

nr 2 (25) 2008

cena: 9.50 zł
(w tym 0% VAT)

NTM u dzieci

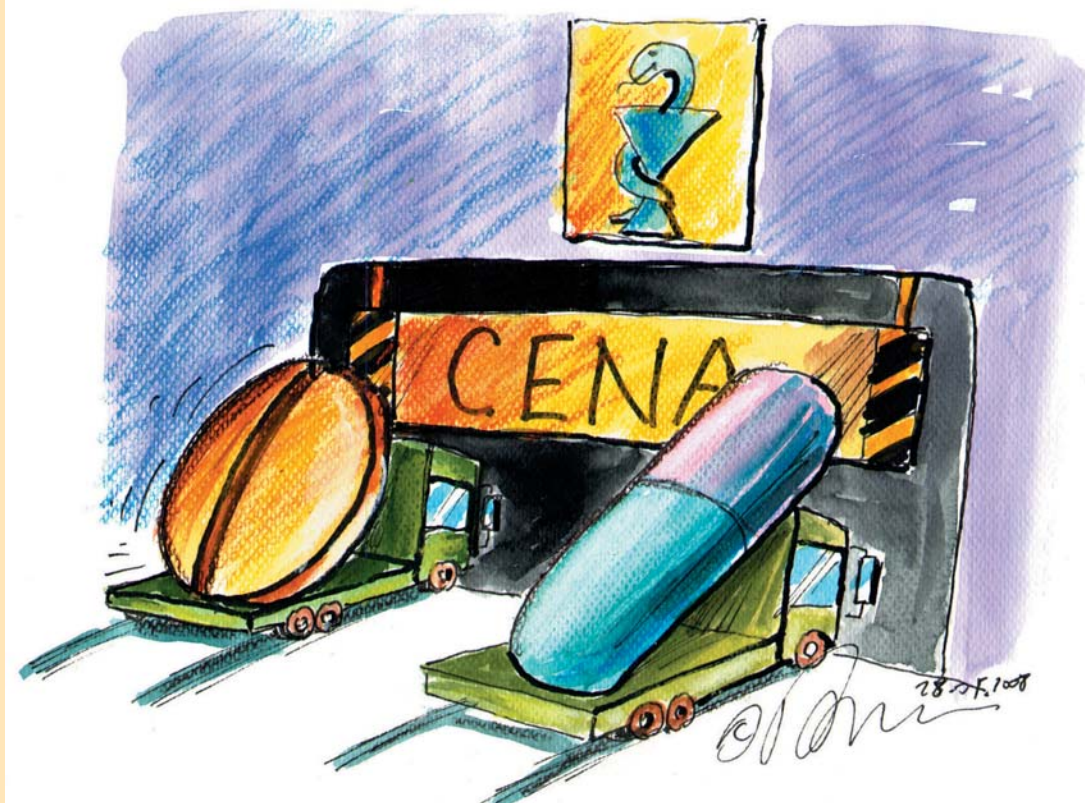
Nowy lek na NTM

Na Lindleya stosują technologie XXI wieku

Pracownie urodynamiczne

w woj. zachodniopomorskim

Operacje z użyciem taśm w Wielkopolsce



Toviaz

Nowy lek. Stare problemy.

T dobra wiadomość dla wielu pacjentów w Polsce. Powodów jest kilka. Po pierwsze, Polacy zyskują szerszy wybór w leczeniu farmakologicznym NTM. Po drugie, pojawia się wreszcie realna konkurencja dla innego leku o podobnych efektach działania jakim jest Vesicare (solifenacyna), obecnie zdecydowanie najpopularniejszej tabletki na NTM w naszym kraju. Co prawda, w ubiegłym roku pojawił się w Polsce jeszcze jeden nowoczesny lek na NTM - Emsalex (derifenacyna), ale do tej pory niewielu pacjentów zdecydowało się z niego skorzystać.

Dla wielu pacjentów, konkurencja to przede wszystkim nadzieja na niższe ceny co, biorąc pod uwagę specyfikę naszego kraju (brak jakiegokolwiek refundacji w leczeniu farmakologicznym NTM), jest często czynnikiem warunkującym podjęcie takiej a nie innej terapii.

Badania przedstawione na tegorocznym Europejskim Kongresie Urologii w Mediolanie (26-29 marca 2008) wskazują, że Toviaz (fesoterodyna) może stać się alternatywą zarówno dla Vesicare jak i Emsalexu. Szerzej o wynikach przeprowadzonych prób klinicznych informuje na łamach tego numeru Kwartalnika doktor Piotr Dobroński. Warto w tym miejscu wspomnieć, że fesoterodyna jest rozwinieciem (pro lekiem metabolizowanym do tej samej co tolterodyna substancji czynnej), obecnej w znikomej skali w Polsce, tolterodyny - najpopularniejszej na świecie substancji medycznej używanej w leczeniu pęcherza nadreaktywnego.

Reasumując - w Polsce będziemy mieli do wyboru trzy nowoczesne leki antycholinergiczne na NTM. Czy wpłynie to na obniżenie ceny? Miejmy nadzieję, że tak. Czy pomoże w uzyskaniu refundacji dla wszystkich trzech leków? Na pewno producentowi leku należą się słowa uznania za decyzję wprowadzenie tej tabletki do Polski pomimo niewielkich, w najbliższych latach, szans na jej refundację. Mój pesymizm to wynik bałaganu jaki panuje w naszym kraju. Wiele polity-

ków krytykuje zasady wprowadzania na listę refundacyjną nowych leków, ale żaden z nich, przejmując władzę, nie wykazał się jak dotąd szczególnymi umiejętnościami i determinacją we wprowadzeniu czytelnego dla wszystkich systemu. Po ponad półrocznych rządach nowej koalicji światła w tunelu nie widać. Cieszymy się więc nowym lekiem, skoro innych powodów do radości na razie nie widać.

Planowane wprowadzenie Toviazza na rynek to przełom 2008/2009.

Tomasz Michałek

Dobry lek zawsze gorzki

Konfucusz

To niestety jest prawda. Leki są gorzkie, czyli wywierają działania niepożądane.

W chwili obecnej nie mamy leków leczących daną chorobę w sposób wybiórczy. Oczywiście są leki mniej lub bardziej selektywne (względem receptora, narządu docelowego itp.), ale wszystkie, jeśli działają, mają mniej lub bardziej nasilone działania uboczne. Z tym, że działania te nie powinny być większe niż choroba, którą leczą, powinny być możliwe do kontrolowania oraz minimalizowania, tak aby pacjent mógł je zaakceptować.

Podobnie sprawa się ma z leczeniem operacyjnym, każda operacja niesie za sobą pewne ryzyko powikłań. Oczywiście operator dokłada wszelkich starań aby to ryzyko zminimalizować, niemniej jednak nie ma operacji, które od powikłań są wolne.

O tych powikłaniach i działaniach niepożądanych pacjent powinien być uprzedzony, aby w sposób świadomy mógł podjąć decyzję. Aby nie być zaskoczonym wynikiem leczenia. Należy przy tym pamiętać, że w medycynie nie ma 100% skuteczności, 100% wyleczeń i 100% pewności że nie będzie powikłań. Po prostu taka jest biologia, każdy człowiek jest inny. O tej różnorodności musimy pamiętać prezentując jako lekarz metodę leczenia i akceptując ją jako pacjent.

dr hab. Piotr Radziszewski

Spis treści

2 (25) 2008

NTM U DZIECI

NTM u dzieci J. Kamińska	4
Moczenie nocne u dzieci - wywiad z dr G. Paruszkiewiczem	5

LECZENIE NTM

Rozwój urologinekologii - wywiad z prof. Janem Kotarskim, Prezesem PTG	7
Racjonalna terapia lekami antycholinergicznymi dr hab. P. Radziszewski	8
Fizykoterapia w położu M. Banaszak-Osiewicz	10

NTM NA ŚWIECIE

Toviaz - nowy lek na NTM dr P. Dobroński	12
Leczenie operacyjne wysiłkowego NTM lek. A. Gugala, lek. A. Krawczyk	13
II Globalne Forum na temat NTM T. Michałek	13

GDZIE LECZYĆ NTM

Na Lindleya stosują technologie XXI wieku M. Banaszak-Osiewicz	14
--	----

PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

Rząd zapominał o niepełnosprawnych J. Góralczyk	15
Podpaska nie rozwiąże problemu M. Kowalewska	16
Lepszy zły niż żaden? M. Owoc	17
Jeden Fundusz - różne zasady M. Owoc	18
Ranking Wojewódzkich Oddziałów NFZ	18

ORGANIZACJE Wrocławski Sejmik... M. Żeglińska

Operacje z użyciem taśm w Wielkopolsce	20
Badanie urodynamiczne - woj. zachodniopomorskie	21
Limit w Holandii 2,5 raza większy niż w Polsce	21

LISTY

.....	22
-------	----

Do Czytelników

W bieżącym numerze Kwartalnika NTM prezentujemy temat mało znany, aczkolwiek bardzo powszechny, a mianowicie - nietrzymanie moczu u dzieci. Szacuje się, że moczenie nocne dotyka co czwarte dziecko w wieku przedszkolnym. Staramy się przedstawić Państwu podstawową klasyfikację oraz niezbędne badania i metody leczenia tej dolegliwości u dzieci. Na najczęstsze pytania rodziców moczących się dzieci odpowiada dr Grzegorz Paruszkiewicz - Prezes Stowarzyszenia "Dobra Noc-ka". Z kolei do ćwiczeń mięśni dna miednicy w okresie ciąży i położu młode mamy zachęca w swoim artykule Marta Banaszak. W rozpoczętym w poprzednim numerze cyklu przedstawiającym najbardziej znane placówki specjalizujące się w leczeniu NTM prezentujemy Klinikę Urologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, kierowaną przez prof. Andrzeja Borkowskiego.

Zachęcamy także do przeczytania wywiadu z prof. Janem Kotarskim, Prezesem Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego.

O najnowszym na polskim rynku leku, stosowanym w zespole pęcherza nadreaktywnego, pisze dr Piotr Dobroński. Zapraszamy również do lektury tekstu doc. Piotra Radziszewskiego nt. neutralizacji skutków ubocznych leków antycholinergicznnych używanych w terapii NTM.

Na pytanie co dzieje się z rozporządzeniem dot. przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych stara się znaleźć odpowiedź Magdalena Owoc. Różnice pomiędzy używaniem zwykłej podpaski, a specjalnej wkładki anatomicznej wyjaśniamy w tekście "Podpaska nie rozwiąże problemu". Przedstawiamy również relację z II Globalnego Forum poświęconego nietrzymaniu moczu, które odbyło się na początku kwietnia w Nicei. W cyklu prezentacji organizacji pacjenckich przedstawiamy Wrocławski Sejmik Organizacji Osób Niepełnosprawnych.

Zapraszamy także do lektury naszych stałych rubryk - refundacji środków wchłaniających w innych krajach, tym razem w Holandii, a także wykazu pracowni urodynamicznych w województwie zachodniopomorskim oraz placówek wykonujących operacje z użyciem taśm w Wielkopolsce.

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 Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Zespół redakcyjny: Marta Banaszak, Magdalena Kowalewska, Magdalena Owoc, 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) 46 36 401, 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
żyć”

Wydawca:

Studio PR

Realizacja wydawnicza:

Warsaw Voice SA

Serdecznie gratulujemy Panu Profesorowi Andrzejowi Borkowskiemu, kierownikowi Kliniki Urologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, który podczas kongresu EAU został przyjęty do grona członków honorowych Europejskiego Towarzystwa Urologicznego (EAU). Takim wyróżnieniem EAU nagradza osoby o największych zasługach dla rozwoju urologii w Europie.

Redakcja

Nietrzymanie moczu u dzieci

Joanna Kamińska

Nietrzymanie moczu u dzieci to bardzo powszechny problem. Jest to drugi pod względem częstości występowania, po schorzeniach alergicznych, przewlekły problem zdrowotny. Szacuje się, że w Polsce liczba dzieci dotkniętych tą dolegliwością wynosi ok. 300 tysięcy.

Przyczyny NTM u dzieci mogą być bardzo różne, tak samo zróżnicowane jest leczenie tej przypadłości. Dlatego ważne jest, aby przeprowadzić dokładne rozpoznanie i prawidłowo zakwalifikować rodzaj nietrzymania moczu.

U dzieci rozróżnia się dwa podstawowe rodzaje NTM - moczenie oraz nietrzymanie moczu. Wśród tych dwóch typów da się wyróżnić kilka bardziej szczegółowych grup, które zostaną omówione poniżej.

KLASYFIKACJA

1. Moczenie

Termin "moczenie", zgodnie z terminologią ICS [International Continence Society], stosuje się do moczenia nocnego. Skala problemu uzależniona jest od wieku - wśród 4-latków co trzecie dziecko moczy się w nocy, wśród 5 i 6-latków co piąte, a wśród 7-latków co dziesiąte. U ok. 1-2% dzieci moczenie nocne trwa aż do wieku dorosłego.

Niestety wielu rodziców bagatelizuje ten problem, uważając że wcześniej lub później dziecko "wyrośnie" z tego. Tymczasem przyjęcie biernej postawy oczekiwania może mu jedynie zaszkodzić. Rodzice często uważają, że moczenie wynika z nieprawidłowego nawyku, albo z lenistwa dziecka. Utrzymywanie się moczenia nocnego jest przyczyną wtórnych zaburzeń emocjonalnych. "Moczące się" dzieci często unikają kontaktów z rówieśnikami, izolują się i rezygnują z wyjazdów na kolonie. Moczenie może być również przyczyną powstawania konfliktów rodzinnych.

1.1. Moczenie pierwotne i wtórne

Moczenie nocne możemy podzielić na dwie grupy biorąc pod uwagę czas pojawienia się. O moczeniu pierwotnym mówimy wówczas gdy występuje ono bez przerwy od samego urodzenia. Natomiast moczenie wtórne pojawia się po tzw. "suchej przerwie", trwającej co najmniej pół roku.

Przyczyny moczenia pierwotnego są najczęściej:

- * niedobór wazopresyny w godzinach nocnych, powodujący niedostateczne zagęszczanie moczu (nocna poliuria),
- * opóźnienie w nabywaniu kontroli nad pęcherzem podczas snu (pęcherz nadreaktywny).

Dziecko, które cierpi na pierwotne moczenie nocne spowodowane niedostatecznym zagęszczaniem moczu w nocy moczy się od urodzenia, natomiast w ciągu dnia nie puszcza moczu, nie odczuwa również tzw. parć nagłych, czyli gwałtownej potrzeby oddania moczu. Jest to najczęstsza i zarazem najłagodniejsza forma NTM występująca u dzieci. Częstość występowania tej postaci moczenia maleje wraz z wiekiem.

Moczenie nocne wtórne jest zwykle objawem wady lub choroby układu moczowego. W tej grupie dzieci może to być również objaw zaburzeń emocjonalnych. Jest to jednak niewielki odsetek dzieci i przed skierowaniem dziecka do psychologa lub psychiatry należy w każdym przypadku wykluczyć organiczne przyczyny moczenia nocnego. Moczenie wtórne, w przeciwieństwie do pierwotnego często wznaga się wraz z wiekiem.

1.1.1. Moczenie nocne izolowane i współistniejące

Zarówno moczenie pierwotne jak i wtórne możemy podzielić jeszcze na dwie grupy - moczenie izolowane i współistniejące z innymi zaburzeniami oddawania moczu (częstomocz, nagłe parcie, epizody nietrzymania moczu w ciągu dnia). To pierwsze dotyczy dzieci moczących się tylko w nocy, u których nie występują inne choroby bądź wady układu moczowego. Natomiast moczenie współistniejące może być spowodowane nawracającymi zakażeniami dróg moczowych. Wtedy jest to bardzo niepokojący sygnał, sugerujący obecność wady układu moczowego.

