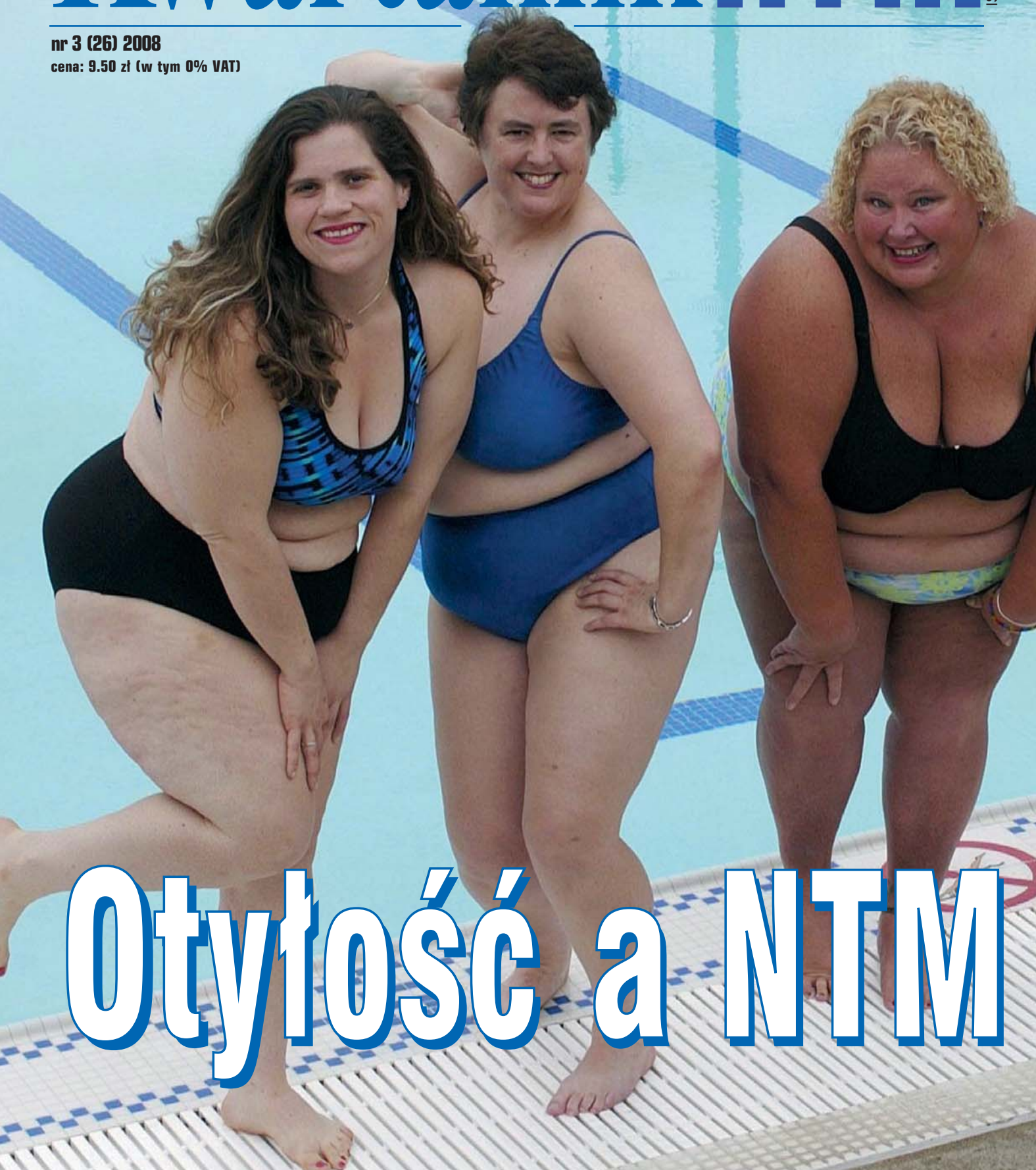


Kwartalnik NTM

ISSN 1733-2826

nr 3 (26) 2008

cena: 9.50 zł (w tym 0% VAT)



Otyłość a NTM

Nowoczesne techniki operacyjne w Wojskowym Instytucie Medycznym

Pracownie urodynamiczne w woj. warmińsko-mazurskim; Operacje z użyciem taśm na Dolnym Śląsku

Spółeczeństwo obywatelskie zmienia swój kraj



15 stycznia br. Ministerstwo Zdrowia zdecydowało się poddać pod konsultacje społeczne nowy, wręcz rewolucyjny, projekt nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego wykazu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych refundowanych przez NFZ.

Od tego czasu minęło wiele miesięcy, a wyczekiwanej nowelizacji jak nie było tak nie ma. Zapewne jednym z głównych powodów tej ciszy jest ogromna ilość krytycznych opinii jaka napłynęła do resortu. Zaprezentowany projekt zasługiwał na negatywną ocenę. Należy jednak zauważyć, że jednocześnie spełnił bardzo pozytywną rolę. Udowodnił, że polskie społeczeństwo się zmienia. Biernie poddawanie się regulacjom tworzonemu przez urzędników i polityków przechodzi do przeszłości. Polacy są lepiej wyedukowani i co – być może istotniejsze – świadomi swoich praw oraz możliwości ich egzekwowania.

Ministerstwo Zdrowia wykonało jeszcze jeden odważny krok. Zdecydowało się umieścić nadesłane opinie na stronach internetowych resortu. Dzięki temu, przy okazji nowelizowania tego rozporządzenia, po raz pierwszy możemy poznać prawdziwy obraz konsultacji społecznych. A jest on bardzo zróżnicowany. Zaskakuje kompletna

bierność parlamentarzystów. Gdyby nie aktywność posła Sławomira Piechoty oraz sejmowej Komisji Polityki Społecznej i Rodziny, której jest przewodniczącym, parlament byłby w tej debacie całkowicie nieobecny. Zdumiewająca jest postawa sejmowej Komisji Zdrowia, która przez wiele miesięcy nie podjęła tematu. Przypomnijmy, że przewodniczącym tej komisji jest były Wiceminister Zdrowia, Bolesław Piecha. To pod jego nadzorem powstał projekt rozporządzenia, którego treść poznaliśmy 15 stycznia br.

Rozporządzenie, które w bezpośredni sposób dotyczy kilku milionów osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych, nie zostało – z małym wyjątkiem – zauważone przez naszych przedstawicieli w parlamencie! Obawiam się, że gdyby w sejmie nie było takich osób jak posłowie Piechota i Plura, którzy sami są osobami niepełnosprawnymi, problem refundacji przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych byłby już całkowicie objęty tabu w tej instytucji. To pokazuje jak bardzo polscy parlamentarzyści odsunęli się od osób ciężko doświadczonych przez los, a jednocześnie podkreśla fakt, jak ważna jest aktywność środowisk reprezentujących pacjentów, lekarzy i pielęgniarki.

Zaczynają to dostrzegać urzędnicy Ministerstwa Zdrowia, którzy obecnie pracują nad kolejną wersją projektu nowelizacji.

Z nieoficjalnych źródeł wynika, że tym razem skorzystali z wiedzy i doświadczeń zawartych w nadesłanych opiniach. Jeżeli okażą się konsekwentni i zdołają do tego jeszcze przekonać polityków, możemy w przyszłym roku wykonać ogromny cywilizacyjny krok, stając się pozytywnym przykładem dla innych krajów.

TOMASZ MICHAŁEK

*Kiedy ciało jest smutne,
serce powoli umiera.*

Albert Camus

■ Radość z życia jest tożsama z jakością życia. Od tego zależy czy jesteśmy szczęśliwi, czy pracujemy wydajnie. Na dobrostan naszego organizmu składa się zarówno dobrostan psychiczny jak i fizyczny. O oba możemy sami zadbać. W bieżącym numerze Kwartalnika poruszono ważny problem otyłości i NTM. Otyłość jest udowodnionym czynnikiem ryzyka NTM. Bardzo często Pacjentki pytają mnie co zrobić żeby zmniejszyć dolegliwości, jak mogą sobie same pomóc. Odpowiedź jest bardzo prosta - należy zredukować masę ciała i zadbać o kondycję mięśni dna miednicy, o czy pisze dr Świeściak. Tzw. ćwiczenia Kegla są najlepszym sposobem na dbanie o nasze mięśnie.

W tym roku rozpoczyna się kampania społeczna „Core wellness - wewnętrzna siła”. Ma ona za zadanie edukację kobiet w zakresie wykonywania ćwiczeń mięśni dna miednicy. Kampanii, która trwa już w wielu krajach europejskich patronuje Prof. Bø z Norwegii, która opracowała autorski program ćwiczeń dla kobiet. Ćwiczyć powinny nie tylko te Panie, które już mają kłopoty z NTM, ale również te, które chcą im zapobiegać, jest to bowiem forma rehabilitacji mięśni dna miednicy.

Ćwiczeń trzeba się nauczyć, można to zrobić między innymi w Oddziałach Stowarzyszenia UroConti. Kilka numerów wcześniej wspominałem o roli uroterapeutek, które w Skandynawii zajmują się właśnie rehabilitacją dolnych dróg moczowych. Myślę, że te inicjatywy są pierwszymi zwiastunami pojawienia się takich uroterapeutek w Polsce.

DR HAB. MED. PIOTR RADZISZEWSKI

Spis treści 3 (26) 2008

OTYŁOŚĆ A NTM

Kilogramy pod kontrolą M. Banaszak4-6

Wpływ NTM na życie płciowe lek. Bartosz Dybowski6-7

LECZENIE NTM

Skuteczność operacyjnego leczenia NTM

dr A. Bartuzi, dr K. Futyma, prof. T. Rechberger8-9

Europejski Tydzień Urologiczny M. Owoc10

GDZIE LECZYĆ NTM

Nowoczesne techniki operacyjne w Wojskowym Instytucie Medycznym

J. Kamińska11

ANATOMIA

Mięśnie dna miednicy dr E. Świeściak13-14

Ranking Oddziałów NFZ14

WYWIAD

Zmiany w Polskim Towarzystwie Stomijnym POL-ILKO

- wywiad z Prezesem Andrzejem Piwowarskim15

Pomoc dla osób niesamodzielnych G. Śmiarowska16

ORGANIZACJE

Niebieski Parasol M. Żeglińska17

PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

Ministerstwo obiecuje zmiany M. Owoc18

Nieczytelne Zarządzenie NFZ...18

NFZ dopłaca do dwóch aparatów słuchowych J. Kamińska19

Leczenie operacyjne na Dolnym Śląsku20

Pracownie urodynamiczne w woj. warmińsko-mazurskim21

Włochy stosują inne rozwiązania21

LISTY22

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, **Rysunki:** Dariusz Pietrzak, **Dyrektor ds. produkcji:** Stanisław Mazur, **Opracowanie graficzne:** Dariusz Bochniak, **Adres redakcji:** ul. Ciołka 13, 01-445 Warszawa, tel.: (22) 463 64 01, fax: (22) 533 62 93, e-mail: ntm@ntm.pl, joanna.kaminska@ntm.pl

Infolinia: 0 801 800 038
www.ntm.pl

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń oraz zastrzega sobie prawo skracania tekstów i zmiany ich tytułów. Nakład 3000 egzemplarzy. Zdjęcie na okładce: BE&W Agencja Fotograficzna Sp. z o.o.

Wydawca: Studio PR
Realizacja wydawnicza:
Warsaw Voice SA

W bieżącym numerze Kwartalnika NTM próbujemy odpowiedzieć na pytanie, czy nadwaga i otyłość wywierają wpływ na pojawienie się dolegliwości związanych z nietrzymaniem moczu. Wypowiedzi specjalistów na ten temat znajdziecie Państwo w artykule Marty Banaszak pt. „Kilogramy pod kontrolą”. Z kolei o wpływie nietrzymania moczu na życie płciowe, zarówno kobiet jak i mężczyzn, pisze urolog - lek. Bartosz Dybowski. W dziale poświęconym leczeniu NTM przedstawiamy tekst będący porównaniem skuteczności różnych metod operacyjnego leczenia NTM. W świat anatomii mięśni dna miednicy wprowadza nas dr Elżbieta Świeściak. W jej artykule znajdziemy szczegółowe informacje dotyczące budowy i funkcjonowania mięśni odpowiedzialnych za mechanizm trzymania moczu.

W cyklu prezentującym placówki specjalizujące się w leczeniu NTM tym razem przedstawiamy Klinikę Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie, kierowaną przez profesora Włodzimierza Baranowskiego.

Zachęcamy także do lektury wywiadu z Andrzejem Piwowarskim, nowym Prezesem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO. W rozmowie przeczytacie Państwo m.in. o planach działalności nowego Zarządu.

W dziale poświęconym problemom osób niepełnosprawnych przedstawiamy trzy teksty. W pierwszym z nich Grażyna Śmiarowska, współautorka projektu ustawy pielęgnacyjnej, próbuje znaleźć odpowiedź na pytanie, na jaką pomoc ze strony państwa mogą liczyć osoby niesamodzielne. W cyklu prezentującym organizacje pacjenckie przybliżamy działalność Stowarzyszenia na Rzecz Długotrwale Unieruchomionych „Niebieski Parasol”. Powracamy również do tematu, który już kilka razy omawialiśmy na łamach naszego Kwartalnika, a mianowicie problemów, z którymi borykają się osoby niedosłyszające. Przedstawiamy historię Pana Krzysztofa Kobusa, który mimo swojej niepełnosprawności podjął walkę z aparatem administracyjno-państwowym odpowiedzialnym za prowadzenie polityki zdrowotnej. Na bieżąco analizujemy także postępy prac w Ministerstwie Zdrowia nad projektem nowelizacji rozporządzenia w sprawie przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych.

Tradycyjnie zapraszamy również do lektury naszych stałych rubryk: placówek wykonujących operacje z użyciem taśm w województwie warmińsko-mazurskim, placówek urodynamicznych na Dolnym Śląsku oraz refundacji środków wchłaniających - tym razem we Włoszech.

