

GINEKOLOG CZY UROLOG?

3 ginekolog

5 urolog

Niezbędne
minimum
- refundacja
środków
wchłaniających

Pracownie urodynamiczne na Śląsku
Leczenie z użyciem taśm - województwo pomorskie

Leczenie NTM - chaos wygrywa z systemem

Leczenie NTM w Polsce to skomplikowana forma korzystania z pomocy państwa. Obecnie obowiązujący system ochrony zdrowia powoduje, że jedynie osoby, które objęte są prywatnym ubezpieczeniem lub płacą za każdą wizytę indywidualnie, mogą liczyć na szybką konsultację specjalisty urologa lub ginekologa. Bez takiej wizyty nie można w zasadzie mówić o rozpoczęciu terapii. Kogo wybrać? O ile w przypadku mężczyzny sytuacja jest jasna, o tyle kobiety mogą korzystać z pomocy obydwu lekarzy. Wizyta taka kończy się często skierowaniem na badanie diagnostyczne, jakim jest badanie urodynamiczne. W naszym kraju jest ono w pełni refundowane przez NFZ. Niestety, później sytuacja się komplikuje. W zasadzie jedynie kobiety kierowane na leczenie operacyjne NTM mogą mówić o szczęściu, gdyż popularne „taśmy“ zakłada się w Polsce ze 100% refundacją NFZ. Podobnie jest w przypadku ciężkiego NTM u mężczyzn - istnieje możliwość założenia tzw. zwieracza hydraulicznego od niedawna również refundowanego przez państwo. Liczba takich zabiegów jest jednak znikoma w skali całego kraju. Każda inna forma terapii, czy farmakologicznej czy też - zyskującej coraz większą popularność w Polsce - zachowawczej, nie jest refundowana. Co prawda preparaty oksybutyniny (Uroton, Ditropan, Driptane) można nabyć w drodze refundacji, ale należy pamiętać, że lekarz może je przepisywać wyłącznie osobom, u których stwierdzono stwardnienie rozsiane. Podobnie rzecz się ma ze środkami wchłaniającymi, które lekarze mogą przepisać jedynie przy kilku rodzajach nowotworów lub po udarze mózgu.

Taki obraz wsparcia państwa w leczeniu NTM, schorzenia zaliczonego przez Światową Organizację Zdrowia za jedno z 10 najważniej-



szych chorób społecznych świata, dobitnie pokazuje, że Polska nie ma systemu, a refundacja ma charakter przypadkowy. Jeżeli osoby z wysiłkowym NTM mają 100% refundację w diagnostyce i leczeniu zabiegowym, a ludzi z innymi rodzajami tego samego schorzenia (mieszane NTM lub pęcherz nadreaktywny) zostawia się po diagnostyce samym sobie, to mamy do czynienia z ewidentnym łamaniem prawa równego dostępu do leczenia. W 2005 r. Sejmowa Komisja Zdrowia na wniosek przewodniczącej prof. Błońskiej-Fajfrowskiej zorganizowała posiedzenie poświęcone wyłącznie problemowi NTM. Ministerstwo Zdrowia zadeklarowało wtedy, że przygotuje dokument z propozycjami zmian, które stworzą system leczenia NTM oraz zaopatrzenia w środki wchłaniające. Niestety na deklaracjach się skończyło. Zmienił się Sejm, zmienił się Minister Zdrowia, zmieniła się przewodnicząca Komisji Zdrowia. Obecna przewodnicząca, Ewa Kopacz z Platformy Obywatelskiej, nie kontynuuje prac swojej poprzedniczki, koncentrując się na krytyce teraźniejszego kierownictwa resortu. Oczywiście, rolę opozycji jest krytykowanie rządzących, ale czyż nie powinna to być krytyka konstruktywna, polegająca między innymi na egzekwowaniu od rządu projektów zmian systemowych w leczeniu?

Czy w takiej sytuacji pacjenci mogą liczyć na jakąkolwiek zmianę w podejściu do problemu leczenia NTM w Polsce? Moim zdaniem tak, o ile znajdzie się w Sejmowej Komisji Zdrowia grupa posłów, która dostrzeże u siebie lub bliskich (rodzina, znajomi) ten problem i uzmysłowi sobie jak ciężko z nim żyć.

Tomasz Michałek

E Pluribus Unum

Różnorodność jest naszą siłą. Odnosi się to również do medycyny. W bieżącym numerze Kwartalnika poruszonych zostało kilka tematów obrazujących tą sentencję.

Artykuł poruszający problem uroginekologii jest jednym z nich. Kto właściwie powinien zajmować się pacjentką z NTM: urolog czy ginekolog, a jeśli dodatkowo pacjentka cierpi na neurogenne zaburzenia oddawania moczu i/lub stolca to czy powinien do tego zespołu dołączyć neurolog oraz specjalista zajmujący się przewodem pokarmowym? Czy wobec tego specjalizacja powinna nazywać się uroneuroginekologia?

Odpowiedź na to pytanie nie jest prosta. I nie chodzi tu tylko o semantykę oraz podział kompetencji. W chwili obecnej w Europie promuje się powstawanie tzw. Wielospecjalizacyjnych Ośrodków Leczenia. Model ten sprawdził się już w Wlk. Brytanii, gdzie powstały takie ośrodki zajmujące się uroonkologią oraz urologią czynnościową (kolejna nazwa dla proponowanej specjalności). Z kolei w USA od kilku lat funkcjonuje program podspecjalizacji z uroginekologii.

Rozwój metod leczenia nietrzymania moczu i zaburzeń w jego oddawaniu, który nastąpił w ostatnich latach spowodował, że specjalista zajmujący się tymi problemami musi wykazać się dogłębną wiedzą z dziedziny urologii czynnościowej, patofizjologii dna miednicy oraz neurologii. Wówczas dopiero możliwe jest prawdziwie całościowe spojrzenie na pacjenta.

Uważam, że specjalizacja z uroginekologii jest pierwszym krokiem do takiego spojrzenia, jednakże konieczne są kroki kolejne takie jak powstawanie wzmiankowanych Ośrodków Wielospecjalistycznych oraz

wymóg stałej edukacji medycznej. Temu ma służyć cykl szkoleń organizowanych przez ICS (International Continence Society). ICS jest międzynarodową organizacją zrzeszającą właśnie specjalistów z wielu dziedzin, zajmujących się problematyką nietrzymania moczu. Jedno z takich szkoleń odbędzie się w przyszłym roku w Polsce.

Jednakże oprócz dylematów specjalizacyjnych nadal istnieją problemy czysto przyziemne, specyficzne dla Polski. Nadal nie znajdują się w katalogu świadczeń medycznych NFZ procedury małoinwazyjnego leczenia NTM takie jak np. ostrzykiwanie cewki materiałami syntetycznymi oraz zabiegi wszczepiania neuromodulatorów mikcji (stosowane w leczeniu pęcherza neurogenego). To poważnie ogranicza nam „różnorodność“ metod leczenia. Kolejnym problemem jest brak możliwości łączenia leczenia zaburzeń statyki narządu rodnego z leczeniem nietrzymania moczu, przez co pacjentka musi być operowana dwukrotnie. Tym niemniej sytuacja w leczeniu wysiłkowego NTM wygląda zdecydowanie lepiej niż w przypadku pęcherza nadreaktywnego. Tu zasady różnorodności nie ma zupełnie. Jak zauważył red. Tomasz Michałek, refundowane jest tylko leczenie oksybutyniną, tylko u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. A co z pacjentami po urazie rdzenia kręgowego, którzy muszą przyjmować leki antycholinergiczne do końca życia? Co wreszcie z pacjentami z pęcherzem nadreaktywnym, którzy nie tolerują oksybutyniny?

Mam nadzieję, że zasada różnorodności w końcu zwycięży i polski pacjent z nietrzymaniem moczu w XXI wieku będzie miał dostęp do wszechstronnie wykształconego specjalisty, dysponującego całą gamą możliwości leczenia NTM.

dr hab. med. Piotr Radziszewski

Spis treści

2 (21) 2007

GINEKOLOG CZY UROLOG Dwa w jednym M. Banaszak	4
LECZENIE NTM	
Nokturia - gdy toaleta wzywa cię w nocy... dr M. Zbrzeźniak	6
Powikłania po zabiegach uroginekologicznych lek. K. Futyma, prof. T. Rechberger	7
Diagnostyka i leczenie zespołu bolesnego pęcherza dr P. Radziszewski	8
Zachowawcze leczenie NTM u kobiet dr K. Postawski, prof. T. Rechberger	10
Nowości w leczeniu farmakologicznym J. Kanabrocka	12
UroConti - Stowarzyszenie Osób z NTM J. Kanabrocka	13
Wszyscy będziemy starzy - wywiad z G. Śmiarowską	14
O dramatycznej sytuacji w opiece długoterminowej E. Szwalkiewicz ..	15
PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE	
Słowacja daleko przed nami	16
Ranking woj. oddziałów NFZ	16
Niezbędne minimum M. Kowalewska, R. Jackiewicz	17
Tlenoterapia - pacjent nie wybiera R. Jackiewicz	18
Równi i równiejsi - dysproporcje w regionach J. Kanabrocka	19
Operacje z użyciem taśm na Pomorzu	20
Pracownie urodynamiczne - woj. śląskie	21
LISTY	22

Kwartalnik NTM

Redaktor Naczelny: Tomasz Michałek
Sekretarz Redakcji: Magdalena Kowalewska
Z-ca Sekretarza Redakcji: Joanna Kanabrocka
Komitet redakcyjny:
 dr med. Piotr Dobroński, dr hab. med. Piotr Radziszewski
 Klinika Urologii Akademii Medycznej w Warszawie
Zespół redakcyjny: Marta Banaszak, Karolina Ciepela,
 Rafał Jackiewicz, Elżbieta Mamos
Komentatorzy: Józef Góralczyk, Elżbieta Szwalkiewicz
Zdjęcia: Dominik Skurzak
Rysunek: Dariusz Pietrzak
Dyrektor ds. produkcji: Stanisław Mazur
Opracowanie graficzne: Dariusz Bochniak
 Adres redakcji:
 ul. Ciołka 13, 01-445 Warszawa
 tel.: (22) 46 36 400, fax: (22) 533 62 93
 e-mail: ntm@ntm.pl, magdalena.kowalewska@ntm.pl

Infolinia: 0 801 800 038
www.ntm.pl

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń oraz zastrzega sobie prawo skracania tekstów i zmiany ich tytułów.
 Nakład 4000 egzemplarzy.



Program
 Prospoteczny
 „NTM -
 Normalnie
 Życie”

Wydawca:
Studio PR
Realizacja wydawnicza:
 Warsaw Voice SA

Do Czytelników

Przekazujemy w Państwa ręce drugi w tym roku numer Kwartalnika NTM. Główny temat tego wydania to próba odpowiedzi na pytanie kto powinien leczyć nietrzymanie moczu u kobiet: ginekolog czy urolog. W artykule Marty Banaszak znajdziecie Państwo na ten temat wiele interesujących wypowiedzi ze strony ekspertów zajmujących się leczeniem NTM.

W dalszej części numeru przedstawiamy także kilka ciekawych zagadnień dotyczących już samych sposobów zwalczania problemu nietrzymania moczu. O tym jak uciążliwa może być nokturia u mężczyzn pisze dr Maciej Zbrzeźniak, natomiast o nowej opcji terapeutycznej w leczeniu śródmiąższowego zapalenia pęcherza informuje doc. Piotr Radziszewski. Przedstawiamy także możliwości leczenia zachowawczego NTM (doc. Krzysztof Postawski i prof. Tomasz Rechberger) oraz powikłania po zabiegach operacyjnych u kobiet (prof. Tomasz Rechberger i lek. Konrad Futyma). Sprawdzamy również, czy na polskim rynku pojawiły się nowe leki na NTM. Informacje o darifenacynie na pęcherz nadreaktywny i innych środkach farmakologicznych w materiale Joanny Kanabrockiej.

W wywiadzie dla Kwartalnika NTM Grażyna Śmiarowska, prezes Stowarzyszenia Promotorów i Organizatorów Opieki Długoterminowej nakreśla zasadnicze kwestie, z jakimi boryka się opieka długoterminowa. Natomiast Elżbieta Szwalkiewicz, konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych przybliży problemy nurtujące zakłady opiekuńcze.

Na łamach Kwartalnika tradycyjnie kontynuujemy dyskusję dotyczącą zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. W bloku znajdziecie Państwo problematykę niewystarczającej ilości pieluch i pieluchomajtek przysługującej w ramach refundacji oraz utrudnionych zasad ich przyznawania. Przedstawiamy także problem nierównego dostępu do refundowanych aparatów słuchowych w poszczególnych województwach. Przyglądamy się również kwestii tlenoterapii w warunkach domowych, organizowanej przez szpitale.

Zapraszamy również do stałych rubryk - do rankingu oddziałów NFZ pod względem zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne, wykazu pracowni urodynamicznych w Małopolsce, analizy wykonywanych zabiegów z użyciem taśm na Pomorzu, a także do zapoznania się z listami od naszych czytelników wraz z odpowiedziami od lekarzy-ekspertów.

Miłej lektury!

Magdalena Kowalewska

Kto powinien zajmować się diagnozowaniem i leczeniem nietrzymania moczu u kobiet?

Dwa w jednym

Marta Banaszak

Ginekolog czy urolog - kto powinien zajmować się diagnozowaniem i leczeniem nietrzymania moczu (NTM) u kobiet? Odpowiedź specjalistów na tak postawione pytanie jest krótka - ten kto się na tym zna. I to nie w teorii, ale w praktyce. Brak doświadczenia i odpowiednich kwalifikacji lekarza w tym względzie może przynieść odwrotny do oczekiwanego efekt. Do tego dochodzi interdyscyplinarność schorzenia, która wymusza by często w procesie diagnostycznym i terapeutycznym brał udział zarówno urolog, jak i ginekolog.

Pierwsze ogniwo

- *To czy kobieta odczuwająca dolegliwości związane z nietrzymaniem moczu zgłosi się najpierw do ginekologa, czy urologa jest w zasadzie sprawą drugorzędną* - twierdzi profesor Tadeusz Tołłoczko, Członek Rady Naukowej ds. Problemu NTM. - *Najważniejszą rzeczą jest aby pacjentka przełamała barierę wstydu i zdecydowała się porozmawiać o swoim problemie z lekarzem. Oczywiście jest fakt, że kobiety zamiennie częściej zwracają się ze swymi zdrowotnymi problemami do ginekologa, niż urologa. Dlatego można powiedzieć, że w praktyce ginekolog stanowi pierwsze ogniwo w procesie diagnostyczno-terapeutycznym nietrzymania moczu u kobiet.*

Dodatkowym czynnikiem wpływającym na to, że kobieta mająca problemy z NTM częściej odwiedza ginekologa, jest lepszy do niego dostęp. O ile do ginekologa pacjentka może zgłosić się bez skierowania, w przypadku urologa jest to niemożliwe.

Nie oznacza to jednak, że każdy ginekolog posiada doświadczenie w zakresie leczenia NTM. Z pewnością jednak każdy wie, że pacjentka, która skarży się na dolegliwości związane m.in. z parciem nagłymi czy popuszczaniem, musi zostać objęta specjalistyczną opieką medyczną. Dlatego też ginekolog nie posiadający wystarczającego doświadczenia w leczeniu nietrzymania moczu powinien wskazać pacjentce ośrodek i specjalistę, który pomoże jej wygrać z tym problemem.

