

Kwartalnik **NTM**

ISSN 1733-2826

nr 4 (31) 2009

cena: 9.50 zł (w tym 0% VAT)

Luka pokoleniowa wśród lekarzy

2009 - fatalny rok dla niepełnosprawnych

Nowoczesna urologia i uroginekologia w Łodzi

Operacje z użyciem taśm w woj. lubuskim • Pracownie urodynamiczne na Mazowszu

Będą oszczędzać na niepełnosprawnych?

Wypowiedź Prezesa NFZ, Jacka Paszkiewicza dla TVN 24 (29 października br.) była szokująca. Osoba odpowiadająca w Polsce za finanse zdrowotne otwarcie poinformowała społeczeństwo, że skoro trudno znaleźć oszczędności w polskim systemie zdrowia, trzeba szukać tam gdzie będzie najłatwiej. A najłatwiej będzie w uzdrowiskach i w zaopatrzeniu w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Prezes NFZ połączył więc w pewnym sensie luksus, jakim jest dofinansowanie pobytu w sanatorium z czymś, co jest podstawą funkcjonowania osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych. Człowiek niepełnosprawny nie mając z czego sfinansować zakupu środków wchłaniających, aparatu słuchowego, worka stomijnego, czy też protezy albo wózka inwalidzkiego zostanie „uwięziony” przez nasze władze w domu.

Mamy koniec pierwszej dekady XXI wieku. Nasz kraj przez ostatnie 20 lat zwiększył produkt krajowy brutto (PKB) łącznie o ponad 70%, do czego w dużej mierze przyczynił się dynamiczny wzrost w ostatnich 10 latach. Poziom składki na ubezpieczenie zdrowotnej wzrósł w tym czasie do 9%. W Europie szaleje recesja, a my wciąż jesteśmy na plusie i wiele wskazuje na to, że najgorsze za nami.

Co zatem się dzieje w polskiej służbie zdrowia? Otóż prawda jest bardziej brutalna niż to, co powiedział Prezes Paszkiewicz. Nasi politycy oszczędzają na niepełnosprawnych i przewlekle chorych od wielu lat, deklarując jednocześnie jak bardzo leży im na sercu ich los.

Rozporządzenie, do którego tak często się odwołuję, określające co i za ile państwo polskie refunduje z grupy środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych nie było zmieniane od 10 lat. Wciąż mamy te same limity kwotowe i ilościowe, te same absurdalne przepisy. Teraz po tylu latach oczekiwań na zmiany - dowiadujemy się, że jest kryzys i trzeba oszczędzać. Oszczędzać, czyli zejść do poziomu finansowania zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze sprzed 1999 roku?

Czy budżet na ochronę zdrowia spadł w Polsce tak dramatycznie, że wróciliśmy do poziomu z końca XX wieku? Pytam rzecz jasna retorycznie, gdyż odpowiedź może być tylko jedna. Polscy politycy o niepełnosprawnych i przewlekle chorych zapomnieli, a ich potrzeby zlekceważyli.

TOMASZ MICHAŁEK



Dwadzieścia lat trwa budowanie reputacji, a 5 minut jej zrujnowanie.

Gdy o tym pomyślisz będziesz postępował inaczej.

Warren Buffett

Decyzje bywają na ogół niepopularne. Niezależnie od tego jakie są, dobre czy złe. Ale każda decyzja wiąże się z konsekwencjami, każda wpływa na przyszłość, każda zmienia rzeczywistość.

W ubiegłym miesiącu pisałem o pozytywnej decyzji AOTM w sprawie refundacji leków antycholinergicznym. W tym miesiącu sytuacja przedstawia się bardziej skomplikowanie. NFZ ogłosił zmiany w finansowaniu medycyny w przyszłym roku, jest to decyzja podjęta szybko, mam wrażenie że bez dogłębnej analizy sytuacji. Jaki będzie wymierny efekt takiej decyzji? Pogorszenie opieki zdrowotnej to pewne, być może upadną małe prywatne NZOZ-y, w szpitalach dojdzie do dalszych cięć budżetowych.

Kolejna decyzja to 50% dofinansowanie antycholinergików w Rumunii, kraju który niedawno dołączył do Unii. Czy ich na to stać? Jakie są konsekwencje takiej decyzji? Krótkoterwałe na pewno obciążające znacząco budżet, długoterwałe-polepszające zdrowie społeczeństwa, poprawiające wydad-

ność pracy, umożliwiające powrót pacjentom z pęcherzem nadreaktywnym do pełnej aktywności zawodowej.

W bieżącym numerze piszemy o decyzjach lekarzy, którzy wyjeżdżają z Polski. Jeszcze kilka lat temu takie decyzje budziły wiele emocji. Mówiło się o konieczności spłacania studiów przez lekarzy wyjeżdżających, o powołaniu, o braku etyki zawodowej. Tymczasem powstała „luka pokoleniowa”. Dlaczego? Czy młodzi ludzie podjęli dobre czy złe decyzje? Przypomina mi się sytuacja sprzed kilkadziesiąt lat na Malcie, z której nagle wyjechało ponad 50% lekarzy. Sprowadzono lekarzy z innych krajów, w tym z Polski, jednocześnie stopniowo zmieniając warunki finansowe. Efekt-obecnie większość lekarzy która wyjechała, wróciła na Maltę, ale już znacznie lepiej wyedukowana, z doświadczeniem zawodowym. W Polsce też część lekarzy wraca. Wraca z dobrą znajomością angielskiego, z doświadczeniem międzynarodowym.

Myszę, że decyzje bywają dobre, złe, ale zawsze należy brać pod uwagę dobro społeczeństwa i długofalowe efekty naszych działań.

W nadchodzącym 2010 roku życzę Państwu samych dobrych decyzji.

DR HAB. N. MED. PIOTR RADZISZEWSKI

Spis treści 4 (31) 2009

LUKA POKOLENIOWA WŚRÓD
LEKARZY

Lekarz pilnie poszukiwany! J. Kamińska 4-6

Nie straszmy pacjentów Wywiad z prof. B. Błońską-Fajfrowską 7

LECZENIE NTM

Nowości w farmakologicznym leczeniu OAB dr J. Tomaszewski 8-9

Zapalenie śródmięzszowe pęcherza dr hab. P. Radziszewski 10-11

Choroba z rumieńcem B. Pilarska 12

Nowoczesna urologia i uroginekologia w Łodzi J. Kamińska 13

Aktywność w ciąży M. Koszła 14-15

ORGANIZACJE

Nowy Zarząd, nowe priorytety – Stowarzyszenie UroConti 16

Ranking wojewódzkich oddziałów NFZ 16

Alzheimer to nie wyrok M. Kowalewska 17

PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE
I ŚRODKI POMOCNICZE

Komentarz J. Góralczyk 18

2009 - fatalny rok dla niepełnosprawnych A. Sulka 18-19

Leczenie operacyjne w woj. lubuskim 20

Pracownie urodynamiczne na Mazowszu 21

LISTY 22

Zapraszamy do lektury ostatniego tegorocznego numeru Kwartalnika NTM. Przybliżymy w nim temat tzw. „luki pokoleniowej” wśród personelu medycznego. Masowa emigracja, systematyczny wzrost średniej wieku lekarzy, a także pacjentów i zwiększona praktyka prywatna - czy to wszystko sprawi, że wkrótce nie będzie miał nas kto leczyć? Na to pytanie postaramy się znaleźć odpowiedź w tekście „Lekarz pilnie poszukiwany!”. O niedoborze kadr medycznych oraz systemie kształcenia młodych lekarzy będziemy również rozmawiać z prof. Barbarą Błońską-Fajfrowską ze Śląskiej Akademii Medycznej.