JOANNA KAMIŃSKA

Nadwaga i otyłość zwiększają ryzyko NTM

Kilogramy pod kontrolą

MARTA BANASZAK-OSIEWICZ

Nadwaga oraz otyłość są sprzymierzeńcami dolegliwości związanych z nietrzymaniem moczu – wynika z badań i obserwacji specjalistów zajmujących się diagnostyką i leczeniem NTM. Zależność między nadmiernymi kilogramami, a gubieniem moczu dotyczy zwłaszcza kobiet, niezależnie od ich wieku, a także rodzaju NTM. Zarówno wysiłkowe nietrzymanie moczu, parcia nagłące, jak również powstać mieszana ma związek z nadmiernymi kilogramami pacjentki.

Otyłość w zespole

Ża pojawienie się dolegliwości związanych z nietrzymaniem moczu nie można winić jednego, wybranego czynnika. Odpowiedzialność w tym względzie spoczywa bowiem na całym zespole przyczyn. Zgodnie z klasyfikacją przyjętą przez amerykańskiego naukowca Richarda C. Bump'a czynniki ryzyka NTM dzieli się na predysponujące (genetyczne, rasowe, neurologiczne, anatomiczne, kulturowe), wywołujące (porody, operacje chirurgiczne, uszkodzenia nerwów i mięśni), promujące (wiek, demencja, choroby środowiskowe) oraz dekompensacyjne. I właśnie do tej grupy zalicza się otyłość.

– Badania przeprowadzone zarówno za granicą, jak i w Polsce potwierdzają, że otyłość zwiększa ryzyko wystąpienia dolegliwości związanych z nietrzymaniem moczu. Nie oznacza to, że otyłość jest jedyną przyczyną NTM – wyjaśnia Elżbieta Świeściak, ginekolog z Kliniki Położnictwa i Ginekologii CMKP Szpital Bielański Warszawa. – Otyłość stanowi jednak czynnik dekompensujący. Zgodnie z definicją, słowo dekompensacja oznacza przekroczenie zdolności przystosowania się narządu do zwiększonych obciążeń, objawiające się jego niewydolnością. Zatem przy istnieniu innych czynników ryzyka otyłość dodatkowo nasila ciężkość objawów.

Być może już niedługo uznanie otyłości za czynnik przyczyniający się do rozwoju dolegliwości NTM zostanie uznany za zbyt ogólne twierdzenie. Aktualnie w Polsce prowadzone są badania mające

wykażać na ile istotny jest rodzaj nadwagi czy otyłości w kontekście ryzyka nietrzymania moczu.

– Chcemy sprawdzić między innymi czy istnieje zależność między dystrybucją tkanki tłuszczowej a nietrzymaniem moczu – tłumaczy Małgorzata Terek oraz Paweł Macek, fizjoterapeuci Zakładu Rehabilitacji Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach. – Z naszych pierwszych obserwacji wynika, że otyłość sama w sobie nie zawsze zwiększa ryzyko NTM, ale miejsce rozmieszczenie tkanki tłuszczowej, jak na przykład otyłość brzuszna. Odpowiedź na pytanie czy tak faktycznie jest będziemy znali po zakończeniu badań, co nastąpi w ciągu kilku najbliższych miesięcy.

Za duże ciśnienie

Szacuje się, że u osób otyłych ze wskaźnikiem masy ciała (BMI – Body Mass Index) przekraczającym 30, istnieje czterokrotnie większe prawdopodobieństwo wystąpienia wysiłkowej postaci nietrzymania moczu oraz dwukrotnie wyższe ryzyko pojawienia się nietrzymania moczu z parcia. Z badań przeprowadzonych w Polsce wynika, że co 3 pacjentka z BMI powyżej 30 choruje na NTM.

– Objawy NTM istotnie nasilają się u otyłych kobiet w okresie menopauzalnym – wyjaśnia doktor Agnieszka Siemionow-Dziemidok, specjalista chorób metabolicznych. – Ze względu na zachodzące w tym czasie zmiany w gospodarce hormonalnej w organizmie kobiety, a w tym m.in. brak „dobrych” estrogenów, a także dodatkowo u niektórych przeszłość ginekologiczno-położniczą, jak np. wielorództwo, dochodzi często do przyrostu masy ciała i powstania bądź nasilenia zaburzeń o charakterze NTM.

Otyłość sprzyja nietrzymaniu moczu przede wszystkim ze względu na zwiększenie masy trzewi, a w konsekwencji na większy nacisk na wiotki pęcherz moczowy oraz jego połączenie z cewką moczową. Istotną rolę odgrywa w tym względzie również relacja między ciśnieniem w cewce moczowej i w pęcherzu, a także sprawność mięśni dna miednicy.

– Ciśnienie panujące w cewce moczowej powinno przewyższać ciśnienie śródpecherzowe, a sprawnie działające mięśnie dna miednicy powinny zamykać cewkę moczową podczas wysiłku czy kaszlu – tłumaczy Elżbieta Świeściak. – U osób otyłych stwierdzono, że ciśnienie śródbrzuszne jest wyższe niż u osób z prawidłową masą ciała. Stale podwyższone ciśnienie śródbrzuszne z jednej strony prowadzi do przewlekłego obciążenia mięśni przepony moczowo-płciowej, z drugiej strony powoduje zwiększony ucisk na pęcherz w czasie wysiłku czy kaszlu zaburzając relacje między ciśnieniem śródpecherzowym i śródcewkowym. Konsekwencją jest niewydolność mechanizmów zamykających cewkę i gubienie moczu.

Oprócz wyższego ryzyka pojawienia się objawów NTM, zwłaszcza otyłość brzuszna, ze względu na osłabienie mięśni dna miednicy, utrudnia również proces leczenia wspomnianej choroby. Dotyczy to zwłaszcza leczenia operacyjnego, z zastosowaniem taśm dopochwowych.

– W wyniku zwiększonego ciśnienia w jamie brzusznej i silniejszego napieranie na pęcherz, u otyłych pacjentek z NTM dochodzi często do obniżenia się wcześniej założonych taśm – tłumaczy doktor Mariusz Blewniewski, lekarz urolog z Kliniki Urologii UM im. M. Kopernika w Łodzi. – Ze względu więc na takie ryzyko, istotne jest zachowanie szczególnej ostrożności zwłaszcza w pierwszym miesiącu po operacji. Pacjentka powinna więc unikać sytuacji prowokujących do napinania mięśni brzusznych i dna miednicy. Nawet przy wykonywaniu prostych codziennych czynności, takich jak np. siadanie czy wstawanie z łóżka, pacjentce powinna pomagać druga osoba.

Waga w dół

Mimo, że z medycznego punktu widzenia trudno uznać redukcję masy ciała za samodzielną terapię, specjaliści są zgodni co do pozytywnych efektów jakie zapewnia otyłym pacjentkom z NTM pozbycie się nadmiernych kilogramów. Szacuje się, że redukcja masy o 5–10 procent zmniejsza o połowę liczbę epizodów nietrzymania moczu.

– Odchudzanie jest postępowaniem wspomagającym leczenie kobiet już cierpiących na NTM, chociaż pewna grupa otyłych pacjentek z niewielkim nasileniem nietrzymania moczu może uzyskać satysfakcjonujące złagodzenie objawów po normalizacji masy ciała – twierdzi Elżbieta Świeściak. – Utrzymanie prawidłowej masy ciała można

rozpatrywać także w kategorii profilaktyki nietrzymania moczu na wiele lat przed wystąpieniem objawów choroby. Zatem niezależnie od wieku otyłej chorej na NTM, oprócz adekwatnej terapii nietrzymania moczu, zawsze warto równolegle zredukować nadmierne kilogramy.

Redukcja masy ciała, zwłaszcza dla kobiet w okresie menopauzalnym, nie jest jednak łatwym zadaniem. Oprócz szczerzej motywacji, konsekwencji w dążeniu do wyznaczonego celu, potrzebne są konkretne wskazówki i wsparcie specjalisty, który wskaże najbardziej odpowiednią dla danej kobiety metodę walki z nadmiernymi kilogramami. Najczęściej rozpoczyna się od wprowadzenia diety redukującej zapotrzebowanie kaloryczne.

– Należy pamiętać, że z wiekiem nasze dzienne zapotrzebowanie energetyczne zmniejsza się. Im więc jesteśmy starsi, tym mniej powinniśmy jeść – wyjaśnia doktor Agnieszka Siemionow-Dziemidok. – W ustaleniu właściwego składu i proporcji takiej diety powinien brać udział lekarz specjalista i dietetyk. Istnieje na rynku szereg tzw. „modnych” diet obliczonych na doraźny efekt w zakresie utraty wagi. Mimo, że mogą one początkowo dawać zadawalające efekty, nie zapewniają rozwiązania długofalowego. Z uwagi na brak niektórych niezbędnych dla właściwego funkcjonowania organizmu człowieka składników są w jakimś sensie dietami niedoborowymi i stosowane przez długi czas mogą prowadzić do pewnych nieprawidłowości w badaniach krwi czy zaostrzenia chorób już występujących. A tak naprawdę osoby odchudzające się powinny stosować dietę, czyli deficyt kaloryczny, praktycznie przez całe życie.

W walce z otyłością, oprócz diety istotna jest również regularna aktywność fizyczna. Niestety pacjenci zmagający się z dolegliwościami nietrzymania moczu, a dodatkowo zbędnymi kilogramami są w tym względzie raczej bierni. Z jednej strony ogranicza ich otyłość, z drugiej – NTM. Planowanie dla nich treningów wymaga więc precyzji.

– Pierwszym etapem treningu jest identyfikacja tych grup mięśni, które ogólnie mówiąc odpowiadają za prawidłową pracę układu moczowego. Nauka właściwego ich napinania powinna odbywać się początkowo pod okiem doświadczonego instruktora, rehabilitanta. Później ćwiczenia te można wykonywać samemu, nawet podczas wykonywania codziennych czynności, np. podczas



Joanna Kamińska

jazdy samochodem czy tramwajem. Warto je również wpłacać do innego rodzaju treningów, takich jak zajęcia aerobowe, pilates, stretching – wyjaśnia Katarzyna Szmyd, Manager Fitness Park, Trener Reebok University Poland. – Problem jednak w tym, że świadomość instruktorów fitness w tym zakresie jest w Polsce wciąż znikoma i niestety tylko pojedyncze ośrodki oferują zajęcia sportowe łączące trening podstawowy z ćwiczeniami zapobiegającymi czy pomagającymi walczyć z objawami NTM.

W przypadku olbrzymiej otyłości należy rozważyć wprowadzenie leków zmniejszających łaknienie, a w przypadkach ekstremalnych – zabiegi bariatryczne, np. poprzez operacje zmniejszania żołądka lub bardziej radykalny zabieg operacji typu by-pass z wytworzeniem zespołu złego wchłaniania. – Zarówno farmakologiczne, jak i chirurgiczne wspomaganie redukcji masy ciała bezwzględnie powinno być nadzorowane przez lekarza – podkreśla doktor Agnieszka Siemionow-Dziemidok.

W trosce o psyche

Walka pacjentek chorych na NTM z otyłością jest istotna nie tylko z punktu widzenia medycznego, ale również

psychologicznego. Nietrzymanie moczu jest niejednokrotnie na tyle dotkliwe dla kobiet, że negatywnie wpływa na samoocenę i postrzeganie siebie. Normalizacja masy ciała często wymaga długiego czasu, ale zauważone złagodzenie NTM w trakcie odchudzania jest dla chorej motywujące. – Każda pacjentka oczekuje wyleczenia NTM, jednak część chorych zadawała znacząca poprawa uzyskana bez interwencji chirurgicznej – tłumaczy Elżbieta Świeściak. – Ocena efektów prostych zaleceń, takich jak redukcja masy ciała, należy do pacjentek, z których każda będzie inaczej oceniała wyniki i zapewne w innym momencie uzna je za satysfakcjonujące.

Niezależnie od wieku, każda kobieta powinna być więc świadoma faktu, iż utrzymanie prawidłowej masy ciała stanowi istotny element profilaktyki NTM. Stosowanie odpowiedniej diety połączonej z regularną aktywnością fizyczną jest dużo prostsze niż terapia nietrzymania moczu.

– Na szczęście młodsze pokolenie Polek wykształca już prawidłowe nawyki zarówno żywieniowe, jak również sportowe i wśród tej grupy pań nadwagę czy otyłość spotyka się coraz rzadziej. Być może za jakiś czas zniknie więc problem niekorzystnej relacji między otyłością a NTM – twierdzi doktor Mariusz Blewniewski.

Wpływ nietrzymania moczu na życie płciowe

LEK. MED. BARTOSZ DYBOWSKI

KATEDRA I KLINIKA UROLOGII OGÓLNEJ, ONKOLOGICZNEJ I CZYNNOŚCIOWEJ
WARSZAWSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO

OgłaBochnik

Nietrzymanie moczu nie jest schorzeniem zagrażającym życiu lub czynności narządów. Jego szkodliwość wynika z wpływu na różne aspekty życia osoby nim dotkniętej. Wyciekanie moczu może powodować mniejszą wydajność pracy, ograniczenie życia towarzyskiego, obniżenie nastroju. Często odciska też swoje piętno na życiu seksualnym. Akt płciowy jest związany z wysiłkiem fizycznym, podczas którego może dochodzić do popuszczenia moczu, jeśli osoba dotknięta jest

wysiłkowym nietrzymaniem moczu. Z badań populacyjnych wynika, że tego typu sytuacje są dość częste i dotyczą nawet 2% dorosłych kobiet i co najmniej 50% pacjentek zakwalifikowanych do leczenia zabiegowego NTM. W przypadku nietrzymania moczu z parę nagłych stosunek może prowokować skurcze pęcherza objawiające się gwałtowną potrzebą oddania moczu. Efektem tego może być konieczność przzerwania stosunku lub popuszczenie moczu. Takie sytuacje mogą prowadzić do odczuwania niepo-

koju i niechęci przed podejmowaniem współżycia u obojga partnerów. Osoba dotknięta problemem NTM, obawiając się upokorzenia, może mieć trudności z osiągnięciem podniecenia i orgazmu. Im większe jest nasilenie dolegliwości, tym gorzej kobiety oceniają swoje życie seksualne. Z badań wynika również, że upośledzenie funkcji płciowych jest podobne u kobiet z nietrzymaniem wysiłkowym jak i związanym z parciem nagłymi. Nieco pocieszające są wyniki dużych badań ankietowych, z których wy-

nika, że odsetek kobiet współżyjących płciowo jest podobny wśród pań z nietrzymaniem moczu oraz w dobranej pod względem wieku grupie kobiet bez tego problemu. Okazuje się, że dużo większe znaczenie na aktywność seksualną ma stan cywilny kobiety oraz jej wiek. Nietrzymanie moczu może być natomiast przyczyną obniżenia pożądania i satysfakcji ze współżycia.

