgii rekonstrukcyjnej, ale przede wszystkim dobro operowanego pacjenta. ■

► O co pytać pacjenta

Prof. Steciwko podkreśla, że dobrze przeprowadzony wywiad jest podstawą wstępnej diagnozy NTM. Odpowiednio wyszkolony i przygotowany lekarz wie o co zapytać i w ten sposób wstępnie diagnozuje sytuację, a jednocześnie zaleca badania, celem których jest sprecyzowanie przyczyny nietrzymania moczu. Charakterystyczne, że tylko jeden lekarz, z którym rozmawiał *Kwartalnik NTM*, podał elementy postępowania wstępnego służącego diagnozie NTM, opracowanego przez International Consultation on Incontinence w 2001 roku (Międzynarodowe Konsultacje Nietrzymania Moczu) - Lekarz powinien ustalić, czy pacjent popuszcza mocz w czasie wysiłku, kichania, śmiania się, czy nietrzymanie moczu występuje u niego stałe czy okresowe - mówi Grażyna Wańkiewicz - warto też zebrać ogólny wywiad internistyczny. Należy jednak podkreślić, że jest to wiedza lekarza ze specjalistycznej poradni rodzinnej w dużym mieście. Koledzy pani doktor z mniejszych ośrodków, ale również niektórzy z Warszawy, wykazują mniejsze kompetencje w przeprowadzaniu wywiadu. - Wywiad trzeba skierować na znalezienie przyczyny, przede wszystkim na szukanie nowotworów i guzów” - podkreśla Adam Klimczak. Doktor Przemysław Ciecierski określa to w taki sposób: „W 60 - 70 proc. wiem jak przeprowadzać wywiad w sprawie nietrzymania moczu, ale żaden lekarz nie wie tego w 100 proc.“ Część lekarzy rodzinnych nie widzi w ogóle potrzeby swego udziału w diagnozie NTM. „Lekarz rodzinny nie może za pomocą wywiadu z pacjentem dokładnie określić przyczyn nietrzymania moczu. To można zrobić tylko przeprowadzając specjalistyczne badania” - mówi dr Lucyna Będkowska z Przychodni Rodzinnej w Warszawie przy ul. Mokotowskiej. Podkreśla, że lekarze rodzinni w razie jakichkolwiek podejrzeń o NTM powinni kierować pacjenta do specjalisty - urologa. - Lekarze rodzinni mogą zlecać tylko podstawowe badania, które niekiedy nie prowadzą do wykrycia przyczyn nietrzymania moczu - uważa Adam Kowalski.

Jak leczyć?

-Musimy sobie zdawać sprawę, że około 80 procent chorych na nietrzymanie moczu może być zdiagnozowana i leczona przez lekarza rodzinnego, internistę czy pediatrę. Dlatego PTMR szczegółowo prezentuje możliwości terapeutyczne będące w kompetencji lekarza rodzinnego - mówi prof. Steciwko. Jednocześnie prezes PTMR akcentuje, że w przypadkach, które sprawiają

lekarzowi problemy diagnostyczne i terapeutyczne powinien odesłać swoich podopiecznych przynajmniej na badania diagnostyczne czy terapię do specjalistów. Dokładnie przeciwnego zdania jest dr Będkowska. - Lekarz rodzinny nie ma kompetencji do leczenia, a nawet do dokładniejszego diagnozowania przyczyn nietrzymania moczu - ocenia.

- Większość lekarzy rodzinnych zna kilka podstawowych metod leczenia NTM. - W przypadku nowotworu lub guza konieczne jest oczywiście jego usunięcie. Natomiast jeśli mamy do czynienia z przyczynami neurogennymi, zalecam ćwiczenia - mówi dr Adam Klimczak. Jednak doktor Kaleciak wymienia jako główny sposób leczenia operację chirurgiczną. Z kolei doktor Wańkiewicz dodaje do ćwiczeń i zabiegu chirurgicznego leczenie farmakologiczne. - Niestety, leki specjalistyczne nie są refundowane, więc w naszej przychodni nie wypisujemy ich, z wyjątkiem leków przeciwdepresyjnych - zaznacza.

Za mało źródeł wiedzy

-Nasze Towarzystwo już od pięciu lat prowadzi bardzo intensywną akcję szkoleniową wśród lekarzy rodzinnych. Organizujemy jednodniowe, ogólnopolskie sympozja poświęcone tematyce nietrzymania moczu, tak aby wiedza dotycząca jego diagnozowania i leczenia dotarła do wszystkich - mówi prof. Steciwko. Od 2000 r. odbyły się dwa kongresy i pięć zjazdów PTMR, podczas których w istotny sposób poruszano problem tej dolegliwości. - Publikujemy liczne artykuły na temat różnych aspektów nietrzymania moczu. Wydaliśmy podręcznik opracowany przez znakomitych autorów, zawierający wyłącznie tematy z nim związane.

Obecnie w przygotowaniu jest kolejna książka poruszająca te problematykę - dodaje profesor. - Nie ma problemów z materiałami szkoleniowymi, szkoleniami, seminariami dotyczącymi nietrzymania moczu - uważa Będkowska. Jednak jest ona odosobniona w opinii o dostępności wiedzy na temat NTM dla lekarzy rodzinnych. Brak źródeł tej wiedzy odczuwają szczególnie lekarze rodzinni z mniejszych miejscowości. - Organizowanych jest zbyt mało szkoleń, zwłaszcza bezpłatnych. Młodzi lekarze mogą poszerzać swą wiedzę właściwie tylko metodą samokształcenia - stwierdza Adam Kowalski z przychodni w Pruszkowie. Podobnego zdania jest doktor Kaleciak. - Na pewno przydałoby się więcej materiałów o nietrzymaniu moczu specjalnie dla lekarzy rodzinnych. Natomiast urologi i ginekologowie mają takich materiałów wystarczająco dużo. Jeśli szuka się źródeł o nietrzymaniu moczu, to można je znaleźć, ale mimo wszystko nie ma ich wiele - przyznaje Adam Klimczak z Piaseczna. Nawet Grażyna Wańkiewicz z Warszawy uznaje, że materiałów drukowanych jest niewiele, ale uważa, że wraz ze wzrostem świadomości pacjentów z NTM będą oni częściej zgłaszać się z tym schorzeniem do lekarzy rodzinnych i w ten sposób wymuszą częstszą organizację szkoleń i wydawanie publikacji dla lekarzy.

Komentując sondaż, wydaje się, że różnice w zakresie wiedzy o NTM wynikają przede wszystkim z dostępności do fachowej literatury i szkoleń na ten temat. O to łatwiej w dużych miastach. Lepsze rozeznanie mają też lekarze pracujący w specjalistycznych przychodniach rodzinnych.



Diagnostyka i leczenie NTM w warunkach POZ

lek. Bartosz Dybowski

asystent w Katedrze i Klinice Urologii Akademii Medycznej w Warszawie

Nietrzymanie moczu (NTM) jest objawem, który może występować w pewnych sytuacjach u wszystkich ludzi. Wybór metody leczenia nietrzymania moczu zależy od jego typu oraz nasilenia dolegliwości. Podporządkowana jest temu diagnostyka, w której kluczowe znaczenie odgrywa wywiad.

Pierwsze pytanie zadawane zwykle kobiecie z NTM dotyczy okoliczności, w jakich następuje wyciek moczu, np. w przypadku wysiłkowego NTM występuje popuszczanie moczu w czasie kaszlu, kichania, podnoszenia ciężkich przedmiotów. Pytanie o stosowanie środków wchłaniających znacznie ułatwia ocenę nasilenia NTM. Należy jednak pytać nie tylko ile, ale również co kobieta stosuje. Jeśli pacjentka twierdzi, że sporadycznie, przy dużym wysiłku zdarza jej się popuścić trochę moczu i nie stosuje na stałe żadnych zabezpieczeń, nie ma potrzeby kierować jej do specjalisty, a tym bardziej wykonywać specjalistycznych i inwazyjnych badań.

Nagłące NTM objawia się obecnością parć nagłących, czyli gwałtownie narastającej potrzeby oddania moczu. Parciem towarzyszy zwykle częstomocz dzienny i nocny i o to trzeba pytać. Zespół tych objawów, przy braku ewidentnej patologii w obrębie dróg moczowych, określamy mianem pęcherza nadreaktywnego. O pęcherzu nadreaktywnym możemy mówić jednak dopiero, gdy wykluczymy zakażenie układu moczowego, kamicę moczową, guz pęcherza moczowego i przeszkodę podpęcherzową.

Nietrzymanie moczu z przepełnienia, to sytuacja gdy pęcherz moczowy jest przepełniony i rozciągnięty maksymalnie wypieracz nie jest w stanie się skurczyć. Do wycieku moczu dochodzi co kilkanaście - kilkadziesiąt minut, w momencie, gdy ciśnienie w pęcherzu przewyższa ciśnienie w cewce moczowej. Wyciek ustępuje zwykle po wypłynięciu kilkudziesięciu mililitrów moczu. Pęcherz pozostaje jednak nadal pełny. Charakterystyczny w tym stanie jest brak uczucia parcia na moc. Do takiej sytuacji może dojść w wyniku stopniowo narastającej przeszkody podpęcherzowej lub w wyniku znieczulenia przewodowego i braku kontroli wypełnienia pęcherza w okresie pooperacyjnym. Do rozpoznania wystarczy zwykle przyłożenie ręki nad spojeniem łonowym, gdzie wyczuwa się niebolesny opór odpowiadający powiększonemu pęcherzowi. Rozpoznanie można potwierdzić badaniem USG. Obecność przetoki moczowej, zwykle przetoki pęcherzowo-

pochwowej, można podejrzewać w przypadku stałego wycieku moczu w dzień i w nocy po operacji w obrębie dróg rodnych lub po radioterapii w obrębie miednicy.