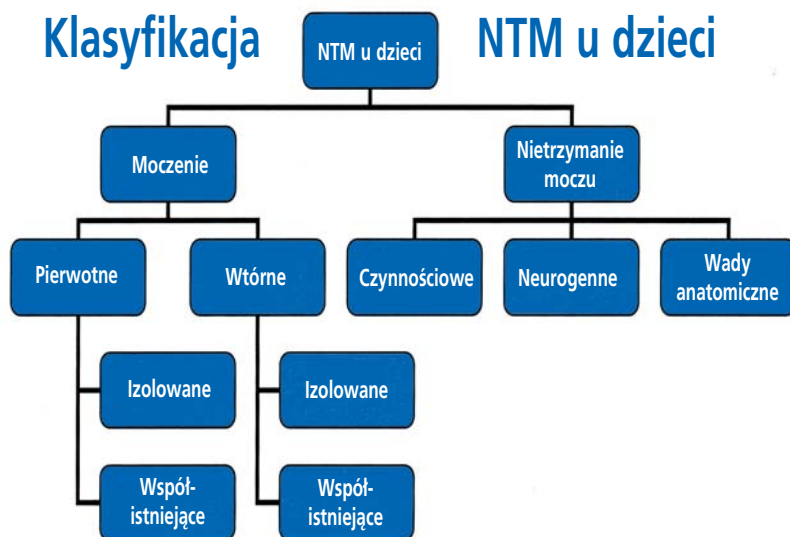
2. Nietrzymanie moczu

Jeżeli moczeniu nocnemu towarzyszą jakiegokolwiek (nawet drobne) epizody gubienia moczu w dzień, to taki typ moczenia zaliczany już jest do kategorii nietrzymania moczu.

Nietrzymanie moczu u dzieci można podzielić na trzy grupy biorąc pod uwagę schorzenia, które mogą je powodować. Są to zaburzenia czynnościowe, neurogenne oraz wady anatomiczne.

2.1. Zaburzenia czynnościowe

Najczęściej występującą przyczyną NTM u dzieci są zaburzenia czynnościowe pęcherza występujące pod postacią zespołu parć nagłych. Mogą one prowadzić do wtórnych zaburzeń mikcji. Zaburzenia takie mogą przybierać różne formy np. odda-



Opr. własne na podstawie: Diagnostyka różnicowa moczenia i nietrzymania moczu u dzieci

wanie moczu przerywanym lub nieregularnym strumieniem.

2.2. Zaburzenia neurogenne

Zaburzenia neurogenne są skutkiem m.in. wad wrodzonych, schorzeń oraz urazów układu nerwowego powodujących uszkodzenie ośrodków regulujących czynność pęcherza i cewki moczowej lub przerwanie ciągłości szlaków nerwowych.

Pęcherz neurogenny u dzieci najczęściej spowodowany jest przepukliną oponoworodzeniową.

2.3. Wady anatomiczne

Do najczęściej spotykanych wad anatomicznych, które mogą powodować nietrzymanie moczu należą: wyciekanie pęcherza moczowego, wierzchniactwo, zastawka cewki tylnej oraz ektopia moczowodu.

BADANIE I LECZENIE

Moczenie nocne

Podstawą diagnostyki moczenia nocnego powinno być: przeprowadzenie dokładnego wywiadu, dzienniczek mikcji oraz badanie fizykalne. Badania dodatkowe to: ogólne badanie moczu, posiew moczu, badanie USG jamy brzusznej oraz przepływ cewkowy. Badania bardziej inwazyjne (radiologiczne, endoskopowe, urodynamiczne) zazwyczaj nie są konieczne. W przypadku moczenia wtórnego pomocne może być również badanie psychologiczne.

Metoda leczenia moczenia nocnego jest uzależniona od jego przyczyn. W przypadku pierwotnego izolowanego moczenia nocnego spowodowanego nocną poliurią stosuje się desmopresynę - syntetyczny analog wazopresyny. Lek o nazwie Minirin (Ferring Pharmaceuticals) jest dostępny w postaci tabletek 0,1 i 0,2 mg lub aerozolu do nosa. Od jesieni tego roku lek będzie dostępny również w postaci liofilizatu doustnego (Melt). *Minirin to octan desmopresyny, analog hormonu antydiuretycznego (wazopresyny) stosowany w moczówce prostej, na noc w moczeniu nocnym (idiopatycznym) dzieci, a także w poliurii nocnej i przeroście stercza z nokturią oporną na inne rodzaje farmakoterapii. Te ostatnie dwa zastosowania są obecnie w fazie badań i wykraczają poza wskazania farmakologiczne (tzw off-label) - mówi urolog, dr Piotr Dobroński.*

Z innych metod terapii stosuje się: trening wybudzania, stosowanie systemów alarmowych, ograniczanie podawania płynów w godzinach wieczornych.

Moczenie wtórne o podłożu psychogennym leczy się za pomocą psychoterapii oraz łagodnych leków tonizujących.

Moczenie współistniejące (zarówno pierwotne, jak i wtórne) wymaga zastosowania bardziej skomplikowanych metod leczenia, zależnie od współistniejących chorób.

Nietrzymanie moczu

Pierwszą czynnością wykonaną przez lekarza powinno być przeprowadzenie wywiadu. Dzięki niemu można określić z jakim rodzajem nietrzymania moczu mamy do czynienia - z parcia, czy wysiłkowym. Dziecko, u którego następuje nagłe uczucie parcia, tak silne, że nie można go przezwyciężyć, najprawdopodobniej cierpi na NTM z parcia (czyli jedną z postaci pęcherza nadreaktywnego). Dziecko podejmuje wówczas różne działania obronne np. krzyżowanie nóg, czy kucanie na pięcie. Z kolei NTM wysiłkowe pojawia się bezwiednie, bez odczucia nagłego parcia. Związane jest to ze wzrostem ciśnienia brzuszego w czasie wysiłku. Za wyciek moczu w pierwszym wypadku odpowiedzialny jest wypieracz, a w drugim - zwieracz. Oprócz wywiadu równie ważna jest analiza dzienniczka mikcji.

Równie ważne jest badanie fizykalne, które może wskazać na przyczyny anatomiczne lub neurogenne. Lekarz badający dziecko powinien m.in. zwrócić uwagę na to, czy mocz wycieka podczas kaszlu lub napinania brzucha oraz na ewentualne anomalie anatomiczne układu moczowego.

Inne rodzaje badań to np.: badanie ultrasonograficzne, badanie przepływu cewkowego, badanie radiologiczne, badanie urodynamiczne i badanie endoskopowe.

W początkowym etapie leczenia sprowadza się do wyrobienia nawyku regularnego oddawania moczu. Dodatkowo można podawać leki hamujące skurcze spontaniczne wypieracza (oxybutynina). Jeżeli dziecko cierpi na zaburzenia mikcji należy przeprowadzić tzw. reedukację, czyli naukę prawidłowego oddawania moczu (biofeedback).

Z kolei leczenie zaburzeń neurogennych polega przede wszystkim na zwalczaniu stałego zalegania moczu w pęcherzu. Podstawową metodą leczenia jest cewnikowanie. W przypadku neurogennej nadczynności wypieracza (spontaniczne skurcze pęcherza) stosuje się również leczenie farmakologiczne.

Jeżeli metody zachowawcze nie przyniosą rezultatów konieczne staje się zastosowanie leczenia chirurgicznego. Operacyjne można np. poprawić pojemność pęcherza moczowego i obniżyć ciśnienie wewnątrzpęcherzowe. W przypadku obniżonego ciśnienia zamknięcia cewki moczowej (np. porażenie zwieraczy) po zakończeniu okresu wzrastania dziecka można przeprowadzić implantację sztucznego zwieracza cewki moczowej.

Na podstawie m.in.:

- *Diagnostyka różnicowa moczenia i nietrzymania moczu u dzieci*, w: *Służba Zdrowia*, nr 84-88 z dn. 5.11.2007 oraz nr 89-92 z dn. 26.11.2007
- www.moczenieocne.pl

O moczeniu nocnym u dzieci

Z dr Grzegorzem Paruszkiewiczem, Prezesem Stowarzyszenia Pomocy Dzieciom z Moczeniem Nocnym "Dobra Nocka", rozmawia Joanna Kamińska



- Czy można czekać, aż dziecko "wyrośnie" z moczenia nocnego?

Z całą pewnością nie należy biernie czekać na samoistne rozwiązanie problemu. Postępując w ten sposób można przeoczyć współistniejące schorzenia układu moczowego (na przykład zakażenie układu moczowego czy choroby nerek) i opóźnić skuteczne leczenie. Ponadto u coraz starszego dziecka z utrzymującym się moczeniem nocnym zaczną pojawiać się i narastać wtórne zaburzenia emocjonalne. Nie można się również zgodzić z opinią, że moczenie u dziecka nie stanowi poważnego zagrożenia dla jego zdrowia i jest jedynie niewinna dolegliwością. Nawet jeżeli moczeniu nie towarzyszą inne choroby układu moczowego, to fakt moczenia łóżka jest dla dziecka i dla całej rodziny bardzo stresujący. Ogranicza możliwości korzystania z kolonii i obozów. W ostatnim czasie również względy ekonomiczne odgrywają niebagatelną rolę. Koszty ciągłego prania piżam i bielizny pościelowej są coraz większe.

- Kiedy należy zgłosić się z dzieckiem do lekarza?

Pierwszy kontakt z lekarzem ma na celu sprawdzenie, czy moczenie nocne nie jest objawem innego schorzenia. Rodzice powinni zgłosić się do lekarza, jeżeli po ukończeniu 4 roku życia dziecko nadal się mo-

czy (w tygodniu jest przeciętnie więcej "nocy mokrych" niż suchych). Ponadto wizyta u lekarza jest konieczna bez względu na wiek dziecka, gdy:

- * moczeniu nocnemu towarzyszy moczenie dzienne (popuszczanie moczu między normalnym oddaniem moczu - czyli dziecko ma w dzień mokre majtki). Ten objaw może świadczyć o obecności wady anatomicznej układu moczowego, zakażeń dróg moczowych lub być wynikiem nieprawidłowej czynności dolnych dróg moczowych,
- * dziecko ma okresowo zwyższy temperaturę ciała bez wyraźnej przyczyny z jednoczesnym częstszym oddawaniem moczu i trudnościami z wstrzymaniem moczu, zgłasza dolegliwości w trakcie oddawania moczu (ból, pieczenie). Można wtedy podejrzewać zakażenie dróg moczowych,
- * pojawienie się moczenia nocnego po okresie, gdy dziecko prawidłowo kontrolowało oddawanie moczu. Wtedy możemy mieć do czynienia z zaburzeniami natury neurogennej lub psychogennej.

- Jakie badania należy wykonać u moczącego się dziecka?

W postawieniu odpowiedniego rozpoznania u dziecka z moczeniem nocnym bardzo ważny jest dokładnie zebrany wywiad chorobowy uzupełniony o kontrolę oddawania moczu wykonaną przez rodziców dziecka w domu.

Na podstawie informacji uzyskanych od rodziców lekarz ustala, czy moczenie u dziecka występuje tylko w nocy, czy współistnieje moczenie białizny w dzień, jakie jest nasilenie moczenia nocnego (np. ile jest mokrych nocy w tygodniu lub miesiącu), jak często dziecko popuszcza moc w ciągu dnia. Ponadto, czy popuszczanie moczu w dzień jest poprzedzone gwałtownie występującym parciem na pęcherz moczowy, objawiającym się próbami powstrzymania mimowolnego oddania moczu (kucanie, zaciskanie nóg).

Następnym etapem diagnostyki są badania dodatkowe. U wszystkich dzieci zgłaszających się z problemem moczenia podstawowym zestawem badań jest badanie ogólne moczu, posiew moczu, usg jamy brzusznej z oceną układu moczowego i sprawdzeniem zalegania moczu w pęcherzu po mikcji. Powyższe badania są nieinwazyjne i co najważniejsze możliwe do wykonania w większości Poradni Rejonowych. U dzieci z izolowanym moczeniem nocnym, czyli bez innych niepokojących objawów ze strony układu moczowego te badania przeważnie wychodzą prawidłowo i nie ma konieczności wykonywania dalszych badań. Natomiast gdy moczeniu noc-

nemu towarzyszy nietrzymanie moczu w dzień lub wyżej wymienione badania wychodzą nieprawidłowo mogą być konieczne inne dodatkowe badania układu moczowego (np. badania radiologiczne, urodynamiczne, endoskopowe). W niektórych przypadkach lekarz może skierować dziecko na konsultację do urologa, nefrologa, neurologa lub psychologa. Wskazania do tych badań są ustalane indywidualnie - w zależności od stwierdzanych zmian.

- Czy należy zabraniać dziecku pić wieczorem np. po godzinie 18?

NIE! Tak zwane "suche kolacje" nie przynoszą efektów, a są dla dziecka bardzo uciążliwe. Powinno się zadbać o to, by dziecko piło dużo w ciągu dnia. Wtedy bez problemu uda się ograniczyć picie wieczorem. Nie należy podawać dziecku wieczorem napojów gazowanych (drażnią one ścianę pęcherza moczowego). Z tego samego powodu przed snem dziecko nie powinno też jeść cytrusów, pić soków z owoców egzotycznych, a także napojów bogatych w wapń (np. mleko, jogurty, kakao, czekolada do picia).

- Jakie są możliwości leczenia moczenia nocnego u dzieci?

Metody obecnie stosowane w leczeniu moczenia nocnego wynikają z dwóch najczęstszych przyczyn moczenia: zwiększonej produkcji moczu w czasie snu dziecka (pierwotne izolowane moczenie nocne) oraz zmniejszonej pojemności pęcherza moczowego (nadczynność wypieracza). U dzieci z moczeniem nocnym spowodowanym zwiększoną ilością moczu nocnego (nocna poliuria) stosuje się leczenie powodujące zagęszczanie moczu w nocy. Działanie takie powoduje syntetyczny preparat wazopresyny, czyli substancji regulującej w organizmie produkcję moczu, który podaje się przed snaniem, uzupełniając w ten sposób niedobór naturalnej substancji w organizmie dziecka w godzinach nocnych.

U dzieci moczących się w nocy, u których stwierdzono zmniejszoną pojemność pęcherza moczowego i współistniejące zaburzenia czynności dolnych dróg moczowych stosuje się leki regulujące pracę pęcherza moczowego. Leki zmniejszają odczuwanie naglających parć w pęcherzu, rozluźniają pęcherz moczowy i w ten sposób stopniowo zwiększa się jego pojemność.

W pierwszej kolejności można zaobserwować wydłużenie przerw między oddawaniem moczu w ciągu dnia, stopniowe zwiększanie ilości moczu oddawanego na jedną porcję i następnie ustępowanie moczenia nocnego. Efekt leczenia w postaci zmniejszenia nasilenia moczenia nocnego jest widoczny dopiero po kilku - kilkunastu dniach stosowania kuracji.

Leczenie kontynuuje się zwykle przez około 2 - 3 miesiące. Leki używane obecnie w leczeniu moczenia nocnego u dzieci są dobrze tolerowane i co najważniejsze bezpieczne, jeżeli są odpowiednio stosowane.

- Gdzie rodzice moczących się dzieci mogą szukać pomocy?

Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom z Moczeniem Nocnym "DOBRA NOCKA" już od ponad 5 lat wspiera wiedzę i radą rodziców oraz dzieci dotknięte problemem moczenia nocnego i jest jednym z nielicznych źródeł informacji o tej chorobie. Stowarzyszenie "DOBRA NOCKA" zostało powołane przez grupę lekarzy zajmujących się leczeniem dzieci z moczeniem nocnym. Działania edukacyjne kierowane są przede wszystkim do rodziców. "DOBRA NOCKA" przekazuje im wiedzę na temat profilaktyki, prawidłowego rozwoju oraz sposobu postępowania z dziećmi z moczeniem nocnym. Wiedza i postawa rodziców mają kluczowy wpływ na powodzenie terapii i daje szansę dziecku i całej rodzinie na normalne życie. Dla dzieci dotkniętych tym schorzeniem budzenie się w mokrym łóżku jest przykrą codziennością. Spotykają się one z niezrozumieniem zarówno ze strony rodziców jak i lekarzy. Nadal niepokojący jest fakt, że wiele matek i lekarzy nie rozumie problemu moczenia nocnego. Badania wykazują bowiem, że prawie połowa matek bagatelizuje problem, twierdząc, że moczenie nocne nie stanowi dla ich dzieci żadnego problemu. Za przyczynę tej przykrzej dolegliwości matki wskazują problemy dziecka w szkole czy w przedszkolu, podczas gdy mogą być one konsekwencją tej przykrych choroby, a nie jej przyczyną.

"DOBRA NOCKA" ma swoją stronę internetową www.moczenienocne.pl, a także infolinię (0) 801 353 500. Porady telefoniczne są udzielane w poniedziałki i środy w godz. 18.00-20.00, koszt jak za połączenie lokalne.

Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom z Moczeniem Nocnym "DOBRA NOCKA" jest organizacją pożytku publicznego.
Numer KRS 0000189243.
BANK PKO BP S.A. VI Oddział Warszawa 59
1020 1068 0000 1802 0069 3721.