Niestety ten problem zwykle nie jest poruszany w czasie diagnostyki NTM. Zasadniczym celem lekarza jest określenie rodzaju nietrzymania moczu oraz jego nasilenia, ponieważ od tego uzależniona jest dalsza diagnostyka i leczenie. Istotne jest też ustalenie w jakim stopniu nietrzymanie moczu wpływa na jakość życia. Dla lekarza ważna jest globalna ocena wpływu NTM na jakość życia dokonana przez pacjentkę, stąd pytania sformułowane dość ogólnie np.: „czy NTM jest uciążliwe i jeśli tak to dlaczego?”. Od odpowiedzi na tak postawione pytanie często zależy czy lekarz zaproponuje leczenie operacyjne, czy raczej będzie nakłaniał do podjęcia terapii zachowawczej. W czasie rozmowy kobiety rzadko wspominają o zaburzeniach sfery płciowej powodowanych przez NTM.

Ocena zaburzeń seksualnych u kobiet jest bardziej złożona niż u mężczyzn. Konieczna jest nie tylko wiedza teoretyczna, ale również odpowiednie przygotowanie psychologiczne i doświadczenie. Dlatego trudno oczekiwać, aby urolog lub ginekolog mógł przeprowadzić diagnostykę seksuologiczną u pacjentki z nietrzymaniem moczu. Nie wydaje się to również konieczne. W przypadku współistnienia zaburzeń seksualnych i nietrzymania moczu zwykle chorobą pierwotną jest nietrzymanie moczu. Wyleczenie NTM znamiennie podnosi jakość życia i, co potwierdzają wyniki badań naukowych, istotnie poprawia życie seksualne. Kobiety wyleczone z nietrzymania moczu są jednymi z bardziej szczęśliwych pacjentów opuszczających gabinet urologa.

Aktywne seksualnie kobiety z nietrzymaniem moczu, które są zadowolone ze swojego życia płciowego mogą obawiać się podjęcia decyzji o leczeniu zabiegowym. Niepokój może wynikać z braku wiedzy o nowoczesnych metodach leczenia nietrzymania moczu, a także z opinii kobiet, które w przeszłości poddały się operacjom przezpochwowym z powodu nietrzymania moczu lub zaburzeń statyki narządu rodowego. Wiadomo, że niektóre metody ope-

racyjne stosowane w przypadku wypadania narządu rodowego doprowadzają do istotnego zwężenia przedsionka pochwy, co może utrudniać penetrację lub powodować ból w czasie stosunku. Na szczęście leczenie nietrzymania moczu przy użyciu taśm podcewkowych tylko w nieznacznym stopniu zmienia warunki anatomiczne. Rany operacyjne w pochwie po całkowitym zagojeniu znikają bez śladu i nie są przyczyną dolegliwości w trakcie stosunku. Wprawdzie w dużych grupach pacjentek leczonych zabiegowo zawsze kilka z nich zgłaszało, że po zabiegu jakość współżycia jest gorsza, jednak poza tymi kilkoma wyjątkami kobiety oceniały życie płciowe tak samo lub lepiej niż przez zabiegiem. Porównanie różnych technik zakładania taśmy (TVT, TVT-O, TOT) nie wykazało między nimi różnicy jeśli chodzi o funkcje seksualne po zabiegu.

Wyleczenie NTM znamiennie podnosi jakość życia i istotnie poprawia życie seksualne.

Dla kobiet z NTM o niewielkim nasileniu interesujące mogą być wyniki badań dotyczących stosowania treningu mięśni krocza oraz elektrostymulacji. Udowodniono, że stosowanie ich zmniejszyło liczbę epizodów nietrzymania moczu i jednocześnie poprawiło jakość życia płciowego. Jak zawsze, przy omawianiu tych metod, trzeba podkreślić szczególne znaczenie systematyczności i nieprzerwanego stosowania dla uzyskania trwałych i wyraźnych rezultatów.

Niestety, o wpływie leczenia NTM z parą na życie płciowe wiadomo niewiele, ponieważ temat nie był przedmiotem badań. Skuteczne leczenie parą nagłych jest trudniejsze, a przede wszystkim wymaga stałego, regularnego przyjmowania leków niepozbawionych działań niepożądanych. Czasami trudno przewidzieć efekt leczenia i nie można zagwarantować poprawy komfortu odbywania stosunków płciowych. Ważna jest współpraca z lekarzem i niepoddawanie się po pierwszych niepowodzeniach. Modyfikacja dawki lub zmiana leku często jest w stanie przynieść poprawę.

Kobietom z przetrwałym lub nawrotowym NTM lub oczekującym na operację warto zwrócić uwagę na konieczność opróżniania pęcherza przed stosunkiem oraz dobór odpowiedniej po-

zycji. Ucisk prącia na cewkę i pęcherz moczowy może pobudzać wyciekanie moczu.

Nietrzymanie moczu u mężczyzn występuje co najmniej dwukrotnie rzadziej niż u kobiet. Jednak problem wpływu NTM na aktywność seksualną prawie nie istnieje w literaturze naukowej. Z doświadczenia klinicznego nie wynika, aby dla mężczyzn NTM z parą nagłych stanowiło istotną przeszkodę we współżyciu. Istotne klinicznie wysiłkowe nietrzymanie moczu u mężczyzn jest natomiast najczęściej skutkiem operacji wycięcia gruczołu krokowego w celu leczenia raka tego narządu. W wyniku uszkodzenia nerwów przebiegających po powierzchni gruczołu krokowego może dochodzić do problemów z trzymaniem moczu, ale znacznie częstszym powikłaniem tej operacji jest zanik wzwodów. Tak więc u większości mężczyzn z NTM zasadniczą przeszkodą dla współżycia płciowego są współistniejące prawie zawsze zaburzenia erekcji. Rozwój chirurgii stercza oszczędzającej nerwy spowodował jednak, że coraz częściej będą się pojawiali tacy pacjenci. W jedynym artykule poświęconym tej tematyce stwierdzono, że u znacznej grupy mężczyzn trzymających moczu po radykalnej prostatektomii dochodzi do popuszczania go w czasie gry wstępnej, co jest przyczyną załopotania, frustracji i w efekcie unikania współżycia. Autorzy tego artykułu sugerują stosowanie zacisków na prącie zakładanych podczas gry wstępnej. Te urządzenia, wywierając ucisk na cewkę moczową, powstrzymują wyciek moczu. Wysiłkowe nietrzymanie moczu może być również powikłaniem operacyjnego leczenia łagodnego rozrostu stercza. Zdarza się bardzo rzadko, jednak jeśli jest bardzo nasilone może być konieczne leczenie operacyjne np. za pomocą sztucznego zwieracza lub taśmy podcewkowej. Podobnie jak u kobiet należy się spodziewać znacznej poprawy jakości życia płciowego po skutecznym wyleczeniu NTM. Obecność sztucznego zwieracza nie ma wpływu na czynności seksualne.

Podsumowując, nietrzymanie moczu i zaburzenia sfery płciowej często współistnieją. Właściwe leczenie nietrzymania moczu może zwiększyć satysfakcję z życia płciowego podnosząc ogólną jakość życia, co jest głównym celem terapii NTM.

Skuteczność operacyjnego leczenia NTM - porównanie różnych metod

DR N. MED. ALEKSANDRA BARTUZI, DR N. MED. KONRAD FUTYMA, PROF. DR HAB. N. MED. TOMASZ RECHBERGER

II KATEDRA I KLINIKA GINEKOLOGII UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W LUBLINIE



Wysiłkowe nietrzymanie moczu dotyczy 10 - 60% kobiet w zależności od wieku, stanu hormonalnego, liczby porodów, przebytych operacji, masy ciała i innych czynników ryzyka. Po wykluczeniu przyczyn NTM mieszczących się w akronimie DIAPPERS, leczenie powinno rozpoczynać się od metod zachowawczych (ćwiczenia Kegla, trening pęcherza, biofeedback, ciężarki dopochwowe) i dopiero w przypadku braku poprawy należy zastosować leczenie zabiegowe. W literaturze opisano dotychczas około 200 metod operacyjnego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu (NTM).

Najczęściej wykonywanym zabiegiem, przed erą operacji wykorzystujących syntetyczne materiały protezujące (slingi podcew-

kowe) była plastyka przedniej ściany pochwy (klasyczna operacja Kellego) w różnych modyfikacjach. Z przeglądu 8 badań dotyczących skuteczności leczenia NTM metodą plastyki przedniej w porównaniu z operacją Burcha wynika, że plastyka przednia była skuteczna po roku tylko w 59% w stosunku do 83% efektywności kolposuspensji. Analiza 1088 przypadków zastosowania plastyki przedniej w leczeniu NTM u kobiet wykazała skuteczność tej metody w zakresie od 47% do 72% w obserwacji krótkoterminowej, przy wzroście wskaźnika niepowodzeń wraz z upływem czasu. Dlatego też plastyka przedniej ściany pochwy nie jest aktualnie rekomendowana jako metoda leczenia NTM.

Kolejnym typem operacji wykonywanej w przypadku NTM była kolposuspensja

sposobem Marshall - Marchetti - Krantz (MMK). Jej skuteczność została potwierdzona licznymi badaniami, w których odsetek wyleczeń wynosił 64%. Najczęściej występującym powikłaniem przy zastosowaniu tej metody było zapalenie okostnej spojony łonowej, które dotyczy około 2,5% kobiet. Z kolei operacja metodą Burcha, od czasu wprowadzenia w 1961 roku do połowy lat 90-tych, była najskuteczniejszą metodą leczenia NTM. W długoterminowych obserwacjach odsetek wyleczeń wynosił średnio 70%. Analiza porównawcza obejmująca 2403 kobiety opublikowana w roku 2003 wykazała zdecydowanie niższy odsetek niepowodzeń tej metody w porównaniu z plastyką przednią i zabiegami igłowymi po 5 latach obserwacji. Natomiast badania porównujące skuteczność



zabiegu Burcha z zabiegami slingowymi nie wykazały istotnej różnicy w efektywności klinicznej. W innych badaniach wykazano mniejszy wskaźnik niepowodzeń operacji Burcha w porównaniu z zabiegiem MMK. Dlatego też ta technika kolposuspensji jest również w chwili obecnej jedną z polecanych metod leczenia NTM. Wprowadzona w 1990 roku laparoskopowa modyfikacja operacji Burcha jest metodą mniej inwazyjną, skraca czas hospitalizacji i rekonwalescencji oraz wiąże się z mniejszym nasileniem bólu w okresie pooperacyjnym, przy porównywalnej efektywności obu zabiegów. (Red.: Jednak wg większości badań wyniki odległe laparoskopowej operacji Burcha są gorsze niż otwartej.)

Iniekcje okołocewkowe (autologicznej tkanki tłuszczowej, kolagenu, silikonu, teflonu) stosowane są w przypadku cewki niskociśnieniowej i w przypadku niepowodzenia innych metod leczenia. Wskaźnik wyleczeń waha się od 7% - 83% i maleje z czasem (Red.: skuteczność KAŻDEJ metody operacyjnej spada z upływem czasu) w związku z czym (3) istnieje konieczność powtarzania wstrzyknięć. (Red.: Konieczność ponawiania iniekcji wynika także, a może przede wszystkim, z faktu braku identycznego efektu (wyleczenie) przy zastosowaniu tej samej objętości materiału wstrzykniętego u różnych

pacjentów. Po uzyskaniu jedynie poprawy w 2, a czasem i 3 etapie leczenia pierwotnego „dostrzykuje” się kolejną „porcję“.) Nie ma randomizowanych badań porównujących tą metodę do metod chirurgicznych.

Zabiegi slingowe polegają na podwieszeniu środkowego odcinka cewki moczowej, przy pomocy autologicznych, ksenogenicznych lub syntetycznych materiałów. Zaproponowana przez Ulmstena i wsp. w roku 1996 operacja TVT (tension free vaginal tape) stała się złotym standardem w leczeniu NTM ze względu na prostotę wykonania i wysoką skuteczność, przy stosunkowo krótkiej krzywej uczenia i niskim odsetku istotnych powikłań (1-7%). Skuteczność tej metody w licznych badaniach oceniono na 74% - 85%. Do powikłań występujących najczęściej po tego typu zabiegach należy zaliczyć uszkodzenie pęcherza moczowego, krwawienie, zatrzymanie moczu oraz występowanie de novo objawów charakterystycznych dla pęcherza nadreaktywnego. Randomizowane badanie porównujące TVT z operacją Burcha w dwuletniej obserwacji wykazało, że odsetek wyleczeń wynosi odpowiednio 63% i 51%. W 2001 roku Delorme opisał technikę umieszczania syntetycznej taśmy pod cewką moczową przeprowadzaną z dostępu przez otwory zasłonię

W dwóch opublikowanych badaniach krótkoterminowe wyniki wskazują na 91% - 94% skuteczność tej metody. W licznych badaniach porównujących dostęp przeżasłonowy i załonowy wykazano podobny wskaźnik skuteczności. Nie ma dotychczas wystarczających dowodów na wyższość jednej z metod nad drugą. Częściej występujące uszkodzenie pęcherza moczowego w czasie wykonywania TVT powoduje, że coraz częściej stosowana jest technika TOT.