W dziale poświęconym leczeniu NTM prezentujemy dwa specjalistyczne artykuły. Jeden dotyczący nowości w farmakologicznym leczeniu pęcherza nadreaktywnego (OAB), na podstawie danych prezentowanych podczas XXXIX Kongresu ICS, autorstwa ginekologa - dr-a Jacka Tomaszewskiego. Drugi tekst przygotowany przez urologa - doc. Piotra Radziszewskiego, traktujący o możliwych kierunkach rozwoju leczenia śródmięzszowego zapalenia pęcherza (IC), stanowi kontynuację artykułu zamieszczonego w poprzednim numerze Kwartalnika NTM.

Zapraszamy również do lektury tekstu „Choroba z rumieńcem”. Autorka, Beata Pilarska, pisze w nim o roli pielęgniarki urologicznej w opiece nad pacjentkami z NTM. Do kobiet skierowany jest także tekst fizjoterapeuty, Michała Koszli, dotyczący aktywności fizycznej w ciąży.

Kontynuujemy również cykl prezentujący placówki specjalizujące się w leczeniu NTM. Tym razem przedstawiamy II Klinikę Urologii UM w Łodzi, kierowaną przez prof. Waldemara Różańskiego.

W dziale organizacji pacjenckich przybliżamy Państwu działalność Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera. Ponadto informujemy o zmianach, jakie dokonały się w Zarządzie Głównym Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”.

Śledzimy również bieżącą sytuację prawną w dziedzinie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, która niestety nie napawa optymizmem.

W tym numerze ponownie rozpoczynamy zestawienie pracowni urodynamicznych w poszczególnych województwach - jako pierwsze Mazowsze. Porównujemy jak sytuacja w regionie zmieniła się w ciągu ostatnich czterech lat, kiedy to po raz pierwszy zamieszczaliśmy ten wykaz. Publikujemy również listę placówek wykonujących operacje na NTM z użyciem taśm w województwie lubuskim.

W imieniu całej redakcji Kwartalnika NTM przyjmijcie Państwo życzenia zdrowych i spokojnych Świąt Bożego Narodzenia. Mijamy nadzieję, że Nowy Rok przyniesie zmiany w systemie ochrony zdrowia, na które wszyscy tak bardzo oczekujemy. Nadzieja zawsze przecież umiera ostatnia...

Joanna Kamińska

Redaktor naczelny: Tomasz Michalek, **Redaktor wydania:** Joanna Kamińska
Sekretarz redakcji: Karolina Ciepela, **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, Anna Sulka, Katarzyna Walewska,
Komentatorzy: Tomasz Bochenek, Józef Góralczyk, Elżbieta Szwałkiewicz, Grażyna Śmiarowska
Korekta: Marzena Michalek, **Zdjęcia:** Dominik Skurzak, **Rysunki:** Dariusz Pietrzak, **Dyrektor ds. produkcji:** Stanisław Mazur
Adres redakcji: ul. E. 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

Wydawca: Studio PR
 Realizacja wydawnicza:
 Warsaw Voice SA

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń oraz zastrzega sobie prawo skracania tekstów i zmiany ich tytułów. Nakład 3000 egzemplarzy.

Problem tzw. „luki pokoleniowej” wśród personelu medycznego

Lekarz pilnie poszukiwany!

JOANNA KAMIŃSKA

Czy polscy pacjenci powinni obawiać się tego, że wkrótce nie będzie miał ich kto leczyć? Niestety, tak. Od kilku lat nasz kraj zmagają bowiem z tak zwaną „luką pokoleniową” wśród personelu medycznego. Starsze pokolenie lekarzy odchodzi na emeryturę, zaś młodych adeptów tego zawodu jest znacznie mniej. Poza tym wielu młodych absolwentów rozpoczyna swoją praktykę zawodową poza granicami naszego kraju. Albo pozostają w Polsce, ale swoją praktykę lekarską prowadzą poza publiczną służbą zdrowia.

Obserwatorzy rynku medycznego alarmują, że za kilka lat w Polsce może zabraknąć niektórych specjalistów – szczególnie duży problem jest z rzadkimi specjalizacjami, takimi jak patomorfologia. Lekarzy brakuje także w bardziej „popularnych” specjalizacjach np. anesteziologii, pediatrii, neonatologii, neurologii, psychiatrii, geriatry, czy rehabilitacji medycznej. Rezydentury, o które jeszcze kilka lat temu toczyła się zażarta walka, teraz często pozostają nieobsadzone.

W Polsce na 10 tysięcy mieszkańców przypada ok. 22 lekarzy. Jest to najniższy wskaźnik w całej Unii Europejskiej. W innych krajach wskaźnik ten wynosi ponad 30, a mimo to tamtejsze władze uważają, że mają za mało przedstawicieli służby zdrowia i próbują ich pozyskać z innych krajów, w tym także z Polski.

O luce pokoleniowej wśród lekarzy mówi otwarcie także Minister Zdrowia – Ewa Kopacz, chociaż jeszcze niedawno resort zapewniał, że mamy wielu lekarzy i nie trzeba obawiać się ich wyjazdów za granicę.

Lekarz na bezrobociu? - Niemożliwe

Z obliczeń resortu zdrowia wynika, że już teraz brakuje ponad 4 tysięcy lekarzy i 3 ty-

sięcy pielęgniarek, a ciągu najbliższych lat deficyt ten jeszcze się pogłębi. Szacuje się, że w dobie starzejącego się społeczeństwa za dwadzieścia lat co czwarty obywatel będzie miał ponad 60 lat, a 2 miliony osób przekroczy 80. rok życia. W związku ze wzrostem populacji osób starszych wzrasta także zapotrzebowanie na wszelkiego rodzaju pomoc medyczną, a zwłaszcza mało popularną w Polsce geriatrę. Z racji wydłużania się średniej życia mężczyzn w przyszłości wzrośnie również zapotrzebowanie na urologów. Lekarze, pielęgniarki i inni fachowcy związani ze służbą zdrowia mogą być więc spokojni o swoją zawodową przyszłość – pracy dla nich nie zabraknie.

Średnia wieku lekarzy wzrasta

Odsetek lekarzy odchodzących na emeryturę jest znacznie większy niż tych, którzy rozpoczynają swoją karierę zawodową. W wielu specjalizacjach drastycznie wzrasta średnia wieku lekarzy. Aktualnie średnia wieku polskich pediatrów wynosi 59 lat. Do wieku emerytalnego zbliża się też większość ortopedów i chirurgów. Liczby nie zachęcają do optymizmu – w ciągu najbliższych kilku lat wiek emerytalny osiągnie ponad 11 tys. lekarzy, a nowych będzie



tylko ok. 7,5 tys. (dane za: www.rynekzdrowia.pl).

