

Kwartalnik **NTM**

ISSN 1503-33-2826

nr 3 (30) 2009

cenę: 9,50 zł (w tym 0% V)

Przyszłość leczenia NTM

O planach rozwoju uroginekologii
- opowiada profesor Włodzimierz Baranowski

Pracownie urodynamiczne w Polsce - podsumowanie

Operacje z użyciem taśm w woj. zachodniopomorskim

Jest źle, mogło być jeszcze gorzej

Stało się. Prezydent Kaczyński postanowił sprawdzić ile warte są słowa Minister Kopacz i niespodziewanie podpisał tzw. ustawę koszykową. Jak się później okazało był to znakomity ruch polityczny, który spowodował duże zamieszanie. Ministerstwo, które miało wydać aż 13 rozporządzeń, finalnie zdecydowało się skopiować po prostu te istniejące. Szafa pełna projektów okazała się być pusta? Niekoniecznie. Projekty, w tym projekt nowelizacji rozporządzenia dot. refundacji przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych istniały. Co więcej, miały realną szansę uzyskania poparcia większości środowisk biorących udział, od stycznia 2008 roku, w konsultacjach społecznych. Niestety, okazało się nie po raz pierwszy, że konsultacje społeczne czy też konferencje uzgodnieniowe organizowane przez Ministerstwo Zdrowia to - w rozumieniu Minister Kopacz - zwykła fikcja. Bo jak inaczej można nazwać sytuację, gdy jeden projekt wypracowany w konsultacjach społecznych idzie do uzgodnień zewnętrznych (w tym do Narodowego Funduszu Zdrowia), a wraca zupełnie inny, stworzony w dziwnych okolicznościach, poza Ministerstwem, ale z poparciem Pani Minister? Dodajmy projekt fatalny, pełen nieścisłości i powielonych absurdów.

Gdy próba przeforsowania tego oraz innych tak właśnie tworzonych aktów prawnych na potrzeby ustawy koszykowej (przypominam, że należało je wydać w terminie do 31 sierpnia br.) nie wyszła, dowiedzieliśmy się, że nie ma już czasu na zmiany i będzie tak jak było. Otóż czas był. Pani Minister miała prawie 2 lata na zmiany. Jednak kompletnie go zmarnowała.

Aby nie kończyć tak pesymistycznie, warto odnotować jedną, choć jeszcze mało konkretną, ale istotną decyzję. Agencja Oceny Technologii Medycznych wydała rekomendację dotyczącą umieszczenia na liście leków refundowanych nowoczesnych preparatów na pęcherz nadreaktywny. Jest to przełom w Polsce, gdzie do dzisiaj nie refunduje się leczenia farmakologicznego NTM. Co ważne, Agencja wyraźnie podkreśliła, że na liście powinno się znaleźć od razu kilka specyfików na to schorzenie, tak aby pacjenci i lekarze mieli wybór, a płatnik czyli NFZ, możliwość negocjacji korzystnych warunków z producentami. Rekomendacja jak najbardziej słuszna.

TOMASZ MICHAŁEK

**NAJNIEZBIEŻNIEJSZE URZĄDZENIE
W MINISTERSTWIE
ZDROWIA...**



*Błądzenie jest rzeczą ludzką, ale dobrowolne
trwanie w błędzie jest rzeczą diabelską.
św. Augustyn
(Aureliusz Augustyn z Hippony)*

Red. Michałek w bieżącym numerze pisze o zawirowaniach wokół ustawy koszykowej oraz o nowelizacji rozporządzenia dot. refundacji przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, zwraca też uwagę na rekomendację AOTM odnośnie refundacji leków antycholinergicznych. Dwie różne sprawy dotyczące tego samego problemu. Problemu nietrzymania moczu. Z jednej strony pomoc i ochrona, z drugiej leczenie. Błądzenie jest rzeczą ludzką, ale powinny z tego wynikać odpowiednie wnioski. Rozporządzenie dot. Refundacji było poprzedzone licznymi konsultacjami społecznymi, miało być odpowiedzią na realne potrzeby osób z nietrzymaniem moczu, a tymczasem znowu się nie udało. Nadal jesteśmy na szarym końcu Europy, jeśli chodzi o refundację środków wchłaniających, nadal przychodzą do mnie pacjentki, które używają ligniny czy waty, aby się zabezpieczyć przed wyciekami moczu, bo ich po prostu nie stać na środki wchłaniające. Akty prawne regulujące refundację powinny przestać trwać w błędzie, powinny wreszcie wyjść naprzeciw realnym potrzebom społecznym. Mam nadzieję, że tak się nie stanie z rekomendacją AOTM odnośnie leków antycholinergicznych w leczeniu pęcherza nadreaktywnego.

Sukcesem jest, że po latach zwracania uwagi na problem, na fakt bycia jednym z nielicznych krajów Europy bez refundacji leków antycholinergicznych, taka rekomendacja powstała. Ale nie wylejmy dziecka z kąpielą. Jeśli refundacja znów będzie dotyczyć tylko preparatów co prawda najtańszych, ale i najmniej skutecznych, starych generacji, obciążonych największymi działaniami niepożądanymi, to nie

zmieni się w zasadzie nic. Dopiero dostęp do nowoczesnych technologii, nowoczesnych leków pozwoli na leczenie kontrolę pęcherza nadreaktywnego. Pamiętajmy, że kontrola pęcherza nadreaktywnego zależy bezpośrednio od tego czy pacjenci przyjmują leki. Brzmi to jak truizm, ale pamiętajmy, że nawet do 80% pacjentów z pęcherzem nadreaktywnym, leczonych lekami starszych generacji przerywa leczenie z powodu objawów ubocznych i niskiej skuteczności leku. Dlatego tak ważne jest, aby osoby cierpiące na pęcherz nadreaktywny mogły same zdecydować jaki wybrać lek, aby czynnikiem ograniczającym nie była znowu kondycja finansowa pacjenta.

W bieżącym numerze poruszono też zagadnienie nowoczesnej terapii nietrzymania moczu z zastosowaniem komórek macierzystych. Kapitalne znaczenie ma fakt, że w Polsce nad tym zagadnieniem pracują już dwa ośrodki. Dołączamy do czołówki naukowców na światowym poziomie. Podobnie ma się sprawa jeśli chodzi o dostępność badań urodynamicznych. Po podsumowaniu ostatnich kilku lat okazało się, że są one wykonywane w coraz to większej liczbie ośrodków, że skierowanie na badanie urodynamiczne nie wywołuje już przerażenia pacjenta „gdzie ja to zrobię?”

W tych dziedzinach „przestaliśmy trwać w błędzie”, osiągnęliśmy znaczący postęp. Mam nadzieję, że tak też będzie w przypadku dwóch opisywanych powyżej problemów.

DR HAB. N. MED. PIOTR RADZISZEWSKI

Spis treści 3 (30) 2009

PRZYSZŁOŚĆ LECZENIA NTM

Krakowskie i warszawskie doświadczenia w leczeniu NTM komórkami

macierzystymi Dr n. wet. Anna Burdzińska,

Dr n. med. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz4-6

WYWIAD

O planach rozwoju uroginiekologii J. Kamińska7-8

LECZENIE NTM

Zalecenia ICI – Zanik wieloukładowy Dr hab. P. Radziszewski8-9

Śródmieższowe zapalenie pęcherza Dr hab. P. Radziszewski10-11

Trening mięśni dna miednicy dla zaawansowanych

mgr A. Listkowska12-14

PRACOWNIE URODYNAMICZNE

Badanie urodynamiczne – podsumowanie 16 województw A. Sulka15-17

Ranking wojewódzkich oddziałów NFZ17

ORGANIZACJE

Fundacja „Żyć z chorobą Parkinsona” M. Kowalewska18

PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE

I ŚRODKI POMOCNICZE

Miało być lepiej, a wyszło jak zawsze... M. Owoc-Stojak19

Leczenie operacyjne w woj. zachodniopomorskim20-21

Refundacja za granicą21

LISTY22

“Nie potrafię przewidywać, ale potrafię kłaść podwaliny. Bo przyszłość jest czymś, co się buduje.”
Antoine de Saint-Exupéry

Tematem przewodnim numeru Kwartalnika NTM, który trzymacie Państwo w dłoniach, jest przyszłość i możliwości, które wiążą się z nowymi, innowacyjnymi rozwiązaniami, na jakie być może za parę, paręnaście lat będą mieli szansę ludzie cierpiący na nietrzymanie moczu. W artykule „Krakowskie i warszawskie metody leczenia NTM komórkami macierzystymi” dwie specjalistki opisują swoje poglądy i prognozy dotyczące nowoczesnych metod leczenia NTM.

Profesor Włodzimierz Baranowski, Prezes Elekty Sekcji Uroginiekologii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, opowiada Joannie Kamińskiej o planach rozwoju uroginiekologii. Do lektury tego wywiadu szczególnie Państwa zachęcam.

W dziale poświęconym leczeniu NTM, Docent Piotr Radziszewski kontynuuje temat poświęcony śródmieższowemu zapaleniu pęcherza, a także przedstawia artykuł o nietrzymaniu moczu jako dolegliwości współwystępującej przy zaniku wieloukładowym. Natomiast mgr Listkowska prezentuje kolejną część cyklu „Ćwicz z nami”, w której proponuje zestaw ćwiczeń mięśni Kegla dla zaawansowanych.

W bieżącym wydaniu pisma przedstawiamy wyniki naszej czteroletniej pracy nad zaganiemieniem dotyczącym pracowni urodynamicznych w Polsce. Prezentujemy Państwu podsumowanie pracowni wykonujących badanie urodynamiczne na terenie 16 województw, wraz z komentarzem naszego eksperta, który ocenia ilość i jakość wykonywanych w tych placówkach badań.

Jak zawsze zapraszam do lektury naszych stałych rubryk. W cyklu prezentującym organizację Magda Kowalewska przedstawia Fundację „Żyć z chorobą Parkinsona”, a Karolina Ciepiela opisuje refundację środków wzbławiających w Rosji.

Zachęcamy do współpracy. Piszcie Państwo o swoich problemach z nietrzymaniem moczu, czy kłopotach z uzyskaniem porady. Jeśli poszukujecie więcej informacji na temat NTM, zapraszam do odwiedzenia zmodernizowanej strony www.ntm.pl oraz forum, na którym osoby cierpiące na tę dolegliwość mogą podzielić się swoimi doświadczeniami.

Życzę przyjemnej lektury,
Magdalena Owoc-Stojak

Redaktor naczelny: Tomasz Michałek, **Redaktor wydania:** Magdalena Owoc-Stojak

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, Joanna Kamińska, Magdalena Kowalewska, Anna Sulka, Katarzyna Walewska, **Komentatorzy:** Tomasz Bochenek, Józef Góralczyk, Elżbieta Szwałkiewicz, Grażyna Śmiarowska
Korekta: Marzena Michałek, **Zdjęcia:** Dominik Skurzak, **Rysunki:** Dariusz Pietrzak, **Dyrektor ds. produkcji:** Stanisław Mazur
Adres redakcji: ul. Ciołka 13, 01-445 Warszawa, tel.: (22) 463 64 01, fax: (22) 533 62 93
e-mail: ntm@ntm.pl, magdalena.owoc@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: East News Sp. z o.o.

Wydawca: Studio PR
Realizacja wydawnicza:
Warsaw Voice SA

Krakowskie i warszawskie doświadczenia w leczeniu NTM komórkami macierzystymi

Wykorzystanie tkankowych komórek macierzystych w terapii wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet

DR N. MED. KLAUDIA STANGEL-WÓJCICKIEWICZ

KATEDRA GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWA COLLEGIUM MEDICUM UNIwersYTET Jagielloński w Krakowie

Z powodu nietrzymania moczu cierpi od 9 do 49% kobiet w wieku około- i menopauzalnym. Na podstawie tych danych chorobę tę można uznać za chorobę społeczną. Nietrzymanie moczu (NTM) o typie wysiłkowym jest najczęściej spotykanym rodzajem tego schorzenia. Koszty leczenia, opieki, rehabilitacji chorych z NTM w Stanach Zjednoczonych w 2001 roku wyniosły ponad 16 miliardów dolarów. W Szwecji w 1990 roku wydatki te oszacowano na 2% nakładów na służbę zdrowia. Biorąc pod uwagę tendencję starzenia się społeczeństwa oraz wzrost średniej długości życia w krajach rozwijających, problem nietrzymania moczu stale narasta.

Pomimo wprowadzenia w ostatnich latach minimalnie inwazyjnych technik leczenia operacyjnego tj. slingów załonowych czy wprowadzania taśm polipropylenowych przez otwory zasłonięte - opisywane są nawroty wysiłkowego NTM, erozie taśm w 3 do 10%, infekcje oraz powstawanie tzw. „sztywnej cewki moczowej”. Również wykorzystanie materiałów takich jak teflon czy silikon wiąże się z częstym wystąpieniem stanów zapalnych i może prowadzić do zatrzymania moczu. Dlatego też możliwość reperacji defektu dolnego odcinka dróg moczowych z zastosowaniem nowej, prawidłowo funkcjonującej tkanki gospodarza, bez niebezpieczeństwa odnerwienia, czy rewaskularyzacji, jawi się jako rozwiązanie niemalże idealne.