Najnowszymi i najmniej inwazyjnymi metodami operacyjnymi w leczeniu NTM są minisystemy takie jak np. TVT Secure, TFS czy MiniArc. Ich zaletą jest zmniejszenie zakresu preparatyki tkanek okołopochwowych i eliminacja ryzyka związanego z przeprowadzaniem prowadnic przez przestrzeń załonową lub otwory zasłonię. Ponadto mogą być wykonywane w znieczuleniu miejscowym co znacznie zmniejsza koszty postępowania operacyjnego. Ich rzeczywistą przydatność kliniczną będzie można ocenić po upływie kilku lat wraz ze zdobywaniem dalszych doświadczeń.

Reasumując w chwili obecnej zalecanymi metodami operacyjnymi w leczeniu NTM u kobiet są slingi podcewkowe oraz kolposuspensja sposobem Burcha

Europejski Tydzień Urologiczny

MAGDALENA OWOC

Choroby prostaty, nietrzymanie moczu, zaburzenia erekcji - to schorzenia wstydliwe i często współistniejące. Ponieważ zazwyczaj są lekceważone, wielu mężczyzn nie zgłasza się po fachową pomoc medyczną.

Każdego roku w Europie zostaje wykrywanych ponad 300 tys. przypadków raka prostaty. 1 na 10 mężczyzn około 65 roku życia dotyka problem nietrzymania moczu, a w 2025 roku na dysfunkcję erekcji będzie w Europie cierpieć już ponad 40 milionów osób tej płci!

Europejskie Towarzystwo Urologiczne (EAU) postanowiło przeciwstawić się rosnącym statystykom i przy współpracy ruchu „Europa UOMO” działającego przeciw rakowi prostaty, organizuje Europejski Tydzień Urologiczny.

Wydarzenie odbędzie się w dniach 15 - 19 września i obejmie trzy zagadnienia:

- 15 września będzie poświęcony przeciwdziałaniu chorobom prostaty,
- 17 września poruszony zostanie temat nietrzymania moczu,
- 19 września poświęcony będzie zaburzeniom erekcji.

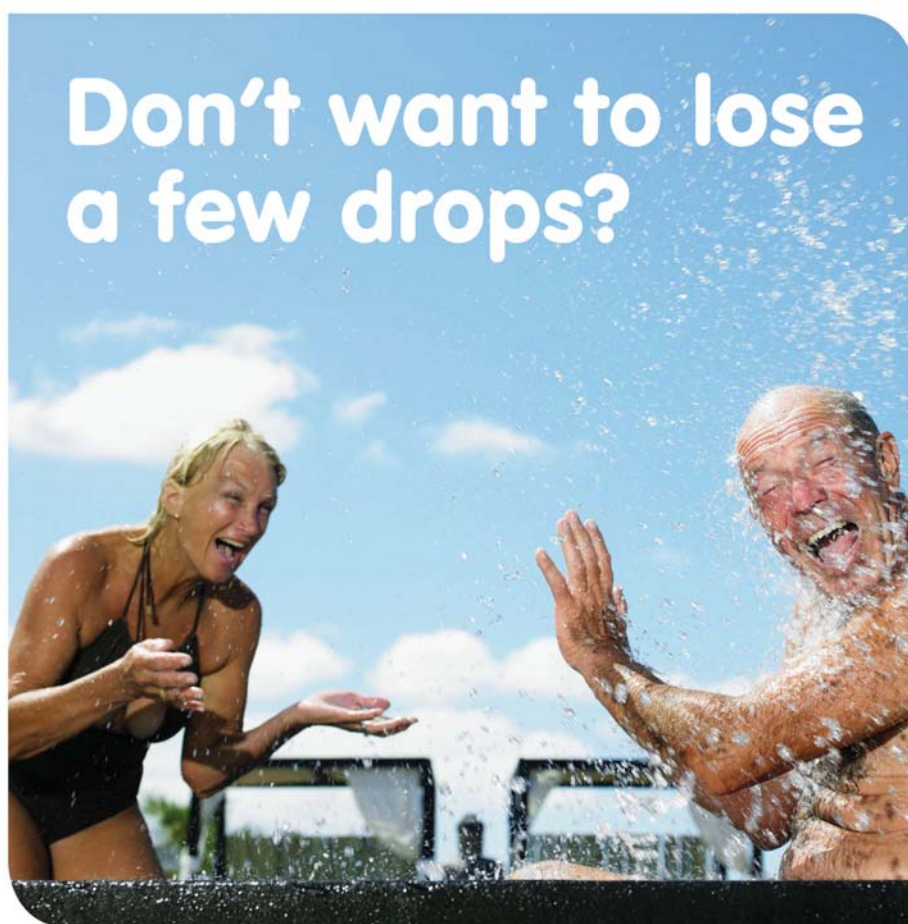
EAU wykorzystując Tydzień Urologiczny jako narzędzie promocyjne, chce uświadomić społeczeństwo i zachęcić cierpiących na te wstydliwe dla wielu dolegliwości do odwiedzania lekarzy - specjalistów. Organizatorzy mają nadzieję, że zdołają dotrzeć z tym przesłaniem zwłaszcza do osób po 50 roku życia, których schorzenia urologiczne dotyczą najczęściej.

Właśnie na tę okazję została uruchomiona strona internetowa

na www.urologyweek.org, na której znaleźć można więcej szczegółowych informacji zarówno o samym Tygodniu Urologicznym, jak i trzech zagadnieniach podczas niego poruszanych.

Polska także włączyła się w organizację Tygodnia Urologicznego w naszym kraju. Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Urologicznego (PTU) zaangażował się w promocję wydarzenia na skalę

ogólnopolską, natomiast oddziały regionalne Towarzystwa mają propagować akcję w swoich regionach. Powstanie specjalna strona internetowa, która będzie zachęcać i informować pacjentów o tematach poruszanych podczas Tygodnia Urologicznego oraz o działaniach PTU. Pojawiają się informacje w prasie, Internecie oraz programy w telewizji.



Nietrzymanie moczu - utrata kontroli nad pęcherzem - jest częstym i zazwyczaj wstydliwym problemem. Chociaż nietrzymanie moczu dotyka milionów ludzi, to nie jest ono normalnym elementem starzenia się, czy nieuchronną konsekwencją porodu i zmian po menopauzie u kobiet. Nietrzymanie moczu jest bowiem schorzeniem natury medycznej, które może mieć różne przyczyny. W wielu sytuacjach nietrzymanie moczu można i trzeba wyleczyć. Jeśli masz kłopoty z kontrolą swojego pęcherza, co utrudnia Ci wykonywanie codziennych czynności, nie zwlekaj z wizytą u specjalisty urologa.

Europejski Tydzień Urologiczny 15-19 września 2008
www.uroweb.org

EAU
 European
 Association
 of Urology

KLINIKA GINEKOLOGII I GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY W WARSZAWIE

Nowoczesne techniki operacyjne w Wojskowym Instytucie Medycznym

JOANNA KAMIŃSKA

W kolejnym artykule z cyklu prezentacji placówek specjalizujących się w leczeniu NTM, przedstawiamy Klinikę Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie. Ośrodek ten ma znaczące osiągnięcia w leczeniu nietrzymania moczu u kobiet.

Lekarze

Klinikę kieruje prof. Włodzimierz Baranowski, specjalista położnictwa i ginekologii oraz specjalista onkologii ginekologicznej, a od 2008 r. prezes - elekt Sekcji Uroginekologii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. W Klinice zatrudnionych jest 17 lekarzy, w tym: jeden doktor habilitowany, sześciu specjalistów ginekologii i położnictwa, jeden konsultant ds. endokrynologii ginekologicznej oraz ośmiu lekarzy w trakcie specjalizacji.

Leczenie

Klinika dysponuje 32 łózkami, dwiema salami operacyjnymi, jedną salą histeroskopową, punktem konsultacyjnym, pracownią urodynamiczną i ultrasonograficzną. Pracownia urodynamiczna wyposażona jest w sprzęt wysokiej jakości. Jej obsadę stanowią czterech wykwalifikowanych asystentów oraz jedna pielęgniarka. W pracowni wykonuje się ponad 500 badań rocznie. Pracownia służy ponadto jako punkt konsultacyjny i poradnia dla kobiet z nietrzymaniem moczu, gdyż zapewnia możliwość wielokrotnych wizyt kontrolnych, w tym pooperacyjnych. Do Kliniki przyjmuje się około 4 tysięcy pacjentek rocznie.

Na podstawie wywiadu oraz wyniku badania urodynamicznego do operacyjnego leczenia nietrzymania moczu kwalifikowanych jest około 220 pacjentek rocznie. Wykonuje się u nich różne operacje z zastosowaniem taśm polipropylenowych. Najpopularniejszymi technikami operacyjnymi są podwieszenie cewki z dostępu przez otwory zasłonięte (około 150 rocznie) oraz z dostępu załonowego (około 70 rocznie). Od listopada 2006 roku

została wprowadzona małoinwazyjna technika implantacji slingu tzw. TVT SECUR, z możliwością przeprowadzenia go w znieczuleniu miejscowym. Do chwili obecnej wykonano około 100 zabiegów tą techniką.

W Klinice pacjentki mogą skorzystać z najnowszych osiągnięć naukowych praktycznych w dziedzinie, chirurgii rekonstrukcyjnej dna miednicy z zastosowaniem materiałów syntetycznych, takich jak siatki polipropylenowe (Prolift) lub ksenogeniczne jak płaty kolagenowe (Pelvicol). W 2007 roku wykonano 200 operacji z zastosowaniem Proliftu, w tym 60 w celu korekcji wypadania narządu rodowego, 90 przy obniżeniu przedniej i 40 przy obniżeniu tylnej ściany pochwy. Z zastosowaniem Pelvicolu przeprowadzono około 40 operacji.

– W ramach badań klinicznych przeprowadzanych w Klinice pacjentki mogą skorzystać z leczenia zaburzeń statyki narządu rodowego oraz wysiłkowego i nagłego nietrzymania moczu. Klinika jest gotowa do wprowadzenia nowych technik operacyjnych. Obecnie trwa rekrutacja pacjentek z ciężką postacią nietrzymania moczu związaną z niewydolnością zwieracza (ISD) do wszczepienia sztucznego zwieracza cewki moczowej lub zastosowania tzw. mikro-balonów – mówi kierownik Kliniki, prof. Baranowski.

Klinika przyjmuje pacjentki z całej Polski, w tym te pacjentki, u których zaistniały trudności diagnostyczne lub dotychczasowe leczenie zakończyło się niepowodzeniem.

Działalność dydaktyczno-naukowa

Profesor Włodzimierz Baranowski jest autorem wielu publikacji dotyczących nietrzymania moczu, technik jego leczenia

oraz współautorem podręczników z zakresu ginekologii i uroginekologii. Dzięki uczestnictwu w międzynarodowych konferencjach i szkoleniach z zakresu diagnostyki i leczenia nietrzymania moczu możliwe jest szkolenie zespołu na światowym poziomie, co umożliwia optymalną pomoc pacjentom.

W Klinice organizowane są liczne kursy, szkolenia i warsztaty jedno lub dwudniowe z udziałem gości z kraju i zagranicy. W 2007r odbyły się kursy: „Małoinwazyjne metody operacyjnego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet - system TVT Secure“, „TVT Secur+IVS“, „IVS“, a także liczne kursy i szkolenia endoskopowe z udziałem między innymi prof. Bettocchi oraz prof. Mirrelli, „Nowoczesne technologie w histeroskopii diagnostycznej i operacyjnej“, „Histeroskopia diagnostyczna i operacyjna“, „Zaawansowane techniki laparoskopowe w ginekologii“, „Therma choice“, oraz II Międzynarodowe Warsztaty Wideochirurgii „Chirurdzy Ginekologom-Ginekologom Chirurgom“. We wszystkich kursach w 2007 roku uczestniczyło ponad 500 osób. Ponadto organizowano indywidualne szkolenia z diagnostyki urodynamicznej.

W bieżącym roku odbyły się również pierwsze warsztaty p.t. „Good urodynamic practice - Dobra praktyka urodynamiczna“, w której uczestniczyło około 30 osób. Asystenci Kliniki biorą udział w wielu szkoleniach i konferencjach krajowych oraz międzynarodowych.

Doktor habilitowana Małgorzata Jerzak bada odpowiedź immunologiczną na obecność siatek polipropylenowych, w tym slingów.



**Klinika Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej
Wojskowy Instytut Medyczny
ul. Szaserów 128
Kierownik Kliniki:
prof. Włodzimierz Baranowski
tel. (22) 68 17 530**

Mięśnie dna miednicy

- budowa i funkcjonowanie

LEK. MED. ELŻBIETA ŚWIEŚCIAK

ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNY SZPITALA BIELAŃSKIEGO IM. KS. J. POPIELUSZKI W WARSZAWIE

Przyjęcie przez człowieka postawy pionowej wymagało wielu zmian ewolucyjnych w systemie podporowym narządów miednicy służących z jednej strony utrzymaniu stałej pozycji tych narządów, z drugiej strony „zamknięciu” miednicy od dołu w celu zapobiegania obniżeniu i wypadaniu narządów z zachowaniem czynności fizjologicznych, jak okresowe oddawanie moczu i stolca. Wyrazem szczególnego przystosowania się anatomii i funkcji kobiecego dna miednicy jest jego adaptacja dla potrzeb odbycia porodu drogami natury z możliwością powrotu do wyjściowego stanu po urodzeniu dziecka.

