

Kwartalnik NTM

ISSN 1733-2826

Poradnik dla pacjenta z NTM - schemat postępowania

nr 1 (24) 2008

cena: 9.50 zł
(w tym 0% VAT)



W Lublinie leczą NTM na najwyższym poziomie
Pracownie urodynamiczne w woj. podkarpackim
Operacje z użyciem taśm na Śląsku

Minister się uczy



Rok 2008 zaczął się od niespodziewanej decyzji Ministerstwa Zdrowia. 15 stycznia br. na stronach internetowych resortu został opublikowany wyczekiwany od kilku lat projekt nowelizacji Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego wykazu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych refundowanych przez NFZ.

W ten sposób rozpoczęły się konsultacje społeczne.

Decyzja wydaje się zaskakująca, gdy weźmiemy pod uwagę fakt, iż przygotowany dokument powstał za czasów poprzedniej ekipy rządzącej. Zaproponowany projekt nowelizacji prawie w niczym nie różni się od dokumentu przygotowanego przez poprzednią ekipę w październiku ubiegłego roku. Może to oznaczać albo wysoką ocenę projektu wystawioną przez kierownictwo resortu, w tym wiceministra Marka Twardowskiego, bezpośrednio nadzorującego ten obszar polityki państwa, albo też jest to wynik braku wyobraźni i w efekcie lekceważącego podejścia do tego obszaru ochrony zdrowia.

Biorąc pod uwagę dalszy ciąg wydarzeń, należy jednak przypuszczać, że druga wersja jest bardziej prawdopodobna. Już w styczniu br. z bardzo ostrymi protestami wystąpiło środowisko reprezentujące osoby ze stomią, żądając przywrócenia dotychczasowych kryteriów. To był początek. Kolejne środowiska już nie tylko protestowały, ale w przesyłanych uwagach wskazywały na ewidentne niedopatrzenia w projekcie, mogące grozić z jednej strony lawinowym wzrostem wydatków, a z drugiej wyraźnie pogarszać aktualnie obowiązujące warunki refundacji. Większość środowisk jest zgodna. Nowelizacja jest potrzebna, ale nie w takim kształcie w jakim zaproponował resort. Do głosów krytycznych, bardziej lub mniej publicznie, przyłączają się nawet parlamentarzyści Platformy Obywatelskiej. Minister Twardowski został poddany więc szybkim korepetycjom. Zapewne teraz już zdaje sobie sprawę, że przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze to nie tylko wydatki z budżetu państwa, ale przede wszystkim konieczność zapewnienia godnego życia osobom niepełnosprawnym i przewlekle chorym, a także sposób na przeciwdziałanie rosnących kosztów hospitalizacji tych osób.

Całkowicie niezrozumiała jest np. propozycja refundowania środków absorpcyjnych na podstawie kryterium jakim jest stopień

niepełnosprawności. We wszystkich krajach Unii Europejskiej, w których refunduje się pieluchy dla dorosłych, podstawową zasadą jest podział na stopień NTM (lekki, średni i ciężki). W takim kierunku poszły również propozycje Rady Naukowej ds. NTM. Dlaczego więc nasz rząd nie chce korzystać ze sprawdzonych już rozwiązań? Tak naprawdę, jak wykazała to w swojej opinii Rada Naukowa, Ministerstwo Zdrowia próbując znaleźć oszczędności, proponuje takie rozwiązania, które mogą paradoksalnie przynieść całkowicie odwrotny skutek. Tak będzie się działo dopóki nie zaprosi się do dyskusji osób reprezentujących różne środowiska, mających praktyczne rozeznanie w danej problematyce.

Zdumiewające jest jak kolejny rząd powiela błędy swoich poprzedników. Najpierw lekceważy problem, później - odkrywając jego skalę - wpada w paraliż decyzyjny, a potem przychodzą wybory, nowy minister i wszystko zaczyna się od początku. Dlaczego kolejnym ministrom brakuje odwagi? Dlaczego tak mocno ogranicza się liczbę osób przygotowujących projekt zmian w tak szerokiej i specjalistycznej tematyce? Co musi się jeszcze wydarzyć, aby minister zrozumiał, że po drugiej stronie jest wiele życzliwych osób gotowych włączyć się aktywnie w prace przygotowujące dobry i nowoczesny projekt refundacji przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych?

Gdy pisałem komentarz do poprzedniego numeru Kwartalnika, wyraziłem nadzieję, że nowa Minister Zdrowia wróci do czasów, kiedy wsłuchiwała się w głosy różnych środowisk i przy ich wsparciu doprowadzi do przełomu. Jeszcze nie jest za późno. Trzeba tylko odrobiny odwagi i skończenia ze schematem, że partnerem może być tylko partyjny kolega lub koleżanka.

Tomasz Michałek

Lekarstwa działają wolniej niż choroby

Tacyt

To stwierdzenie oznacza, że dany lek potrzebuje czasu aby w pełni rozwinąć swoje działanie. Tymczasem choroba postępuje, obniża jakość życia, przyczynia się do powstawania zmian w całym organizmie. Dlatego tak ważne jest rozpoznanie, a zaraz potem ustalenie właściwego leczenia i jego kontynuacja, ponieważ nietrzymanie moczu jest chorobą przewlekłą.

W bieżącym numerze możemy znaleźć kilka interesujących artykułów mówiących o tym jak należy postępować aby sprawnie zdiagnozować nietrzymanie moczu oraz co robić aby mu zapobiegać. Oczywiście są to sytuacje idealne, a droga polskiego Pacjenta z nietrzymaniem moczu nadal bardziej przypomina drogę krzyżową niż drogę uślaną różami. Nadal mamy dysonans kompetycyjny, czyli kto powinien diagnozować nietrzymanie moczu, nadal zgłoszenie objawów parć naglących powoduje wdrożenie postępowania jak w przypadku infekcji, nadal są problemy z dostępnością do badań urodynamicznych w niektórych regionach Polski.

Wiele się mówi i pisze o roli fizykoterapii w nietrzymaniu moczu, tymczasem placówek zajmujących się taką fizykoterapią jest nadal niewiele, a zawód uroterapeuty jest zupełnie nieznan.

Tylko zasygnalizowałem niektóre problemy. Jest ich zdecydowanie więcej. Już teraz wiadomo, że działania zmierzające do poprawy świadomości problemu nietrzymania moczu muszą przebiegać dwutorowo, z jednej strony należy edukować pacjentów, zaś z drugiej dostarczać najlepszej wiedzy o problemie lekarzom. Mam nadzieję, że kolejne numery Kwartalnika w 2008 roku zapewnią taką właśnie edukację.

dr hab. med. Piotr Radziszewski

Spis treści

1 (24) 2008

PORADNIK DLA PACJENTA Z NTM	
Przyczyny NTM dr A. Pawlaczyk	4
Poradnik dla pacjenta z NTM - schemat postępowania lek. med. B. Dybowski	6
LECZENIE NTM	
Leczenie przez ćwiczenie M. Banaszak- Osiewicz	10
GDZIE LECZYĆ NTM	
W Lublinie leczą NTM na najwyższym poziomie J. Kamińska	12
NTM NA ŚWIECIE	
Histerektomia (usunięcie macicy)... dr A. Gugąła, dr A. Krawczyk	13
PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE	
Spełnione nadzieje czy rozczarowanie M. Kowalewska	14
Możliwe zmiany wykazu refundowanych wyrobów medycznych T. Bochenek	15
Kiepski projekt - wywiad z posłem Markiem Plurą	16
PIELĘGNACJA	
Nowy zawód medyczny - opiekun medyczny E. Szwałkiewicz	17
Ustawa pielęgnacyjna - powrót czy zastój? K. Paradowska	18
ORGANIZACJE Karkonoski Sejmik... M. Żeglińska	19
Ranking Wojewódzkich Oddziałów NFZ	19
Operacje z użyciem taśm na Śląsku	20
Badanie urodynamiczne - woj. podkarpackie	21
Szwecja o miłą wyprzedza Polskę	21
LISTY	22

Do Czytelników

■ Tematem przewodnim pierwszego w tym roku Kwartalnika NTM jest schemat postępowania oraz sposoby leczenia NTM. Obszerny artykuł autorstwa lek. med. Bartosza Dybowskiego jest skondensowanym poradnikiem dla osób z problemem nietrzymania moczu. Autor opisuje m.in. objawy i przyczyny NTM oraz odpowiada na pytania: kiedy udać się do lekarza, jakie badania wykonać i wreszcie - jak leczyć ten problem. W kolejnym tekście dr Anna Pawlaczyk przedstawia i szczegółowo omawia przyczyny nietrzymania moczu.

Na stronach 10 - 11 znajdują Państwo tekst Marty Banaszak poświęcony fizjoterapii, w którym dokładnie omówiona została rola mięśni dna miednicy odpowiedzialnych za mechanizm trzymania moczu.

W dalszej części numeru powrócimy do tematu ustawy pielęgnacyjnej. Na pytanie co obecnie dzieje się z projektem tej ustawy postara się odpowiedzieć Karolina Paradowska.

Na łamach Kwartalnika zajmiemy się również bardzo aktualnym i ważnym dla wszystkich osób niepełnosprawnych tematem. Magdalena Kowalewska przedstawi opinie organizacji pacjenckich dot. projektu nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych. Projektowi tego rozporządzenia poświęcony jest również wywiad z posłem Platformy Obywatelskiej - Markiem Plurą.

Na temat nowopowstałego zawodu medycznego - opiekuna medycznego pisze współinicjatorka utworzenia tego zawodu - Elżbieta Szwałkiewicz, Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Przewlekłe Chorych i Niepełnosprawnych.

Polecamy Państwu również dwie nowe rubryki - przedruki z prasy światowej oraz prezentację placówek specjalizujących się w leczeniu NTM. Jako pierwszą przedstawiamy Klinikę Ginekologii w Szpitalu Klinicznym nr 4 w Lublinie, kierowaną przez prof. Tomasza Rechbergera.

Zapraszamy również do lektury naszych stałych rubryk. W cyklu prezentującym organizacje pacjenckie przedstawiamy Karkonoski Sejmik Osób Niepełnosprawnych. Tym razem publikujemy wykaz placówek wykonujących operacje z użyciem taśm w województwie śląskim oraz zestawienie pracowni urodynamicznych na Podkarpaciu. Porównujemy również polski i szwedzki system refundacji środków wchłaniających.

Miłą lekturę!

Joanna Kamińska

Kwartalnik NTM

Redaktor naczelny: Tomasz Michałek

Redaktor wydania: Joanna Kamińska

Sekretarz redakcji: Karolina Ciepiela

Komitet redakcyjny:

dr med. Piotr Dobroński Oddział Urologii Szpitala Bielańskiego w Warszawie, dr hab. med. Piotr Radziszewski Klinika Urologii Akademii Medycznej w Warszawie

Zespół redakcyjny: Marta Banaszak, Magdalena Kowalewska, Karolina Paradowska

Komentatorzy: Tomasz Bochenek, Józef Góralczyk, Elżbieta Szwałkiewicz, Grażyna Śmiarowska

Korekta: Marzena Michałek

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) 463 64 01, fax: (22) 533 62 93

e-mail: ntm@ntm.pl, joanna.kaminska@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 3000 egzemplarzy.



Program
Prospółeczny
„NTM -
Normalnie
Życie”

Wydawca:

Studio PR

Realizacja wydawnicza:

Warsaw Voice SA

Przyczyny NTM

Dr n. med. Anna Pawlaczyk

Ginekolog - położnik, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Gdańsku

Nietrzymanie moczu nie może być traktowane jako jednostka chorobowa, ponieważ do rozwoju tej dolegliwości nie prowadzi ściśle określony czynnik etiologiczny. Jest to objaw, który pojawia się w wyniku działania wielu czynników ryzyka. Zapobieganie wystąpienia nietrzymania moczu powinno obejmować umiejętność rozpoznania tych czynników i w miarę możliwości ich wyeliminowanie. Czynniki te sklasyfikowano na predysponujące, promujące oraz związane z urazem tkanek otaczających.

Czynniki predysponujące

- Rasa. Badania analizujące występowanie NTM w populacjach różnych ras wykazały, że u kobiet rasy czarnej, hiszpańskiej

i azjatyckiej objaw ten spotykany jest rzadziej w porównaniu do populacji kobiet rasy białej. Predyspozycja wśród przedstawicieli rasy białej związana jest z bardziej delikatną budową anatomiczną krocza, które jest bardziej narażone na urazy niż u kobiet innych ras.

- Rodzinne występowanie. Badanie EPINCONT potwierdza wpływ czynników genetycznych na występowanie nietrzymania moczu. Jeśli kobieta ma matkę i/lub starszą siostrę obciążoną tą przykrą dolegliwością, to ryzyko rozwoju nietrzymania moczu u tej pacjentki jest trzykrotnie podwyższone.

- Wady anatomiczne. Wrodzone wady budowy anatomicznej dolnego odcinka układu moczowego (np. śródrzwiaczowe lub pozazwiaczowe ujście moczowodu

ektopicznego nerki podwójnej powodujące moczenie moczowodowe) lub też nabyte w postaci przetoki cewkowo - pochwowej, pęcherzowo - pochwowej, moczowodowo - pochwowej, czy pęcherzowo - macicznej związane są z różnego stopnia niekontrolowanym wyciekaniem moczu.

- Zaburzenia układu nerwowego. Schorzenia neurologiczne wrodzone (np. rozszczep kręgosłupa, przepuklina oponowa - rdzeniowa) lub nabyte (np. urazy kręgosłupa i rdzenia kręgowego, urazy mózgu w wyniku wypadku komunikacyjnego, krwawienia do centralnego układu nerwowego, zawały, nowotwory mózgu, zmiany degeneracyjne, dyskopatie, zespół Guillain - Barré, zapalenie rdzenia poprzeczne, choroba Lyme, zakażenie wirusem Herpes zoster poliomyelitis, neuropatia obwodowa w przebiegu cukrzycy, urazy splotu miedniczego w następstwie operacji w obrębie miednicy mniejszej (np. po usunięciu macicy, po brzuszno-kroczywym odjęciu odtocznicy)), mogą prowadzić do zaburzeń funkcji oddawania (dyssynergizm wypieraczowo-zwiaczkowy, niedoczynność wypieracza) i gromadzenia moczu w postaci pęcherza nadreaktywnego lub wysiłkowego nietrzymania moczu.

Czynniki promujące

- Przyjmowanie niektórych leków. Zastosowanie blokerów receptora alfa adrenergicznego w leczeniu nadciśnienia tętniczego może prowadzić do osłabienia funkcji aparatu zwiaczkowego cewki, a tym samym do klinicznej manifestacji wysiłkowego nietrzymania moczu. Leki antycholinergiczne starszych generacji (np. oksybutynina) stosowane w leczeniu nadreaktywności pęcherza, mogą prowadzić do zalegania moczu, a w skrajnych przypadkach nietrzymania moczu z przepelnienia. Objawy niepożądane leków moczopędnych - częstomocz, parcia naglące - mogą imitować obraz kliniczny nadreaktywności pęcherza. Działanie uboczne inhibitorów acetylocholinesterazy (uporczywy kaszel) może skutkować rozwojem wysiłkowego nietrzymania moczu.

- Menopauza. Nabłonek dolnego odcinka układu moczowego posiada receptory dla





estrogenów. W razie spadku poziomu estrogenów metabolizm tych tkanek ulega spowolnieniu, co prowadzi do zmian atroficznych i związanych z tym objawów klinicznych - między innymi NTM.

- Zaburzenia procesów poznawczych. Liczne badania przeprowadzone w domach opieki wykazały, że pacjenci obciążeni demencją nie są w stanie świadomie kontrolować czynności gromadzenia i opróżniania pęcherza. Dodatkowo fizyczne inwalidztwo często utrudnia dotarcie do toalety na czas. Jest to tzw. czynnościowe NTM

- Zakażenie układu moczowego. Przez długi okres czasu nawracające infekcje w układzie moczowym były uznawane jako czynnik sprzyjający rozwojowi nietrzymania moczu, jednakże wpływ ten pozostaje kontrowersyjny. Niewątpliwie ostre zapalenie pęcherza, powodując podrażnienie jego ściany, może objawiać się także bolesnym nietrzymaniem moczu z parcia.