Oprócz okoliczności wycieku moczu i nasilenia dolegliwości w wywiadzie należy pytać o przeszłość położniczo-ginekologiczną, choroby neurologiczne, w tym o cukrzycę jako przyczynę polineuropatii obwodowej, operacje w obrębie miednicy, zażywane leki, nawyki związane ze spożywaniem płynów oraz aktywność fizyczną. Dane te nie zawsze są przydatne w ustalaniu metody leczenia. Czasem jednak modyfikacja pory przyjmowania płynów i zastąpienie diuretyków innymi lekami w leczeniu nadciśnienia pozwala zmniejszyć nasilenie częstomoczu dziennego i nokturii. Zmniejszenia nasilenia WNM można również spodziewać się u otyłych kobiet, wykonujących regularnie duży wysiłek statyczny po zmniejszeniu masy ciała i ograniczeniu lub zmianie charakteru wysiłku. Jeśli nie jesteśmy w stanie uzyskać jednoznacznych odpowiedzi i nie potrafimy rozstrzygnąć z jakim typem i jakim nasileniem nietrzymania moczu mamy do czynienia, powinniśmy zalecić prowadzenie notatek na temat czynności dolnych dróg moczowych: godziny i objętości przyjmowanych oraz wydalanych płynów, godziny wystąpienia parcia nagłącego, popuszczenia moczu, liczby zużytych podpasek. Zapiski powinny być prowadzone przez 2-3 dni.

Kobietę z nietrzymaniem moczu należy zbadać w pozycji ginekologicznej z wypełnionym pęcherzem. Celem jest ocena słuźówki pochwy, statyki narządu rodowego oraz wykonanie próby kaszlowej. Dodatni wynik próby kaszlowej (wyciek moczu z cewki) stanowi potwierdzenie obecności wysiłkowego NTM. Obniżenie narządu rodowego często współlistnieje z wysiłkowe NTM, ponieważ etiologia obu schorzeń jest podobna. Wypadanie przedniej ściany pochwy może jednak maskować wysiłkowe NTM, może też być przyczyną przeszkody podpęcherzowej i rozwijającej się wtórnie nadreaktywności pęcherza, z nagłym NTM włącznie.

Spośród badań dodatkowych konieczne jest wykonanie badania cęgłnego moczu, USG jamy brzusznej z oceną górnych dróg moczowych oraz zalegania moczu po mikcji, u osób starszych cytologii osadu moczu w celu wykluczenia niewidocznego w USG raka rozwijającego się śródnabłonkowo (carcinoma in situ).

Wydaje się, że również w każdym przypadku występowania nietrzymania moczu lub objawów pęcherza nadreaktywnego u osoby poniżej 40 roku życia bez związku czasowego z porodem bezpieczniejsze jest skierować kobietę do specjalisty. Również znaczne nasilenie WNM będzie wskazaniem do przekazania pacjentki pod opiekę specjalisty, ponieważ postępowanie zachowawcze w takiej sytuacji jest zazwyczaj nieskuteczne.

Kiedy do specjalisty

Po przeprowadzeniu diagnostyki czas na decyzję, kto ma rozpocząć leczenie. Zgodnie z zaleceniami International Consultation on Incontinence (2001) do specjalisty należy skierować kobietę z nietrzymaniem moczu w przypadku:

- nawrotu nietrzymania moczu
- nieskutecznego leczenia zachowawczego
- zalegania moczu po mikcji
- znacznego obniżenia narządu rodowego
- guza miednicy
- nietrzymania moczu współlistniejącego z: krwimoczem, bólem, objawami przeszkody podpęcherzowej
- po rtg terapii w obrębie miednicy
- po operacji w obrębie miednicy
- podejrzeniem przetoki moczowej.

Podstawowa terapia

Leczenie zachowawcze wysiłkowego nietrzymania moczu można stosować w przypadku I i II stopnia nasilenia. Wszystkie metody mają za zadanie wzmocnienie mięśni krocza. Zalecane jest regularne stosowanie ćwiczeń Kegla lub stożków dopochwowych. Mniej dostępnymi metodami są elektrostymulacja przezpochwową i stymulacja polem elektromagnetycznym. Efekt terapeutyczny mija po ich zaprzestaniu. Najczęstszymi przyczynami nieskuteczności jest nieprawidłowe wykonywanie skurczów (naśnianie pośladków, brzucha, ud zamiast mięśni krocza) i nieregularne wykonywanie ćwiczeń. W czasie badania przez pochwę lekarz powinien ocenić, czy kobieta kurczy właściwe mięśnie oraz określić ich siłę. Zastosowanie stożków dopochwowych ułatwia ćwiczenie mięśni, ponieważ wysuwający się z pochwy stożek odruchowo po-

cd na stronie 10

Prolift na tle innych metod naprawy obniżenia i wypadania narządu rodowego i odbytnicy (POP)

dr med. Piotr Dobroński, Katedra i Klinika Urologii AM w Warszawie

Zaburzenia statyki dna miednicy stanowią częsty problem kobiet po 50 roku życia. Prowadzą do nietrzymania moczu, obniżenia i wypadania narządu rodowego (ang. pelvic organ prolapse, POP) i wypadania odbytnicy. Według danych z USA ryzyko wystąpienia POP lub nietrzymania moczu w ciągu życia kobiety wynosi około 11 procent. W USA wykonuje się 200 tys. operacji POP rocznie (1).

Za najważniejsze przyczyny POP i nietrzymania moczu uważa się uszkodzenie tkanki łącznej, mięśni i nerwów dna miednicy oraz pochwy w wyniku przebytej ciąży i porodu i postępującym z wiekiem zaburzeniem ilości oraz struktury najważniejszego białka podporowego tkanki łącznej - kolagenu. Naprawa powstałego defektu z użyciem wyłącznie tkanek pacjentki zastanych w miejscu operowanym teoretycznie wiąże się z ryzykiem nawrotu POP na skutek postępującego pogorszenia jakości tkanki łącznej. W praktyce rzeczywistym problemem pozostają częste nawroty, szczególnie w naprawie kompartmentu przedniego. Dotyczy to klasycznych napraw np. kolpoplastyk przednich (nawroty cystocele 6-9% , nietrzymania moczu do 30-40%), kolpoperineoplastyki, podwieszeń do więzadeł kolcowo-krzyżowych (3-15%), kolpoplastyki Burcha laparoskopowej (do 36%) i otwartej (do 31%). Nawroty są rzadsze w przypadkach zarówno przezbrzusznym jak i przezpochwowych operacji POP kompartmentu tylnego np. otwartej kolpopeksji krzyżowej (1-2% w okresie obserwacji do 20 lat). Ze zrozumiałych względów najmniejszy odsetek nawrotów (0-1%) obserwuje się po wycięciu lub zaszczeniu pochwy (operacja Le Fort).

Ze względu na częste nawroty w chirurgii dna miednicy zaczęto stosować biomateriały naturalne i syntetyczne. O ile w operacjach

wysiłkowego nietrzymania moczu sprawdzili się wszystkie typy biomateriałów (powięź autologiczna, w mniejszym stopniu powięź allogeniczna, materiały ksenogeniczne i niektóre siatki syntetyczne), o tyle w naprawie POP sytuacja wygląda inaczej. Zastosowanie naturalnych materiałów allogennych - powięzi i skóry nie zdało egzaminu. W leczeniu cystocele z użyciem Tutoplast (powięź sze-roka) z jednoczasowym slingiem stwierdzono nawrót POP u 23 procent chorych po roku (4). W przypadku kolpopeksji krzyżowej z zastosowaniem powięzi liofilizowanej z banku tkanek odnotowano 43 procent niepowodzeń po roku i aż 87 procent po 17 miesiącach (5). Zawiodła także allogenna skóra. Stosując jej preparat, Alloderm, po 18 miesiącach obserwowano w dwóch badaniach 44 i 56 procent nawrotów po operacji cystocele i 13 procent nawrotów rectocele (12,13).

Trwają badania nad materiałami ksenogenicznymi w naprawie POP. Stosuje się bezkomórkową skórę świnią (Pelvicol) i znacznie rzadziej błonę podśluzową jelita świni (SIS). Wstępne doniesienia są zachęcające ze względu na wysoką skuteczność i niskie odsetki erozji. W jednym z badań, z zastosowaniem Pelvicol, obserwowano 13 procent nawrotów w leczeniu cystocele i 6 procent w leczeniu wypadania kikuta pochwy/rectocele oraz jeden przypadek erozji po naprawie cystocele skutecznie leczonej zachowawczo (14). W 3 innych badaniach odsetki nawrotów cystocele z użyciem Pelvicolu wynosiły od 8 do 13 procent po 8-12 miesiącach (ICS 2003, abstr. 533,539,543). Wydaje się więc, że ze względu na skuteczność, najlepszym materiałem okazały się siatki syntetyczne.

W naprawie cystocele najpoważniejszym problemem związanym ze stosowaniem ma-



Metodę Prolift i technikę TVM przedstawił prof. Henri Clavé w II Katedrze i Klinice Położnictwa i Ginekologii AM w Warszawie

teriału syntetycznego jest erozja. W przypadkach goretextu, marlexu i dakronu odsetek erozji sięgał od 19 do 30 procent po 2-3 latach od operacji (10,11). Najlepsze wyniki uzyskano stosując siatki polipropylenowe. Po 2-3 letniej obserwacji w kilku dużych badaniach obserwowano od 0 do 13 procent nawrotów i od 0 do 8,5 procent erozji (6-9). W przypadku kolpopeksji krzyżowej erozja znacznie rzadziej występuje i w zależności od stosowanego materiału wynosi od 0 dla powięzi do 5,5 procent dla teflonu (prolene 0,5%). Operację tę cechuje wysoka skuteczność (85-99%) (2,3).

Prolift w Polsce

Poszukując nowej minimalnie inwazyjnej i skutecznej techniki naprawy POP grupa francuskich lekarzy z 8 ośrodków akademicko-

cd. ze strony 9

budza mięśnie przepony moczowo-płciowej do skurczu. W przypadku braku efektu postępowania zachowawczego i znacznego obniżenia jakości życia w wyniku wysiłkowego NTM należy skierować chorą do ośrodka specjalistycznego w celu rozważenia leczenia zabiegowego. W farmakoterapii wysiłkowego NTM najskuteczniejszym lekiem jest chlorowodorek duloksetyny. Powoduje on zwiększenie napięcia zwieracza zeknętrznej cewki moczowej. Lek jest

zarejestrowany w wielu krajach UE ale nie w Polsce.