W ciągu najbliższych lat nastąpi dynamiczny rozwój uroginekologii



Z prof. dr hab. Janem Kotarskim, Prezesem Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, rozmawiają Joanna Kamińska i Tomasz Michałek

- Jak ocenia Pan wiedzę i umiejętności lekarzy ginekologów w dziedzinie leczenia nietrzymania moczu? Czy każdy ginekolog jest w stanie pomóc pacjentce zgłaszającej się do niego z problemem NTM?

Uważam, że w ciągu ostatnich kilku lat bardzo znacznie zwiększyła się wiedza ginekologów na temat zaburzeń statyki i nietrzymania moczu. Jest to niewątpliwym sukcesem Pana profesora Rechbergera (i kierowanej przez niego sekcji uroginekologii), który bardzo energicznie rozpropagował tą tematykę. W większości szpitali dostępne są badania urodynamiczne i pacjentki są kompleksowo diagnozowane i leczone. Na obecnie nie można jeszcze powiedzieć, że stan polskiej uroginekologii jest bardzo dobry, ale jest już dość dobrze.

- Jak ocenia Pan perspektywę rozwoju stosunkowo nowej specjalizacji będącej połączeniem urologii i ginekologii, czyli tzw. uroginekologii?

Ze wszystkich nadspecjalności ginekologicznych ta będzie najtrudniejsza w sensie konstrukcji i logistyki, dlatego że programy szko-

leniowe muszą dotyczyć również urologów i być troszkę inne w zakresie kształcenia urologów, a troszkę inne w zakresie kształcenia ginekologów. Sądzę jednak, że ta nadspecjalność może być atrakcyjna zarówno dla ginekologów, jak i dla urologów.

Uroginekologia to problematyka, która ma przed sobą w tej chwili długie lata bardzo dynamicznego rozwoju. Ze względu na postęp medycyny średnia długość życia kobiet znacznie się wydłuża. Natomiast zaburzenia statyki i kontroli mikcji są zależne od wieku. W związku z tym odsetek kobiet, które mają problemy z funkcjonowaniem układu moczowego w wieku starszym będzie stale rósł. Z tego powodu można się spodziewać dużej presji społecznej na rozwój tej dziedziny.

- W jednym z ubiegłorocznych artykułów zamieszczonych w Kwartalniku NTM wspominał Pan, że Polskie Towarzystwo Ginekologiczne pracuje nad opracowaniem programu dla tej nadspecjalizacji. Mówił Pan wówczas, że PTG chciałoby aby prace nad tym programem zostały ukończone do końca 2007 roku. Na jakim etapie w tej chwili są te prace?

Jednym z elementów, który utrudnia takie prace jest pewna niestabilność w zarządzaniu służbą zdrowia. Zmiana rządów i ministrów sprawia, że prace nad programem nadspecjalizacji stają się mniej ważne. W związku z tym to nie idzie takim tempem jakbyśmy chcieli,

ale mam nadzieję, że w tym roku złożymy komplet dokumentów, który uruchomi całą formalną machinę do powołania tej nadspecjalizacji.

- Kiedy taka nadspecjalizacja może zacząć realnie funkcjonować?

Kończąc swoją kadencję prezesa Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w 2009 roku i chciałbym żeby do tego czasu kwestia nadspecjalizacji była zamknięta.

- Jak Pan Profesor ocenia współpracę z Polskim Towarzystwem Urologicznym w zakresie powołania nadspecjalizacji uroginekologii? Czy w ogóle taka współpraca istnieje?

Przez bardzo nienaturalne warunki finansowania służby zdrowia stworzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia był taki moment, że stworzyła się konkurencyjność w działaniu Towarzystwa Urologicznego i Towarzystwa Ginekologicznego. Nie ma czegoś gorszego niż niewłaściwa konkurencyjność, dlatego że te specjalności powinny ze sobą współpracować, a nie konkurować. Na pewno urologi będą zawsze dominowali tam gdzie problemy urologiczne będą bardziej zaznaczone, natomiast nie wyobrażam sobie żeby urolog, który zajmuje się sprawami uroginekologii nie był przeszkolony w wykonywaniu podstawowych operacji ginekologicznych związanych z zaburzeniami statyki. Również nie wyobrażam sobie żeby ginekolog, który zajmuje się uroginekologią nie umiał pewnych podstawowych procedur urologicznych. Często lekarze tych dwóch specjalności ze sobą współpracują przy zabiegu. Ja sam słuchając wykładów profesora Borkowskiego, profesora Borówki, czy urologów z Lublina nauczyłem się bardzo wiele.

- Czy zgadza się Pan ze stwierdzeniem, że w Polsce brakuje standaryzacji ćwiczeń mięśni dna miednicy stosowanych przy profilaktyce i leczeniu NTM? Fizjoterapeuci skarżą się, że nie mają skąd czerpać wiedzy na ten temat. Czy Polskie Towarzystwo Ginekologiczne widzi tutaj rolę dla siebie?

Sądzę, że jest to wstydliva strona działalności ginekologów. Wszyscy mają świadomość, że kinezyterapia jest ważna, wszyscy podkreślają to, że działania operacyjne nie powinny być przeprowadzane bez wstępnej próby leczenia zachowawczego. Natomiast odsetek kobiet, które są poddane tej terapii jest bardzo mały. Wiele pacjentek sygnalizuje, że nikt ich nie poinformował o możliwości leczenia wysiłkowego NTM, czy zaburzeń statyki poprzez ćwiczenia fizyczne.

Jednak nie można winić za to tylko ginekologów. "Typowa" pacjentka z NTM jest to kobieta w wieku ponad 50 lat, nie rzadko z nadwagą. Pacjentki często bywają rozczarowane, gdy lekarz zamiast "cudownej tasiemki" proponuje jej długotrwałe i męczące ćwiczenia gimnastyczne, które nie muszą w stu procentach pomóc.

W ramach XXX Zjazdu Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, który odbędzie się

▶ we wrześniu 2009 roku w Lublinie planujemy zorganizowanie całej sesji uroginekologii nie-zabiegowej.

- Jakie metody leczenia NTM, według Pana Profesora, obecnie dominują wśród ginekologów?

W tej chwili zdecydowanie dominuje leczenie operacyjne. Zabiegi z założeniem taśmy zrewolucjonizowały cały system leczenia NTM. Są dwa tego powody. W ciągu ostatnich kilku lat operacje pętlowe uległy znacznej ewolucji, która poszła w tym kierunku, że zabieg staje się technicznie łatwiejszy i że odsetek powikłań jest znacznie mniejszy. Lekarze są przeszkoleni i przyszykowi do przeprowadzania takich zabiegów. Nawet lekarz o średniej sprawności operacyjnej bez kłopotu wykonuje te zabiegi. Skuteczność zabiegów jest bardzo duża, w związku z tym presja społeczna staje się coraz większa - pacjentki oczekują takich zabiegów.

- Czy nie uważa Pan, że to polityka refundacyjna państwa ma wpływ na dominację leczenia zabiegowego nad leczeniem farmakologicznym lub zachowawczym niefarmakologicznym?

Chyba niezupełnie tak jest. Koszty taśm nie są małe i w procedurze to jest prawie na granicy opłacalności, więc szpitale nie zarabiają dobrze na pacjentkach z nietrzymaniem moczu. Konieczne jest wykonanie badania urodynamicznego oraz użycie materiału syntetycznego, a wycena tych zabiegów wcale nie jest bardzo wysoka. Ale w porównaniu z innymi procedurami ginekologicznymi jest to procedura, która daje zyski.

- W ubiegłym roku Pan Profesor zgłosił wniosek aby poszerzyć listę lekarzy uprawnionych do wypisywania zleceń na refundowane środki wchłaniające o ginekologów. Dlaczego do tej pory ginekologów nie było na tej liście? Jak Pan to sobie tłumaczy?

Jest to dla mnie niewytłumaczalne, mogę mieć tylko pewne przypuszczenia. W Polsce istnieje wiele towarzystw naukowych. Ministerstwo Zdrowia zasięgając opinii odpowiedniego towarzystwa naukowego prosi o wypowiedzenie się. Zapytane Towarzystwo odpowie tak jak jemu jest wygodniej. Być może pytanie było tutaj skierowane do Towarzystwa Urologicznego, które odpowiedziało, że urologzy powinni mieć prawo do wypisywania zleceń. Nie

oznacza to, że urologzy uważają, że ginekologzy nie powinni mieć takiego prawa. W systemie refundacji bardzo często rządzi przypadek. Ale sądzę, że to w sposób naturalny ulegnie ewolucji.

- Co według Pana należałoby jeszcze zrobić żeby podnieść poziom leczenia nietrzymania moczu w Polsce?

To ważny problem na ile powołanie nadspecjalizacji powinno wywrzeć pozytywny wpływ na funkcjonowanie pozostałej populacji lekarzy. Sądzę, że trzeba kontynuować stałe szkolenia. Głównym problemem jest nie brak umiejętności założenia taśmy, lecz niewłaściwa kwalifikacja pacjentki i leczenie w nieodpowiedni sposób. Tematyka uroginekologii musi być stale obecna na spotkaniach Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego.

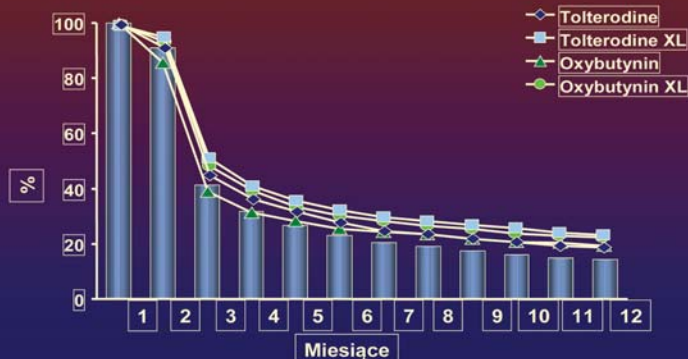
Jak utworzona zostanie już nadspecjalizacja i powstaną ośrodki referencyjne, to zostanie wydzielona grupa specjalistów, ale nie może to być grupa zamknięta. Ta specjalność powinna rozwijać się nie tylko w centrach referencyjnych. W każdym większym szpitalu powinien być specjalista w zakresie uroginekologii. ■

Racjonalna terapia lekami antycholinergicznymi - jak zmniejszać objawy niepożądane?

Dr hab. Piotr Radziszewski

Katedra i Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawski Uniwersytet Medyczny

Pacjenci leczenia antycholinergicznymi



Pęcherz nadreaktywny to schorzenie, które można kontrolować stosując leki antycholinergiczne. Obecnie nie jest znany lek, który brany przez wystarczającą ilość czasu, leczylby całkowicie nadreaktywność

pęcherza moczowego. Dlatego terapia lekami antycholinergicznymi jest leczeniem przewlekłym, a pacjenci muszą być o tym fakcie poinformowani. To sprawia również, że objawy niepożądane, wywoływane przez leki sto-

sowane w leczeniu pęcherza nadreaktywnego nie mogą być rozpatrywane w kategorii objawów przemijających, jak np. w przypadku antybiotykoterapii, kiedy niektóre objawy niepożądane są do zaakceptowania, ponieważ wiadomo, że leczenie będzie trwało przez krótki, z góry określony czas.

W przypadku nietrzymania moczu tak nie jest. Z badań ankietowych wynika, że pacjenci przyjmujący leki antycholinergiczne przez dłuższy czas, często rezygnują z leczenia, ponieważ albo nie spełniło ono ich oczekiwań albo objawy niepożądane są nie do zaakceptowania.

Poniżej przedstawiono rezygnację pacjentów z leczenia w okresie rocznej terapii oksybutyniną i tolterodyną.

Leki antycholinergiczne działają na receptory muskarynowe w całym organizmie. Nie jest możliwe stworzenie leku antycholinergicznego, który nie wywoływałby żadnych działań niepożądanych.

Najczęstszymi objawami niepożądanymi są:

- suchość w jamie ustnej,
- zaburzenia widzenia,
- zaparcia,
- zaburzenia procesów poznawczych,

Terapia lekami antycholinergicznymi

	selektywność	czas półtrwania	dawkowanie	uwagi
oksybutynina	M2, M3	3-5 godzin	2,5-15mg	
tolterodyna	nieselektywny	4-6 godzin	2-4mg	
solifenacyna	M2, M3	52 godziny	5-10mg	uroselektywny
darifenacyna	M3	12 godzin	10-15mg	dobrze tolerowany w wieku podeszłym
fesoterodyna	nieselektywny	7 godzin	4-8mg	forma nieczynna, metabolizowana do czynnej

Opracowanie własne

- bóle głowy,
- zaburzenia rytmu serca,
- zaleganie moczu,
- nasilenie dolegliwości wrzodowych.

Objawy te można jednak zmniejszać poprzez racjonalne dawkowanie leku, zgodne z jego farmakokinetyką. Ponadto niektóre nowsze leki antycholinergiczne mają większe powinowactwo do receptorów muskarynowych w pęcherzu niż gdzie indziej (są bardziej uroselektywne) lub mają powinowactwo do określonej klasy receptorów muskarynowych (leki M3 selektywne).

Oprócz objawów ubocznych pacjenci rezygnują z leczenia lekami antycholinergicznymi z powodu niskiej skuteczności terapii. Niska skuteczność terapii może wynikać z:

- złego dawkowania,
- właściwości farmakokinetycznych leku,
- metabolizmu leku przez pacjenta.

Działania niepożądane można zmniejszyć poprzez:

- dostosowanie dawki leku,
- dostosowanie właściwości farmakokinetycznych leku do częstości dawkowania,
- zmianę drogi podania leku.

Najłatwiejsze jest dostosowanie dawki leku. Należy zawsze rozpoczynać leczenie od najniższej dawki i zwiększać ją, aż do osiągnięcia optymalnej skuteczności, przy zachowaniu niskiego nasilenia objawów niepożądanych. Dla każdego leku ta dawka jest inna, inaczej reagują też poszczególni pacjenci. Niektóre tabletki można dzielić, obniżając w ten sposób dawkę. Należy pamiętać aby nie dzielić tabletek będących formami leku o kontrolowanym lub przedłużonym uwalnianiu, ponieważ struktura tabletki warunkuje podawanie leku w takim przypadku.

Istotna jest też częstotliwość podawania leku, która jest bezpośrednią wypadkową jego właściwości farmakokinetycznych. Oznacza to, że lek który ma np. czas półtrwania 6 godzin, "zabezpiecza" pacjenta przez te 6 godzin, a potem jego stężenie w surowicy spada poniżej poziomu terapeutycznego. W przypadku leków antycholinergicznymi ich mechanizm działania to konkrowanie o receptor muskarynowy z acetylocholiną. Oznacza to, że im mniej jest cząsteczek leku tym więcej cząsteczek acetylocholiny połączy się z recep-

torem i go pobudzi. Dlatego podawanie wyżej wymienianego leku raz dziennie mija się z celem; po prostu lek po upływie danego czasu będzie mniej lub w ogóle nieskuteczny.

Ponadto leki antycholinergiczne są metabolizowane do substancji nieczynnych przy pomocy enzymów wątrobowych. W związku z tym występuje tu efekt tzw. "pierwszego przejścia", który powoduje nasilenie objawów antymuskarynowych (niepożądanych) po każdym podaniu leku. Im częściej podajemy dany lek, tym częściej występują te objawy. Z tego powodu niektóre leki (o krótkim czasie półtrwania) są stosowane w postaciach o powolnym lub kontrolowanym uwalnianiu, co pozwala dawkować je raz na dobę.

Jeśli chodzi o zmianę drogi podawania leku to istnieje tutaj kilka możliwości. Oksybutynina występuje w postaci naklejanego na skórę plastra. Wykazano, że ta forma podawania leku wywołuje mniej działań niepożądanych niż forma doustna. Ponadto istnieją publikacje mówiące o dopęcherzowym oraz doodbytniczym podawaniu tego leku. We wszystkich przypadkach za zmniejszenie objawów niepożądanych odpowiedzialne jest ominięcie krążenia wrotnego, a co za tym idzie efektu pierwszego przejścia przez wątrobę.

Reasumując, należy pamiętać, że leki antycholinergiczne nie są takie same. To, że otrzymały one kategorię 1A według standardów oksfordzkich, oznacza wyłącznie, że istnieją dobre randomizowane badania kliniczne potwierdzające ich skuteczność. Kategoria ta nie mówi natomiast nic o tolerancji tych leków. Dlatego nietolerancja jednego leku nie oznacza automatycznie nietolerancji innego leku z tej klasy. Przy przepisywaniu leku należy wziąć pod uwagę indywidualne oczekiwania pacjenta (np. lek o krótkim czasie półtrwania brany jedynie w specjalnych sytuacjach - przed wyjściem z domu), nasilenie dolegliwości (lek o długim czasie półtrwania brany codziennie), wiek pacjenta (niektóre leki antycholinergiczne upośledzają znacznie zdolności poznawcze).