- Zwiększone ciśnienie śródbrzuszne. Badania wykazały znamienne częstsze występowanie NTM u młodych nieródek zawodowo lub rekreacyjnie wykonujących ćwiczenia fizyczne powodujące zwiększanie ciśnienia w jamie brzusznej (np. podnoszenie ciężarów), w porównaniu do prowadzących siedzący tryb życia.

- Otyłość. Jest to udowodniony czynnik ryzyka rozwoju nietrzymania moczu, szczególnie typu wysiłkowego. Dodatkowy ciężar powłok brzusznych zwiększa ciśnienie śródbrzuszne i wewnątrzpęcherzowe, oraz obciąża przeponę miednicy powodując rozciągnięcie i osłabienie mięśni i struktur łącznotkankowych dna miednicy. Otyłe pacjentki 4,2 - krotnie częściej zapadają na wysiłkowe nietrzymanie i 2,2 krotnie częściej na nadreaktywność wypieracza. Utrata masy ciała u tych pacjentek powoduje

zmniejszenie dolegliwości z 62% do 12% badanej populacji otyłych.

- Choroby współistniejące takie jak cukrzyca, niewydolność krążenia, nabyta wada serca mogą osłabić mechanizmy gwarantujące prawidłową czynność gromadzenia moczu. Choroby płuc związane z przewlekłym kaszlem, który raptownie zwiększa ciśnienie śródbrzuszne, są uznanym czynnikiem ryzyka nietrzymania moczu. Podobna zależność występuje u pacjentek palaczek, u których oprócz nagłych znaczących wzrostów ciśnienia wewnątrzpęcherzowego w trakcie kaszlu, zaznacza się również antyestrogenowy wpływ nikotyny. Zaparcia nawykowe, poprzez wpływ obciążający mas kałowych na dno miednicy, z uszkodzeniem nerwu sromowego lub bez, prowadzą do niewydolności przepony miednicy i wysiłkowego NTM.

- Wiek jest w wielu badaniach udowodnionym czynnikiem ryzyka - częstość występowania nietrzymania moczu zwiększa się wraz z wiekiem pacjenta. Wraz z nim zmniejsza się pojemność pęcherza oraz postępują zmiany degeneracyjne tkanek budujących przeponę miednicy. Wraz z wiekiem częściej występują cukrzyca, niewydolność krążenia i demencja.

Urazy tkanek otaczających

Ciąża, poród i rodność u kobiet są często wymieniane jako czynnik ryzyka nietrzymania moczu. Jest to objaw dość powszechny u ciężarnych, częstość występowania szacuje się na 80- 85%. Czynnikiem sprawczym może być nadmierne obciążenie dna miednicy przez ciężarną macicę. Wystąpienie nietrzymania podczas ciąży jest czynni-

kiem ryzyka rozwoju tej dolegliwości w późniejszym okresie życia.

W wielu doniesieniach podkreśla się fakt odbycia porodu drogą pochwową jako czynnik uszkodzający struktury i unerwienie dna miednicy. W świetle teorii integralnej Petrosa i Ulmstena tak powstały defekt anatomiczny może powodować wysiłkowe nietrzymanie moczu jak również nadreaktywność pęcherza. Nacięcie krocza i operacje położnicze w porodzie drogą pochwową (próżniociąg) zwiększają ryzyko rozwoju nietrzymania 1,5 - krotnie w porównaniu z porodem fizjologicznym bez nacięcia, natomiast 3,1 - krotnie w porównaniu z rodzącymi drogą brzuszną. Waga urodzeniowa noworodka powyżej 4000g może predysponować do wystąpienia tego objawu. Powstanie przetoki pęcherzowo - pochwowej na skutek urazu położniczego jest rzadką obecnie w Europie USA ale nadal częstą w Afryce przyczyną nietrzymania moczu typu pozacewkowego. Nietrzymanie moczu jest bardziej powszechne u kobiet, które odbyły cztery i więcej porodów drogą pochwową. Badania przeprowadzone w Australii wykazały istotny związek pomiędzy rodnością w grupie kobiet młodych i wystąpieniem nietrzymania moczu. Czynniki takie jak operacje w miednicy małej - usunięcie macicy, operacje pochwowe, radioterapia - mogą prowadzić do uszkodzenia unerwienia i struktur anatomicznych dolnego odcinka dróg moczowych, co może objawiać się zaburzeniami gromadzenia i opróżniania pęcherza moczowego. ■



Poradnik dla pacjenta z NTM - schemat postępowania

lek. med. Bartosz Dybowski
Katedra i Klinika Urologii A.M. w Warszawie

Co to jest nietrzymanie moczu?

Nietrzymanie moczu to niekontrolowany wyciek moczu z cewki moczowej.

Istnieją dwa podstawowe rodzaje nietrzymania moczu:

- **Wysiłkowe nietrzymanie moczu** występuje w czasie kaszlu, kichania, biegania lub dźwigania czyli czynności, które powodują wzrost ciśnienia w brzuchu.
- **Nietrzymanie moczu z parć nagłych** pojawia się w związku z gwałtownym i silnym uczuciem potrzeby oddania moczu. Jest efektem skurczu pęcherza moczowego. Takie skurcze mogą być spowodowane zakażeniem dróg moczowych, kamicą moczową lub nowotworem. U mężczyzny może to być reakcja pęcherza na powiększający się i utrudniający odpływ moczu gruczoł krokowy (prostata, stercz). Wreszcie częste i silne skurcze pęcherza występujące bez wyraźnej przyczyny noszą miano zespołu pęcherza nadreaktywnego. Parcie na mocz może być spowodowane odgłosem płynącej wody, otwieraniem drzwi do mieszkania lub występowaniem niezależnie od sytuacji.

Mieszane nietrzymanie moczu jest kombinacją dwóch opisanych wyżej typów nietrzymania moczu.

Istnieją również rzadsze postaci nietrzymania moczu:

Nietrzymanie moczu z przepelnienia jest spowodowane wyciekaniem moczu z przepelnionego pęcherza. Jest to rodzaj zatrzymania moczu, kiedy pacjent nie odczuwa bólu ani parcia na mocz. Mocz wycieka niewielkimi porcjami co kilkanaście minut.

Czynnościowe nietrzymanie moczu jest spowodowane takim schorzeniem, które uniemożliwia poruszanie się pacjenta i dotarcie do toalety. Może to być otępienie, ciężkie zapalenie lub zwyrodnienie stawów, ciężka niewydolność serca lub płuc.

Anatomiczne nietrzymanie moczu spowodowane jest wrodzoną wadą układu moczowego.

Wyciek moczu może mieć miejsce również przez pochwę lub odbytnicę w przypadku obecności **przetoki** czyli połączenia

Objawy:

Aby sprawdzić jaki rodzaj nietrzymania moczu występuje u Ciebie, odpowiedz na poniższe pytania:

Wysiłkowe nietrzymanie moczu:

Czy mocz wycieka czasem w czasie ćwiczeń fizycznych lub dźwigania?	TAK	NIE
Czy mocz wycieka czasem podczas kaszlu, śmiechu lub kichania?	TAK	NIE
Czy popuszczasz zwykle niewielkie lub umiarkowane ilości moczu?	TAK	NIE

Nietrzymanie moczu z parć nagłych:

Czy odczuwasz częste, silne i gwałtowne parcie na mocz?	TAK	NIE
Czy zdarza ci się popuścić mocz przed dotarciem do toalety?	TAK	NIE
Czy odczuwasz czasem potrzebę oddania moczu gdy słyszysz płynącą wodę lub wkładasz ręce do wody?	TAK	NIE
Czy popuszczasz zwykle duże ilości moczu (mocz wycieka z bielizny)?	TAK	NIE

Jeśli odpowiedziałeś „Tak“ na jedno lub więcej pytań z pierwszej tabeli możesz mieć wysiłkowe nietrzymanie moczu. Jeśli odpowiedź twierdzącą zaznaczyłeś w drugiej tabeli możesz mieć nietrzymanie moczu z parć nagłych. Jeśli odpowiedzi twierdzące występują w obu tabelach możesz mieć mieszane nietrzymanie moczu.

dróg moczowych z drogami rodzymi lub przewodem pokarmowym. Najczęstszymi przyczynami przetok moczowych jest przebycie naświetlania (nawet wiele lat temu) lub operacji w tej okolicy.

Moczenie nocne czasami potrafi przetrwać od okresu dziecięcego. Polega na popuszczaniu lub całkowitym opróżnianiu pęcherza w czasie snu przy prawidłowym trzymaniu moczu w dzień. Przyczyna jest najczęściej nieznana.

Następstwa

Długotrwałe i narastające problemy z trzymaniem moczu prowadzą do:

- unikania aktywności fizycznej, zawodowej i towarzyskiej,
- zmniejszenia wydolności fizycznej,
- zmian skórnych spowodowanych długotrwałym kontaktem skóry z moczem,
- depresji.

Parcia nagłe i NTM z parć może być objawem innej, poważnej choroby tj.: zaka-

żenia, kamicy moczowej lub nowotworu. Opóźnione rozpoznanie każdej z tych chorób może spowodować poważne następstwa dla zdrowia, a nawet zagrażać życiu.

Co zwiększa ryzyko nietrzymania moczu?

Czynniki sprzyjające występowaniu NTM:

- ciąża i porody siłami natury,
- wycięcie macicy,
- wycięcie stercza (całkowite w przypadku raka lub częściowe w przypadku gruczolaka),
- radioterapia raka stercza,
- nadwaga i otyłość,
- starszy wiek,
- kamica moczowa,
- menopauza,
- przeszkoda w odpływie moczu z pęcherza,
- przewlekłe zakażenia układu moczowego.



Choroby, którym może towarzyszyć NTM:

- przewlekły kaszel (papierosy!),
- cukrzyca,
- choroba Parkinsona,
- choroba Alzheimera,
- stwardnienie rozsiane,
- rak pęcherza,
- udar mózgu,
- uraz rdzenia kręgowego.

Nietrzymanie moczu może nasilać:

- stosowanie leków odwadniających lub rozszerzających oskrzela,
- spożywanie kofeiny w postaci kawy, napojów gazowanych lub herbaty (teina),
- palenie tytoniu.

Kiedy udać się do lekarza?

- gdy NTM lub parcia naglące pojawiły się nagle, gdyż może to być objawem innej poważnej choroby.
- gdy przewlekłe NTM powoduje konieczność stosowania środków wchłaniających lub utrudnia zwykłą aktywność (sport, życie towarzyskie, pracę zawodową).

Nie wstydź się powiedzieć o tym problemie swojemu lekarzowi, nie traktuj nietrzymania moczu jako nieuniknionego objawu starzenia się. Większości osób z NTM można pomóc lub całkowicie je wyleczyć.

Jeśli dolegliwość jest niewielka i rozwija się powoli przez pewien czas można samemu kontrolować ten problem (patrz niżej).

Jeśli uważasz, że problem narasta i nie dajesz sobie rady samodzielnie zgłoś się do lekarza. Wybór lekarza jest bardzo ważny. Podstawowe informacje o nietrzymaniu moczu oraz wykluczenie najpoważniejszych chorób możesz uzyskać u swojego lekarza rodzinnego. Specjalistyczną diagnostykę i leczenie NTM przeprowadzają urologi i ginekolodzy. Warto udać się do specjalisty, który osobiście zajmuje się leczeniem operacyjnym wysiłkowego NTM i posiada doświadczenie w rehabilitacji układu moczowego, np. stosuje biofeedback, elektrostymulację lub ostrzykiwanie dróg moczowych toksyną botulinową.

Jakie badania trzeba wykonać?

Lekarz rozpocznie diagnostykę nietrzymania moczu od zebrania dokładnego wy-

wiadu, czyli informacji o aktualnych i przebytych chorobach, ciążyach i porodach, zabiegach i operacjach. Szczególnie dokładnie staraj się opisać sytuacje, w jakich dochodzi do wycieku moczu, częstotliwość i ilość popuszczanego moczu, częstość oddawania moczu w dzień i w nocy, obecność parć naglących lub słabego strumienia moczu.

Przed wizytą u lekarza warto zapisywać przez 2 lub 3 dni godzinę i ilość wypijanych płynów oraz oddawanego moczu, a także występowanie parć naglących i popuszczania moczu. Taki zapis nazywany jest dziennikiem mikcji i jest bardzo pomocny w rozpoznaniu rodzaju nietrzymania moczu, jego nasilenia i innych objawów ze strony układu moczowego.

Badanie osoby z NTM obejmuje zwykle wykonanie próby kaszlowej. Do tego badania pęcherz powinien być wypełniony. W czasie kaszlu lekarz obserwuje czy następuje wyciek moczu z cewki. U kobiet ocena przeprowadzana jest w pozycji ginekologicznej, która umożliwi obserwację ujścia cewki i ocenę narządu rodowego.

Minimum wymagane w diagnostyce NTM to wykonanie badania ogólnego moczu i USG układu moczowego w celu wykluczenia zakażenia, kamicy i nowotworu.

Lekarz może również zalecić wykonanie badania urodynamicznego, cystoskopii, urografii lub innych badań.

Badanie urodynamiczne pozwala na obiektywną ocenę czynności pęcherza moczowego i cewki. Celem tego badania jest ostateczne wyjaśnienie z jakim typem NTM mamy do czynienia. Jeśli rozważane jest leczenie operacyjne, badanie urodynamiczne pozwala do pewnego stopnia przewidzieć jak zachowa się pęcherz moczowy po operacji np. czy może dojść do zatrzymania moczu. Taka informacja ma duży wpływ na podjęcie decyzji o leczeniu zabiegowym.

Badanie przeprowadzane jest w pozycji ginekologicznej. Jest to badanie inwazyjne, gdyż konieczne jest założenie cewników do pęcherza moczowego i do odbytu. Są to czujniki ciśnienia występującego w pęcherzu i w brzuchu. Badanie składa się z fazy napełniania pęcherza płynem (cystometria) i fazy opróżniania pęcherza do specjalnej toalety, która mierzy szybkość strumienia moczu.

Cystoskopia to wziernikowanie pęcherza moczowego przez urządzenie wprowadzone przez cewkę moczową. Wykonywane zwykle w przypadku nieprawidłowego lub niejednoznacznego badania USG lub badania moczu.

Urografia to badanie radiologiczne z użyciem kontrastu podanego dożylnie. Pozwala zobrazować górne i dolne drogi moczowe. Obecnie rzadko stosowane w diagnostyce nietrzymania moczu, gdyż zostało wyparte przez ultrasonografię.

▶ PRZEGLĄD METOD LECZENIA

Istnieje kilka metod leczenia NTM. Wybór metody zależy od typu nietrzymania moczu i od preferencji pacjenta. Niektóre sposoby leczenia lub radzenia sobie z tym problemem można z powodzeniem stosować samemu.

Samoleczenie

Ćwiczenia Kegla

Opracowane przez doktora Kegla ćwiczenia mięśni dna miednicy są skuteczną metodą zachowawczego leczenia wysiłkowego NTM o niewielkim nasileniu. Pozwalają wzmocnić mięśnie odpowiedzialne za trzymanie moczu. Kluczem do sukcesu jest napinanie właściwych mięśni i regularne wykonywanie ćwiczeń. Żeby napiąć właściwe mięśnie poleca się kobietom „wciągać pochwę“ lub wyobrażać sobie, że odczuwa się parcie na mocz lub na stolec i podejmuje próbę powstrzymania oddania moczu, stolca lub gazów. Można kilka razy spróbować zatrzymać strumień moczu w toalecie, ale tylko po to, aby zorientować się, które mięśnie należy uruchomić. Następnie ćwiczenia trzeba wykonywać „na sucho“. Nie należy przy tym napinać mięśni brzucha, pośladków, ani nóg. Jeśli nie masz pewności czy wykonujesz ćwiczenie prawidłowo poproś urologa albo ginekologa, aby sprawdził czy w czasie ćwiczeń pracują właściwe mięśnie. Sprawdzenie polega na wprowadzeniu palca lub specjalnego czujnika do pochwy.