Za granicą lepiej?

Wejście Polski do Unii Europejskiej ułatwiło wielu osobom podjęcie pracy poza

granicami naszego kraju. Z możliwości takiej skorzystało także wielu specjalistów medycznych. Szacuje się, że od połowy 2004 roku Polskę opuściło ponad 7 tys. lekarzy specjalistów (ok. 6% wszystkich lekarzy). Ich dokładna liczba nie jest znana, brakuje bowiem dobrego systemu monitorowania wyjazdów.

Co roku ok. tysiąca świeżo upieczonych absolwentów rozpoczyna pracę w krajach Europy Zachodniej i Skandynawii. Jest to prawie połowa wszystkich kończących polskie uczelnie medyczne. Dlaczego młodzi adepci sztuki lekarskiej emigrują? Podstawowy powód to niesatysfakcjonujące wynagrodzenie – poza granicami wykształcony lekarz może zarobić kilka, a nawet kilkanaście razy więcej niż w Polsce. Poza wyższymi zarobkami przyciągają ich także zdecydowanie lepsze warunki pracy. Na forum internetowym skupiającym młodych lekarzy – www.mlodylekarz.pl, pojawiają się opinie, że w Polsce lekarzy przebywających na stażu specjalizacyjnym traktuje się jak tanią siłę roboczą. – *Chcesz być zabiegowcem liczącym się na arenie światowej (europejskiej) to musisz wyjechać w trakcie specjalizacji, bo inaczej będziesz „wieczną asystą”* – czytamy. Młodzi poszukują zatem bardziej dogodnych warunków zatrudnienia i znajdują je poza granicami naszego kraju. Ponadto często można spotkać się z opinią, że wiedza teoretyczna przekazywana na polskich studiach medycznych jest stosunkowo wysoka, jednak przygotowanie praktyczne i dostęp do nowoczesnych sprzętów pozostawiają wiele do życzenia.

W ostatnich latach można zaobserwować wzmożoną działalność tzw. headhunterów, czyli łowców głów, którzy poszukują młodych, zdolnych lekarzy do pracy za granicą. Oferują im m.in. bezpłatne kursy językowe, wyjazdy dla całych rodzin, czy pomoc w znalezieniu mieszkania.

Migracja następuje niestety tylko w jedną stronę - polski personel medyczny tłumnie opuszcza granice naszego kraju, natomiast odsetek imigrantów jest znikomy. Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej spośród 120 tys. lekarzy pracujących w Polsce jedynie 800 to cudzoziemcy.

– *Polska nie jest szczególnie atrakcyjna jako miejsce pracy dla lekarzy spoza Europy. Jeszcze jakiś czas temu do Polski przyjeżdżało kilkuset lekarzy rocznie zza wschodniej granicy. Ta sytuacja zmieniła się wraz z przystąpieniem Polski do UE. Skoro i tak, chcąc pracować w Polsce, muszą przejść przez wszystkie formalności związane z uzyskaniem prawa do pracy na*



terenie Wspólnoty, to finansowo bardziej opłaca się im wyjechać np. do Wielkiej Brytanii - mówi w wywiadzie dla Gazety Prawnej Konstancy Radziwiłł - prezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

Co zrobić by zostali?

Aby zachęcić młodych lekarzy do szybszego podjęcia pracy zawodowej Ministerstwo Zdrowia planuje m.in. likwidację stażu podyplomowego po studiach oraz skrócenie czasu trwania specjalizacji (wg zaleceń UE specjalizacja powinna trwać nie dłużej niż 4-5 lat, w Polsce zaś trwa ona 7-8 lat). Ponadto zwiększeniu mają ulec pensje rezydentów, zwłaszcza dla lekarzy, którzy wybiorą specjalizację w bardziej deficytowych dziedzinach medycyny (np. neonatologia, pediatria czy anestezjologia).

W październiku 2009 rząd przyjął założenia do nowelizacji ustawy o zawodzie lekarza, które zakładają likwidację stażu podyplomowego od 2016 roku. Działania te mają służyć zwiększeniu liczby lekarzy. To jednak nie pomoże na dłuższą metę, a jedynie pogorszy jakość szkolenia praktycznego i przyspieszy możliwość wyjazdu. Likwidacja stażu spowoduje większy dopływ lekarzy tylko przez rok - wtedy kiedy zostanie

zlikwidowany staż, ale w latach kolejnych sytuacja wróci do normy.

Pojawiają się również inne pomysły aby przyciągnąć młodych lekarzy np. Dolnośląski Urząd Marszałkowski chce ufundować stypendia dla studentów medycyny w zamian za to zobowiązując ich do przepracowania, po ukończeniu studiów, określonego czasu w danej placówce.

Placówki medyczne starają się uzupełniać braki kadrowe na własną rękę. Pomyśły są różne np. zatrudnianie emerytowanych specjalistów. Jednak, co gorsze dla pacjentów, często praktykowana jest praca ponad godzinowa. Z sondażu przeprowadzonego przez serwis dla lekarzy Konsylium24.pl wynika, że tylko 17 proc. polskich lekarzy pracuje w wymiarze jednego etatu (który zgodnie z wytycznymi UE wynosi 37 godz. i 55 min. tygodniowo). Prawie 10 proc. przyznaje, że pracuje ponad 92 godziny tygodniowo, czyli ponad 13 godzin na dobę, a rekordziści pracują nawet 126 godzin tygodniowo, co daje 18 godzin na dobę. Przyczyną tego są nie tylko kwestie finansowe, ale także ogromne braki wśród specjalistycznej kadry medycznej. Na forum Młodego Lekarza czytamy: – *Marzycielem jest ten, kto nie mając majątnych rodziców bądź koneksji pragnie w Polsce*



osiągnąć jako lekarz status, który można by określić jako "klasa średnia wyższa", bez pracy po 80 godzin w tygodniu.

Ginekologia i urologia - źle nie jest

Sytuacja w środowisku ginekologiczno-urologicznym nie rysuje się aż tak czarno jak w innych specjalizacjach. – *U nas wszystkie miejsca rezydentkie są zajęte i nigdy nie mieliśmy kłopotu ze znalezieniem chętnych do specjalizowania się* – mówi prof. Tomasz Rechberger, wieloletni Kierownik Kliniki Ginekologicznej w Szpitalu Klinicznym nr 4 w Lublinie. Również Profesor Andrzej Borkowski, Kierownik Kliniki Urologii WUM w Szpitalu Klinicznym Dzieciątka Jezus w Warszawie, optymistycznie patrzy w przyszłość. Pytany o to, czy polskiej urologii grozi kryzys związany z brakiem młodych lekarzy, odpowiada – *Ja tego problemu nie widzę. Ciągłe mamy wielu młodych chętnych by specjalizować się w urologii.* Jego słowa potwierdza lek. med. Joanna Broda-Orlińska, która odbyła właśnie specjalizację w kierowanej przez prof. Borkowskiego Klinice. – *Uważam, że na urologii jest bardzo mało miejsc specjalizacyjnych; ja przez półtora roku starałam się o przyjęcie. Gdy składałam dokumenty w 2006 roku o każde dwa miejsca starało się trzy osoby* – opowiada. – *Kiedyś myślałam o otwarciu specjalizacji w Holandii, ale przyjaciele odradzili mi to. Kilku moich znajomych otworzyło specjalizację za granicą, ale nie skończyli jej i wrócili do Polski.* W dziedzinie urologii warunki finansowe w Polsce stopniowo stają się coraz lepsze, nie widzę więc potrzeby emigracji – dodaje.