Ostatnie lata przyniosły znaczący rozwój technik inżynierii tkankowej oraz możliwość wykorzystania „dojrzałych” komórek macierzystych w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu wśród kobiet. Tkankowe komórki macierzyste udało się uzyskać z mięśni poprzecznie prążkowanych, z tłuszczu oraz z komórek mezenchymalnych szpiku kostnego. Takie postępowanie pozwala na uzyskanie macierzystych komórek mię-



śniowych (MDSCs- muscle-derived stem cells) oraz komórek tłuszczowych (ADSCs- adipose-derived stem cells). Komórki te posiadają zdolność różnicowania się w prawidłowo funkcjonujące komórki mięśniowe gładkie i poprzecznie prążkowane. Zachęcające wyniki leczenia MDSCs w innych schorzeniach jak np. w zawale mięśnia sercowego skłoniły naukowców do zastosowania terapii komórkowej, celem częściowego odbudowania lub uzupełnienia uszkodzonej tkanki, jaką w przypadku wysiłkowego NTM stanowi zewnętrzny zwieracz cewki moczowej. Naukowcy ze Stanów Zjednoczonych, pod kierownictwem doktora CarrŃa wykorzystali powyższe założenia i zastosowali czyste mioblasty w grupie kobiet z wysiłkowym NTM. Średni czas obserwacji wynosił 17 miesięcy. Badania zostały opublikowane w 2008 roku w International Urogynecology Journal. Nie opisywano żadnych skutków ubocznych leczenia. W badaniach na

modelu szczura, prowadzonych przez Chermansky'ego w 2004 roku (Urology), potwierdzono zdolność opisywanych komórek do tworzenia miotub oraz miofibril z odtworzeniem unerwienia, co pozwalało na wbudowanie się w strukturę uszkodzonego mięśnia jako jednostki fizjologicznie funkcjonalnej. Zaobserwowano połączenie MDSCs w warstwie komórek mięśni poprzecznie prążkowanych po 4 tygodniach od iniekcji.

Powyższe wyniki badań są bardzo zachęcające. Prowadzenie badań w różnych ośrodkach, wykorzystanie odmiennych typów komórek oraz weryfikacja sposobów ich podania - umożliwi sformułowanie obiektywnych wniosków na temat skuteczności terapii komórkowej w wysiłkowym nietrzymaniu moczu. Odkrycie „dojrzałych” komórek macierzystych może w przyszłości pozwolić na ominięcie politycznych i etycznych kontrowersji jakie rodzą się w przypadkach stosowa-

nia terapii komórkami macierzystymi, pochodzącymi z zarodków niewykorzystanych w procedurach zapłodnienia pozaustrojowego. W Polsce, gdzie badania z wykorzystaniem komórek macierzystych z ludzkich zarodków są prawnie zabronione, wykorzystanie komórek autologicznych pozwoli na prowadzenie badań z ww. tematu.

Założeniem projektu sponsorowanego przez firmę Polpharma SA (grant naukowy), jest uzyskanie autologicznej hodowli mioblastów z mięśnia szkieletowego kobiety.

Biopat pobrany od pacjentki zostanie przekazany do laboratorium, celem wykonania hodowli komórkowej. Szacowany okres hodowli może trwać od 6 do około 8 tygodni. Kolejnym etapem będzie podanie zawiesiny komórkowej w miejsce uszko-

dzzonego zwieracza cewki moczowej. Oczekiwanym efektem ma być jego odbudowa i odzyskanie prawidłowej funkcji w utrzymaniu moczu.

Zaletą tej metody może stać się jej minimalna inwazyjność oraz zmniejszenie powikłań związanych z erozją taśm z materiałów syntetycznych, stosowanych w zabiegach operacyjnych.

Badanie w ramach projektu, prowadzone jest w Katedrze Ginekologii i Położnictwa Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, kierowanej przez Profesora Antoniego Bastę i uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Obecnie zawiesina komórkowa została podana trzem kobietom, a ocena efektu le-

czenia wiąże się z datą zakończenia pełnej obserwacji tj. z 2011 rokiem.

Terapia w oparciu o komórki macierzyste nie jest już tylko „życzeniem przyszłości”. W wielu schorzeniach wykorzystuje się terapię komórkową jako alternatywny sposób postępowania. Zawał mięśnia sercowego, czy dystrofia mięśniowa Duchenna są tego najlepszym przykładem. Ze względu na prawno-etyczne ograniczenia, wykorzystanie embrionalnych komórek macierzystych nie jest powszechnie akceptowane. Odkrycie dojrzałych tkankowych komórek macierzystych pozwoliło na ominięcie wielu wątpliwości. Należy jednak pamiętać o wielu niewyjaśnionych elementach terapii, jak choćby o skuteczności w czasie, czy odległych efektach ubocznych. ■

Krakowskie i warszawskie doświadczenia w leczeniu NTM komórkami macierzystymi

Komórki w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu

DR N. WET. ANNA BURDZIŃSKA

KLINIKA IMMUNOLOGII, TRANSPLANTOLOGII I CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH INSTYTUTU TRANSPLANTOLOGII WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

Wysiłkowe nietrzymanie moczu (WNM) jest najczęstszym typem braku pełnej kontroli nad oddawaniem moczu. Dwie podstawowe przyczyny tej postaci choroby to nadmierna ruchomość pęcherza i cewki moczowej (typ anatomiczny) i niewydolność mięśnia zwieracza cewki moczowej (typ zwieraczowy). Bardzo często dwa wymienione typy współistnieją, jednakże zdecydowana większość metod leczenia niweluje jedynie komponentę anatomiczną w przebiegu choroby. Leczenie zachowawcze wzmacnia mięsień dna miednicy, natomiast najczęściej wykonywane zabiegi chirurgiczne polegają na podwieszaniu lub podpieraniu szyi pęcherza i cewki moczowej. Jedynie metody leczenia nakierowane specyficznie na strukturę zwieracza cewki to iniekcje okołocewkowe i sztuczny zwieracz. Iniekcje okołocewkowe są mało inwazyjne, jednak niestety stosunkowo mało skuteczne, natomiast sztuczny zwieracz jest metodą radykalną i kosztowną, a zatem rzadko stosowaną.

Nową koncepcją w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu na tle niewydolności zwieracza cewki moczowej jest wykonywanie transplantacji komórek macierzystych lub prekursorowych. Komórki macierzyste to takie, które wykonują podziały niesymetryczne, dzięki czemu część komórek potomnych zyskuje wyższy poziom różnicowania, a część pozostaje na poziomie niezróżnicowanym (odnawia populację komórek macierzystych). Komórki macierzyste są obecne zarówno w zarodkach, jak i u dorosłych organizmów. Natomiast komórki prekursorowe są bardziej zróżnicowane, dzielą się symetrycznie i są zdeterminowane do tworzenia konkretnej linii komórkowej. Wydaje się, że w celu usprawnienia upośledzonego zwieracza optymalną terapią byłoby wstrzyknięcie w osłabiony mięsień komórek miogennych (macierzystych lub prekursorowych). Celem takiego zabiegu byłoby doraźne wzmocnienie zwieracza poprzez różnicowanie się przeszczepionych komórek we włókna mięśniowe. ▶

Procedura przeszczepu komórek do zwieracza cewki moczowej:

1. Biopsja mięśnia lub pobranie komórek mięśniowych (minimalnie inwazyjny zabieg w znieczuleniu miejscowym – pobranie skrawka tkanki z mięśnia ramienia lub uda).
2. Hodowla, przygotowanie komórek do przeszczepu w laboratorium (czas – kilka tygodni).
3. Wstrzyknięcie zawiesiny komórek za pomocą cystoureteroskopu w zwieracz cewki moczowej (zabieg w znieczuleniu miejscowym, podpajęczynówkowym lub ogólnym).

► Dodatkowo istnieje nadzieja, że część podanych komórek mogłaby pozostać w stanie nieodróżnionym i tym samym zwiększyć pulę regeneracyjną ostrzykniętego mięśnia. Komórki do takiego przeszczepu można pozyskać z mięśnia szkieletowego, który oprócz dojrzałych włókien mięśniowych zawiera też komórki nieodróżnionowe. Oprócz komórek izolowanych z mięśnia szkieletowego rozważa się też inne populacje. Wiadomo na przykład, że pewne populacje komórek w szpiku, a także w krwi pępowinowej również mogą brać udział w regeneracji mięśni.

Przy dzisiejszym poziomie nauk biomedycznych możliwe jest wyizolowanie komórek macierzystych lub prekursorowych z niewielkiego skrawka tkanki mięśniowej, pobranego od dowolnej osoby. Dotyczy to nawet osób starszych. Dzięki temu możliwe jest przeszczepienie własnych komórek czyli wykonanie transplantacji autologicznej. W przeciwieństwie do standardowo wykonywanych transplantacji narządowych,

przeszczep taki nie jest narażony na odrzucenie. W ciągu ostatniej dekady przeprowadzono w kilku ośrodkach na świecie badania dotyczące wstrzyknięcia komórek do zwieracza cewki moczowej na modelach zwierzących. W ostatnich latach przeprowadzono również pierwsze próby kliniczne u ludzi z nietrzymaniem moczu. Jedną z nich miała miejsce w Austrii, druga w Stanach Zjednoczonych. Grupa austriacka opublikowała wyniki przeprowadzonych przez siebie zabiegów – 123 kobiety z niewydolnością zwieracza (ocena po roku), 20 kobiet (ocena po 2 latach) i 63 mężczyzn po usunięciu prostaty (ocena po roku). Wstrzykiwali oni zarówno prekursorowe komórki miogenne (mioblasty), komórki tkanki łącznej (fibroblasty), jak i kolagen. Opublikowane wyniki są rewelacyjne, ponieważ po roku 79 % kobiet trzymało moczu, u 16 % stwierdzono wyraźną poprawę, a u 9 % lekką poprawę. Spośród 20 kobiet leczonych przeszczepem komórkowym, u których możliwa była ocena po 2

latach – 16 miało pełną kontrolę nad mikcją. U mężczyzn po prostatektomii, rok po transplantacji mioblastów i fibroblastów moczu trzymało 65 % pacjentów, u 27 % uzyskano poprawę, a jedynie u 8 % stwierdzono brak poprawy. Wyniki publikowane przez badaczy ze Stanów Zjednoczonych obejmują jedynie 8 kobiet z nietrzymaniem moczu na tle niewydolności zwieracza, u których przeprowadzono przeszczep komórkowy. W odróżnieniu od grupy austriackiej, amerykańanie wstrzykiwali populację komórek macierzystych (nie prekursorowych) izolowanych z mięśni (MDSC – muscle derived stem cells). Ocena po roku ujawniła poprawę, u 5 z 8 leczonych kobiet, w tym u jednej pełne wyleczenie. Co ciekawe, poprawa nie następowała natychmiast po zabiegu, a dopiero po 3-8 miesiącach, co sugeruje, że komórki macierzyste ulegają podziałom w miejscu wstrzyknięcia i stopniowej integracji z lokalnymi włóknami mięśniowymi. Jak dotychczas, nie ma żadnych doniesień o efektach ubocznych terapii komórkowej stosowanej w przypadku nietrzymania moczu.

Wyniki te są bardzo obiecujące, jednak należy mieć świadomość, że mimo niewiarygodnego postępu w dziedzinie transplantologii komórkowej, przeszczepy takie to wciąż stąpanie po niepewnym gruncie. Wiele kwestii związanych z biologią komórek macierzystych i ich zachowaniem po przeszczepie (nie tylko do cewki moczowej) pozostaje niewyjaśnionych. Zwłaszcza dotyczy to komórek o niskim stopniu zróżnicowania, u których ze względu na duży potencjał różnicowania istnieje ryzyko transformacji nowotworowej.

Poza tym, trzeba pamiętać, że rezultaty na większej grupie pacjentów były uzyskane w jednym ośrodku. To za mało aby wyciągać daleko idące wnioski. Obecnie rozpoczyna się wieloośrodkowa próba kliniczna mająca na celu ocenę skuteczności przeszczepu komórek miogennych u kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu. W badaniu tym będzie brała udział m.in. Klinika Urologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Wyniki takiej próby pozwolą na weryfikację dotychczasowych doniesień. Prace nad izolacją i hodowlą komórek do przeszczepu są natomiast prowadzone w Klinice Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych WUM. Współpraca obu jednostek daje nadzieję, że w przypadku potwierdzenia wysokiej skuteczności metody, w niedalekiej przyszłości transplantacja komórkowa będzie jedną z alternatyw w leczeniu nietrzymania moczu u ludzi również w Polsce. ■



0 planach rozwoju uroginekologii

Z PROFESOREM WŁODZIMIERZEM BARANOWSKIM,
PREZESEM ELEKTEM SEKCJI UROGINEKOLOGII POLSKIEGO TOWARZYSTWA GINEKOLOGICZNEGO,
ROZMAWIA JOANNA KAMIŃSKA



i warsztaty z zakresu badań urodynamicznych. Mają one na celu próbę wypracowania i aktualizacji standardów diagnostyczno - leczniczych.

- Czy będzie Pan kontynuował działania rozpoczęte przez poprzedni Zarząd?

- W zasadzie odpowiedź na pierwsze Pani pytanie stanowi potwierdzenie kierunku i sposobu działania poprzedniego zarządu sekcji. Muszę powiedzieć, że poprzeczka została postawiona bardzo wysoko i powtórzenie osiągnięć poprzedniego kierownictwa na czele z prof. Tomaszem Rechbergerem będzie trudne. Jednak obejmując kierownictwo Sekcji, miałem świadomość skali wyzwania. Ze swojej strony mogę zapewnić, że nowy zarząd ma wolę działania co naj-

działalności Sekcji, podczas gdy jej pracami kierował Pan Profesor Tomasz Rechberger?