- *Zaburzenia związane z oddawaniem moczu stanowią problem, którym z tytułu*

swojej istoty, a nawet nazwy jest częściej przedmiotem zainteresowań badawczych i terapeutycznych urologów. Istnieje jednak konieczność ich współdziałania zarówno z ginekologami jak i neurologami - dodaje profesor Tołłoczko.

Zarówno ginekolodzy, jak i urolodzy zajmujący się problemem nietrzymania moczu u kobiet przyznają, że z kierowaniem pacjentek do ośrodków mających doświadczenie w leczeniu NTM jest różnie.

- *To czy lekarz przyzna się zarówno sam przed sobą, jak i przed pacjentką, że nie ma wystarczającego doświadczenia w leczeniu nietrzymania moczu i dlatego odsyła ją do innego specjalisty, jest kwestią uczciwości i samokrytycyzmu* - dodaje profesor Tomasz Rechberger, kierownik II Katedry i Kliniki Ginekologii Akademii Medycznej w Lublinie, przewodniczący Sekcji Uroginekologii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. - *Niestety zdarza się, że lekarze, którzy mają niewielkie pojęcie o leczeniu nietrzymania moczu u kobiet, podejmują się tego zadania, nie licząc się z konsekwencjami. A wiem jak bardzo mogą być one bolesne dla pacjentek, gdyż często zdarza się, że do ośrodka, którym kieruję, trafiają panie po nieudanych próbach leczenia NTM.*

Potrzebna współpraca

- *Dotychczas diagnozowanie i leczenie dolegliwości nietrzymania moczu były domeną urologów* - twierdzi profesor Andrzej Borkowski, kierownik Katedry i Kliniki Urologii Akademii Medycznej w Warszawie. - *Pojawienie się nowych, małoinwazyjnych technik leczenia spowodowało, że problemem tym zajmują się również ginekolodzy. Trudno jednoznacznie stwierdzić, który specjalista w tym zakresie jest w stanie bardziej pomóc pacjentce. Na pewno powinien robić to ten, kto się na tym zna. A to zależy od umiejętności i doświadczenia lekarza, ale i również od rodzaju schorzenia. Jeżeli nietrzymanie moczu współistnieje z wypadaniem narządu miednicy, to prawdopodobnie ginekolog jest tą osobą, która powinna poprowadzić leczenie. Natomiast mieszane postaci NTM, powikłania po leczeniu, są raczej domeną urologów.*

Zdarza się, że nietrzymanie moczu u kobiet nie jest jedyną dolegliwością w obrębie dna miednicy. Wówczas okazuje się, że kompetencje jednego specjalisty nie wystarczają.

- *Przewaga ginekologa polega na większych możliwościach rozpoznawania i przede wszystkim leczenia, często współistniejących z nietrzymaniem moczu, zaburzeń statyki dna miednicy, jak na przykład cystocoele, recto i enterocoele, obniżenie lub wypadanie macicy* - tłumaczy profesor Włodzimierz Baranowski - Kierownik Kliniki Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej z Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie.

Ginekolodzy zwracają również uwagę na to, że nietrzymanie moczu staje się problemem masowym i sami urolodzy nie są w stanie zapewnić wszystkim pacjentkom pomocy medycznej. Szacuje się, że w Polsce tego typu dolegliwości dotyczą około 10-15 procent kobiet.

Urolodzy nie negują przytoczonych argumentów. Dla nich jednak całkowite pominięcie urologa w procesie diagnostycznym i terapeutycznym nietrzymania moczu, jest merytorycznie nieuzasadnione.

- *Już w samej nazwie schorzenia kryje się odpowiedź wskazująca na to, który specjalista powinien zajmować się jego leczeniem* - dodaje dr n. med. Mariusz Blewniewski, specjalista urolog, z II Kliniki Urologii UM w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Mikołaja Kopernika w Łodzi. - *Oczywistym jest fakt, że nie każdy urolog jest w stanie wykonać u pacjentki zabieg rekonstrukcji dna miednicy mniejszej. Tak samo nie każdy ginekolog poradzi sobie z leczeniem operacyjnym NTM, a następnie leczeniem ewentualnych powikłań, na przykład pod postacią zalegania moczu po mikcji czy parć nagłych. O tym jednak, że specjaliści wspomnianych specjalizacji na równi upoważnieni są do tego, aby zajmować się leczeniem nietrzymania moczu i współtowarzyszących dolegliwości u kobiet dowodzi fakt, iż od przyszłego roku, prawdopodobnie, rekonstrukcja dna miednicy mniejszej i NTM będą mogli zajmować się nie tylko ginekolodzy, ale również urolodzy.*



Na straży rodzącej się dopiero w Polsce uroginekologii ma stać między innymi Sekcja Uroginekologiczna Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego.

- Sekcja stawia sobie za cel stworzenie pewnego konsensusu współpracy między urologami i ginekologami. My dotykamy dolnego odcinka układu moczowego. Pęcherz moczowy tak integralnie związany jest z narządami rodnymi kobiety, że ich rozdzielenie w leczeniu byłoby absolutnie sztuczne - tłumaczy profesor Tomasz Rechberger. - Jako ginekolodzy nie zajmujemy się innymi patologiami pęcherza. Polipy, nowotwory, kamica układu moczowego czy nieprawidłowości anatomiczne są wyłącznie domeną urologów, ale zaburzenia czynnościowe pęcherza, których najczęstszą przyczyną są porody drogami natury muszą znaleźć się w polu zainteresowania ginekologów.

Utworzenie nowej specjalizacji ma zagwarantować wymierne korzyści dla pacjentek.

Wspólne zainteresowania

Współpraca między ginekologiem a urologiem w diagnozowaniu i leczeniu nietrzymania moczu jest niezbędna. Problem jednak w tym, że w praktyce zbyt rzadko do niej dochodzi. Powodem są między innymi kwestie organizacyjne, jak również niekiedy zbyt duża wiara w swoje umiejętności specjalisty, który nie widzi potrzeby przeprowadzenia dodatkowej konsultacji. Wiele w tym względzie zmieniłoby wprowadzenie do polskiej medycyny uroginekologii - specjalności, która łączy wspomniane dwie dziedziny.

- Kwestie dotyczące diagnozowania i leczenia w Polsce pacjentek z dolegliwościami nietrzymania moczu wymagają uporządkowania - twierdzi prof. Jan Kotarski, Prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, z I Katedry i Kliniki Ginekologii AM w Lublinie. - Pomóc ma w tym wprowadzenie nadspecializacji uroginekologicznej, adresowanej zarówno do urologów jak i ginekologów chcących profesjonalnie zajmować się wspomnianym problemem oraz towarzyszącymi mu dolegliwościami. Aktualnie pracujemy nad programem dla obydwu grup specjalistów, którzy zdecydu-

ją się na podjęcie dwuletnich studiów podyplomowych z zakresu uroginekologii. Jeśli nasza inicjatywa uzyska poparcie Polskiego Towarzystwa Urologicznego to mam nadzieję, że do końca roku projekt programu powinien być gotowy i wtedy przystąpimy do dalszych prac legislacyjnych.

Celem utworzenia nadspecializacji uroginekologicznej jest odpowiednie przygotowanie urologów i ginekologów do samodzielnego działania w przypadku diagnostyki i leczenia nietrzymania moczu u kobiet.

- Niektórzy mówią o uroginekologii, mają na myśli ścisłą współpracę urologów z ginekologami oraz ginekologów z urologami, niezbędną między innymi do leczenia wspomnianych dolegliwości - wyjaśnia prof. Jan Kotarski. - Otóż, nie do końca się z takim podejściem zgadzam. Nie chodzi przecież o to, aby w badaniu diagnostycznym czy zabiegu wykonywanym u pacjentki z nietrzymaniem moczu, brali udział obaj specjaliści. Ważne jednak by przeprowadzał to lekarz, który posiada kompleksową wiedzę na temat tego schorzenia i towarzyszących mu dolegliwości. Czy będzie to urolog szkolący się z zakresu uroginekologii czy ginekolog dokształcający się w tej dziedzinie, jest sprawą drugorzędą.

- Efektem stworzenia możliwości kształcenia się ginekologów w zakresie uroginekologii powinno być zwiększenie dostępności pacjentkom z problemem nietrzymania moczu do specjalistów, którzy są przygotowani do zapewnienia im fachowej opieki medycznej - wyjaśnia dr Krzysztof Solana, ginekolog-położnik, „ULTRA-MED“ w Tykach. - Należy jednak zdawać sobie sprawę z faktu, że nie nastąpi to od razu. Tak jak w każdej innej specjalizacji, to praktyka i lata doświadczeń mogą z lekarza uczynić mistrza. Trzeba się więc pogodzić, że nie każde leczenie pacjentki zakończy się pełnym sukcesem. Ważne jednak, aby lekarze, którzy zaczynają zajmować się problemem nietrzymania moczu, chcieli pytać, współpracować, dyskutować ze specjalistami mającymi już w tej dziedzinie doświadczenie. Pozytywnym sygnałem jest to, że wspomniana współpraca rozwija się już w środowisku ginekologów, czego nie można niestety uważać między ginekologami a urologami. Zapewne chęci są, ale brakuje inicjatywy. Aktualnie odbywające się kursy i szkolenia w klinikach ginekologicznych i urologicznych, dotyczące problemu NTM są załącznikiem współpracy między ginekologami i urologami.

Nokturia - gdy toaleta wzywa Cię w nocy, przyczyny i następstwa

dr n. med. Maciej T. Zbrzeźniak
adiunkt w Klinice Urologii CMKP w Warszawie



Nokturia była dotychczas zwykle kojarzona z łagodnym rozrostem stercza (BPH - Benign Prostatic Hyperplasia) jako jeden z dominujących objawów podrażnieniowych pochodzących z dolnych dróg moczowych (LUTS - Lower Urinary Tract Symptoms). Wraz z rozwojem wiedzy dotyczącej czynności układu moczowego poznajemy kolejne przyczyny częstego wstawania w nocy z koniecznością oddania moczu. Badania przeprowadzone w ostatnich latach wykazały znaczny wpływ nokturii na jakość życia chorych, u których występuje. Dokładne poznanie przyczyn zaburzenia pozwala na indywidualne i skuteczne leczenie chorych, prowadzące do poprawy ich jakości życia (QoL - Quality of Life).

Definicja

Nokturia jest definiowana przez Międzynarodowe Towarzystwo Kontynencji (ICS - International Continence Society) jako dolegliwość zmuszająca do obudzenia się celem oddania moczu jedno lub wielokrotnie w ciągu nocy (z zastrzeżeniem, że mikcja jest poprzedzona snem, który także po niej następuje). Jednocześnie należy wspomnieć, iż prawie co drugi mężczyzna w przedziale wieku 55-75 lat wstaje raz

w nocy, aby opróżnić pęcherz, dlatego też dla celów epidemiologicznych nokturią określa się co najmniej dwukrotne przebudzenie się i mikcję w czasie przeznaczonym na sen.

Przyczyny nokturii

Nokturia może być spowodowana przez wiele czynników, które często nakładają się na siebie dając różny obraz choroby. Wśród dominujących czyn-

ników wpływających na częstotliwość mikcji nocnych należy wymienić:

1. Poliurię (czyli zwiększenie objętości oddawanego moczu), która może być wtórna do:
 - a. cukrzycy,
 - b. znacznej podaży płynów przez cały dzień.
2. Poliurię nocną (zwiększenie objętości moczu oddawanego w porze snu), spowodowaną:
 - a. brakiem zagęszczania moczu w godzinach snu spowodowanym deficytem hormonu antydiuretycznego (odpowiedzialnego za nieprzedostawanie się zbyt dużych ilości wody z organizmu do moczu),
 - b. niewydolnością serca, co powoduje zwiększenie filtracji w nerkach w pozycji leżącej,
 - c. wypiciem kawy, alkoholu lub dużej ilości płynów przed snem,
 - d. stosowaniem leków zwiększających wydzielenie moczu w godzinach wieczornych.
3. Zmniejszenie nocnej pojemności pęcherza w następstwie:
 - a. nadreaktywności wypieracza (niekontrolowanych skurczów pęcherza odczuwanych jako nagłe parcie na mocz),
 - b. BPH i powstającej w jego przebiegu przeszkody w odpływie moczu (co często prowadzi do nadreaktywności wypieracza),
 - c. znacznego zalegania moczu po jego odda-

niu (doprowadzającego do zmniejszenia czynnościowej objętości pęcherza),
d. czuciowej postaci częstomoczu (chory wcześniej odczuwa wypełnienie pęcherza niż powinien).

Wpływ nokturii na sen i jakość życia

Nokturia jest jednym z najbardziej uciążliwych objawów u chorych z LUTS w przebiegu BPH. Biorąc pod uwagę uciążliwość objawów 58% chorych na BPH wymienia nokturię na pierwszym miejscu. Jest to objaw przeszkadzający także partnerkom pacjentów, bo blisko 60% przyznaje, że budzi je nocne wstawanie partnerów. Badania mężczyzn po 50 roku życia dowodzą, iż nokturia jest najczęstszą przyczyną zaburzeń snu. Wraz ze wzrostem częstotliwości oddawania moczu po położeniu się spać nasilają się zaburzenia snu, takie jak częste budzenie się w nocy i słaby sen. Co więcej częstomocz nocny poprzez obniżenie jakości snu wpływa na pogorszenie odczuwanej witalności w ciągu dnia i ogólnego samopoczucia. Zaburzenia snu prowadzą do osłabienia koncentracji, pogorszenia funkcji poznawczych, zmniejszenia wydajności pracy. Nadmierne zmęczenie i spadek koncentracji na skutek braku snu uważa się za znaczący czynnik ryzyka kolizji drogowych i wypadków przy pracy. Brak snu wtórny do nokturii może zwiększać ryzyko zachorowalności w przypadku depresji, choroby wieńcowej i cukrzycy, a także ryzyko śmierci. W związku z rozwojem wiedzy na temat następstw nocnego wstawania opracowywane są metody pomiaru nokturii oraz jej wpływu na jakość snu i jakość życia.

Pomiar nokturii

Ostatnio został opracowany kwestionariusz, który koncentruje się na ilościowym aspekcie nokturii i pozwala zmierzyć jej wpływ na jakość snu i jakość życia. Specyficzny dla nokturii kwestionariusz jakości życia (N-QoL - Nocturia Specific Quality of Life questionnaire) wymaga od chorego oceny w pięciostopniowej skali nasilenia następstw konieczności wstawania w nocy w celu oddania moczu w okresie poprzedzających dwóch tygodni. Pytania dotyczą:

- * utrudnienia koncentracji w ciągu dnia,
- * ogólnego uczucia braku energii w ciągu dziennej aktywności,
- * konieczności drzemki w ciągu dnia,
- * zmniejszenia wydajności pracy,
- * ograniczenia udziału w aktywnościach sprawiających przyjemność,
- * zachowania ostrożności co do pory i ilości spożywanych płynów,
- * utrudniania wstawiania się w nocy,
- * obawy przed przeszkadzaniem innym z powodu konieczności wstawiania w nocy,
- * obawy przed nasileniem się objawów,
- * obawy przed brakiem skutecznego leczenia choroby.

Samodzielne wypełnienie tego kwestionariusza przez chorego zajmuje około 5 minut.