Na zakończenie kilka ogólnych uwag na temat stosowania leków. Populacja pacjentów cierpiących na pęcherz nadreaktywny jest w przeważającej mierze populacją ludzi

w wieku podeszłym, a leki antycholinergiczne rzadko są jedynymi przyjmowanymi przez tych pacjentów. Przed przepisaniem każdego leku, należy zawsze sprawdzić:

- jakie inne leki przyjmuje pacjent,
- na jakie inne schorzenia się leczy,
- ocenić przeciwwskazania,
- sprawdzić możliwe interakcje pomiędzy lekami.

Weryfikacja tych czterech punktów na ogół pozwala wyeliminować poważne zdarzenia niepożądane. Ponadto należy zawsze zachować szczególną ostrożność i unikać polipragmatyzacji oraz zbyt dużej dawki w tzw. populacjach specjalnej troski czyli u:

- dzieci,
- młodzieży,
- kobiet ciężarnych i karmiących,
- pacjentów geriatrycznych.



**Wsparcie w
kobiecych sprawach**

Program pomocy kobietom z zaburzeniami
statyki narządów płciowych

Już wkrótce!

Więcej informacji pod numerem infolinii

0 801 800 038

(całkowity koszt połączenia wynosi 0,29zł + VAT)

oraz pod adresem

www.ntm.pl

Program został wsparty

grantem firmy

Adamed

Rady dla młodej mamy

Marta Banaszak-Osiewicz

Ciąża i poród zwiększają ryzyko pojawienia się lub nasilenia dolegliwości związanych z nietrzymaniem moczu (NTM). Zmiany jakie zachodzą w organizmie kobiety podczas dziewięciomiesięcznych przygotowań do narodzin dziecka oraz samego aktu rozwiązania, mogą skutecznie osłabić między innymi mięśnie dna miednicy, naruszyć funkcjonowanie układu moczowego, co z kolei sprzyja NTM. Można jednak temu zaradzić. Ważna jest profilaktyka przedporodowa oraz odpowiedni trening mięśni w pierwszych tygodniach po rozwiązaniu.

Zagrożona płec piękna

Problem nietrzymania moczu znacznie częściej dotyka kobiety niż mężczyzn. Wpływa na to nie tylko budowa anatomiczna, ale również odmienne funkcje układu moczowo-płciowego oraz w przypadku kobiet - przeszłość położnicza. Okazuje się bowiem, że liczba przeżytych ciąż i metody porodów, jak również wiek młodej mamy

w chwili narodzin pierwszego dziecka, a także pojawianie się dolegliwości związanych z NTM przed i w czasie ciąży, warunkują dalsze funkcjonowanie narządów odpowiedzialnych za prawidłowe trzymanie/oddawanie moczu.

- *W czasie ciąży zmienia się cała sylwetka kobiety. Poprzez odmienny rozkład zwiększonej masy ciała, inaczej pracują stopy, łydki, kręgosłup i także mięśnie dna miednicy. Kobieta inaczej się porusza, inaczej stoi. A to wszystko może przyczyniać się do dolegliwości NTM. Brak dbałości o odwrócenie tych zmian - zaniedbania położkowe - mogą prowadzić do NTM nawet po menopauzie.* - wyjaśnia Michał Koszła, fizjoterapeuta dna miednicy. - *Przyszłe mamy oraz ich lekarze muszą sobie zdawać sprawę z faktu, iż część zmian następujących u kobiety w ciąży, a odnoszących się do funkcjonowania całego jej organizmu, nie ustępuje samoistnie po rozwiązaniu. Dlatego tak istotny jest odpowiedni trening określonych grup mięśni, zaraz po porodzie.*

Aktywność po porodzie

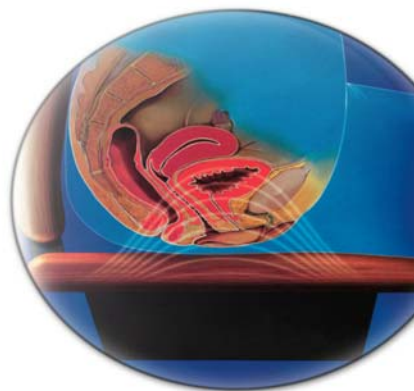
Zdaniem specjalistów najważniejsze są w tym względzie dwa pierwsze tygodnie po narodzinach dziecka. Ze względu na utrzymywanie się w organizmie kobiety w tym czasie wybranych hormonów na poziomie zbliżonym do tego z okresu ciąży, mięśnie dna miednicy są wciąż bardziej plastyczne. Poprzez odpowiednie ćwiczenia, łatwiej jest je przywrócić do stanu sprzed ciąży. W przeciwnym razie, konkretne grupy mięśni "zastygną" w określonej pozycji i trudno je zmusić do prawidłowej pracy. A taki stan zwiększa ryzyko pojawienia się problemów z NTM czy wypadania narządów rodnych w późniejszym czasie, zwłaszcza w okresie menopauzalnym.

Okazuje się, że pierwsze próby nieskomplikowanych i nie wymagających wysiłku ćwiczeń powinny być wykonywane nawet kilka godzin po rozwiązaniu.

- *Kobieta musi być jednak do tego odpowiednio przygotowana. Stąd też konieczność interesowania się tym tematem jeszcze przed porodem* - dodaje Michał Koszła. - *Problem w tym, że rzadko w której szkole rodzenia czy też gabinecie ginekologiczno-położniczym rozmawia się z kobietą spodziewającą się dziecka o profilaktyce trzymania moczu. A niestety, próby usprawniania na własną rękę, bez konsultacji ze spe-*

NEOCONTROL™

www.neocontrol.pl
www.neocontrol.com



Aby wzmocnić mięśnie dna miednicy...



Oferta sprzedaży sprzętu medycznego
dla lekarzy i placówek medycznych

Numer Rejestru Wyrobów Medycznych:
PL/DR004861



cialistą, mogą spowodować więcej szkody, niż dobrego.

Okazuje się bowiem, że rodzaj ćwiczeń, intensywność i częstotliwość ich wykonywania powinna być indywidualnie dobrana do danej kobiety. Natomiast część gotowych zestawów ćwiczeń, mających poprawić sylwetkę kobiety po zakończonej ciąży, a lansowanych w kobiecych magazynach czy poradnikach, jest nieprawidłowa. Nie dość, że ćwiczenia te zajmują niepotrzebnie dużo czasu, to mogą być szkodliwe oraz powodować ryzyko NTM i obniżenia narządów. Ćwiczenia, które mają poprawić kondycję mięśni brzucha, wcale nie muszą prawidłowo oddziaływać na mięśnie dna miednicy, odpowiedzialne za trzymanie moczu.

- Istotna jest również kontrola, na ile wskazane ćwiczenia są prawidłowo wykonywane przez pacjentkę - dodaje Michał Koszla. - Dlatego specjalista będzie posługiwał się w tym przypadku perineometrem lub elektromiografem, który sprawdza czy napinane są odpowiednie grupy mięśni.

W czasie połogu, podobnie, jak w innych okresach życia, nie zaleca się kobietom ćwiczeń polegających na powstrzymywaniu strumienia moczu, gdyż może to doprowadzić do powstania lub nasilenia się parć nagłych.

Pomoc partnera

W zapobieganiu dolegliwościom związanym z NTM po porodzie, oprócz ćwiczeń, pomagają prawidłowe wykonywanie czynności związanych z codziennymi obowiązkami młodej mamy. Okazuje się, że chociażby sposób podnoszenia czy noszenia dziecka na rękach ma wpływ na kondycję mięśni odpowiedzialnych za trzymanie moczu.

Na liście zakazanych czynności wykonywanych przez kobiety po porodzie jest przede wszystkim dźwiganie. Mimo, iż trudno wyobrazić sobie opiekę i pielęgnację dziecka bez używania konkretnych przedmiotów, takich jak na przykład wózek czy wanienka, to jednak przenoszenie ich z miejsca na miejsce, powinno odbywać się jedynie incydentalnie i zgodnie z fachowym instruktorem.

- Młoda mama musi dobrze zorganizować sobie pracę w domu, tak by lokalizacja wszelkich przedmiotów, które muszą być przenoszone z miejsca na miejsce, nie wymagała od kobiety schylania się i podnoszenia ich. Takie czynności powinny być polem

do popisu dla partnera, który odciążając w ten sposób kobietę z codziennych obowiązków, jednocześnie zmniejsza ryzyko pojawienia się dolegliwości związanych z NTM u swej partnerki - wyjaśnia Michał Koszla. - Dźwiganie ciężkich przedmiotów (na przykład wanienki z wodą) nie tylko obciąża stawy, ale również wywiera wzmożone ciśnienie na mięśnie dna miednicy, co może doprowadzić do wypadania narządów miednicy. Ważne jest również, aby podnosząc na przykład dziecko z wózka, łóżeczka czy wanienki, zabezpieczać dno miednicy napinając mięśnie krocza.

Gimnastyka dla osób z NTM - woj. wielkopolskie

**Masz problem z nietrzymaniem moczu?
Mieszkasz w województwie wielkopolskim?**

Wszystkich zainteresowanych zapraszamy do udziału w bezpłatnych zajęciach gimnastycznych.

Celem gimnastyki jest zapoznanie z ćwiczeniami, które wzmacniają mięśnie przepony moczowo - piciowej i tym samym pomagają uporać się z problemem NTM. Zajęcia prowadzone przez wykwalifikowanych rehabilitantów rozpoczną się we wrześniu.

Zapisy pod nr infolinii 0 801 800 038 (połączenie 0,29 zł + VAT niezależnie od długości rozmowy), poprzez e-mail: poznan@uroconti.pl oraz stronę www.ntm.pl

Zapisz się już teraz! Liczba miejsc ograniczona!

Zespół pęcherza nadreaktywnego (OAB) jest dolegliwością częstą i znacznie obniżającą wiele aspektów jakości życia, szczególnie jeśli występuje w formie z nietrzymaniem moczu z parcia. Duże międzynarodowe badanie EPIC przeprowadzone w 2005 r. w 4 krajach europejskich (Niemcy, Włochy, Szwecja, Wielka Brytania) i Kanadzie objęło 19 000 mężczyzn i kobiet w wieku ponad 18 lat i wykazało 11,8% chorobowość (10,8% wśród mężczyzn i 12,8% u kobiet). Wzrasta ona wraz z wiekiem od około 7-10% w przedziale wiekowym 18-29 lat do około 22% w wieku ponad 70 lat u obu płci.

Wkrótce firma Pfizer wprowadzi na rynek polski nowy lek do stosowania w OAB o nazwie Toviaz (fumaran fosfoterodyny o przedłużonym działaniu). Jest to silny lek antymuskarynowy (antycholinergiczny) czyli blokujący receptory muskarynowe (M). Jest on dawkowany raz dziennie i będzie dostępny w 2 dawkach: 4 i 8 mg. Celem tego artykułu jest przedstawienie właściwości tego nowego leku na naszym rynku.

Farmakokinetyka - badania I fazy i badania przedkliniczne

Ważną cechą Toviaz jest fakt, że na jego wchłanianie nie ma wpływu obecność pokarmu w przewodzie pokarmowym, a więc może być przyjmowany niezależnie od posiłków - przed, po lub w ich czasie. Drugą cechą jest długi okres półtrwania leku wynoszący 7 godzin, co z kolei umożliwia wygodne dawkowanie raz dziennie i utrzymywanie poziomów terapeutycznych przez całą dobę.

Toviaz (fesoterodyna) i Detrusitol (tolterodyna) działają poprzez ten sam aktywny metabolit, 5 hydroksymetylotolterodynę (5-HMT). W przypadku Toviaz należy podkreślić korzystny profil i przewidywalne stężenia leku w surowicy. Brak różnic poziomów stężeń w surowicy pomiędzy pacjentami wynika z innego metabolizmu obu leków do 5-HMT. Fesoterodyna jest hydrolizowana z udziałem enzymów (esteraz) tkankowych i osoczowych, których aktywność praktycznie nie różni się pomiędzy pacjentami bez względu na wiek, płeć, rasę czy masę ciała. Natomiast tolterodyna jest metabolizowana do 5-HMT z udziałem enzymów wątrobowych i jelitowych tzw. cytochromów P450 (CYP2D6), których aktywność różni się pomiędzy populacjami pacjentów zdrowych (genetycznie uwarunkowana wysoka, średnia lub niska aktywność). Może być także upośledzona w chorobach wątroby. Różna aktywność tego układu enzymatycznego przekłada się na różną skuteczność leku.

Lek nie ma wpływu na czynność elektryczną serca monitorowaną EKG, nawet w dawce 3,5 krotnie przekraczającej stężenia lecznicze nie obserwowano wpływu na odcinek QT w EKG.

Toviaz - nowy lek w zespole pęcherza nadreaktywnego

Dr n. med. Piotr Dobroński

Oddział Urologiczny Szpitala Bielańskiego im. Ks. J. Popiełuszki w Warszawie



Prof. Paul Abrams (Bristol Urological Institute - Wlk. Brytania) prezentuje nowy lek podczas Europejskiego Kongresu Urologii (EAU) w Mediolanie (26-29.03.2008)

Toviaz charakteryzuje znikome przenikanie do ośrodkowego układu nerwowego (OUN) ze względu na niską lipofilność metabolitu oraz ze względu na zrównoważony profil powinowactwa (Ki) do receptorów M1-M5 (2,0-2,3). Toviaz ma najmniej (mniejszą niż tolterodyna) spośród preparatów antycholinergicznych zdolność przenikania bariery krew-mózg i co za tym idzie przenikalność do OUN.

5-MHT jest metabolizowana w wątrobie, sprzęgana i wydalana w moczu i żółci.

Badania II (dobór dawki) i III fazy (skuteczność i bezpieczeństwo)

Spśród badanych w II fazie u ok. 900 pacjentów (badania SP582 i SP668) w czasie 12 tygodni dawek 4, 8 i 12 mg do fazy III wprowadzono dawki 4 i 8 mg. Lek w dawce 12 mg nie wykazywał znacząco wyższej skuteczności przy wzroście częstości występowania suchości w ustach. W badaniach II fazy stwierdzono, że Toviaz w obu zalecanych dawkach zachowuje skuteczność i bezpieczeństwo Detrusitolu.

Skuteczność leku w fazie III sprawdzono w dużych badaniach w USA i Europie w porównaniu z placebo i czynnikiem aktywnym, którym był Detrusitol SR (DSR). Dla obu dawek leku Toviaz 4 mg (T4) i 8 mg (T8) stwierdzono znaczące w porównaniu z placebo i/lub DSR zmniejszenie liczby epizodów nietrzymania moczu z par

(T4 mg -80%, T8 mg -88%, placebo -50%, DSR -70%), zmniejszenie liczby mikcji/dzień (T4 mg -16%, T8 mg -18,6%, placebo -1,1%, DSR -13,8%) wzrost objętości mikcji w ml (T4 mg 28, T8 mg 34, placebo 9, DSR 24) i wzrost liczby dni bez epizodów nietrzymania moczu w tygodniu (T4 mg -2,8, T8 mg 3,3, placebo 2, DSR 2,5). Efekt był więc wyraźnie zależny od dawki i bardziej zaznaczony dla dawki 8 mg.

Najczęstszy objaw niepożądany leku to lekka lub umiarkowana suchość w ustach (29% vs 8,5% placebo), jednak odsetek pacjentów odstawiających lek z tego powodu to 0,5% dla dawki 4 mg i 1% dla dawki 8 mg.

Obserwowana częstość zaparć po fesoterodynie w dawce 4mg (4%) była porównywalna z placebo (2%), w dawce 8 mg wyniosła 6%. Jest to znacznie niższy odsetek niż w przypadku leków z przewagą powinowactwa do receptora M3 (darifenacyna, solifenacyna), dla których zaparcia występują odpowiednio w 21% (darifenacyna 15 mg) i 13% (solifenacyna 10 mg). Jest to spowodowane zrównoważonym powinowactwem fesoterodyny do receptorów M2/M3.

Objawy niepożądane ze strony OUN występowały z częstością równą grupom z podawanym placebo.