Ćwiczenia należy wykonywać trzy razy dziennie. W każdej serii należy 10 razy napiąć mięśnie kroczą na okres od 4 do 8 sekund i rozluźnić przez podobny okres. Czas napięcia mięśnia należy wydłużać stopniowo. Pierwsze efekty ćwiczeń pojawiają się najwcześniej po miesiącu. Nie należy więc poddawać się zbyt wcześnie. Zaprzestanie ćwiczeń w krótkim czasie prowadzi do nawrotu dolegliwości.

Jeśli NTM pojawiło się stopniowo, trwa od dawna, a jego nasilenie nie jest duże, możesz spróbować zastosować jedną z wymienionych niżej metod, które zwykle zalecane są przez specjalistów.

Dla osób z wysiłkowym NTM:

- Wzmacniaj mięśnie kroczą stosując codziennie ćwiczenia Kegla oraz regularnie dbając o kondycję fizyczną.
- Jeśli masz nadwagę odchudź się. Skuteczne programy odchudzania polegają na po-

łączeniu niskokalorycznej diety z wysiłkiem fizycznym.

- Rzuć palenie. Będziesz rzadziej kasłać, dzięki czemu zmniejszy się liczba epizodów wycieku moczu.
- W czasie wysiłku lub ćwiczeń fizycznych możesz spróbować nosić tampon, który będzie wywierał niewielki ucisk na cewkę utrudniając przez to wyciek moczu.

Dla osób z nietrzymaniem moczu z parć nagłych:

- Staraj się oddawać mocz w regularnych odstępach czasu, najlepiej co 3-4 godziny. Jeśli początkowo jest to niemożliwe, ustal krótszy odstęp czasu i co kilka tygodni stopniowo go wydłużaj. Mocz należy oddawać niezależnie od potrzeby.
- Porozmawiaj ze swoim lekarzem o wszystkich lekach jakie stosujesz, żeby przekonać się czy któryś nie nasila dolegliwości.
- Oddawaj mocz na dwa razy. Oddając mocz staraj się całkowicie rozluźnić wszystkie mięśnie. Pęcherz powinien opróżnić się sam. Po pierwszej porcji odczekać nawet kilka minut nie wstając z toalety i spróbuj ponownie opróżnić pęcherz.
- Jeśli masz kłopoty z dotarciem do toalety w czasie nagłego parcia na mocz spróbuj ułatwić sobie tę drogę poprzez skrócenie jej oraz noszenie łatwych do zdejmowania ubrań.
- Ogranicz picie napojów zawierających kofeinę.
- Unikaj alkoholu.
- Wypijaj odpowiednią ilość płynów. Przeciętna dorosła osoba powinna wypić ok. 1800 ml płynów na dobę. Ilość płynów musi być dostosowana do pogody, aktywności fizycznej i wagi ciała. Przyjmowanie zbyt dużych ilości płynów powoduje częstomocz, natomiast zbyt skąpe picie może doprowadzić do odwodnienia.
- Jeśli masz zaparcia postaraj się wyregulować wypróżnienia stosując dietę bogatą resztkową np. otręby pszenne lub stosując łagodne środki przeczyszczające.

Leki

NTM można leczyć za pomocą leków. Dobór leków jest ściśle uzależniony od typu nietrzymania moczu, co oznacza, że lek działający na wysiłkowe NTM nie może być stosowany w przypadku leczenia nietrzymania moczu z parć i odwrotnie. Leczenie farmakologiczne jest podstawową metodą leczenia NTM z parć, podczas gdy stosowanie leków w NTM wysiłkowym można uznać za leczenie uzupełniające, zaś podstawę terapii stanowi tu rehabilitacja mięśni dna miednicy

i leczenie zabiegowe.

Leczenie farmakologiczne jest zwykle stosowane w przypadku nietrzymania moczu z parć. W tym celu stosuje się tak zwane środki cholinolityczne, których działanie polega na osłabieniu siły skurczów pęcherza moczowego. Do tej grupy należą między innymi oksybutynina (Driptane, Ditropan, Uroton), darifenacyna (Emselex), tolterodyna (Detrusitol), solifenacyna (Vesicare) oraz fesoterodyna (Toviaz). Efektem ich stosowania jest zmniejszenie częstości oddawania moczu, rzadsze występowanie parć nagłych i łatwiejsze utrzymanie moczu w pęcherzu w czasie parcia. Do działań niepożądanych zaliczamy suchość w ustach, suchość oczu, zaparcia, zaburzenia widzenia i trudności w opróżnianiu pęcherza. Leki z tej grupy nie mogą być stosowane u osób z jaskrą zamkniętego kąta przesączania.

U niektórych kobiet z parcami nagłymi skuteczne może okazać się zastosowanie dopochwowego preparatu estrogenów. Natomiast, pomimo ewidentnego związku występowania wysiłkowego NTM z menopauzą, stosowanie hormonalnej terapii zastępczej nie zapobiega ani nie leczy nietrzymania wysiłkowego i nie powinno być stosowane z tego powodu, ale należy je stosować w zaburzeniach trofiki pochwy, przed leczeniem operacyjnym wysiłkowego NTM.

Jedynym lekiem o udowodnionej skuteczności w leczeniu wysiłkowego NTM jest duloksetyna (nazwa handlowa Yentreve lub Cymbalta). Jest to lek stosowany w leczeniu depresji i przewlekłego bólu neuropatycznego. Innym jej działaniem jest zwiększenie napięcia zwieracza cewki, przez co zmniejsza się częstość epizodów wycieku moczu. Pacjentki stosujące duloksetynę obserwowały zmniejszenie częstości popuszczania moczu i poprawę jakości życia w porównaniu z placebo. Najczęstsze działania niepożądane leku to: bezsenność, nudności i bóle głowy, które ustępują zwykle po kilku tygodniach regularnego przyjmowania preparatu. Dużą wadą jest bardzo wysoki koszt preparatu i brak dostępności w Polsce.

Leczenie zabiegowe

Istnieje kilka różnych rodzajów zabiegów chirurgicznych stosowanych w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu. Większość z nich polega na podwieszeniu cewki moczowej lub wytworzeniu ucisku działającego na cewkę i powodującego lepsze jej domknięcie.

W leczeniu parć nagłych nie stosuje się zwykle metod operacyjnych, natomiast można stosować ostrzykiwanie pęcherza toksyną botulinową.

TVT to metoda polegająca na założeniu niewchłanialnej taśmy pod cewkę moczową. Taśmę wprowadza się przez nacięcie na



przedniej ścianie pochwy oraz przez dwa małe nacięcia skóry nad spojeniem łonowym. Zabieg trwa około 30 minut i może być wykonywany w ramach hospitalizacji jednodniowej. Technika zabiegu jest prosta, a całkowite wyleczenie uzyskuje się u ponad 80% pacjentów. Powikłania tego zabiegu obejmują: perforację pęcherza, naczyń lub jelita, trudności w opróżnianiu pęcherza lub zatrzymanie moczu i konieczność samocewnikowania, nawracające zakażenia układu moczowego, pojawienie się parć naglących.

Nowością jest opracowanie taśmy podcewkowej do stosowania u mężczyzn z wysiłkowym nietrzymaniem moczu. Wczesne wyniki zastosowania taśmy są obiecujące, jednak metoda stosowana jest od 2-3 lat i nie została jeszcze w pełni poznana i rozpowszechniona.

TOT to modyfikacja metody TVT polegająca na wprowadzeniu taśmy nie nad spojeniem łonowym, lecz w bocznych okolicach krocza. Daje podobny odsetek wyleczeń, natomiast zmniejsza ryzyko perforacji narządów i zatrzymania moczu.

Podwieszanie pochwy jest starszą metodą o podobnej skuteczności. Wykonywane jest przez cięcie nad spojeniem łonowym lub za pomocą laparoskopii. Czas operacji i pobytu w szpitalu po operacji jest dłuższy niż po TVT.

Sztuczny zwieracz jest urządzeniem hy-

draulicznym utrzymującym moczu w pęcherzu dzięki kołnierzu wszczepionemu wokół cewki. Przy pomocy pompki wszczepionej w mosznę lub w wargę sromową, kołnierz na krótko opróżnia się umożliwiając oddanie moczu. Skuteczność metody przekracza 90% jednak prędzej czy później konieczne są reoperacje np. w celu wymiany zużytych części lub z powodu zakażenia. W ciągu pierwszych 5 lat konieczność reoperacji szacuje się na 30%.

„Uszczelnianie cewki moczowej“ można wykonać przy pomocy preparatów wstrzykiwanych pod śluzówkę cewki moczowej. Powoduje to zwężenie światła cewki moczowej. Metoda jest małoinwazyjna i wskazana u osób z wysiłkowym nietrzymaniem moczu o niewielkim nasileniu. Niestety Narodowy Fundusz Zdrowia nie refunduje kosztów leczenia tą metodą, więc w Polsce stosuje się ją bardzo rzadko.

Toksyna botulinowa jest substancją porażającą mięśnie. Ostrzyknięcie pęcherza moczowego u osoby z parciem naglącymi znacznie redukuje te dolegliwości i powoduje ustąpienie NTM z parć. Po kilku miesiącach efekt zabiegu co prawda mija, ale można go powtarzać. Działania niepożądane ogólnie występują bardzo rzadko. Matode stosuje się w niektórych ośrodkach urologicznych w Polsce, gdyż Narodowy Fundusz Zdrowia nie refunduje kosztów toksyny. Często jest to jedyna alternatywa dla pacjentów z silnymi parciem naglącymi, którzy nie mogą lub nie tolerują leczenia preparatami doustnymi.

Inne metody leczenia

Oprócz wymienionych w części „Samoleczenie“ nieinwazyjnych i niefarmakolo-

gicznych metod leczenia, istnieją jeszcze inne, które są stosowane pod kontrolą specjalisty, lecz charakteryzują się również brakiem efektów ubocznych. Wszystkie stosować można w leczeniu niewielkiego lub umiarkowanego nietrzymania moczu. Przy znacznym nasileniu objawu ich skuteczność jest znikoma.

Akupunktura bywa stosowana w leczeniu NTM z parć. W jednym z badań udowodniono, że cztery sesje przeprowadzone w tygodniowych odstępach spowodowały znaczne zmniejszenie częstotliwości i nietrzymania moczu z parć.

Stymulacja elektryczna mięśni dna miednicy polega na zastosowaniu prądu o niewielkim napięciu do pobudzania skurczów mięśni dna miednicy. W efekcie dochodzi do przerostu i wzmocnienia tych mięśni. Podstawy teoretyczne tej metody nie są dobrze poznane, lecz wielu pacjentów odnosi z niej korzyść. Poprzez odpowiednie ustalenie parametrów stymulacji leczyć można nietrzymanie wysiłkowe i z parć naglących.

Pesar to gumowa kształtka wprowadzana do pochwy. Niektóre pesary służą do zapobiegania wypadaniu pochwy, inne są stosowane w wysiłkowym NTM.

Środki wchłaniające nie są metodą leczenia, lecz radzenia sobie z problemem popuszczania moczu. Istnieją specjalne wkładki oraz pieluchy dla osób popuszczających moczu, różniące się rozmiarami i dopasowane do płci. Od zwykłych podasek różnią się lepszą wchłaniałością i ochroną przed wydostawaniem się zapachu. W niektórych sytuacjach stosowanie środków wchłaniających jest jedynym możliwym rozwiązaniem problemu nietrzymania moczu.



UroConti

Stowarzyszenie Osób z NTM

Masz problem z nietrzymaniem moczu (NTM)?
Mieszkasz w województwie wielkopolskim?

Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti” zaprasza wszystkich chętnych do członkostwa w nowopowstałym Oddziale z siedzibą w Poznaniu.
Zapewniamy bezpłatne wykłady oraz ćwiczenia gimnastyczne z rehabilitantem.

Każdy członek Stowarzyszenia może liczyć na wsparcie i pomoc.
Więcej informacji oraz zapisy pod numerem infolinii 0 801 800 038
oraz na stronach www.uroconti.pl lub www.ntm.pl

Leczenie przez ćwiczenie

Marta Banaszak-Osiewicz

Większość kobiet nie zdaje sobie sprawy, że od kondycji mięśni dna miednicy tak wiele zależy. Niestety za brak tej świadomości wiele z nich musi płacić bardzo wysoką cenę. Jak wysoką? O tym wiedzą między innymi pacjentki z problemami nietrzymania moczu.

Ochronny hamak

Mięśnie dna miednicy stanowią istotną grupę mięśni kształtujących dolną część tułowia. Otaczają cewkę moczową, pochwę oraz odbytnicę tworząc tzw. ochronny hamak dla wszystkich organów wewnątrz jamy brzusznej. Wspomniany hamak to kompleks więzadeł, mięśni oraz powięzi utrzymujących narządy w prawidłowym położeniu. Zwiotczenie tych mięśni może doprowadzić między innymi do braku kontroli nad pracą jelit, jak również do obniżania, czy nawet wypadania narządów miednicy (cystocele, rektoccele, enterocele, wypadania narządu rodnoego).

Na tym jednak nie koniec. Mięśnie dna miednicy odpowiadają także za niektóre funkcje seksualne - ich kondycja wpływa na doznania podczas współżycia.

Ponadto, to właśnie ta grupa mięśni odpowiada za transmisję ciśnienia z jamy brzusznej do cewki moczowej podczas np. wysiłku fizycznego. Gdy mięśnie zawodzą - istnieje duże prawdopodobieństwo pojawienia się wysiłkowego nietrzymania moczu, a być może także nietrzymania moczu z przynaglenia.

Wielofunkcyjne mięśnie

- *Trudno się dziwić, że większość kobiet nie dba o mięśnie dna miednicy, skoro nikt im wcześniej nie uświadomił, że trzeba je ćwiczyć i nie pokazał jak to prawidłowo robić* - twierdzi Aleksandra Listkowska, mgr wychowania fizycznego, pracownik Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz rehabilitantka prowadząca zajęcia dla członków łódzkiego Oddziału Stowarzyszenia „UroConti”. - *Niestety w Polsce temat edukacji i profilaktyki w tym zakresie praktycznie nie istnieje. A wystarczyłoby skorzystać ze schematów wdrażanych od lat, czy to w krajach skandynawskich, czy innych państwach Europy Zachodniej. Począwszy od przeszkolenia instruktorek fitness w zakresie umiejętności stosowania tych ćwiczeń i wykorzystywania ich w różnego rodzaju aktywności ruchowej prowadzonej z kobietami, poprzez*

zwrócenie szczególnej uwagi w szkołach rodzenia na podejmowanie w odpowiednim momencie po porodzie treningu dna miednicy. I wreszcie dlaczego by w szkołach ponadgimnazjalnych, a na pewno ponadlicealnych nie edukować dziewcząt przy okazji zajęć z wychowania fizycznego.

To tylko niektóre propozycje działań, które uchroniłyby wiele pań przed przykrymi dolegliwościami wynikającymi ze słabej kondycji mięśni dna miednicy.

Jak widać, sprawne, odpowiednio wyćwiczone mięśnie dna miednicy, są niezbędne kobiecie w każdym etapie jej życia. Stąd też konieczność ciągłego treningu.

W okresie prokreacyjnym, mięśnie dna miednicy oprócz wspomnianych funkcji seksualnych, stanowią istotny czynnik decydujący o przebiegu ciąży oraz samym porodzie. Z danych przedstawionych w książce doktor Pauline Chiarelli pt. „Babski problem? Nietrzymanie moczu - profilaktyka i terapia”, wydanej niedawno w polskim tłumaczeniu przez wydawnictwo Dobry Początek, wynika że około 65% kobiet ciężarnych uskarża się na nietrzymanie moczu. U większości z nich pojawia się typ mieszany NTM. Zdarza się więc zarówno popuszczenie przy wysiłku, jak również pojawia się czasami uczucie nagłego, silnego parcia.