Podstawową czynnością mięśni jest kurczenie się. W mięśniach poprzecznie prążkowanych funkcja ta jest wywołwana przez motoneurony pobudzające komórki mięśniowe przez synapsy nerwowo - mięśniowe. Grupa motoneuronów jednego mięśnia to jądro ruchowe. Jeden motoneuron i pewna liczba unerwianych przez niego komórek mięśniowych tworzy jednostkę ruchową. Komórki mięśniowe należące do różnych jednostek ruchowych są przemieszane w obrębie mięśnia. Na przekroju poprzecznym mięśnia stwierdza się terytoria jednostek ruchowych, czyli obszary jakie zajmują komórki mięśniowe danej jednostki

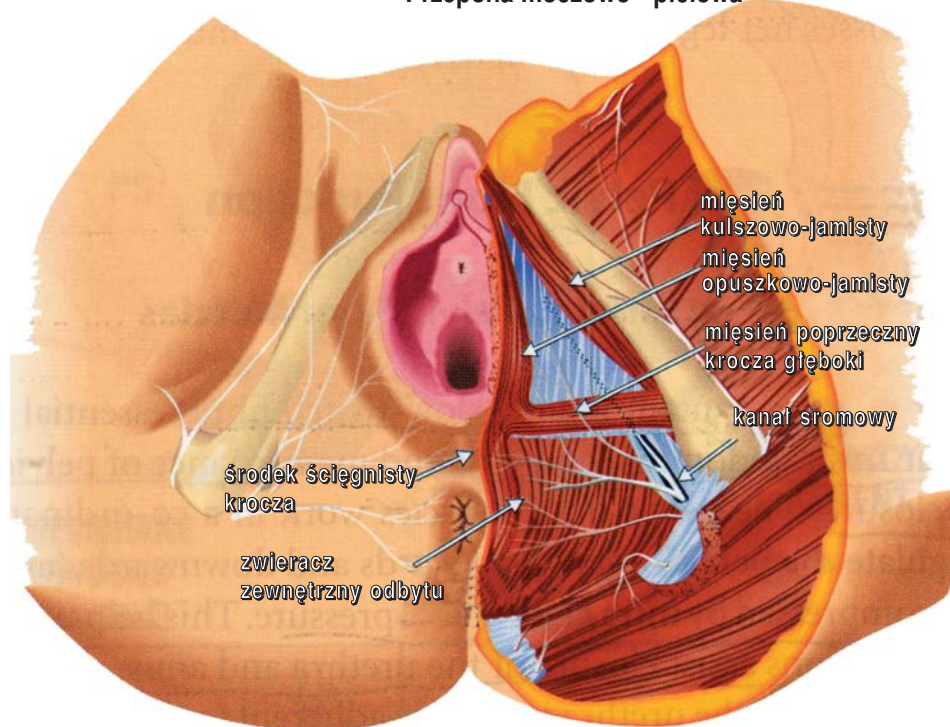
motorycznej. Liczbę komórek mięśniowych poprzecznie prążkowanych unerwianych przez jeden motoneuron nazywa się współczynnikiem unerwienia.

Na podstawie przebiegu skurczu wyróżnia się 3 główne typy jednostek ruchowych: 1/ wolnokurczliwe-S (ang. Slow) zawierające włókna typu I, 2/ szybko kurczliwe, odporne na zmęczenie - FR (ang. Fast Resistant) zawierające włókna typu IIA, 3/ szybko kurczliwe, męczące się - FF zawierające włókna typu IIB (ang. Fast Fatigable).

Prawidłową pozycję i funkcję narządów w miednicy mniejszej warunkują mięśnie, więzadła i powięź tworzące

współdziałający system podporowy i zawieszający. Mięśnie nadają narządom właściwy kształt i wytrzymałość, podczas gdy powięź podpira i stabilizuje pozycję narządów, a więzadła zawieszają je i stanowią punkty łączące narządy z mięśniami. W mięśniówce dna miednicy przeważają włókna wolnokurczliwe nad szybko kurczzącymi się. Dzięki temu możliwe jest utrzymanie pewnego napięcia mięśni dna miednicy w odpowiedzi na istniejące stałe obciążenie włókien ciśnieniem wewnątrzbrzusznym. Jednocześnie obecność włókien typu II umożliwia ich rekrutację w razie potrzeby przeciwstawienia się nagłemu wzrostowi

Przepona moczowo - płciowa



Opr. wł. na podstawie rys. G. Reiffenstuhli, W. Platzer, PG, Knapstein
„Operacje ginekologiczne metodą przezpochwową”, pod red. W. Deca

Mięsień podłużny odbytu tworzy piętro środkowe (łączące); ma kierunek wertykalny i kurcząc się zamyka szyję pęcherza podczas wysiłku, zaś relaksując umożliwia mikcję. Od góry bierze włókna z płaszczyzny dźwigacza, bocznie jest częścią mięśnia łonowo - gu-

Środek ścięgniasty kroczu zlokalizowany w tylnej części kroczu moczo-wopłciowej jest zasadniczym punktem przyczepu dla mięśnia opuszkowo-jamistego, zwieracza zewnętrznego

Niewidoczne mięśnie dna miednicy kobiecej mogą ulegać uszkodzeniom w różnych mechanizmach. Bywa, że u kobiet uraz powstaje również w prze-

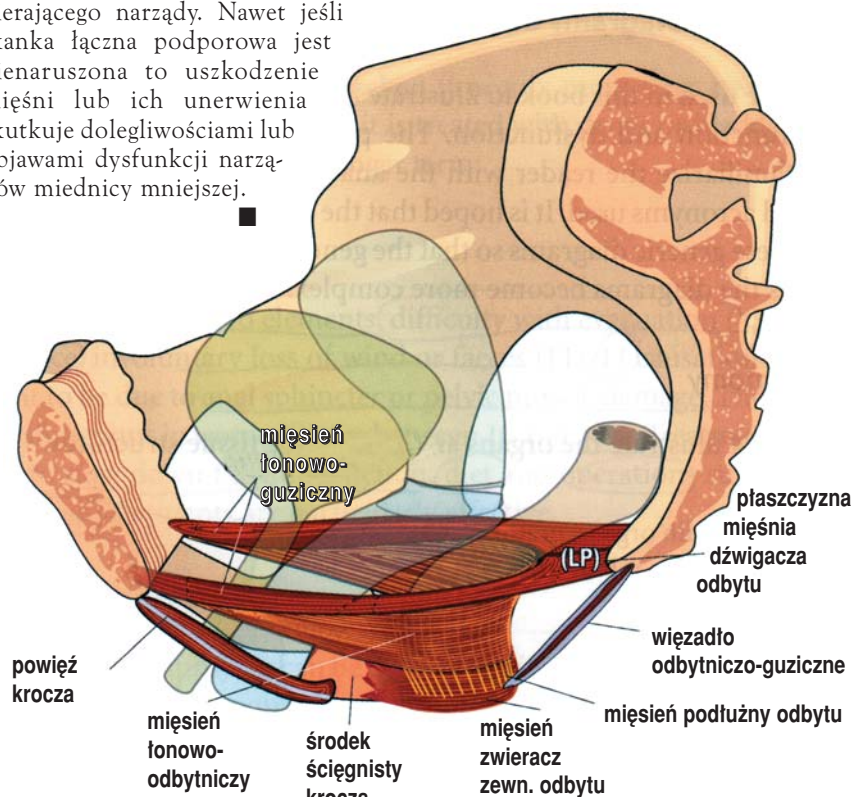
Dpr. wł. na podstawie rys. G. Reiffenstuhl, W. Platzer, P.G. Knapstein
Operacje ginekologiczne metodą przezpochwową", pod red. W. Decca

biegu stanu fizjologicznego jak poród. W następstwie porodu drogami natury uszkodzenie mięśni może być mechaniczne (pęknięcie, rozerwanie), częściej jednak jest wtórne do urazu włókien nerwowych zaopatrujących dany obszar mięśniowy. Znany jest fakt, że rozmiar mechanicznego uszkodzenia mięśnia jest proporcjonalny do pracy, jaką wykonują włókna przesuwając się względem siebie pomnożonej przez pokonaną odległość. Uszkodzenie mechaniczne powstaje, jeśli mięsień rozciągnię się o ponad połowę swojej wyjściowej długości. Z oczywistego powodu nie jest znany stopień rozciągnięcia dźwigacza odbytu w czasie porodu, jednak wiadomo, że w największym stopniu, proporcjonalnym do średnicy główki płodu rozciągają się przyśrodkowe części mięśnia łonowo-guzicznego. Tymczasem w odniesieniu do włókien nerwowych krytyczne rozciągnięcie to 6-22% początkowej długości nerwu. Inną przyczyną uszkodzenia natury neuromięśniowej może być nie tylko nadmierne rozciągnięcie tkanek, ale również ucisk nerwu czy przerwanie jego ciągłości.

Mięśnie dna miednicy reagują aktywnie na zmiany ciśnienia i inne stany dotyczące miednicy. Niestety nie potrafimy naprawiać operacyjnie

uszkodzonych lub zniszczonych mięśni i nerwów somatycznych, które obok powięzi i więzadeł są równie znaczącymi elementami systemu podpierającego narządy. Nawet jeśli tkanka łączna podporowa jest nienaruszona to uszkodzenie mięśni lub ich unerwienia skutkuje dolegliwościami lub objawami dysfunkcji narządów miednicy mniejszej.

Anatomia miednicy



Opr. wł. na podstawie rys. G. Reiffenstuhli, W. Platzer, PG. Knapstein „Operacje ginekologiczne metodą przezpochwową”, pod red. W. Deza

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	67	21 dni	nb*	nb	nb**	nb	nb
Opolskie	65	16	1038	78	do 14 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Małopolskie	143	23	3278	454	do 30 dni	7 dni	nb	7 dni	nb	7 dni
Podkarpackie	233	9	2098	165	14 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Podlaskie	239	5	1194	75	30 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Warmińsko-mazurskie	285	5	1426	116	do 14 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Śląskie	291	16	4660	544	nb	nb	nb	nb	nb	nb
Świętokrzyskie	319	4	1277	263	14 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Łódzkie	512	5	2559	170	21 dni	1 mc	nb	nb	nb	nb
Kujawsko-pomorskie	517	4	2066	79	nb	nb	nb	nb	nb	nb
Lubelskie	542	4	2168	233	21 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Wielkopolskie	564	6	3386	224	14 dni	1 mc	nb	nb	nb	nb
Dolnośląskie	720	4	2880	145	do 21 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Zachodniopomorskie	846	2	1693	108	14 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Mazowieckie	863	6	5176	226	21 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Pomorskie	2204	1	2204	113	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, * dzieci na bieżąco, dorośli - 3 mc; ** wózki inwalidzkie, indywidualne przedmioty pionizujące - 1 mc

Opr. K. Ciepiela na podstawie danych z oddziałów NFZ



Z ANDRZЕJEM PIWOWARSKIM
PREZЕSEM ZARZĄDU GŁÓWNEGO POLSKIEGO
TOWARZYSTWA STOMIJNEGO POL-ILKO

ROZMAWIA KAROLINA PARADOWSKA

O zmianach w Polskim Towarzystwie Stomijnym POL-ILKO

ki nad Chorymi ze Stomią POL-ILKO na Polskie Towarzystwo Stomijne?

- Zmiana nazwy to wynik dyskusji wśród naszych członków oraz zmiana pozycji osób ze stomią. W latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych naszym celem była walka o dostęp do sprzętu stomijnego, refundację oraz jednolite limity dla całego kraju. W obecnym czasie naszym podstawowym celem jest organizowanie ruchu stomijnego, lobbying na rzecz osób ze stomią, działania profilaktyczne, promujące zdrowie, a także integrowanie środowiska oraz współpraca z innymi organizacjami pozarządowymi działającymi na rzecz pacjentów.

Ponadto jest to ogólny trend na nazwę krajowych organizacji stomijnych skupionych w Europejskim Stowarzyszeniu Stomijnym (EOA) - Czech ILCO, Deutche ILCO, Latvian Ostomy Association. Polskie Towarzystwo Stomijne POL-ILKO - to chyba dobra nazwa.

- Zlikwidowali Państwo Oddziały POL-ILKO w Lublinie i Opolu. Dlaczego?

- Likwidacja oddziałów w Lublinie oraz Opolu była konsekwencją niespełnienia przez te oddziały wymagań statutowych. Podstawowym wymogiem jest, aby w oddziale było minimum 25 członków i kilka aktywnych osób, które poprowadzą działalność oddziału. Niestety z tą aktywnością społeczną wśród Polaków nie jest jeszcze tak dobrze.

- Jaka jest historia dnia 5 października, od niedawna ustanowionego „Dniem Stomika“?

- Dzień Stomika to próba przełożenia obchodów święta wszystkich osób ze stomią wzorem EOA (Światowego Stowarzyszenia Stomijnego), które organizuje co trzy lata obchody Światowego Dnia Stomika (World Ostomy Day - WOD). My chcieliśmy, aby to święto było okazją do integracji środowiska stomików oraz stało się czymś w rodzaju apelu do wszystkich zdrowych o właściwą profilaktykę w kierunku raka jelita grubego.

- Czy obecny Zarząd ma już konkretne plany w zakresie walki o prawa stomików?

- Oczywiście celem zarządu jest troska o jak najlepsze funkcjonowanie w życiu

społecznym, osobistym i zawodowym osób ze stomią. Naszym priorytetem jest przede wszystkim uświadamianie osób decydujących o sprawach finansowych i merytorycznych w Ministerstwie Zdrowia, jakie są potrzeby stomików. Chcielibyśmy aby limity zostały podniesione chociaż o stawkę VAT-u (7%), który został wprowadzony po wejściu Polski do UE. Ponadto same limity obowiązują już 5 rok (od 2004 roku). Mamy też kilka pomysłów na aktywizację środowiska osób ze stomią. Powiedzmy, że najwcześniej za dwa lata zobaczymy, co z tych planów uda się zrealizować.

- Na początku tego roku POL-ILKO bardzo głośno protestowało po opublikowaniu projektu nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia dot. zasad refundacji przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych. Czy domagając się utrzymania dotychczasowych zasad refundacji produktów stomijnych uważacie, że aktualne rozwiązania są dla Was optymalne?