W przypadku naglącego nietrzymania moczu, podstawą terapii jest stosowanie preparatów cholinolitycznych. Obecnie na rynku dostępne są oksybutynina, tolterodyna i solifenacyna. Leków tych nie wolno stosować m.in. u chorych z jaskrą zamkniętego kąta przesączania, z ciężkimi zaburzeniami czynności przewodu pokarmowego, z zespołem suchego oka, nasiloną astmą oskrzelową i zaburzeniami rytmu serca. Inną formą leczenia pęcherza nadreaktyw-

nego jest trening pęcherza moczowego. Polega na regularnym oddawaniu moczu w ściśle określonych i stopniowo wydłużanych odstępach czasu. W przypadku wystąpienia parcia na mocz należy starać się przeczeć skurcz pęcherza moczowego. Postępowanie takie może przynieść znaczną poprawę subiektywną.

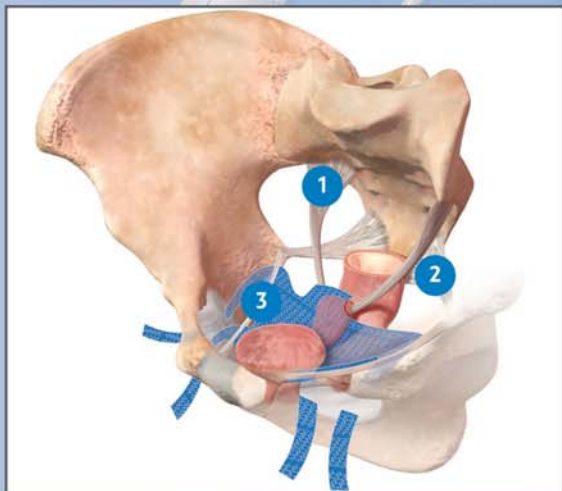
Na zakończenie należy podkreślić, że zdecydowaną większość pacjentek z dolegliwościami o miernym lub umiarkowanym nasileniu mogą diagnozować i leczyć lekarze podstawowej opieki.

Gynecare PROLIFT*

Systemy rekonstrukcji dna miednicy

Optymalna technika umożliwiająca dostęp do kluczowych punktów anatomicznych

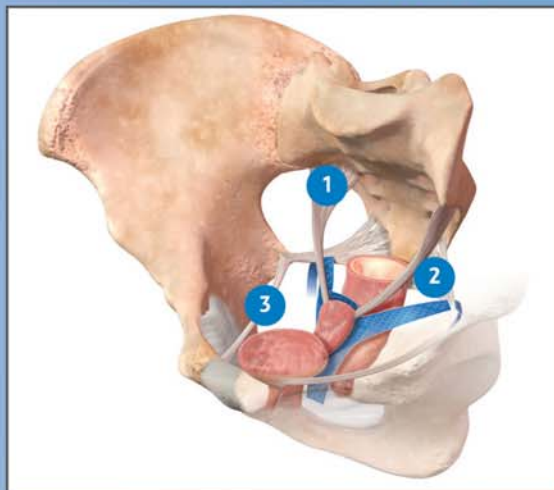
Położenie siatki do rekonstrukcji przedniej



Dwa pasy siatki umieszczone są - poprzez otwór zasłonowy - na łuku ścięgnistym powięzi miednicy

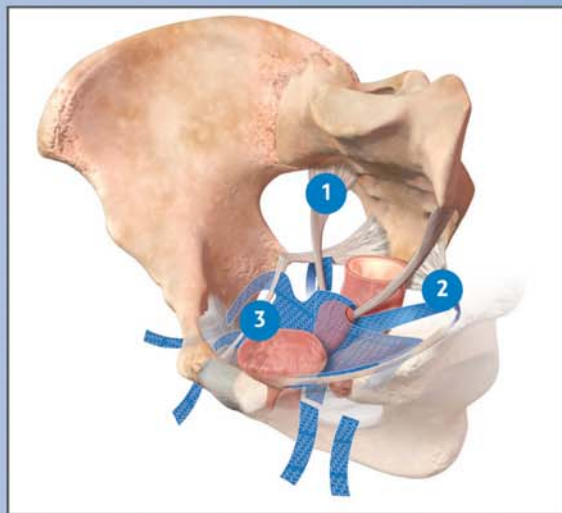
- 1 Więzadło krzyżowo-maciczne
- 2 Więzadło krzyżowo-kolcowe
- 3 łuk ścięgnisty powięzi miedniczej

Położenie siatki do rekonstrukcji tylnej



Jeden pas siatki przeprowadzony został przez więzadło krzyżowo-kolcowe

Położenie siatki do rekonstrukcji całkowitej



Połączenie elementów rekonstrukcji przedniej i tylnej

Innowacyjny kształt wszczepianej siatki oraz jej rozmiar zapewniają optymalne pokrycie ubytku

WSKAZANIA: Zastosowanie systemów całkowitej, przedniej i tylnej rekonstrukcji dna miednicy GYNECARE PROLIFT wskazane jest w przypadku operacyjnego leczenia obniżenia i wypadania narządów rodnych, do wzmocnienia i długotrwałej stabilizacji struktur powięziowych dna miednicy oraz w przypadku leczenia innych ubytków powięziowych, jako mechaniczna podpora i mostowanie. **PRZECIWWSKAZANIA:** W przypadku zastosowania siatki GYNEMESH PS u dzieci, kobiet w ciąży lub kobiet planujących ciążę chirurg musi być świadomy, że materiał ten nie będzie w sposób istotny rozciągał się w trakcie wzrostu pacjenta. **DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE:** Możliwe działania niepożądane są typowe dla chirurgicznie wszczepianych materiałów, włącznie z możliwością wystąpienia infekcji, reakcji zapalnej, zrostów, przetoki, nadżerki, odrzucenia i bliznowacenia na skutek kurczenia się implantu. W trakcie przechodzenia prowadnicy GYNECARE PROLIFT może dojść do przedziurawienia lub rozdarcia naczyń, nerwów, pęcherza, cewki moczowej lub jelita, co może wymagać interwencji chirurgicznej. **UWAGA:** Niestosowanie się do instrukcji oraz nieprzestrzeganie uwag i ostrzeżeń może prowadzić do poważnego urazu pacjenta. **Dodatkowe informacje o produkcie znajdują się w ulotce dołączonej do opakowania.** Zalecane i dostępne są szkolenia w zakresie zastosowania systemów rekonstrukcji dna miednicy GYNECARE PROLIFT. W celu zorganizowania takiego szkolenia należy skontaktować się z lokalnym przedstawicielem firmy. Aby uzyskać więcej informacji na temat zabiegu z GYNECARE PROLIFT należy zapoznać się z zalecaną techniką operacyjną systemów do rekonstrukcji dna miednicy GYNECARE PROLIFT

JOHNSON & JOHNSON Poland Sp.z o.o., ul. Szyszkowa 20, 02-285 Warszawa, tel.022 668 00 64, fax.022 668 00 55, www.Gynecare.com

*Znak handlowy

kich i prywatnych wypracowała metodę Prolift i technikę TVM (ang. transvaginal mesh). Wyniki działań tej grupy przedstawił jej inicjator, prof. Henri Clavé z Kliniki Świętego Jerzego w Nicei. Operacje pokazowe i prezentacja miały miejsce 20 kwietnia 2006 roku w II Katedrze i Klinice Położnictwa i Ginekologii Akademii Medycznej w Warszawie kierowanej przez prof. Krzysztofa Czajkowskiego.

Jako minimalnie inwazyjny i o najkrótszej rekonwalescencji zastosowano dostęp przezpochwowy. Dostęp przezbrzuszny (otwarty) jest bardziej inwazyjny, natomiast laparoskopowy łączy minimalną inwazyjność operacji pochwowych z dobrymi wynikami operacji brzusznych (np. kolpopeksji krzyżowej), ale są to trudne operacje o długiej krzywej uczenia. Francuzi wzięli pod uwagę aspekt nawrotów klasycznych operacji (29% do 40%) w tym 60 procent w miejscu operowanym i 30 procent w innym miejscu. W rozważaniach nad skutecznością leczenia operacyjnego POP potraktowali POP analogicznie do przepuklin brzusznych. Z kolei analiza wyników dużych badań i metaanaliza 58 badań klinicznych wykazały, że nawroty w przypadkach przepuklin pierwotnych i nawrotowych operowanych bez użycia siatek są ponad 2 razy częstsze niż z użyciem siatek. Zastosowano dużą, luźną, miękką, przycinaną laserem monofilamentową makroporową siatkę polipropylenową, czyli według obecnego stanu wiedzy najlepszy biomateriał syntetyczny. Umożliwia on wrastanie tkanek biorcy, w tym rewaskularyzację i wnikanie makrofaagów i fibroblastów.

W oparciu o badania anatomiczne na zwłokach opracowano oryginalną technikę implantacji z zastosowaniem jednego rodzaju igły/prowadnika i koszulki. Zasady implantacji opierają się na dość rozległym preparowaniu w celu uzyskania dużej ilości miejsca na dużą siatkę i zapobiegnięcie jej fałdowaniu, implantacja siatki bez napięcia i bez mocowania szwami (poza okolicą szyjki macicy). Unika się histerektomii a także wycinania nadmiaru ściany pochwy.

Prof. Clavé zaprezentował wyniki analizy retrospektywnej u oryginalnej wielośrodkowej grupie 684 pacjentek (średni wiek 63,8 lat) z Francji, operowanych w latach 2002-2004. Wskazania do zastosowania Prolift to POP wysokiego stopnia (stopień IV wyższe wg ICS) i nawrotowy POP. System Prolift stwarza możliwość naprawy przedniej i/lub tylnej, a także totalnej (po histerektomii). Uprzednią histerektomię w operowanej grupie przeżyło 24,3 procent, jednocześnie natomiast 50,3 procent. Nawrotowe POP lub wysiłkowe NTM operowano u 27,8 procent a jednocześnie z naprawą POP leczenie wysiłkowe NTM zastosowano u 40, 9 procent pacjentek.