- Dla mnie najbardziej istotnym osiągnięciem poprzedniego zarządu Sekcji, było uświadomienie w gremiach ginekologicznych i urologicznych ważności uroginekologii w codziennej pracy kliniczno-szpitalnej i ambulatoryjnej. Ta świadomość przyniosła w efekcie, obok docenienia skali zjawiska, prawidłowy algorytm postępowania u pacjentki ze schorzeniem uroginekologicznym. Dowodem na to jest sieć pracowni urodynamicznych oraz sieć ośrodków leczących schorzenia uroginekologiczne. Dzięki aktywności prof. Rechbergera i jego zespołu, problemy uroginekologiczne z marginesu zainteresowań wielu naszych kolegów awansowały na miejsce im należne, chociażby z uwagi na olbrzymią skalę zjawiska, ale także i cierpienia, które doznają pacjentki ze schorzeniami uroginekologicznymi. Niewątpliwą zasługą poprzedniego zarządu jest również fakt zauważania polskich uroginekologów w światowych organizacjach zrzeszających lekarzy o takim profilu aktywności zawodowej i naukowej. Imponujący jest także dorobek organizacyjny poprzedniego zarządu Sekcji - liczba zorganizowanych konferencji i liczba uczestników tych spotkań mówi sama za siebie.

- Lublin i Warszawa to dwa istotne punkty na uroginekologicznej mapie Polski. Które jeszcze placówki specjalizują się w tym zakresie?

- Mapa ta jest coraz bogatsza. Oprócz kilku ośrodków w Warszawie czy Lublinie, myślę że istotne miejsce należy się ośrodkom z Łodzi, Górnego Śląska, Poznania, Białegostoku czy Rzeszowa. Umyślnie nie wymieniam konkretnych Klinik czy Oddziałów, dlatego, że w danym mieście czy regionie działa ich kilka, a nie chciałbym nikogo pominąć

- Jakie miejsce w uroginekologii zajmuje problem nietrzymania moczu?

- Obok wypadania narządu płciowego jest to niewątpliwie główny problem w codziennej aktywności zawodowej uroginekologa. Inne schorzenia, typu zapalenia śródmięzszowego pęcherza czy przetok mo-

- Panie Profesorze, wkrótce obejmie Pan przewodnictwo Sekcji Uroginekologii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Jak Pan widzi najbliższą działalność tej Sekcji?

- Formalne przekazanie kierownictwa Sekcji Uroginekologii PTG odbędzie się 31 grudnia 2009 roku, co jest wyrazem usiłowań unifikacji i próby uporządkowania działalności sekcji przez Zarząd Główny PTG. Najbliższym zadaniem nowego kierownictwa Sekcji będzie przejęcie dotychczas wytworzonych danych i ich weryfikacja (na przykład lista członków Sekcji). Z działań naukowo-szkoleniowych - wiosną 2010 roku, we współpracy z Polskim Towarzystwem Urologicznym zostanie zorganizowana Konferencja pod hasłem Uroginekologia 2010. Ideą tej konferencji jest przekazanie nowości zarówno naukowych jak i praktycznych jak najszerzej rzeszy zainteresowanych uroginekologią. Równolegle, w wytypowanych ośrodkach w Polsce będą odbywały się warsztaty naukowo-kliniczne

na poziomie poprzedników. Planuję, oprócz organizacji dużych ogólnopolskich konferencji, organizowanie spotkań o regionalnym zasięgu, których głównym celem będzie przedstawianie praktycznych rozwiązań klinicznych w zakresie problemów uroginekologicznych.

- Czy będzie Pan wspierał działania zmierzające do utworzenia nadspecjalizacji uroginekologicznej?

- Oczywiście. Tak jak mój poprzednik na tym stanowisku, od kilku lat staram się wspólnie z kolegami urologami o formalne utworzenie systemu szkolenia w uroginekologii na zasadzie nadspecjalizacji. Jak dotychczas, mimo przygotowanego obszernego opracowania programu i harmonogramu szkolenia, sprawa utknęła w Ministerstwie Zdrowia. Instytucja ta nadal nie rozstrzygnęła w sposób systemowy problemu nadspecjalizacji, w tym również uroginekologii.

- Co, Pana zdaniem, szczególnie istotnego udało się osiągnąć przez ostatnie siedem lat

► czowych, stanowią naprawdę niewielki odsetek leczonych. Oczywiście z punktu widzenia pacjentki, każde schorzenie jest dla niej najważniejsze, ale dane epidemiologiczne, aczkolwiek fragmentaryczne, stanowią jak wyżej. Jest to jednocześnie dziedzina naszej aktywności, w której w ciągu ostatnich lat dokonał się największy postęp i dokonuje się on w dalszym ciągu na naszych oczach, co powoduje konieczność nieustannego doskonalenia umiejętności i powiększania zasobu wiedzy w tej dziedzinie.

- Jak Pan Profesor ocenia umiejętności lekarzy ginekologów i urologów w zakresie leczenia NTM? Co można zrobić aby je jeszcze poprawić?

- Należy tutaj rozgraniczyć dwie rzeczy - wiedzę i umiejętności praktyczne. Te ostatnie są bezlitośnie weryfikowane przez wyniki leczenia. Uroinekologia jest tą dziedziną naszego działania, w której obowiązują zasady medycyny rekonstrukcyjnej, a nie amputacyjnej. Wymaga to naprawdę dużych umiejętności i zmiany mentalności „operacyjnej”. W leczeniu NTM kluczo-

wym etapem jest postawienie właściwej diagnozy - w tym zakresie jest jeszcze wiele do zrobienia - powszechna dostępność badania urodynamicznego i umiejętność interpretacji wyników tego badania, w tym przełożenie na odpowiedni sposób leczenia. W zakresie leczenia operacyjnego wydaje mi się, że nie ma dostatecznie powszechnej świadomości, że operacja w wysiłkowym nietrzymaniu moczu jest zabiegiem prostym, ale nie jest zabiegiem łatwym do wykonania - w tym sensie aby został wykonany ściśle według precyzyjnie określonych reguł dla danej drogi operacyjnej i stosowanego produktu leczniczego. Ogólnie oceniając umiejętności w tym zakresie, mogę powiedzieć, że ośrodki o dużym doświadczeniu prezentują dobre i bardzo dobre wyniki, nieco gorzej jest w ośrodkach wykonujących takie zabiegi sporadycznie albo w niewielkiej liczbie. Chwała również tym, którzy świadomi swoich możliwości odsyłają pacjentki do ośrodków mających doświadczenie w uro-

ginekologii. W nawiązaniu do powyższych spostrzeżeń, oczywistym jest fakt konieczności nieustannego szkolenia, kontaktów między poszczególnymi ośrodkami i w przyszłości - mam nadzieję nieodległej - stworzenie regionalnych ośrodków referencyjnych, które podjęłyby trud ustawicznego szkolenia i weryfikacji umiejętności wykonujących zabiegi uroinekologiczne. Niewątpliwie elementem podnoszącym jakość leczenia uroinekologicznego byłaby nadspecjalizacja w tym zakresie - jak mówiłem na początku naszej rozmowy wymaga to rozwiązań systemowych - w tym przypadku piłka jest po stronie Ministerstwa Zdrowia.

- W imieniu całej redakcji Kwartalnika NTM życzę Panu Profesorowi aby najbliższe lata, kiedy będzie Pan kierował pracami Sekcji Uroinekologii PTG, były owocne nie tylko dla lekarzy ginekologów i urologów, ale w szczególności dla pacjentek dotkniętych tymi problemami.

Zalecenia ICI dotyczące rozpoznawania i postępowania w nietrzymaniu moczu u pacjentów z wybranymi schorzeniami ośrodkowego układu nerwowego – cz. III

Zanik wieloukładowy

DR BARTOSZ DYBOWSKI, DOC. PIOTR RADZISZEWSKI

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

Epidemiologia i chorobowość

Zanik wieloukładowy (ang. multiple system atrophy; MSA), opisywany wcześniej jako zespół Shy i Dragera, jest rzadko występującą chorobą degeneracyjną układu nerwowego o nieznanym podłożu, dotyczącą osób dorosłych. Charakteryzuje się zaburzeniami funkcji autonomicznych tj. ortostyczne spadki ciśnienia, brak wydzielania potu, zaburzenia wzrodu, objawy pozapiramidowe i upośledzenie kontroli nad oddawaniem moczu i stolca. Objawy nietrzymania moczu są spowodowane neurogenną nadreaktywnością wypieracza i osłabieniem zwieracza zewnętrznego cewki (Beck i wsp.).

Kirchhof i wsp. (2003) stwierdzili, że objawy zaburzenia czynności pęcherza poprze-

dzwały wystąpienie ortostatycznych spadków ciśnienia u 76% pacjentów. Zaburzenia czynności zwieracza rozpoznawane przy użyciu EMG stwierdzano u 91% pacjentów z MSA.

Patologia i swoiste dla choroby objawy ze strony dolnych dróg moczowych

Miejszem odpowiedzialnym za występowanie zaburzeń mikcji w MSA, wydaje się, że jest miejsce sinawe (ośrodek mikcji w moście). Prace Benarrocha (2001, 2003) wykazały, że w MSA dochodzi do poważnego zmniejszenia liczby neuronów katecholaminergicznych

w brzuszno-bocznych obszarach C1 i A1 rdzenia, co może powodować odpowiednio ortostatyczne spadki ciśnienia i zaburzenia endokrynologiczne występujące w tej chorobie. Do występowania neurogennych zaburzeń czynności pęcherza może ponadto prowadzić utrata neuronów syntetyzujących kortykoliberynę.

Obszerne badania nad występowaniem objawów ze strony układu moczowego u pacjentów z MSA przeprowadzili Sakakibara i wsp. (1993, 2001). Stwierdzili następującą częstość występowania poszczególnych objawów: trudności w oddawaniu moczu u 79%, częstomocz nocny u 74%, parcia naglące u 63%, nietrzymanie moczu z parcia u 63%, częstomocz dzienny u 45%, moczenie u 19% i zatrzymanie moczu u 8% pacjentów. 100% pacjentów z MSA prezentowało

co najmniej jeden objaw ze strony dolnych dróg moczowych.

Za pomocą badania wideourodynamicznego wykazano występowanie zaburzeń fazy napełniania, tj. nadreaktywność wypieracza u 56% pacjentów z MSA i nie zahamowana relaksacja zwieracza zewnętrznego cewki u 33%. Otwartą szyję pęcherza, podczas rozporczania napełniania pęcherza stwierdzono u 53% pacjentów z MSA, co wskazuje na odnerwienie zwieracza wewnętrznego. Podczas mikcji dyssynergię wypieraczowo-zwieraczową zaobserwowano u 47% chorych. Osłabienie wypieracza występowało u 71% kobiet i 63% mężczyzn. Zaleganie moczu po mikcji przekraczające 100ml występowało u 47% osób chorych na MSA. Prawdopodobnie, w przebiegu MSA zaburzenia mikcji występują częściej i wcześniej niż ortostatyczne spadki ciśnienia. Inni autorzy prezentowali podobne wyniki, podając występowanie zalegania powyżej 30 ml i powyżej 100ml u odpowiednio 74% i 52% pacjentów. Nadreaktywność wypieracza stwierdzano u 56%, małą podatność ścian pęcherza u 31%, brak czynności wypieracza u 5% chorych. Dyssynergię wypieraczowo-zwieraczową obserwowano u 45% osób z MSA (Beck i wsp., 1994, Bonnet i wsp. 1997).

Rozpoznanie i leczenie swoiste dla choroby

Ponieważ u pacjentów z MSA zaburzenia czynności dolnych dróg moczowych bardzo często poprzedzają wystąpienie ortostatycznych spadków ciśnienia i innych objawów ze strony układu autonomicznego, diagnostyka tych objawów ma duże znaczenie.

Najczulszym z testów jest EMG zwieracza zewnętrznego cewki. Analiza potencjałów jednostki ruchowej zwieracza wykazała neurogenne potencjały jednostki ruchowej u 93% osób z MSA, wskazując na odnerwienie zwieracza zewnętrznego (Sakakibara 2001). W pracy Palace i wsp. (1997) stwierdzono nieprawidłowy zapis EMG zwieracza u 82% pacjentów z MSA. Oertel i wsp. (2003) wskazywali, że osłabienie czucia w okolicy płciowej może być u kobiet objawem patognomonicznym dla MSA (tak samo ważnym jak zaburzenia wzdrodu u mężczyzn). Osłabione czucie w okolicy płciowej zgłosiło łącznie 47% kobiet z MSA i 4% kobiet w grupie kontrolnej. Ponadto, wystąpienie osłabienia czucia w okolicy

płciowej u kobiet z MSA ściśle korelowało z czasem wystąpienia choroby.

Leczenie zaburzeń mikcji w przebiegu MSA również powinno podlegać ogólnym regułom terapii opartej na wynikach badań urodynamicznych. Należy jednak zauważyć, że u chorych z MSA nie zaleca się stosowania agresywnego leczenia chirurgicznego.

Chandiramani i wsp. (1997) stwierdzili, że wszyscy chorzy z MSA, którzy przebyli TURP nie trzymali moczu po zabiegu, prawdopodobnie w związku z progresją choroby. Takie same obserwacje poczynili Beck i wsp. (1994), którzy dokonali oceny wyników TURP i operacji nietrzymania moczu u pacjentów z MSA. Stwierdzili oni, że wyniki leczenia operacyjnego były złe, natomiast chorzy odnosili korzyść ze stosowania przerywanego cewnikowania, leków cholinolitycznych i desmopresyny w aerozolu. Takie postępowanie powodowało zmniejszenie nasilenia nietrzymania moczu w 82%.