- Rozwijając ten wątek uważam, że najlepszym rozwiązaniem byłoby zniesienie limitów na sprzęt stomijny. Należałoby zrobić tylko odpowiednią symulację oraz kalkulację kosztów i przedstawić w NFZ i MZ. Zatem to, co realne to zwiększenie limitów o 10 - 20% oraz przekonanie, że wprowadzanie częściowej odpłatności w zależności od stopnia niepełnosprawności nie jest dobrym rozwiązaniem. Najbardziej odczuwalne byłoby to dla ludzi biednych oraz mieszkańców małych miejscowości i na wsi.

- Jak wyobraża Pan sobie sytuację Stowarzyszenia pod koniec swojej kadencji?

- Przede wszystkim myślę o zwiększeniu liczby członków POL-ILKO o 40%. Limity sprzętu stomijnego są zwiększone o 25%. W przygotowaniu jest Biuro Zarządu Głównego, które przejmie prace organizacyjne. Obroty roczne POL-ILKO są w granicach kilku mln złotych. Znaczna część środków pozyskiwana jest z 1% oraz dotacji krajowych i zagranicznych. Towarzystwo wydaje własne pismo. Zaangażowani jesteśmy w kilka kampanii społecznych. Media stają się przychylnie tematowi raka jelita grubego oraz osobom ze stomią. Science fiction?!? Zobaczymy.

- Niedawno zakończyła się kadencja poprzedniego Zarządu, oprócz osób zmienili Państwo również statut. Jakie skutki, w Pana oczekiwaniu, mają przynieść te zmiany?

- Zmiana statutu podyktowana była kilkoma względami. Przede wszystkim poprzedni statut rejestrowany był w roku 1987. Jak wiemy przez ten czas bardzo wiele się zmieniło. Największa zmiana nastąpiła w chwili wejścia w życie Ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie z dnia 24 kwietnia 2004 roku. Nasz statut wymagał zasadniczych poprawek, abyśmy mogli starać się o status organizacji pożytku publicznego. Wprowadzono też kolejną kategorię członków - członków wspierających.

- Czy ma Pan zamiar kontynuować strategię poprzedniego Zarządu? Czy może postanowienie uzyskania statusu organizacji pożytku publicznego jest początkiem „wielkich zmian“?

- Mam wielki szacunek do działań poprzedników z Zarządu Głównego POL-ILKO. Ale także do wcześniejszych władz Towarzystwa, a przede wszystkim Aliny Matysiak. Będziemy chcieli kontynuować dobre wzorce wcześniejszych zarządów oraz współpracę z producentami i przedstawicielami firm stomijnych. Myślę, że będziemy chcieli zaangażować profesjonalną firmę, która by poprowadziła dla nas kilka projektów. Myślimy także o wprowadzeniu legitymacji dla członków, a może nawet odznace?

- Czym spowodowana jest zmiana nazwy Stowarzyszenia z Polskiego Towarzystwa Opie-

Na czyją pomoc mogą liczyć osoby niesamodzielne?

GRAZYNA ŚMIAROWSKA



Dwa lata temu wydawało się, że wprowadzenie systemu ubezpieczeń na wypadek niesamodzielnosci jest niekwestionowaną koniecznością, a czasu na dostosowanie systemu nie było dużo. Jednakże zawirowania polityczne zmieniły priorytety.

Zastanawiam się, co musi się wydarzyć żeby problem ludzi najsłabszych tj. niezdolnych do samodzielnej egzystencji stał się przedmiotem zainteresowania społecznego. Praktyka mi podpowiada, że nieszczęścia dobrze się pokazują. I może to jedyna droga.

A jaka jest rzeczywistość? Coraz lepiej funkcjonujące instytucje służby zdrowia czy pomocy społecznej i coraz gorsza opieka nad człowiekiem potrzebującym pomocy z tytułu niesamodzielnosci.

Instytucji niosących pomoc jest kilka - oto niektóre z nich:

Pomoc społeczna teoretycznie zajmuje się osobami z ograniczeniami spowodowanymi wiekiem, a w praktyce z opieki tej korzysta wiele osób przewlekle chorych. Natomiast standardy opieki dotyczą tylko pierwszej grupy. Co to oznacza? Brak jest odpowiedniej pielęgnacji i opieki medycznej adekwatnej do potrzeb.

Służba zdrowia to zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i opiekuńczo - lecznicze sprawu-

ją opiekę nad osobami przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi. Ich liczba w Polsce jest kroplą w morzu potrzeb. Płatnik, czyli Narodowy Fundusz Zdrowia ograniczył pomoc tych instytucji tylko w stosunku do osób całkowicie niezdolnych do samodzielnej egzystencji i to przez okres od 3 do 6 miesięcy. Efekt jest taki, że jeżeli nawet uda się przywrócić pacjentowi nawet ograniczoną samodzielność to luka w systemie, polegająca na braku długoterminowych placówek rehabilitacyjnych i terapeutycznych, zaprzecza osiągnięte cele. Ponadto niedoszacowanie kosztów ich utrzymania powoduje wiele dramatycznych sytuacji.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych - wypłaca każdemu, kto ukończył 75 rok życia dodatek pielęgnacyjny w wysokości 150 zł miesięcznie, co niekiedy jest sumą niewystarczającą nawet na opłacenie podstawowych leków. ZUS ustala także stopień inwalidztwa i przyznaje rentę na poziomie najniższego wynagrodzenia - a przecież człowiek niepełnosprawny poza potrzebami wynikającymi z podstawowej egzystencji musi korzystać ze świadczeń zdrowotnych w zwiększonym zakresie.

Instytucje pozarządowe - wspomagają system. Rola ich jest znacząca. Próbuja one zwrócić uwagę decydentów na określone

problemy osób chorych. Jednakże borykają się z zebraniem odpowiedniego lobby lub z barierami administracyjnymi w pozyskiwaniu funduszy.

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych - ukierunkowany jest na pomoc tylko osobom z orzeczoną stopniem niepełnosprawności. Czyli także zabezpiecza tylko pewien fragment potrzeb.

Reasumując - pacjent przewlekle chory trafia na pomoc w zależności nie od potrzeb, ale od podaży lokalnego rynku. Jeżeli w danym powiecie znajduje się zakład opiekuńczo - leczniczy to trafia do niego, jeżeli dom pomocy społecznej lub oddział opieki paliatywnej, to te instytucje zapewnią mu pomoc. A przecież każda z tych instytucji udziela innego zakresu świadczeń.

Brak jest koordynacji opieki i przeniesienia punktu zainteresowania organizatorów systemu z instytucji na osoby wymagające pomocy. Brak jest odpowiedniej profesjonalnej informacji o zakresie i formach pomocy dla osoby niesamodzielnej. Wyboru o rodzaju świadczenia dokonuje rodzina lub opiekunowie, którzy zupełnie nie mają rozeznania na rynku świadczeń.

Założeniem planowanej ustawy było zapewnienie w stopniu podstawowym potrzeb osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, czyli osób, które w wyniku utraty niezależności fizycznej, psychicznej lub umysłowej w następstwie chorób lub urazów wymagają niezbędnej opieki i pomocy w codziennych czynnościach życiowych. To założenie dotyczyło miało zapewnienia potrzeb osób a nie instytucji. Pomoc mogłaby być udzielana w każdym miejscu gdzie znajduje się osoba wymagająca wsparcia czyli: w domu, w domu pomocy społecznej, w zakładach opieki długoterminowej. Przewiduje się, że opieka mogłaby być sprawowana zarówno przez przygotowaną wcześniej rodzinę jak i profesjonalistów.

Podstawą ubezpieczenia pielęgnacyjnego byłaby zasada solidaryzmu społecznego, podobnie jak w ubezpieczeniu zdrowotnym, rentowym czy wypadkowym. Poza tym, każdy ubezpieczony miałby prawo wyboru świadczeniodawcy. Obowiązywałaby zasada prymatu opieki i pielęgnacji domowej nad innymi formami udzielania świadczeń z ubezpieczenia pielęgnacyjnego.

Jako współautorce projektu ustawy pielęgnacyjnej łatwiej byłoby mi zrozumieć, gdyby ustawa nie została wprowadzona ze względu na zawarte w niej błędy merytoryczne. Jednak nikt nie kwestionował proponowanych w ustawie rozwiązań. Znacznie trudniej zrozumieć zasadę „nie bo nie“.

Stowarzyszenie na Rzecz Chorych Długotrwale Unieruchomionych „Niebieski Parasol”

Zawód: opiekun medyczny

MARTA ZEGLIŃSKA



Stowarzyszenie na Rzecz Chorych Długotrwale Unieruchomionych „Niebieski Parasol” powstało w 1995 roku w Olsztynie. Organizacja działa na terenie województwa warmińsko-mazurskiego. Stowarzyszenie jest ukierunkowane na współpracę z władzami samorządowymi, Narodowym Funduszem Zdrowia, Ministerstwem Zdrowia, Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej oraz innymi instytucjami państwowymi i organizacjami pozarządowymi działającymi na rzecz osób niepełnosprawnych.

Działalność Stowarzyszenia

Z pomocy „Niebieskiego Parasola” korzysta rocznie około 1300 osób niepełnosprawnych, obłożnie chorych i w podeszłym wieku. Są to przeważnie osoby przewlekłe chore, które nie kwalifikują się do hospitalizacji, a wymagają kontynuacji opieki pielęgniarskiej, lekarskiej, czy rehabilitacyjnej. Działalność statutowa Stowarzyszenia realizowana jest dzięki Centrum Opieki Długoterminowej i Rehabilitacji w Olsztynie. Centrum zapewnia profesjonalną pielęgnację, usługi opiekuńcze i rehabilitację.

Za najważniejsze cele Stowarzyszenia należy uznać promowanie w Polsce nowych form opieki nad osobami przewlekłymi, ze szczególnym zwróceniem uwagi na potrzeby osób w podeszłym wieku oraz stworzenia wzorcowej placówki świadczącej kompleksową opiekę długoterminową. Elżbieta Szwalkiewicz - prezes Stowarzyszenia i zarazem Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Przewlekłe Chorych i Niepełnosprawnych wymienia cztery główne kierunki działalności „Niebieskiego Parasola”. Są to: promowanie opieki długoterminowej na wysokim poziomie, stworzenie wzorcowego zakładu opieki i bazy edukacyjnej dla opiekunów medycznych oraz jego promocja w przyszłości. Jak również wspieranie inicjatyw mających na celu poprawę jakości opieki długoterminowej.

Wszystkie pola działalności Stowarzyszenia celują w zwiększenie aktywności życiowej i zaradności osób niepełnosprawnych, zwiększenia wydolności opiekuńczej rodziny oraz poprawy jakości opieki zdrowotnej nad tymi osobami. Elżbieta Szwalkiewicz zwraca uwagę na fakt, że struktura opieki medycznej w Polsce skupia się na krótkoterminowej pomocy chorym. Brak jest tradycji i uporządkowanych zasad postępowania i opieki dla osób, które doznały trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Finanse

Prezes Szwalkiewicz opowiada o problemach Stowarzyszenia z uzyskaniem środków z funduszy unijnych i braku wyobraźni urzędników kwalifikujących organizacje pozarządowe do poszczególnych projektów. Szczególnie bolesny jest fakt, że działalność „Niebieskiego Parasola” w większości przypadków nie mieści się w strategii wykorzystania funduszy. Skala problemu jest tak ogromna, że budzi strach i bezradność. Zwłaszcza, że brakuje jakiegokolwiek skoordynowania w tym zakresie - dodaje. Z powodu niedoszacowania stawek wypłacanych przez NFZ, a pośrednio braku jednoznacznej polityki społecznej i zainteresowania państwa w temacie opieki długoterminowej prowadzone przez stowarzyszenie Centrum Opieki Długoterminowej i Rehabilitacji popadło w długi. Dlatego też władze Stowarzyszenia zostały zmuszone do restrukturyzacji statutu i powołania spółki pod nazwą Opieka Długoterminowa, która prowadzi niepubliczny zakład opieki długoterminowej i rehabilitacji.

Zawód: opiekun medyczny

Stowarzyszenie „Niebieski Parasol” jest w trakcie realizacji projektu otwarcia w Karolewie domu pielęgnacyjnego. Prezes Stowarzyszenia podkreśla, że będzie to baza kształcenia opiekuna medyczne-

go, który miałby wspomóc w pracy pielęgniarki. Jak wiadomo polskie społeczeństwo starzeje się, a szkoły pielęgniarstwa mają coraz mniej absolwentów. Dlatego Stowarzyszenie zaangażowało się w promowanie nowego zawodu, a także stworzenia etosu tego zawodu, zakresu zadań i odpowiedzialności.

Karolewo ma być miejscem wymiany poglądów i doświadczeń. Ma wyznaczać standardy pracy opiekunów medycznych i propagować kompleksową opiekę długoterminową. To tutaj mają się spotykać wolontariusze z różnych krajów i współuczestniczyć w unowocześnianiu procedur opieki długoterminowej w Polsce. Obecnie „Niebieski Parasol” poszukuje sponsorów, którzy pomogą wyremontować i wyposażać budynek w Karolewie.

Opieka kompensacyjna

Kształcenie opiekunów medycznych w Karolewie będzie ukierunkowane przez koncepcję pielęgnacji opracowaną przez Elżbietę Szwalkiewicz. Pielęgnacja kompensacyjna została utworzona na bazie kilku teorii pielęgnowania.

Opiekun medyczny jest potrzebny, aby zapewnić osobom niesamodzielnym pomoc w zaspokojeniu podstawowych potrzeb życiowych i społecznych. Z powodu braku pieniędzy i kadry często pielęgniarcom nie starcza czasu, aby zapewnić pacjentom ten rodzaj pomocy. Zawód opiekuna medycznego ma wypełnić tę lukę i wskazać alternatywę osobom, które trwale utraciły zdrowie. Opiekuni medyczni mają w przyszłości pomóc kompensować pacjentom utraconą sprawność, i odnaleźć się w nowej sytuacji życiowej oraz zapobiegać zagrożeniu powikłań zdrowotnych.

Prezes Szwalkiewicz zwraca uwagę na fakt, że od powstania „Niebieskiego Parasola” wiele się w Polsce zmieniło. Choć są to zmiany zauważalne z perspektywy wielu lat, to pozwalają mieć nadzieję, że społeczeństwo dojrzeje do powagi tematu kompleksowej opieki długoterminowej.