- *Dobra kondycja mięśni dna miednicy przyszłej mamy, w zdecydowanej większości przypadków oznacza łatwiejszy poród* - twierdzi Michał Koszła, fizjoterapeuta specjalizujący się w ginekologii i położnictwie - *To właśnie mięśnie dna miednicy są przewodnikiem dziecka w trakcie porodu, kierując odpowiednio jego główkę, gdy przeciska się ono w kanale rodny wychodząc na świat. Dobre przygotowanie do porodu i kondycja mięśni dna miednicy zmniejszają ryzyko ich zerwania, naderwania czy nadmiernego rozciągnięcia.*

Zacznij ćwiczyć

Szkody, jakie poniosło dno miednicy podczas ciąży i porodu oraz brak odpowiedniego treningu mięśni w czasie połogu, mogą przyczyniać się do pojawienia się u kobiety przykrych dolegliwości również w czasie okołomenopauzalnym. Zła kondycja mięśni dna miednicy wraz ze zmianami hormonalnymi jakie zachodzą wówczas w organizmie kobiety, powodują często nieprawidłowe funkcjonowanie pęcherza, cewki moczowej czy odbytu. Pojawia się więc konkretny problem medyczny, który

wymaga znalezienia skutecznego rozwiązania. W przypadku nietrzymania moczu, pacjentkom proponuje się najczęściej farmakoterapię lub leczenie chirurgiczne. Wciąż stosunkowo rzadko w leczeniu wspomagającym NTM korzysta się z fizjoterapii.

- *Fizjoterapia to przede wszystkim leczenie dolegliwości bez ingerencji chirurgicznej i farmakologicznej. Przy dolegliwościach NTM fizjoterapia jest formą leczenia zachowawczego, opartą głównie na ćwiczeniach mięśni dna miednicy oraz treningu pęcherza, a także na elektrostymulacji tych mięśni, biofeedback-u oraz stymulacji magnetycznej* - wyjaśnia Agata Frysztak, doktorantka AWF w Warszawie, instruktor fitness, specjalista rekreacji ruchowej i kinezygerontoprofilaktyki. - *Z fizjoterapii mogą korzystać pacjentki zarówno w wysiłkowym, jak i mieszanym nietrzymaniem moczu. Warto podkreślić, że ćwiczenia te stosuje się nie tylko przy leczeniu, ale również zapobieganiu NTM, jako formę reedukacji mięśni dna miednicy (np. po porodzie).*

Okazuje się, że dobra kondycja mięśni dna miednicy nie tylko chroni nas przed problemami związanymi z nietrzymaniem moczu.

- *Regularne ćwiczenia tych grup mięśni wpływają również między innymi na ogólną naszą kondycję, pracę stawów biodrowych czy gracie poruszania się* - dodaje Aleksandra Listkowska. - *Niezależnie od wieku, ćwiczenia mięśni dna miednicy dobrze jest łączyć z inną aktywnością fizyczną. W przypadku młodszych kobiet może to być w trakcie zajęć na przykład aerobowych. Dla dojrzałych kobiet proponuję zajęcia typu anti-ageing, czyli takie, które zapobiegają różnym dolegliwościom i oznakom upływu lat.*

Niestety, na łączenie przyjemnego z pożytecznym w zakresie zapobiegania i leczenia NTM poprzez trening mięśni, ma szansę wciąż tylko część pacjentek. Oferta gabinetów fizjoterapeutycznych oraz klubów fitness dla pacjentek z NTM jest dostępna jedynie w większych miastach.

- *Od trzech lat regularnie uczęszczam na zajęcia ruchowe, nastawione przede wszystkim na ćwiczenia mięśni dna miednicy. Niestety na ćwiczenia muszę dojeżdżać spory kawałek. W miejscowości, w której mieszkam, ani nigdzie w okolicy nikt nie prowadzi tego typu zajęć, mimo, że zapotrzebowanie na taką formę aktywności istnieje* - mówi Marianna Zacheja, członkini mazowieckiego Oddziału Stowarzyszenia UroConti.

Pani Marianna efekty ćwiczenia zaczęła odczuwać po półtora roku uczęszczania na treningi. Jak twierdzi, oprócz złagodzenia objawów związanych z NTM, poprawiła się jej ogólna kondycja fizyczna, co pozytywnie wpływa na jej samopoczucie.

- *Ta forma terapii przekonuje mnie przede wszystkim ze względu na to, że jest bezpieczna* - dodaje pacjentka. - *W starszym wieku*

przyjmuje się już i tak wystarczającą ilość lekarstw, tak więc decyzja o przyjmowaniu dodatkowych tabletek na objawy nietrzymania moczu powinna być starannie przemyślana. Dlatego warto spróbować alternatywy jaką stanowią odpowiednio dobrane ćwiczenia. ■

Z Michałem Koszlą, fizjoterapeutą specjalizującym się w ginekologii i położnictwie, rozmawia Marta Banaszak-Osiewicz



- Gdy pojawia się konkretny problem zdrowotny, jak np. nietrzymanie moczu, pacjent oczekuje od lekarza konkretnego, niekiedy nawet radykalnego rozwiązania

- zapisania określonych leków, wyznaczenia terminu operacji. Wskazanie fizjoterapii jako metody leczenia NTM nie spotyka się w Polsce z dużym zainteresowaniem. Czy jej skuteczność jest więc wciąż zbyt mało zadawalająca?

Żadna z dostępnych obecnie metod leczenia nietrzymania moczu nie daje pacjentkom 100% gwarancji pozbycia się problemu. Tymczasem w początkowym okresie NTM fizjoterapia jest często wystarczająca. Pamiętajmy, że jej przewaga nad zabiegami chirurgicznymi czy farmakoterapią polega na tym, że nie stwarza dodatkowego ryzyka związanego z ewentualnymi powikłaniami. A niestety niepożądane zmiany jakie mogą wystąpić np. po operacji, są czasem nieodwracalne. Oczywiście nie w każdym przypadku fizjoterapia okazuje się jedyną skuteczną metodą leczenia NTM. Warto też stosować ją jako metodę wspomagającą, szczególnie po operacji. W Polsce fizjoterapia jest niestety wciąż dziedziną niedocenianą - zarówno przez lekarzy, jak i pacjentów.

- Komu najbardziej zaleca się fizjoterapię jako metodę leczenia NTM?

Fizjoterapia to nie tylko leczenie, ale również profilaktyka. Dlatego też ćwiczenia mięśni dna miednicy powinny być wykonywane już przez młode kobiety, w okresie prokreacyjnym, w celu odpowiedniego przygotowania do ciąży i porodu. W niektórych krajach Europy po porodzie są nawet obowiązkowe wizyty u terapeuty dna mied-

nicy, aby na nowo nauczyć mięśnie jak powinny się kurczyć. Cięża, poród i połóg to bowiem bardzo newralgiczne momenty, które zwiększają ryzyko pojawienia się u kobiety problemów, między innymi, z nietrzymaniem moczu. Fizjoterapia jest też alternatywą w walce z NTM dla pacjentek, które z różnych względów chcą lub muszą przesunąć termin zalecanego zabiegu. Dotyczy to często pań w wieku prokreacyjnym, które decyzję o operacji odsuwają do czasu - na przykład - urodzenia ostatniego dziecka, zakończenia karmienia piersią. Z kolei dla pań, które zdecydowały się już na operacyjne leczenie NTM, fizjoterapia powinna być obowiązkowa. Dzięki niej pacjentka uczy się prawidłowo ćwiczyć, co zapobiega nawrotowi NTM

- Być może powodem, dla którego z fizjoterapii wciąż korzysta niewiele pacjentek jest fakt, iż metoda ta wymaga pewnego zaangażowania, systematyczności.

Systematyczność i zaangażowanie są na pewno potrzebne, bez nich trudno osiągnąć jakikolwiek wyznaczony cel. To samo zresztą można powiedzieć o regularnym przyjmowaniu leków. Satysfakcja i zadowolenie z widocznych trwałych efektów terapii rekompensuje jednak pacjentkom poświęcony na ćwiczenia czas. Myślę jednak, że z fizjoterapii NTM korzysta wciąż niewiele pacjentek, ponieważ nie wiedzą o takiej formie pomocy. Ponadto w Polsce jest bardzo mało terapeutów dna miednicy.

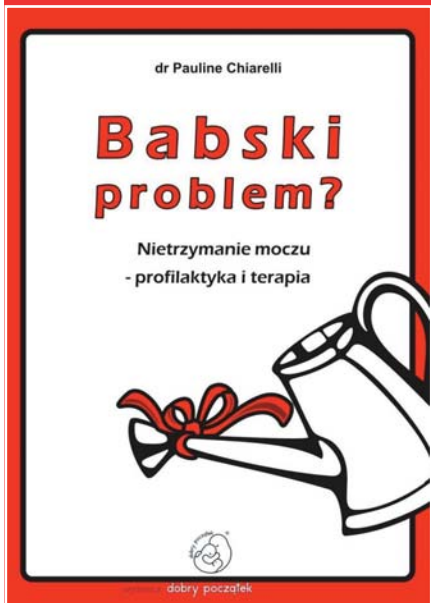
- Na czym powinna polegać współpraca pacjentki z NTM z fizjoterapeutą?

Pierwszym etapem jest oczywiście diagnostyka. Na pierwszej wizycie proszę pacjentkę o wypełnienie kwestionariusza, na podstawie którego dowiaduję się między innymi o rodzaju objawów nietrzymania moczu, ich nasileniu oraz przyczynach. Informacje te są niezbędne do określenia metod terapii. Następnym etapem jest edukacja, czyli dokładne wytłumaczenie pacjentce, które grupy mięśni będziemy ćwiczyć, jak je odpowiednio napinać, w jakich sekwencjach. Chcąc sprawdzić na ile prawidłowo ćwiczenia są wykonywane przez pacjentkę, można skorzystać z metody biofeedback, polegającej na pomiarze aktywności kurczących się mięśni. W sytuacji gdy pacjentka nie potrafi kontrolować tych mięśni, warto zastosować elektrostymulację. Dzięki niej skurcz mięśni dnia miednicy można wywołać zewnętrznym impulsem elektrycznym, dzięki czemu osiąga się zamierzony efekt.

- Jak długo należy wykonywać określone ćwiczenia?

W każdym przypadku czas trwania terapii określany jest indywidualnie. Istotna jest jednak systematyczność i regularna kontrola u fizjoterapeuty w celu sprawdzenia czy ćwiczenia wykonywane są prawidłowo i przynoszą oczekiwane efekty. ■

Pierwszy w Polsce poradnik dla pacjentek z nietrzymaniem moczu.



Autorka, doktor fizjoterapii, daje wskazówki jak krok po kroku skutecznie ćwiczyć mięśnie dna miednicy i prowadzić trening pęcherza. W obrazowy sposób przedstawia też jak działa system trzymania moczu, omawia najważniejsze badania i metody leczenia.



www.dobrypoczątek.pl

Książka już w sprzedaży
szczegóły na:
www.ntm.pl

KLINIKA GINEKOLOGII OPERACYJNEJ
SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 4 W LUBLINIE

W Lublinie leczą NTM na najwyższym poziomie

Joanna Kamińska

Poczawszy od tego numeru rozpoczynamy prezentację placówek specjalizujących się w leczeniu NTM w Polsce. Na początku przedstawiamy ośrodek, który ma w tej dziedzinie bardzo duże osiągnięcia - Klinikę Ginekologii w Szpitalu Klinicznym nr 4 w Lublinie.

Lekarze

Kliniką kieruje prof. Tomasz Rechberger - specjalista II stopnia Położnictwa i Ginekologii oraz specjalista Onkologii Ginekologicznej, członek International Continence Society (ICS) - Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji, pierwszy Przewodniczący Sekcji Uroginekologii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Ośrodek tworzy kilkunastu lekarzy, w tym: 1 profesor, 2 doktorów habilitowanych, 9 doktorów nauk medycznych oraz 7 lekarzy w trakcie specjalizacji.

Leczenie

Pacjentki otrzymują w Klinice kompleksową pomoc. Ze względu na profil Kliniki kierowane są tu głównie pacjentki z wysiłkową formą nietrzymania moczu, które leczone są operacyjnie. Wykonywane są również badania diagnostyczne, w tym badanie urodynamiczne. Jeśli pacjentka wymaga leczenia farmakologicznego może być leczona ambulatoryjnie w przychodni przyszpitalnej, w której przyjmują lekarze pracujący w Klinice. Pacjentki okresowo mogą także skorzystać z leczenia nadreaktywnego pęcherza w ramach badań klinicznych prowadzonych w tutejszej Klinice. W razie potrzeby możliwe jest również podanie dopecherzowych iniekcji toksyny botulinowej - mówi prof. Rechberger. W Klinice leczona jest niemalże każda forma NTM, z wyjątkiem pęcherza neurogenego.

Na oddział miesięcznie przyjmowanych jest ok. 200 pacjentek, z czego ok. 37 leczonych jest operacyjnie z powodu nietrzymania moczu. Do Kliniki trafiają także pacjentki z różnych ośrodków z całego kraju, u których wymagane jest przepro-

wadzenie skomplikowanego zabiegu (np. powtórna operacja po powikłaniach) - takich zabiegów wykonuje się tu ok. 4 miesięcznie. Do Kliniki zgłaszają się pacjentki z całej Polski i nie tylko - kilka pań na stałe mieszka w Anglii, czy Francji. Okres oczekiwania na zabieg wynosi średnio ok. 5 tyg.

Klinika wyposażona jest w wysokiej jakości sprzęt do badań urodynamicznych, ultrasonograficznych i endoskopowych (m.in. aparat ultrasonograficzny 3D, histeroskop, histeroscop-versapoint, dwa cystoskopy oraz tory wizyjne do technik chirurgii endoskopowej).

W Klinice NTM leczone jest od ponad 20 lat. W 1998 roku założono pierwszy sling TVT i operacja ta, ze względu na swą małą inwazyjność i bardzo wysoką skuteczność zaczęła być stosowana na bardzo szeroką skalę. W 1999 r. wykonano takich zabiegów 11, w 2000 r. - 90, w 2001 r. - 159. Liczba ta stale rośnie. Wciąż wprowadzane są nowe udoskonalone systemy do zakładania taśm podcewkowych. W 2006 roku przy pomocy różnych metod założono 222 slingi.

Opinie

Zapytaliśmy kierownika Kliniki o to, czy jest zadowolony z pracy swojego zespołu: *Oczywiście, to bardzo zgrany zespół ambitnych, koleżeńskich i zdolnych ludzi, którzy chętnie się szkolą, są otwarci na nowości i potrafią zgodnie współpracować. Równie pozytywne są opinie personelu na temat kierownika: Profesor jest człowiekiem bardzo pracowitym, ambitnym i wymagającym. Dzięki niemu mamy łatwy dostęp do wszelkich nowości ginekologicznych oraz wyspecjalizowanych procedur pozwalających oferować naszym pacjentom leczenie na poziomie światowym. A co na to najbardziej zainteresowani, czyli pacjenci? Jestem zachwycona pobyt w Klinice, doceniam ogromny trud pielęgniarek i całego zespołu. Pobyt na oddziale oceniam pozytywnie pod każdym względem i na każdym kroku. Być pacjentem w tej Klinice to przyjemność - mówi pani Grażyna.*

Działalność edukacyjna

Profesor Tomasz Rechberger w latach 2003-2007 pełnił funkcję przewodniczącego Sekcji Uroginekologii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. W latach tych, w ramach pracy Sekcji, pracownicy Kliniki zorganizowali cztery sympozja krajowe o zasięgu międzynarodowym: Założycielskie Sekcji Uroginekologii PTG (2003), „Reoperacje w ginekologii“ (2004), „Nowe trendy w uroginekologii“ (2005) oraz „Uroginekologia XXI wieku“ (2007). W sympozjach tych uczestniczyło łącznie ponad 2 tys. osób. Poza tym zorganizowano jeszcze 3 konferencje o zasięgu krajowym (2006, 2007, 2008).