Ponieważ prawie połowa osób chorych na MSA ma trudności w oddawaniu moczu, zastosowanie alternatywnej metody postępowania do przerywanego cewnikowania, byłoby bardzo atrakcyjne. Sakakibara i wsp. (2000) porównali skuteczność stosowania nieselektywnych i alfa 1 selektywnych alfa adrenolityków (prazosyna i moxisilinan) w leczeniu zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych, u chorych na MSA. Zmniejszenie objętości moczu zalegającego po mikcji uzyskano u 38,1% i 35,2% odpowiednio dla prazosyny i moxisilianu. Obserwowano również zmniejszenie nasilenia objawów ze strony układu moczowego. Działania niepożądane, pod postacią ortostatycznych spadków ciśnienia wystąpiły u 23,8% chorych w grupie przyjmującej prazosynę i u 10,7% chorych otrzymujących moxisilinan.

Wytyczne do dalszych badań

MSA jest wolno postępującą, nieuleczalną chorobą. Konieczne są badania oceniające skutki długotrwałej terapii zaburzeń ze strony dolnych dróg moczowych oraz stosowania różnych metod leczenia farmakologicznego.

Wnioski

Objawy ze strony dolnych dróg moczowych często poprzedzają wystąpienie klinicznej manifestacji zaniku wieloukładu.



dowego. Najczęściej występującymi zaburzeniami czynności dolnych dróg moczowych są: nadreaktywność wypieracza, dyssynergia wypieraczowo-zwieraczowa, relaksacja zwieracza i osłabienie wypieracza. Istotne zaleganie moczu po mikcji obserwuje się u około połowy pacjentów z zanikiem wieloukładowym.

Zalecenia

Najczulszym testem wykrywającym zaburzenia czynności dolnych dróg moczowych, związanych z zanikiem wieloukładowym, jest EMG zwieracza zewnętrznego cewki.

Ze względu na postępujący charakter choroby, agresywne leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych w obrębie dróg moczowych (np. TURP), nie są zalecane.

Postępowaniem z wyboru, w przypadku zalegania większej ilości moczu po mikcji, jest przerywanie cewnikowanie i stosowanie alfa adrenolityków.

Zapalenie śródmiażdżowe pęcherza /IC/ - leczenie zabiegowe

DR HAB. N. MED. PIOTR RADZISZEWSKI

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

Neurotoksyny w leczeniu zapalenia śródmiażdżowego pęcherza

Powracając do koncepcji, że IC jest swoistą formą tzw. neurogennego zapalenia pęcherza moczowego, z jego wszystkimi konsekwencjami, to znaczy aktywacją patologicznych szlaków aferentnych, aktywacją neuropeptydów oraz kanałów jonowych, wydaje się logiczne, że zastosowanie substancji które w sposób selektywny niszczyłyby patologiczne unerwienie czuciowe, ma swoje uzasadnienie.

Waniloidy, do których należą kapsaicyna i resiniferatoksyna, są neurotoksynami działającymi za pośrednictwem tzw. receptora waniloidowego zlokalizowanego na aferentnych włóknach typu C. Powodują selektywne, odwracalne porażenie tych włókien. Kapsaicyna w mechanizmie najpierw pobudzenia i uwolnienia z nich neurotransmiterów, a następnie porażenia i neurolizy, zaś resiniferatoksyna (będąc 1000-krotnie silniejsza od kapsaicyny) w mechanizmie tylko porażenia i neurolizy. Stwierdzono, że wzrost gęstości włókien typu C oraz wzrost gęstości receptorów waniloidowych występuje u części pacjentów z neurogenną nadreaktywnością wypieracza. U pacjentów tych, leczenie waniloidami przynosi największy efekt.

Resiniferatoksyna jest stosowana w leczeniu IC od kilku lat. Radziszewski i wsp. opisali skuteczny, choć krótkotrwały efekt resiniferatoksyny w leczeniu zespołu bolesnego pęcherza (skuteczność ponad 50%, czas trwania poprawy 2-5 miesięcy). Randomizowane badania kliniczne, których wyniki przedstawiono w 2004 roku nie wykazały wpływu resiniferatoksyny na zmniejszenie objawów

IC. Oczywiście podstawą „evidence based medicine” są randomizowane badania kliniczne, niemniej jednak można przypuszczać, że w tym przypadku grupa pacjentów z IC została „źle” dobrana. Autorzy podają, że wszyscy pacjenci cierpieli na IC odporne na klasyczne leczenie. Być może w tej grupie pacjentów IC jest już tak bardzo zaawansowane, bądź też ma inne podłoże niż zapalenie neurogenne i w związku z tym waniloidy nie wywierają pożądanego efektu terapeutycznego.

Kolejną neurotoksyną, która znalazła zastosowanie w leczeniu, IC jest toksyna botulinowa. Według klasycznych opisów mechanizmów jej działania botulina powoduje denerwację mięśnia, do którego jest podawana. Wydaje się jednak, że w przypadku IC mechanizm ten jest nieco inny i polega na denerwacji czuciowej pęcherza moczowego. Smith, Radziszewski i wsp. wykazali, że po ostryknięciu trójkąta pęcherza moczowego toksyną botulinową dochodzi do poprawy klinicznej u 69% pacjentek z IC. Sugerowany, w oparciu o badania podstawowe, mechanizm działania to wpływ na niezmielinizowane włókna czuciowe i na tej drodze zmniejszenie dolegliwości bólowych, zapalenia neurogennego i w efekcie końcowym przerwanie „samonapędzającego mechanizmu choroby”.

Leczenie zabiegowe

Leczenie zabiegowe jest przedmiotem wielu dyskusji i wątpliwości. Pierwszą metodą leczenia zabiegowego, stosowaną do dziś jest rozciągnięcie pęcherza płynem podanym podczas cystoskopii (hydrodistensio) pod ciśnieniem 80-100 cm H₂O trwającym 8 minut. Obok hydrodistensji proponowano szereg innych metod leczenia zabiegowego. Część zabiegów miała na celu zwalczanie przewlekłego bólu i odnerwienie pęcherza moczowego

jak: sympatektomia (dodatkowo poprawiająca ukrwienie), neurotomia krzyżowa, rozcięcie i ponowne zeszywanie ściany pęcherza. Do zwalczania bólu towarzyszącego śródmiażdżowemu zapaleniu pęcherza stosowane są obecnie nowoczesne metody elektrostymulacji nerwów. W metodach tych, drażnienie włókien doprowadzających powodować ma pobudzenie hamujących łuków rdzeniowych. Neuromodulacja na poziomie korzeni nerwów krzyżowych z zastosowaniem stymulatora InterStim, wydaje się przynosić pewne złagodzenie objawów klinicznych (głównie bólu) u pacjentek z zespołem bolesnego pęcherza /IC/.

W zaawansowanych przypadkach, gdy proces chorobowy doprowadza do zwłóknienia ściany i znacznego zmniejszenia objętości pęcherza, stosowano cystektomię z pozostawieniem trójkąta pęcherza i ileocystoplastyką, a nawet cystourektomię. Cystektomia z pozostawieniem trójkąta i ileocystoplastyką wydaje się w chwili obecnej postępowaniem z wyboru w przypadku ZBP/IC odporne na leczenie zachowawcze. Pozostawienie trójkąta rodzi wątpliwości, czy nie dojdzie do nawrotu choroby w tak powiększonym pęcherzu. Nurse i wsp. sugerują, aby zawsze przed decyzją o pozostawieniu trójkąta pobierać z niego wycinki, aby stwierdzić czy w trójkącie nie występują zmiany świadczące o uszkodzeniu urotelium i włóknieniu (naciek z komórek zapalnych, odkładanie się tkanki łącznej). Jeżeli tak jest, to postępowaniem z wyboru powinna być całkowita cystourektomia z cysoureteroplastyką lub odprowadzeniem moczu do wstawki Brickera.

Próby leczenia na podstawie stwierdzanych zmian

neuropatologicznych

Niniejsze badania wykazały, że w przypadku ZBP/IC mamy do czynienia z głębokimi zmianami ilościowymi oraz jakościowymi w obrębie unerwienia pęcherza moczowego, zwłaszcza w urotelium i warstwie podśluzowej. Prawdopodobna jest hipoteza tzw. zapalenia neurogenego pęcherza, jako przyczyny sprawczej ZBP/IC. Z drugiej strony nie wydaje się, że takie same zmiany są obecne u wszystkich pacjentów. Może to zależeć od stadium rozwoju choroby, a także od różnego wpływu czynników egzo- i endogen-nych (leki, hormony, czynniki wzrostu, elementy odpowiedzi immunologicznej). To wszystko sprawia, że trudno jest ustalić jednolity obraz neurohistopatologiczny dla tego schorzenia.

Tradycyjnie badania histopatologiczne

są wykorzystywane do potwierdzenia danego rozpoznania, ale coraz częściej właśnie w oparciu o wyniki tych badań podejmowana jest decyzja o sposobie leczenia (np. w przypadku nowotworów).

ZBP/IC jest obecnie rozpoznawane jako schorzenie „z wykluczenia” innych stanów patologicznych, mogących prowadzić do wystąpienia takich objawów jak ból, parcia naglące, częstomocz. Jest to logiczne podejście, zważywszy na brak jednorodnego obrazu tej choroby.

Ale być może należy zmienić to podejście i zastosować bardziej indywidualne postępowanie w odniesieniu do każdego przypadku. Jak wspomniano we wstępie, pomimo że badanie histopatologiczne nie jest wymagane do rozpoznania ZBP/IC, ponad połowa urologów wykonuje biopsję pęcherza u pacjentów z podejrzeniem tego schorzenia.

Czego więc należy poszukiwać w wyniku pobranym z pęcherza moczowego?

Wydaje się, że zamiast próby ustalenia jednolitych kryteriów rozpoznania histopatologicznego, można próbować określić charakter i rodzaj zmian występujących u danego pacjenta. Oprócz określenia stopnia nacieku z komórek tucznych (co zresztą jest wykorzystywane w diagnostyce ZBP/IC), można też określić rodzaj zmian w unerwieniu pęcherza moczowego, a następnie podjąć próbę selektywnej modulacji takiego unerwienia.

Modulacja taka w chwili obecnej jest już możliwa. Można ją wywołać stosując neuromodulację implantami wszczepianymi do korzeni krzyżowych rdzenia, bądź też działając bardziej obwodowo (na poziomie pęcherza) i wykorzystując w tym celu neurotoksyny. Reasumując neuropatologia i indywidualnie dobiera-

Efekt terapeutyczny w leczeniu ZBP/IC po zastosowaniu preparatu Cystistat®⁹

Srednia punktacja w skali VAS nasilenia objawów
(wzrokowa skala analogowa)

Przed
leczeniem

8,5

Po zastosowaniu
preparatu
Cystistat®

3,5

85% pacjentów stwierdziło
złagodzenie objawów

84% pacjentów stwierdziło znaczną
poprawę jakości życia

cystistat®

Sodium hyaluronate

... przywraca radość życia.

Cierpisz na zespół
bolesnego pęcherza?

Cystistat® odbudowuje warstwę
ochronną nabłonka pęcherza.

Warstwa glikozaminoglikanów na wewnętrznej powierzchni ściany pęcherza pełni rolę bariery ochronnej przed mikroorganizmami, substancjami rakotwórczymi, mikrokryształami i innymi czynnikami obecnymi w moczu. Jest określana jako naturalny mechanizm obronny, chroniący nabłonek pęcherza.

SymPhar Sp. z o.o.
ul. Włostka 1, 00-777 Warszawa
tel. (22) 822 95 06
www.symphar.com
www.cystistat.pl

SymPhar
Polska i w Belgii

III część cyklu „Ćwicz z nami”

Trening mięśni dna miednicy dla zaawansowanych

MGR ALEKSANDRA LISTKOWSKA

STUDIUM WF I SPORTU, UNIwersYTET MEDYCZNY W ŁODZI

W treningu dla początkujących (Kwartalnik NTM nr 2 (29) 2009) zlokalizowałyśmy mięśnie dna miednicy, nauczyłyśmy się „izolować” pracę mięśni synergistycznych oraz wykonywać skurcz przepony dna miednicy podczas jednego, swobodnie wydłużonego wydechu. Dzisiejsze ćwiczenia są adresowane do osób, które opanowały wymienione umiejętności.

Zanim przejdziemy do właściwych ćwiczeń, nauczmy się wprowadzać nasze mięśnie w stan pełnego rozluźnienia, a umysł w stan relaksu („relaksacja i odpoczynek”).