Nową metodą pomiaru jakości snu jest określenie godzin nieprzerwanego snu (HUS - Hours of Undisturbed Sleep). Badania wykazały, że głęboki, regenerujący sen występuje w pierwszych godzinach po zaśnięciu, podczas gdy w drugiej części nocy dominuje sen lżejszy (mniej regeneracyjny). Odpowiednia aktywność dzienna jest uzależniona od długości snu głębokiego, zatem konieczność przebudzenia w ciągu pierwszych 3-4 godzin po położeniu się spać (w czasie przeznaczonym na sen głęboki) w znacznie większym stopniu utrudnia wstawianie się i regenerację niż konieczność wstawiania w późniejszej fazie nocy. Z tego wynika, iż jakość snu i tym samym wpływ na prawidłową aktywność w ciągu dnia są uzależnione nie tylko od częstotliwości mikcji nocnych, ale od pory nocy, kiedy występują. Na podstawie tych obserwacji stworzono koncepcję HUS jako narzędzia, którym można mierzyć jakość snu. Godziny nieprzerwanego snu (HUS) są określane jako długość czasu pomiędzy zaśnięciem a pierwszym przebudzeniem w celu oddania moczu (wywołanym parciem na mocz). Wykazano, że zmniejszenie częstotliwości oddawania moczu w nocy koreluje z wydłużeniem HUS i poprawą

QoL, co sugeruje, iż występuje zależność pomiędzy częstotliwością oddawania moczu w ciągu nocy, HUS i jakością życia.

Aktualnie coraz szerzej do oceny jakości snu jest używana aktygrafia. Jest to metoda wykorzystująca miernik ruchu założony na nadgarstek, który rejestruje aktywność fizyczną pacjenta w czasie nocy. Miernik jest wielkości małego zegarka i nie jest uciążliwy dla chorego. Podłączenie miernika do komputera i obróbka przy pomocy specjalnego programu pozwala na przedstawienie graficznie aktywności badanego w czasie snu, odczytanie momentów pionizacji i przemieszczania się, a na tej podstawie kalkulację tzw. skuteczności snu (biorąc pod uwagę różną głębokość snu w ciągu nocy według koncepcji HUS). Stosowanie aktyigrafii w połączeniu z dziennikiem snu jest aktualnie zalecanym sposobem pomiaru jakości odpoczynku nocnego.

Leczenie

Leczenie LUTS w przebiegu BPH kojarzyło się do niedawna z farmakoterapią oscylującą wokół problemu powiększonego stercza. Poznanie zagadnień związanych z czynnością dolnych dróg moczowych oraz wielu czynników wpływających na powstanie LUTS pozwala patrzeć na problem nokturii bardziej całościowo, a także indywidualizować leczenie w zależności od przyczyn powstania patologii.

W warunkach fizjologicznych nie więcej niż 33-35% objętości moczu wydalanego w czasie całej doby jest produkowane w nocy. Stan, w którym odsetek ten jest większy nazywamy poliurią nocną, która w większości przypadków jest spowodowana niedoborem hormonu antydiuretycznego w podeszłym wieku. Taką etiologię nokturii należy brać pod uwagę szczególnie u chorych, którzy sami relacjonują, iż według ich oceny oddają dużo moczu w ciągu nocy, a porcje moczu są tak samo duże jak w ciągu dnia. Stwierdzenie znacznego odsetka

objętości moczu wydalanego w godzinach nocnych pozwala rozważać leczenie substytucyjne hormonem antydiuretycznym (desmopresyną). Postępowanie takie nie ma co prawda ustalonych standardów, ale u wybranych chorych może w znaczący sposób zmniejszać nokturie, poprawiając ich jakość życia.

Wnioski

Nokturia jest objawem, który może być spowodowany przez wiele stanów chorobowych, dlatego należy zwracać szczególną uwagę na wykrycie czynników (poza BPH), które mogą wywoływać częste mikcje w porze nocnej, jak pęcherz nadreaktywny, poliuria nocna czy nawyki dotyczące spożywania płynów. Konieczność oddawania moczu kilka razy w ciągu nocy jest oceniana przez chorych na BPH jako najbardziej uciążliwy objaw choroby, który ma istotny wpływ na jakość snu i jakość życia. Konieczna jest zatem odpowiednia ocena nokturii zarówno w badaniach naukowych, jak i w codziennej praktyce klinicznej. Budzenie się w pierwszych godzinach po zaśnięciu ma największy wpływ na jakość snu, ponieważ najbardziej regenerująca organizm ludzki faza snu występuje w pierwszej części nocy. Dlatego w ocenie jakości snu jest ważne nie tylko pomiar częstotliwości mikcji nocnych, ale także określenie godzin nieprzerwanego snu (HUS), czyli czasu od zaśnięcia do pierwszego przebudzenia w celu oddania moczu. Do narzędzi umożliwiających prawidłową diagnostykę nokturii i związanej z nią jakości życia należą dzienniczek snu w połączeniu pomiarem objętości oddawanego moczu, pomiar HUS oraz kwestionariusz N-QoL. Z uwagi na możliwość miarodajnej oceny przyczyn częstomoczu nocnego leczenie ich powinno być indywidualnie dobrane u każdego chorego.

Powikłania po zabiegach uroginekologicznych

lek. med. Konrad Futyma, prof. dr hab. med. Tomasz Rechberger
II Katedra i Klinika Ginekologii AM w Lublinie

W dniach 26-28 kwietnia w Lublinie odbyło się Ogólnopolskie Sympozjum Naukowe Sekcji Uroginekologii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego „Uroginekologia XXI wieku”. Tematyka Sympozjum spotkała się z bardzo dużym zainteresowaniem wśród lekarzy zajmujących się leczeniem wysiłkowego NTM i zaburzeń statyki narządów miednicy mniejszej u kobiet. W trakcie

wykładów mogli oni zapoznać się z najnowszymi technikami operacyjnymi, materiałami oraz obowiązującymi standardami diagnostycznymi i terapeutycznymi.

Poniżej prezentujemy wybrane zagadnienia przedstawione podczas sympozjum, dotyczące powikłań po zabiegach uroginekologicznych (więcej na temat nowości z sympozjum ukazało się w 7 numerze Newslettera NTM).

Ryzyko operacji

Szerokie zastosowanie biomateriałów w uroginekologii rekonstrukcyjnej niesie ryzyko wystąpienia różnego rodzaju powikłań. Rzadko są one przyczyną trwałego kalectwa lub bezpośrednią przyczyną zgonu pacjentki, jednak negatywne odczucia zwią-

cd na str. 9

Diagnostyka i leczenie zespołu bolesnego pęcherza

dr hab. med. Piotr Radziszewski
Katedra i Klinika Urologii AM w Warszawie

Zespół bolesnego pęcherza to występowanie dolegliwości bólowych w obrębie pęcherza, przy braku uchwytnych procesów patologicznych, które mogłyby tłumaczyć takie objawy. Tak więc, gdy podczas napękania się pęcherza pojawia się ból, współistniejący z parciem nagłym, często-moczem, a badania dodatkowe są w normie, można z dużym prawdopodobieństwem rozpoznać zespół bolesnego pęcherza.

Najczęściej chorują kobiety. Ocenia się, że częstość występowania zespołu bolesnego pęcherza wynosi 100-200 przypadków/100 000 kobiet (w odniesieniu do mężczyzn to liczba około 10-30/100 000 mężczyzn). Schorzenie może dotyczyć pacjentów w każdym wieku. Chorują zarówno młode osoby, jak i pacjenci w wieku podeszłym.

Ocenia się, że średni czas od wystąpienia dolegliwości do postawienia rozpoznania wynosi około 5 lat. Jest to związane z niespecyficznymi objawami schorzenia oraz koniecznością postawienia tzw. „rozpoznania z wykluczenia“.

Uważa się, że u podstaw powstawania zespołu bolesnego pęcherza leży tzw. zapalenie neurogenne pęcherza. Jest to niebakteryjny proces zapalny, powodujący podrażnienie nerwów czuciowych oraz zmianę przepuszczalności nabłonka urotelialnego, a w efekcie tych zmian pojawienie się parć nagłych i dolegliwości bólowych. Zapalenie neurogenne, przebiegające z aktywacją włókien czuciowych było opisywane w wielu tkankach i narządach, np. skórze, stawach, oku, drogach oddechowych. Sugeruje się, że może ono odgrywać znaczną rolę w patofizjologii astmy oskrzelowej, zapalenia stawów czy migreny.

Istnieje wiele teorii na temat czynnika sprawczego, powodującego powstanie zespołu bolesnego pęcherza. Uważa się, że przebyta infekcja bakteryjna dróg moczowych, silny stres (i wydzielanie do krwiobiegu hormonów nadnerczy), a także zaburzenia immunologiczne mogą prowadzić do zmiany przewodnictwa we włóknach nerwowych unerwiających pęcherz, co z kolei powoduje wzrost przepuszczalności nabłonka urotelialnego, zniszczenie na jego powierzchni warstwy glikoaminoglikanów i wnikanie do ściany pęcherza drażniących substancji, które normalnie nie są w stanie przeniknąć bariery urotelium.

Aby rozpocząć leczenie zespołu bolesnego pęcherza należy przede wszystkim postawić właściwe rozpoznanie. Diagnostyka powinna

składać się z:

- badania ogólnego moczu wraz z posiewem; przy czym badania te należy powtórzyć kilkakrotnie. Jeśli nie stwierdza się infekcji bakteryjnej, wówczas należy rozważyć jeszcze wykonanie badań w kierunków nietypowych uropatogenów takich jak Chlamydie i Mycoplasmy. Stwierdzenie jałowego ropomoczu (znaczną liczbą leukocytów) powinno skłonić do diagnostyki w kierunku gruźlicy urogenitalnej,
- badania usg, z oceną górnych dróg moczowych, pojemności pęcherza i zalegania moczu po mikcji,
- cytologii osadu moczu,
- cystoskopii (ewentualnie w z znieczuleniu, gdy pobierane są wycinki),
- badania urodynamicznego, przy podejrzeniu zaburzeń czynnościowych dolnych dróg moczowych.

ZESPÓŁ BOLESNEGO PĘCHERZA
kobiety: 100-200 przypadków / 100 000
mężczyźni: 10-30 przypadków / 100 000

Diagnostyka ta zmierza do wykluczenia następujących schorzeń, które mogą dawać podobne objawy jak zespół bolesnego pęcherza: infekcji, kamicy, nowotworów, zaburzeń czynnościowych mikcji, wad układu moczowego.

Po postawieniu rozpoznania należy rozpocząć leczenie, które składa się z terapii łagodzącej objawy (ból, parcia nagłe) oraz leczenia zmierzającego do przerwania błędnego koła napędzającego zapalenie neurogenne w obrębie pęcherza. W terapii zespołu bolesnego pęcherza zarysowują się dwie wyraźne grupy: leczenie zabiegowe oraz farmakologiczne, które także czasami wymaga zabiegu, jakim jest cewnikowanie pęcherza moczowego.

Leki doustne można podzielić na kilka kategorii, w zależności od proponowanego mechanizmu działania. Zgodnie z koncepcją, iż przyczyną zespołu bolesnego pęcherza jest uszkodzenie warstwy glikoaminoglikanów na powierzchni nabłonka pęcherza, w użyciu są leki mające po podaniu doustnym lub dopęcherzowym odbudowywać ich strukturę. Do odbudowy ochronnej warstwy glikokaliksłu służy popularny w USA i Europie pentozopolisarczan sodowy (nieodstępny w Polsce). W leczeniu doustnym stosowane są także sterydy, hormony oraz leki przeciwhistaminowe. Równie czę-

sto co pentozopolisarczan sodowy, stosowane są trójcykliczne leki przeciwdepresyjne (z uwagi na działanie antycholinergiczne i adrenomimetyczne). Obiecujące efekty w łagodzeniu przewlekłych objawów bólowych uzyskano po zastosowaniu gabapentyny, która działa na receptory GABA-ergiczne zlokalizowane w mózgu i rdzeniu kręgowym. Pojawiły się doniesienia o zastosowaniu leków cytotastycznych (cyklosporyna).

Farmakoterapia dopęcherzowa ma głównie za zadanie odtwarzanie uszkodzonej warstwy urotelium i zapobieganie jego wzmożonej przepuszczalności dla drażniących czynników zewnętrznych. Ponadto środki stosowane dopęcherzowo mają hamować wydzielanie mediatorów stanu zapalnego i hamować rozwój zapalenia neurogenne pęcherza moczowego. Jednym z najwcześniej stosowanych leków jest heparyna, która należy do grupy glikoaminoglikanów, a odkładając się na powierzchni ściany pęcherza, odtwarza warstwę ochronną. Dodatkowo wykazuje działanie przeciwzapalne, hamuje proliferację fibroblastów oraz angiogenezę.

Rozwinięciem tej metody jest podawanie kwasu hialuronowego (jedynego nie siarczanowanego glikoaminoglikanu). Kwas hialuronowy odtwarza fizjologiczną warstwę glikoaminoglikanów w nabłonku urotelialnym, wykazując znacznie większe właściwości przylegające do nabłonka niż heparyna. Stosuje się go w postaci wlewk dopęcherzowych raz w tygodniu. Preparat kwasu hialuronowego o nazwie Cystistat® jest w chwili obecnej jedynym lekiem stosowanym w leczeniu zespołu bolesnego pęcherza, zarejestrowanym w Polsce. Badania wykonane w Klinice Urologii AM w Warszawie wykazały, że stosowanie Cystistatu® przez 8 tygodni powoduje zmniejszenie się dolegliwości bólowych o 25%, a parć nagłych o 21% (Radziszewski i wsp., 2007).

W przypadku niepowodzenia leczenia zachowawczego, należy wdrożyć leczenie zabiegowe. Leczenie zabiegowe w chwili obecnej to głównie stosowanie neurotoksyn w postaci zastrzyków dopęcherzowych (toksyna botulinowa) oraz zabiegi operacyjne zmierzające do powiększenia pęcherza (ileocystoplastyka).

W wyjątkowych przypadkach jako ostateczne rozwiązanie należy rozważyć usunięcie pęcherza i ponadpęcherzowe odprowadzenie moczu.

Literatura:

1. P. Radziszewski, A. Gugata, T. Borkowski, A. Borkowski, *Skuteczność kwasu hialuronowego w łagodzeniu objawów zespołu bolesnego pęcherza* (w druku).
2. P. Radziszewski, M. Majewski, *Neurouroginekologia - pęcherz nadreaktywny i zespół bólowy pęcherza moczowego*. „Uroginekologia Praktyczna”, red. T. Rechberger, Bifolium 2007.

Powikłania po zabiegach uroginiekologicznych

cd ze str. 7

zane z pogorszeniem jakości życia skłania pacjentki do poszukiwania specjalistycznej pomocy lekarskiej. U pacjentek po operacjach uroginiekologicznych odsetek powikłań śród- i pooperacyjnych jest wysoki i sięga nawet 46%. Śródoperacyjnie najczęściej dochodzi do uszkodzenia ściany pęcherza moczowego, cewki, moczowodów oraz jelita grubego. Rzadziej występującymi powikłaniami są uszkodzenia nerwów miednicy mniejszej, krwiaki pola operacyjnego czy uszkodzenie jelita cienkiego. Postępowanie w przypadku uszkodzenia ściany pęcherza, cewki i moczowodów opiera się chirurgicznej rekonstrukcji ciągłości ścian oraz katetyryzacji. W przypadku uszkodzenia jelita konieczne jest również natychmiastowe zaopatrzenie chirurgiczne i intensywne antybiotykoterapia o szerokim spektrum działania. Powikłania erozyjne dotyczą do 10% operowanych kobiet. Najczęstszymi objawami erozji są upławy, krwawienia, dyspareunia,

bóle. W przypadku erozji taśmy do dróg moczowych nasilają się objawy dyszuryczne, może pojawić się krwinkomocz, infekcje dolnych dróg moczowych, a nawet zatrzymanie moczu. W przypadku wystąpienia erozji postępowanie kliniczne zależy od wielkości i umiejscowienia uszkodzenia, rodzaju siatki oraz obecności lub braku wkładników infekcji. W przypadku siatek monofilamentowych należy jedynie usunąć fragment wystający do światła pochwy, zastosować antybiotyk oraz miejscowo działające estrogeny. W przypadku implantów multifilamentowych należy dążyć do całkowitego usunięcia protezy. Jedynie takie radykalne postępowanie gwarantuje ustąpienie objawów i uchroni pacjentkę od nawrotów. Wystąpienie infekcji okolicy implantowanego graftu mogą prowadzić nawet do jego odrzucenia. Dlatego w przypadku zabiegów wykorzystujących syntetyczne materiały protezujące, należy bezwzględnie przestrzegać zasad aseptyki okołozabiegowej oraz stosować profilaktyczną antybiotykoterapię okołoperacyjną. W przypadku infekcji układu moczowego konieczne jest zastosowanie celowanej antybiotykoterapii po

wcześniejszym pobraniu moczu na posiew i wykonaniu antybiogramu. Intensywne i odpowiednio ukierunkowanie leczenia powikłań pozwoli na uniknięcie zaprzepaszczenia efektu terapeutycznego i pogorszenia jakości życia pacjentek.