W ramach sympozjów Klinika gościła wiele autorytetów, zajmujących się problematyką dotyczącą NTM i zaburzeń statyki narządu płciowego, z całego świata: Australii, Francji, Niemiec, Belgii, Słowenii, Kanady, Włoch i Szwecji.

W Klinice dwukrotnie zorganizowano warsztaty uroginekologii operacyjnej z bezpośrednim przekazem live (2005 - przeszkolono 554 osoby; 2007 - przeszkolono 611 osób) oraz dwa wyspecjalistyczne kursy diagnostyki urodynamicznej (2005 - przeszkolono 35 osób; 2007 - przeszkolono 72 osoby).

Od 2003 roku w Klinice przeprowadzono 35 kompleksowych szkoleń jedno- lub dwudniowych z zakresu diagnostyki, leczenia zachowawczego oraz nowoczesnych technik zabiegowych stosowanych w leczeniu wysiłkowej i mieszanej postaci NTM oraz zaburzeń statyki narządu płciowego.

Pracownicy Kliniki, na czele z prof. Rechbergerem, we współpracy z autorami krajowymi i zagranicznymi oraz Stowarzyszeniem na Rzecz Promocji i Rozwoju Nauk Podstawowych w Ginekologii - „Pro Femina“, wydali trzy pozycje książkowe. Dwie edycje monografii „Diagnostyka i leczenie nietrzymania moczu“ (4500 egz. sprzedanych, w przygotowaniu dodruk). W 2007 roku ukazała się: „Uroginekologia praktyczna“, której wydanie w ilości 5500 egzemplarzy rozeszło się natychmiast po jej ukazaniu. Do końca 2008 roku przygotowywane jest wydanie pierwszej części „Atlasu Uroginekologii Operacyjnej“, dotyczącej minimalnie inwazyjnych technik operacyjnych w uroginekologii, z dołączoną płytą DVD na której znajdzie się dodatkowo ok. 20 filmów i animacji z zabiegowych procedur uroginekologicznych.

*Klinika Ginekologii Operacyjnej;
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny
nr 4 w Lublinie, ul. Jaczewskiego 8,
Kierownik Kliniki: prof. Tomasz Rechberger
tel. 81 - 724 42 68, 742 51 21*

PRZEGLĄD LITERATURY ŚWIATOWEJ DOTYCZĄCEJ PROBLEMU NTM

Histerektomia (usunięcie macicy), a ryzyko wysiłkowego nietrzymania moczu. Badanie kohortowe na podstawie populacji kobiet w Szwecji.

dr n. med. Albert D. Gugala, dr n. med. Agnieszka A. Krawczyk

Katedra i Klinika Urologii AM w Warszawie

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej AM w Warszawie



Do ukończenia 55 roku życia jedna z pięciu kobiet będzie miała wykonany zabieg histerektomii. Należałoby się zatem zastanowić, czym jest ten zabieg i jakie niesie za sobą konsekwencje, zarówno wczesne, jak i późne.

Histerektomia, czyli inaczej amputacja macicy jest metodą leczenia schorzeń takich jak: krwawienia z dróg rodnych, mięśniaki macicy, wypadanie narządu rodnego, gruczolakowatość macicy i krwawienia postmenopauzalne.

W tym artykule pominiemy radykalne usunięcia macicy z powodów nowotworowych.

Od wielu lat powszechnie uważało się, że zabieg histerektomii z przyczyn nienowotworowych był związany ze zwiększonym ryzykiem występowania wysiłkowego nietrzymania moczu, lecz nigdy wcześniej nie zostało to obiektywnie potwierdzone.

W badaniu tym autorzy zdecydowali się wykonać badanie kohortowe na populacji kobiet szwedzkich w latach 1973-2003. Dane uzyskano ze Szwedzkiego Rejestru Chorych Hospitalizowanych.

Wybrano 165 260 kobiet, u których przeprowadzono zabieg histerektomii (grupa badana) i grupę kontrolną 479 506 pacjentek, u których nie przeprowadzono takiego zabiegu, dobranych wg. roku urodzenia i miejsca zamieszkania.

W obydwu grupach sprawdzono częstość występowania operacyjnego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu.

Podczas 30-letniej obserwacji retrospektywnej stwierdzono, że ryzyko konieczności operacyjnego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu po histerektomii jest o 2,3 do 2,5 raza większe niż w grupie pacjentek, u których nie wykonywano amputacji macicy. Sposób przeprowadzenia zabiegu histerektomii (laparoskopowo lub klasycznie i przezpochwowo) nie miał większego znaczenia.

Stwierdzono ponadto, że największe ryzyko wysiłkowego nietrzymania moczu, wymagającego postępowania chirurgicznego występuje w ciągu 5 lat po zabiegu histerektomii, następnie stopniowo zmniejszało się z czasem. Najmniejsze ryzyko stwierdzano po upływie 10 lub więcej lat od czasu operacji.

U kobiet, które miały co najmniej 4 porody siłami natury, stwierdzono 6-krotnie zwiększone ryzyko zabiegu operacyjnego wysiłkowego nietrzymania moczu; jeśli dodatkowo wykonano u tej pacjentki zabieg histerektomii, ryzyko wzrastało aż 16-krotnie!

Inne badania wykazały 60% zwiększenie ryzyka nasilenia lub pojawienia się „de novo” objawów wysiłkowego nietrzymania moczu po zabiegu histerektomii u kobiet

powyżej 60 lat lub starszych w porównaniu do pacjentek poniżej 60 roku życia.

Najważniejszym czynnikiem jednak okazał się wiek kobiety, w momencie wykonywania zabiegu usunięcia macicy. Stwierdzono, że im pacjentka była młodsza podczas zabiegu ginekologicznego tym ryzyko pojawienia się objawów zaawansowanego stopnia wysiłkowego nietrzymania moczu było większe.

Wobec powyższych danych należy wyciągnąć wniosek, że ginekolog powinien wyczerpać wszystkie możliwe mniej inwazyjne metody leczenia, a histerektomia niech zostanie ostatecznością. Na zabieg ten chora musi świadomie wyrazić zgodę, po uprzednim poinformowaniu przez lekarza o wszystkich możliwych powikłaniach, zarówno wczesnych jak i późnych.

Na podstawie artykułu:

Hysterectomy and risk of stress-urinary-incontinence surgery: nationwide cohort study

D. Altman, F. Granath,

S. Cnattingius, C. Falconer

Department of Medical Epidemiology and Biostatistics Karolinska Institutet Stockholm, Sweden (D Altman MD, Prof S Cnattingius MD); Unit of Clinical Epidemiology, Department of Medicine, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden (F Granath PhD); and Division of Obstetrics and Gynecology, Department of Clinical Sciences, Karolinska Institutet Danderyd Hospital, Stockholm, Sweden (D Altman, C Falconer MD) The Lancet, Oct 27-Nov 2, 2007; 370, 9597

V Warszawskie
Seminarium
NEUROUROLOGII
grudzień 2008
Szczegóły wkrótce

Projekt rozporządzenia dot. przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych

Spełnione nadzieje czy rozczarowanie?

Magdalena Kowalewska



Darek Boćmiak

Wreszcie pojawił się. Długo wyczekiwany, pełen nadziei o jego założeniu, ale i z obawami czy zaspokoi potrzeby pacjentów. Mowa o projekcie nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia dotyczącego wykazu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych finansowanych ze środków publicznych. 15 stycznia projekt został opublikowany na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia i tym samym oddany do konsultacji społecznych.

Pierwsze opinie

Na pewno niezmiennie istotną cechą projektu rozporządzenia jest to, że ujrzał on w końcu światło dzienne. Z tym zgadza się na pewno większość, jeśli nie wszystkie środowiska. W porównaniu do obecnie obowiązującego rozporządzenia z dnia 17 grudnia 2004 r. nowy projekt bardziej szczegółowo opisuje poszczególne wyroby i dzieli je na te produkowane seryjnie oraz wykonywane indywidualnie, poszerza kryteria przyznawania refundowanych środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych (wskazana medyczne i dodatkowe wskazania), różnicuje wkład własny pacjenta dla osób niepełnosprawnych, dzieci do 6 roku życia i kobiet w ciąży.

Uszczegółowienie klasyfikacji poszczególnych środków pomocniczych i przedmiotów

ortopedycznych pozytywnie ocenia w swojej opinii na temat projektu Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów. Zdaniem PZER-I ułatwi ono lekarzom identyfikację przysługującego pacjentowi świadczenia.

Zaopatrzenie dla osób z NTM

Danuta Jankowska, Prezes Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” uważa, że różnicowanie dopłat według stopnia niepełnosprawności dla osób z nietrzymaniem moczu jest niesprawiedliwe: - *Z punktu widzenia naszych członków sytuacja się niestety pogorszy, gdyż będą oni musieli płacić więcej za zakup środków absorpcyjnych niż dotychczas (wzrost współpłacenia z 30% do 50%). W przypadku limitu 90 sztuk oznacza to odpłatność na poziomie 100 zł. Dla wielu z nas oznacza to koszty na poziomie powyżej 10% naszych miesięcznych dochodów.*

Zdaniem Prezes Jankowskiej zdecydowanie bardziej sprawiedliwym i racjonalnym rozwiązaniem jest różnicowanie potrzeb według lekkiego, średniego i ciężkiego stopnia NTM: - *Według naszej wiedzy w ten sposób refunduje się środki absorpcyjne w większości krajów Unii Europejskiej. Podział na stopnie NTM popiera wiele innych organizacji, w tym także Stowarzyszenie Osób Przewlekłe Chorych z Chorobami Układu Moczowego Urosto.*

Rada Naukowa ds. Problemu NTM, składająca się z ekspertów w dziedzinie leczenia nietrzymania moczu, w swojej opinii zwraca uwagę, że projekt rozporządzenia niesłusznie łączy przyczyny nietrzymania moczu i nietrzymania kału, a także uzależnia ilości refundowanych środków od stopnia unieruchomienia pacjenta. Zdaniem ekspertów stopień unieruchomienia nie musi świadczyć o nasileniu NTM i, co więcej, niekiedy osoby nieaktywne fizycznie mają nietrzymanie moczu o mniejszym nasileniu niż osoby aktywne.

Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, Elżbieta Szwałkiewicz, wskazuje na nie do końca jasne sformułowanie wskazań medycznych „u osób, u których badaniem urologicznym stwierdzono objawy NTM”. - *Badanie urologiczne może bardzo ograniczyć dostęp do środków i powinno zostać zastąpione wywiadem lekarskim u lekarza pierwszego kontaktu. Wydłużą się i tak już długie kolejki do urologów oraz wzrosną koszty NFZ na ba-*

dania urodynamiczne, pokrywane w całości przez państwo. Chyba, że przez badanie urologiczne należycie rozumie wywiad lekarski.

Elżbieta Szwałkiewicz dodaje: - *Dostrzegam również niekonsekwencję w podejściu do ustalania warunków refundacji leków, które lekarz zleca na podstawie objawów zgłaszanych i opisywanych przez pacjenta, bez potwierdzania ich dodatkowym badaniem. Kiedy pacjenta boli głowa lekarz nie wysyła go na rezonans, żeby mu to udowodnić. A w przypadku osób z NTM projektodawca zaplanował specjalistyczne badania.*

Z kolei Prezes Janina Bojda z Małopolskiego Sejmiku Organizacji Osób Niepełnosprawnych, zwraca uwagę na inny problem: - *Nie rozumiemy, dlaczego umieszczono część pozycji obejmujących środki absorpcyjne w części poświęconej przedmiotom ortopedycznym. Czyby środki absorpcyjne zostały zakwalifikowane do grupy przedmiotów ortopedycznych? Taka decyzja powoduje, że rozporządzenie jest bardzo zmatowane i będzie nieczytelne dla lekarza wypisującego zlecenie. Za zdumiewający uznajemy zapis dotyczący konieczności zaopatrzenia się w wózek inwalidzki w celu otrzymania refundacji na środki absorpcyjne. Tak sformułowane kryterium nie rozwiązuje w żaden sposób problemów osób niepełnosprawnych, natomiast jest wyraźnym wsparciem dys-trybutorów wózków inwalidzkich. Prezes UroConti kwituje: - *Można odnieść wrażenie, że ten punkt opracowała osoba powiązana z firmami sprzedającymi na polskim rynku wózki inwalidzkie.**

Podsumowując, Rada Naukowa ds. Problemu NTM ocenia, że zaproponowane w projekcie kryteria oraz ilości przyznawanych środków wchłaniających, zamiast doprowadzić do wymiernych oszczędności, spowodują nieracjonalne wydawanie środków wchłaniających. Podobną opinię ma Elżbieta Szwałkiewicz: - *Rozwiązania przedstawione w projekcie oznaczają zwiększenie biurokracji oraz skomplikowanie procedur. W wyniku tego wzrosną koszty zarówno po stronie budżetu państwa jak i pacjenta: wzrost liczby orzeczeń o niepełnosprawności, badań urologicznych, w tym konsultacji lekarskich i badań urodynamicznych, a także wzrost kosztów transportu pacjentów, upoważnień notarialnych do odbioru w imieniu pacjenta produktów absorpcyjnych itp.*

Prezes UroConti dodaje: - *Lekarze mogą zacząć unikać wypisywania zleceń na środki ab-*



Darek Bochniak

sorpcyjne oszczędzając w ten sposób swój cenny czas, zamiast poświęcać go na przeglądanie ponad 50 stron skomplikowanego rozporządzenia, gdzie trzeba wyszukiwać rozrzucone po całym dokumencie pozycje dot. nietrzymania moczu.

Inne schorzenia

Msoon reprezentuje wiele różnych środowisk pacjentów z odmiennymi schorzeniami. Dlatego zwraca także uwagę na inne problemy pojawiające się w projekcie rozporządzenia, np. na zwiększenie udziału własnego chorych na obturacyjny bezdech senny z 30% do 50% przy zakupie protezy powietrznej. Zmiana ta daje opłatę dla pacjenta w wysokości 1050 zł w miejsce wcześniejszej - 630 zł. Dla wielu

pacjentów jest to kwota nierealna, a brak odpowiedniej opieki może skutkować dalszymi powikłaniami zdrowotnymi.

W przypadku zaopatrzenia w sprzęt stomijny, Polskie Towarzystwo Opieki nad Chorymi ze Stomią POL-ILKO, postuluje pozostawienie tej części projektu na zasadach obowiązujących obecnie.

W propozycji nowego rozporządzenia znalazł się jednak i pozytywny aspekt: np. usunięcie zapisu o protezowaniu obuusznym wyłącznie dla osób czynnych zawodowo, o co zabiegał wcześniej Małopolski Sejmik oraz inne organizacje reprezentujące osoby niedosłyszące. Prezes Bojda dodaje jednak: - *Nie rozumiemy natomiast zapisu nakazującego wykonanie dodatkowego badania w celu uży-*

skania protezowania obuusznego. Czy autor projektu zakłada, że osoba niedosłysząca zafunduje sobie, dopłacając nawet 50% ceny, drugi aparat jeżeli go nie potrzebuje?

Projekt nie precyzuje kto, gdzie, jak, przy użyciu jakich testów i narzędzi miałby takie badanie wykonywać, a także kto miałby ponosić koszty ewentualnego niepowodzenia. Utrzymuje także nadal refundację co 10 lat na systemy FM lub AM wspomagające odbiór dźwięków aparatami słuchowymi.