Podczas miesięcznej obserwacji zanotowano 5,3 procent niepowodzeń i 11 procent

defektu gojenia siatki (2/3 skutecznie leczone zachowawczo, 1/3 chirurgicznie), 2 procent objawowego kurczenia siatki. W obserwacji odległej nie stwierdzono erozji z zakażeniem ani defektu gojenia, obserwowano natomiast 5,4 procent WNM de novo. Powikłania śródoperacyjne były rzadkie: uraz odbytnicy u 0,15 procent (nie implantowano siatki), uraz pęcherza u 4 operowanych (0,58%) i nasilone krwawienie u 3 (0,44%) pacjentek. Wczesne powikłania pooperacyjne stwierdzono u 2,48 procent, w tym: zapalenie tkanki podskórnej u 0,15 procent, ropień kroczu u 0,29 procent, krwaki u 2,1 procent, przetokę odbytniczo-pochwową u 0,15 procent (1 pacjentka), przetokę pęcherzowo-pochwową u 0,15 procent (1 pacjentka). Łączny odsetek konieczności ponownej operacji wyniósł 1,32 procent (9 pacjentek).

Na podstawie wstępnych wyników trwa od maja 2004 roku w USA i Francji zaaprobowana przez komisje bioetyczne perspektywna próba oceniająca wyniki systemu Prolift w grupach po 90 kobiet. Gwoli prawdy należy powiedzieć, że na rynku istnieje obecnie jeszcze jeden podobny (przezpochwowy, igłowy) system naprawy dna miednicy (AMS: Apogee, Perigee), wykorzystujący jako biomateriał do wyboru siatkę polipropylenową lub bezkomórkową skórę świnią. Jedną z różnic polega na przeprowadzeniu ramion tylnej siatki (Perigee) przez mięsień dźwignacz odbytu a nie przez więzadło kolcowo-krzyżowe.

Prolift - spojrzenie urologa

Z wielu względów system Prolift powinien być dostrzeżony przez urologów, choć w Polsce naprawą POP zajmują się praktycznie wyłącznie ginekolodzy. Urolog, operując wysiłkowe nietrzymanie moczu u kobiety, powinien być świadom, że u około 40 procent operowanych zachodzi konieczność korekcji POP. W USA u 42 procent kobiet poddanych leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu jednocześnie wykonuje się operację POP (1). Czy naprawę POP ma wykonywać zaproszony do współpracy ginekolog? A może warto by urolog potrafił wykonać także ten rodzaj zabiegu? Z pewnością jest to możliwe w naprawie kompartmentu przedniego. Zabieg w zakresie naprawy rectocele jest trudniejszy (dodatkowo ryzyko urazu tętnicy pośladowej dolnej) i w mojej opinii jeśli jest wskazany jednocześnie, powinien być wykonywany w współpracy z ginekologiem.

System Prolift nie służy z założenia korekcji wysiłkowego nietrzymania moczu. Co więcej, należy się spodziewać, że korekcja cystocele ujawnia u pewnej grupy pacjentek istnienie wysiłkowego NTM. W relacji H.Clavé zdarza się to u około 15 pacjentek z nasilonym POP, jednak u około 2/3 ustępu-

je po 3 miesiącach po operacji. Dlatego jego zdaniem bardziej uzasadnione jest odroczenie korekcji wysiłkowe NTM za pomocą np. TVT, a nie wykonywanie obu plastik jednocześnie. Z drugiej strony w grupie autorów metody jednocześnie skorygowano wysiłkowe NTM u 40 procent pacjentek. Myślę, że rozpoznanie przedoperacyjne ukrytego (maskowanego przez cystocele) wysiłkowe NTM uzasadnia naprawę POP i wysiłkowe NTM w jednym znieczuleniu, u pozostałych konieczna jest obserwacja do 3 miesięcy po naprawie POP i wtedy ewentualnie operacja wysiłkowego NTM. Przed korekcją POP pacjentka koniecznie musi być poinformowana o możliwości wystąpienia wysiłkowego NTM wskutek operacji POP.

W założeniu metody Prolift istnieje koncepcja ostrożnego omijania szyi pęcherza moczowego. Siatka pacjentki posiada specjalne wycięcie na szyję pęcherza i implantuje się ją bardziej dogłównie niż taśmy korygujące WNM. Zmniejsza to lub eliminuje rozwój zespołu pęcherza nadreaktywnego (OAB) de novo. To niezwykle ważne, gdyż wiemy jak rujnący wpływ na jakość życia ma rozwój OAB u chorych operowanych w obrębie dna miednicy, w tym np. z powodu WNM. Brak jest danych na temat wpływu leczniczego Prolift na objawy OAB u tych pacjentek, a myślę, że to ciekawe zagadnienie.

Żadna metoda chirurgiczna nie jest wolna od powikłań. Trzeba więc pamiętać, że także w tej metodzie opisano możliwe śródoperacyjne urazy dróg moczowych, a także powstanie przetok z układem moczowym. Co prawda, dotychczas nie zanotowano późnej erozji siatki, jednak jest ona możliwa i może dotyczyć układu moczowego. Także dość szerokie preparowanie (mające na celu unikanie zginięcia i kurczenia siatki) stwarza możliwość urazów przyległych narządów i rozwoju blizn (np. dolnego odcinka moczowodu). Z powyższych względów wskazana jest ścisła i długotrwała obserwacja pacjentek zarówno przez ginekologa jak i urologa, do którego należy ocena dróg moczowych pacjentek.

Metoda Prolift wydaje się bardzo atrakcyjna, skuteczna i minimalnie inwazyjna. Należy także pamiętać, że wymaga rygorystycznego przestrzegania anatomicznych punktów orientacyjnych i doświadczenia.

Piśmiennictwo:

1. Karłowski et al. Urology 2005;66:469-75
2. Culligan et al. Am J Ob. Gyn 2002 ;187:1473-82
3. Nygaard et al. Obstet Gyn 2004 ;104:805-823
4. Kobashi et al. J Urol 2002; 168: 2063-8
5. FitzGerald et al. Int Urogyn J Pelv Fl Dysf 2004;15:238-42
6. Flood et al. Int Urogynecol J 1998;9:200-4
7. Natale et al. IUGA 2000
8. Dwyer, O'Reilly Br J Obstet Gynecol 2004; 111:831-836
9. De Tayrac et al. Act Obstet Gynecol Scand 2004;14:527-35
10. Julian. AMJOG 1996 175:14722-5
11. DeBodinance et al. EJOG Rep Biol 1999;87:23-30
12. Clemons et al. J Urol 2002; 168: 2063-8
13. Jelovsek et al. AUA 2002
14. Gomelsky et al. J Urol 2004; 171: 1581-4

Kiedy zmieni Pan rozporządzenie, panie Ministrze?

Józef Góralczyk

Małopolski Sejmik Organizacji Osób Niepełnosprawnych.

Rozporządzenie ministra zdrowia dotyczy klasyfikacji przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, limitów cenowych, okresów używania oraz kto może przedmioty te zlecać. Od jego właściwych zapisów zależy komfort życia, pracy zawodowej, rehabilitacji setek tysięcy osób niepełnosprawnych.

Ostatnie rozporządzenie Minister Zdrowia w tej dziedzinie podpisał 15 grudnia 2004 r. Już wtedy limitów cenowych nie zmieniano od prawie pięciu lat. Wykaz przedstawiony przez Ministra również pozostawiał wiele do życzenia. Nikt jednak wtedy nie protestował, choć dla środowisk osób niepełnosprawnych był on nie do przyjęcia. W tym czasie decydowały się losy systemu otwartego zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze i dla wielu specjalistów zafatwienie tej sprawy było najważniejsze.

Dzisiaj nadszedł czas, aby powrócić do zmian w rozporządzeniu ministra zdrowia. Trzeba przystąpić do dyskusji nad rozwiązaniem możliwie optymalnym trzech zagadnień zawartych w rozporządzeniu. Chodzi zwłaszcza o:

- * pełen wykaz przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, w którym było by możliwe nanoszenie korekt w zależności od zmieniającej się sytuacji,
- * limit cen odpowiedni do rzeczywistych cen występujących na rynku na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- * czasookres używania oraz liczbę przedmiotów, zwłaszcza w przypadku środków pomocniczych.

Wykaz przedmiotów ortopedycznych zawiera wiele braków. Dla przykładu podam, że ustawodawca nie przewidział osobie obustronnie głuchoniemej przyznania dwóch aparatów słuchowych. Obecnie jeden aparat otrzymuje na podstawie rozporządzenia; za drugi musi zapłacić sam. Kolejny przykład to brak pozycji „łóżek rehabilitacyjnych”, które dla wielu ciężko poszkodowanych inwalidów decydują nie tylko o komforcie życia ale również właściwej rehabilitacji. Mógłbym takich przykładów podać więcej, ale myślę, że przy nowelizacji rozporządzenia należy zasię-

gnąć opinii środowisk, które tymi sprawami się zajmują.

Limit cenowy dotyczy cen dawno nie aktualizowanych. Ustalone ceny limitów sprzed siedmiu lat powodują duże rozgoryczenie w środowisku osób niepełnosprawnych.

Bardziej operatywne osoby starają się zdobyć środki na kilku źródłach, takich jak PFRÓN, organizacje charytatywne, fundusze rehabilitacyjne w zakładach pracy chronionej. Jednak wielu z powodu braku środków finansowych na codzienne życie rezygnuje z odebrania przysługującego mu zaopatrzenia ortopedycznego. Przykład: proteza uda modularna według limitu w rozporządzeniu to 2 500 zł, w rzeczywistości około 15 000 zł. Postęp technologiczny w ostatnich latach przyniósł nowe rozwiązania w zakresie zaopatrzenia ortopedycznego. Dlatego też limity cenowe w rozporządzeniu Ministra Zdrowia muszą być pilnie uaktualnione.