Ukryte nietrzymanie moczu

Innego rodzaju „powikłaniem“ operacyjnego leczenia zaburzeń statyki narządu płciowego kobiet jest wystąpienie wysiłkowego NTM. Ukryte nietrzymanie moczu związane z zaburzeniami statyki występuje nawet u 80% kobiet. Dlatego wydaje się, że diagnostyka urodynamiczna powinna być rutynowo przeprowadzana u pacjentek z II, III i IV° wypadania narządu płciowego wg klasyfikacji POP-Q. Pozwoli to na dokonanie pełnego rozpoznania i ewentualne jednoczesowe zastosowanie odpowiedniego leczenia w trakcie pierwotnie planowanego zabiegu korygującego. Takie postępowanie istotnie zwiększa komfort życia pacjentek po zabiegach i nie wpływa negatywnie na funkcjonowanie kobiety. ■

cystistat[®]

Sodium hyaluronate

Cierpisz na zespół bolesnego pęcherza?

cystistat[®] odbudowuje warstwę ochronną nabłonka pęcherza.


SymPhar

Więcej informacji: SymPhar Sp. z o.o., ul. Włoska 1, 00-777 Warszawa
tel. (22) 822 93 06, www.symphar.com

BIONICHE
PHARMA GROUP LIMITED

CE 0473

CYS/062007-01

Zachowawcze metody leczenia nietrzymania moczu u kobiet

dr hab. Krzysztof Postawski, prof. dr hab. Tomasz Rechberger
II Katedra i Klinika Ginekologii AM w Lublinie

Zachowawcze leczenie nietrzymania moczu (NTM) obejmuje metody terapeutyczne, których celem jest likwidacja bądź zmniejszenie objawów choroby ale bez stosowania farmakoterapii czy zabiegu chirurgicznego. Wspomniane postępowanie uznawane jest aktualnie za główną i wstępną formę terapii tak w przypadkach wysiłkowej jak i naglącej formy schorzenia. Metody zachowawcze w postaci zmiany dotychczasowego stylu życia, fizykoterapii, ćwiczeń pęcherza moczowego, czy zastosowania środków mechanicznych drogą pozacewkową, wewnątrzpochwową bądź wewnątrzcewkową, rekomendowane są przede wszystkim u chorych, u których występuje niewielkie nasilenie objawów klinicznych choroby, a także u planujących w przyszłości posiadanie dzieci. Stosowane są one także, gdy występuje obawa przed leczeniem chirurgicznym, bądź gdy zabieg operacyjny jest przeciwwskazany.

Leczenie zachowawcze NTM pociąga za sobą niskie ryzyko wystąpienia powikłań i nie posiada negatywnego wpływu na wyniki innych metod terapeutycznych, a jako tania i nieskomplikowane, powinno być zalecane nawet przez lekarzy niespecjalistów.

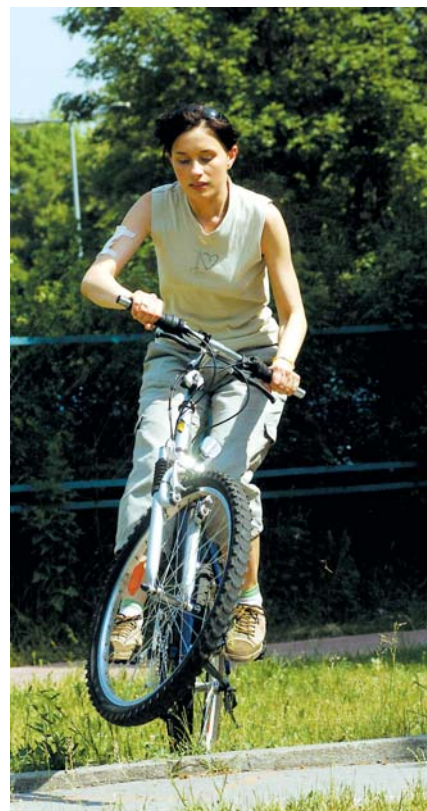
Leczenie zachowawcze wymienionych form NTM należy rozpoczynać od zalecenia choremu ćwiczeń Kegela, aplikację kulek albo stożków dopochwowych, elektrostymulację bądź użycie zmiennego pola magnetycznego. Wymienione sposoby fizykoterapii mają na celu poprzez spowodowanie hipertrofii włókien mięśniowych, poprawę koordynacji ruchowej i wzmocnienie siły skurczu dźwigaczy odbytu i zwieraczy cewki moczowej, co finalnie prowadzi do wzrostu ciśnienia śródcewkowego. Ćwiczenia Kegela wykonywane regularnie do 100 razy na dobę przez okres co najmniej 8 tygodni wyzwalają ponadto odruch unoszenia cewki moczowej poprzedzający o 200-250 msek. wzrost ciśnienia w pęcherzu moczowym przed mikcją. W początkowym okresie nadzór nad ćwiczącą powinien być sprawowany przez wykwalifikowanego instruktora albo za pomocą metod opartych o tzw. biofeedback czyli rejestrację przy użyciu sprzętu monitorującego fizjologiczne funkcje organizmu, których badana osoba nie jest świadoma. Do najpowszechniej stosowanych sposobów monitoringu nad prawi-

dością wykonywanych ćwiczeń mięśni dna miednicy mniejszej, których skurcz wywołuje zmniejszenie światła pochwy, należą wykorzystujące biofeedback metoda digitalna albo z użyciem perineometru. Poprzez umożliwienie samokontroli, skracają one istotnie czas nauki skutecznego treningu osłabionych grup mięśniowych odpowiedzialnych za trzymanie moczu.

Nieliczne badania randomizowane nad skutecznością fizykoterapii wykazały, że ćwiczenia Kegela prowadzące do znacznej poprawy u 67% kobiet, a nawet wyleczenia wysiłkowego nietrzymania moczu, są bardziej efektywne niż elektrostymulacja oraz trening mięśni miednicy mniejszej przy użyciu stożków czy kulek dopochwowych i obok innych metod leczenia zachowawczego mogą być wykorzystywane do wspomagania terapii w przypadkach zespołu nadreaktywnego pęcherza moczowego (OAB). W zespole tym najlepsze wyniki uzyskiwane są przy użyciu elektrostymulacji, która po rocznym stosowaniu prowadzi do wyleczenia ok. 1/3 kobiet, a u ponad 70% przynosi znaczną poprawę.

Aplikacja mechanicznych środków dopochwowych (pessariów) albo docewkowo, rekomendowana jest w przypadkach występowania wysiłkowego NTM. Wywołany przez pessarium stały ucisk na cewkę moczową prowadzi do poprawy nawet u 24% chorych. Odsetek ten jest jednak niższy, gdy uprzednio był wykonywany zabieg operacyjny w miednicy mniejszej. Zastosowanie wykazujących stosunkowo wysoką skuteczność mechanicznych środków docewkowych (43%), obarczone jest wystąpieniem stanu zapalnego dróg moczowych u co trzeciej leczonej.

Należy wspomnieć, że w arsenale środków stosowanych do zachowawczego leczenia tak wysiłkowego jak i naglącego NTM, znajdują się także ortostatyczne wkładki Colpexin produkcji krajowej. W kuli przypominającej piłeczkę do tenisa stołowego umieszczona jest druga, cięższa i o mniejszej średnicy. Wkładka umieszczona za przedsionkiem pochwy wywołuje ucisk tylnej ściany cewki moczowej, a powstające podczas aktywności ruchowej pacjentki drgania kulki wewnętrznej stymulują mięśnie dna miednicy mniejszej do odruchowego skurczu.



Trening pęcherza moczowego polegający na prowadzeniu dzienniczka mikcyjnego, w którym chora odnotowuje liczbę i dokładny czas wystąpienia mikcji, wprowadzeniu określonych pór oddawania moczu, wydłużaniu przerw między epizodami opróżniania pęcherza moczowego znajduje zastosowanie w przypadkach OAB, naglącego nietrzymania moczu, a także nokturii. Opisane postępowanie wyzwała proces hamowania przez korę mózgową rdzeniowego ośrodka mikcji, narzuca zależny od woli, regularny rytm opróżnień pęcherza moczowego przez wytworzenie nowego odruchu warunkowego. Taka terapia, zwana też behawioralną, umożliwia po półrocznym okresie jej stosowania redukcję średniej liczby epizodów nietrzymania moczu u 40% leczonych i aż u ponad 60% chorych, gdy kontynuowana jest czterokrotnie dłużej. Jednak tylko u niewielkiej liczby pacjentek odnotowano całkowite wyleczenie takich form NTM.

COLPEXIN
WKŁADKA DOPOCHWOWA

Terapia zachowawcza
obniżenia narządu rodnego



Wsparcie w kobiecych sprawach

Skrócona informacja o produkcie:

Colpexin to wkładka dopochwowa przeznaczona do zachowawczego leczenia wypadania narządów miednicy mniejszej oraz do wspomagania ćwiczeń mięśni dna miednicy mniejszej. Wkładka wykonana jest z poliwęglanu tworzywa sztucznego o medycznym stopniu czystości i dostępna jest w sześciu rozmiarach: 28 mm, 32 mm, 36 mm, 39 mm, 42 mm i 44 mm. Wkładka Colpexin jest symetrycznie kulista z przytwierdzonym sznurkiem z plecionego nylonu umożliwiającym łatwe wyjęcie. **Wskazania:** Colpexin jest wkładką dopochwową przeznaczoną do zachowawczego leczenia wypadania narządów miednicy mniejszej i osłabienia mięśni dna miednicy mniejszej. **Przeciwwskazania:** Pacjentki nie powinny używać wkładki Colpexin w następujących wypadkach: infekcji pochwy, laceracji lub nieprawidłowego krwawienia pochwowego/macicznego, niedawno przebytego zabiegu chirurgicznego w obrębie pochwy, ciężkiej neuropatii w obrębie miednicy z utratą czucia w obszarze kroczka, klinicznie jawnego zapalenia narządów miednicy mniejszej, endometrii, guza przydatków, izolowanej retrocie 4. stopnia lub tytopochylenia macicy, ciąży, stosowania wkładki wewnątrzmacicznej, podczas stosunku płciowego, podczas miesiączki. **Ostrzeżenia:** Pacjentki powinny natychmiast zgłaszać jakiegokolwiek zmiany w barwie, ilości, woni lub konsystencji upławów z pochwy i/lub krwawienia, dyskomfort, pieczenie przy oddawaniu moczu i/lub świąd pochwy. Stosowanie Colpexinu u kobiet z atrofią pochwy może powodować nadżerki i owrzodzenia. Lekarz przepisujący Colpexin powinien rozważyć miejscową suplementację estrogenu lub środek nawilżający na bazie wody u pacjentek z atrofią pochwy, jeżeli jest to konieczne. **Środek ostrożności:** Wkładka Colpexin nie powinna być noszona bez przerwy przez ponad 24 godziny, bez wyjmowania i odpowiedniego czyszczenia wkładki. **Działania niepożądane:** Najczęstszymi działaniami niepożądanymi, które zgłaszały pacjentki podczas badań klinicznych, były: tkliwość pochwy, pieczenie, podrażnienie, dyskomfort, plamienia, infekcja drożdżakami, owrzodzenia, dolegliwości ze strony cewki moczowej i przy oddawaniu moczu, zakażenia dróg moczowych i zaparcia. Większość działań niepożądanych była łagodna i przejściowa. Rozmiar wkładki dobera lekarz. Przed zastosowaniem należy zapoznać się z instrukcją użytkowania i higieny wkładki, które znajdują się w ulotce dołączonej do opakowania. **Podmiot odpowiedzialny:** Adamed Sp. z o.o., Pierzków 149, 05-152 Czosnów k/Warszawy. Pozwolenie MZ na dopuszczenie do obrotu Nr 11670. Adamed Sp. z o.o. Pierzków 149, 05-152 Czosnów k/Warszawy, tel.: (22) 751 85 17, e-mail: adamed@adamed.pl, www.adamed.com.pl

CE 0044


ADAMED

Nowości w leczeniu farmakologicznym

Joanna Kanabrocka

W 19 numerze Kwartalnika NTM (listopad 2006) pisaliśmy o nowych, innowacyjnych lekach stosowanych w farmakologicznym leczeniu nietrzymania moczu. Czy od tego czasu coś się zmieniło?

Nowa lista leków refundowanych

1-go marca br. zaczęła obowiązywać nowa lista leków refundowanych. Sprawdziliśmy czy znalazły się na niej leki stosowane w leczeniu NTM. Niestety, wiele się nie zmieniło. Na listę dołączył jedynie Uroton. Jest to lek o działaniu antycholinergicznym rozkurczający pęcherz moczowy, którego substancję czynną stanowi chlorowodorek oksybutyniny. Stosowany jest w zespole pęcherza nadreaktywnego. Jego cena wynosi 12,69 zł (za 30 tabletek), zaś po 70% refundacji pacjent płaci 3,81 zł. Niestety refundacja przysługuje jedynie osobom ze stwardnieniem rozsianym. Wpisanie Urotonu na listę leków refundowanych nie przynosi zatem większych zmian dla pacjentów z NTM. Tym bardziej, że lek ten nie należy do leków nowoczesnych.

Ciągle bez refundacji

Na liście leków refundowanych w dalszym ciągu nie znalazły się Vesicare i Yentreve - obydwie specyfiki już od kilku lat starają się o zezwolenie na ich refundację.

- *Wniosek o refundację Vesicare został złożony w 2005 r. Lek Vesicare nie został umieszczony w wykazie leków refundowanych, a wniosek do dnia dzisiejszego nie został rozpatrzony przez Ministra Zdrowia - mówi Anita Chmielińska z firmy Astellas. Vesicare (solifenacyna) to lek stosowany w leczeniu pęcherza nadreaktywnego. Wielu pacjentów, którzy stosują Vesicare chwala sobie jego skuteczność, jednak dla większości osób jego cena jest nie do zaakceptowania - 10 szt. (5 mg) kosztuje 69,07 zł., 30 szt. (5 mg) - 207,21 zł, zaś 30 szt. (10 mg) - ok. 330 zł. Najczęściej stosuje się terapię dawkami 5 mg jedna tabletką dziennie, co dla pacjenta stanowi wydatek ponad 200 zł miesięcznie.*

Z kolei Yentreve to pierwszy na świecie specyfik do leczenia wysiłkowego NTM. Lek ten został zarejestrowany w Polsce już trzy lata temu, jednak do tej pory nie wprowadzono go do sprzedaży. Nie wiadomo

czy jego producent - firma Eli Lilly będzie w dalszym ciągu starać się o jego refundację. Nie wiadomo także dlaczego mimo rejestracji nie wprowadzono go na polski rynek. Mimo usilnych prób nie udało nam się uzyskać stanowiska producenta.