Nie wszędzie jednak jest aż tak dobrze. Już teraz są województwa (np. śląskie, małopolskie), gdzie brakuje lekarzy tych specjalności.

Ostatnio przed groźbą zawieszenia działalności oddziału urologii stanął Miejski Szpital Zespolony w Częstochowie. Przyczyną był brak specjalistów. W czerwcu dwóch urologów pracujących na oddziale odeszło na wcześniejszą emeryturę, jeden złożył rezygnację, a na oddziale pozostało tylko dwóch. Szpital przystąpił do poszukiwania nowych kandydatów, jednak potencjalni zainteresowani mieli wyższe wymagania finansowe albo chcieli pracować tylko do godzin wczesno-południowych bez dodatkowych dyżurów.

Inny problem stanowi mała liczba miejsc specjalizacyjnych. W tym roku w całym województwie mazowieckim było osiem miejsc szkoleniowych na specjalizacji urologicznej, w tym tylko jedna rezydentura. Na miejsce rezydentkie zgłosiło się dwóch kandydatów (z których jeden odpadł), a na pozostałych siedem – czterech chętnych (a zatem w porównaniu do lat wcześniejszych widać zmniejszone zainteresowanie). Wszyscy uzyskali zgodę na szkolenie. Nie oznacza to jednak, że wszyscy rozpoczną staż specjalizacyjny, wiąże się to bowiem albo z uzyskaniem etatu w ośrodku specjalizującym albo z wolontariatem, na co nie każdego stać. – *W sytuacji braku miejsc re-*

zydentkich zainteresowanie specjalizacją z urologii oczywiście jest małe i nie należy spodziewać się wzrostu w tym zakresie - zauważa prof. Wojciech Pypno – konsultant wojewódzki w dziedzinie urologii.

Poza wzrostem średniej wieku lekarzy i emigracją młodego personelu medycznego jest jeszcze jeden problem. – *Młodzi, bardzo dobrze wykształceni urodzili coraz częściej znajdują miejsca pracy poza publiczną służbą zdrowia, która oferuje im nie tylko wyższe zarobki, ale również dalszy rozwój zawodowy w warunkach niedostępnych w dotychczasowym miejscu. Wszystko razem powoduje coraz trudniejszą sytuację personalną w wielu mazowieckich oddziałach urologicznych* – mówi prof. Pypno. – *Przewiduję, jeśli nie zmieni się system przyznawania rezydentur, że w najbliższych latach może dojść do stanu dramatycznego, z zamykaniem oddziałów łącznie* - dodaje.

Tak jak wśród innych dziedzin medycyny, także w ginekologii i urologii mamy do czynienia z emigracją lekarzy. Przyczyny są wszędzie podobne. – *Myślę, że w wyjazdach za granicę główną motywacją są pieniądze. Gdyby były takie same w Polsce nikt by nie wyjeżdżał* – zauważa prof. Rechberger. – *Ja sam spędziłem za granicą 2,5 roku i wiem jak to jest ciężko i ile wymaga wyrzeczeń. Inna sprawa to jakość i możliwości szkolenia się, które u nas w niektórych ośrodkach nie są najlepsze* – dodaje.

Według Centralnego Rejestru Lekarzy prowadzonego przez Naczelną Izbę Lekarską zaświadczenie wydane lekarzom ubiegającym się o uznanie kwalifikacji w innych krajach UE otrzymało 382 ginekologów spośród 5 877 wykonujących zawód (co stanowi 6,5%) oraz 83 urologów spośród 1124 wykonujących zawód (co stanowi 7,4%)*. Nie oznacza to, że wszyscy wyemigrowali z kraju, jednak liczby te zmuszają do refleksji.

* – stan na październik 2009

Z najnowszych badań (patrz wykres na str. 7) przeprowadzonych wśród studentów kierunków lekarskich (na pytanie dotyczące wyboru przyszłej specjalizacji odpowiedziało jedynie 277 spośród 432 ankietowanych) wynika, że zdecydowanie największą popularnością cieszy się specjalizacja z zakresu kardiologii (15,2%). Kolejne miejsca zajmują: choroby wewnętrzne, chirurgia, pediatria i anestezjologia (każda ponad 9%). Natomiast studenci najmniej zainteresowani są odbywaniem następujących specjalizacji: pulmonologia, patomorfologia, neurochirurgia, medycyna sportowa, medycyna pracy, hematologia, geriatryka, chirurgia plastyczna i balneologia (każda mniej niż 1%). Jeżeli prognozy sprawdzą się to w tych dziedzinach wkrótce może zabraknąć specjalistów. Spośród wszystkich ankietowanych ginekologię wybrało 5,8%, natomiast urologię jedynie 1,1% studentów.

Nie straszmy pacjentów

Z PROF. BARBARĄ BŁOŃSKĄ-FAJFROWSKĄ, WIELOLETNIM PRACOWNIKIEM NAUKOWYM ŚLĄSKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ ORAZ Z PRZEWODNICZĄCĄ SEJMOWEJ KOMISJI ZDROWIA (2001 - 2005) ROZMAWIA JOANNA KAMIŃSKA

– Ostatnio coraz częściej możemy usłyszeć sformułowanie „luka pokoleniowa” wśród lekarzy. Co to właściwie oznacza?

– Będą specjaliści „bardzo dorośli”, czyli starzy i dopiero specjalizujący się. Zbyt mała liczba specjalistów w wieku średnim powoduje niedobory tych, którzy wykonują świadczenia oraz niedobory tych, którzy ze względu na doświadczenie powinni być kierownikami specjalizacji dla młodszych. Odnowienie kadry przy głębokim niedoborze potrwa 10-15 lat: 5-6 lat specjalizacja i 5-10 lat nabycie doświadczenia.

– Średnia wieku polskich lekarzy ciągle wzrasta, wielu osiągnęło już wiek emerytalny. Jednak liczba młodych lekarzy nie jest w stanie zapłacić brakujących etatów. Dlaczego młodzi nie „garną się” do uprawiania zawodu lekarza?

– Podjęcie takiej decyzji jest trudne z kilku powodów. Po pierwsze to długi czas trwania nauki oraz uzyskania specjalizacji i nabycia doświadczenia. Nie bez znaczenia są także trudności z uzyskaniem zgody na „wy-

marzoną” specjalizację, a jednocześnie potrzeba regulacji podyktowana polityką zdrowotną i zapotrzebowaniem na określone ilości określonych specjalistów dla zapewnienia płynności świadczeń zdrowotnych (nie mam tutaj na myśli „płynności finansowej” jednostek ochrony zdrowia). Z przeprowadzonych badań (patrz: wykres), że gdyby spełnić „marzenia o specjalizacji” to za kilka lat mielibyśmy zdecydowany nadmiar kardiologów prawdopodobnie uprawiających kardiologię inwazyjną, bo jest to spektakularna pomoc człowiekowi, którego życie jest realnie zagrożone. A jednocześnie czekałaby nas głęboka zapaść np. medycyny rodzinnej, która przez młodych postrzegana jest jako „wyrobnictwo bez przyszłości”. Innym powodem jest płać. Temat ten pozostawię bez komentarza, bo tutaj osobno trzeba by omówić wpływ stażu, specjalizacji, miejsca zatrudnienia w szerokim znaczeniu.