Preparat jest przeciwwskazany u pacjentów z całkowitym zatrzymaniem moczu, gastroplegią, jaskrą z wąskim kątem przesaczenia, myasthenia gravis, ciężkim wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego, megacolon toxicum, poważnym upośledzeniem czynności wątroby, stosujących silne inhibitory CYP3A4, u pacjentów z umiarkowaną do poważnej niewydolnością nerek i wątroby, i znana nadwrażliwością na Toviaz, soję, orzeszki ziemne lub inne wypełniacze. Lek powinien być stosowany z ostrożnością u chorych ze znaczną przeszkodą podpęcherzową i ryzykiem zatrzymania moczu, schorzeniami przebiegającymi z upośledzeniem drożności przewodu pokarmowego, upośledzeniem czynności nerek, chorobami wątroby, przyjmujących leki mogące spowodować lub zaostrzyć zapalenie przełyku (np. bisfosfony), z upośledzoną perystaltyką przewodu pokarmowego i czynnikami ryzyka wydłużenia odcinka QT w EKG. Pacjenci z dziedziczną nietolerancją galaktozy, niedoborem laktazy Lapp i zespołem złego wchłaniania glukozy-galaktozy nie powinni przyjmować tego leku.

PRZEGŁĄD LITERATURY ŚWIATOWEJ DOTYCZĄCEJ PROBLEMU NTM

Porównanie dwóch operacji - kolposuspensji sposobem Burcha i slingu powięziowego w leczeniu wysiłkowego NTM.

Lek. Albert D. Gugala - Katedra i Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej w Warszawie
Lek. Agnieszka A. Krawczyk - Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej w Warszawie

Istnieje około 200 sposobów leczenia operacyjnego wysiłkowego nietrzymania moczu, jednakże przeprowadzono do tej pory niewiele prób klinicznych, mogących obiektywnie stwierdzić, które z procedur dają lepszy efekt leczniczy i które są bardziej bezpieczne dla pacjenta.

Autorzy artykułu, na podstawie którego powstał niniejszy tekst (patrz poniżej), przeprowadzili wielośrodkowe, randomizowane badanie kliniczne porównujące dwie procedury - kolposuspensję sposobem Burcha i autologiczny sling powięziowy u kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu. Czas rekrutacji pacjentek obejmował luty 2002 r. i trwał do czerwca 2004 r.

Pacjentki zakwalifikowane do tej próby klinicznej miały znacznego stopnia objawy wysiłkowego nietrzymania moczu oraz nadmierną ruchomość cewki moczowej. Oceniano wynik obiektywnie i subiektywnie leczenia na podstawie badań takich jak: test podpa-skowy, próba kaszlowa, próba Valsalvy (o dodatniej próbie Valsalvy mówimy wtedy gdy u pacjentki występuje wyciek moczu podczas parcia tłoczną brzuszną), 3-dniowy

dzienniczek mikcji, subiektywne odczucia pacjentki, brak konieczności/konieczność dalszego leczenia. Obserwowano ponadto także chore w kierunku pooperacyjnego NTM z parcia, problemów z mikcją, zalegania moczu po mikcji i działań niepożądanych.

Do badania włączono 655 pacjentek, które zrandomizowano do 2 grup: 326 pacjentek miało wykonaną procedurę ze slingiem, a 329 pacjentek kolposuspensję sp. Burcha. 520 kobiet (79%) ukończyło badanie.

Dane, czyli wywiad i badanie kliniczne były zbierane przed zabiegiem operacyjnym oraz 3, 6, 12, 18, 24 miesiące po zabiegu. Pomiar dotyczyły podstawowych cech socjodemograficznych, czynników ryzyka nietrzymania moczu, włącznie z wysokim BMI (Body Mass Index), wywiadu ginekologicznego dotyczącego porodu siłami natury. Brane także były pod uwagę poprzednie zabiegi operacyjne wysiłkowego NTM (pierwotne, czy przetrwale nietrzymanie moczu). Sprawdzano obiektywnie za pomocą testów jakość życia przed i po zabiegu oraz pytano pacjentki o dotychczasowe leczenie zachowawcze (farmakologiczne i behawioralne). Ocena doty-

czyła także subiektywnych testów różnicujących wysiłkowe NTM od nietrzymania moczu z parcia. Wykonywano test wkładkowy z pomiarem wagi wkładki (objętość wyciekającego moczu) i liczbę epizodów nietrzymania moczu potwierdzonych dzienniczkiem mikcji. Wyniki badania przedmiotowego obejmujące nadmierną ruchomość cewki moczowej za pomocą Q-tip testu oraz stopień wypadania narządów miednicy (skala POP-Q, cysto i rectocele). Wykonywano u każdej chorej badanie urodynamiczne potwierdzające wysiłkowe nietrzymanie moczu przed zabiegiem.

Wnioski jakie udało się autorom wyciągnąć z tej pracy to fakt, że sling powięziowy ma wyższą skuteczność leczniczą, lecz znacznie bardziej obciążony jest ryzykiem powikłań śród- i pooperacyjnych niż kolposuspensja Burcha.

Wobec powyższych doświadczeń autorów można stwierdzić, że zabieg jaki operator może wybrać do operacji konkretnej pacjentki powinien być oparty o umiejętność wykonywania danej procedury. Nie można jednoznacznie stwierdzić, że wykonanie slingu powięziowego jest "lepsze" od kolposuspensji Burcha, gdyż należy podejść całościowo do danej procedury włączając w nią także ewentualne powikłania.

Na podstawie artykułu Burch Colposuspension versus Fascial Sling to Reduce Urinary Stress Incontinence Michael E. Albo, Holly E. Richter, Linda Brubaker, Peggy Norton, et al. The New England Journal of Medicine. Boston: May 24, 2007. Vol. 356, Iss. 21; pg. 2143

II GLOBAL FORUM ON INCONTINENCE

NTM - społeczne wyzwanie XXI wieku

Tomasz Michałek

Analiza ekonomiczna kosztów leczenia to niewątpliwie jedno z trudniejszych zadań, z jakimi muszą mierzyć się rządy wszystkich krajów, dla których stan zdrowia społeczeństwa jest ważnym priorytetem. Podczas odbywającego się w dniach 1-3 kwietnia br. w Nicei, II Międzynarodowego Forum nt. Nietrzymania Moczu (Global Forum on Incontinence), próbę zmierzenia się z tym problemem podjęła prof. Rosanna Tarricone z Uniwersytetu Bocconi we Włoszech.

Według badań przeprowadzonych w 25 krajach członkowskich Unii Europejskiej (dane nie obejmują jeszcze najnowszych członków: Rumunii i Bułgarii) już w 2050 roku ponad 20% populacji będą stanowiły osoby w wieku powyżej 65 lat (źródło: EURO-

STAT). Oznacza to ogromny wzrost liczby pacjentów chorujących na NTM.

Ile nas to kosztuje?

Według wyliczeń Uniwersytetu Bocconi koszt diagnostyki, leczenia oraz używania środków absorpcyjnych w Europie wyniósł w 2004 roku średnio ponad 500 EURO na osobę z NTM. Kwoty te nie obejmują wydatków związanych np. z koniecznością podwyższenia poziomu higieny skóry, leczeniem zakażeń, czy też z upadkami i złamaniami, na które osoby często odwiedzające w nocy toaletę są szczególnie

narażone. Gdyby je uwzględniono, tak jak przy analizie wykonanej w Stanach Zjednoczonych, okazałoby się, że NTM kosztuje nie 500 ale już 800 EURO na osobę.

W analizie bardzo ostrożnie przyjęto, że w krajach Unii Europejskiej na NTM cierpi tylko 5% mężczyzn i 12% kobiet, co daje wynik 30 mln obywateli obecnej Unii Europejskiej. Koszty, przy wcześniej wyliczonej średniej (ponad 500 EURO na osobę), wyniosły więc w 2004 roku ok. 16 mld EURO. W Polsce NTM dotyczy ponad 3 mln osób, co daje wynik w wysokości ok. 1,5 mld EURO rocznie. Dla porównania: koszty leczenia zabiegowego osób z NTM oraz zakupu środków wchłaniających refundowane przez NFZ w Polsce w roku 2004 wyniosły jedynie 115 mln zł (dane zaprezentowane na posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia w marcu 2005 roku). Z tego skromnego budżetu aż 100 mln zł pochłonęła refundacja środków absorpcyjnych. Należy dodać, że dane te nie obejmują leczenia farmakologicznego NTM, które w Polsce jest refundowane - wyjątek stano-

II Globalne Forum zgromadziło rekordową liczbę uczestników.



KLINIKA UROLOGII WARSZAWSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO

Na Lindleya stosują technologie XXI wieku

Marta Banaszak-Osiewicz

W poprzednim numerze Kwartalnika NTM rozpoczęliśmy nowy cykl artykułów przedstawiających najlepsze w kraju placówki specjalizujące się w leczeniu nietrzymania moczu. W bieżącym wydaniu prezentujemy Klinikę Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Lekarze

Kliniką kieruje prof. dr hab. Andrzej Borkowski, specjalista w dziedzinie urologii, członek honorowy Europejskiego i Polskiego Towarzystwa Urologicznego i kilku innych Europejskich Towarzystw Urologicznych. Przewodniczący Komitetu Naukowego PTU, laureat medalu Felixa Guyona oraz medalu Willy Gregoire'a przyznawanych za wybitne osiągnięcia w urologii światowej. Ponadto Prof. Borkowski jest autorem 5 książek z dziedziny urologii oraz autorem ponad 100 rozdziałów w książkach z urologii, chirurgii i ginekologii.

W ramach kliniki funkcjonuje Oddział Uroinekologii i Urologii Czynnościowej. Jego ordynatorem jest dr hab. n. med. Piotr Radziszewski, od ponad 10 lat związany zawodowo z Kliniką na Lindleya. Doc. Radziszewski jest członkiem Komitetu Wytycznych ds. leczenia pęcherza neurogennego oraz Komitetu Strategii i Planowania Europejskiego Towarzystwa Urologicznego, ponadto jest w zarządzie Międzynarodowego Towarzystwa Trzymania Moczu (International Continence Society).

W Klinice pracuje 2 profesorów oraz 1 doktor habilitowany, 12 specjalistów urologów oraz 8 rezydentów.

Leczenie

Klinika specjalizuje się w leczeniu wszystkich schorzeń urologicznych, ze szczególnym uwzględnieniem onkologii, leczenia kamicy i oczywiście urologii rekonstrukcyjnej oraz czynnościowej.

NTM leczy się w klinice od ponad 30 lat. Właśnie wtedy urolodzy tworzyli podstawy leczenia tego schorzenia, wykonując operacje typu sling. Metoda ta stosowana jest do tej pory w przypadku niepowodzenia po implantacji taśmy.

- Ze względu na coraz większą liczbę pacjentek, które zgłaszają się do naszej Kliniki z dolegliwościami nietrzymania moczu, jak również nowe, bardziej skuteczne metody leczenia tego schorzenia, w klinice został utwo-

rzony odrębny Oddział Uroinekologii i Urologii - wyjaśnia prof. dr hab. Andrzej Borkowski. - Aby pacjentki miały dostęp do nowatorskich sposobów walki z NTM zgodnych ze światowymi standardami, nasza kadra regularnie bierze czynny udział w różnego rodzaju szkoleniach, konferencjach naukowych. Ponadto, klinika szkoli lekarzy z całej Polski, zarówno w ramach szkolenia specjalizacyjnego, jak i podyplomowego.

Pacjentki z NTM trafiające na Oddział, w zależności od rodzaju schorzenia, leczone są zarówno tradycyjnymi metodami inwazyjnymi (m.in. taśmy), jak również nowatorskimi metodami farmakologicznymi i zabiegowymi. - Są one stosowane przede wszystkim w przypadku leczenia pęcherza nadreaktywnego oraz zapalenia śródmiąższowego poprzez zastosowanie neurotoksyn (toksyny botulinowej i resiniferatoksyny). Są to leki działające na szlaki przewodzenia w tkance mięśniowej pęcherza nadreaktywnego, opornego na klasyczne leczenie antycholinergiczne. Porażają one włókna nerwowe w pęcherzu i w ten sposób modulują czynność pęcherza moczowego - tłumaczy doc. Piotr Radziszewski. - We współpracy z Katedrą Fizjologii w Olsztynie prowadzone są cały czas badania nad nowymi neurotoksynami.

W przypadku ciężkiego NTM, czy też niepowodzenia po wcześniejszym leczeniu operacyjnym, możliwe jest zastosowanie tzw. sztucznego zwieracza, który naśladuje naturalne funkcje zwieraczowe. Podobne działania mają tzw. mikrobaloony. Obie te metody już niedługo będą stosowane w Klinice. W planach jest także wprowadzenie elektrycznych neuromodulatorów oddawania moczu. Są one stosowane u pacjentów po urazie rdzenia kręgowego, u pacjentów z bólami pęcherza i trudnościami mikcyjnymi. W Klinice prowadzone są również badania nad możliwościami zastosowania komórek macierzystych w leczeniu NTM i niewydolności wypieracza.

Klinika dysponuje 70 łózkami, a oddział Urologii Czynnościowej 6. Do kliniki miesięcznie przyjmowanych jest ok. 150 pacjentów, a na oddział 10-15 chorych. Pacjentki trafiają do Kliniki z całej Polski. W ciągu miesiąca na oddziale wykonywanych jest około 10 zabiegów związanych z leczeniem NTM. Czas oczekiwania na tego rodzaju operację wynosi około 3 miesięcy. Ponadto, na oddziale wykonuje się miesięcznie 8 zabiegów metodą BTX (endoskopowe podanie toksyny bu-

tulinowej), na którą czas oczekiwania wynosi pół roku. Warto podkreślić, że jest to jedyny państwowy ośrodek w kraju, wykorzystujący tego typu leczenie u pacjentek z NTM.

Klinika dysponuje 4 salami operacyjnymi oraz wysokiej jakości sprzętem m.in. do badań urodynamicznych, operacji prostaty (zielony laser), laparoskopii oraz kruszenia kamieni (ESWL). Do największych osiągnięć Kliniki i Oddziału zalicza się opracowanie i wprowadzenie do praktyki klinicznej metody leczenia nadreaktywności pęcherza i zespołu bolesnego pęcherza przy użyciu resiniferatoksyny, toksyny botulinowej (pierwszy na świecie) oraz opracowanie metody leczenia czynnościowej przeszkody podpęcherzowej w zespole Fowler przy użyciu toksyny botulinowej oraz opracowanie i wdrożenie metod diagnostyki neuroulogicznej pacjentów ze stwardnieniem rozsianym

Działalność edukacyjna

Niewątpliwą wartością Kliniki jest jej zespół, składający się w dużej mierze z lekarzy specjalizujących się w diagnostyce i leczeniu NTM. Pracownicy Kliniki i Oddziału współpracują z Kliniką Ginekologii i Położnictwa SIAM w Katowicach-Ligocie, Kliniką Chorób Kobiecych WIM w Warszawie, a także Kliniką Urologii Royal Hallamshire Hospital w Sheffield, Kliniką Neuroulogiczną UCL w Londynie oraz Kliniką Urologii Baylors College w Huston. W ramach tej współpracy realizowane są projekty badawcze o zasięgu krajowym i międzynarodowym.

Docent Radziszewski jest współautorem kilku podręczników dotyczących diagnostyki i leczenia NTM (w tym jednego o zasięgu światowym). Jego zainteresowania naukowe dotyczą zagadnień z dziedziny neuroulogicznej i uroinekologii. Ponadto, doc. Radziszewski pełni funkcję redaktora Sekcji "Neurourologia" Urologii Polskiej, jest członkiem komitetu redakcyjnego "Neurology and Urodynamics" oraz ICS Newsletter, a także członkiem Rady Naukowej Programu NTM-Normalnie Życie.

Prof. Andrzej Borkowski, wspólnie z doc. Piotrem Radziszewskim organizują od kilku lat Warszawskie Seminaria Neuroulogiczne, które skupiają lekarzy urologów, ginekologów i neurologów z całego kraju. Biorą w nich udział autorytety z dziedziny urologii czynnościowej i uroinekologii z całego świata. Do tej pory zorganizowano 4 takie seminaria, każde z nich zgromadziło ok. 400-500 uczestników.