Nowość na rynku

Nowością jest Emselex wprowadzony na polski rynek w kwietniu br. To nowoczesny lek antycholinergiczny, którego substancją aktywną jest darifenacyna - selektywny blocker receptora M3. Lek ten stosowany jest w zespole pęcherza nadreaktywnego (OAB).

- *Z opublikowanych badań należy sądzić, że lek ten przyczyni się do lepszego leczenia nadreaktywności pęcherza moczowego, zmniejszenia objawów częstomoczu i parć naglących, a co za tym idzie zmniejszenia objawów ubocznych w trakcie stosowania - mówi urolog dr Mariusz Blewniewski z Łodzi.*

Ginekolog - dr Grzegorz Surkont również podkreśla niewielką ilość działań ubocznych: - *W dotychczas przeprowadzonych badaniach suchość w ustach oraz zaparcia bardzo rzadko prowadziły do przerwania terapii. Częstość i rodzaj działań ubocznych w zakresie ośrodkowego układu nerwowego i układu sercowo-naczyniowego porównywalna była z placebo. Nie stwierdzono zaburzeń widzenia oraz zmian w tętnie i ciśnieniu tętniczym. Ponadto wśród zalet nowego leku wymienia dobrą tolerancję i wygodę stosowania (1 tabletką jeden raz dziennie) oraz wysoką skuteczność również u pacjentów w starszym wieku (65-88 lat).*

Profesor Tomasz Rechberger - przewodniczący Sekcji Uroinekologii PTG uważa, że profil objawów ubocznych jest podobny jak innych leków antycholinergicznymi nowej generacji i tak naprawdę jego efektywność i tolerancja jak zwykle zależą od indywidualnej odpowiedzi konkretnego pacjenta. - *W naszym ośrodku przeprowadzaliśmy badania przedrejestracyjne tego leku i możemy powiedzieć, że wyniki były zachęcające, a odsetek pacjentek rezygnu-*

jących z leczenia z powodu braku efektywności lub nasilenia objawów ubocznych niezwykle niski - dodaje.

Lekarze, którzy stosowali lek zwracają uwagę na to, że terapię należy zacząć od niższej dawki. Brak odpowiedniej reakcji nie oznacza, że lek nie działa, ale jest wskazaniem do zwiększenia dawki. Wyższa dawka zwiększa częstość występowania działań ubocznych, zwłaszcza zaparcie, co może być kłopotliwe przede wszystkim u osób star-



szych. Dr Surkont zauważa, że badania nie potwierdzają tego faktu i wykazują, że wzrost częstości działań ubocznych związany ze zwiększoną dawką jest niewielki i rzadko stanowi przyczynę rezygnacji z terapii.

Niewątpliwie wadą Emselexu, tak jak każdego leku nowej generacji jest cena - opakowanie 28 tabletek 7,5 mg kosztuje 175 zł, zaś 15 mg - 192 zł.

Wnioski

Jakie zatem można wyciągnąć wnioski dotyczące innowacyjnych leków farmakologicznych stosowanych w nietrzymaniu moczu? Wniosek jest tylko jeden i niestety nie jest on pocieszający dla pacjentów. Nowoczesne leki na NTM nie są w Polsce refundowane, a dopóki nie będzie refundacji ich cena będzie wysoka. Miejmy jednak nadzieję, że wkrótce sytuacja ta się zmieni i na listę leków refundowanych dołączą takie nowoczesne preparaty jak Emselex czy Vesicare. Miejmy również nadzieję, że nie będą one refundowane tylko dla osób cierpiących na określone choroby np. nowotwór, jak to jest przy refundacji środków wchłaniających, ale będą dostępne dla wszystkich osób, które borykają się z problemem nietrzymania moczu. ■

UroConti - Stowarzyszenie Osób z NTM

Joanna Kanabrocka

Nietrzymanie moczu to nie tylko problem medyczny ale także psychiczny. Poczucie wstydu i brak zrozumienia tej choroby przez społeczeństwo sprawia, że osoby borykające się z tym problemem często pozostają z nim „sam na sam”. Czasem o ich dolegliwości nie wiedzą nawet najbliżsi. Izolacja jest jednak najgorszym z możliwych rozwiązań - osoby z NTM potrzebują zrozumienia i wsparcia. Właśnie w tym celu powstało Stowarzyszenie Osób z NTM UroConti.

Grupa wsparcia

- *Stowarzyszenie powstało z inicjatywy pacjentów i z myślą o pacjentach, bo ktoś inny rozumie lepiej chorego niż inny chory mający ten sam problem?* - mówi Danuta Jankowska, Prezes Stowarzyszenia. UroConti stanowi grupę wsparcia dla osób z NTM - podczas spotkań członkowie wymieniają się posiadanymi informacjami oraz własnymi doświadczeniami w radzeniu sobie z tą chorobą. Tutaj mogą głośno mówić o swoim problemie, dzięki wsparciu innych osób z tą samą dolegliwością nie czują się osamotnieni. Członkowie Stowarzyszenia uczą się jak sobie radzić z tym problemem, tak aby nie odsuwać się od życia zawodowego i towarzyskiego. Uczą się tego jak pozbyć się wstydu i walczyć z bezsilnością.

Działalność Stowarzyszenia

Stowarzyszenie UroConti działa na rzecz poprawy jakości życia osób z NTM. Jako organizacja pacjentów, Stowarzyszenie walczy o godziwe traktowanie chorych z problemem nietrzymania moczu - o racjonalne ustalanie limitu refundowanych środków wchłaniających, o możliwość szerszego wyboru form terapii refundowanych przez NFZ oraz o łatwiejszy dostęp do leczenia NTM.

- *Chcemy dotrzeć tam, gdzie pojedynczego pacjenta nikt nie wysłucha* - mówi Zofia Ikwanty, Wiceprezes Stowarzyszenia. Członkowie UroConti chcą także podnosić świadomość społeczeństwa na temat istnienia problemu NTM. Może dzięki ich aktywnej działalności w końcu zaczniesz się o tym mówić bez wstydu. Może w końcu ludzie zrozumieją, że nietrzymanie moczu jest chorobą, taką jak każda inna. Chorobą, którą

można leczyć, i którą powinno się leczyć.

UroConti organizuje dla swoich członków cykliczne wykłady edukacyjne, regularnie prowadzone są również ćwiczenia gimnastyczne, które służą wzmocnieniu mięśni dna miednicy. Członkowie Stowarzyszenia mogą korzystać z pomocy merytorycznej konsultantów medycznych. Stowarzyszenie troszczy się o dostępność leków i środków wchłaniających oraz pomaga w organizowaniu badań profilaktycznych.

O dotychczasowej działalności Stowarzyszenia mówi Zofia Ikwanty z Lublina: - *Od samego początku istnienia oddziału lubelskiego organizowaliśmy ćwiczenia prowadzone przez rehabilitanta. Wiemy, że przynoszą one efekt. Gdy zaczynaliśmy zajęcia zawsze ktoś w trakcie korzystał z toalety, teraz się to nie zdarza. Wykłady prowadzone przez znakomitych specjalistów przybliżyły nam wiedzę na temat możliwości zapobiegania i leczenia chorób układu moczowego, której to wiedzy normalnie nie jest łatwo zdobyć. Pokaz środków wchłaniających wyjaśnił natomiast istotną różnicę między wkładkami a podpaskami, nie dla wszystkich oczywistą.*

Stowarzyszenie UroConti adresowane jest w szczególności do osób z problemem nietrzymania moczu, ale nie jest również zamknięte dla innych zainteresowanych. Jak informuje Danuta Jankowska: - *Członkiem Stowarzyszenia mogą zostać wszystkie osoby, które tego chcą. Ci, którzy mają problem z NTM, pragną podnieść swoją edukację na ten temat i ci, którzy chcą profilaktycznie nie dopuścić do wystąpienia nietrzymania moczu. Każdy może zostać członkiem Stowarzyszenia i aktywnie włączyć się w jego działalność.*

Najbliższe plany

W ciągu najbliższych miesięcy Stowarzyszenie zamierza prowadzić aktywne działania we wszystkich pięciu oddziałach terenowych. Wkrótce ruszy



Wybór władz Stowarzyszenia UroConti (Warszawa, 30.03.2007)

również strona internetowa Stowarzyszenia. Prezes Danuta Jankowska pytana o plany Stowarzyszenia na najbliższy okres poza wykładami i gimnastyką wymienia: powołanie nowych oddziałów, uzyskanie osobowości prawnej dla oddziałów terenowych, otwieranie przychodni poradni dla osób z NTM. Zofia Ikwanty dodaje: - *Chcemy do końca roku otrzymać status organizacji pożytku publicznego, aby można było już za ten rok odliczyć 1% podatku na cele Stowarzyszenia.*

Stowarzyszenie Osób z NTM UroConti jest organizacją non-profit. Powstało jesienią ubiegłego roku, zaś rejestrację uzyskało w marcu br. Stowarzyszenie posiada pięć oddziałów w: Gdańsku, Kielcach, Lublinie, Łodzi i Warszawie. W przyszłości Stowarzyszenie chciałoby objąć swoim zasięgiem teren całej Polski. Obecnie (maj 2007) wszystkie oddziały są w trakcie realizacji niezbędnych formalności - wyborów władz oddziałów, ustalania siedzib itp. W większości oddziałów prowadzone są regularne zajęcia gimnastyczne. Członkowie Stowarzyszenia mogą brać udział w ćwiczeniach za symboliczną opłatą - od 2,5 do 7 zł za jedne zajęcia (w zależności od oddziału). Informacje o działalności poszczególnych oddziałów można uzyskać również za pośrednictwem Infolinii NTM - 0801-800-038 (koszt połączenia niezależnie od jego długości to 0,29zł + VAT). O rozwoju Stowarzyszenia można także dowiedzieć się za pośrednictwem strony internetowej (www.ntm.pl). ■

Wszyscy będziemy starzy

O opiece nad osobami starszymi i przewlekle chorymi z Grażyną Śmiarowską, prezes Stowarzyszenia Organizatorów i Promotorów Opieki Długoterminowej, rozmawia Magdalena Kowalewska

Na czym polega starość?

Starość wiąże się z systematycznym ograniczeniem podstawowych funkcji życiowych. Proces ten może przebiegać w sposób gwałtowny lub też powolny, zależy to od wielu czynników - np stylu dotychczasowego życia, obciążeń genetycznych czy poziomu świadomości odpowiedzialności za własne zdrowie. Pogodna starość, o której wszyscy marzymy - z uśmiechem, w otoczeniu wnucząt - jest, niestety, rzadkim przypadkiem.

Najczęściej starość równa się chorobie. Nieporadność przy wykonywaniu podstawowych czynności jest zwykle przyczyną frustracji, poczucia bezradności. Pojawia się konieczność szukania pomocy. Dodatkowo jednopokoleniowy model rodziny pogłębia te problemy. Często pomoc osobie starej jest niezwykle trudna i wymaga zaangażowania fizycznego oraz psychicznego przez 24 h na dobę.

Czy starość zawsze wiąże się z niezdolnością do samodzielnej egzystencji?

Nie zawsze, ale w większości przypadków. Przy demencji (a dotyczy ona ok. 80% osób powyżej 80 r. ż.) musimy się liczyć z wystąpieniem niekontrolowanych, aspołecznych zachowań. Są też choroby, które kaleczą ciało i uniemożliwiają samodzielne jedzenie, mycie się czy poruszanie. Przykuwają do łóżka na miesiące i lata, powodując nieodwracalne zmiany w układzie kostnowąstwowym. Przy nieodpowiedniej pielęgnacji mogą m.in. doprowadzić do powstania odleżyn czy stanów zapalnych.

Celem systemu opieki długoterminowej jest pomoc takim osobom...

Oczywiście. Żeby nie dopuścić do powstania powikłań wynikających z długotrwałego unieruchomienia należy odpowiednio wyposażyć otoczenie pacjenta oraz zapewnić mu pielęgnację i opiekę. Osobę chorą należy przede wszystkim nawadniać, karmić oraz rehabilitować stosownie do wieku oraz stanu zdrowia.

Rodziny, które zostawiają chorych w naszym zakładzie, często chciałyby, aby taka osoba miała osobny pokój. Tymczasem pacjentowi potrzeby jest kontakt z drugim człowiekiem.

Jak ocenia Pani funkcjonowanie sektora opieki długoterminowej w naszym kraju?

Zasady działania sektora określa Minister Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia. Wyszczególniają oni wymagania, w jakich powinna być sprawowana opieka, standardy kwalifikacji i zatrudniania pracowników, standardy opieki, zasady przyjmowania pacjentów. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej wyróżnia dwie formy świadczenia usług: pielęgnacyjno - opiekuńczą lub opiekuńczo - leczniczą. Poziom finansowania ich jest różny, ale pacjent pozostaje ten sam.

STOWARZYSZENIE ORGANIZATORÓW I PROMOTORÓW OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

powstało w 2003 r. Obecnie zrzesza ok.

130 osób - dyrektorów, kierowników, koordynatorów zajmujących się opieką długoterminową w różnych formach organizacyjnych. Celem Stowarzyszenia jest poprawienie sytuacji w opiece długoterminowej poprzez występowanie z inicjatywami legislacyjnymi, tworzenie oraz opiniowanie standardów, współpraca z instytucjami mającymi wpływ na rozwój opieki nad pacjentem przewlekle chorym.

Często przypadek lub możliwości lokalnego rynku decydują, czy pacjent trafi do zakładu pielęgnacyjno - opiekuńczego, opiekuńczo - leczniczego, czy też do domu pomocy społecznej. Świadczenia udzielane przez te placówki są społecznie nierozróżnialne.

O popycie na określoną formę opieki decyduje sposób jej finansowania i dostępność na rynku. W praktyce różnią się one pod względem organizacji, wyposażenia, kwalifikacji i zatrudnienia.

Co, Pani zdaniem, jest głównym problemem opieki długoterminowej?

Podstawowym problemem opieki jest niedoszacowanie stawek. Pacjent przewlekle chory najczęściej ma kilka współistniejących chorób, wymagających stałego przyjmowania drogich leków. I tak z jednej strony NFZ płaci placówce za każdego pacjenta od 40 - 48 zł za dobę. Tymczasem absolutne minimum kosztów medycznych opieki nad takim pacjentem to ok. 75 - 80 zł/dobę. Odpowiednia liczba wykwalifiko-

wanych osób w danej placówce jest bezwzględnym warunkiem zapewnienia odpowiedniej jakości w opiece nad człowiekiem przewlekle chorym.

Z drugiej strony pacjent pokrywa koszty zakwaterowania i wyżywienia w wysokości 70% własnego dochodu. W efekcie średnio chory płaci ok. 21 zł dziennie, a rzeczywiste koszty kształtują się na poziomie 27-30 zł. Pozostaje więc pytanie, kto ma pokrywać te wszystkie różnice?

Z czego wynika taka sytuacja?

Nasze Stowarzyszenie prowadzi szereg działań na rzecz poprawy sytuacji w opiece długoterminowej. Co roku jednak powtarza się ten sam scenariusz - NFZ odsyła nas do Ministerstwa Zdrowia. Ministerstwo potwierdza, że w opiece długoterminowej jest źle i że należałoby wprowadzić zmiany. A potem zmienia się minister, rząd... i wszystko zaczyna się od nowa, a zmian w systemie dalej nie ma. Tymczasem Polska ma poważny problem z ludźmi z chorobami przewlekłymi, a takich osób będzie coraz więcej i nie mamy na to wpływu. Wszyscy będziemy starzy i daj Boże, abyśmy wszyscy byli sprawni i nie potrzebowali pomocy instytucjonalnej.