- *Trudno wyobrazić sobie, że dziecko w wieku 5 lat będzie nadal używało tego samego urządzenia, gdy osiągnie wiek 14 lat. Czy ktoś tak długo używa jeden model telefonu komórkowego?* - pyta prezes Bojda i zaraz dodaje: - *Postulujemy także skrócenie procesu uzyskania refundacji na aparat słuchowy. Droga osoby niedosłyszącej przedstawiona w projekcie jest zdecydowanie za długa.*

Plus, że jest

Jak widać projekt zawiera wiele niejasności, wątpliwości, rozwiązań budzących kontrowersje u środowisk medycznych i pacjentów. Na pewno ogromnym atutem projektu jest to, że po prostu powstał i nie jest tylko kopią wcześniejszego rozporządzenia, a próbą zbudowania konstruktywnego aktu prawnego mającego regulować ważne dla wielu Polaków kwestie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Dlatego nasuwa się stare, mądre przysłowie: *zrobmy coś raz, a dobrze. Zrobmy - z udziałem ekspertów, pacjentów i środowisk rządowych.*

OPINIA

Możliwe zmiany wykazu refundowanych wyrobów medycznych

Tomasz Bochenek

Pierwsze tygodnie bieżącego roku przyniosły optymistyczną wiadomość i zapowiedź długo oczekiwanych zmian. Na początku lutego, na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia pojawiła się elektroniczna ankieta dotycząca propozycji zmian w zawartości wykazu refundowanych środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych. Ankieta skierowana została do szeroko określonego grona podmiotów realizujących zaopatrzenie w wyroby medyczne, w tym sklepów, dystrybutorów, hurtowni, importerów, warsztatów i zakładów ortopedycznych.

Elektroniczna ankieta opracowana została w sposób łatwy do obsługi, można poruszać się po niej w sposób intuicyjny. Zawiera logiczny podział wyrobów medycznych z uwzględnieniem ich kategorii. Propozycje uszczegółowienia wykazu obejmują podanie nazwy handlowej wyrobu medycznego, jego zastosowanie, a także przeciwwskazania lub ograniczenia przewidziane przez wytwórcę, określenie formalnej klasy wyrobu i proponowanej ceny detalicznej. Ankieta podpowiada również wskazania medyczne i dodatkowe wskazania określone w obecnym wykazie MZ.

Dotychczasowy sposób prowadzenia polityki zdrowotnej w zakresie zaopatrzenia w refundowane wyroby medyczne nie usposabiał do optymizmu. Racjonalne zmiany i takie rozwiązania systemowe, które w późniejszej praktyce okazywały się słusznymi, często wdrażane były przez MZ i NFZ z dużym oporem, opóźnieniem i dopiero pod odpowiednio dużym naciskiem środowisk osób niepełnosprawnych, kręgów medycznych i opinii publicznej. Kosztowały nieraz bardzo dużo społecznej energii, chociaż niejednokrotnie nawet laikowi

(wystarczy, że myślącemu i uczciwemu) mogły od początku wydawać się właściwymi. W naszym scentralizowanym państwie aparat urzędniczy systemu opieki zdrowotnej zbyt często wykazywał się dotąd biernością i lekceważeniem problemów osób niepełnosprawnych, czego dowodem jest to, że w ostatnim dziesięcioleciu wykazy refundowanych wyrobów medycznych nie były poddawane zmianom gruntownym, a jedynie drobnym, a wręcz „kosmetycznym”.

Tym bardziej więc należy docenić obecną inicjatywę zmian. Jest to krok w dobrym kierunku, chociaż dopiero pierwszy. Informacje o wyrobach medycznych dostępnych współcześnie na rynku zostały dopiero zebrane. Należy sądzić, że publikując swoją ankietę i zaproszenie do jej wypełnienia Ministerstwo wzięło na siebie obowiązek rzetelnego przeanalizowania dostarczonych informacji. Czekajmy więc na rezultat tej pracy. Oby nim był wykaz refundacyjny lepszy niż dotychczas, bardziej nowoczesny w swojej wartości i odpowiadający współczesnym potrzebom osób niepełnosprawnych, a także ich możliwościom finansowym.



Kiepski projekt...

Z Markiem Plurą, posłem Platformy Obywatelskiej, członkiem Komisji Polityki Społecznej i Rodziny rozmawia Joanna Kamińska

Dlaczego zdecydował się Pan kandydować do parlamentu?

Po kilkunastu latach pracy w charakterze pracownika socjalnego i organizatora stowarzyszeń osób niepełnosprawnych, w wielu sytuacjach doszedłem do granicy możliwości działania wyznaczonej przez prawo, które jest niespójne z rzeczywistością. Po licznych moich staraniach jeszcze sprzed kadencji, wiem, że to można zmienić tylko od wewnątrz. Głos nawet jednego posła, który interpeluje, niestety ciągle znaczy więcej niż kilka tysięcy osób demonstrujących na ulicach miast.

Jakie Pan, jako poseł, ma cele w stosunku do osób niepełnosprawnych i przewlekłe chorób? Co Pan chce zmienić w ich położeniu?

Myślę o bardzo praktycznych rzeczach, o których często się zapomina. Przede wszystkim dotyczy to kwestii zaopatrzenia ortopedycznego. To jest nasz wielki narodowy wstyd. Niestety, tak głęboko ukryty przed opinią publiczną, że nikt się tym nie interesuje.

Chciałbym także wspierać działania, które spowodują zaistnienie w naszym kraju tzw. ustawy antydyskryminacyjnej, tak by dała ona osobie niepełnosprawnej możliwość odwołania się od różnych absurdów, które hamują jej aktywność. Brakuje nam także wyposażenia osoby niepełnosprawnej w takie instrumenty, które pozwolą jej iść własnym torem życiowej aktywności. Ustawa przeciwdyskryminacyjna, pozwoli nam ratyfikować Kartę Praw Osób Niepełnosprawnych ustanowioną przez ONZ.

Trzeci cel, który chciałbym osiągnąć, to wprowadzenie w życie ustawy zabezpieczającej przyszłość osób starszych i niesamodzielnych, czyli tzw. ustawy pielęgnacyjnej. Obecnie ciągle mamy dramatyczne przykłady jak ten system opieki stacjonarnej wygląda.

Te trzy ustawy z powodu swoich tematów wywołują dużą niecierpliwość społeczną, głównie w środowisku osób niepełnosprawnych. Ich ustanowienie jest konieczne, zwłaszcza po wielu latach zaniedbań.

Czy po kilku miesiącach przebywania w parlamencie nadal Pan wierzy, że te cele osiągnie?

Nauczyłem się tutaj szybko oddzielać ziarno od plew i znajdować te osoby, które tak jak ja przyszły tu nie z powodu polityki, ale z powodu rzeczywistości, którą chcą zmienić. Nie brakuje w Sejmie takich posłów.

Wspomniał Pan o projekcie ustawy pielęgnacyjnej. Został on przygotowany jeszcze przez poprzednią ekipę. Czy nowy rząd zamierza kontynuować prace nad tym projektem?

Przygotowany projekt można uznać za materiał wyjściowy, ponieważ jest on nie do końca sprawdzalny w praktyce. W tej chwili trwają prace nad nowym projektem, które pilotuje pan minister Boni. Od początku kadencji odbyły się już dwa robocze spotkania na ten temat. Prace wcześniejszego zespołu są kontynuowane. Poprzedni projekt to dobry grunt, poparty licznymi badaniami naukowymi, który trzeba uzupełnić o to jak praktycznie ten system przeprowadzić, żeby nie poprzestać tylko na poziomie ściągania składek.

Czy Pana zdaniem warunkiem nabycia środków absorpcyjnych, np. pieluch powinno być posiadanie wózka inwalidzkiego?

Oczywiście nie. Jeśli tutaj stawia się jakieś bariery, to pacjent jest traktowany jak piłeczka ping-pongowa pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia, a grupą producentów i sprzedawców, a nie jest podmiotem całej tej sytuacji. Przecież nikt nie kupuje tych rzeczy, żeby nimi ozdabiać mieszkanie, czy zawieszać na choince. Mam nadzieję i na razie nic poza nią, że żyjemy w czasach, w których skuteczność będzie opierała się na zaufaniu.

Jak Pan ocenia projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze?

Jestem nim wstrząśnięty. Projekt zupełnie odbiega od postulatów, które wysuwały organizacje osób niepełnosprawnych. W roku 2006 powołano grupę roboczą w Ministerstwie Zdrowia, w której byli zarówno reprezentanci MZ i NFZ, fachowcy medyczni, jak i grupy producencko - handlowe, a także osoby niepełnosprawne. Z wielkim zalem przyjąłem fakt, że po pierwszym posiedzeniu te prace zostały zawieszono. To spotkanie już dało dobry efekt, ponieważ ustaliło i zbieżność i różnice pomiędzy poglądami tych różnych środowisk.

Nowy projekt druzgocze aktywność osoby niepełnosprawnej. Zupełnie niezrozumiałe jest także wprowadzenie częściowej odpłatności za sprzęt.

Już zostały podjęte kroki przeciwdziałające wprowadzeniu w życie tego projektu rozporządzenia. Do MZ został przekazany wniosek o skierowanie tego projektu do konsultacji Komisji Polityki Społecznej.

Jedną zaletę ma ten kiepski projekt - to, że jest tak bardzo kiepski spowodowało, że udało się mnie i innym osobom, którym te sprawy są

życiowo bliskie, zainteresować problemem innych posłów. W związku z tym jest przygotowywana interpelacja, która - mam nadzieję - przywróci to, na co wszyscy od dawna czekaliśmy, czyli realną konsultację społeczną.

Projekt ten został oddany do konsultacji społecznych zaskakująco szybko. Środowiska pacjenckie były zaskoczone.

Sądzę, że zmiana w zarządzie Ministerstwa Zdrowia spowodowała ruchy, które można nazwać sprzątaniami. Osoby, które zostają starają się szybko doprowadzić rozpoczęte sprawy do końca. Czasem pod pojęciem „szybkiego doprowadzenia“ trafiają się zjawiska bardzo niezdrowe, które polegają na wykorzystywaniu sytuacji. Nie mówię, że akurat w tym przypadku tak było. W każdym razie projekt ten w formie przygotowanej przez specjalistów poprzedniego rządu znalazł się w strumieniu kilku ważnych i dobrych ustaw, pod którymi Pani Minister się podpisała.

Projekt rozporządzenia jest w tej chwili w trakcie konsultacji społecznych. Czy opinia środowiska pacjenckiego jest brana pod uwagę?

Projekt jest jeszcze w fazie konsultacji, trudno więc uprzedzać fakty. Chcę jednak podkreślić, że jeżeli ktoś używa pieluchomajtek, wózka, czy aparatu słuchowego i ma świadomość i możliwość skorzystać z tych pseudokonsultacji niech to wykorzysta, niech śle listy z czym się nie zgadza, albo co by chciał zmienić. Jeśli nasz kraj będzie bardziej obywatelski to rozporządzenia i ustawy będą bliższe życiu.

Mogę już teraz zapewnić, że propozycje zmian odnoszących się do projektu rozporządzenia są możliwe do wprowadzenia, a nawet więcej, po moich pierwszych rozmowach w Ministerstwie Zdrowia jestem przekonany, że rozporządzenie o zaopatrzeniu ortopedycznym nie wejdzie w życie w takiej formie w jakiej można odnaleźć jego projekt na stronach internetowych Ministerstwa. Dlatego wszystkich zachęcam do pisania listów i maili. A jeżeli ktoś z czytelników Kwartalnika NTM nie ufa ścieżce urzędowej, to chętnie deklaruję się być posłańcem tych uwag i czekam na nie pod adresem Marek.Plura@sejm.pl.

Jakie, według Pana, należałoby wprowadzić zmiany do rozporządzenia o zaopatrzeniu w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze?

Zmiany, o które będę zabiegał co do przyszłego kształtu rozporządzenia o zaopatrzeniu to przede wszystkim urealnienie poziomu dotacji, tak żeby zwrot „za darmo“ oznaczał, że pacjent realnie nie musi dopłacać do zakupu tego, co dotuje NFZ. Kolejna ważna sprawa to weryfikacja katalogu finansowanych przedmiotów. Brakuje w nim wielu nowoczesnych i funkcjonalnych protez, wózków itp., które pozwalają żyć aktywnie. W zamian oferuje się dopisywanie do katalogu refundacji np. wkładki ortopedyczne do butów. One kosztują niewiele, ale można by je przepisać co drugiemu Polakowi, a wtedy

Nowy zawód medyczny - opiekun medyczny

Elżbieta Szwałkiewicz

Po latach oczekiwań został utworzony nowy zawód opiekuna medycznego. Ten moment jest szczególnie ważny dla wszystkich osób niesamodzielnych oraz ich rodzin. Poniżej przedstawiamy artykuł Elżbiety Szwałkiewicz - współinicjatorki powołania tego zawodu.

Prawne zaistnienie zawodu opiekuna medycznego nastąpiło w 2007 roku z chwilą wpisania go do klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego, stanowiącej załącznik do rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 26 czerwca 2007 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz. U. Nr 124, poz. 860).

Zawód opiekun medyczny został także wpisany do projektu ustawy o zawodach medycznych. W połowie sierpnia ubiegłego roku, Departament Nauki i Szkolnictwa Wzszego Ministerstwa Zdrowia zamieścił na stronie internetowej informację, iż zainteresowane szkoły począwszy od roku szkolnego 2007/2008 mogą prowadzić nabór na kształcenie w ww. zawodzie. Ministrem właściwym dla zawodu opiekun medyczny jest Minister Zdrowia.

Kształcenie w zawodzie opiekun medyczny może być realizowane w:

szkołach policealnych:

- dla młodzieży w jednorocznym okresie nauczania;
 - dla dorosłych (w systemie stacjonarnym i zaocznym) w jednorocznym okresie nauczania;
- zasadniczych szkołach zawodowych wyłącznie dla dorosłych w dwuletnim okresie nauczania.**

Kluczowe słowa dla tego zawodu to: niepełnosprawność, niesamodzielność, podstawowe potrzeby, pielęgnacja, opieka, kompensowanie, adaptacja.

Istotą profesji są działania pielęgnacyjne i opiekuńcze, świadczone w dłuższym okresie czasu lub stale osobom, które w związku z chorobą lub urazem są niepełnosprawne i niezdolne do samodzielnej egzystencji. Zakres profesjonalnego postępowania odnosi się do podstawowych potrzeb życiowych osoby niesamodzielnej oraz jej adaptacji do warunków życia zmienionych chorobą i niepełnosprawnością.

Profesjonalizm opiekuna medycznego wyrażać się będzie w umiejętności rozpoznania i uaktywnienia rezerw somatycznych i psychicznych człowieka niesamodzielnego oraz wykorzystania nowoczesnych technologii do kompensowania utraconej sprawności w realizacji podstawowych potrzeb życiowych. Przełoży się to bezpośrednio na efekt adaptacji i lepszą jakość życia człowieka chorego i niesamodzielnego.

Opiekun medyczny powinien mieć świadomość znaczenia swego oddziaływania i wpływu na tworzenie warunków do zwiększania niezależności chorej osoby niepełnosprawnej, co wyrażać się będzie w poczuciu odpowiedzialności za skutki swego postępowania.

Zakres kompetencji i odpowiedzialności opiekuna medycznego

I. Podstawowa pielęgnacja (czynności pielęgnacyjne) - pomoc przy:

- higienie osobistej (kąpiel, prysznic, mycie, mycie zębów, czesanie, golenie)
- żywieniu (przygotowanie pokarmów do spożycia, jedzenie i picie)
- wydalaniu
- poruszaniu się (opuszczanie i wracanie do łóżka, ubieranie i rozbieranie, wstawanie i chodzenie, chodzenie po schodach, wychodzenie z mieszkania i wracanie do niego),

II. Bezpieczeństwo (czynności opiekuńcze):

- fizyczne (bezpieczeństwo w otoczeniu)

- socjalne (podstawowe potrzeby społeczne - zwykłe, regularnie powtarzane czynności, niezbędne w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego, w tym: zakupy, gotowanie, sprzątanie mieszkania, zmywanie, wymiana i pranie bielizny oraz odzieży, ogrzewanie)

III. Komunikowanie się:

- pełnienie ról społecznych,
- załatwianie spraw w urzędach, przychodni,
- wsparcie psychiczne w doświadczeniach egzystencjalnych (samotność, cierpienie, umieranie).

Najwłaściwszą metodą postępowania będzie proces pielęgnowania rozpoczynający się od rozpoznania potrzeb, a następnie ustalenie i zrealizowanie planu postępowania oraz ocena osiągniętego efektu.