Ministerstwo obiecuje zmiany na jesieni

MAGDALENA OWOC



Dla wielu osób przewlekle chorych, starszych i niepełnosprawnych, które na co dzień korzystają z przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych nadchodzi szansa na poprawę jakości życia.

15. stycznia br. Ministerstwo Zdrowia opublikowało na swojej stronie internetowej projekt nowelizacji rozporządzenia w sprawie przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych. Regulacja była długo wyczekiwana, wręcz upragniona przez liczne środowiska pacjenckie, organizacje

niepełnosprawnych oraz starszych i schorowanych ludzi. Dla wielu z tych osób sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze stanowią podstawowy warunek do normalnego funkcjonowania, a zarazem są problemem nie jedynie natury medycznej i społecznej, ale także finansowej.

Zainteresowanie nowym projektem okazało się ogromne, ponieważ obecnie obowiązujący akt prawny z 14 grudnia 2004 roku w rzeczywistości nie był nowelizowany od końca lat 90

i stał się jedynie kalką wcześniejszej regulacji, przez co nie wprowadzał żadnych istotnych zmian. A zmiany w zaopatrzeniu są potrzebne, świadczą o tym chociażby standardy utrzymywane w krajach zachodnich.

Publikując projekt nowelizacji rozporządzenia 15 stycznia, przekazano go jednocześnie do konsultacji społecznych. Po zasięgnięciu opinii zewnętrznych organizacji i towarzystw pacjenckich, do Ministerstwa Zdrowia wpłynęło bardzo wiele pism, które generalnie negatywnie odniosły się do przedstawionych zmian. Propozycja nowej

regulacji została również przekazana pod obrady Komisji Polityki Społecznej i Rodziny, która zebrała się 22 kwietnia br. Posiedzenie pod przewodnictwem posła Sławomira Piechoty (PO) zakończyło się stwierdzeniem wiceministra Twardowskiego: – *Mamy nadzieję wprowadzić nasze rozporządzenie już jesienią tego roku po to, by NFZ kontraktując działania na 2009 r. mógł już to robić na nowych zasadach.*

Niestety o dalszych pracach nad projektem zrobiło się cicho, pomimo tego, że mamy już sierpień. Postanowiliśmy więc sprawdzić u źródła, jak zapewnienia i ambicje decydentów mają się do rzeczywistych działań resortu. Jakub Gołąb, Rzecznik Prasowy Ministerstwa Zdrowia udzielił nam odpowiedzi na to nurtujące pytanie: – *Prace nad tym projektem rozporządzenia nadal trwają. Skorygowany projekt zostanie ponownie przekazany do akceptacji do środowisk, które zgłosiły uwagi, co może nastąpić na początku września br. Udzielenie szczegółowych informacji na temat projektu rozporządzenia możliwe będzie po zakończeniu prac.*

Wynika z tego, że jeśli regulacja zostanie skierowana do konsultacji społecznych z początkiem września, to jest spora szansa, że nowy projekt rzeczywiście ujrzy światło dzienne jesienią tego roku, a zacznie obowiązywać jeszcze w 2009 roku. Co jest bardzo dobrą wiadomością dla oczekujących niepełnosprawnych. Miejmy nadzieję, że Ministerstwo tym razem spełni obietnice, a projekt zaspokoi oczekiwania chorych.

Nieczytelne Zarządzenie NFZ

■ 18 czerwca 2008 roku weszło w życie Zarządzenie nr 35 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, które dotyczy m.in. zasad odbioru przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych.

Według § 20 ust. 8 powyższego zarządzenia „potwierdzenia odbioru przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego dokonuje świadczeniobiorca lub w jego imieniu przedstawiciel ustawowy albo inna osoba na podstawie: 1) Pisemnego upoważnienia wystawionego przez świadczeniobiorcę lub 2) zaświadczenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego o stanie zdrowia świadczeniobiorcy uniemożliwiającym wystawienie przez niego zlecenia,„. Co oznacza, że zgodnie z nową re-



gulacją osoba niepełnosprawna i/lub przewlekle chora, która ze względu na swój stan zdrowia nie jest w stanie sama zrealizować zlecenia, jest zobowiązana do wystawienia innej osobie pisemnego upoważnienia do wykonania tej czynności. Wówczas gdy pacjent sam nie może tego zrobić, zaświadczenie musi wypisać lekarz. Ile to rodzi problemów i niepotrzebnych komplikacji dla osób, które co miesiąc zakupują produkty absorpcyjne, chyba nikomu nie trzeba tłumaczyć.

Po wejściu w życie powyższego zarządzenia rozpetęła się medialna dyskusja. Prasa,

radio i telewizja bardzo mocno skrytykowały postępowanie Narodowego Funduszu Zdrowia wobec osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych.

W odpowiedzi na te zarzuty NFZ opublikował oficjalny komunikat, w którym wyjaśniono najbardziej kontrowersyjne kwestie. W komunikacie czytamy, że „refundowane środki pomocnicze wydawane co miesiąc (zestawy infuzyjne, cewniki, worki do zbiórki moczu, pieluchy) może odbierać sam pacjent lub każda inna osoba w jego imieniu bez konieczności posiadania upoważnienia. Pozostałe środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne, wydawane rzadziej niż co miesiąc, może odebrać sam pacjent lub osoba posiadająca pisemne upoważnienie od pacjenta w dowolnej formie (NFZ nie narzuca żadnych druków czy formularzy). Jeśli stan zdrowia pacjenta uniemożliwia wypisanie upoważnienia, wówczas wystarcza zaświadczenie lekarza, że stan pacjenta uniemożliwia mu pisanie.“

JK



Magdalena Lasota

NFZ dopłaca do dwóch aparatów słuchowych

JOANNA KAMIŃSKA

Historia Pana Krzysztofa Kobusa, którą opisujemy poniżej udowadnia, że konsekwencja i upór jednej osoby niepełnosprawnej jest w stanie doprowadzić do zmiany interpretacji kontrowersyjnych przepisów.

Pan Krzysztof Kobus z Łodzi od urodzenia niedosłyszy na dwoje uszu. Ponieważ jest on osobą bezrobotną, to wedle polskiego prawa przysługuje mu refundacja jedynie na jeden aparat słuchowy (szerzej na ten temat pisaliśmy w nr 18 i 19 Kwartalnika NTM). Lekarz laryngolog, do którego się zwrócił, wystawił mu wniosek tylko na jeden aparat, mimo bezwzględnej konieczności korzystania z dwóch.

Pogłębiające się problemy ze słuchem miały diametralny wpływ na życie pana Krzysztofa. – *Niedosłuch sprawił, że stałem się bardziej nerwowy, zacząłem unikać ludzi, wpadłem w depresję, co w rezultacie spowodowało, że odszedłem z pracy, a atmosfera w domu stała się nerwowa* – opowiada. W końcu pan Krzysztof uświadomił sobie, że niezbędne są mu aparaty słuchowe, rozpoczął więc starania o ich uzyskanie.

Pierwszym etapem była wizyta u lekarza pierwszego kontaktu, który skierował go laryngologa. Specjalista po przeprowadzeniu badania, które wykazało obustronny niedosłuch wystawił wniosek i skierował do punktu protetycznego. – *Jakież było moje zdziwienie, kiedy w punkcie protezowania słuchu poinformowano mnie, że przysługuje mi tylko jeden aparat słuchowy, czego potwierdzeniem jest posiadany wniosek*. Odwiedził kilka punktów protezycznych, ale wszędzie uzyskiwał taką samą odpowiedź. Tylko w jednym punkcie zaproponowano mu dwa aparaty, pod wa-

runkiem dostarczenia odpowiedniego wniosku. – *Wróciłem do lekarza laryngologa, który stwierdził, że dwa aparaty przysługują jedynie osobom czynnym zawodowo* – dodaje. Nie dosłyszał na dwoje uszu, nie wyobrażał więc sobie, że miałby nosić aparat tylko na jednym uchu.

Od tego momentu rozpoczęła się długa batalia z aparatem administracyjno-państwowym. – *Nie mogłem zrozumieć skąd pomyśl tylko na jeden aparat. Miałem poczucie braku równych szans i postanowiłem walczyć o swoje prawa. Rozpocząłem od gruntownego zapoznania się z przepisami stanowiącymi o refundacji aparatów słuchowych*. Pierwsze kroki pan Krzysztof skierował do Rzecznika Praw Pacjenta z Łódzkiego Oddziału NFZ, który przyznał mu rację i skierował sprawę do Ministerstwa Zdrowia. Pan Krzysztof jednak nie do końca wierzył, że tą drogą uda się coś wywalczyć, podjął więc dodatkowe starania. Skontaktował się z przedstawicielami centrali NFZ w Warszawie oraz urzędnikami z Ministerstwa Zdrowia. Niestety nie dało to żadnego rezultatu.

Pan Krzysztof jednak nie poddawał się i postanowił szukać innej drogi - poprzez lokalnych przedstawicieli władzy. O interwencję w swojej sprawie zwrócił się do posłanki Joanny Skrzydlewskiej z Platformy Obywatelskiej. Pani poseł przyznała mu rację i wystosowała do Ministra Zdrowia interpelację w/s wydania przez MZ wykładni pojęcia „osoby czynne zawodowo” (interpelacja nr 249 z dn. 7 grudnia 2007r.). W interpelacji tej poseł Skrzydlewska prosi także o wyjaśnienie - czy w grupie osób czynnych zawodowo (zgodnie z rozporządzeniem) mieszczą się również osoby bezrobotne, zarejestrowane w urzędach pracy.

W międzyczasie pan Krzysztof został wezwany do Łódzkiego Oddziału NFZ, gdzie poinformowano go, że w drodze wyjątku dyrekcja wyraziła zgodę na dofinansowanie do dwóch aparatów słuchowych. Mimo przychylniej decyzji pan Krzysztof wiedział, że powinien walczyć dalej, ponieważ w podobnej sytuacji znajduje się wiele innych osób niedosłyszących.

Po miesiącu (2 stycznia 2008r.) nadeszło oficjalne pismo Ministra Zdrowia będące odpowiedzią na interpelację poseł Skrzydlewskiej. Jednoznacznie wynika z niego, że osoba „czynna zawodowo” to osoba, która wykonuje jakąś czynność, jest aktywna i skłonna do działania. A zatem również osoba bezrobotna, która poszukuje pracy jest osobą „czynną zawodowo”. W związku z powyższym osobom tym przy obustronnym niedosłuchu przysługuje prawo do refundacji dwóch aparatów słuchowych. Refundacja przysługuje także „aktywnym” emerytom i rencistom.

Pan Krzysztof podjął szereg działań mających na celu rozpowszechnienie tej informacji. Wziął udział w programie telewizyjnym oraz przekazał pisma do organizacji pacjenckich skupiających osoby niedosłyszące. Zaczęło się dla niego zupełnie inne życie. – *Dzięki aparatom słuchowym odzyskałem sprawność, nabrałem chęci do życia i działania. Znowu zaczęły mnie cieszyć kontakty z ludźmi* – opowiada.

Postawa pana Krzysztofa napawa nas wszystkim optymizmem, że są jeszcze osoby, które mimo niepełnosprawności chcą walczyć o prawa swoje i innych. Daje również nadzieję, że pojedyncza jednostka jest w stanie wywrzeć wpływ na wysokie organy decyzyjne.

Smuci natomiast fakt, że mimo istnienia oficjalnej interpretacji zwrotu „czynny zawodowo”, osoby niepracujące mające obustronny ubytek słuchu ciągle otrzymują refundację tylko na jeden aparat słuchowy. Lekarze laryngolodzy, pracownicy punktów protetycznych oraz urzędnicy NFZ często nie wiedzą, że osobom tym przysługuje pełne prawo do refundacji dwóch aparatów słuchowych.

Liczne organizacje pacjenckie występowały do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o pełne wykreślenie z rozporządzenia dot. przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych myślnego zwrotu „osób czynnych zawodowo”. Miejmy nadzieję, że w przygotowywanym projekcie rozporządzenia zwrot ten zostanie usunięty i już żadna osoba niedosłysząca nie będzie musiała powielać wysiłków pana Krzysztofa.

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: +48 42 686 04 71
e-mail: igp@csk.umed.lodz.pl

Organizator Sympozjum:

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

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

Operacje z użyciem taśm na Dolnym Śląsku

KAROLINA PARADOWSKA

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

Według zebranych danych na Dolnym Śląsku wykonuje się około 470 zabiegów rocznie. Najwięcej zabiegów wykonywanych jest w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Górze.

Zebrane dane pokazują, że sytuacja jest stabilna, a zwiększenie liczby zabiegów jest nieznaczne. Przybywa również placówek, które wykonują te zabiegi. Dostęp do świadczeń jest jednak ograniczony, ponieważ czas oczekiwania na zabieg często jest uzależniony od zaopatrzenia placówki w taśmy.



Nazwa szpitala	Adres	Oddział	L. wykonanych zabiegów w 2006	L. wykonanych zabiegów w 2007	L. zaplanowanych zabiegów na 2008	Czas oczekiwania na zabieg refundowany	Możliwość zabiegu płatnego
SPZOZ	Góra, ul. Hirszfelda 8	gin.	180	180	200	na bieżąco	tak
Specjal. Szpital Wojskowy	Jelenia Góra, ul. Ogińskiego 6	urol.	12	10	10	uzależnione od zaopatrzenia w taśmy	nie
ZOZ	Kłodzko, ul. Szpitalna 1	gin.	ok 50	ok 50	ok. 50	tylko planowane zabiegi	-
Szpital Powiatowy ZOZ	Milicz, ul. Grzybowa 1	gin.	ok. 40	ok. 40	ok. 30-40	do miesiąca	nie
Wojskowy Szpital Specjalist.	Legnica, ul. Iwaszkiewicza 5	urol.	2	3	12	-	nie
Szpital Gin.-Położ.	Wałbrzych, ul. Paderewskiego 10	gin.	ok. 50	ok. 50	ok. 50	d0 1 miesiąca	nie
IV Wojskowy Szpital Specjalist.	Wrocław, ul. Weigla 5	urol.	ok. 100	ok. 100	nie będzie	-	-
Wojskowy Szpital Specjalist.	Wrocław, ul. Kamieńskiego 73 a	urol.	ok. 15-20	ok. 15-20	ok. 15-20	kilka miesięcy	nie
Prywatna Poliklinika "Na Grobli"	Wrocław, ul. Hirszfelda 1	urol.	ok. 20	ok. 20	ok. 20	na bieżąco	tak

Badanie urodynamiczne - woj. warmińsko-mazurskie

KAROLINA PARADOWSKA

W bieżącym numerze Kwartalnika NTM przedstawiamy listę placówek, w których można wykonać badanie urodynamiczne na terenie województwa warmińsko-mazurskiego.