Czasokres używania to, z kolei, problem mniej związany z zaopatrzeniem ortopedycznym, choć istotny w przypadku zaopatrzenia dzieci niepełnosprawnych. Bez wątpienia jednak dotyczy środków pomocniczych a przede wszystkim stomii oraz pieluchomajtek. Kto miał do czynienia z osobą obłożnie chorą, dla której życiową koniecznością stały się pieluchomajtki, wie że dwie pieluchy na dobę to początek problemu. Dla bardzo wielu osób 2,50 zł za jedną pieluchę bywa progim nie do pokonania a zarazem stanowi tragedię, która doprowadza osobę chorą do ciężkich odleżyn. Koszt ich leczenia ponosi państwo i przewyższa wydatek na co najmniej dwie kolejne pieluchy na dobę.

Władzom nie wolno uchylać się od powyższych problemów, udając, iż mają ważniejsze sprawy na głowie, jak na przykład koszyk świadczeń czy płace lekarzy. Środki przeznaczane na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i materiały pomocnicze na jednego niepełnosprawnego są zenująco niskie. Nie możemy się porównywać do państw zachodnich, a nawet do państw Europy Środkowej. Chyba, że zadowala nas miejsce w końcu kolejki. Ale tam przyzwoitość już nie zagłada.

Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
AM we Wrocławiu

Stowarzyszenie Przyjaciół Medycyny Rodzinnej i Lekarzy Rodzinnych

SKN przy Katedrze i Zakładzie Medycyny Rodzinnej AM we Wrocławiu

mają zaszczyt zaprosić na:

II Polsko-Norweskie Sympozjum “Nietrzymanie moczu - interdyscyplinarny problem kliniczny i społeczny”

13-14 października 2006
Hotel “Wrocław”

Zaproszeni goście:

prof. Steinar Hunskaar z zespołem
Uniwersytetu w Bergen, Norwegia

Patronat honorowy:

Jego Magnificencja AM we Wrocławiu
prof. dr hab. Ryszard Andrzejak

Przewodniczący Komitetu Naukowego i Organizacyjnego
prof. dr hab. Andrzej Steciwko

Tematyka konferencji:

- * Nietrzymanie moczu - aspekty diagnostyki, leczenia i profilaktyki
- * Pęcherz neurogeny - etiopatogeneza, diagnostyka i leczenie
- * Norweskie doświadczenia w leczeniu nietrzymania moczu
- * Moczenie nocne u dzieci
- * Lekarz rodzinny a problem nietrzymania moczu
- * Holistyczna opieka nad pacjentem z nietrzymaniem moczu

Terminy: do 30 czerwca 2006 - nadsyłanie zgłoszeń uczestnictwa i treści prac
do 15 września 2006 - ostateczny termin nadsyłania zgłoszeń uczestnictwa

Karty zgłoszeń uczestnictwa i doniesień naukowych oraz szczegółowe informacje dotyczące sympozjum są dostępne na stronie internetowej:

www.zmr.am.wroc.pl

Doświadczenia Domów Pomocy Społecznej

Pieluchy potrzebne od zaraz

Joanna Kanabrocka

W poprzednim numerze rozpoczęliśmy cykl artykułów poświęconych zaopatrzeniu w pieluchy różnych placówek zdrowia. Pisaliliśmy o sytuacji w hospicjach, teraz pokażemy, jak z problemem niskiego limitu refundowanych środków wchłaniających radzą sobie domy pomocy społecznej.

Do DPS-ów trafiają zazwyczaj osoby starsze, przewlekłe somatycznie chore, osoby chore psychicznie lub cierpiące na inne schorzenia. Można się zatem spodziewać, że procent osób cierpiących na problem NTM wśród wszystkich mieszkańców DPS-ów jest bardzo duży. I rzeczywiście tak jest. Średnio ponad 50 procent przebywających tam osób cierpi na nietrzymanie moczu. Liczba ta sięga prawie 100 procent w przypadku pacjentów z wrodzonym upośledzeniem umysłowym. Oczywiście, zdarzają się także placówki, w których problem ten nie jest aż tak szeroko rozpowszechniony, jednak takich miejsc jest niewiele.

Pieluchy - życiowa konieczność

Jakie są główne przyczyny nietrzymania moczu u pacjentów domów pomocy społecznej? Z przeprowadzonych przez nas rozmów telefonicznych wynika, że większość przypadków NTM w domach opieki społecznej dotyczy pensjonariuszy w podeszłym wieku. Zaawansowany wiek często prowadzi do otypienia starczego i wraz z nim występujących licznych chorób np. choroby Alzheimera, depresji, zaburzeń krążenia, cukrzycy. Poza tym niektórzy pacjenci cierpią na różne choroby nowotworowe, które też mogą spowodować zmniejszenie kontroli nad oddawaniem moczu. Często są to osoby po wylewach, udarach, uszkodzeniach kręgosłupa, itp. Ogromna grupa chorych to osoby upośledzone umysłowo, w ich przypadku NTM ma częściowo podłoże psychiczne.

Osoby cierpiące na NTM korzystają przede wszystkim z pieluch. Cewniki zakładane na stałe bywają rzadkością i nie są zalecane przez ICI. Cewnik na stałe prowadzi bowiem do zwiększenia częstości infekcji dróg moczowych oraz do uszkodzeń cewki moczowej (zwężenie). Ponadto pacjenci chorzy umysłowo mogliby wyrwać go sobie, powodując dodatkowy uraz.

W Polsce liczba refundowanych pieluch wynosi 60 sztuk na jeden miesiąc, jak zatem łatwo obliczyć chory może liczyć na refundację jedynie dwóch sztuk dziennie. To stanowczo za mało. Z zebrań przez nas informacji wynika, że są osoby, którym wystarczają 3-4 pieluchy na dobę, ale są i tacy, którzy potrzebują znacznie większej liczby. Nawet jeśli pieluchy nie są mokre, powinno się je zmieniać co kilka godzin. Wykonane z tworzywa, które nie przepuszcza powietrza, prowadzą do powstania odparzeń i odleżyn. Są również pacjenci, którzy wymagają zakładania pieluch jedynie na noc; w ciągu dnia zaś korzystają sami z toalety. Jak poinformowała nas jedna z pielęgniarek z domu pomocy społecznej we wschodniej Polsce, opiekunowie w miarę możliwości starają się w ciągu dnia wyprowadzać pacjentów do łazienki, co w znacznym stopniu poprawia kontrolę tych pacjentów nad oddawaniem moczu.

Czy limit wystarcza?

Wiadomo, iż utrzymanie pacjenta w domu pomocy społecznej nie jest tanie. Często renta lub emerytura danego mieszkańca nie pokrywa kosztów jego utrzymania. Wiele osób choruje jednocześnie na kilka chorób, dlatego koszty leczenia osiągają wysokie sumy. Priorytetem pozostaje zawsze zakup leków, które mają bezpośredni wpływ na życie. Kupno pieluch schodzi na kolejne miejsce i w związku z tym często brakuje na nie pieniędzy. Zdarzają się przypadki, że rodziny chorych nie chcą pomóc (oddają osobę chorą lub starszą do takiego ośrodka i całkowicie

„pozbywają się problemu”). Częściej jednak nie są w stanie pomóc.

Jak zatem radzą sobie domy pomocy społecznej ze zdobywaniem brakującej liczby pieluch? Takie pytanie zadaliśmy pracownikom DPS-ów. Poszczególne placówki mają wypracowane sposoby pozyskiwania pieluch. Czasem otrzymują pieluchy w darach, ale to zdarza się rzadko. Niektóre ośrodki wykorzystują gratisowe sztuki otrzymywane od firmy, z którą mają podpisany kontrakt na zakup środków wchłaniających. Zdarzają się sytuacje, że choremu, któremu przysługuje refundacja, wystarczy tylko jedna pielucha zakładana na noc. Pozostałe sztuki przeznacza się wtedy dla chorych, potrzebujących większej liczby. Niektóre placówki, gdy zostanie wyczerpany limit pieluch, stosują podkłady materiałowe, takie jak te używane w szpitalach. Wiele domów musi jednak dokupić pieluchy za 100 procent ceny.

Pomimo, iż opiekunowie starają się jak najczęściej zmieniać pieluchy swoim podopiecznym, zdarzają się przypadki, że chorzy spędzają w jednej pielusze znacznie więcej czasu niż powinni. Nie musi to oznaczać problemu odleżyn ale zwiększa ich prawdopodobieństwo. Natomiast, podobnie jak w przypadku pacjentów hospicjów, tak i u podopiecznych dpsów, występują one po powrocie ze szpitala. Pozwala nam to wysnuć smutny wniosek, że szpitale nie radzą sobie z opieką.

Jak zatem brzmi odpowiedź na postawione pytanie „Czy limit pieluch wystarcza?” NIE. Dwie pieluchy dziennie to stanowczo za mało. Domy pomocy społecznej muszą szukać najróżniejszych rozwiązań, aby zdobyć dodatkową liczbę środków wchłaniających. Sytuacja jest dramatyczna i wszystko wskazuje na to, że nic się nie zmieni, dopóki nie zwiększy się liczba pieluch refundowanych.

W Polsce na nietrzymanie moczu cierpi około 3 mln osób.



Dobrze się trzymam



Pamiętaj!
Nietrzymanie moczu można leczyć!

Infolinia: 22 885 95 95

czynna od pon. do pt. w godz.: 10.00 - 18.00
(koszty połączenia ponosi dzwoniący - opłata wg taryfy operatora)



www.dobrzezietrzymam.pl

Brak nieodpłatnego zaopatrzenia w cewniki i worki do zbierania moczu dyskryminuje osoby niepełnosprawne

Refundacja no limit

Joanna Fiszer

Kiedyś byłem za granicą, w siedzibie pewnego producenta sprzętu urologicznego. Zapytałem (nie ukrywam, chciałem oszczędzić), czy nie mogą mi dać paru worków, bo nam przysługuje tylko sześć sztuk, a za resztę musimy dopłacać. Oni zrobili wielkie oczy. Jak to, musicie za to dopłacać? Przecież to się Wam należy!