Założony efekt działania, opiekun medyczny, może osiągnąć poprzez indywidualnie dobrane metody pracy, np. asystowanie, wspieranie, wyłączenie osoby niesamodzielnej, wykorzystanie nowoczesnych technologii do kompensowania utraconej sprawności.

Celem powołania do życia tego zawodu, było przede wszystkim zapobieganie skutkom zdrowotnym wynikającym z zaniedbań pielęgnacyjnych. Pod uwagę brano także społeczne i ekonomiczne skutki niesamodzielności. Pozytywne skutki ekonomiczne wynikać będą z ograniczenia kosztów leczenia szpitalnego, kosztów leczenia powikłań wynikających z zaniedbań pielęgnacyjnych takich jak odleżyny, zapalenia płuc, przykurcze, urazy, niedożywienie i odwodnienie. Możliwość zatrudnienia opiekunów medycznych w szpitalach, zwolni pielęgniarzy z konieczności wykonywania czasochłonnych czynności pielęgnacyjnych. Pomoże także dyrektorom szpitali poradzić sobie, chociaż częściowo, z narastającym brakiem pielęgniarek.

Powstanie licznej kadry opiekunów medycznych umożliwi wielu chorym osobom, niepełnosprawnym i niesamodzielnym, stałe przebywanie w swoim środowisku, poprawę jakości ich życia oraz podtrzymanie aktywności społecznej.

Etos zawodowy wyrażać się będzie w profesjonalnej trosce personelu pielęgniarzkiego i opiekuńczego o człowieka, który z powodu choroby lub urazu ma zaburzony mechanizm przystosowywania się do środowiska i bez pomocy innych osób nie może przetrwać. ■

z kilku złotych za sztukę zrobią się dziesiątki milionów, których zabraknie na zaopatrzenie pierwszej potrzeby. A trzeba tu podkreślić fakt rzadko gdzie podkreślany, że bieżący rok jest wyjątkowo napiętnowany niesprawdliwym dla przedmiotów ortopedycznych i pomocniczych podziałem budżetu NFZ. W tym roku zaledwie około 1,3% tego budżetu przeznaczają na ten cel. Tak źle już dawno nie było. Nie chcę za wszystko winić poprzedniej ekipy rządowej ale, no cóż, fakty same mówią za siebie. Bez większych środków wszelkie zmiany rozporządzeń, to będzie tylko pisanie patykiem na wodzie. Oczywiście, wlanie góry pieniędzy w obecny system, nie da oczekiwanej poprawy

sytuacji w zaopatrzeniu, ponieważ jest kilka koncernów, które potrafią przekonywać lekarzy do zalecania określonego produktu, nawet, gdy nie bardzo on już służy pacjentowi. Tak, moim zdaniem jest np. w kwestii aparatów słuchowych. Jednym z największych braków obecnego systemu zaopatrzenia jest brak odpowiedzialnych i weryfikowalnych lekarzy specjalistów zlecających określony sprzęt. Dziś trudno uzyskać fachową poradę lekarza, który dobrałby protezę, gorset, czy wózek do rzeczywistych potrzeb i możliwości aktywnego życia pacjenta. Tzw. porada, za którą płaci NFZ ogranicza się do wypisania zlecenia na sprzęt. Jest ono na tyle nieprecyzyjne, że pacjent jest zdany na facho-

wość i uczciwość firmy sprzedającej dany asortyment, a z tym bywa różnie. W tym układzie w zasadzie nie ma możliwości zweryfikowania faktu, czy pacjent otrzymał to, czego potrzebuje, czy też to co chce sprzedać mu sklep. Dlatego będę postulował o to, aby zlecenia na sprzęt ortopedyczny były bardziej szczegółowe i aby wydawali je lekarze o wyższych kwalifikacjach, co zmniejszy nadużycia. Udostępnienie pacjentowi fachowej i pełnej porady przed nabyciem sprzętu uważam za trzeci element niedozwolny do wprowadzenia w system zaopatrzenia, o którym mówimy. Z powodzeniem stosuje się to rozwiązanie np. w Czechach. ■

Ustawa pielęgnacyjna - powrót czy zastój?

Karolina Paradowska



Otym, że nasze społeczeństwo się starzeje wiemy od dawna, natomiast nadal nie jest postanowione co dalej z tym faktem. Poprzedni rząd długo pracował nad utworzeniem takiego przepisu, który określałby formę oraz zakres pomocy zarówno osobom starszym jak i młodszym, które są niesamodzielne.

Niesamodzielność jest to stan, w którym człowiek nie jest w stanie wykonywać wokół siebie podstawowych czynności lub wykonuje je z ogromną trudnością. Niestety, w związku z postępującym starzeniem demograficznym, zwiększa się również odsetek osób wymagających pomocy. Mimo tego, że niesamodzielność dotyka osoby w różnym wieku, należy pamiętać, iż jest to przede wszystkim domena starszych pacjentów.

Ustawa o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym miała zostać uchwalona w styczniu 2008 roku, niestety po ostatniej zmianie rządu ślad po niej zaginął.

Co dalej z ustawą? Profesor Piotr Błędowski, zastępca przewodniczącego zespołu pracującego nad tym projektem, powiedział: *Ustawa, z tego co mi wiadomo, jest w Ministerstwie Zdrowia. Sądzę, iż w niedługim czasie zostanie podjęta praca nad jej zakończeniem. W ubiegłym roku oddaliśmy do Ministerstwa Zdrowia projekt ustawy, projekt który wymaga różnego rodzaju wyliczeń natury makroekonomicznej oraz akceptacji poszczególnych stron. Generalnie został on przyjęty i przedstawiony na konferencji, która miała miejsce w sierpniu ubiegłego roku. Potem jeszcze nadal trwały prace nad ustawą.*

Ustawa jest niezmiernie potrzebna, ponieważ ryzyko niesamodzielności ciągle wzrasta. Niestety ustawa nie znajduje się na pierwszym miejscu w kryterium ważności rządu. Głównie ze względu na brak środków finansowych. Powstaje więc pytanie skąd wziąć na to pieniądze? Ustawa w takiej formie jaka została zaprojektowana przez powołany zespół, zakłada utworzenie oddzielnego funduszu opłacanego ze składek. Fundusz miałby być społeczny, a co za tym idzie, opłacany przez wszystkich, nawet tych, którzy póki co nie płacą ubezpieczenia zdrowotnego. Jeśli chodzi o wielkość otrzymanego świadczenia, będzie to zależne od stopnia niesamodzielności jaki się uzyska. Planowane jest wyróżnianie trzech stopni niesamodzielności, w zależności od potrzeb pacjenta. Orzeczenie o stopniu niesamodzielności warunkowałoby rozmiar niesionej pomocy. Liczba potrzebujących takiej pomocy, to w tej chwili ok. 1 mln osób. Ta liczba będzie z czasem rosła.

Na seminarium dotyczącym opieki długoterminowej zorganizowanej przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych w lutym br., Profesor Anna Wilmowska, przewodnicząca zespołu do pracy nad projektem ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym, powiedziała: *Każdy stan chorobowy niezależnie od jego przyczyn i charakteru może zakończyć się wyzdrowieniem lub zgonem, bądź też doprowadzić do trwałej niezdolności do funkcjonowania w społeczeństwie.* Podkreśliła również fakt, że na dzień dzisiejszy pomocą materialną są objęci pacjenci po 75 roku życia, ale przecież osoby

niesamodzielne to nie tylko ludzie starsi. Istnieje głęboka społeczna potrzeba rozwiązania tego problemu.

Póki co, projekt ustawy zaprezentowany Ministerstwu Zdrowia posiada kilka punktów krytycznych. Przede wszystkim należy rozgraniczyć świadczenia lecznicze, pielęgnacyjne oraz opiekuńcze. Trzeba stworzyć system, który pozwalałby wybrać pacjentowi z jakiego zakresu świadczeń chciałby korzystać. Twórcy projektu chcieliby wyróżnić, świadczone w ramach tzw. funduszu pielęgnacyjnego usługi, ale ich nie kontraktować. Wystarczy, by ludzie bądź placówki świadczące pomoc w ramach funduszu, podpisywali umowę na gotowość świadczenia pomocy. W takim wypadku pacjent miałby możliwość wyboru rodzaju świadczenia z jakiego chciałby skorzystać. Pomoc ta byłaby na poziomie minimalnym, aczkolwiek akceptowalnym społecznie. Przede wszystkim założeniem tego projektu jest zapewnienie poczucia bezpieczeństwa chorym, którzy nie mogą spodziewać się opieki ze strony swoich rodzin.

Kolejnym problemem jest fakt, iż jeśli w Narodowym Funduszu Zdrowia zabraknie pieniędzy na leczenie, to najprędzej odczują to osoby niesamodzielne. Ich stan bowiem różni się tym od stanu chorobowego, że po pierwsze na ogół nie mają one szans na całkowite wyleczenie, a po drugie, mają zdecydowanie mniejsze możliwości zabiegania o swoje sprawy (w tym zdrowie i dostęp do usług zdrowotnych).

Jak wygląda prognoza czasowa? Trudno powiedzieć. Poprzedni rząd był nastawiony bardzo pozytywnie do założeń projektu, natomiast zapewne musi minąć trochę czasu, by obecna Minister Zdrowia mogła poznać się szczegółowo z założeniami ustawy. Profesor Błędowski jest zdania, że: *Decyzja jest w rękach rządu. Należy pamiętać, że to nie jest tylko kwestia natury ekonomicznej, składka bowiem będzie wynosić około 2 proc. obliczanych na takiej samej podstawie jak w przypadku składki zdrowotnej. To jest kwestia również natury politycznej. Jeśli przyjmie założenie, że wszyscy płacą składkę, to będziemy robić coś czego jeszcze u nas w kraju nie robiono, czyli obciążymy rolników indywidualnych. To nie będzie takie proste gdyż będzie wymagało akceptacji przedstawicieli partii ludowych. A oni już od początku wyrażali niechęć. Także to jest długi proces natury politycznej, a nie tylko czysto merytorycznej.*

Miejmy nadzieję, że w najbliższym czasie temat ten powróci, ponieważ zgodnie z prognozami gerontologicznymi, liczba osób potrzebujących tego typu świadczeń wzrasta i nie wolno dopuścić do sytuacji, w której problem ponad miliona osób w danym kraju będzie przykryty zastoną milczeniem. ■

KARKONOSKI SEJMIK OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Przeciw barierom

Marta Żeglińska



W kolejnym numerze Kwartalnika w cyklu prezentującym organizacje pacjentów, przedstawimy Karkonoski Sejmik Osób Niepełnosprawnych (KSON), który skupia 20 organizacji pozarządowych Ziemi Jeleniogórskiej. W skład Sejmiku wchodzi takie organizacje, jak: Polskie Stowarzyszenie Diabetyków, Jeleniogórskie Towarzystwo Społeczno Kulturalne, Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów w Jeleniej Górze, Polski Związek Niepełnych Koło w Jeleniej Górze czy Stowarzyszenie Osób Dializowanych „DIALIZA”.

Misja i działalność Sejmiku

W 2003 roku Sejmik zorganizował badania potrzeb osób niepełnosprawnych na terenie powiatu jeleniogórskiego. Okazało się, że wiele osób niepełnosprawnych nie zdawało sobie sprawy z tego, że gminy dysponują środkami, aby ich wspomóc. KSON postarał się o narzędzie przekazywania informacji i edukowania niepełnosprawnych mieszkańców powiatu. Rezultatem tych starań było powstanie czasopisma „Niepełnosprawni Tu i Teraz”, które dzięki dofinansowaniu władz Jeleniej Góry oraz powiatu, wydawane jest w wersji dźwię-

kowej z myślą o osobach niewidomych. Lada chwila ma ruszyć rozgłośnia radiowa. W redakcji na początek ma się znaleźć 5 dziennikarzy, w tym 3 osoby niepełnosprawne. *Spoleczne radio ma ułatwić dotarcie do osób niepełnosprawnych z informacją, pokazać im, że niepełnosprawność nie jest początkiem strasznego nieszczęścia* - mówi Stanisław Szubert prezes Karkonoskiego Sejmiku Osób Niepełnosprawnych.

Sejmik prowadzi stronę internetową www.kson.pl. Można tam znaleźć nie tylko informacje na temat bieżącej działalności KSON, ale także ogłoszenia o pracy i aktualne informacje na temat zmian prawa dotyczącego osób niepełnosprawnych.

Sejmik angażuje się także w organizację pracy Lokalnego Centrum Wolontariatu. Zadania wolontariuszy mają różnorodny charakter. Wśród 40 wolontariuszy, 14 jest związanymi z Sejmikiem od momentu jego powstania. Są to osoby niepełnosprawne i w pełni zdrowe, w wieku od 20 do 60 lat, a także młodzież. Uczniowie gimnazjów i liceów jeleniogórskich prowadzą kursy języków obcych. Dzięki władzom miasta KSON ma doskonałe zaplecze dla swojej działalności w centrum miasta, w którym znajduje się świetlica, pra-

cownia komputerowa, gabinet lekarski, psychologa, prawnika czy innych specjalistów. Tutaj przyjmuje Rzecznik Społeczny Osób Niepełnosprawnych, działa telefon zaufania, a także można się spotkać z księdzem. Do Sejmiku trafia codziennie ponad 20 osób. Od dwóch lat działa biuro pracy, które oferuje porady zawodowe i szkolenia. Przede wszystkim jednak pomaga w znalezieniu pracy. KSON trzyma też pieczę nad niepełnosprawnymi absolwentami jeleniogórskich uczelni.

Jedną z podstawowych funkcji Sejmiku jest praca na rzecz usuwania barier architektonicznych. *Do tej pory udało się nawiązać współpracę z zakładem komunikacji miejskiej w Jeleniej Górze, która zaowocowała wprowadzeniem sygnalizacji dźwiękowej na przejściach dla pieszych. Oznakowano pierwsze i ostatnie stopnie w przejściach - zamalowano na białotak, aby zwiększyć bezpieczeństwo osób niedowidzących. Na przystankach autobusowych pojawiły się rozkłady jazdy z lepiej widoczną czcionką, a w pojazdach pojawiły się komunikaty dźwiękowe, zawiadamiające o nazwie przystanku. Prowadzone są także rozmowy z właścicielami prywatnych busów, PKS czy PKP na temat przystosowania tych środków komunikacji niepełnosprawnym z regionu jele-*

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	50	20	1009	64	do 21 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Opolskie	69	15	1038	75	nb	nb	nb	nb	nb	nb
Małopolskie	143	23	3278	481	14 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Podkarpackie	233	9	2098	139	14 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Podlaskie	239	5	1194	78	do 30 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Warmińsko-mazurskie	285	5	1426	110	do 30 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Śląskie	311	15	4660	427	nb	nb	nb	nb	nb	nb
Świętokrzyskie	319	4	1277	191	14 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Łódzkie	512	5	2559	78	14-21 dni	1 mc	nb	nb	nb	nb
Kujawsko-pomorskie	517	4	2066	61	30 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Lubelskie	542	4	2168	223	21 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Wielkopolskie	564	6	3386	207	14 dni	1 mc	nb	nb	nb	nb
Dolnośląskie	720	4	2880	112	21 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Zachodniopomorskie	846	2	1693	123	do 14 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Mazowieckie	863	6	5176	186	21 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Pomorskie	2204	1	2204	79	nb	nb	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

Opr. K. Ciepela na podstawie danych z oddziałów NFZ

Operacje z użyciem taśm na Śląsku

Karolina Paradowska



W tym numerze Kwartalnika NTM przedstawiamy placówki na terenie województwa śląskiego, w których przeprowadza się zabiegi z użyciem taśm.

Niestety, zebrane dane nie do końca odzwierciedlają aktualną sytuację, ponieważ w wielu placówkach odmówiono podania informacji. Natomiast w pozostałych placówkach widać brak postępu w porównaniu z latami ubiegłymi.