Klinika Urologii Ogólnej,
Onkologicznej i Czynnościowej
Warszawski Uniwersytet Medyczny,
ul. Lindleya 4
Kierownik Kliniki:
prof. Andrzej Borkowski
Tel. (22)502 17 02

Mija pół roku pracy rządu Premiera Donalda Tuska, a więc jest to dobry czas na analizę, co zmieniło się w istotnych sprawach dotyczących osób niepełnosprawnych. Dla wielu niepełnosprawnych jest to sprawa godnego życia w kraju, który ma ambicję bycia państwem przyjaznym w stosunku do swoich obywateli. Tyle teorii, a rzeczywistość:

- Nadal brak znowelizowanego Rozporządzenia Ministra Zdrowia dotyczącego zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne oraz środki pomocnicze. Przygotowany projekt nowelizacji jest w opinii środowisk osób niepełnosprawnych kpina, całkowicie kompromitującą minister Ewę Kopacz.
- Coraz bardziej jesteśmy przekonani o jej złej woli w tej sprawie. Zapowiedź, że prace nad nowelizacją będą trwały jeszcze, co najmniej dwa lata, świadczy o ignorancji tych ludzi i niezrozumieniu sytuacji, w jakiej znajdują się osoby niepełnosprawne w Polsce.
- Jeszcze pół roku temu środowisko osób niepełnosprawnych zrzeszonych w Małopolskim Sejmiku było pełne nadziei w związku z wyborem Pani Ewy Kopacz na Ministra Zdrowia. Zналиśmy ją z zaangażowanego wsłuchiwanie się w potrzeby naszego środowiska, skutecznego działania w ławach poselskich w okresie walki o otwarty system zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Dzisiaj, kiedy znalazła się po drugiej stronie, zapomniiała, że nasze środowisko posiada w tym zakresie dużą wiedzę, ponieważ codziennie doświadcza na własnej skórze, co znaczy złe prawo. Należałoby więc

Rząd zapomniał o niepełnosprawnych

Józef Góralczyk

skorzystać z tego doświadczenia przy opracowywaniu nowelizacji Rozporządzenia, niezbędnego dla środowiska niepełnosprawnych jak powietrze.

W opinii do projektu Rozporządzenia Małopolski Sejmik zgłaszał swoje uwagi dotyczące chaosu, jaki panuje w dystrybucji sprzętu ortopedycznego. Problem ten występuje nie tylko w Małopolsce, ale również na terenie całego kraju, a dotyczy wyrobów ortopedycznych produkowanych masowo. Przedmioty sprawdzane z zagranicy, a zwłaszcza z dalekiego wschodu głównie Chin i Tajlandii, w wielu wypadkach nie spełniają żadnej funkcji i bardzo często z uwagi na niebezpieczne materiały z jakich je wykonano są groźne dla zdrowia osób niepełnosprawnych. Kupowane przez nieuczciwych dystrybutorów za grosze, w Polsce są sprzedawane za wielokrotnie wyższe kwoty, pozbawiając system znacznych środków finansowych tak bardzo brakujących na właściwe zaopatrzenie ortopedyczne.

W naszej opinii wszystkie te wyroby powinny uzyskiwać atesty kwalifikujące je do stosowania na polskim rynku, zarówno pod wzglę-

dem merytorycznej przydatności jak i ceny.

Takie atesty mogłaby wydawać powołana przez Ministerstwo Zdrowia jednostka składająca się z fachowców z zakresu ortopedii, materiałoznawstwa i finansów.

Równoległe do tych działań Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia powinien opracować system skutecznej kontroli rynku zaopatrzenia ortopedycznego dotyczącego wyrobów masowych, ponieważ obecnie nikt go nie kontroluje, co powoduje nadużycia. Ponadto, zdecydowaną kontrolą powinny zostać objęte te firmy rozprawdzające sprzęt ortopedyczny, co do których zachodzi podejrzenie, że działają w sposób nieuczciwy. W wielu wypadkach należałoby rozwiązać umowy eliminując te firmy z rynku.

Jak najszybsze wprowadzenie proponowanych przez nas rozwiązań może poprawić istniejący stan. Zależy to jednak od skutecznego i szybkiego działania ludzi będących przy władzy, którzy jak dotąd lekceważą problemy ludzi niepełnosprawnych.

dokończenie ze str. 13

wi jedynie oxybutynina (przepisywana na stwardnienie rozsiane). Nie obejmują one również kosztów diagnostyki (np. badania urodynamicznego, które jest w 100% refundowane).

Niepokojące różnice

Liczybte wcale jednak nie oznaczają, że w Polsce wydajemy dużo na refundację pieluch dla dorosłych. Wystarczy bowiem porównać te koszty z danymi zaprezentowanymi przez prof. Jan'a Milsom'a z Uniwersytetu w Goeteborgu. W Szwecji już w roku 1990 wydatki na refundację środków wchłaniających wyniosły ok. 240 mln zł, tj. 0,5% całego ówczesnego budżetu przeznaczanego na szwedzką ochronę zdrowia. Dla porównania, w 2004 roku, czyli 14 lat później, refundacja środków absorpcyjnych w Polsce wyniosła 0,003% budżetu NFZ. Podobnie dramatycznie wygląda porównanie danych dotyczących leczenia farmakologicznego oraz operacyjnego NTM.

Duński przykład

W Polsce przymierzamy się do wprowadzenia opieki pielęgnacyjnej nad osobami przewlekle

chorymi lub niesprawnymi z powodu zaawansowanego wieku. Interesującym przykładem dla polskich samorządów są doświadczenia jakie w trakcie Forum zaprezentował Kenneth Flex kierujący departamentem pracy i spraw socjalnych w 60-tysięcznym mieście Køge w Danii. W starzejącym się społeczeństwie Køge sprawa rosnących wydatków na opiekę socjalną jest niezwykle istotna. Należy pamiętać, że oczekiwania dotyczące jakości opieki oraz używanych środków pomocniczych są coraz wyższe. W 2005 roku urząd miasta Køge, pragnąc wyjść im naprzeciw, postanowił przeprowadzić eksperyment. Głównym jego celem było zintegrowanie współpracy pomiędzy pacjentami, opiekunami socjalnymi oraz dostawcami środków wchłaniających. Miasto oczywiście już wcześniej kierowało się zasadą konkurencyjności wśród dostawców środków wchłaniających, a wybór refundowanego produktu pozostawiono pacjentom. Do przeprowadzenia projektu powołano specjalnie przygotowany zespół, którego zadaniem było zorganizowanie szkoleń dotyczących NTM oraz zasad opieki nad osobami z tym problemem. Pacjenci i ich potrzeby zostały indywidualnie przeanalizowane. Podobnie postąpiono z zespołem opiekunów i dostawcami środków pomocniczych. Następnie przygoto-

wano indywidualne plany opieki dla każdego pacjenta. W efekcie zdołano:

- zmniejszyć czas zmiany środka wchłaniającego,
- zmniejszyć ilość zanieczyszczanej pościeli i bielizny,
- podnieść poziom współpracy pacjenta z opiekunem,
- zwiększyć motywację wśród opiekunów,
- obniżyć koszty zakupu środków wchłaniających dzięki bardziej racjonalnemu ich wykorzystaniu.

W dłuższej perspektywie czasowej doświadczenia wynikające z przeprowadzonego projektu pozwoliły:

- podnieść jakość życia osób starszych,
- poszerzyć poziom usług wykonywanych przez opiekunów,
- zwiększyć efektywność ekonomiczną z punktu widzenia miasta,

Dzięki partnerskim układom jakie zawiązały się pomiędzy samorządem a dostawcami środków wchłaniających zaczęto regularnie wymieniać się informacjami i doświadczeniami, które pomogły bardziej efektywnie wykorzystywać budżet samorządu. Działająca w Polsce firma SCA Hygiene Products zamierza podobny program zaproponować domom opieki społecznej.

Podpaska nie rozwiąże problemu

Magdalena Kowalewska



Podpaska i wkładka anatomiczna - na pierwszy rzut oka wyglądają bardzo podobnie. Mają zbliżony kształt oraz wielkość, ale różnią się przeznaczeniem. Podpaska służy do zabezpieczenia przed menstruacją, natomiast wkładkę anatomiczną stosuje się przy lekkim i średnim stopniu nietrzymania moczu.

Kiedy wkładka

Wśród kobiet panuje powszechne przekonanie, że podpaska wystarczy przy problemie NTM. Wynika to po części z przyzwyczajenia pań do używania podpasek. Podczas menstruacji zawsze je stosowały i kiedy pojawiają się problemy z pęcherzem, podpaska staje się w kłopotliwych sytuacjach niejako naturalną deską ratunku. W kilkuletniej działalności Programu Społecznego "NTM - Normalnie Życie" wielokrotnie spotykaliśmy się z deklaracjami ze strony pacjentek na temat stosowania podpasek przy nietrzymaniu moczu.

- Wydaje mi się, że nie byłam do końca świadoma tego, że w sprzedaży są dostępne specjalne wkładki dla osób z NTM. Tego typu środki higieniczne kojarzyły mi się dotąd z wielkimi pieluchami sięgającymi do pępka. A słabe popuszczanie moczu pojawiło się u mnie kilka lat temu i rzeczywiście, był to dla mnie bardzo wstydlivy problem. Stosowałam podpaski, bo było mi łatwiej. Nie chciałam się przyznać przed samą sobą, że mam NTM, a pójście do apteki po inne środki higieniczne byłoby dla mnie dodatkowym stresem. Może, gdybym wiedziała,

że istnieją wkładki, to bym się zdecydowała? - powiedziała nam jedna z pacjentek, czterdziestopięcioletnia Halina.

Tymczasem wkładka anatomiczna to produkt stworzony SPECJALNIE do pochłaniania moczu. Dzięki właściwej budowie mocz wsiąkający w powierzchnię wkładki zostaje zamieniony w żel. Żel izoluje mocz od powietrza, przez co nie dopuszcza do zmiany jego pH. W ten sposób zwiększa się chłonność wkładki i - co chyba najważniejsze - niechciany zapach moczu zostaje pochłonięty i zneutralizowany. Dzięki temu rozwiązaniu osoba stosująca wkładkę czuje się bezpieczna - jej skóra jest sucha i nie unosi się żaden nieprzyjemny zapach.

Natomiast podpaska przystosowana jest do pochłaniania płynów menstruacyjnych. Decydując się na stosowanie podpasek podczas NTM trzeba pamiętać o ryzyku przesiąkania i powstania przykrego zapachu.

Co dla Panów?

W ofercie producentów środków wchłaniających znajdują się także "męskie" odmiany wkładów anatomicznych, przystosowane do, innej niż kobiet, budowy mężczyzny. Podobnie jak wkładki dla kobiet zapewniają one komfort oraz dyskrecję.

Jak wybrać wkładki

Wkłady anatomiczne przeznaczone są dla osób z lekkim lub średnim stopniem nietrzymania moczu. Ich chłonność została przystosowana do gubienia moczu w ilości

nie większej niż 300 ml jednorazowo. W rzeczywistości, dla osób z bardzo małym stopniem NTM, na dobę może wystarczyć nawet jedna wkładka.

Średnia cena rynkowa jednej sztuki wkładki kształtuje się na poziomie 1-1,2 zł i uzależniona jest od marki produktu, stopnia chłonności, miejsca zakupu oraz wielkości opakowania zbiorczego. Im więcej sztuk w paczce, tym zazwyczaj cena jednostkowa jest mniejsza.

Przed osobami zainteresowanymi zakupem środków wchłaniających może pojawić się dylemat jaką markę środków higienicznych wybrać. Na polskim rynku jest kilku producentów dostarczających produkty dla osób z nietrzymaniem moczu. Produkty te mogą się różnić zastosowanymi w nich rozwiązaniami technologicznymi. Czasami warto zasięgnąć opinii u znajomych, którzy mieli styczność z tym problemem, albo zapytać lekarza lub farmaceuty. Niektórzy producenci, dla osób z NTM, oferują darmowe próbki swoich produktów. Można się z nimi skontaktować i po przeprowadzeniu testów wybrać najbardziej właściwy dla siebie produkt.

Jeśli ze względu na zbyt wysokie natężenie NTM wkładki anatomiczne nie wystarczą, istnieje możliwość zaopatrzenia się w pieluchomajtki oraz pieluchy anatomiczne, a także podkłady stanowiące zabezpieczenie łóżka.

Halina tak mówi o pierwszym użyciu przez nią wkładki: *- Do stosowania wkładek przekonała mnie koleżanka, której nigdy bym nie podejrzewała o wystąpienie problemu nietrzymania moczu. Jestem zadowolona i naprawdę czuję się bezpiecznie. Wkładka jest bardzo dyskretna. Wcześniej najbardziej bałam się nieprzyjemnego zapachu. Teraz ten problem minął.*

Gdzie kupić

Wkładki anatomiczne i inne środki wchłaniające można zakupić w aptece lub sklepie medycznym. Tego typu produkty oferują w swoim asortymencie także niektóre sklepy internetowe. Środki wchłaniające, z wyjątkiem wkładek anatomicznych o rozmiarze mini, są refundowane. To jest na pewno dobra wiadomość dla wszystkich osób z nietrzymaniem moczu i ich rodzin.

Zasady refundacji produktów wchłaniających regulowane są Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 r. Osoba z NTM ma prawo do 70% refundacji 60 sztuk miesięcznie pieluch, pieluchomajtek i wkładów anatomicznych, z zachowaniem limitu cenowego 90 zł. W przypadku chorób nowotworowych refundacja wzrasta do 100% przy limicie ceny 77 zł.

Lepszy zły niż żaden? Dalsze losy wadliwej nowelizacji

Magdalena Owoc

Zastanówmy się. Czy lepsza jest sytuacja, w której zmiany wprowadzane są tylko po to aby "zadowolić" społeczeństwo dając "byłe co" i tym samym próbując ukoić sumienie, a zarazem zapewnić poparcie przy najbliższych wyborach? Czy może lepiej gdy nic się nie zmienia na lepsze, ale przynajmniej nie zmienia się również na gorsze? Powyższe pytanie przychodzi na myśl, kiedy czytamy najnowszy projekt nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia dotyczący przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych. Czy samo zainteresowanie Ministerstwa sprawą ciężko chorych ludzi jest na tyle niesamowite, że sam fakt zaistnienia projektu stał się tak ogromnym wydarzeniem? W pewnym sensie tak, ponieważ wraz z pojawieniem się regulacji, powstało wiele kontrowersji w środowiskach pacjenckich i medycznych. Okazało się bowiem, że tak upragniony i potrzebny projekt nie spełnia oczekiwań niepełnosprawnych.

Wielkie nadzieje i rozczarowanie

Zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze nie stanowi jedynie problemu natury medycznej, czy finansowej, a dotyczy przede wszystkim sfery społecznej.

Dla wielu osób przewlekle chorych, starszych i niepełnosprawnych produkty te stanowią podstawowy warunek do normalnego funkcjonowania. Dlatego projekt nowelizacji nie może być traktowany przez legislatorów jedynie w charakterze zwyczajnej regulacji. Od efektu ich pracy nie zależy wyłącznie dobry wizerunek ekipy rządzącej w Ministerstwie Zdrowia, ale przede wszystkim ułatwienie i podniesienie jakości życia ludziom ciężko doświadczonym przez los. Dlaczego więc projekt okazał się "niewypałem"? W ubiegłym numerze Kwartalnika (nr 1/2008) poseł Marek Plura, członek sejmowej Komisji Polityki Społecznej i Rodziny pytany o ocenę projektu odpowiada: *- Jestem nim wstrząśnięty. Projekt zupełnie odbiega od postulatów, które wysuwały organizacje osób niepełnosprawnych. Nowy projekt drugoczne aktywność osoby niepełnosprawnej - dodaje Plura i zapewnia - Już zostały podjęte kroki przeciwdziałające wprowadzeniu w życie tego projektu. Do MZ został przekazany wniosek o skierowanie go do konsultacji Komisji Polityki Społecznej i Rodziny. I rzeczywiście, projekt nowelizacji rozporządzenia, który po raz pierwszy opublikowano 15 stycznia 2008 na stronie interneto-*

wej MZ został najpierw skierowany do konsultacji społecznych, a następnie pod obrady Komisji PSR.