– Oferowane przez resort zdrowia etaty rezydentur coraz częściej pozostają nieobsadzone,

choć jeszcze kilka lat temu toczyła się o nie żarta walka. Jakie mogą być tego przyczyny?

– Sądzę, że w większości są to przyczyny, które wymieniłam wcześniej.

– Dlaczego „świeżo upieczeni” absolwenci nie chcą podejmować pracy w swoim kraju – co lepszego oferuje się im za granicą?

– Chociażby udział państwa w finansowaniu obligatoryjnego kształcenia po dyplomie, nie mówiąc już innym „stylu życia”. Praca tam bywa nawet trudniejsza niż u nas, ale to wolny wybór młodych, którzy często podsumowują to tak: „ciężko pracujesz i masz” albo „ciężko pracujesz i guzik...”. Emigracja to „ucieczka do życia” – tak wyjazd i pracę za granicą traktują młodzi lekarze, którzy tutaj obserwując starszych kolegów, często z rodziny, i przy mierzając do tych obserwacji wizję o własnej przyszłości, nie widzą perspektyw.

– Jak Pani Profesor ocenia obecny system kształcenia młodych lekarzy?

– Młodzi chcieliby więcej praktyki, a mniej teorii. Cała nadzieja w centrach kształcących metodami wirtualnymi, ale one nie mogą oczywiście całkowicie zastąpić zajęć z udziałem pacjentów. Młodzi oczekują również większej ilości zajęć problemowych – człowiek stanowi bowiem całość anatomiczną i funkcjonalną. Studenci, a także młodzi lekarze przygotowujący się do egzaminów specjalizacyjnych, często tracą z oczu tę „całość”, co potem zdaje się dosyć łatwo przenosić na ich poczynania z pacjentem.

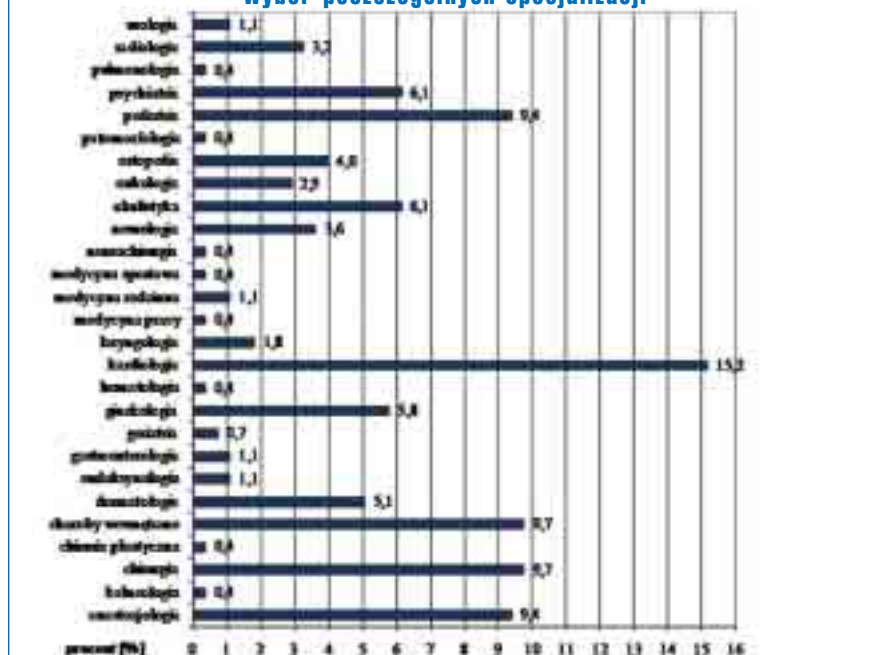
– Czy Pani zdaniem polskiej medycynie grozi kryzys związany z brakiem lekarzy – czy pacjenci powinni zacząć się obawiać?

– Pierwsza zasada to nie straszyć pacjentów. Staropolskie przysłowie mówi „jeszcze nigdy nie było, żeby jakoś nie było”. Mamy rezerwy, chociażby w organizacji ochrony zdrowia. Ale uruchomienie rezerw oznacza zmiany, a to mało kto lubi.

– Jak powinno się przeciwdziałać temu zjawisku?

– Myślę, że młodzi lekarze, a nawet studenci, potrafiliby opracować i wdrożyć niejedną koncepcję, ale trzeba by ich traktować przynajmniej partnersko.

Odsetek studentów kierunku lekarskiego planujących wybór poszczególnych specjalizacji



Zródło: powstająca obecnie praca doktorska p. Joanny Witkoś pt. „Wiedza studentów kierunków medycznych nt. wysiłkowego NTM u kobiet”, Zabrze 2009. Materiały udostępnione dzięki uprzejmości prof. Barbary Błońskiej-Fajfrowskiej - promotor w/w pracy.

**XXXIX Kongres ICS,
San Francisco (USA), 29 IX – 3 X 2009**

Nowości w farmakologicznym leczeniu OAB

DR JACEK TOMASZEWSKI
II KATEDRA I KLINIKA GINEKOLOGII
OPERACYJNEJ UM W LUBLINIE

Tegoroczny 39 Kongres Międzynarodowego Towarzystwa Trzymania Mocz (International Continence Society; ICS), który odbył się w dniach 29 września - 3 października 2009 w San Francisco (USA), zgromadził w aulach Moscone Center West ponad 2000 specjalistów z zakresu urologii, ginekologii, uro-ginekologii, neurologii, chirurgii oraz fizjoterapii i pielęgniarstwa. W bogatym programie naukowym spotkania nie mogło zabraknąć problematyki dotyczącej najnowszych osiągnięć w diagnostyce i terapii zespołu pęcherza nadreaktywnego (overactive bladder - OAB), który to temat, również i pod względem zainteresowania uczestników kongresu, należał do wiodących.

Wiedza dotycząca patofizjologii OAB oraz unikalnych cech leków stosowanych w leczeniu tego schorzenia umożliwiła klinicyzom i praktykującym lekarzom indywidualizację leczenia oraz wybór optymalnego schematu terapeutycznego biorąc pod uwagę bezpieczeństwo, tolerancję leczenia oraz akceptację zastosowanego leczenia ze strony leczonych. Po raz kolejny zwrócono uwagę na fakt, iż efektywność leczenia nadreaktywności pęcherza moczowego zależy od precyzyjnej identyfikacji optymalnego punktu uchwytu dla zastosowanej terapii.