W tym regionie badanie urodynamiczne można wykonać w pięciu placówkach: w Olsztynie, Olecku, Lidzbarku Warmińskim i Elblągu. Biorąc pod uwagę zaludnienie województwa (prawie półtora miliona mieszkańców) na jedną placówkę przypada ponad 285 tysięcy pacjentów.



Województwo to plasuje się najwyżej spośród dotychczas opracowanych przez nas województw. Największa liczba mieszkańców na 1 placówkę przypada w woj.

małopolskim (ponad milion). Najlepsza sytuacja w dotychczas opublikowanych danych była w woj. mazowieckim (5 157 tys. mieszkańców), gdzie badanie urodynamiczne można wykonać w trzynastu punktach - jeden przypada na ok. 396 tys. mieszkańców.

Mapka placówek z całego kraju dostępna jest na stronie internetowej www.ntm.pl.

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

SZPITAL MIEJSKI IM. JANA PAWŁA II SPS ZOZ 82-300 Elbląg ul. Żeromskiego

NZOZ ESKULAP 13-230 Lidzbark Warmiński ul. Zieluńska 25

CENTRUM MEDYCZNE ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OLMEDICA SP. Z O.O. 19-400 Olecko ul. Gołdapska 1

WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL DZIECIĘCY IM. PROF. STANISŁAWA POPOWSKIEGO 10-561 Olsztyn ul. Żołnierska 18

ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MSWiA W OLSZTYNIE 10-228 Olsztyn ul. Wojska Polskiego 37

Refundacja środków wchłaniających w innych krajach

Włochy stosują inne rozwiązania

W bieżącym numerze Kwartalnika NTM prezentujemy Państwu włoski system rozwiązań w zakresie zaopatrzenia w środki absorpcyjne.

We Włoszech obowiązuje model narodowej służby zdrowia, gwarantujący wszystkim obywatelom prawo do określonych „koszykiem” świadczeń. Finansowe są one odbywa się za pośrednictwem tzw. lokalnych urzędów ds. opieki zdrowotnej (ALS). W każdym z 20 regionów lista refundowanych środków absorpcyjnych ustalana jest odrębnie, najczęściej na podstawie wyników przetargów. Dystrybucja odbywa się zazwyczaj za pośrednictwem ALS, choć w niektórych regionach recepty są realizowane przez apteki. Kryterium uprawniającym do otrzymania refundowanych środków wchłaniających jest nietrzymanie moczu (w Polsce wg obecnie obowiązujących przepisów są to nowotwory i choroby układu nerwowego). Limit ilościowy został określony na poziomie 4 szt. dziennie, czyli 120 szt. miesięcznie (w przypadku podkładów - 150 szt. miesięcznie), czyli dwa razy więcej niż w naszym kraju. Państwo całkowicie refunduje cenę zakupu środków wchłaniających w tym limicie, jeżeli natomiast zapotrzebowanie pacjenta jest większe musi on

za dodatkowo zakupione produkty zapłacić pełną cenę. Z dopłat zwolnieni są m.in.: inwalidzi wojenni ze znacznym stopniem niepełnosprawności, dzieci do 6 roku życia, emeryci, osoby o niskich dochodach, przewlekle chorzy, kobiety w ciąży i przebywające na urloпах macierzyńskich. We Włoszech, tak jak w Holandii, pacjenci cier-

piący na tzw. „tymczasowe” nietrzymanie moczu placą i nie otrzymują środków absorpcyjnych w ramach refundacji. W Polsce pacjenci muszą z własnych środków pokryć 30% ceny (z wyjątkiem osób cierpiących na nowotwory, dla których produkty są refundowane w 100%).

KC

Refundacja środków wchłaniających: Włochy vs. Polska

	WŁOCHY	POLSKA
Liczba mieszkańców	58,5 mln	38 mln
Refundacja środków wchłaniających	tak	tak
Wskazania medyczne do przyznania refundacji	nietrzymanie moczu	choroby nowotworowe, upośledzenie umysłowe, zespoły ożopienne, choroby układu nerwowego, wady rozwojowe
Klasyfikacja refundacji w oparciu o stopień nietrzymania moczu	w zależności od stopnia NTM pieluch anatomicznych, pieluchomajtek (w niektórych regionach) i podkładów	dla w/w kryteriów chorobowych refundacja wkładów anatomicznych, pieluch anatomicznych, pieluchomajtek i podkładów
Ilość refundowanych sztuk / m-c	120 szt. (podkłady - 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



Wyciek moczu kilka razy w roku

Od ok. dwóch lat odczuwam od siebie nieprzyjemny zapach moczu, który pojawia się trzy razy w roku i trwa dwa do trzech tygodni. Byłam u lekarza pierwszego kontaktu i urologa, ale oni twierdzą, iż NTM nie zdarza się tak rzadko i wkluczają tą możliwość.

Nie znam nikogo z tym problemem, a w internecie nikt nie opisuje przypadków tej choroby, więc nie wiem czy cierpię na tą dolegliwość. Nie mam pojęcia co mam robić, gdzie się zwrócić z moim problemem. Czy możliwe jest, że ta choroba ujawnia się raz na jakiś czas? Bardzo proszę o pomoc, jestem załamana.

MAŁGORZATA

Pani Małgorzato

Potwierdzenie lub wykluczenie problemu nietrzymania moczu polega na jego obiektywnym stwierdzeniu. W okresie występowania problemu może zbadać Panią lekarz lub może Pani wykonać sama proste badanie i test. Próba kaszlowa z pełnym pęcherzem i lusterkiem składanym w okolicy kroczka pozwala na samodzielne wykrycie wycieku moczu związanego z wysiłkiem. Każdy rodzaj nietrzymania moczu potwierdza test wkładkowy np. godzinny. Po związaniu suchej podpaski należy się nią zabezpieczyć i wykonać w ciągu godziny (znowu przy obecności moczu w pęcherzu czyli np. po uprzednim wypiciu ok. 500 ml płynu) szereg typowych czynności: przysiad, podskok, kaszel, chodzenie po schodach, odkręcanie kranu z wodą, przekręcanie klucza w zamku. Jeśli po godzinie masa podpaski wzrasta o ponad 2 g może to świadczyć o nietrzymaniu moczu.

NTM może w niewielkim nasileniu występować okresowo np. wysiłkowe w czasie infekcji górnych dróg oddechowych z kaszlem lub w czasie zapalenia pęcherza. W okresie dolegliwości warto wykonać badanie ogólne i posiew moczu.

Cukrzyca a NTM

Mam 68 lat. Z wysiłkowym nietrzymaniem moczu miałam już problem po porodzie, mając lat dwadzieścia parę. Z tego powodu byłam operowana w 1987 roku (25

lat po porodzie). Po przebytej operacji nie odczułam poprawy. Doszedł natomiast problem psychiczny. Polegał na tym, że wracając do domu, już w windzie mocz samoistnie wypływał. Przepraszam, że moje opisy mogą być mało precyzyjne, ale lepiej się znałam na kratownicach i fundamentach. Lekarskie określenia są mi obce.

W chwili obecnej bardzo mi przeszkadza fakt niekontrolowanego wypływu moczu na leżąc, zmywając, otwierając mieszkanie, mimo, że mogłabym po mieście chodzić ze dwie godziny. W towarzystwie, gdy ktoś ma potrzebę wyjścia do toalety, to ja już mam mokro. Gdy budzę się celem pójścia do łazienki, to już nie dojdę (8-śmiu kroków) na sucho.

Z przerażeniem widzę swój dalszy los na podstawie zapachu jaki się unosi tam gdzie jest dużo starych ludzi np. przychodni cukrzycowej do której też uczęszczam (typ 2).

Mam jeszcze taki problem, że jak chcę profilaktycznie oddać mocz, nawet po dłuższym czasie, to muszę długo oczekiwać na jego pojawienie się i oddaję mocz w trzech urywanych turach. Przy czym druga tura jest najobfitsza. Jeśli za drzwiami toalety ktoś stoi, to w ogóle nie mogę oddać moczu, mimo że przed chwilą miałam na to potrzebę.

Proszę mi powiedzieć od czego mam zacząć leczenie.

ZYTĄ

Szanowna Pani Zyto,

To, o czym Pani pisze, klinicznie wygląda na zespół pęcherza nadreaktywnego z nietrzymaniem moczu z parcia. Z Pani relacji wynika, że problem wysiłkowego nietrzymania moczu nadal jest skutecznie rozwiązany przez przebyte przed laty leczenie operacyjne. Podstawowy sposób leczenia to farmakoterapia z zastosowaniem leków antymuskarynowych (Driptane, Vesicare, Emselex, Detrusitol).

Niestety cukrzyca stwarza inny problem i z opisu Pani schorzenia wynika, że może mieć Pani problem zalegania moczu w pęcherzu po jego oddaniu. Jeśli jest ono duże to stanowi przeciwwskazanie do stosowania ww. leków. Najprościej ocenić zaleganie moczu po mikcji w prostym badaniu jakim jest USG. Powinna Pani wykonać także posiew moczu - cukrzyca usposabia do infekcji. Jeśli nie będzie stwierdzonego wzrostu bakterii, najdokładniej stan

czynnościowy Pani dolnych dróg moczowych, przy jałowym posiewie moczu, oceni kompleksowe badanie urodynamiczne. Jest ono w stanie wykazać, czy ewentualne zaleganie spowodowane jest np. przeszkodą w odpływie moczu (w wyniku np. obniżenia pęcherza czy przebytej operacji), czy osłabieniem siły skurczu pęcherza (co może być spowodowane neuropatią - uszkodzeniem nerwów - cukrzycową). Na podstawie tych badań najrozsądniej można zaplanować leczenie Pani problemu.

Czy mam szansę na wyleczenie?

Mam na imię Dorota i mam 25 lat. Od urodzenia mam przepuklinę oponowo rdzeniową przez co nie trzymam moczu. Mam rozszczep kręgosłupa, uwidoczniły się także tłuszczaki, co deformuje moją tylną część. Poza tym występują jakieś naczynka - krwiaczki i zbędne owłosienie. Od jakiegoś czasu miewam potworne bóle kręgosłupa i drętwienia kończyn.

Czy jest możliwość operacji usunięcia tej przepukliny w moim wieku? Dużo o tym czytałam, wiem że u dzieci jeszcze w łonie matki z 15 operacji udało się 10. Czy jako osoba dorosła mam szansę na taką operację i czy będę po niej chodzić? Gdzie mogę się udać, do jakiej kliniki? Bardzo proszę o pomoc. Czy jest jakaś szansa dla mnie?

DOROTA

Pani Doroto,

Ma Pani szansę na operację i wyleczenie, zarówno z przepukliny jak i dolegliwości ze strony dolnych dróg moczowych. Powinna Pani poszukać Kliniki lub oddziału Neurochirurgii. Dokładnie na temat wyników operacji i możliwych powikłań powinien porozmawiać z Panią neurochirurg.

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

PODPIS

STEMPEL
DZIENNY

OPLATA

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 P L N **3 8 , 0 0**

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

nazwa zleceniodawcy

nazwa zleceniodawcy cd.

tytułem
krajowa prenumerata roczna „Kwartalnika NTM”

tytułem cd.

pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy

Oplata:

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

Już w sprzedaży!

Najnowszy na rynku poradnik dla pacjentów z nietrzymaniem moczu

Najważniejsze informacje o:

- przyczynach
- leczeniu
- profilaktyce

Autorzy - lekarze urolodzy, specjalizujący się w leczeniu nietrzymania moczu w sposób przystępny i przejrzysty przybliżają Czytelnikowi problematykę tego schorzenia.

Szczegóły na www.ntm.pl

ATRAKCYJNA CENA!

LEKARZ RADZI

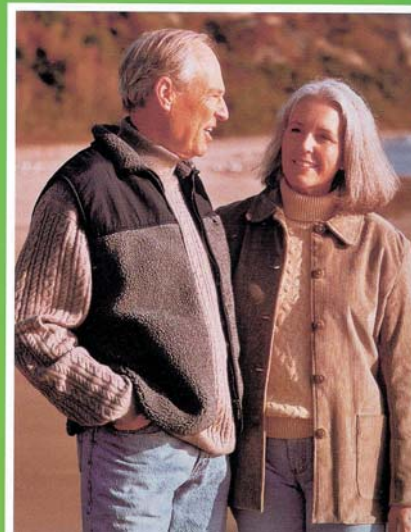
Piotr Radziszewski, Piotr Dobroński

Nietrzymanie moczu

■ przyczyny

■ leczenie

■ profilaktyka



WWW.NTM.PL

Najlepsze źródło informacji o problemie nietrzymania moczu

Na naszej stronie znajdziesz:

- * *wszystkie archiwalne numery Kwartalnika NTM i Newslettera NTM*
- * *aktualny harmonogram dyżurów lekarskich na Infolinii o 801 800 038*
- * *ogólnopolski terminarz zajęć gimnastycznych i wykładów prowadzonych przez lekarzy specjalistów*
- * *mapkę pracowni urodynamicznych w całej Polsce*
- * *aktualne informacje o metodach leczenia wszystkich typów nietrzymania moczu*