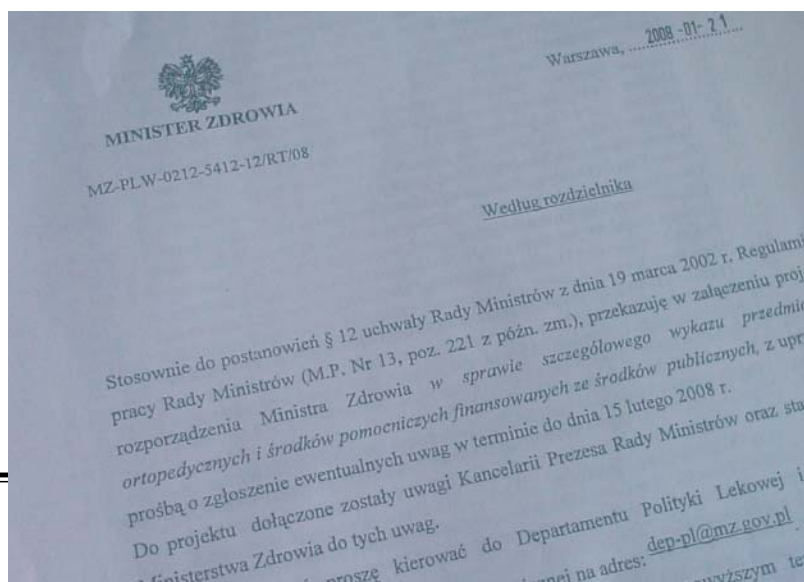
Nie spełnia oczekiwań

Opinii zewnętrznych wpłynęło bardzo wiele. W większości nie były one pozytywne, ponieważ wytykały wiele zaniedbań i niedociągnięć regulacji, która okazała się bardziej rozczarowaniem niż odpowiedzią na potrzeby chorych. Po zebraniu wszystkich głosów społecznych, sejmowa Komisja Polityki Społecznej i Rodziny pod przewodnictwem posła Sławomira Piechoty (PO) 22 kwietnia rozpatrzyła regulację uwzględniając otrzymane opinie. - Kilka tygodni temu zakończył się okres składania poprawek, a wpłynęło ich bardzo wiele - czytamy w zapisie stenogramu z posiedzenia Komisji wypowiedź Marka Twardowskiego, Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, który dodaje: *- Należy się nad tym poważnie zastanowić, żeby nie zrobić błędów, aby tak zmodyfikować ten system, żeby środki były używane w odpowiedni sposób. Nie możemy zaakceptować nieuczciwych marz oraz kiepskiej jakości sprzętu. Z wypowiedzi Pana Twardowskiego można wywnioskować, że samo Ministerstwo nie uważa swojego "dzieła" za projekt dobry. Regulacja została oceniona jako bardzo nieczytelna i niezrozumiała. Piotr Kulski, Prezes Ogólnopolskiej Izby Specjalistycznego Zaopatrzenia Medycznego powiedział podczas posiedzenia Komisji (wypowiedź zacytowana z zapisu stenogramu) - Rozporządzenie jest nieczytelne nawet dla lekarzy. Proszę zwrócić uwagę, że z niego będą korzystali nie tylko lekarze, ale także świadci i pracownicy NFZ. Ostatni, na*

podstawie tego rozporządzenia będą próbowali ocenić, czy sprzęt został prawidłowo wydany. Nie ma szansy, aby na podstawie tego rozporządzenia mogli dokonać takiej oceny. Powtarzam, im coś jest bardziej skomplikowane, tym łatwiej dokonywać manipulacji. Najbardziej zaskakująca była wypowiedź wiceministra Twardowskiego: *- 25% środków przekazujemy na pieluchomajtki. W naszym rozumieniu powinny być to środki przeznaczone dla osób, które zostały doświadczone chorobą, a nie dla innych. Taki zapis chcemy doprecyzować w rozporządzeniu, ponieważ po 75 roku życia i ze względu na schorzenia przyznawany jest dodatek, który niekoniecznie musi być pokrywany z NFZ. Mam tutaj na myśli pieluchomajtki, z których trzeba korzystać nie ze względu na chorobę, ale na wiek. Tutaj pokazuje, jak wielkie pieniądze są przekazywane na takie akcesoria. Wypowiedź pana Twardowskiego skomentowała posłanka Lewicy Anna Bańkowska: *- Czy ważne jest rozróżnienie z jakiego powodu ktoś nie trzyma moczu, czy z choroby, czy ze starości? Na pewno nikt tego nie używa dla komfortu.**

Obiecują zmiany...

Na zakończenie posiedzenia wiceminister Twardowski podsumował stanowisko resortu: *- Mamy ambicję, aby wprowadzić nasze rozporządzenie już jesienią tego roku po to, by NFZ kontraktując działania na 2009 r. mógł już to robić na nowych zasadach. Dodał również: *- Będę w stałym kontakcie z panem posłem Piechotą i korzystając z jego oraz wskazanych przez niego posłów wiedzy zaprosimy ich do Ministerstwa Zdrowia przy ostatnim stadium pracy nad tym rozporządzeniem. Chcemy wykonać je dobrze, ponieważ tutaj nie jest potrzebna polityka, tylko racjonalizm i chęć, a także środki finansowe - dodał Twardowski. Środowiska osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych żywią zapewne wielkie nadzieje, że deklaracje Ministerstwa zostaną zrealizowane. Problem tylko, że mamy już czerwiec, a o dalszych pracach nad projektem zrobiło się cicho.**



Jeden Fundusz - różne zasady

Magdalena Owoc

Do redakcji naszego Kwartalnika wpłynęło wiele listów z regionu śląskiego i podkarpackiego od osób przewlekle chorych oraz ich opiekunów. Pacjenci żalą się w nich na zmiany, które dotyczą refundacji przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, wprowadzone z początkiem 2008 roku.

Ze skarg pacjentów ze Śląska wynika, iż osoby upoważnione do odbierania produktów w imieniu chorych są zmuszane przez śląski NFZ do każdorazowego pozostawiania pełnomocnictwa w aptece.

Zgodnie z Zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 września 2007r. (Zarządzenie Nr 62/2007/DS02) "Potwierdzenia odbioru przedmiotu ortopedycznego bądź środka pomocniczego dokonuje: osobiście świadczeniobiorca lub w jego imieniu opiekun prawny lub pracownik socjalny lub pisemnie upoważniony członek rodziny". Z Zarządzenia nie wynika informacja o konieczności dołączania upoważnień do każdego zlecenia, a jedynie o jego posiadaniu i okazaniu. Ponieważ w żadnym innym województwie taka praktyka nie ma miejsca, można stwierdzić, że poczynania śląskiego Funduszu są nadinterpretacją przepisów.

Pacjenci łamią prawo?

W reakcji na żale czytelników, z ramienia Kwartalnika NTM zwróciliśmy się do Dyrektora śląskiego Oddziału Wojewódzkiego (OW) NFZ z prośbą o wyjaśnienie zaistniałej sytuacji. W naszej korespondencji podkreśliliśmy fakt, iż wiarygodność pisemnego upoważnienia jest znikoma i może je podpisać każdy, a aptekarz nie ma żadnej możliwości weryfikacji. Wystarczającym dowodem powinien być sam fakt posiadania zlecenia na zaopatrzenie comiesięczne, podpisane przez uprawnionego lekarza oraz pracownika punktu ewidencyjnego NFZ. Podobny wniosek wystosowaliśmy do Dyrektora podkarpackiego Funduszu. Z tym, że w regionie podkarpackim problem przedstawia się nieco inaczej, ponieważ pacjenci siłą rzeczy muszą łamać prawo. Dzieje się tak, ponieważ na zleceniu na konkretny produkt chorzy są zmuszani do wpisywania danych osoby, która dokonuje jego odbioru. Tym samym pacjenci łamią przepis, bowiem zlecenie na zaopatrzenie jest drukiem, po którym pisać mogą jedynie osoby do tego upoważnione (lekarz i pracownik punktu ewidencyjnego NFZ).

Jako odpowiedź na liczne apele, zarówno Śląski, jak i Podkarpacki OW NFZ przysłały nam pisma, z których nie wynika nic. Jedynie Śląsk poinformował nas, że zmiana postanowień ww. zarządzenia nie leży w kompetencjach oddziałów wojewódzkich NFZ i że wystąpił do Centrali z prośbą o interpretację tych przepisów. Redakcja Kwartalnika NTM w tej sprawie również zwróciła się do Centrali NFZ, jednak do dnia od-

dania tego numeru do druku, nie otrzymaliśmy żadnej odpowiedzi.

Pieluchomajtki pod nadzorem

Chociaż nie zdołano bezpośrednio na Narodowym Funduszu Zdrowia wywrzeć pozytywnego skutku w postaci ułatwienia życia pacjentom, to dzięki naszej interwencji sprawą zainteresowały się lokalne media oraz pozarządowe organizacje pacjenckie. W Gazecie Wyborczej w Częstochowie 17.03.2008 r. ukazał się interesujący artykuł pt. "Pieluchy kontrolowane bardziej niż narkotyki". Został w nim przedstawiony problem nadgorliwości śląskiego NFZ-tu, przez którą wiele osób ma problemy z pozyskiwaniem przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych. W tekście możemy przeczytać m. in. wypowiedź Prezesa Naczelnej Izby Aptekarskiej oraz przedstawiciela Programu Społecznego "NTM - Normalnie Żyć", którzy protestują przeciwko każdorazowemu pozostawianiu upoważnień w aptece i twierdzą, że obwarowania na wózki inwalidzkie, pieluchy czy aparaty słuchowe są silniejsze niż kontrola i sprzedaż narkotyków na receptę! Jednak najbardziej zaskakujący jest fakt, że uchylenia przepisu chce sam śląski Fundusz. Rzecznik śląskiego OW NFZ stwierdza w artykule, że nie zdawał sobie sprawy z takich trudności dla pacjentów, które istnieją tylko w jego Oddziale i zapewnia, że zwróci się z wnioskiem o przywrócenie poprzednich zasad.

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	nb	nb	nb	nb	nb	nb
Opolskie	69	15	1038	77	nb	nb	nb	nb	nb	nb
Małopolskie	149	22	3278	486	14 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Podkarpackie	233	9	2098	139	14 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Podlaskie	239	5	1194	79	30 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Warmińsko-mazurskie	285	5	1426	114	do 30 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Śląskie	311	15	4660	518	nb	nb	nb	nb	nb	nb
Świętokrzyskie	319	4	1277	305	21 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Łódzkie	512	5	2559	158	21 dni	1 mc	nb	nb	nb	nb
Kujawsko-pomorskie	517	4	2066	72	21 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Lubelskie	542	4	2168	228	21 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Wielkopolskie	564	6	3386	219	14 dni	1 mc	nb	nb	nb	nb
Dolnośląskie	720	4	2880	134	do 21 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Zachodniopomorskie	846	2	1693	109	14 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Mazowieckie	863	6	5176	216	21 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Pomorskie	2204	1	2204	119	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

WROCIAWSKI SEJMIK OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Jak Wrocław usuwa bariery?

Marta Żeglińska

Wrocławski Sejmik Osób Niepełnosprawnych (WSO) powstał piętnaście lat temu. Obecnie zrzesza 26 organizacji pozarządowych, wśród nich znajdują się: Centrum Kształcenia i Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Dolnośląski Związek Inwalidów Narządu Ruchu, Dolnośląskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Zespołem Downa "RAZEM", Dolnośląskie Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom i Młodzieży z MPDz. "OSTOJA", Klub Inteligencji Niewidomej RP, Miłickie Stowarzyszenie Przyjaciół Dzieci i Osób Niepełnosprawnych, Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów, Polski Związek Głuchych, Polski Związek Niewidomych, Polskie Stowarzyszenie Chorych na Hemofilię O/W-w, Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział Dolnośląski, Wrocław Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem.

Celem Sejmiku jest pomoc osobom niepełnosprawnym znajdującym się w trudnej sytuacji życiowej. W tym celu WSO skupia się na tworzeniu warunków odpowiednich dla aktywnego udziału osób niepełnosprawnych w życiu społecznym, integracji poszczególnych stowarzyszeń, instytucji zaangażowanych w obronę interesów niepełnosprawnych. W statucie Sejmiku znajdziemy zapisy o przeciwdziałaniu dyskryminacji niepełnosprawnych, prowadzeniu szkoleń oraz rehabilitacji, aktywizacji społecznej niepełnosprawnych oraz promocji ich zatrudnienia, prowadzeniu poradnictwa zawodowego i doradztwa personalnego dla osób niepełnosprawnych.

Wrocławski Sejmik Osób Niepełnosprawnych posiada dwie jednostki organizacyjne, którymi są Wrocławski Ośrodek Informacji Osób Niepełnosprawnych oraz Ośrodek Szkolenia Osób Niepełnosprawnych. WSO realizuje cztery projekty: wspomniany już Ośrodek Informacji, "Trener", Zatrudnianie Wspomagane, Wrocław Bez Barier, Nie Ma Barier Dolny Śląsk.

"Wrocław Bez Barier"

Program "Wrocław Bez Barier" został stworzony, aby zdiagnozować przyczynę niskiej aktywności osób niepełnosprawnych. Kolejnym krokiem miało być przedstawienie i wdrożenie praktycznych działań mających na celu usunięcie bądź zminimalizowanie zdiagnozowanych przeszkód ak-

tywności. Wstępny plan realizacji programu zakładał jego zakończenie wraz z końcem 2007 roku, jednak kolejne jego etapy są realizowane nadal. Gmina Wrocław miała być głównym sponsorem programu, jednak w wyniku dalszych poszukiwań udało się zdobyć fundusze od prywatnych firm i instytucji, dzięki czemu ponad dwukrotnie zwiększono zasoby Programu.

Projekt zainicjowały badania społeczne przeprowadzone w 2005 roku, których zadaniem było określenie sytuacji społecznej osób niepełnosprawnych oraz wskazanie możliwych dróg jej polepszenia. Miały wziąć pod uwagę uwarunkowania aktywności osób niepełnosprawnych prawnoformalne, społeczno-gospodarcze, a także wskazać przyczyny leżące w otoczeniu osób niepełnosprawnych oraz w nich samych. Ostatecznie miały pomóc w doborze środków i metod służących zwalczaniu przyczyn niskiej aktywności społecznej, obywatelskiej i zawodowej osób niepełnosprawnych. Badania zostały przeprowadzone w dwóch etapach. Dotyczyły osób niepełnosprawnych i ich rodzin, osób w pełni sprawnych, osób związanych z edukacją, pracodawców prywatnych oraz publiczne instytucje, w tym władze lokalne. Badania pokazały jak wielkie są bariery w postrzeganiu osób niepełnosprawnych. Okazało się, że w Polsce tylko 16% osób niepełnosprawnych jest aktywnych zawodowo.

Zaowocowało to stworzeniem kampanii reklamowej, organizacją plebiscytu "Dobre Praktyki" na najefektywniejsze wspomaganie osób niepełnosprawnych, pikniku Mobilni Niepełnosprawni - CeKiRON, spotkania z Wrocławskim Parlamentem Młodzieży oraz pikniku integracyjnego z Reha-polem w Trzebnicy "O odpowiednim dopasowaniu sprzętu rehabilitacyjnego".

Celem plebiscytu "Dobre Praktyki" jest propago-

wanie podnoszenia aktywności osób niepełnosprawnych. W pierwszej edycji wzięło udział 19 jednostek, wśród których znalazły się instytucje, stowarzyszenia oraz indywidualne osoby. Piknik pod hasłem "Mobilni Niepełnosprawni" skupił się na niepełnosprawności ruchowej. Podczas imprezy odbyły się warsztaty poświęcone możliwościom formalno-technicznym dostosowywania pojazdów na potrzeby osób niepełnosprawnych. Uczestnicy mieli możliwość obejrzenia nowoczesnych i funkcjonalnych rozwiązań. Spotkanie z młodzieżą zrzeszoną w Parlamencie Młodzieży pozwoliło na przekazanie najbardziej aktywnym reprezentantom młodego pokolenia podstawowych informacji dotyczących kampanii. Spotkanie poświęcone zostało problemowi odpowiedniego doboru pomocy technicznych i sprzętu rehabilitacyjnego dla osób niepełnosprawnych ruchowo.

Jednym z najważniejszych elementów programu "Wrocław Bez Barier" jest informowanie społeczeństwa o kolejnych przedsięwzięciach Sejmiku. Organizacja regularnych konferencji prasowych pozwala dotrzeć twórcom programu do większej liczby osób. Media lokalne zwiększają zasięg Programu i są doskonałą platformą komunikacji ze społeczeństwem.



Operacje z użyciem taśm w woj. wielkopolskim

Karolina Paradowska

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

Zebrane dane niestety nie są pełne, ponieważ trzy placówki odmówiły udzielenia informacji niezbędnych do umieszczenia ich na prezentowanej liście.

Z zebranych danych wynika, że sytuacja z roku na rok się poprawia. Niestety, nadal jest zbyt mało zabiegów w stosunku do liczby pacjentów potrzebujących pomocy operacyjnej.

W województwie wielkopolskim zabiegi z użyciem taśm wykonuje się łącznie w 8 placówkach. W większości przypadków są one wykonywane na oddziałach urologii. W sumie, w roku ubiegłym wykonano ok. 330 zabiegów, na ten rok planuje się ok. 365 zabiegów, można zatem zaobserwować wzrost. Czas oczekiwania na zabieg nie przekracza 4 tygodni.