Skuteczna terapia OAB to, z klinicznego punktu widzenia, uzyskanie właściwej równowagi pomiędzy redukcją dokuczliwych objawów nadreaktywności, a stopniem nasilenia niepożądanych efektów terapii generowanymi przez leki. Klasyczne leki antycholinergiczne zmniejszają częstość epizodów nietrzymania moczu i całkowitą liczbę mikcji o 0,6 dziennie (np. z wyjściowej liczby 12 mikcji na dobę po leczeniu było ich 11,4) oraz zwiększają całkowitą pojemność pęcherza moczowego o ok. 54cm³, co z perspektywy lekarza jak i pacjenta jest dalekie od oczekiwań pod względem efektywności klinicznej terapii. Działania uboczne obser-

Publikacje dotyczące zastosowania antagonistów receptora muskarynowego prezentowane podczas 39 Kongresu ICS

Lek	Liczba pacjentek (n)	Czas trwania obserwacji (tyg.)	Efekt terapeutyczny
Fesoterodyna (4mg/8mg) podawana w dawce zmiennej vs placebo* lub vs. tolterodyna ER (4mg)**	n=892* n=1712**	12* 12**	* Zmniejszenie (zależne od dawki): • Częstości mikcji • Częstości epizodów nietrzymania moczu z parcia • Częstości parć naglących • Percepcji nasilenia ciężkości odczucia parcia • Liczby epizodów nietrzymania moczu wymagających zmiany bielizny podczas dnia - Obiektywna poprawa jakości życia na tle percepcji uciążliwych objawów ze strony pęcherza moczowego związanych z OAB mierzonych skalą PPBC (Patients Perception of Bladder Condition) i UPS (Urgency Perception Scale) - Dobra tolerancja leczenia - Nie zaobserwowano poprawy w zakresie częstości nokturii zmniejszenia epizodów nocnych parć naglących ** Po 12 tygodniach leczenia fesoterodyna okazała się skuteczniejsza w porównaniu z placebo we wszystkich ocenianych parametrach dotyczących OAB. Tolterodyna ER w mniejszym stopniu niż fesoterodyna zmniejszała odsetek epizodów nietrzymania moczu na tle parć. Średnia objętość mikcji była wyższa w grupie stosującej fesoterodynę
Fesoterodyna (8mg) vs tolterodyna (4 mg) vs solifenacyna ***	n= ?**	12***	*** Koszty leczenia OAB (stosunek ceny do uzyskanych efektów terapeutycznych) były najniższe w grupie pacjentów przyjmujących fesoterodynę (1685 Euro), następnie solifenacynę (1706 Euro) oraz tolterodynę (1790 Euro).
Solifenacyna (10 mg)*	n=10*	4*	* Istotne zmniejszenie dyskomfortu ze strony pęcherza moczowego w fazie wypełniania u kobiet z OAB
Solifenacyna (10 mg) **	n=10**	>8**	** Podobnie jak w innych badaniach klinicznych odnotowano korzystny efekt leczenia solifenacyną dotyczący objawów na tle OAB. Solifenacyna istotnie poprawiała jakość życia pacjentek z zaburzeniami snu na tle nokturii.
Tolterodyna ER (4 mg)*	n=130*	8	* Ośmiotygodniowa kuracja tolterodyną jest bezpiecznym i efektywnym klinicznie leczeniem dolegliwości na tle idopatycznego OAB u osób starszych (>75 r.ż.)
Tolterodyna ER (4mg)**	n=43**	12	** U pacjentów z neurogenną postacią OAB uzyskano poprawę we wszystkich ocenianych parametrach urodynamicznych potwierdzających rozpoznanie nadreaktywności (główny punkt oceny - wzrost pojemności cystometrycznej pęcherza). Potwierdzono korzystny efekt terapeutyczny dotyczący poprawy jakości życia, zmniejszenia częstości mikcji, epizodów parć i nietrzymania moczu z parć u pacjentów z neurogennym OAB.
Daryfenacyna * 7.5mg lub 15 vs placebo	n=1059*	12*	* Zmniejszenie (zależne od dawki): • Częstości epizodów nietrzymania moczu z parcia • Częstości parć naglących • Stopnia ciężkości odczucia parcia • Liczby epizodów nietrzymania moczu wymagających zmiany bielizny
Daryfenacyna vs oksybutynina lub tolterodyna **	n=437**	12 **	- Lepsza tolerancja leczenia dla daryfenacyny w dawce 7.5 mg - Liczba pacjentów zgłaszających całkowitą kontrolę nad trzymaniem moczu trwającą dłużej niż trzy kolejne dni była wyższa w grupie leczonej daryfenacyną ** Aż 87.5 % kobiet niezadowolonych z wcześniejszej terapii oksybutyniną lub tolterodyną zgłosiło poprawę po zastosowaniu daryfenacyny. 87.3% ankietowanych oceniło efektywność leczenia daryfenacyną jako wysoką lub satysfakcjonującą.

Źródło: materiały własne autora

wowane po zastosowaniu nieselektywnych (tolterodyna, oksybutynina, trospium, vamicamid, propiveryna) antagonistów receptora muskarynowego, takie jak: suchość w jamie ustnej, zaburzenia widzenia, zaparcia, senność, upośledzenie funkcji poznawczych są przyczyną zaprzestania terapii przez ponad połowę leczonych kobiet już po 6 miesiącach terapii, pomimo ich pozytywnych opinii co do jej efektywności (75% pacjentek). W jednym z przedstawionych na Kongresie ICS badań odsetek pacjentów z OAB stosujących leczenie antymuskarynowe zmalał po upływie roku do 20%, a po 2 latach obserwacji żadna z badanych osób nie leczyła się.

Pomimo postępu jaki dokonał się w zrozumieniu mechanizmów kontroli mikcji oraz poszerzaniu dostępnych dla pacjentów opcji leczenia farmakologicznego OAB z poziomu nauk podstawowych do zastosowań w praktyce klinicznej, w dalszym ciągu „złotym standardem” w leczeniu objawów nadreaktywności jest zastosowanie preparatów o działaniu antycholinergicznym. Leki te hamują aktywność układu przywspółczulnego na poziomie receptora muskarynowego, co zmniejsza lub znosi skurcze nadreaktywnego mięśnia wypieracza w fazie napełnienia i gromadzenia moczu. Wyniki najciekawszych publikacji dotyczących zastosowania nowoczesnych antagonistów receptora muskarynowego prezentowanych na tegorocznym Kongresie ICS zebrano w tabeli.

Nowym lekiem antycholinergicznym mogącym znaleźć zastosowanie w leczeniu zaburzeń na tle OAB jest imidafenacyna. U pacjentów po 50 roku życia (n=121), cierpiących na zaburzenia snu na tle nokturii, imidafenacyna podawana w dawce 0,2 mg, już po 4 tygodniach leczenia znacząco poprawiała jakość życia chorych z nadreaktywnością. Częstość mikcji w nocy uległa zmniejszeniu o 20%. Poprawiła się również ocena nasilenia dolegliwości ze strony pęcherza mierzona kwestionariuszem OABSS (Overactive Bladder Symptom Score) oraz ocena jakości snu (Pittsburgh Sleep Quality Index) u pacjentów cierpiących na OAB.