NFZ zapewnia, że w każdym regionie opieka długoterminowa stanowi priorytet. W praktyce jednak przegrywamy konkurując z finansowaniem innych świadczeń. Ostatnie podwyżki w służbie zdrowia uniemożliwiły nam drogę do dalszych rozszerzeń i negocjacji. I wkrótce znowu przegramy, ponieważ obecne strajki lekarzy spowodują, że opieka długoterminowa spadnie na ostatnie miejsce w priorytetach polityki rządu.

Jakie rozwiązania mogłaby Pani zaproponować aby poprawić sytuację opieki długoterminowej?

Zwiększenie dofinansowania placówek o 50% to jest minimum, które pozwoliłoby nam zachować standardy opieki. Uważam także, że należałoby wprowadzić bardziej efektywny nadzór nad zakładami opiekuńczymi. Naszemu społeczeństwu potrzebna jest także publiczna debata, aby uporządkować sprawy opieki długoterminowej, w tym także zaangażowanie samych rodzin. Wszyscy powinni się nauczyć jak opiekować się ludźmi starszymi, ponieważ obecne problemy w opiece zaczną wkrótce dotyczyć każdego z nas. Wierzę także, że na poprawę sytuacji opieki długoterminowej wpłynie planowana ustawa pielęgnacyjna. ■

O dramatycznej sytuacji w opiece długoterminowej

Elżbieta Szwałkiewicz

Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych



Opieka długoterminowa w polskim systemie ochrony zdrowia funkcjonuje od kilku lat, jednakże świadczeniodawcy nadal borykają się ze skutkami braku polityki rządu w tym obszarze. Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) jednostronnie decyduje o dostępności, zakresie i warunkach realizacji opieki, nie ponosząc żadnej odpowiedzialności za naruszenie podstawowych zasad, które powinny rządzić rynkiem świadczeń zdrowotnych, tj.: powszechności, wiarygodności finansowej i jakości. Całe ryzyko drastycznego niedoszacowania stawki za tzw. osobodzień opieki zostało przerzucone na świadczeniodawcę, czyli zakłady opieki długoterminowej. To negatywne zjawisko obserwowane jest na terenie całego kraju. Publiczne i niepubliczne zakłady opieki długoterminowej funkcjonują w niezwykle skomplikowanej sytuacji wywołanej uregulowaniami prawnymi nie pasującymi do obecnej sytuacji prawnej i faktycznej.

Podkreślenia wymaga fakt, że NFZ przystając z pozycji monopolisty narzucił wszystkim publicznym i niepublicznym zakładom opieki długoterminowej warunki

uniemożliwiające realizację świadczeń określonych umową, m.in. poprzez:

- * drastyczne kryteria kwalifikacyjne (tylko osoby obłożnie chore, niezdolne do samoopieki),
- * około 60% niedoszacowanie stawki za osobodzień opieki,
- * znaczne rozszerzenie zakresu świadczeń leczniczych w stosunku do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (np. diagnostyka na poziomie lekarza POZ, pokrywanie kosztów konsultacji specjalistycznych, obowiązek bezpłatnego zaopatrzenia pacjenta we wszystkie leki i środki pomocnicze oraz materiały medyczne),
- * brak finansowania wysokich kosztów leczenia skutków zaniedbań pielęgnacyjnych powstałych w trakcie leczenia szpitalnego, takich jak odleżyny, przykurcze, niedożywienie, odwodnienie, zakażenia bakteryjne, itp.

Dodatkowo zakłady ponoszą znaczną szkodę w związku z ustawowym narzuceniem znacznego niedoszacowania w opłatach za pobyt, zgodnie z zasadą: „250% najniższej emerytury, ale nie więcej niż 70% dochodu pacjenta”. Wyjaśnienia wymaga różne ustawowe podejście do tej kwestii. Ustawa o ZOZ odrębnie traktuje zakłady publiczne i niepubliczne, stanowiąc, że w niepublicznych zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych ustalanie wysokości opłat za udzielone świadczenia zdrowotne należy do organu, który utworzył ten zakład. Natomiast ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych nie bierze pod uwagę, że świadczeniodawca niepubliczny koszty utworzenia i utrzymania bazy lokalowej w całości pokrywa ze środków prywatnych i traktuje wszystkie zakłady jednakowo.

Ponadto, NFZ mając świadomość narzuczonego niedoszacowania świadomie wprowadza w błąd pacjentów, którzy są przekonani, że NFZ finansuje pełen koszt świadczeń zdrowotnych, w tym także tę część kosztów wyżywienia i zakwaterowania w zakładzie, której nie mogą oni pokryć ze względu na niskie dochody.

Pacjenci, popierani w swych roszczeniach przez NFZ, żądają od świadczeniodawcy usługi za opłatę znacznie poniżej jej rzeczywistych kosztów. Co należy odczytywać wprost jako wymuszenie, by świadczeniodawca pokrywał koszty pobytu pacjentów ze swoich prywatnych środków, gdyż

nie można kosztów pobytu pokrywać ze środków otrzymanych z NFZ (ustawowe zastrzeżenie). Nie ma też wskazanego innego źródła pokrycia tego niedoboru.

Tak więc ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, wymusza na świadczeniodawcy by obciążał personel zakładu znaczną częścią kosztów świadczenia, które nie jest świadczeniem zdrowotnym i nie jest objęte finansowaniem ze środków publicznych, co stoi w oczywistej sprzeczności z całym systemem prawnym obowiązującym w Polsce.

Pomijanie przez NFZ rzeczywistych kosztów opieki przekłada się na skandalicznie niską jakość opieki i bezpośrednie zagrożenie zdrowia pacjentów i opiekującego się nimi personelu.

Ze względu na pogarszającą się kondycję zakładów opieki długoterminowej, mimo trwających obecnie w Ministerstwie Zdrowia prac nad projektem ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym, konieczne jest pilne wprowadzenie zmian do ww. aktów prawnych. Zmiany te pozwolą przygotować właściwy grunt do wdrożenia ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym. Najistotniejsze są tutaj właściwe zasady kierowania i kwalifikowania oraz odnoszące się do rzeczywistych kosztów zasady finansowania tej opieki.

Poza zmianami w prawie równie ważne jest nakreślenie kierunków rozwoju opieki długoterminowej, szczególnie w kontekście narastającego braku pielęgniarek. Należy brać pod uwagę, że pielęgniarki aktualnie pracujące w Domach Pomocy Społecznej (DPS), pielęgniarki domowe oraz pielęgniarki środowiskowe i rodzinne nie zostaną zastąpione nowymi kadrami pielęgniarstwowymi. Nie ma żadnych przesłanek by sądzić, że przy tak drastycznym braku pielęgniarek, pozyska się do pracy poza szpitalami absolwentów z tytułem licencjata czy magistra pielęgniarstwa. Już obecnie, powszechnie obserwuje się poważne trudności w zabezpieczeniu obowiązujących norm zatrudnienia we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej, także długoterminowej.

Z uwagi na powyższe, NFZ oceniając poziom zatrudnienia w zakładach opieki długoterminowej, gdzie podstawowym zakresem działania jest wzmocniona pielęgnacja, powinien uwzględniać opiekunki.



Zajęcia dla pensjonariuszy w jednym z zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych w Toruniu

Słowacja daleko przed nami

■ Kolejnym krajem, w którym analizujemy rozwiązania stosowane w dziedzinie zaopatrzenia środków wchłaniających, jest

Słowacja. Tutaj, podobnie jak w Polsce istnieje refundacja produktów higienicznych dla osób z NTM. Podstawowa różnica w systemie to wskazania medyczne uprawniające do refundacji: na Słowacji jest to nietrzymanie moczu, w Polsce - nowotwory i choroby układu nerwowego.

Pacjent u naszych południowych sąsiadów wszystkie produkty może otrzymać ze stuprocentową refundacją, w Polsce natomiast za dopłatą w wysokości 30% (wyjątek stanowią pacjenci z nowotworem,

którym przysługuje refundacja 100%). W obu krajach występują limity ilościowe oraz cenowe. Na Słowacji przy lekkim nietrzymaniu moczu można miesięcznie otrzymać 60 szt. do ceny ok. 60 zł, przy ciężkim stopniu NTM istnieje tylko limit cenowy w wysokości ok. 200 zł. W Polsce refundowane środki wchłaniające przysługują niezależnie od stanu zdrowia do 60 szt. miesięcznie, przy limicie cenowym 77 lub 90 zł.

MK

Refundacja środków wchłaniających: Słowacja vs. Polska

	SŁOWACJA	POLSKA
Liczba mieszkańców	5.4 mln	38 mln
Refundacja środków wchłaniających	tak	tak
Wskazania medyczne do przyznania refundacji	nietrzymanie moczu, z podziałem na stopnie (lekkie, ciężkie NTM)	choroby nowotworowe, upośledzenie umysłowe, zespoły ożepienne, choroby układu nerwowego, wady rozwojowe
Klasyfikacja refundacji w oparciu o stopień nietrzymania moczu	w zależności od stopnia NTM (lekkie, ciężkie) refundacja wkładów anatomicznych, pieluch anatomicznych, pieluchomajtek i podkładów	dla w/w kryteriów chorobowych refundacja wkładów anatomicznych, pieluch anatomicznych, pieluchomajtek i podkładów
Ilość refundowanych sztuk / m-c	do 60 szt. przy lekkim NTM, bez limitowania dla ciężkiego stopnia NTM	do 60 szt.
Limit cenowy / m-c	w zależności od stopnia NTM (lekkie, ciężkie) odpowiednio: 16 i 53 euro (ok. 60 i 200 zł)	w zależności od wysokości refundacji (100% lub 70%) odpowiednio: 77 lub 90 zł
Współpłacenie przez pacjenta	0% dla wszystkich stopni NTM	0% przy nowotworach lub 30% przy pozostałych wskazaniach medycznych

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	e) CPAP
Lubuskie	51	20	1024	62	nb	8 mc*	nb	nb**	nb	nb
Opolskie	73	15	1088	81	14 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Małopolskie	140	23	3223	475	14 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Podkarpackie	304	7	2126	174	14 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Świętokrzyskie	331	4	1325	264	14 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Śląskie	348	14	4866	650	nb	nb	nb	nb	nb	nb
Podlaskie	409	3	1228	81	do 30 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Warmińsko-mazurskie	489	3	1466	129	do 30 dni	12 mc	nb	nb**	nb	nb
Kujawsko-pomorskie	525	4	2101	78	nb	5 mc*	nb	nb**	nb	nb
Łódzkie	531	5	2653	158	14-21 dni	7 mc	nb	nb**	nb	3 mc
Lubelskie	559	4	2235	231	do 30 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Wielkopolskie	559	6	3355	208	14 dni	1 mc	nb	nb	nb	nb
Mazowieckie	633	8	5067	238	14 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Dolnośląskie	745	4	2978	151	14 dni	7 mc	nb	nb**	nb	nb
Zachodniopomorskie	867	2	1733	121	15-30 dni	8 mc*	nb	nb***	nb	1 mc
Pomorskie	2192	1	2192	139	nb	3 mc	nb	nb****	nb	nb

AS - aparat słuchowy; PM - pieluchy i pieluchomajtki; PO - przedmioty ortopedyczne; WS - worki stomijne, CPAP - aparaty do leczenia obturacyjnego bezdechu sennego; nb - na bieżąco; * dzieci - nb; ** niektóre przedmioty - 3-5 mc; *** niektóre przedmioty - 1 mc; **** niektóre przedmioty - do 12 mc.

Opr. K. Ciepiela na podstawie danych z oddziałów NFZ

Niezbędne minimum

Magdalena Kowalewska, współpraca: Rafał Jackiewicz

Nowyy apel Rady Naukowej ds. Problemu NTM dotyczący zmian w zasadach zaopatrzenia w refundowane środki wchłaniające wpłynął do Ministra Zdrowia w marcu b.r. Stanowi on, zdaniem autorów, niezbędne minimum

Propozycje Rady Naukowej ds. Problemu NTM:

1. ujednoczenie wskazań medycznych uprawniających do przyznawania refundowanych środków wchłaniających poprzez wprowadzenie zapisu „neurogenne i nieneurogenne nietrzymanie moczu“;
2. rozróżnienie na ciężkie, średnie i lekkie nietrzymanie moczu,
3. przyporządkowanie stopniom NTM określonych rodzajów refundowanych środków wchłaniających oraz ich miesięcznej ilości
 - ciężkie NTM - 90 szt. pieluchomajtek / pieluch anatomicznych / podkładów,
 - średnie NTM - 90 szt. pieluch anatomicznych lub zamiennie 60 szt. pieluchomajtek / podkładów,
 - lekkie NTM - 60 szt. pieluch anatomicznych / wkładów anatomicznych,
4. wprowadzenie 70% refundacji dla wszystkich rodzajów środków wchłaniających,
5. upoważnienie lekarzy ginekologów do wypisywania zleceń na refundowane środki wchłaniające.

przybliżające nas do standardów obowiązujących od wielu lat w krajach zbliżonych poziomem rozwoju cywilizacyjnego do Polski, takich jak: Węgry, Czechy czy Słowacja. O tym jakie to są standardy, świadczą chociażby wnioski z publikowanych w Kwartalniku zestawień refundacji pieluch w innych krajach, a także prezentowana obok historia zmian wartości refundacji.

Apel Rady uzyskał już akceptację Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, Konsultanta Krajowego w dziedzinie uro-

logii, Naczelnej Izby Aptekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Tymczasem w Ministerstwie Zdrowia trwają obecnie prace nad rozporządzeniami regulującymi zaopatrzenie w refundowane produkty wchłaniające oraz pozostałe środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne. Dlatego na łamach Kwartalnika NTM kontynuujemy otwartą dyskusję na temat propozycji Rady Naukowej.

Elżbieta Szwałkiewicz

Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych

Propozycja Rady Naukowej jest bardzo wartościowa i możliwa do wprowadzenia w polskim systemie wsparcia społecznego. Jeżeli można udoskonalić ten system to należy to zrobić, gdyż w efekcie można uzyskać istotne ograniczenie liczby powikłań zdrowotnych oraz poprawę jakości życia osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych.

Prawne ustalone zasady refundacji przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, a więc kryteria kwalifikacyjne, narzucone limity ilościowe i cenowe mają bezpośredni wpływ na poziom kompensacji utraconej sprawności w zakresie samoopieki i samopielegnacji dużej grupy obywateli. Wpływa on na wysoki poziom powikłań zdrowotnych oraz niską jakość życia osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych.

Polacy, szczególnie przewlekle chorzy i niepełnosprawni mają stosunkowo niskie dochody, a ich aktywność społeczna i zawodowa zależy od stałego wsparcia społecznego. Skala tego problemu jest ogromna. Aktualnie w naszym kraju,

zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia jest narzucony limit cenowy i ilościowy: 90 zł za 60 pieluchomajtek na miesiąc, w tym NFZ pokrywa 70%, a osoba z NTM 30%. Rzeczywista odpłatność po stronie osoby z nietrzymaniem moczu jest determinowana ceną pieluchomajtek.

Tymczasem ustalone limity cen nie odpowiadają średnim cenom rynkowym. Zważywszy na rzeczywiste potrzeby, tj. średnio 4 pieluchy na dobę, bardzo liczna grupa pacjentów nie może podolać tym obciążeniom finansowym. Najczęstszym skutkiem są zakażenia skóry, dróg moczowych i odleżyny. Koszt ich leczenia jest wysoki i znacznie przekracza koszt środków pomocniczych. W efekcie pozornych oszczędności na refundacji środków pomocniczych i materiałów medycznych, z budżetu państwa wydatkowane są wielokrotnie większe kwoty na leczenie skutków zaniedbań pielęgnacyjnych.