Ktoś powiedział, że Europa kończy się tam, gdzie kończy się zakaz kary śmierci. Dla mnie Europa kończy się w miejscu, gdzie zaczyna się odpłatność za sprzęt urologiczny.

Nazywam się Dominik Rymer, mam 24 lata. Osiem lat temu, zaraz po skończeniu pierwszej klasy szkoły średniej, poszedłem popływać. Pechowy skok do wody zaważył na całym moim życiu. Od tego czasu jeżdżę na wózku. Dzięki pomocy kolegów, rodziny, a przede wszystkim Fundacji Aktywnej Rehabilitacji nauczyłem się samodzielności, podstawowych rzeczy, takich jak ubieranie, rozbieranie, jedzenie, siadanie na wózek itp. Tutaj też dowiedziałem się, jak radzić sobie z podstawową bolączką paraliżu: z nietrzymaniem moczu.

To dzięki sprzętowi urologicznemu - tej genialnie prostej kombinacji lateksu, kawałka rurki i worka - mogłem wyjść z mieszkania, do świata, do ludzi. Bez skrępowania i obawy, że coś brzydko pachnie. Mieszkam w dużym mieście. Tutaj sytuacja osoby niepełnosprawnej jest o wiele lepsza. Inaczej jest na wsi czy w małych miasteczkach, gdzie nie dociera odpowiednia edukacja. W Polsce wielu ludzi z urazem rdzenia kręgowego nie ma pojęcia, że istnieje coś takiego jak cewnik czy worek. Taka sytuacja wynika nie tylko z ograniczonej wiedzy na temat sprzętu, ale również z jego ceny. Kilka lat temu minister zdrowia odebrał nam prawo do nieodpłatnego zaopatrzenia w cewniki i worki do zbiórki moczu. Wątpię, czy kogoś, kto utrzymuje się z rolnictwa czy niskiej renty, stać na dokupienie worków. Podejrzewam, że eksploatuje nadmiernie worki, które przysługują mu w ramach limitu (sześć sztuk na miesiąc), albo używa słoików lub kaczek.

Dopłacanie do niepełnosprawności

Historia Dominika to w pewnym sensie - klasyczny scenariusz. Pechowe skoki do



wody, obok wypadków komunikacyjnych, upadków z wysokości, urazów sportowych czy postrzałów, należą do najczęstszych przyczyn uszkodzenia rdzenia kręgowego. Rocznie w Polsce ulega im ok. 800 osób. Po rehabilitacji chorzy wracają do domów, uczą się samodzielności. I muszą żyć za kilkadziesiąt złotych renty.

Z powodu zmian w refundacji regularny zakup sprzętu urologicznego stał się dla wielu osób niedostępnym luksusem. Jeszcze w latach 90. niepełnosprawni korzystali z pełnej refundacji cewników zewnętrznych i worków do zbiórki moczu. Trzecie tysiąclecie przyniosło zmiany na gorsze. Obecnie obowiązują system 30 procent dopłat oraz limity kwotowe i ilościowe sprzętu. Według szacunkowej oceny miesięczne koszty zaopatrzenia w sprzęt wynoszą około 160 złotych (120 złotych na zakup 30 cewników i 39 zł na zakup 4-5 worków). Ale to nie koniec wydatków. Trzeba bowiem wiedzieć, że koszty życia osoby niepełnosprawnej są o wiele wyższe niż osoby

pełnosprawnej. Wszystko przecież kosztuje: leki, wózek, rehabilitacja, przystosowanie mieszkania.

Specjaliści w dziedzinie rehabilitacji medycznej ostrzegają przed skutkami zaporowych zasad dostępności sprzętu. Osoba na wózku, której nie stać na zakup worków czy cewników, albo rezygnuje z nich na rzecz prowizorycznych domowych rozwiązań, albo do granic możliwości przedłuża ich użytkowanie. Rezultat to odparzenia, zakażenia organizmu, ostracyzm społeczny, będący wynikiem odoru moczu. Często też potrzeba kosztownego leczenia. A przecież, obok środków wchłaniających, cewnik i worek to warunek konieczny normalnej egzystencji.

Ukryta forma dyskryminacji

Według Rafała Skrzypczyka, wiceprezesa Fundacji Aktywnej Rehabilitacji, można sobie poradzić bez dobrego

wózka, bez wielu innych rzeczy, ale bez zaopatrzenia urologicznego człowiek nie wyjdzie do ludzi: - To najważniejszy warunek aktywności. Bez tego zaopatrzenia osoba niepełnosprawna nie będzie pełnoprawnym obywatelem. Utrudnienie w dostępie do sprzętu jest formą dyskryminacji. Nikt nie kupuje cewnika czy worka dla szpanu albo dlatego, że to ładne. Dzięki temu sprzętowi osoba niepełnosprawna może bez skrępowania przebywać wśród osób pełnosprawnych, zarabiać na życie, założyć rodzinę. W sumie zyskuje na tym państwo - zauważył.

Czy osoby takie jak Dominik i tysiące innych osób po urazie rdzenia kręgowego mogą liczyć na zmiany w zasadach refundacji sprzętu urologicznego? Czy będą mogły korzystać z nieograniczonego i bezpłatnego dostępu do worków i cewników? Kiedy nadejdzie czas, że Dominik, chociaż niepełnosprawny, poczuje się pełnoprawnym obywatelem Europy?

Operacje z użyciem taśm na Mazowszu

Joanna Kanabrocka

Kwartalnik NTM podjął, jako pierwszy w kraju, próbę przedstawienia informacji na temat możliwości poddania się operacji z użyciem taśm. Poniżej prezentujemy listę szpitali wykonujących te operacje w województwie mazowieckim.

Spośród wielu rodzajów leczenia operacyjnego wybraliśmy zabiegi z użyciem taśm, ponieważ jest to najpopularniejszy rodzaj operacji przeprowadzany u chorych cierpiących na nietrzymanie moczu, który w chwili obecnej zaczyna być uważany za tzw. „złoty standard” w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu. Zabiegi te są obciążone stosunkowo niewielką liczbą powikłań a ich powodzenie ocenia się po 4-5 latach obserwacji na 70-90 procent.

W następnym numerze *Kwartalnika NTM* zaprezentujemy listę placówek wykonujących te zabiegi w województwie kujawsko-pomorskim.

Na terenie województwa mazowieckiego znajduje się 80 szpitali, z których oddział ginekologiczny posiada 63, zaś urologiczny - 50 placówek. Operacje na NTM z użyciem taśm w większości przeprowadzane są na oddziałach ginekologicznych, ale niektóre szpitale wykonują je tylko, bądź dodatkowo na urologii. Liczba wykonanych w ubiegłych latach zabiegów w zależności od szpitala jest

bardzo zróżnicowana. W bieżącym roku szpitale nie przedstawiły planów co do liczby operacji, bowiem zależą one od potrzeb pacjentów. Czas oczekiwania na zabieg jest także zróżnicowany i uzależniony od czasu oczekiwania na badania urodynamiczne.

Niestety, nie wszystkie szpitale podały nam dane odnośnie zabiegów, dlatego może się zdarzyć, że jakiejś placówki, w której wykonywane są operacje z użyciem taśm, zabrakło w naszej tabeli. Z zebranych przez nas informacji wynika, że zabiegi takie są jeszcze przeprowadzane na oddziale ginekologicznym w szpitalu Bródnowskim (ul. Kondratowicza 8, Warszawa), w Radomskim Szpitalu Specjalistycznym (ul. Tochtermana 1) oraz w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku (ul. Medyczna 19). Nie posiadamy jednak szczegółowych danych dotyczących zabiegów przeprowadzanych w tych placówkach.

Jeżeli mają Państwo sugestie związane z operacyjnym leczeniem NTM, prosimy o kontakt (joanna.kanabrocka@ntm.pl).



Lista szpitali wykonujących operacje z użyciem taśm

Nazwa szpitala	Adres	Oddział	L. wykonanych . zabiegów w 2004 r	L. wykonanych . zabiegów w 2005 r	L. planowanych zabiegów w 2006 r.	Czas oczekiwania na zabieg refundowany	Czas oczekiwania na zabieg płatny
Centralny Szpital Kliniczny MSWiA	Wołoska 137 Warszawa	gin urol.	ok. 40/mies. kilkanaście	ok. 40/mies. kilkanaście	nie ma planów nie ma planów	3 - 4 tyg. kilka tygodni	nie ma kilka tygodni
Międzyleski Szpital Specjalistyczny	Bursztynowa 2 Warszawa	urol. gin.	kilkanaście ok. 9/mies.	kilkanaście ok. 9/mies.	nie ma planów ok. 80	ok. tygodnia ok. tygodnia	tylko refundowane ok. tygodnia
SP Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego C.M.K.P.	Czerniakowska 231 Warszawa	urol. gin.	ok. 50 brak danych	ok. 50 brak danych	60 nie ma planów	ok. miesiąca ok. 3 tygodni	tylko refundowane tylko refundowane
Szpital Bielański im. Ks. Jerzego Popiełuszki SPZOZ	Ceglowska 80 Warszawa	urol. gin.	kilkanaście ok. 70	kilkanaście ok. 70	nie ma planów ok. 70	2-3 miesiące kilka miesięcy	tylko refundowane tylko refundowane
Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus - Centrum Leczenia Obrażeń	Lindleya 4 Warszawa	urol.	brak danych	brak danych	ok. 50	od 6 miesięcy do roku	tylko refundowane
Szpital Kliniczny im. Księżnej A. Mazowieckiej	Karowa 2 Warszawa	gin.	87	62	54	nie ma	tylko refundowane