Ciekawych danych dostarczyło badanie dotyczące korzystnego efektu dopęcherzowego podawania oksybutyniny na poprawę funkcji nadreaktywnego wypieracza. Działanie leku miałoby polegać nie tylko na łagodzeniu dolegliwości na tle OAB ale też zapobieganie niekorzystnym zmianom strukturalnym dotyczącym tkanki łącznej (kolagen, elastyna) oraz komórek mięśniowych gładkich tworzących ścianę pęcherza mo-

czowego. Po dopęcherzowym podaniu oksybutyniny u zwierząt doświadczalnych odnotowano zmniejszenie całkowitej masy pęcherza moczowego. Aktywność skurczowa mięśnia wypieracza została zahamowana w 53% przypadków. Całkowita masa komórek mięśniowych gładkich zwiększyła się o 42%. Zmniejszeniu całkowitego odsetka włókien elastynowych towarzyszyło zwiększenie zawartości kolagenu w ścianie pęcherza.

Dużo uwagi poświęcono terapeutycznym możliwościom zastosowania tamsulozyny (antagonisty receptora adrenergicznego AR-1), inhibitorów syntetazy tlenu azotu lub fosfodiesterazy-5 w leczeniu dolegliwości na tle OAB. Leczenie z użyciem 0,2 mg tamsulozyny (12 tygodni), w monoterapii oraz w połączeniu z tolterodyną (2 mg), poprawiało subiektywne odczucia pacjentów w znoszeniu uciążliwych dolegliwości na tle nadreaktywności, jak i urodynamiczne parametry funkcji pęcherza moczowego. Jednak nie wykazano istotności statystycznej pomiędzy wynikami uzyskanymi z obu badanych grup. Zmniejszenie progu wrażliwości wypieracza pęcherza moczowego po skojarzonym podawaniu udenafilu (inhibitor fosfodiesterazy-5) z oksybutyniną wydaje się być kolejną ciekawą alternatywą dla monoterapii lekami antycholinergicznymi.

Kilka omawianych na kongresie doniesień potwierdza wysoką efektywność różnych dawek toksyny botulinowej (BTX-A) w leczeniu dolegliwości na tle OAB. BTX-A podawana w dawce 100 IU (n=12) oraz 150 IU (n=15) przez okres 24 tygodni istotnie poprawiała jakość życia chorych z nietrzymaniem moczu na tle zespołu pęcherza nadreaktywnego. W obu badanych grupach odnotowano zmniejszenie częstości mikcji oraz liczbę epizodów parć nagłych. W odczuciu pacjentów wyższa dawka toksyny botulinowej (150 IU) okazała się bardziej efektywna klinicznie w zmniejszeniu epizodów nietrzymania moczu na tle parć. W innym doniesieniu potwierdzono skuteczność leczenia OAB toksyną botulinową w dawce 250 IU BTX-A jest skuteczną formą leczenia chorych z idiopatyczną oraz neurogenną postacią pęcherza nadreaktywnego. Po 6 tygodniach od iniekcji BTX-A u 30% chorych z idiopatyczną oraz u 33,3% chorych z neurogenną postacią nadreaktywnego pęcherza wykazano całkowitą remisję dolegliwości na tle niekontrolowanych epizodów nietrzymania moczu. Ich liczba, jak również częstość mikcji, zarówno w dzień jak i w nocy oraz urodynamiczne

wykładniki OAB u pacjentów w obu badanych grupach uległy poprawie. Co prawda już po 6 miesiącach korzystny efekt terapeutyczny zmniejszył się, ale pacjenci w dalszym ciągu zgłaszali subiektywną poprawę co do stopnia nasilenia dolegliwości na tle nadreaktywności pęcherza moczowego. Zatrzymanie moczu odnotowano tylko u 1 chorego z idiopatyczną postacią nadwrażliwości wypieracza oraz u 4 chorych w grupie neurogennej.

Ciekawą opcją terapeutyczną dla pacjentów z OAB na tle łagodnego przerostu prostaty jest łączne podanie leków antycholinergicznymi oraz blokerów receptora adrenergicznego. Tego typu leczenie nie zwiększa ryzyka zaburzeń mikcji oraz ostrego zatrzymania moczu w tej grupie chorych.

Ograniczenia stosowanych obecnie w leczeniu OAB schematów terapeutycznych stały się impulsem do poszukiwania nowych kierunków leczenia farmakologicznego tego schorzenia oraz do zgłębiania wiedzy dotyczącej podstaw fizjologicznych oraz dysfunkcji dolnych dróg moczowych.

Wśród nowości omawianych na kongresie na wzmiankę zasługuje eksperymentalne zastosowanie neurosteroidu - dehydroepiandrosteronu (DHEA) w leczeniu dysfunkcji pęcherza moczowego. Korzystny efekt takiej terapii miałby polegać na modulacji ośrodków kontrolujących funkcję pęcherza moczowego w OUN i być mediowany głównie przez receptory dopaminergiczne i glutaminergiczne.

Ważnych informacji dotyczących zmniejszenia gotowości skurczowej komórek mięśniowych wypieracza pęcherza moczowego dostarczyły badania nad zastosowaniem chlorku trospium (1 uM, 3 uM oraz 5 uM) oraz melatoniny (100 uM, 200 uM oraz 300 uM), stosowanych w monoterapii lub w leczeniu skojarzonym. Łączne zastosowanie melatoniny i trospium w najniższych stężeniach terapeutycznych pozwoliło uzyskać zbliżony efekt terapeutyczny jak podanie każdego z w/w leków w maksymalnych dawkach leczniczych.

Nie sposób omówić całokształtu poruszanej na 39 Kongresie ICS problematyki dotyczącej nowoczesnych możliwości leczenia chorych na OAB w tak krótkim opracowaniu. Wyrażam nadzieję, że to sprawozdanie chociaż po części zaznajomi czytelników z aktualnymi trendami w łagodzeniu objawów nadreaktywności.

Zapalenie śródmiażdżowe pęcherza /IC/ - możliwe kierunki rozwoju leczenia

DR HAB. N. MED. PIOTR RADZISZEWSKI

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

KONTYNUACJA ARTYKUŁU
ZAMIESZCZONEGO W KWARTALNIKU NTM
NR 30

W leczeniu ZBP/IC nie istnieje żadna metoda, która mogłaby być określana jako „złoty standard”. Przyjmuje się, że terapię należy rozpoczynać od środków doustnych, poprzez wlewki dopęcherzowe, elektrostymulację i elektromodulację, na leczeniu chirurgicznym kończąc. Nasuwa się jednak bardzo istotne pytanie: skoro żadna z metod nie ma udowodnionej skuteczności, co więcej, jeśli leczenie łagodzi tylko objawy, nie powodując zahamowania postępu choroby, to czy nie ograniczamy metod leczenia i ich skuteczności stosując powyższą gradację? Wiadomo, że gdy pęcherz moczowy ma bardzo małą pojemność, oraz gdy nasilenie objawów jest bardzo znaczne, nie wszystkie metody leczenia (w tym także inwazyjne jak np. cystektomia) skutkują. Być może błędem jest rozpoczynanie terapii od środków łagodzących objawy, ale niemających udowodnionego wpływu na przebieg choroby (np. Elmiron, trójcykliczne leki przeciwdepresyjne). Niestety, zbyt mała liczba prospektywnych, randomizowanych badań z użyciem placebo nie pozwala na wyciągnięcie właściwych wniosków (Hanno, P. i wsp. 2005). Z drugiej strony, patrząc z perspektywy pacjenta z pełnoobjawowym ZBP/IC trudno jest się dziwić, że ta grupa pacjentów wyjątkowo niechętnie uczestniczy w programach badawczych nowych, niesprawdzonych metod leczenia o często wątpliwej skuteczności. W zasadzie każdy lek, który z czysto teoretycznego punktu widzenia mógłby mieć zastosowanie w leczeniu ZBP/IC, jest natychmiast wypróbowywany na pewnej grupie pacjentów. Niestety, znowu najczęściej w formie otwartych nierandomizowanych badań klinicznych. Większość doniesień ma formę komunikatów zjazdowych, bardzo rzadko ukazujących się potem w formie publikacji.