Położ się wygodnie na podłodze na plecach (mata, koc, dywan). W zależności od kondycji kręgosłupa możesz podłożyć odpowiednio zrolowany ręcznik pod szyję i/lub odcinek lędźwiowy. Za-

mknij oczy, ramiona ułóż około 45 stopni od tułowia, a dłonie stroną grzbietową do podłogi. Nogi rozluźnij - kierując swobodnie palce stóp na zewnątrz. Uchyl usta - lekko opuszczając żuchwę. Powinnaś czuć się komfortowo i wygodnie. Oddychaj spokojnie. Będziesz stopniowo rozluźniać poszczególne części ciała - skupiając na nich swoją uwagę i tym samym świadomie powodując ich rozluźnienie. Zatem, skoncentruj myśli na sobie, zacznij od czoła... rozluźnij je. Przejdź myślami do szyi - po prostu pomyśl o niej i siłą woli rozluźnij ją. Następnie w taki sam sposób, nie spiesząc się, skup swoją uwagę na barkach, łopatkach, ramionach, przedramionach, dłoniach, pośladkach, udach, podudziach i stopach. Ćwiczenie wykonuj powoli, jakbyś od niechcenia, spokojnie oddychając. Powinnaś poczuć

się „bezwładna”, a ciało czuć jako bardzo ciężkie. To całkowite rozluźnienie mięśni pozwoli Ci łatwiej „nawiązać kontakt” z mięśniami dna miednicy. Taką relaksacją zalecam zaczynać i kończyć każdy trening dolnej przepony.

W treningu dla osób zaawansowanych, każde kolejne ćwiczenie zawiera dodatkowy element uzupełniający poprzednie ćwiczenie i należy je wprowadzać z zachowaniem podanej kolejności. Będziemy stopniowo dążyć do wydłużenia czasu skurczu przy swobodnym oddychaniu, co umożliwi nam skuteczne panowanie nad naszymi mdm w życiu codziennym.

Przypomnijmy najistotniejsze ćwiczenie (V) z treningu dla początkujących, które będzie wstępem do 1. ćwiczenia w treningu dla zaawansowanych.

1. Leżąc tyłem na podłodze w pozycji relaksacyjnej weź spokojny wdech i podczas spokojnego wydechu wykonaj całe ćwiczenie V z treningu dla początkujących (podczas jednego, spokojnego wydechu: „podciągnij pępek” „zmniejsz miednicę”, „wykonaj sznurowanie”, czyli spowoduj skurcz mięśni dna miednicy), i teraz - utrzymując osiągnięty skurcz przejdź do swobodnego oddychania (3 - 4 oddechy). Ten czas wykorzystaj na wizualizację „hamaka”, kontrolę oddechu i rozluźnienia górnej części ciała, głównie szyi i barków. Następnie rozluźnij skurcz mdm. Wyrównaj oddech. Powtórz ćwiczenie kilka razy, aby wyraźnie je poczuć.

Od momentu opanowania tego ćwiczenia, uzupełniając codzienny trening podstawowy, stosuj je 4 - 5 razy w ciągu dnia w pozycji stojącej, starając się utrzymać napięcie podczas krótkiej wymiany zdań (abyś nie ćwiczyła na bezdechu). Dostkonalac się, wykorzystaj do te-





go różne, przypadkowe sytuacje w życiu codziennym.

2. Pozostając w leżeniu tyłem, weź wdech, a następnie podczas wydechu wykonaj skurcz mdm i utrzymując go, przejdź do swobodnego oddychania (jak w ćw. 1.), ale tym razem wykorzystaj ten czas na spokojne, ciągle „podciąganie hamaka” na wyższy poziom, w kierunku klatki piersiowej. Kontroluj i niweluj zbędne napięcia - rozluźnij skurcz mdm. Wyrównaj oddech i powtórz ćwiczenie kilka razy, abyś była pewna, że dobrze je wykonujesz. Pamiętaj o odpo-

czynku zawsze kiedy czujesz zmęczenie czyż to także obowiązkowo po 10-ciu powtórzeniach.

Temu ćwiczeniu (2.) poświęć więcej czasu. Potraktuj je jako podstawę swojego codziennego treningu przez 10 - 12 dni, wykonując je 3 razy w ciągu dnia po 10 - 12 powtórzeń. Jeżeli swobodnie posługujesz się ćwiczeniem nr 2, proponuję kolejne.

3. Wykonaj wdech. Podczas następującego spokojnego wydechu, wykonaj precyzyjnie skurcz mdm i utrzymując go, weź krótki wdech i natychmiast

krótki wydech z równoczesnym energicznym podciągnięciem przepony dna miednicy. Nie rozluźniając jej weź kolejny krótki wdech i krótki wydech z energicznym podciągnięciem przepony „piętro wyżej”, i jeszcze trzeci raz „piętro wyżej”. Odpocznij wyrównując oddech i rozluźniając się. Hasłem wywoławczym dla tego ćwiczenia podczas moich zajęć jest „wjeżdżamy na trzecie piętro” - oczywiście w toku nauczania tego ćwiczenia zaczynamy od pierwszego piętra.

Traktując ćwiczenie nr 3 jako podstawę codziennego treningu, wykonuj je 3 x dziennie po 10 powtórzeń.

Jeżeli opanowałaś dotychczasowe ćwiczenia i stosowanie ich nie sprawia Ci kłopotu, możesz dopiero teraz, w celu wzmocnienia działania dotychczasowych ćwiczeń, dodać pracę mięśni synergistycznych. Wykorzystaj do tego gumowy krążek, piłkę gimnastyczną, twardą, małą poduszkę lub zrolowany ręcznik.

Wróć do ćwiczenia nr 1. Włóż krążek między stopy. Podczas spokojnego wydechu: „podciągnij pępek”, „zmniejsz miednicę”, „zasznuruj” i dopiero ściśnij stopami krążek. Na tym etapie treningu te wszystkie czynności jesteś w stanie wykonać równocześnie, jednak pamiętaj, aby ściśnięcie krążka nie wyprzedzało wcześniejszych elementów ćwiczenia 1. Naucz się tego ćwiczenia powtarzając je kilkakrotnie.

W następnej kolejności opanuj ćwiczenie 2 i 3 z zastosowaniem wybranego przyboru.

Ćwiczysz już dłuższy czas systematycznie, w domu oraz minimum raz w tygodniu uczestniczysz w zajęciach grupy zaawansowanej pod kierunkiem instruktora; odczuwasz pozytywne skutki swoich działań w zakresie wzmocnienia mdm, jak i poprawy ogólnej sprawności i kondycji, możesz zatem zwiększyć obciążenie swojego treningu wykonując w czasie ćwiczeń skurcz mdm podczas wdechu. Tą techniką uzupełnij swój podstawowy trening ćwicząc maksymalnie jedną serię (10 powtórzeń) dziennie.

Dla ułatwienia, wszystkie dzisiejsze ćwiczenia przedstawiłam w jednej, wybranej pozycji - w leżeniu tyłem - najdogodniejszej do osiągnięcia pełnej relaksacji, także w opinii ćwiczących Pań - najbardziej sprzyjającej odczuciom i kontroli wykonywanej pracy. Ponieważ dążymy do panowania nad przeponą dna





► miednicy w różnych ułożeniach ciała i przy różnym obciążeniu, zatem musisz wykonywać poznane ćwiczenia w różnych pozycjach: w staniu, w siadzie na krześle, w leżeniu tyłem z ugiętymi nogami, w leżeniu na brzuchu z odwiedzoną jedną nogą ugiętą w kolanie i w klęku rozkrocznym podpartym na przedramionach (wymienione pozycje zostały przedstawione w Kwartalniku NTM nr 2(29)2009 str. 8, 9, 10) oraz w leżeniu na plecach lub na brzuchu, z wyprostowanymi nogami, a także w leżeniu na boku z ugiętymi nogami do przodu

W trakcie codziennych treningów możesz ćwiczyć w jednej pozycji lub w kilku. W treningu zaawansowanym wskazane jest, w miarę możliwości zdrowotnych, wykonywanie proporcjonalnie większej ilości ćwiczeń w pozycji stojącej.

Przyjmij kilka zasad:

- W fazie nauki nie zmieniaj kolejności poznawania techniki i nie przyspieszaj trybu nauki - po opanowaniu wszystkich zalecanych ćwiczeń będziesz mogła być bardziej samodzielna i twórcza
- Ćwiczenie oparte na skurczu podczas jednego wydechu (ze wspomaganie lub bez) wykonuj minimum trzy razy dziennie po 30 powtórzeń (3 serie po 10 powtórzeń z odpoczynkiem po każdej serii).
- Ćwiczenie oparte na skurczu lub skurczach ciągłych lub dynamicznych w trakcie swobodnego, przedłużonego oddychania (3 - 4 oddechy) wykonuj minimum

trzy razy dziennie po 10 - 12 powtórzeń z obowiązkową relaksacją po 5 powtórzeniach.

Posiadając wiedzę i umiejętności praktyczne oraz dysponując coraz większym zasobem ćwiczeń, różnorodnością pozycji, możesz sama konstruować swój indywidualny trening urozmaicając i dostosowując go do swoich możliwości zdrowotnych i kondycyjnych.

Oto przykład - zaplanowałaś trening cztery razy w ciągu dnia: pierwsza sesja - ćwiczenia na jednym wydechu w leżeniu tyłem z krążkiem między ugiętymi kolanami - 3 x po 10 powtórzeń; druga sesja - ćwiczenia na 3 - 4 oddechach z ciągłym „podciąganiem hamaka” w pozycji stojącej - 1 x 12 powtórzeń; trzecia sesja - ćwiczenia na 3 - 4 oddechach z energicznym skurczem mdm, ze wspomaganie, bez przyboru, w siadzie na krześle - 1 x 10 powtórzeń; czwarta sesja - ćwiczenie na jednym wydechu w klęku podpartym na przedramionach - 3 x 10 powtórzeń.

Osiągnięcie pozytywnych rezultatów jest ściśle uzależnione od dokładności wykonywania ćwiczeń, systematyczności w treningach, cierpliwości i kontynuacji ćwiczeń po osiągnięciu poprawy. Uczestniczenie w zajęciach grupowych pod kierunkiem instruktora bardzo ułatwia etapy nauki, zaawansowanym wzbogaca trening poprzez ćwiczenia wzmacniające mięśnie synergistyczne dla mięśni dna miednicy, ale nie tylko te. Zapewnia utrzymanie równowagi w napięciu wszystkich mięśni poprzez stosowanie elementów treningu ogólnorozwojowego bądź

siłowego oraz odpowiednio dobrane ćwiczenia rozciągające (nazywane „stretchingiem”). W naszym problemie nie wskazane jest wykonywanie zbyt wcześnie ćwiczeń rozciągających mięśnie okolic nóg i bioder. Wyjątek stanowią mięśnie zwane zginaczami uda. Ich zbyt silne napięcie (np. z powodu długiego siedzenia) jest stanem sprzyjającym występowaniu i utrzymywaniu się NTM oraz w znacznym stopniu utrudnia przywrócenie funkcji mięśniom dna miednicy. Nie tylko dla wyżej wymienionych powodów zachęcam Panie do uczestniczenia w zajęciach, również dla stałej kontroli instruktorskiej, zespołowego wsparcia, poprawy ogólnej sprawności fizycznej i psychicznej oraz dobrego samopoczucia, które towarzyszy nam po każdych zajęciach.

Podsumowując. Trening mięśni dna miednicy prowadzony proponowanym przeze mnie systemem cechuje:

- „mentalne wyizolowanie” mięśni dna miednicy,
- oddzielenie pracy mdm od pracy mięśni synergistycznych (mięśnie podudzi i ud),
- nauka samodzielnego napinania i rozluźniania mdm w ćwiczeniach bez pracy dużych mięśni wspomagających,
- korelacja oddychania z pracą mdm zarówno podczas wydechu jak i wdechu,
- wprowadzenie w odpowiednim czasie współpracy mdm z dużymi mięśniami tych okolic (mięśnie: przywodziciele, pośladkowe, brzucha i grzbietu),
- dbałość o sprawność ogólną i poprawę sylwetki.

Elementami strategicznymi są:

- delikatne stopniowanie trudności w poszczególnych etapach nauki (w zależności od rodzaju schorzenia i umiejętności osobniczych),
- kilkugodzinna nauka podczas zajęć z przygotowanym merytorycznie instruktorem,
- systematyczność i wytrwałość oraz możliwość - po opanowaniu wszystkich etapów - samodzielnego konstruowania treningu przy większym lub mniejszym udziale instruktora

Zachęcam Panie do podjęcia trudu ćwiczeń i czerpania radości z efektów ich uprawiania. Życzę wytrwałości i sukcesu.

Przed rozpoczęciem ćwiczeń skonsultuj się z lekarzem.