W porównaniu do wielkości województwa (3 382 200 mieszkańców) liczba niespełna trzystu zabiegów to nadal jednak bardzo mało. Najprawdopodobniej jest to spowodowane zbyt małą wiedzą pacjentek na temat leczenia oraz diagnostyki NTM.



Polskie Towarzystwo Ginekologiczne
Oddział Łódzki – Sekcja Dydaktyczna PTG

I Katedra Ginekologii i Położnictwa
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
oraz
Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki
w Łodzi
Komitet Badań Naukowych

Zaprasza na:

III Sympozjum POSTĘPY W DIAGNOSTYCE I TERAPII W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII 09-11.X.2008

Wykładowcy zagraniczni:

Professor Howard Cuckle,
University of Leeds, UK; Columbia University, New York, USA

Wykład: "Sequential strategies for Down's syndrome screening".

Professor James Thornton
University of Nottingham, UK

Wykład: "Controversy in the P-PROM management - the current trials"

Professor Eckhard Petri
University of Rostock, Helios Hospital, Schwerin, NIEMCY

Wykład: „Re-operations after meshes”

Professor Heinz Koelbl
University of Mainz, NIEMCY

Wykład: „The place of mini-slings in modern urogynecology.”

Kurs ultrasonografii prenatalnej (LIVE)

Warsztaty operacyjne uroginekologiczne i urodynamiczne (NA ŻYWO)

Adres korespondencyjny:

I Katedra Ginekologii i Położnictwa
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
94-029 Łódź, ul. Wileńska 37, tel./fax: 448 42 686 04 71
e-mail: jggp@csk.umed.lodz.pl

Organizator Sympozjum:

Wszechmed - Wszechcna Medyczna "Nad Łódką"
Tel. 0 603 59 60 30, e-mail: wszechmed@wp.pl

INFORMACJE BIEŻĄCE NA STRONIE: www.umed.lodz.pl/advances

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
ZOZ	Gniezno, ul. Św. Jana 9	urol.	58	55	60	4 tyg.	tak
Woj. Szpital Matki i Dziecka	Kalisz, ul. Toruńska 7	gin.	3	3	brak danych	3-4 tyg.	nie ma
Woj. Szpital Zespołowy w Koninie	Konin, ul. Szpitalna 45	urol.	brak danych	brak danych	ok. 20	3-4 tyg.	nie ma
ZOZ MSWiA	Poznań, ul. Dojazd 34	urol.	ok. 30	ok. 30	ok. 30	4 tyg.	tak
SZOZ nad Matką i Dzieckiem	Poznań, ul. Jarochońskiego 18	urol.	100	100	100	3 tyg.	nie ma
SP ZOZ Poznań-Nowe Miasto	Poznań, ul. Szwajcarska 3	urol.	ok. 75	ok. 75	ok. 75	7-10 dni	tak
Szpital w Śremie	Śrem, ul. Chelmońskiego 1	urol.	11	17	ok. 20	2 tyg.	nie ma
SP ZOZ Wolsztyn	Wolsztyn, ul. Wschowska 3	gin.	50-60	50-60	50-60	–	nie ma

Badanie urodynamiczne - woj. zachodniopomorskie

Karolina Paradowska

W aktualnym numerze Kwartalnika NTM przedstawiamy listę placówek, w których można wykonać badanie urodynamiczne na terenie woj. zachodniopomorskiego.

Można to zrobić tylko w trzech placówkach - w Policach, Szczecinie i Koszalinie. Województwo zachodniopomorskie zamieszkuje prawie 1.700.000 mieszkańców. Łatwo obliczyć, że na jedną poradnię urodynamiczną przypada ponad 550.000 osób. To trochę więcej niż w sąsiednim województwie pomorskim, gdzie znajduje się 5 pracowni na ok. 2.200.000 pacjentów. Natomiast nadal jest to za mało, by w pełni diagnozować NTM.

NZOZ URO-MED.

75-720 Koszalin ul. Szpitalna 2

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Policach

71-422 Police, ul. Siedlecka 2

Specjalistyczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Nad Dzieckiem i Młodzieżą

70-410 Szczecin, ul. Świętego Wojciecha 7

Aktualna lista placówek w całej Polsce znajduje się na stronie www.ntm.pl

Jeśli mają Państwo jakiegokolwiek sugestie dotyczące listy pracowników urodynamicznych w poszczególnych województwach prosimy o kontakt na adres mailowy: ntm@ntm.pl.



REFUNDACJA ŚRODKÓW WCHŁANIAJĄCYCH W INNYCH KRAJACH

Limit w Holandii 2,5 raza większy niż w Polsce



Kolejnym europejskim krajem, w którym sprawdzamy jakie rozwiązania stosuje się w zakresie zaopatrzenia w środki absorpcyjne jest Holandia.

Holenderski pacjent cierpiący na nietrzymanie moczu ma prawo do otrzymania refundowanych środków wchłaniających. Inaczej niż w naszym kraju, gdzie kryterium, na podstawie którego są przyznawane, jest nowotwór i choroby układu nerwowego, wskazaniem medycznym jest nietrzymanie moczu. W Holandii - co ważne dla każdego pacjenta - nie ma konieczności współpłacenia za te produkty, refundacja jest stuprocentowa. Wyjątek stanowi tzw. "tymczasowy" problem z nietrzymaniem moczu, kiedy to pacjent musi zapłacić całą kwotę. W Polsce pacjenci muszą zapłacić 30% ceny (z wyjątkiem osób cierpiących na nowotwory, dla których produkty są refundowane w 100%). Limit ilościowy w Holandii istnieje, ale jest on 2,5 raza większy niż w Polsce i wynosi 150 szt. miesięcznie (5 sztuk dziennie). Brak jest natomiast limitu cenowego - ceny są ustalane przez producentów, ale pod nadzorem organów władzy. W Polsce limit cenowy wynosi 77 zł lub 90 zł i jest zależny od wysokości refundacji.

KC

Refundacja środków wchłaniających: Holandia vs. Polska

	HOLANDIA	POLSKA
Liczba mieszkańców	16 mln	38 mln
Refundacja środków wchłaniających	tak	tak
Wskazania medyczne do przyznania refundacji	nietrzymanie moczu	choroby nowotworowe, upośledzenie umysłowe, zespoły ośpienne, choroby układu nerwowego, wady rozwojowe
Klasyfikacja refundacji w oparciu o stopień nietrzymania moczu	w zależności od stopnia NTM refundacja wkładów urologicznych (dla kobiet i mężczyzn), pieluch anatomicznych, pieluchomajtek i prześcieradeł	dla w/w kryteriów chorobowych refundacja wkładów anatomicznych, pieluch anatomicznych, pieluchomajtek i podkładow
Ilość refundowanych sztuk / m-c	150 szt.	do 60 szt.
Limit cenowy / m-c	brak	w zależności od wysokości refundacji (100% lub 70 %) odpowiednio: 77 lub 90 zł
Współpłacenie przez pacjenta	0% odpłatności (w przypadku "tymczasowego" NTM 100% odpłatności)	0% przy nowotworach lub 30% przy pozostałych wskazaniach medycznych



Czy po operacji będę mogła mieć dzieci?

Mam 29 lat. Od najmłodszych lat miałam problem z trzymaniem moczu, często w nocy moczyłam się (nawet w wieku nastu lat). Przy kichaniu, skakaniu, śmianiu się, wysiłku fizycznym zawsze popuszczałam mocz.

Po konsultacji z lekarzem oraz po przeprowadzeniu badań za radą mojego urologa przeszedłam zabieg operacyjny przy użyciu taśmy TVT. Zabieg ten przeszedłam w sierpniu 2007r. Moje dolegliwości ustąpiły prawie w 100%.

Decydując się na zabieg lekarz uprzedził mnie, że po nim nie powinnam decydować się na dzieci, gdyż może to całkowicie zniwelować działanie zabiegu. Mam już córkę więc z mężem podjęliśmy decyzję o zgodzeniu się na zabieg. Ostatnio na wizycie u ginekologa lekarz zapytał się mnie o kolejne dziecko i wtedy opowiedziałam mu co powiedział urolog. Mój ginekolog bardzo się zdziwił i stwierdził, że w tym przypadku nie ma żadnych przeciwwskazań do porodu.

Bardzo proszę o informację jak jest naprawdę. Nigdzie nie mogę nic znaleźć na ten temat, pewnie dlatego, że tę przypadłość, a co za tym idzie zabieg, przechodzą kobiety już po menopauzie. Mój urolog mówił, iż jestem jako drugą tak młodą pacjentką.

Ola z Koszalina

Istnieje bardzo niewiele informacji na temat wpływu ciąży i porodu na stan kontynencji u kobiet poddanych uprzednio taśmowej operacji wysiłkowego NTM. Powszechnie uważa się, że operacyjne leczenie wysiłkowego NTM powinno być wdrożone po zakończeniu rozrodu. W rzadkich przypadkach implantowania taśm u młodych kobiet w wieku rozrodczym, które zaszły w ciążę, jako jej rozwiązanie zaleca się na ogół cięcie cesarskie.

Teoretycznie zarówno ciąża jak i poród mogą spowodować nawrót wysiłkowego NTM. Istnieją jednak pojedyncze doniesienia o zachowaniu kontynencji po operacji TVT i porodzie siłami natury. (Spontaneous delivery following tension-free vaginal tape procedure. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2006;17(6):676-8 Seeger D; Truong ST; Kimmig R). Każdy przypadek powinien być więc analizowany niezwykle dokładnie i indywidualnie po wielu czynników mogących mieć wpływ na przebieg ciąży i porodu.

Mogą nimi być np. oczekiwana duża waga urodzeniowa dziecka u pacjentki z już urodzonym dużym dzieckiem lub cukrzycą, przebyte uprzednio cięcia cesarskie lub istniejące wskazania do jego wykonania. Powinna Pani bardzo szczegółowo omówić ten problem ze swoim ginekologiem położnikiem.

Rekonwalescencja po zabiegu operacyjnym

Interesuje mnie przebieg rekonwalescencji po zabiegu TVT (zastosowania taśmy z siatki prolenowej). Jak długo wraca się do zdrowia? Jakie dolegliwości po zabiegu można odczuwać? Oczywiście zdaję sobie sprawę, że uzależnione jest to indywidualnie od pacjenta. Proszę jednak choćby o ogólne.

Joanna

Stosowane obecnie w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu kobiet podcewkowe taśmy syntetyczne są wprowadzane na 2 sposoby. Pierwszy - starszy, to metoda wprowadzania za spojeniem łonowym w przestrzeni przedotrzewnowej. Nowszy polega na przeprowadzeniu taśmy tylko w obrębie kroczu, pomiędzy otworami zasłonowymi. Po obu rodzajach zabiegu dolegliwości mogą wyglądać nieco inaczej, co związane jest z innym przebiegiem taśm i innymi miejscami "wyjścia" końców taśm na skórę (nie dotyczy to tzw. mini taśm, które są implantowane podśluzówkowo w całości).

Rekonwalescencja po implantacji syntetycznej taśmy podcewkowej jest szybka. Zabieg może być wykonany w trybie ambulatoryjnym (jednodniowym), także w znieczuleniu miejscowym. Ze względu na większy komfort często stosowane jednak jest "większe" znieczulenie: dożylnie, przewodowe (podpajęczynówkowe) lub nawet ogólne. Po znieczuleniu miejscowym można nie pozostawiać cewnika w pęcherzu moczowym, po ostatnich wymienionych na ogół zostawia się cewnik w pęcherzu na 24 godziny. Na podobny czas po zabiegu, czasem zostawia się też w pochwie tampon mający znaczenie zapobiegające krwawieniu (hemostatyczne). W zależności też od rodzaju znieczulenia pacjentka może wstawać bezpośrednio po zabiegu lub do 24 godzin po nim, jeśli stosowane jest znieczulenie podpajęczynówkowe. Powrót do diety doustnej następuje po 12-24 godzinach od operacji.

W momencie ustąpienia znieczulenia i/lub usunięcia cewnika pęcherzowego następuje

rozpoczęcie samodzielnego oddawania moczu przez pacjentkę. Jest ono najczęściej bezbołowe, choć może się pojawić krótkotrwały dyskomfort. Zdarzają się parcia naglące na pęcherz, które mogą występować w różnych mechanizmach (podrażnienia szyi pęcherza, przeszkody podpęcherzowej i zalegania po mikcji, infekcji). Dolegliwości te najczęściej są przemijające, trwają kilka dni do kilku tygodni, ale dotyczą kilku do kilkunastu procent operowanych. Na ogół nie wymagają leczenia innego niż farmakologiczne jednak w przypadkach przedłużania się wymagają bardzo dokładnej diagnostyki i często specjalistycznego postępowania. W 1-2 % jednak mają charakter trwały i mogą łączyć się z nietrzymaniem moczu z parcia. Dolegliwości podrażnieniowe są równie częste po operacjach załonowych jak przezzałonowych. Natomiast dolegliwości o charakterze przeszkody mogą być częstsze po operacji wszczepienia taśmy na drodze załonowej.

Operacje taśmowe nie pogarszają jakości życia seksualnego kobiet. Powrót do współżycia nie powinien być szybszy niż w 3 tygodnie po zabiegu.

Wszystkie kobiety z wysiłkowym nietrzymaniem moczu - operowane i nieoperowane - powinny unikać większych wysiłków fizycznych z użyciem mięśni tłoczni brzusznej, szczególnie tzw. statycznych (np. podnoszenie ciężarów). Operacja z użyciem taśmy pozwala po wygojeniu nacięcia ściany pochwy (ok. 2 tyg.) praktycznie na natychmiastowy powrót do codziennych zajęć bez kłopotliwego wycieku moczu. Nie ma niebezpieczeństwa przesunięcia, pęknięcia lub obniżenia prawidłowo implantowanej taśmy.

Szwy skórne zdejmowane są na ogół w tydzień po zabiegu choć często mogą być zastąpione specjalnymi plastrami. Szwy na ścianę pochwy są najczęściej szwami rozpuszczalnymi, nie wymagają zdejmowania. W czasie ich wchłaniania i odpadania może występować drobne plamienie z pochwy.

Na listy odpowiadał dr Piotr Dobroński z Oddziału Urologii Szpitala Bielańskiego

Zachęcamy do konsultacji telefonicznych:
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 wpłacającego

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 Da-
nych 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 zlecaniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)			
nazwa zlecaniodawcy			
nazwa zlecaniodawcy cd.			
tytułem		krajowa prenumerata roczna „Kwartalnika NTM”	
tytułem cd.			
pieczęć, data i podpis(y) zlecaniodawcy		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
Centralnego Szpitala
Klinicznego MON
Wojskowego Instytutu
Medycznego



Prof. dr hab. med.
Andrzej Borkowski
Kierownik Katedry
i Kliniki Urologii
Ogólnej,
Onkologicznej
i Czynnościowej
Warszawskiego
Uniwersytetu
Medycznego



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
Uniwersytetu
Medycznego
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
Ogólnej,
Onkologicznej
i Czynnościowej
Warszawskiego
Uniwersytetu
Medycznego

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



Wsparcie w kobiecych sprawach

Strócona informacja o produkcie:

Colpexin to wkładka dopochwowa przeznaczona do zachowawczego leczenia wypadania narządów miednicy mniejszej oraz do wspomagania ćwiczeń mięśni dna miednicy mniejszej. Wkładka wykonana jest z 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 wyjście. **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/maciecznego, niedawno przebytego zabiegu chirurgicznego w obrębie pochwy, ciężkiej neuropatii w obrębie miednicy z utratą czucia w obszarze kroczu, klinicznie jawnego zapalenia narządów miednicy mniejszej, endometrii, guza przydatków, izolowanej retrocecie 4. stopnia lub tyłopochyfenia macicy, ciąży, stosowania wkładki wewnątrzmacicznej, podczas stosunku płciowego, podczas miesiączki. **Ostrzeżenia:** Pacjentki powinny natychmiast zgłaszać jakiegokolwiek zmiany w barwie, ilości, woni lub konsystencji upływów 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 estrogenów lub środków nawilżających 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: tidliwość pochwy, pieczenie, podrażnienie, dyskomfort, plamienia, infekcja drożdżakami, owrzodzenia, dolegliwości ze strony cewki moczowej i przy oddawaniu moczu, zakażenia dróg moczowych i zaparcia. Większość działań niepożądanych była łagodna i przejściowa. Rozmiar wkładki 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., Pierków 149, 05-152 Czosnów k/Warszawy, tel.: (22) 751 85 17, e-mail: adamed@adamed.pl, www.adamed.com.pl