L E C Z E N I E O P E R A C Y J N E

Nazwa szpitala	Adres	Oddział	L. wykonanych . zabiegów w 2004 r.	L. wykonanych . zabiegów w 2005 r.	L. planowanych zabiegów w 2006 r.	Czas oczekiwania na zabieg refundowany	Czas oczekiwania na zabieg płatny
Szpital Specjalistyczny Św. Zofii SPZOZ	Zelazna 90 Warszawa	gin.	kilkadziesiąt	120	nie ma planów	4 do 6 tygodni	4 do 6 tygodni
Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego SPZOZ	Solidarności 67 Warszawa	gin.	nie było	15-20	ok. 20	ok. miesiąca	tylko refundowane
Wojskowy Instytut Medyczny	Szaserów 128 Warszawa	gin.	brak danych	brak danych	nie ma planów	ok. 5 tygodni	czas oczekiwania na zakup taśmy
Lecznica Położniczo-Chirurgiczna IATROS	Wojskowa 13 A Warszawa	gin.	nie było	nie było	nie ma planów	ok. 2 tygodnie	ok. 2 tygodni
SPZZOZ Solec	Solec 93 Warszawa	gin.	brak danych	brak danych	nie ma planów	ok. 1 miesiąca	tylko refundowane
Instytut Matki i Dziecka	Kasprzaka 17 A Warszawa	gin.	kilkanaście	kilkanaście	nie ma planów	2-3 tygodnie	tylko refundowane
SPZOZ w Grójcu	Piotra Skargi 10	gin.	nie było	ok. 20	1 tygodniowo	ok. tygodnia	tylko refundowane
SPZOZ w Sokolowie Podlaskim	Ks. J.Bosko 5	gin.	nie było	ok. 17	nie ma planów	po badaniu od razu	tylko refundowane
SPZOZ w Mińsku Mazowieckim	Szpitalna 37	gin.	nie było	kilkanaście	1-2 miesięcznie	po badaniu od razu	tylko refundowane
SPZZOZ w Kozienicach	Sikorskiego 10	gin.	nie było	nie było	nie ma planów	zależy od badań i zakupu taśm	tylko refundowane
SPZZOZ w Sierpcu	Słowackiego 32	gin.	brak danych	ok. 170	ok. 170	nie ma	tylko refundowane
SPZZOZ w Wyszkowie	KEN 1	gin.	5	5	nie ma planów	nie ma	tylko refundowane
SPZZOZ - Szpital Rejonowy w Ilży	Bodzentyńska 17	gin.	brak danych	kilka	nie ma planów	nie ma	tylko refundowane
SZPZOZ im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce	Jana Pawła II 120a	urol.	brak danych	kilka	nie ma planów	zależy od tego, czy są taśmy	tylko refundowane
SZPZOZ w Nowym Dworze Mazowieckim	Miodowa 2	gin.	brak danych	brak danych	kilkadziesiąt	po badaniu od razu	tylko refundowane
Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie	Powstańców Wielkopolskich 2	gin.	ok. 50 - 70	ok. 50 - 70	nie ma planów	po badaniu od razu	tylko refundowane
Szpital Kolejowy im. dr med. W. Roeflera w Pruszkowie SPZOZ	Warsztatowa 1	urol.	ok. 20	ok. 20	ok. 20	ok. 2 miesięcy	tylko refundowane
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Radomiu	Aleksandrowicza 5	gin.	brak danych	brak danych	nie ma planów	po badaniu od razu	tylko refundowane
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Siedlcach	Poniatowskiego 26	urol.	brak danych	brak danych	nie ma planów	ok. 2 tygodnie	tylko refundowane
ZOZSP w Sochaczewie	Batalionów Chłopskich 3/7	gin.	nie było	kilkadziesiąt	nie ma planów	ok. tygodnia	tylko refundowane
ZOZ w Żyrardowie	Limanowskiego 30	gin.	brak danych	brak danych	kilkadziesiąt	2-3 tygodnie	tylko refundowane
ZPZOZ w Otwocku	Batorego 44	gin.	20-30	20-30	nie ma planów	kilka dni	tylko refundowane

Trochę lepiej, trochę gorzej

Ranking wojewódzkich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia odzwierciedla przede wszystkim liczbę mieszkańców przypadających na 1 punkt ewidencyjny (w tys.). Wykonano go po pierwszym kwartale 2006 roku. Generalnie nastąpiły w tabeli niewielkie zmiany, głównie za sprawą oddziału małopolskiego, podlaskiego, świętokrzyskiego i mazowieckiego. W województwach podlaskim i małopolskim, ubyło po jednym punkcie. W świętokrzyskim i mazowieckim część punktów ewidencyjnych zlikwidowano.

Pierwsze dwa miejsca zajmują nadal 2 oddziały: lubuski i opolski. Przetasowania nastąpiły dalej. Świętokrzyskie spadło z 3 miejsca na 5, zaś Podlaskie awansowało z 7 na 4. Dalej tabela nie przynosi zmian.

Najwięcej zmian i to korzystnych zawiera wykaz podmiotów realizujących wnioski. W 9 województwach wzrosła liczba tych podmiotów, w pozostałych niestety zmalała. Największe zmiany nastąpiły w województwie świętokrzyskim. Tam nie tylko zlikwidowano najwięcej punktów ewidencyjnych z 15 do 4, ale też znacznie zmniejszyła się liczba podmiotów realizujących wnioski, z 316 do 296. W Mazowieckiem ubyło 9 podmiotów, zaś na Dolnym Śląsku 15. Tym bardziej pociesza fakt, iż w innych regionach przybywa podmiotów realizujących wnioski. Najwięcej w Małopolsce, o 15 jednostek i na Podlasiu, o 16 jednostek.

Kto czeka na sprzęt ortopedyczny

Sytuacja zmieniła się także pod względem czasu podpisywania umowy z podmiotami realizującymi wnioski. O ile pod koniec 2005 roku prawie wszędzie oddziały podawały od 14 do 30 dni, o tyle obecnie w większości podpisuje się je na bieżąco.

Analiza okresu oczekiwania na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze dowodzi, iż również w tej dziedzinie jest nieco lepiej. Trzeba jednak zauważyć, iż nie należy porównywać aktualnej sytuacji z sytuacją z końcem 2005 roku, z powodów finansowych. Na przykład dolnośląski oddział NFZ wstrzymał realizację wniosków na aparaty słuchowe i przedmioty ortopedyczne pod koniec ubiegłego roku, zaś obecnie terminy te wynoszą 3 miesiące. Oddział warmińsko-mazurski wydłużył realizację wniosków na aparaty słuchowe z 6 do 9-12 miesięcy. Osoby stosujące środki wchłaniające są załatwiane na bieżąco. Wydaje się, iż po kolejnym rankingu warto zapytać niektóre oddziały o przyczyny długich okresów oczekiwania na sprzęt czy też ubywających placówek realizujących wnioski. Ale to oddzielny temat.

MW

Gdańskie pielęgniarki o NTM

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku zorganizowała 31 marca 2006r. konferencję szkoleniową poświęconą problemowi nietrzymania moczu u kobiet. Mówiono o przyczynach i rodzajach NTM, roli badania urodynamicznego w diagnostyce tego problemu, metodach leczenia i o roli pielęgniarki w terapii nietrzymania moczu.

W spotkaniu uczestniczyły pielęgniarki i położne z regionu Pomorza. Jedną z uczestniczek powiedziała: Bardzo się cieszę, że problem nietrzymania moczu stał się tematem konferencji. NTM to wciąż temat tabu i wiele moich pacjentek boi się przyznać, że cierpi na ten problem. A ja jako pielęgniarka mam obowiązek pomagać pacjentom i zależy mi, aby wiedzieć jak najwięcej o tej dolegliwości.

Zachęcamy inne instytucje do wykorzystywania tego pomysłu. Im więcej służba zdrowia będzie wiedziała o nietrzymaniu moczu, tym łatwiej pacjentom będzie przyznać się do problemu NTM. MK

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	nb*****	nb***	nb	nb****	nb
Opolskie	73	15	1088	74	nb	nb	nb	nb	nb
Małopolskie	124	26	3223	610	nb	nb	nb	nb	nb
Podlaskie	307	4	1228	98	nb	3 mc	nb	nb	nb
Świętokrzyskie	331	4	1325	296	7 dni	7 dni	7 dni	7 dni	7 dni
Podkarpackie	354	6	2126	167	14 dni	nb	nb	nb	nb
Śląskie	374	13	4866	710	nb	nb	nb	nb	nb
Warmińsko-mazurskie	489	3	1466	128	do 30 dni	9-12 mc	nb	nb***	nb
Kujawsko-pomorskie	525	4	2101	84	nb	nb	nb	nb	nb
Łódzkie	531	5	2653	168	14-21 dni	6 mc	nb	nb	nb
Lubelskie	559	4	2235	254	nb	nb	nb	nb	nb
Wielkopolskie	559	6	3355	230	14 dni	nb****	nb	nb	nb
Mazowieckie	724	7	5067	248	14 dni	nb	nb	nb*****	nb
Dolnośląskie	745	4	2978	147	nb	do 3 mc	nb	nb***	nb
Zachodniopomorskie	867	2	1733	115	do 14 dni	do 12 mc***	nb	nb***	nb
Pomorskie	2192	1	2192	136	nb	3 mc	nb	nb***	nb

AS - aparat słuchowy; PM - pieluchy i pieluchomajtki; PO - przedmioty ortopedyczne; WS - worki stomijne; nb - na bieżąco; * dzieci - nb; **wózki inwalidzkie - 15 mc; ***wózki inwalidzkie - do 3 mc; **** dzieci i osoby czynne zawodowo - nb; ***** wózki inwalidzkie, indywidualne przedmioty pionizujące - ok. 1 mc.*****dorośli do 3 mc

Opr. K. Ciepiela na podstawie danych z oddziałów NFZ

Pracownie urodynamiczne: województwo łódzkie

Karolina Ciepela



W kolejnym numerze *Kwartalnika NTM* prezentujemy pracownie urodynamiczne w województwie łódzkim. Badanie wykonać można w pięciu punktach, znajdujących się w trzech miastach: Kutnie, Łodzi i Pabianicach. Wszystkie placówki wykonują badanie urodynamiczne w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. W następnym numerze *Kwartalnika NTM*

zaprezentujemy placówki, w których można wykonać badanie urodynamiczne na terenie woj. pomorskiego. Mapa placówek z całego kraju dostępna jest na stronie internetowej www.ntm.pl. Jeśli mają Państwo jakiegokolwiek sugestie dotyczące listy pracowni urodynamicznych w poszczególnych województwach prosimy o kontakt (adres mailowy: karolina.ciepela@ntm.pl).