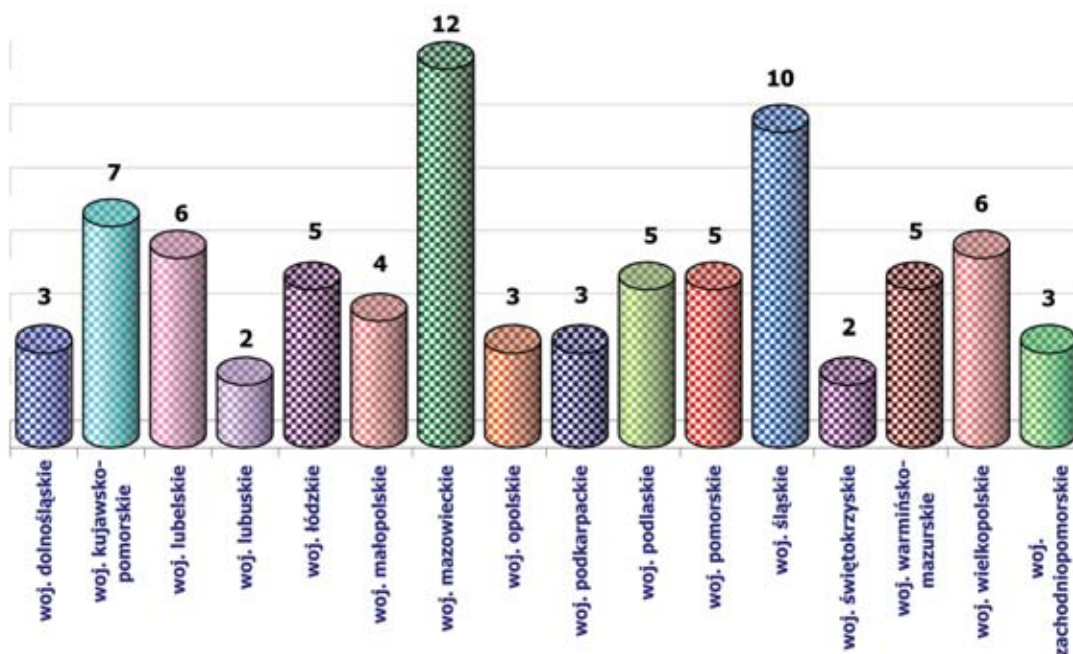
Wszystkie Osoby zainteresowane kontaktem z Autorką, pragnące wymienić się swoimi doświadczeniami, bądź zadać pytanie odnośnie ćwiczeń, prosimy o kontakt na adres mailowy ntm@ntm.pl

ZDJĘCIA: MARIAN LISTKOWSKI

Badanie urodynamiczne – podsumowanie 16 województw

ANNA SULKA

Liczba pracowni urodynamicznych w poszczególnych województwach



Opracowanie własne

W poprzednim numerze Kwartalnika NTM (29) zamieściliśmy listę placówek wykonujących pełne badanie urodynamiczne na terenie województwa opolskiego. Tym samym zakończyliśmy cykl prezentujący bazę pracowni urodynamicznych we wszystkich szesnastu województwach. Nadszedł czas na podsumowanie.

W skład badania urodynamicznego wchodzi: pomiar tempa przepływu cewkowego, pomiar ciśnienia śródpecherzowego, pomiar ciśnienia w cewce moczowej oraz elektromiografia zwieracza zewnętrznego cewki. Pełne badanie urodynamiczne jest niezbędne gdy chcemy ocenić funkcję dolnych dróg moczowych i zdecydować jaki rodzaj leczenia będzie najodpowiedniejszy.

W Polsce pierwsza pracownia urodynamiczna powstała w 1975 roku przy

KOMENTARZ

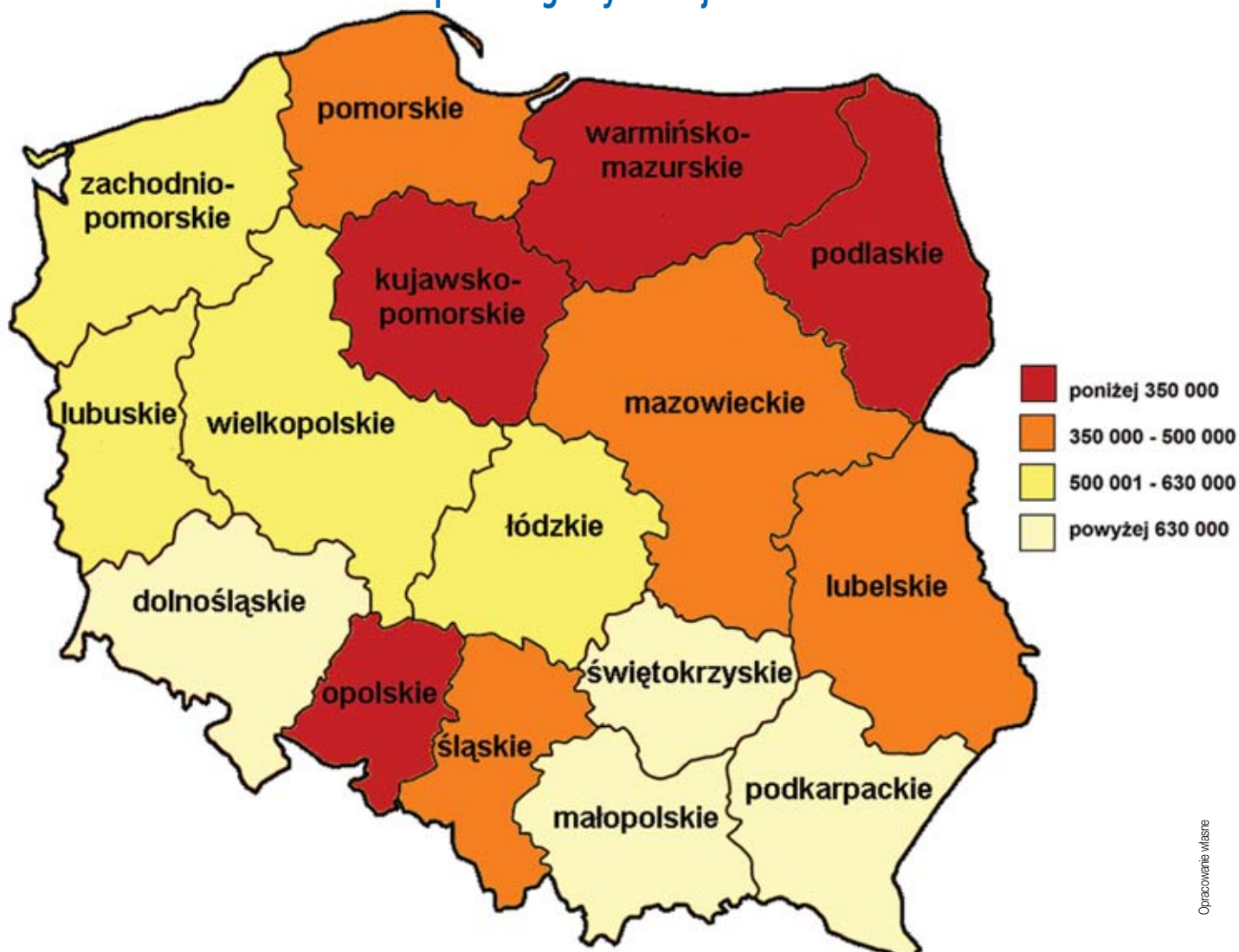
Dostępność badań urodynamicznych w Polsce

■ Według danych Kwartalnika NTM, badania urodynamiczne są wykonywane w 83 pracowniach urodynamicznych na terenie Polski. Czy to dużo?

Odpowiedź na to pytanie nie jest łatwa. Spójrzmy zatem na dostępność badań. W województwie mazowieckim znajduje się 12 pracowni badań urodynamicznych, a czas oczekiwania na badanie wynosi ok. 3 miesiące. To nadal dość długo; taki czas powinien wynosić poniżej jednego miesiąca, ale w odniesieniu do średniego czasu oczekiwania na badanie urodynamiczne w Europie, mieścimy się w średniej. Gorzej wygląda sytuacja z dostępnością badań w innych województwach – np. dolnośląskim i kujawsko-pomorskim.

Z teoretycznego punktu widzenia każdy oddział urologiczny i każdy oddział ginekologiczny (leczący nietrzymanie moczu) powinny posiadać pracownię urodynamiczną. Ponadto, pracownia urodynamiczna powinna znajdować się w ośrodkach rehabilitacyjnych po urazach kręgosłupa oraz w niektórych ośrodkach neurologicznych. To nadal stanowi w Polsce problem.

Liczba ludności przypadająca na jedną placówkę w poszczególnych województwach



Opracowanie własne

► Oprócz pracowni urodynamicznych brak jest w Polsce wyspecjalizowanego personelu średniego, zajmującego się osobami z nietrzymaniem moczu i zaburzeniami czynności dolnych dróg moczowych. Te tzw. uroterapeutki pomagają pacjentkom w rehabilitacji mięśni dna miednicy, uczą kontroli nad pęcherzem (dzienniczki mikcyjne), pomagają w nauce samocewnikowania.

Innym problemem jest jakość badań urodynamicznych. W chwili obecnej brak jest jakiegokolwiek nadzoru nad wykonywaniem badań, brak jest certyfikatów potwierdzających posiadanie umiejętności do wykonywania badań i odbycie odpowiedniego przeszkolenia. Przy czym, ważne są zarówno samo techniczne wykonanie badania, jak i umiejętność jego interpretacji.

Ale patrząc znowu z perspektywy ostatnich 15 lat, to jest czasu od kiedy zajmuję się badaniami urodynamicznymi, zdarzyło się bardzo dużo dobrego. Wzrosła świadomość zarówno lekarzy jak i pacjentów. Już bardzo rzadko spotyka się pacjentów, którzy powinni mieć wykonane badanie, a go nie mieli. Lekarze wiedzą też znacznie więcej o samym badaniu i coraz chętniej je zlecają.

Jakość wykonywanych badań systematycznie się poprawia, przyczyniają się do tego liczne warsztaty i sympozja, żeby wspomnieć Łomżyńskie Warsztaty Urodynamiczne, Warszawskie Seminarium Neurourologii, czy wreszcie spotkania sekcji Uroginekologii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. W Polsce są dostępne aparaty do badań urodynamicznych prawie wszystkich liczących się producentów (MediWatch, Laborie, Andromeda, MMS).

Reasumując, wiele osiągnięliśmy, nadal jednak bardzo dużo pozostaje do zrobienia, ale mam nadzieję, że w ciągu kilku najbliższych lat urzeczywistni się idea pracowni urodynamicznej dostępnej w każdym szpitalu specjalistycznym.

DR HAB. N. MED. PIOTR RADZISZEWSKI



► Oddziały Neurourologii w Centrum Rehabilitacyjnym w Konstancinie. Obecnie w Polsce jest ok. 81 pracowni wykonujących pełne badanie urodynamiczne. Najwięcej placówek znajduje się w woj. mazowieckim oraz śląskim, odpowiednio 12 i 10. Najgorzej prezentują się natomiast województwa lubuskie i świętokrzyskie, gdzie badanie można wykonać jedynie w 2 placówkach. Biorąc pod uwagę liczbę pacjentów przypadających na jedną pracownię, najkorzystniej wypada województwo podlaskie, kujawsko – pomorskie oraz warmińsko mazurskie.

Czy w Polsce znajduje się wystarczająca liczba placówek wykonujących pełne badanie urodynamiczne, a może pacjenci mają utrudniony dostęp do diagnostyki? O odpowiedź na to pytanie poprosiliśmy eksperta, który od lat zajmuje się problemem nietrzymania moczu.

Kompletna lista placówek przeprowadzających badania urodynamiczne na terenie kraju, dostępna jest na stronie internetowej www.ntm.pl. W razie jakichkolwiek sugestii dotyczących listy pracowni urodynamicznych w poszczególnych województwach, prosimy o kontakt na adres mailowy ntm@ntm.pl

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	1008	78	21 dni	nb*	nb	nb***	nb	nb
Opolskie	65	16	1037	80	do 7 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Małopolskie	143	23	3279	420	14-30 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Podkarpackie	210	10	2097	170	do 30 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Podlaskie	239	5	1193	71	21 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Świętokrzyskie	255	5	1276	256	21 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Śląskie	259	18	4654	561	21 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Warmińsko-mazurskie	285	5	1426	108	do 30 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Łódzkie	511	5	2556	172	21 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Kujawsko-pomorskie	517	4	2066	75	nb	nb**	nb	nb**	nb	nb
Lubelskie	542	4	2166	231	21 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Wielkopolskie	564	6	3387	240	14 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Dolnośląskie	720	4	2878	146	do 30 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Zachodniopomorskie	846	2	1692	111	21 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Mazowieckie	865	6	5188	235	21 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Pomorskie	2211	1	2211	121	do 21 dni	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, * dorośli – do 14 dni, ** dorośli – do 25 dni *** wózki inwalidzkie – do 14 dni

Opr. K. Ciepiela na podstawie danych z oddziałów NFZ

Fundacja „Życ z chorobą Parkinsona”

By godnie żyć

MAGDALENA KOWALEWSKA

Fundacja „Życ z chorobą Parkinsona” powstała w celu niesienia pomocy chorym i ich rodzinom, cierpiącym z powodu choroby Parkinsona. Fundacja działa także na rzecz ochrony zdrowia i opieki społecznej. Została ona założona w roku 2004, z inicjatywy Pana Jerzego Łukasiewicza. Rok później, 29 marca 2005 r., Fundacja otrzymała status organizacji pożytku publicznego. Siedziba Fundacji mieści się w Warszawie, przy ul. Czerskiej 18 lok. 243.

Czym jest choroba Parkinsona?

Choroba Parkinsona należy do grupy chorób zwyrodnieniowych układu nerwowego. Cierpi na nią prawie 1,5% osób w wieku powyżej 65 r.ż. Schorzenie dotyka w jednakowym stopniu obu płci. Początek choroby jest niekiedy podstępny, a rozpoznanie, zwłaszcza we wstępnym jej okresie, nie jest łatwe. Do najbardziej charakterystycznych objawów choroby Parkinsona należą: drżenie rąk, ramion, nóg, żuchwy i twarzy, sztywność kończyn i tułowia, spowolnienie ruchów, upośledzenie koordynacji ruchowej i równowagi. Mogą wystąpić także trudności w mowie. Choroba ma charakter przewlekły i postępujący - objawy ulegają nasileniu wraz z rozwojem choroby. Jej przyczyny nie zostały jeszcze w pełni wyjaśnione, zaś leczenie - w świetle dotychczasowych badań - może jedynie spowolnić jej rozwój i osłabić objawy.