Opierając się na opiniach autorytetów naukowych w tej dziedzinie, a także licznych postulatów środowisk zainteresowanych postępowaniem i poprawą jakości życia osób z problemem nietrzymania moczu, nie tylko popieram ich postulaty, ale także wnioskuję do Ministra Zdrowia o wprowadzenie nowoczesnych regulacji tej kwestii. Od kilku lat przekonuję nie tylko do uaktualnienia kryteriów kwalifikacyjnych czy urealnienia limitów cenowych i ilościowych, ale także do klasyfikacji produktów ze względu na chłonność i limitu ilościowego adekwatnego do rodzaju i poziomu problemu nietrzymania moczu - im większy problem z nietrzymaniem moczu i samopielegnacją, tym większa refundacja, aż do całkowitej włącznie.

Zmiany w refundacji środków wchłaniających w Polsce od 1996 r.

	średnia cena za sztukę	
	1996 r. - 1999 r.	2000 r. - obecnie
pieluchomajtki (rozmiar M)	2,30 zł w refundacji 100%	1,50 zł w refundacji 70%

TLENOTERAPIA

Polski pacjent nie wybiera

Rafał Jackiewicz

Francja, Wielka Brytania, Niemcy czy Dania to kraje, w których chory na przewlekłą chorobę płuc może spać spokojnie. Otoczony jest bowiem specjalistyczną opieką, którą zapewnia mu służba zdrowia. Rzecz ma się inaczej w naszym kraju.

W wielu krajach zachodnich osoba, u której lekarz stwierdzi przewlekłą chorobę płuc oraz potrzebę zastosowania tlenoterapii w warunkach domowych otrzymuje zlecenie na koncentrator tlenu - urządzenie nieodzowne przy leczeniu tego typu schorzenia. Chory udaje się do firmy świadczącej usługi w tym zakresie, którą sam wybiera i od któ-

rej otrzymuje odpowiedni sprzęt. Aby usługa była bezpłatna, dokonuje wyboru z wachlarza tych, które mają podpisaną umowę rozliczeniową z odpowiednikiem polskiego NFZ. Zlecenia realizowane są głównie z polis ubezpieczeniowych pacjentów. Otrzymują oni pełnowymiarową pomoc, tzn. szkolenie z obsługi urządzenia oraz jego serwis i konserwację. W razie potrzeby mają do dyspozycji infolinię, gdzie pielęgniarki służą pomocą całą dobę. Badania okresowe sprzętu odbywają się co pół roku.

Zupełnie inaczej wygląda ten system w Polsce. Pacjent lub jego bliscy realizują zlecenie w szpitalu, który jest pośrednikiem

między nimi a producentem. Placówki publiczne przeprowadzając przetargi zaopatrują się często w koncentratory tylko jednej firmy. Konkurs ofert, gdzie wygrywa tylko jedna, stwarza możliwość zajścia wielu nieprawidłowości, na których tracą przede wszystkim pacjenci. Obejmują one zawyżone ceny aparatów, bądź nieodpowiednie parametry urządzeń. Kolejny problem powstaje, gdy koncentrator nie funkcjonuje prawidłowo. Chory na ogół stara się uzyskać pomoc w szpitalu, gdzie według zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia powinien ją uzyskać. W praktyce rzadko tak się dzieje. Na ogół jest odsyłany do producenta. Ten z kolei sugeruje aby ponownie zgłosił się do szpitala. Szpitale nie mają uprawnień do serwisowania urządzeń, a często nie mają także kadry, która mogłaby się zająć udzielaniem tego typu porad oraz wymianą urządzeń.

Na zachodzie rola publicznego ośrodka zdrowia sprowadza się jedynie do wypisania zlecenia na koncentrator tlenu. Wszystkie zagadnienia dotyczące regulacji, serwisu czy konserwacji sprzętu należą do prywatnych firm. Szpital jest jedynie ośrodkiem, który okresowo kontroluje stan zdrowia pacjenta i ewentualnie koryguje sposób leczenia. Dr Przemysław Bieleń z Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie dodaje: - *System podziału kompetencji na obsługę techniczną i medyczną wywarłby zmiany finansowania ze strony NFZ, być może zwiększyłyby to konkurencję, a więc sedno całego problemu leży w tym kto ma wybiierać obsługę techniczną i szpital, NFZ czy pacjent. Jedno jest pewne - musi istnieć pewien nadzór ze strony świadczeniodawcy nad firmą serwisującą.*

Chorzy, którzy zbyt późno, bądź wcale nie skorzystają z tlenoterapii narażeni są na: nadciśnienie tętnicze, zmianę rytmu pracy serca, niedotlenienie serca powodujące chorobę wieńcową oraz zawały. Aby uniknąć hospitalizacji, która w zaawansowanym stadium choroby jest konieczna, stosuje się tlenoterapię w warunkach domowych, którą chętnie wybierają pacjenci, ponieważ pozostają w domach oraz szpitale, które mogą większe środki na leczenie poświęcić w ten sposób innym pacjentom.



APARATY SŁUCHOWE

Równi i równiejsi - dysproporcje w regionach

Joanna Kanabrocka, współpraca: Anna Salwin



czych i przedmiotów ortopedycznych spowodowane jest podziałem środków wg algorytmu oraz ogólnie niskim poziomem finansowania świadczeń. W tym roku zwiększyliśmy nakłady w zakresie środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych, planujemy sukcesywnie zwiększać te nakłady.

Prof. dr hab. Marek

Rogowski - konsultant województwa warmińsko-mazurskiego w dziedzinie audiologii i foniatrii, przyczyn takiej sytuacji upatruje również w świadomości mieszkańców. Według niego główny powód to brak informacji na temat możliwości pomocy osobom niedosłyszącym, brak motywacji do podjęcia takich działań oraz przede wszystkim zła sytuacja finansowa (wiele wiosek to tereny byłych PGR-ów) osób niedosłyszących. Ze względu na długi czas oczekiwania na dopłatę trudno jest także skoordynować dofinansowanie przekazywane przez NFZ z dofinansowaniami pochodzącymi z innych źródeł np. z PFRON-u.

- *Wielu pacjentów nie stać nawet na minimalną dopłatę z własnych środków, dlatego rezygnują z zakupu aparatu. Być może osoby starsze pomimo wystawionego wniosku nie decydują się na jego realizację w przekonaniu, że aparat słuchowy niewiele im pomoże* - zauważa Profesor Andrzej Obrębowski, konsultant krajowy w dziedzinie audiologii i foniatrii.

Skąd tak duże dysproporcje?

Dlaczego mieszkańcy Warmii i Mazur muszą czekać na realizację wniosku aż rok, podczas gdy ich sąsiedzi z Podlasia mają realizowane wnioski na bieżąco? Dlaczego w województwie podlaskim potwierdzono o ponad połowę zleceń mniej niż świętokrzyskim, chociaż obydwa te województwa są do siebie podobne pod względem zamożności i liczby mieszkańców. Skąd biorą się tak duże dysproporcje pomiędzy poszczególnymi oddziałami NFZ?

Andrzej Rzepka z Polskiego Stowarzyszenia Protetyków Słuchu tak tłumaczy te

rozbieżności: - *Z jednej strony mamy do czynienia z bagatelizowaniem problemu osób źle słyszących przez urzędników niektórych oddziałów NFZ, z drugiej należy pamiętać, że limit dopłaty do aparatu słuchowego został określony w 1999 r. i pomimo inflacji, wprowadzenia VAT-u, został utrzymany do dzisiaj. Oznacza to, że NFZ faktycznie dopłaca ok. 20% średniej ceny aparatu (a nie 70%, jak głosi), co (szczególnie w biedniejszych regionach) jest przyczyną mniejszego zainteresowania pomocami słuchowymi.*

A co na ten temat sądzi Narodowy Fundusz Zdrowia? O komentarz poprosiliśmy przedstawicieli wojewódzkich oddziałów NFZ: - *Fakt, iż dane z niektórych oddziałów NFZ wskazują, że na ich terenie jest znacznie mniej osób mających problem z prawidłowym słyszeniem, może wynikać z braku odpowiedniej informacji kierowanej do pacjentów na temat możliwości i zasad korzystania z dofinansowania na zakup potrzebnego sprzętu* - uważa rzecznik prasowy wielkopolskiego oddziału NFZ.

Z kolei problem kolejek tłumaczy przedstawiciel podlaskiego oddziału NFZ: - *Różnicowanie wynika zapewne z rozporządzenia Prezesa NFZ, które mówi, że „w przypadku braku środków finansowych na pełne pokrycie potrzeb w zakresie zaopatrzenia świadczeniobiorców w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, oddział wojewódzki Funduszu tworzy w kolejności chronologicznej listy świadczeniobiorców, oczekujących na potwierdzenie i realizację zleceń.*

Problem dysproporcji pomiędzy regionami można podsumować wypowiedzią jednego z dystrybutorów aparatów słuchowych, który prosi o anonimowość: - *Przynajmniej dysproporcji tkwią zarówno w braku odpowiedniego budżetu na środki pomocnicze, jak i niefortunnego gospodarowania tymi środkami w samym NFZ (może większe środki przeznaczone są na inne potrzeby). Przyczyną może być także brak świadomości problemu niedosłuchu zarówno wśród pracowników NFZ decydujących o przyznaniu środków jak i samych niedosłyszących, którzy nie decydują się na zakup, gdyż kolejki są długie, co ich zniechęca, bądź kupują aparaty na rynku prywatnym, bez oczekiwania na dofinansowanie, a to pozostaje poza ewidencją NFZ.*

Rozbieżności pomiędzy wojewódzkimi oddziałami Narodowego Funduszu Zdrowia są ogromne. - *Wydaje się niedopuszczalne, aby w jednym kraju panowały takie dysproporcje* - mówi Andrzej Rzepka. - *Kilkumiesięczne kolejki w niektórych regionach są sprzeczne z konstytucyjną zasadą równego dostępu do świadczeń* - dodaje.

Wostatnim numerze Kwartalnika zamieściliśmy zestawienie danych dotyczących realizacji zleceń na aparaty słuchowe w wojewódzkich oddziałach Narodowego Funduszu Zdrowia. Dane te wykazują bardzo duże dysproporcje pomiędzy poszczególnymi oddziałami, dlatego postanowiliśmy powrócić do tego tematu.

Najgorzej w warmińsko-mazurskim

Najgorzej sytuacja przedstawia się w województwie warmińsko-mazurskim. W roku 2006 potwierdzono tam niespełna 1500 wniosków. Liczba mieszkańców przypadających na jeden wniosek jest w tym regionie kilka razy większa niż w innych województwach. Pod względem liczby potwierdzonych zleceń najlepiej prezentuje się Łódź. Tutaj, co dwusetna osoba nosi aparat, zaś w Olsztynie co tysięczna. Wydaje się to wręcz niewiarygodne aby w regionie łódzkim osób niedosłyszących było pięciokrotnie więcej niż na Warmii i Mazurach. Można zatem wnioskować, że wiele osób, które powinny nosić aparat wcale go nie używa. Również czas oczekiwania na realizację wniosku na aparat słuchowy jest najdłuższy w warmińsko-mazurskim - pacjent musi czekać aż 12 miesięcy.

O wyjaśnienie sytuacji w warmińsko-mazurskim poprosiliśmy rzecznika tamtejszego oddziału NFZ - Magdalenę Mil: - *Przyczyną długiego oczekiwania na realizację zleceń na aparaty słuchowe jest trudna sytuacja finansowa, z którą boryka się nasz oddział. Niezadowolające finansowanie środków pomocni-*

Operacje z użyciem taśm na Pomorzu

Joanna Kanabrocka

W tym numerze analizujemy sytuację operacyjnego leczenia NTM w województwie pomorskim. W zestawieniu zamieściliśmy tylko te szpitale, które udzieliły nam szczegółowych danych na temat wykonywanych operacji. Zabiegi z użyciem taśm wykonywane są jeszcze w kilku placówkach (nie zostały zamieszczone w tabeli z uwagi na brak danych co do ilości zabiegów), m.in. na oddziałach ginekologicznych Szpitala AM w Gdańsku i Szpitala Wojewódzkiego w Ustce oraz w Prywatnym Szpitalu „Swissmed“ w Gdańsku.

O komentarz na temat sytuacji operacyjnego leczenia NTM na Pomorzu poprosiliśmy dra Marka Rosłana - ordynatora oddziału urologii Szpitala Specjalistycznego w Wejherowie.



Nazwa szpitala	Adres	Oddział	L. wykonanych zabiegów w 2005	L. wykonanych zabiegów w 2006	L. zaplanowanych zabiegów w 2007	Czas oczekiwania na zabieg refundowany	Wykonywanie zabiegu płatnego
Szpital Specjal. im. J. K. Łukowicza	Leśna 10 Chojnice	gin.	ok. 90	ok. 90	ok. 90	do 3 m-cy	tylko refundowane
SPZOZ	Szczecińska 31 Człuchów	gin.	nie było	nie było	25	ok. 2 tyg.	tylko refundowane
Akademickie Centrum Kliniczne - Szpital AM	Dębinki 7 Gdańsk	urol.	brak danych	80	90	3-4 m-ce	tak
Szpital Specjal. Św. W. Adalberta	Jana Pawła II 50 Gdańsk	urol.	ok. 40	ok. 40	nie ma planów	1,5 m-ca	tylko refundowane
Woj. Szpital Specjal. im. M. Kopernika	Nowe Ogrody 1-6 Gdańsk	gin.	1	ok. 28	ok. 50	1,5 - 2 m-cy	tak
Szpital Marynarki Wojennej	Polanki 117 Gdańsk	urol.	ok. 35	ok. 35	ok. 40	2-3 m-ce	tylko refundowane
Szpital Miejski im. J. Brudzińskiego	Radtkego 1 Gdynia	urol. gin.	kilka ok. 10	kilka ok. 10	kilka ok. 10	ok. 3 m-cy ok. 4 m-cy	tylko refundowane tylko refundowane
Szpital Specjalistyczny	Piechowskiego 36 Kościerzyna	urol. gin.	ok. 5 ok. 2	ok. 6 ok. 15	ok. 10-12 ok. 50	ok. 4 m-cy ok. 2 m-cy	tylko refundowane
NZOZ "Zdrowie"	Hallera 31, Kwidzyn	urol.	ok. 15	ok. 15	ok. 15	nie ma	tak
Woj. Szpital Specjal. im. J. Korczaka	Obr. Wybrzeża 4 Słupsk	urol.	ok. 45	ok. 45	ok. 45	1-3 m-ce	tylko refundowane
Szpital Specjal. im. F. Ceynowy	Jagalskiego 10 Wejherowo	urol. gin.	39 ok. 20	96 ok. 50	ok. 50 ok. 50	1-2 m-ce 2-3 m-ce	tylko refundowane tylko refundowane

Opr.: Na podstawie informacji z poszczególnych ośrodków

Pracownie urodynamiczne - woj. śląskie

Karolina Ciepiela

W bieżącym numerze Kwartalnika NTM przedstawiamy listę placówek, w których można wykonać badanie urodynamiczne na terenie woj. śląskiego. Jest to już ósme prezentowane przez nas województwo, tym samym na naszej mapce dotarliśmy do półmetka.