O skomentowanie sytuacji w woj. śląskim poprosiliśmy doktora Michała Wojcieszyna z oddziału ginekologii szpitala nr 1 w Mysłowicach:

Z zebranych danych widać mniej więcej równomierny rozkład ilości wykonanych zabiegów (z jednym wyjątkiem) i to zarówno na oddziałach urologicznych jak i ginekologicznych trudniących się diagnostyką i leczeniem nietrzymania moczu. Ponieważ NFZ refunduje zabiegi z użyciem taśm, wszelkie ograniczenia w dostępie mogą wynikać ze zbyt niskiego kontraktu oddziału. Oczywiście stwierdzenie, że w oddziale wykonuje się wyłącznie zabiegi refundowane, nie wyklucza możliwości wykonania go odpłatnie w szczególnych sytuacjach (np. na życzenie pacjentki nieubezpieczonej). Każda pacjentka ubez-

pieczona kwalifikująca się do leczenia operacyjnego wysiłkowego NTM z użyciem taśmy może mieć wykonaną operację w pełni refundowaną.

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 Wojewódzki	Bielsko-Biała, ul. A.K. 101	urol.	30	30	30	3 mc.	tylko refundowane
Szpital Specjalistyczny nr 2	Bytom, ul. Batorego 15	gin.	27	25	30	2-3 tyg.	-
Centrum Urologiczne "Urovita"	Chorzów, ul. Strzelców Bytomskich 11	urol.	15	13	nie ma	nie ma	nie ma
Szpital Wielospecjalistyczny	Gliwice, ul. Kościuszki 1	urol.	10	10	15	1 mc.	nie ma
Szpital im. Stanisława Leszczyńskiego	Katowice, ul. Raciborska 26	urol.	24	24	30	2-3 tyg.	nie ma
Szpital nr 1 im. Karola Boromeusza	Mysłowice, ul. Mikołowska 1	gin.	20	15	15	nie ma	nie ma
Szpital Kliniczny nr 1	Zabrze, ul. 3 maja 13-15	urol.	50	60	60	7 dni	nie ma

Opracowanie własne na podstawie informacji zebranych z poszczególnych ośrodków

▶ *niogórskiego, w dalszych podróżach - mówi Stanisław Szubert.*

Co się wydarzyło?

W 2003 roku KSON zorganizował Karkonoski Przegląd Filmów Europejskich „Kino bez barier”. Przez dwa dni odbywały się projekcje zarówno filmów opowiadających o życiu, jak i problemach niepełnosprawnych w Polsce i zagranicą. Niestety festiwal przetrwał zaledwie 2 lata. O wiele bardziej potrzebne okazało się wsparcie i spotkania religijne. Pielgrzymka Osób Niepełnosprawnych do Sanktuarium Matki Boskiej Łaskawej w Krzeszowie cieszy się ogromnym powodzeniem, o czym świadczy liczba 4000 osób, które ostatnio wzięły w niej udział. KSON przeprowadził takie akcje charytatywne, jak 1% podatku na zakup lasera optycznego dla szpitala w Jeleniej

Górze oraz „Koncert dla Marka”, podczas którego zbierano pieniądze na leczenie i rehabilitację muzyka filharmonii śląskiej. Działaczom Sejmiku udało się przekonać przyrodników z Karkonoskiego Parku Narodowego do przystosowania ponad kilometrowego odcinka szlaku, ze szczytu Kopy do Śląskiego Domu, tak by mogły przejechać po nim osoby na wózkach oraz przystosowania schronisk i budowę wyciągu gondolowego na Śnieżkę.

KSON dla Niestyszających

W 2005 roku KSON podjął inicjatywę na rzecz osób niesłyszących - organizację kursów języka migowego. Okazało się, że w okolicach Jeleniej Góry jest tylko jeden tłumacz, a głuchych prawie dwa tysiące. Osoba niesłysząca ma duże problemy z załatwieniem spraw w urzędach, zwłaszcza w ZUS i KRUS. Lokal-

na telewizja „Domi” z pomocą Sejmiku pokazała program „Miasto bez barier”, który został przetłumaczony na język migowy. Należy podkreślić, że stacja nieodpłatnie zaoferowała się tłumaczyć program. Obecnie, wiadomości i serwis cotygodniowy pokazywany jest z lektorem. Środki finansowe na tłumaczenie początkowo przeznaczył urząd miasta, a z czasem PFRON. We współpracy z Centrum Nauki „Integracja” w Bogatyni, KSON organizuje kursy języka migowego. Na ostatni kurs zgłosiło się 40 osób. Kilka osób, które ukończyły kurs, pracuje już w charakterze tłumacza.

KSON stara się zintegrować środowisko niepełnosprawnych z terenu jeleniogórskiego, a także całego Dolnego Śląska. Stanowi to wyzwanie w przypadku ubiegania się o fundusze unijne, gdzie liczy się nie tylko głos lokalnych społeczności, ale całego regionu.

Badanie urodynamiczne - woj. podkarpackie

Karolina Paradowska

Wbieżącym numerze Kwartalnika NTM przedstawiamy listę placówek, w których można wykonać badanie urodynamiczne na terenie woj. podkarpackiego.

Niestety, w tym regionie można wykonać badanie urodynamiczne tylko w trzech placówkach - dwóch w Rzeszowie i jednej w Krośnie. Biorąc pod uwagę wielkość populacji województwa (ponad 2 mln. mieszkańców) dostęp do tego typu diagnostyki

jest mocno ograniczony – najgorsza sytuacja w Polsce. Z dotychczas analizowanych województw oferta w regionie podkarpackim przedstawia się jako wyjątkowo uboga z punktu widzenia pacjenta

Jeśli mają Państwo jakiegokolwiek sugestie dotyczące listy pracowni urodynamicznych w poszczególnych województwach prosimy o kontakt na adres mailowy:

ntm@ntm.pl



Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie

Krosno ul. Korczyńska 57

Szpital Wojewódzki Nr 2 w Rzeszowie - Oddział Chirurgii Dziecięcej

Rzeszów ul. Lwowska 60

Wojewódzki Zespół Specjalistyczny w Rzeszowie

Rzeszów ul. Warzywna 3



REFUNDACJA ŚRODKÓW WCHŁANIAJĄCYCH W INNYCH KRAJACH

Szwecja o milę wyprzedza Polskę

Refundacja środków wchłaniających: Szwecja vs. Polska

	SZWECJA	POLSKA
Liczba mieszkańców	9 mln	38 mln
Refundacja środków wchłaniających	tak	tak
Wskazania medyczne do przyznania refundacji	nietrzymanie moczu	choroby nowotworowe, upośledzenie umysłowe, zespoły otępienne, choroby układu nerwowego, wady rozwojowe
Klasyfikacja refundacji w oparciu o stopień nietrzymania moczu	w zależności od stopnia NTM refundacja wkładów anatomicznych, pieluch anatomicznych, pieluchomajtek i prześcieradeł	dla w/w kryteriów chorobowych refundacja wkładów anatomicznych, pieluch anatomicznych, pieluchomajtek i podkładów
Ilość refundowanych sztuk / m-c	bez limitu	do 60 szt.
Limit cenowy / m-c	bez limitu	w zależności od wysokości refundacji (100% lub 70 %) odpowiednio: 77 lub 90 zł
Współpłacenie przez pacjenta	0% odpłatności	0% przy nowotworach lub 30% przy pozostałych wskazaniach medycznych

Wbieżącym numerze Kwartalnika NTM przedstawiamy Państwu system refundacji środków wchłaniających w Szwecji. Podobnie jak naszym kraju, środki absorpcyjne dla osób z NTM są refundowane, ale - tak jak w czterech dotychczas zaprezentowanych przez nas krajach - wskazaniem medycznym uprawniającym do ich otrzymania jest nietrzymanie moczu (w Polsce nowotwory i choroby układu nerwowego). Szwedzki pacjent może otrzymać środki wchłaniające ze 100% refundacją, polski musi zapłacić 30% ich ceny (wyjątkiem są nowotwory, gdzie refundacja wynosi 100%). Co ważne, w Szwecji na zakup produktów absorpcyjnych nie obowiązują limity ani ilościowe, ani cenowe. I w tym zakresie Polska ma jeszcze sporo do nadrobienia.

KC



Czy mogę zająć w ciążę?

Choruję na pęcherz neurogenny, z tego powodu cały czas brałam Driptane. Planujemy z mężem dziecko. Jestem pod stałą opieką lekarską i konsultowałam się w tej sprawie z urologiem, który jako zamiennik Driptane poradził mi brać Vesicare. Przyjmuję ten lek od połowy grudnia, czuję się po nim dobrze, o wiele lepiej niż po Driptane. Lekarz stwierdził, że nie ma żadnych przeciwwskazań do tego abym brała Vesicare podczas ciąży. W ulotce jednak nie ma konkretnej informacji, że można przyjmować ten lek tuż przed i w trakcie ciąży. Proszę o poradę, czy faktycznie nie ma żadnego ryzyka dla płodu ze strony tego leku.

Dowiedziałam się też, że jest inne wyjście - leczenie toksyną botulinową. Gdzie w Polsce, a szczególnie czy w woj. pomorskim wykonuje się leczenie endoskopowe (toksyna botulinowa). Jak ta forma leczenia ma się do kobiet planujących dziecko i kobiet, które już są w ciąży, a sytuacja wymaga podania kolejnej dawki tego leku? Ile trzeba odczekać przed staraniem się o dziecko, aby związki Vesicare ulotniły się z organizmu kobiety? Czy ta forma leczenia podlega refundacji przez NFZ?

Joanna ze Słupska

Nie znany jest wpływ solifenacyny (Vesicare) na płody ludzkie, zalecenie z ulotki to "możliwość zastosowania po rozważeniu przewagi potencjalnych korzyści nad ryzykiem dla płodu". Solifenacyna w dawkach terapeutycznych dla ludzi nie wywoływała zaburzeń u płodów szczurów i królików. W badaniach na szczurach stwierdzano niekorzystny wpływ na płody przy zastosowaniu dawek kilkukrotnie (3,6-7,9 raza) przekraczających maksymalną dawkę terapeutyczną dla ludzi. Obserwowano wówczas częstsze występowanie rozszczepu podniebienia, zwolnienie przyrostu masy ciała, zmniejszenie odsetka płodów męskich i spowolnienie rozwoju fizycznego. W badaniach eksperymentalnych na bakteriach i ludzkich limfocytach z krwi obwodowej, a także w badaniach komórek szczurów nie stwierdzono wpływu mutagennego ani powodującego zaburzenia (aberracje) chromosomalne.

Czas półtrwania eliminacji solifenacyny wynosi, przy przewlekłym stosowaniu 45-68 godzin, tak więc po tygodniu - 10 dniach jej stężenia w surowicy powinny stać się nieoznaczalne, a zającie w ciążę jest bezpieczne. Leczenie toksyną botulinową nie powinno być stosowane u kobiet ciężarnych, gdyż podobnie jak w przypadku farmakoterapii solifenacyną jego wpływ na płód ludzki jest nieznan. W przypadku planowania ciąży lepiej jest poddać się zabiegowi przed początkiem ciąży. Efekt terapeutyczny trwa nawet do 12-24 miesięcy i powinien wystarczyć na czas trwania ciąży bez konieczności ponawiania iniekcji. Zabiegi są wykonywane w niektórych ośrodkach uniwersyteckich oraz prywatnych.

Jak leczyć pęcherz neurogenny?

Moja córka ma 12 lat, jeździ na wózku inwalidzkim, do ubiegłego lata używała tylko pampersów i zawsze była mokra mimo cewnikowania. W sierpniu 2005 była na obozie fundacji FAR. Tam nauczyła się wsłuchiwać w swój pęcherz, poznała metodę opukiwania podbrzusza celem sprowokowania mikcji i po przyjeździe przeszła na wkładki anatomiczne. Zaczęła sygnalizować zbliżającą się potrzebę oddania moczu i potrafiła być sucha częściej niż mokra.

Kasia ma grubościenny pęcherz o małej pojemności, bo tylko 180ml-200ml, a tym samym wysokociśnieniowy ze spastycznym zwieraczem zewnętrznym cewki moczowej. Gdy jest spięta to bardzo trudno pokonać opór zwieracza aby wprowadzić cewnik. Mało pije i w ten sposób reguluje sobie też sprawę oddawania moczu, jednak gdyby pozwoliła sobie na podaż płynu w ilości 1500ml lub więcej to niestety będzie mokra. Przyjmuje już od wielu lat Driptan, kiedyś podawałam jej Oxybutyninę bezpośrednio do pęcherza moczowego. Jest bez zakażeń i refluksów w badaniach CUM. W badaniach urodynamicznych wypada gorzej, ponieważ jest bardzo spięta (spastycznie to chyba działa na pęcherz moczowy) i można podać do pęcherza bardzo mało środka, bo tylko 110ml i nie dają mi wiary, że potrafię uzyskać z cewnikowania w domu, np. 200ml.

Moje pytanie brzmi, czy i taki pęcherz można wycwiczyć lub zrobić coś poza au-

gmentacją pęcherza lub przetoką, aby cewnikowała się samodzielnie przez powłoki brzuszne? Te zabiegi uważam za ostateczność, ale może jakoś inaczej mogę poprawić komfort życia córce?

Danuta z Gdańska

Pierwszorzędne znaczenie ma fakt, jaka jest przyczyna pęcherza neurogennego: przepuklina oponowo-rdzeniowa, uraz rdzenia, choroba neurologiczna. Ważne jest też określenie stanu górnych dróg moczowych i ciśnień panujących w pęcherzu, ponieważ w przypadku dysfunkcji neurogennej pęcherza nadrzędnym celem jest ochrona górnych dróg moczowych przed uszkodzeniem.

Opukiwanie jest zdecydowanie najgorszą metodą postępowania w przypadku neurogennego uszkodzenia pęcherza, ponieważ wywołuje bardzo wysokie ciśnienia w pęcherzu, co przy spastyczności zwieracza może prowadzić do powstania odpływów pęcherzowo-moczowodowych i uszkodzenia nerek.

Alternatywą dla powiększenia pęcherza jest ostrzyknięcie go toksyną botulinową, w połączeniu z ostrzyknięciem zwieracza i konieczne w takim przypadku samocewnikowanie, ale w oparciu o podane przez Panią dane uważam, że augmentacja, ostrzyknięcie zwieracza toksyną botulinową i samocewnikowanie jest zdecydowanie najlepszym rozwiązaniem długofalowym (grubościenny pęcherz o małej pojemności i prawdopodobnie niskiej podatności).

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

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

Gdzie leczyć NTM:

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	
	W P L N 3 8 , 0 0
nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)	
nazwa zleceniodawcy	
nazwa zleceniodawcy cd.	
tytułem	krajowa prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“
tytułem cd.	
pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy	

Opłata:

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

www.ntm.pl

RADA NAUKOWA DS. PROBLEMU NTM:



Prof. dr hab. med. Włodzimierz Baranowski
Kierownik Kliniki Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Szpital MSWiA w Warszawie



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



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

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.



KONSULTANT MEDYCZNY dr med. Piotr Dobroński
Oddział Urologii Szpitala Bielańskiego w Warszawie

COLPEXIN
WKŁADKA DOPOCHWOWA

Terapia zachowawcza
obniżenia narządu rodneho



Wsparcie w kobiecych sprawach

Skrócona informacja o produkcie:

Colpexin to wkładka dopochwowa przeznaczona do zachowawczego leczenia wypadania narządów miednicy mniejszej oraz do wspomagania ówceży mięśni dna miednicy mniejszej. Wkładka wykonana jest z poliwęglanowego 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, endometriży, guza przydatków, izolowanej retrocecie 4. stopnia lub tyłopochylenia 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. **Środki 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, płamienia, 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 dobiera 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., Pierśków 149, 05-152 Czosnów k/Warszawy, Pozwolenie MZ na dopuszczenie do obrotu Nr 11670. Adamed Sp. z o.o. Pierśków 149, 05-152 Czosnów k/Warszawy, tel.: (22) 751 85 17, e-mail: adamed@adamed.pl, www.adamed.com.pl

CE 0044


ADAMED