Idea Fundacji

Życie chorych jest w wielkim stopniu utrudnione, a idea Fundacji to właśnie doprowadzenie do tego, by tych utrudnień było jak najmniej. Głównym zadaniem Fundacji jest wyzwalanie aktywności w środowisku osób z chorobą Parkinsona, poprzez rozwijanie grup samopomocowych i stowarzyszeń regionalnych. Cele Fundacji to również służenie chorym pomocą materialną i przeciwdziałanie ich poczuciu rezygnacji, osamotnienia i bezradności. Prowa-

dzone są również działania mające na celu rozwiązanie problemu zaopatrzenia w leki, bez których chorzy nie mogą żyć. Fundacja opracowuje wykaz przychodni specjalistycznych, zajmujących się chorobą Parkinsona oraz wykaz aptek posiadających pełną ofertę leków zalecanych przy schorzeniu.



Stara się ona jak najczęściej aktualizować informacje o nowych lekach, korzystając z zapowiedzi firm farmaceutycznych. Fundacja może wspierać także inne instytucje i organizacje, których działalność jest zbieżna z celami Fundacji, może również finansować badania naukowe. Współdziała także z organami administracji państwowej i samorządowej, placówkami służby zdrowia, mediami oraz innymi organizacjami krajowymi i międzynarodowymi działającymi na rzecz osób z chorobą Parkinsona. Fundacja obejmuje swoim patronatem specjalistyczne poradnie, przychodnie dzienne i stałego pobytu chorych.

Wolontariusze pomagają

Ważnym punktem działalności organizacji jest wolontariat. Fundacja zatrudnia bardzo wielu wolontariuszy. Są to przede wszystkim ludzie młodzi, sympatyczni, rozczarujący wokół siebie pozytywną aurę. Ich działalność obejmuje m.in. organizowanie szeroko rozumianej rehabilitacji domowej, terapii psychologicznej. Niosą oni pomoc osobom samotnym, załatwiają różne sprawy, często zbyt trudne, czy wręcz niemożliwe do wykonania samodzielnie przez chorego. Wolontariusze pomagają również Fundacji w organizacji szkoleń,

konferencji, przygotowywaniu świątecznych spotkań.

Obszar na którym Fundacja wykonuje swoje zadania to terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a także terytoria innych krajów. Organizacja może posiadać oddziały za granicą. Nie może jednak zrzeszać członków, ze względu na formę prawną swojej działalności, aczkolwiek każda osoba zainteresowana może zgłosić się do Fundacji.

Organizacja „Życ z chorobą Parkinsona” realizuje programy społeczne powstałe z myślą o osobach cierpiących na to schorzenie oraz skierowane w szczególności do tych osób. Działalność ta jest bardzo bogata. Fundacja utworzyła poradnię internetową dla osób z chorobą Parkinsona, administruje pięć stron internetowych: www.parkinsonfundacja.pl, www.parkinson.sos.pl, www.parkinson.net.pl, www.parkinsoninfo.com. Zorganizowała ona dla chorych wiele imprez turystycznych, rekreacyjnych, zjazdów, prelekcji. Fundacja posiada także swoje wydawnictwo, wydaje podręczniki, biuletyny, ulotki, plakaty rozpowszechniające wszelkie informacje, rezultaty badań naukowych w dziedzinie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji osób z chorobą Parkinsona. Wydała m.in. „Poradnik żywienia w chorobie Parkinsona”, „Poradnik do rehabilitacji”. Fundacja umożliwia chorym konsultacje z lekarzami neurologami, organizuje także wizyty domowe. Stale współpracuje z wieloma specjalistami. Organizowane są również dotacje działań regionalnych i lokalnych na rzecz zreformowania systemu opieki nad nieuleczalnie chorymi, aby mogli oni jak najdłużej pozostawać pod odpowiednią opieką we własnych mieszkaniach. Fundacja prowadzi zajęcia z psychoterapii, terapii ruchowej oraz szkolenia dla rodzin i opiekunów osób chorych. Prowadzone są ogólnopolskie spotkania z osobami cierpiącymi na chorobę Parkinsona, w dzień urodzin James’a Parkinsona. Fundacja finansuje usługi związane z poprawą kondycji fizycznej i psychicznej dotkniętych schorzeniem pacjentów. Fundacja działa po to, aby osoby cierpiące na chorobę Parkinsona mogły prowadzić godne życie.

Szczegółowe informacje mogą Państwo otrzymać kontaktując się telefonicznie z Biurem Fundacji pod numerem (022) 409-77-56.

Fundacja „Życ z chorobą Parkinsona”
ul. Czerska 18 lok.243
00-732 Warszawa
tel. 0 22 409 77 56
fundacja@parkinson.sos.pl

Zmian nie będzie. Ministerstwo Zdrowia po raz kolejny zawiodło niepełnosprawnych i przewlekle chorych ludzi, dla których sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze stanowią podstawowy warunek do normalnego funkcjonowania.

Od 17 grudnia 2004, czyli od ostatniej nowelizacji rozporządzenia, pacjenci z niecierpliwością i wielką nadzieją oczekiwali zmian w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne. W rzeczywistości, chorzy czekają znacznie dłużej, ponieważ rozporządzenie dotyczące przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych nie było zmieniane praktycznie od roku 1999. Nowelizacja z 2004 była jedynie wierną kopią wcześniej wprowadzonych rozwiązań. 15 stycznia 2008 roku dla tysięcy niepełnosprawnych pojawił się promyk nadziei, bowiem na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia został opublikowany projekt nowelizacji rozporządzenia w sprawie wykazu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych finansowanych ze środków publicznych. W ten właśnie sposób propozycja nowej regulacji została przekazana do konsultacji społecznych. Niestety projektowi wytykano, że zawierał on dużo niejasności i rozwiązań budzących kontrowersje. W marcu 2008 roku, po zebraniu wielu opinii poddano propozycję regulacji wnikliwej analizie, która zajęła resortowi ponad 10 miesięcy. W styczniu 2009 roku odbyła się konferencja uzgodnieniowa w Ministerstwie Zdrowia, z udziałem środowisk medycznych, pacjenckich oraz dystrybutorów i producentów. Po wpłynięciu wielu głosów społecznych, opinii środowiska medycznego, wielu kontrowersjach i ponad roku, oczekiwania, do projektu nareszcie zostały wprowadzone niektóre postulaty niepełnosprawnych - w tym między innymi w zakresie środków absorpcyjnych. Przewlekle chorzy ludzie przez chwilę mogli cieszyć się perspektywą lepszego - czyli w miarę normalnego funkcjonowania w społeczeństwie. Przez chwilę...

20 lipca 2009 r. Prezydent Lech Kaczyński podpisał tzw. „ustawę koszykową” o świadczeniach opieki zdrowotnej, która określa kryteria jakie będą uwzględniane przy kwalifikowaniu świadczeń jako gwarantowanych. Zakwalifikowanie danego świadczenia do „koszyka” będzie oznaczało jego finansowanie w całości lub części ze środków publicznych. Wykaz świadczeń gwarantowanych ma być określany przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu. Z litery ustawy koszykowej wynika ponadto, że do 31 sierpnia br. musiało wejść w życie aż 13 rozporządzeń określających wykazy

Miało być lepiej, a wyszło jak zawsze...

MAGDALENA OWOC - STOJAK



gwarantowanych świadczeń zdrowotnych – czyli tzw. koszyk. Jedną z tych regulacji miał stanowić właśnie projekt nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego wykazu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych. Jak się niedługo okazało, propozycje zawarte w projekcie zablokował Narodowy Fundusz Zdrowia, który postanowił przygotować własną propozycję regulacji. Długo konsultowany i zaakceptowany przez środowiska pacjenckie projekt nowelizacji rozporządzenia trafił więc do kosza. Na szczęście próba zamiany projektu rozporządzeń zakończyła się fiaskiem i ostatecznie, starym zwyczajem, resort zdrowia przesłał do ekspresowych konsultacji społecznych (7 dni) kopie aktualnie obowiązującego rozporządzenia z jednym wyjątkiem. Otóż postanowiono usunąć kontrowersyjny zapis określający zasady refundacji aparatów słuchowych przy niedosłuchu obuusznym. Według obecnych przepisów taka refundacja należy się wyłącznie „osobom czynnym zawodowo oraz dzieciom i uczącej się młodzieży do 26 roku życia”. Pomimo wielu interwencji w ostatnich latach, w tym inter-

wencji poselskiej, do dzisiaj osobom niepracującym (bezrobotni, emeryci, renciści) lekarze i NFZ odmawiają prawa zaopatrzenia w drugi aparat. Dlatego usunięcie tego zapisu miało jak najbardziej logiczne i społeczne uzasadnienie. Niestety, w wersji podpisanej już przez Ministra Kopacz, zapis w tajemniczy sposób powrócił i będzie nadal dyskryminował część społeczeństwa. Trudno w tym wszystkim szukać logiki...

Pacjenci poczuli się oszukani. Niepełnosprawni wiązali duże nadzieje z zapowiedziami reform, liczyli na to, że wreszcie zostanie usuniętych wiele absurdalnych zapisów, które ograniczają im normalne życie. Liczyli, że deklaracje Premiera Tuska i Ministra Kopacz o priorytetowym traktowaniu osób niepełnosprawnych będą realizowane. Być może politycy przypomniał sobie co obiecywali już niedługo. W przyszłym roku odbędą się wybory prezydenckie. Szkoda byłoby stracić głos kilku milionów osób (ustawa koszykowa nakłada obowiązek corocznej nowelizacji rozporządzenia). Także za rok czeka nas kolejna próba zmiany starych przepisów.

LECZENIE OPERACYJNE

Operacje z użyciem taśm w woj. zachodniopomorskim

KATARZYNA WALEWSKA



W województwie zachodniopomorskim sytuacja leczenia operacyjnego nietrzymania moczu nie wygląda najgorzej. W większości szpitali kobiety mają możliwość poddania się leczeniu NTM z użyciem nowoczesnych metod leczenia operacyjnego, jakimi są taśmy TVT/TOT. Jednakże, liczba wykonywanych operacji w poszczególnych szpitalach jest zróżnicowana i waha się od kilku do kilkuset operacji w ciągu roku. Liczba operacji jest uwarunkowana z jednej strony, liczbą pacjentek zainteresowanych operacyjną metodą leczenia NTM, a z drugiej strony, wysokością środków finansowych na przeprowadzenie tego rodzaju zabiegów, jakimi dysponują poszczególne placówki. Uzyskaliśmy informacje o szpitalach, w których przeprowadzano w przeszłości operacje na NTM, lecz obecnie zabiegi te zosta-

ły wstrzymane z powodu braku środków przekazanych przez NFZ.

Czas oczekiwania na refundowany zabieg operacyjny wynosi średnio od 2 tygodni do 1,5 miesiąca. Można jednak znaleźć placówki, gdzie operacje wykonuje się na bieżąco, zaraz po przeprowadzonym badaniu urodynamicznym.

Na szczególnie wyróżnienie zasługuje placówka występująca pod nazwą Klinika Rozrodczości i Ginekologii w Policach SP Szpitala Klinicznego Nr 1 Pomorskiej Akademii Medycznej im. prof. Tadeusza Sokołowskiego, gdzie wykonuje się w około 200 operacji w ciągu roku. Do grupy wiodących placówek można także zaliczyć Szpital w Szczecinku, gdzie wykonuje się około 100 zabiegów rocznie oraz 109 Szpital Wojskowy w Szczecinie, gdzie liczba zabiegów w ciągu roku waha się w grani-

cach 90. Czas oczekiwania na zabieg to maksymalnie 2 tygodnie.

Poza największą trójką, są szpitale w których wykonuje się około 50-60 operacji rocznie, co niewątpliwie obrazuje zapotrzebowanie na tego rodzaju leczenie.

Analizując sytuację leczenia operacyjnego NTM w rejonie zachodniopomorskim, uzyskaliśmy również informacje o placówkach, w których wykonuje się tego rodzaju zabiegi metodami tradycyjnymi bez użycia taśm TVT/TOT.

Zdaniem miejscowych lekarzy sytuacja leczenia operacyjnego nietrzymania moczu w województwie zachodniopomorskim jest stosunkowo dobra. Według specjalistów, kobiety z nietrzymaniem moczu nie powinny mieć większych problemów z przeprowadzeniem zabiegu operacyjnego w tym województwie. Podobną opinię na temat zabiegów operacyjnych leczących nietrzymanie moczu wydał specjalista ginekolog szpitala w Szczecinku. Jego zadaniem, w większości placówek medycznych w dużych miastach regionu istnieje możliwość poddania się zabiegom leczącym NTM przy użyciu taśm TVT/TOT. Sytuację leczenia nietrzymania moczu ocenił jako dobrą.

W przeważającej części placówek medycznych przeprowadzających zabiegi, istnieje możliwość skorzystania z zabiegu płatnego, w niektórych szpitalach nawet z możliwością indywidualnej negocjacji ceny, dotyczy to głównie osób, które nie posiadają ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia. Koszt tego rodzaju zabiegu wynosi około 2 500 zł.

Przedstawione w poniższej tabeli dane na temat liczby przeprowadzanych zabiegów operacyjnych na NTM nie odzwierciedlają w pełni aktualnej sytuacji jaka panuje w województwie zachodniopomorskim, ponieważ nie wszystkie placówki zdecydowały się udzielić informacji, niezbędnych do umieszczenia ich na prezentowanej liście.