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej SPECJALISTA Sp. z o.o.
Kutno, ul. Kościuszki 52

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Mikołaja Kopernika
Łódź, ul. Pabianicka 62

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. M. Pirogowa
Łódź, ul. Wólczajska 191/195

SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 2 im. Wojskowej Akademii Medycznej UM w Łodzi - Centralny Szpital Weteranów
Łódź, ul. Zeromskiego 113

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Pabianice, ul. Jana Pawła II 68

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



Gdzie można wykonać badanie?

Proszę o pomoc w zdobyciu informacji na temat możliwości wykonania badania na obecność UREAPLASMA. Obecnie jestem bezradna, gdyż lekarze odpowiadają mi nie „z kwitkiem”, serwując mi leczenie na zwykłe zapalenie dróg moczowo-rodnych, choć stany są nawracające, a mam olbrzymie podejrzenie, że jestem zarażona tym wirusem, poprzez byłego partnera, który okazał się chory.

Bardzo zależy mi na informacji, gdzie można wykonać takie badanie na obecność UREAPLASMY. Dzwonię do różnych klinik i jak na razie nikt nie jest mi w stanie pomóc. Z góry dziękuję za wszelkie informacje.

Monika

Proponuję Pracownię NGU Kliniki Dermatologii Akademii Medycznej w Warszawie, ul. Nowogrodzka 82 tel. (22) 6295182.

Niekontrolowane moczenie nocne

Mam podobne problemy jak te poruszane w *Kwartalniku*. Otóż mam problem od dziecka z moczeniem nocnym, które występuje u mnie do dziś dnia.

Jestem mężczyzną, mam 28 lat. W wieku dziecięcym rodzice jeździli ze mną do różnych lekarzy, ale nic z tego nie wynikało. Później zbagatelizowałem problem, bo czasami bywało lepiej. Nie było dłuższych (6 m-cy) przerw bez moczenia, ale jakoś wstydziłem się z tym zgłosić do lekarza. Obecnie mam już tego dość. Moczenie niekontrolowane występuje u mnie tylko w nocy, a z moją psychiką raczej wszystko jest w porządku. Mam twarde sen i nie czuje w nocy parcia na pęcherz. Chciałbym prosić o radę, pomoc i zapytać do kogo się udać, jakie są schorzenia w moim przypadku i jak to leczyć. Zależy mi na jak najlepszych i najszybszych efektach, bo chciałbym wkrótce założyć rodzinę.

Maciek

Powinien Pan poddać się kompleksowym badaniom urologicznym. Jeżeli badania nie wykażą żadnej patologii dróg moczowych to znaczy, że cierpi Pan na tzw. idiopatyczne moczenie nocne. Postępowaniem pierwszego rzutu jest stosowanie budzika nastawionego na godzinę epizodu moczenia. Pacjent budzi się i świadomie oddaje mocz w toalecie. Powoduje to wykształcanie prawidłowego odruchu mikcji. Inną wersją tego postępowania jest stosowanie przyrządu uruchamiającego

budzika w zetknięciu z pierwszą kroplą moczu. Znaczenie ma też ograniczenie spożycia płynów na 2 godziny przed snem. Można stosować lek hamujący produkcję moczu, analog wazopresyny - desmopresyna (preparat minirin w tabletkach po 100 i 200 mg). Leczenie prowadzi się przez 3 miesiące lub do uzyskania 2 tygodniowego okresu -suchych nocy.

Jak leczyć pęcherz nadreaktywny?

Jestem osobą po urazie rdzenia kręgowego od wielu lat. Od pewnego czasu nasilają mi się jednak problemy z nietrzymaniem moczu. Po wykonaniu badań okazało się że mam mocno nadreaktywny pęcherz. Nawet przy minimalnej ilości moczu w pęcherzu jest on wypierany, co jest dla mnie ogromnym problemem. Samocewnikowanie również nie rozwiązuje mojego problemu. Na Vesicare z kolei mnie nie stać, a inne środki farmakologiczne wywołują zbyt wiele skutków ubocznych, więc również je wykluczyłam. Z rozmowy z urologiem dowiedziałam się, że ewentualnie mogę zdecydować się na zabieg ostrzyknięcia ścian pęcherza toksyną botulinową, co może pomóc zmniejszyć nadreaktywność. Nie wiem jednak, gdzie i przez kogo są wykonywane tego typu zabiegi oraz jaka jest ich skuteczność. Byłabym wdzięczna za powyższe informacje.

Stanisława K.

Uraz rdzenia kręgowego prowadzi zawsze do zaburzenia czynności dolnych dróg moczowych. Stopień i rodzaj dysfunkcji zależą od poziomu i rodzaju urazu. Po urazie rdzenia kręgowego pierwszorzędne znaczenie ma ochrona nerek przed skutkami nadreaktywności pęcherza i cofania się moczu do nerek (odpływ pęcherzowo-moczowodowy). Z Pani listu wynika, że nadreaktywność (czyli niepohamowane skurcze pęcherza) współistnieje u Pani z trudnościami w oddawaniu moczu. Może to być spowodowane albo niedoczynnością pęcherza w trakcie oddawania moczu, albo brakiem rozluźniania się zwieraczy. Można jest też kombinacja obu tych dysfunkcji. Aby to ustalić konieczne jest wykonanie badania urodynamicznego. Dla oceny dróg moczowych potrzebne też są badania obrazowe (cystografia mikcyjna), badania oceniające funkcje nerek (poziom kreatyniny i ewentualnie scyntygrafia nerek). Dopiero po tych badaniach można podjąć się ustalania sposobu leczenia. Najlepszym rozwiązaniem jest porażenie pęcherza i samocewnikowanie. W przy-

padku nietolerancji leków antycholinergicznym alternatywą jest oczywiście ostrzyknięcie pęcherza toksyną botulinową (zabieg taki należy powtarzać średnio raz w roku) lub operacja powiększająca pęcherz z zastosowaniem jelita (ileocystoplastyka). W każdym przypadku niezbędnym uzupełnieniem leczenia jest samocewnikowanie.

Proponuję zgłosić się do Kliniki Urologii Akademii Medycznej najbliżej Pani miejsca zamieszkania, celem wykonania tych badań i ustalenia sposobu leczenia

Uczucie niepełnego opróżnienia pęcherza

Chciałbym zapytać o następujący problem: od pewnego czasu, ok. 4 miesięcy, mam problem z poczuciem niepełnego opróżnienia pęcherza. Dodatkowo mam wrażenie, jakby po oddaniu moczu jeszcze „spływały” mi resztki, tzn. mam uczucie wilgoci przy ujściu cewki moczowej. A także jak zacząłem to obserwować to zauważyłem, że czasem np. kilka minut po toalecie jeszcze kilka kropel mi wycieka. Nie mam problemów z trzymaniem moczu, chodzę do toalety raz na kilka godzin, nie wstaję w nocy, mogę przerwać strumień, nie czuje bólu, nie miałem też nigdy sytuacji bym nie „wytrzymał”. Dodam, że miałem kilka miesięcy temu poważną operację kardiokirurgiczną pod narkozą. Co to może być? Czy jakiś skutek operacji? Czy to wreszcie jakiś stan zapalny? Czy też może mieć to tło psychiczne bo zacząłem się na tym mocno koncentrować, przejmować tym? Od kilku dni biorę leki cipronex, furosemid i fluconal.

Uczucie niepełnego opróżniania pęcherza może towarzyszyć różnym zaburzeniom oddawania moczu. Może to być skutek niedoczynności wypieracza lub przeszkody podpęcherzowej (np. przerostu gruczołu krokowego). Trudno w oparciu o informacje, które Pan podał, wyrokować co jest przyczyną tych zaburzeń. Proponuję wizytę u urologa, wykonanie badania ogólnego moczu, posiewu moczu, oceny zalegania moczu po mikcji, USG dróg moczowych i ewentualnie ocenę przepływu cewkowego (uroflowmetrię).

*Na listy odpowiadali dr med. Piotr Do-
broński i dr med. Piotr Radziszewski z Kliniki
Urologii Akademii Medycznej w Warszawie.*

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

Chcesz otrzymywać wszystkie numery Kwartalnika NTM?

Zamów roczną prenumeratę! (4 kolejne numery)

Kwartalnik NTM

STUDIO PR,
ul. Ciołka 13, 01-445 Warszawa

Nr rachunku odbiorcy
20 1140 2017 0000 4902 0451 3842

kwota
38.00

Imię, nazwisko i adres wpłacającego

Tytułem
prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“

•Wyrażam zgodę na zamieszczenie i przetwarzanie moich danych w bazie adresowej Studia PR. Dane podlegają ochronie zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883)

•Upoważniam firmę Studio PR do wystawienia faktury VAT bez mojego podpisu

STEMPEL
DZIENNY

PODPIS

OPLATA

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa

nazwa odbiorcy	STUDIO PR
nazwa odbiorcy cd.	
ul. CIOŁKA 13, 01-445 WARSZAWA	
I.k.	nr rachunku odbiorcy
20	14020170000490204513842
	WP PLN 38,00
nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)	
nazwa zleceniodawcy	
nazwa zleceniodawcy cd.	
tytułem	prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“
tytułem cd.	
pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy	
Opłata:	

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 Tołłoczko
1974 - 1999 Kierownik II Kliniki Chirurgicznej I Wydziału Lekarskiego oraz Kliniki Naczyń 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 polypropylenowa (PROLENE*) o udowodnionym bezpieczeństwie i efektywności w ciągu 7 lat doświadczeń klinicznych
 - Anatomicznie ukształtowane narzędzia o profilu bezpieczeństwa nie spotykanym 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

Gynecare
TVT* Obturator System

Johnson & Johnson Poland Sp. z o.o.
ul. Szyszkowa 20, 02-285 Warszawa,
tel. (48-22) 668 00 00, faks: (48-22) 668 00 01
www.gynecare.com