W woj. śląskim badanie urodynamiczne można wykonać w dziewięciu punktach: w Bielsku-Białej, Bytomiu, Chorzowie, Częstochowie, Katowicach, Rybniku, Tychach i Zabrzu. Wszystkie prezentowane placówki wykonują badania urodynamiczne w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Woj. śląskie zamieszkuje 4 669 tys. osób (stan na 31.12.2006 - dane GUS), co powoduje, że na jedną pracownię przypada prawie 520 tys. mieszkańców. Tym samym wśród zaprezentowanych przez nas dotych-

czas, województwo śląskie plasuje się w środku stawki. Największa liczba mieszkańców na 1 placówkę przypada w woj. małopolskim (ponad milion). Najlepsza sytuacja jest w woj. mazowieckim (5†157 tys. mieszkańców), gdzie badanie urodynamiczne można wykonać w trzynastu punktach - jeden przypada na ok. 396 tys. mieszkańców.

W następnym numerze Kwartalnika NTM zaprezentujemy listę pracowni, w których można wykonać badanie urodynamiczne na terenie woj. wielkopolskiego. 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 na adres mailowy: karolina.oleksiak@ntm.pl



Szpital Wojewódzki - Oddział Urologii, Bielsko-Biała, Al. Armii Krajowej 101

Szpital Specjalistyczny Nr 2, Bytom, ul. Stefana Batorego 15

NZOZ Szpital Śląskie Centrum Urologii "Urovita", Chorzów, ul. Strzelców Bytomskich 11

Zespół Szpitali Miejskich SP ZOZ, Częstochowa, ul. Mirowska 15

Centralny Szpital Kliniczny im. prof. K. Gibińskiego Śląskiej Akademii Medycznej, Katowice, ul. Medyków 14

Szpital im. prof. E. Michałowskiego, Katowice, ul. Strzelecka 9

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 3 - Oddział Urologiczny, Rybnik ul. Energetyków 46

Centrum Medyczne "Ultra-Med", Tychy, ul. Nałkowskiej 13-17

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. S. Szyszko Śląskiej Akademii Medycznej, Zabrze, ul. 3 Maja 13-15

Dr Marek Roslan, ordynator oddziału urologii Szpitala Specjalistycznego w Wejherowie

komentarz na temat zabiegów operacyjnych na Pomorzu:

- W województwie pomorskim operacje u pacjentek z NTM przeprowadza się w 17 ośrodkach, w tym w dwóch klinikach. Ogólna liczba takich procedur wyniosła w 2006 ok. 480. Choć wydaje się zawyżona, to i tak z całą pewnością nie odpowiada skali potrzeb.

Powyższe procedury wykonywane są w 8 ośrodkach urologicznych (ok. 280 operacji) i 9 ginekologicznych (ok. 200 operacji). Najwięcej takich zabiegów (80-100) przeprowadza się na oddziale urologii w Wejherowie, oddziale ginekologii w Chojnicach oraz w Klinice Urologii w Gdańsku. W ośmiu oddziałach (ginekologia Wejherowo, „Zdrowie“ Kwidzyn, ginekologia Ko-

ścierzyna, ginekologia Szpital Wojewódzki, ginekologia Słupsk/Ustka, urologia Szpital Marynarki Wojennej, urologia Zaspia i Szpital Swissmed) są to procedury wykonywane standardowo, w pozostałych ośrodkach operacje wykonywane są sporadycznie lub brakuje danych. Okres oczekiwania na leczenie nie przekracza 4 m-cy, operacje odpłatne wykonywane są w niewielkich ośrodkach i tam okres oczekiwania jest praktycznie kilkudniowy.

Możliwość pełnej diagnostyki NTM oferują Klinika Urologii i Klinika Ginekologii w Gdańsku, Szpital w Wejherowie, Szpital Wojewódzki w Gdańsku, Szpital w Chojnicach oraz oddział urologii Szpitala Miejskiego w Gdyni. Dostęp do diagnostyki, zwłaszcza badań urodynamicznych, jest ograniczony brakiem właściwej liczby pracowni, ograniczeniem ilości badań refundowanych w placówkach prywatnych oraz koniecznością hospitalizacji w szpitalach publicznych.

Ośrodkiem referencyjnym w makroregionie jest oddział urologii w Wejherowie. Od roku 2000 prowadzone są w nim warsztaty uroginekologiczne, w których uczestniczyło ponad 100 lekarzy (urologów i ginekologów). Program tych spotkań obejmuje operacje „na żywo”, wykłady z uroginekologii prowadzone przez doświadczonych urologów i ginekologów oraz kliniczną ocenę leczenia operowanych wcześniej pacjentek. W grudniu ubiegłego roku jeden z dni konferencji „Uroneptunalia” w Gdańsku poświęcony był uroginekologii, a operacje „na żywo” wykonywał jeden z pionierów nowoczesnej uroginekologii dr Henri Clavé z Nicei.

Niestety, z powodu złej kondycji finansowej szpitali i niedoszacowania procedur z użyciem taśm i siatek przez NFZ, prawdopodobnie zmniejszy się liczba tych procedur w roku 2007 r.



Czy mogę stosować oxybutyninę?

Od dziesięciu lat choruję na stwardnienie rozsiane, a od kilku lat mam problemy z pęcherzem typu mieszanego tzn. pęcherz nadreaktywny przy jednoczesnym znacznym zaleganiu moczu po mikcji. I dlatego „boję się“ stosować preparaty typu Driptane, choć z drugiej strony wiem, że znacznie by to poprawiło komfort mojego życia. Dodam, że stosuję samocewnikowanie 2-3 razy dziennie (cewnikiem jednorazowym) Czy w takim przypadku mogę brać oxybutyninę czy raczej nie?

Małgosia

Tak, może Pani stosować oxybutyninę. Być może zaleganie w ogóle nie wzrośnie lub będzie Pani musiała wykonywać samocewnikowanie częściej np. 4-6 x / dobę, wielkość zalegania oceni Pani w trakcie samocewnikowania. Powinna Pani też okresowo wykonywać badanie poziomu kreatyniny, badanie urodynamiczne i USG dla oceny stanu dolnych i górnych dróg moczowych.

Mój syn się moczy

Mam jedenastoletniego syna. Od niedawna zauważyłam, że zdarza mu się popuścić mocz w nocy. Zdarzyło mu się też raz, że nie zdążył dojść do ubikacji wracając ze szkoły. Poza tym nie widać u niego żadnych innych objawów. Ogólnie jest zdrowym chłopcem nie narzekającym na inne dolegliwości. To nietrzymanie moczu nie zdarza mu się każdej nocy. Czy jest to NTM? Proszę o poradę. Słyszałam, że może być to oznaka cukrzycy. Czy to jest możliwe?

Kasia

Moczenie u dzieci polega na bezwiednym opróżnianiu pęcherza przez dziecko będące w wieku, w którym oddawanie moczu powinno już podlegać świadomej kontroli woli. Moczenie dzielimy na moczenie nocne, dzienne oraz postać mieszaną. Moczenie nocne jest częstsze u chłopców, a dzienne u dziewcząt. Rozróżniamy postać moczenia pierwotną i wtórną. O postaci pierwotnej mówimy wówczas, gdy dziecko od

urodzenia nie przestało się moczyć, a o wtórnej gdy były już 3-6 miesięczne okresy bez moczenia się.

Moczenie może towarzyszyć wadom układu moczowego (w tym przeszkodzie podpęcherzowej), moczówce prostej, cukrzycy, stanom przebiegającym z upośledzeniem zęszczenia moczu przez nerki oraz wadom układu nerwowego (przepuklina oponoworodzeniowa, zespół ogona końskiego). Zaburzenia psychiczne bardzo rzadko są przyczyną moczenia i występują na ogół w późnym dzieciństwie i w wieku młodzieńczym. Największą grupę stanowią dzieci, u których nie stwierdza się żadnych zmian organicznych. Taką postać moczenia można nazwać mianem idiopatycznego. W jego etiopatogenezie dużą rolę odgrywa opóźnienie dojrzewania wyższych ośrodków nerwowych, kontrolujących opróżnianie pęcherza, jak również czynnik emocjonalny.

Badania przeprowadzone w latach 80 wykazały, że incydent moczenia nocnego jest niezależny od fazy snu. Ponadto stwierdzono znacznie niższy poziom hormonu antydiuretycznego, odpowiedzialnego za zęszczenie moczu, u chorych z moczeniem nocnym niż w grupie kontrolnej. W grupie dzieci z moczeniem idiopatycznym znaczną część stanowią też dzieci, których pęcherz moczowy ma tendencję do wyzwalania niekontrolowanych skurczów (nadreaktywność wypieracza). U części dzieci z moczeniem nocnym i/lub dziennym stwierdza się współistnienie niestabilności pęcherza moczowego z dyssynergizmem wypieraczowo-zwieraczowym. Niesie to za sobą możliwość uszkodzenia górnych dróg moczowych. Uważa się, że u dzieci ciśnieniem niebezpiecznym dla górnych dróg moczowych jest ciśnienie powyżej 40 cmH₂O (zarówno w trakcie wypełniania się pęcherza, jak i w trakcie epizodu wycieku). Nieleczenie tych zaburzeń może prowadzić do rozwoju wtórnego odpływu pęcherzowo-moczowodowego (reflaksu).

Leczenie w przypadku idiopatycznego moczenia nocnego polega na prowadzeniu kalendarza suchych nocy, stosowaniu tzw. alarmów zmoczeniowych (budzących dziecko po zmoczeniu się), farmakoterapii wazopresyną (zmniejsza nocne wydzielanie moczu). W przypadku stwierdzenia nadreaktywności wypieracza stosuje się leki antycholinergiczne. Leczeniem moczenia nocnego zajmują się urologi, chirurdzy dziecięcy oraz pediatrzy.

Leczenie NTM spowodowanego porodem

Mam 22 lata i 10-miesięczną córeczkę. Zauważyłam, że po porodzie zdarza mi się nietrzymanie moczu w nocy (dotychczas ok. 5 razy) tzn. nawet nie czuję, że muszę wstać do ubikacji. Zdarza się też, że po oddaniu moczu w ciągu dnia okazuje się, że mam mokre spodnie w kroczu. Proszę o pomoc, gdyż bardzo wstydzę się mojej dolegliwości. Nie wiem do jakiego lekarza się udać - czy powinnam iść do ginekologa czy do urologa? Nie wiem też jakie leczenie zostanie zastosowane. Boję się, że nietrzymanie moczu będzie się nasilać. Z góry dziękuję za odpowiedź i cieszę się, że znalazłam stronę o NTM i że taka istnieje.

Anika

Pani dolegliwość to prawdopodobnie wysiłkowe nietrzymanie moczu po przebytym porodzie. Jest szansa, że mięśnie dna miednicy odzyskają siłę jednak wymaga to czasu i ćwiczeń tych mięśni. Jednym ze schematów jest stosowanie 3 serii po 12 skurczów przez 3 miesiące codziennie, a następnie przez kolejne 3 miesiące co drugi dzień. Nie należy ich wykonywać w czasie oddawania moczu. Długość poszczególnych skurczów powinna być wydłużana od ok. 1-2 do 3-4 sekund. Problemem zajmują się zarówno ginekolodzy jak i urologi.

Przekazywane treści mają charakter informacyjny i nie mogą być traktowane jako porada lekarska.

Na listy odpowiadali dr Piotr Dobroński oraz dr Piotr Radziszewski z Kliniki Urologii Akademii Medycznej w Warszawie.

Zachęcamy do konsultacji telefonicznych z naszymi specjalistami:
infolinia 0 801 800 038
 (całkowity koszt połączenia 0,29 zł + VAT)

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 wplacającego

Tytułem

krajowa 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
2 0 1 1 4 0 2 0 1 7 0 0 0 0 4 9 0 2 0 4 5 1 3 8 4 2

WP PLN 3 8 , 0 0

nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wplata)

nazwa zleceniodawcy

nazwa zleceniodawcy cd.

tytułem
krajowa prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“

tytułem cd.

pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy

Oplata:

Zagraniczna prenumerata roczna Kwartalnika NTM - cena: 25 EUR / 20 USD

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 godz. 8.00 - 20.00 oraz w soboty w godz. 8.00-16.00.

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 hab. med. Piotr Radziszewski
Katedra i Klinika Urologii Akademii Medycznej w Warszawie



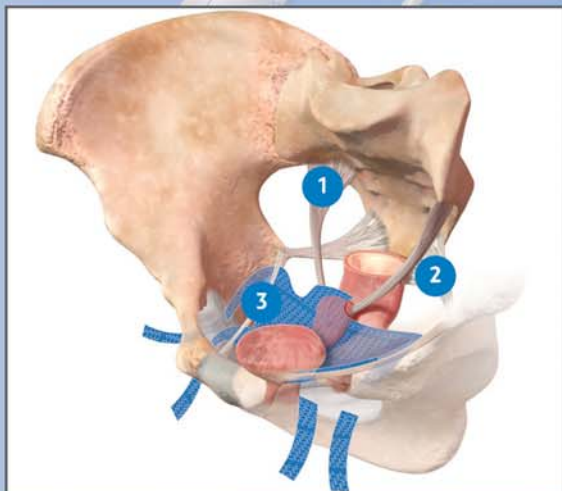
KONSULTANT MEDYCZNY
dr med. Piotr Dobroński
Katedra i Klinika Urologii Akademii Medycznej w Warszawie

Gynecare PROLIFT*

Systemy rekonstrukcji dna miednicy

Optymalna technika umożliwiająca dostęp do kluczowych punktów anatomicznych

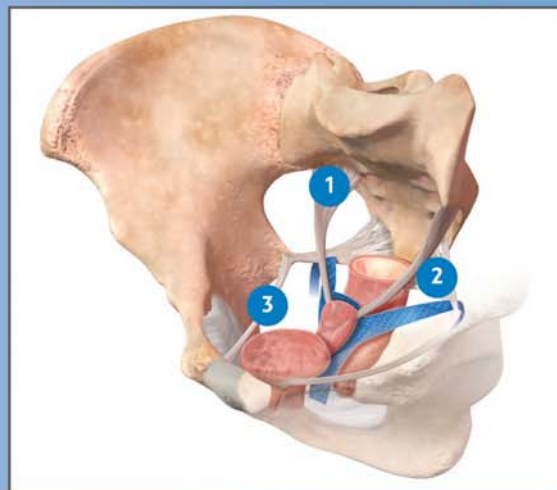
Położenie siatki do rekonstrukcji przedniej



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

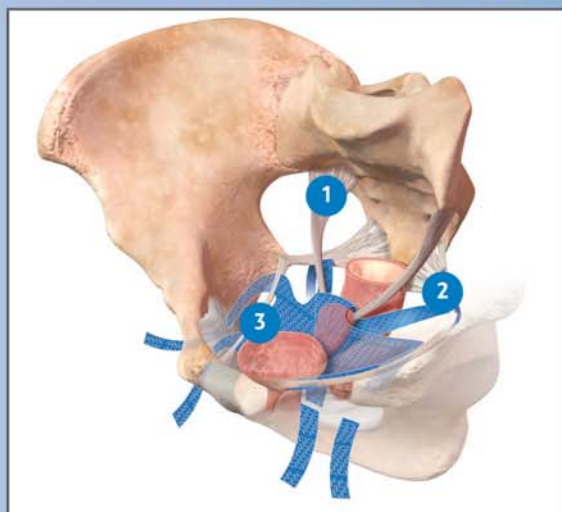
- 1 Wiązadło krzyżowo-maciczne
- 2 Wiązadło krzyżowo-kolcowe
- 3 Łuk ścięgnisty powięzi miedniczej

Położenie siatki do rekonstrukcji tylnej



Jeden pas siatki przeprowadzony został przez wiązadło 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 GYNECARE PROLIFT 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 przewodnicy 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