Nazwa szpitala	Adres	Oddział	L. wykonanych zabiegów w 2007	L. wykonanych zabiegów w 2008	L. planowanych zabiegów w 2009	Czas oczekiwania na zabieg refundowany	Możliwość zabiegu płatnego
Szpital Powiatowy	ul. Chopina 29 Białogard 78-200	Gin-Pot.	bd	bd	bd	od 2 tyg. do m-ca	NIE
Szpital Woj. w Koszalinie im. M. Kopernika	ul. T. Chałubińskiego 7 75-581 Koszalin	Pot-Gin.	50-60	50-60	50-60	1,5 miesiąca	TAK
ZOZ MSWiA w Koszalinie	ul. Szpitalna 2 75-720 Koszalin	Urol.	20-30	20-30	0	Na bieżąco	TAK
Zespół Opieki Zdrowotnej w Polczynie Zdroju	ul. Gwardii Ludowej 5 78-320 Polczyn-Zdrój	Pot-Gin.	40-50	40-50	40-50	Na bieżąco	NIE
Szpital Powiatowy w Sławnie	ul. I Pułku Ułanów 9 76-100 Sławno	Pot-Gin.	bd	bd	bd	Na bieżąco	TAK możliwość negotjacji cen
SP ZOZ 109 Szpital Wojskowy	Ks. Piotra Skargi 9/11 70-965 Szczecin	Pot-Gin.	bd	83	80-90	2-3 tyg.	TAK
Sam. Publ. Woj. Szpital Zespolony	ul. Arkońska 4 71-455 Szczecin	Urol.	ok. 10-20	ok. 10-20	ok. 10-20	ok 3 tyg.	TAK
SP Szpital Kliniczny Nr 1 Pom. Akad. Med. im. prof. T. Sokołowskiego	ul. Siedlecka 2 72-010 Police	Gin.	ok. 200	ok. 200	ok. 200	Na bieżąco	TAK
Szpital w Szczecinku	ul. Kościuszki 38 78-400 Szczecinek	Pot-Gin.	ok. 100	ok. 100	ok. 100	Na bieżąco	TAK

Refundacja środków wchłaniających w innych krajach

W Rosji o refundacji decyduje się lokalnie

Kolejnym krajem, którego rozwiązania w zakresie refundacji środków absorpcyjnych prezentujemy na łamach Kwartalnika NTM, jest Rosja.

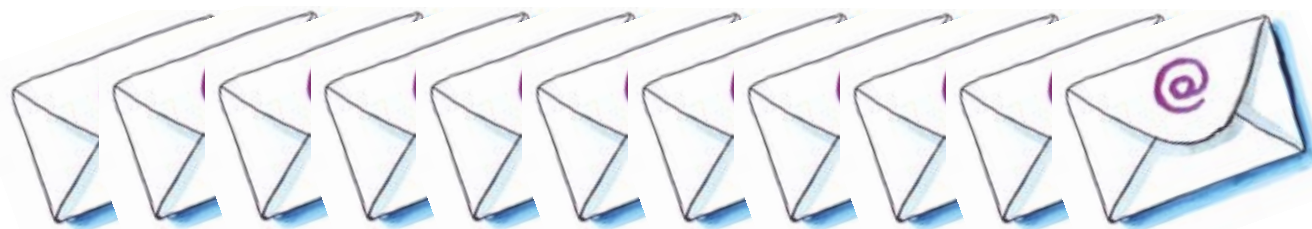
Decyzję o ewentualnej refundacji środków wchłaniających na terenie danego podmiotu Federacji podejmują władze lokalne, które pokrywają koszty poniesione z lokalnych budżetów socjalnych. Lista produktów refundowanych jest tworzona na podstawie przetargów, także każda jej zmiana wymaga zorganizowania przetargu. Taki system rodzi poważne ryzyko korupcji wśród urzędników.

W Rosji refundowane środki wchłaniające przysługują jedynie inwalidom z ciężkim nietrzymaniem moczu (w Polsce wskazaniem medycznym są nowotwory i choroby układu nerwowego). Refundacja jest jednak stuprocentowa i nie obowiązują żadne limity cenowe. Polski pacjent musi natomiast zapłacić 30% ceny (z wyjątkiem osób cierpiących na nowotwory, dla których produkty wchłaniające są refundowane w 100%).

Limit ilościowy został określony na poziomie 3 sztuk na dobę, czyli 90 sztuk miesięcznie (w Polsce - 60). Co warto zauważyć, refundowane środki absorpcyjne są dostarczane (przez dostawcę lub na jego zlecenie) bezpośrednio do domu pacjenta. KC

Refundacja środków wchłaniających: Rosja vs. Polska

	ROSJA	POLSKA
Liczba mieszkańców	143 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	przy ciężkim stopniu NTM refundacja pieluchomajtek, majtek chłonnych, pieluch anatomicznych i podkładow	dla w/w kryteriów chorobowych refundacja wkładów anatomicznych, pieluch anatomicznych, pieluchomajtek i podkładow
Ilość refundowanych sztuk / m-c	90 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 wskazaniami medycznych	0%	0% przy nowotworach lub 30% przy pozostałych



Jestem młoda, a od 6 lat cierpię na NTM...

Panie Doktorze,

Mam 23 lata. NTM mam od ok. 6 lat. Nie rodziłam dzieci, nie miałam żadnych operacji. Coraz ciężiej mi się z tym żyje. Podpaski muszę zmieniać co 2 godz. Odczuwam częste nagłe parcie na pęcherz. W 95% przypadków muszę wstawać w nocy raz do toalety. Miałam przeprowadzane badanie urodynamiczne, które wypadło dobrze. Nie piję kawy, gazowanych napojów, jem sporadycznie cytrusy (prawie wcale). Nie piję prawie alkoholu. Nie palę papierosów. Jestem jednak osobą podatną na różnego rodzaju stresy i zbyt nerwową. Przyjmowałam już leki dość silne, po których nie było widocznej poprawy. Ten problem jest szczególnie dokuczliwy przy jeździe na rowerze, ale w zryczajnych warunkach również występuje. Lekarz urolog wysłał mnie do neurologa, a ten zalecił prześwietlenie kręgosłupa. Czy to jest konieczne? Nie cierpię na żadne bóle kręgosłupa, jestem osobą sprawną i aktywną, nie mam nadwagi. Mój wzrost 160, waga ok. 59 kg. Proszę o pomoc.

DOLNOŚLĄZACZKA

Szanowna Pani

Być może cierpi Pani na pęcherz nadreaktywny bez nadreaktywności wypieracza (OAB). Wtedy (ale nie tylko wtedy) badania urodynamiczne może wypaść prawidłowo. Myślę, że miała Pani wykonywane badania obrazowe (USG, urografia, cystografia) czy nawet cystoskopię, jeśli nie - wskazania do nich powinien rozważyć Pani urolog. Jeśli były wykonywane i nie stwierdzono nic nieprawidłowego, konsultacja i badania neurologiczne są jak najbardziej wskazane. Warto także wykonać NMR kręgosłupa. Wspominając o lekach, nie podała Pani żadnej ich nazwy - jeśli były to tzw. antycholinergiki (leki atymuskarynowe) - a powinny - np. oksybutynina, solifencyyna, tolterodyna czy fesoterodyna to:

- są to leki 1 rzutu w OAB, ich skuteczność sięga 70-85%, ale nie 100%,
- w przypadku niektórych można uzyskać większy odsetek odpowiedzi stosując większą dawkę,

c. w przypadku braku skuteczności antycholinergików, leczeniem 2 rzutu obecnie są wstrzyknięcia toksyny botulinowej w ścianę pęcherza.

Czy zastosować toksynę botulinową?

Zwracam się z uprzejmą prośbą o udzielenie mi informacji, czy mój pęcherz neurogenny - mam spontaniczne skurcze w fazie gromadzenia moczu w pęcherzu, kwalifikuje się do zabiegu toksyną botulinową?

Mam 38 lat, wrodzony rozszczep kręgosłupa wynikły z konfliktu krwi moich rodziców. 8 lat temu zlikwidowano mi przetokę nadłonową pęcherza, którą miałam zrobioną w wieku 9 miesięcy. Nie kwalifikuję się do sztucznej cewki moczowej. Obecnie pomaga mi chlorowodorek oksybutyniny, ale ze względu na uboczne skutki, nie mogę brać go cały czas i wtedy pozostają mi pieluchy w ciągu dnia. W nocy nie mam problemu z utrzymaniem moczu (ogólnie w pozycji leżącej) oraz kiedy wykonuję fizyczną pracę, czy ćwiczenia tj. siłownia, aerobik oraz po wypiciu piwa czy innego alkoholu. Natomiast w pracy, tryb siedzący przy komputerze oraz gdziekolwiek jestem, w domu, u znajomych, w sklepie - nie jestem w stanie opanować skurczów. W momencie gromadzenia się moczu mam bardzo nasilone skurcze, ale jeśli uda mi się utrzymać moc w pęcherzu i będzie on pełny, wówczas sama nie potrafię go wydaląć, cewnikuję się. Cewnikowanie nie jest dla mnie problemem i byłabym szczęśliwa gdybym mogła tylko się cewnikować, bez wybierania między pieluchami, a Ditropanem czy Driptanem.

Dlatego bardzo proszę o informację, czy jest szansa na zabieg, a jeśli tak, to gdzie mogę się zgłosić, z jakimi badaniami (ostatnie badanie urodynamiczne robione miałam w 2004 roku) i ile kosztuje taki zabieg.

EWA

Uporczywe parcia na pęcherz

Proszę o wskazówki jak i gdzie mam się zgłosić po pomoc w leczeniu uporczywego parcia na pęcherz. Mieszkam w Krakowie, mam 57 lat.

Byłam u urologa w przychodni, ale ten po krótkim wywiadzie przepisał mi Ditropan i powiedział, że mam nadreaktywny pęcherz i ta przypadłość jest nieuleczalna. Nie skierowano mnie na żadne badania. USG i ogólne badania moczu zrobiłam sama. Są w porządku.

Lek nic mi nie pomógł. Czuję się okropnie. Nie mogę pracować, ani spać. Nie stać mnie na prywatnych lekarzy. Bardzo proszę o wskazówki, co mam robić. Dłużej tego nie wytrzymam.

Z wyrazami szacunku,
DANUTA

Pani Ewo i Pani Danuto,

W przypadku braku skuteczności (Pani Danuta), przeciwwskazań lub złej tolerancji leków antycholinergicznych (Pani Ewa), zarówno w przypadku pęcherza neurogennego i zespołu pęcherza nadreaktywnego można zastosować toksynę botulinową lub inne sposoby leczenia np. (elektrostymulacja i elektromodulacja). W przypadku braku skuteczności leków antycholinergicznych (np. oksybutynina czyli Driptane, Ditropan) należy wykonać kompleksowe badanie urodynamiczne. Lista pracowni, które je wykonują, znajduje się na stronie www.ntm.pl. Nie jest wykluczone, że skuteczny będzie inny lek z tej grupy, choć szanse nie są duże. Pani Ewa wymaga również badań obrazowych, takich jak urografia i badania czynności nerek. Przed podaniem toksyny botulinowej należy mieć aktualne badanie urodynamiczne, posiew moczu i badanie ultrasonograficzne oraz komplet badań podstawowych krwi i moczu, jak do każdego leczenia zabiegowego.

Na listy odpowiadał dr Piotr Dobroński
z Oddziału Urologii Szpitala Bielańskiego

Gdzie leczyć NTM?
infolinia 0 801 800 038
(całkowity koszt połączenia 0,29 zł + VAT)

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

Chcesz otrzymywać wszystkie numery Kwartalnika NTM?

Zamów roczną prenumeratę! (4 kolejne numery)

Kwartalnik NTM

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

Nr rachunku odbiorcy
20 1140 2017 0000 4902 0451 3842

kwota
38.00

Imię, nazwisko i adres 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 Danych Osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883)
•Upoważniam firmę Studio PR do wystawienia faktury VAT bez mojego podpisu

STEMPEL
DZIENNY

PODPIS

OPLATA

Polecenie przelewu / wpłaty gotówkową

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																																																																																																			
Opłata:																																																																																																			

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 Tolłoczko**
1974 – 1999 Kierownik II
Kliniki Chirurgicznej I
Wydziału Lekarskiego
oraz Kliniki Naczyn
i Transplantologii
Akademii Medycznej
w Warszawie



**dr hab. med.
Piotr Radziszewski**
Katedra i Klinika Urolo-
gii
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. 9.00 – 18.00
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

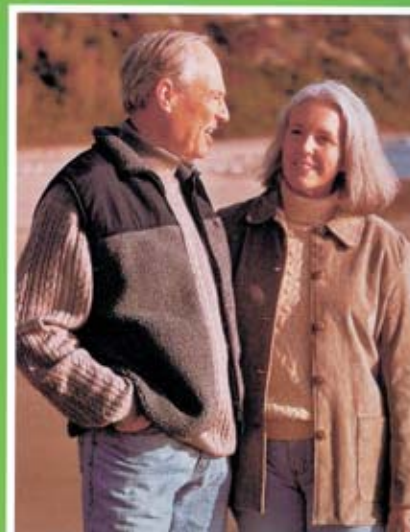
ATRAKCYJNA CENA!

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
- * ogólnopolski terminarz zajęć gimnastycznych i wykładów prowadzonych przez lekarzy specjalistów
- * mapkę pracowni urodynamicznych w całej Polsce
- * mapkę ośrodków specjalizujących się w leczeniu NTM w Polsce
- * aktualne informacje o metodach leczenia wszystkich typów nietrzymania moczu