Zatem być może prawidłowy schemat postępowania z pacjentem z ZBP/IC powinien rozpoczynać się od wykonania badania neuropatologicznego i oceny w nim zmian w unerwieniu oraz stopnia uszkodzenia ściany pęcherza. Następnie, na podstawie dostępnych danych, należy dobrać taki schemat leczenia, który mógłby hamować powstawanie dalszych zmian, a nawet je odwracać.

Tab.1 Skuteczność niektórych leków doustnych stosowanych w leczeniu ZBP/IC

Lek	RCT*	% powodzenia
Amitriptylina; trójcykliczne leki przeciwdepresyjne	tak	42%
Antybiotyki	tak	48%
Antycholinergiki i spazmolytyki	nie	pojedyncze doniesienia
Azatiopryna	nie	50%
Benzydamina	tak	0%
Pochodne chlorochinolonów	nie	50%
Cymetydyna	tak	65%
Sterydy	nie	80%
Cyklosporyna	nie	90%
Gapapentyna	nie	pojedyncze doniesienia
Hormony	nie	pojedyncze doniesienia
Hydroksyzyna	tak	31%
L-Arginina	tak	brak efektu
Metotreksat	nie	50%
Misoprostylgyl	nie	48%
Montelukast	nie	90%
Nalmefen	tak	brak efektu
Narkotyczne leki przeciwbólowe	nie	pojedyncze doniesienia
Nifedypina	nie	87%
Fenazopirydyna	nie	pojedyncze doniesienia
Kwercetyna	nie	92%
Pentozopolisiarczan sodowy (PPS)	tak	33%
Suplatast tosilate	nie	86%
Witamina E	nie	pojedyncze doniesienia

* Randomizowane badania kliniczne

Ponieważ uszkodzenie urotelium i aktywacja włókien aferentnych wydaje się mieć kluczowe znaczenie w patogenezie ZBP/IC, najbardziej obiecująca może być modulacja na tym poziomie. Zastosowanie neurotoksyn selektywnych wobec włókien aferentnych CGRP/SP-IR było pierwszym krokiem w opracowywaniu takiej neuromodulacji (Chancellor, M. B. i wsp. 1999; Radziszewski, P. i wsp. 2001). Toksyna botulinowa, tradycyjnie uważana za działającą na poziomie synapsy nerwowo-mięśniowej, może również odgrywać rolę w modulacji aferentnej odpowiedzi z pęcherza moczowego (Anderson, K. E. 2002; de Groat, W. C. 2006; Radziszewski, P. i wsp. 2002; Smith, C. P. i wsp. 2004).

Te dwie omówione neurotoksyny nie wyczerpują oczywiście możliwych do zastoso-

wania w medycynie neurotoksyn. W chwili obecnej prowadzone są badania nad zastosowaniem tetradotoksyny w leczeniu przewlekłego bólu nowotworowego i neuropatycznego. Tetradotoksyna jest neurotoksyną pochodzącą z ryby fugu, która wywiera swoje działanie na kanały sodowe komórek nerwowych (Chung, J. M. i wsp. 2004; Holzer, P. 2004; Marcil, J. i wsp. 2006; Xie, W. i wsp. 2005). Inną niezmiernie interesująca grupą toksyn są konotoksyny, produkowane przez ślimaki morskie. Również i one działają za pośrednictwem kanałów sodowych, wykazując przy tym selektywność tkankową (Ellison, M. i wsp. 2003; Ferber, M. i wsp. 2003; Floresca, C. Z. 2003; McIntosh, J. M. i wsp. 2004).

Kolejną grupą neurotoksyn są toksyny produkowane przez afrykańską mambę zieloną, które są selektywne wobec poszczególnych klas receptorów muskarynowych. (Bradley, K. N. i wsp. 2003) Toksyna tężcowa, blokując wychwyty zwrotny serotoniny stanowi również interesującą alternatywę dla wielu leków, pod warunkiem opracowania sposobu omińnięcia jej działań ubocznych (Gil, C. i wsp.2003; Miana-Mena, F. J. i wsp.2003).

Cały czas trwają też badania nad toksynami pająków ptaszników (atratoksyna i brewetoksyna), jadu kobry (kobrotoksyna), oraz jadu węży małajskich (bungarotoksyna)(Chang, L. S. i wsp.2003; Ellison, M. i wsp.2003; Nirthanan, S. i wsp.2004; Shakhman, O. i wsp.2003; Wickramaratna, J. C. i wsp.2004).

Być może w przyszłości będzie możliwe selektywne porażenie i stymulacja odpowiednich subpopulacji neuronów (afferentnych lub eferentnych), a także wywoływania ściśle zaplanowanej plastyczności neuronalnej. ■

Tab.2 Skuteczność niektórych leków dopęcherzowych stosowanych w leczeniu ZBP/IC

Lek	RCT*	% powodzenia
Azotan srebra	nie	60%
Chlorpaktyna	nie	60%
DMSO	tak	70%
BCG	tak	brak udowodnionej skuteczności
RTX	tak	sprzeczne dane
Kwas hialuronowy	tak	brak udowodnionej skuteczności
Heparyna	nie	60%
Siarczan chondroityny	nie	33%
Lignokaina	nie	65%
Kapsaicyna	nie	brak udowodnionej skuteczności
Oksybutynina	nie	pojedyncze doniesienia
Doxorubicyna	nie	pojedyncze doniesienia
PPS	tak	40%
Toksyna botulinowa	nie	40-70%

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



Rola pielęgniarki urologicznej w opiece nad pacjentkami z NTM

Choroba z „rumieńcem”

MGR BEATA PILARSKA

ODDZIAŁ UROLOGII I UROLOGII ONKOLOGICZNEJ

SZPITALA UNIERSYTECKIEGO IM. DR JANA BIZIELA W BYDGOSZCZY

Przyjmuje się, że około 30% kobiet cierpi z powodu popuszczania moczu, jednak tylko co dziesiąta zgłasza się z tą przykrą dolegliwością do specjalisty i rozpoczyna leczenie. Dzieje się tak dlatego, że przypadłość ta dotyczy intymnej sfery naszego życia i jest społecznie stygmatyzowana. Przykry zapach moczu zawsze kojarzony był z kimś zaniedbanym lub z marginesu społecznego. Mimo, że życie osoby z NTM ulega diametralnej zmianie, mimo że zarówno sfera rodzinna jak i zawodowa, czy społeczna zostają podporządkowane problemom z pęcherzem, wciąż tak trudno jest rozmawiać na ten temat. Kobiety same próbują kontrolować swoje zachowania, które mogą spowodować wyciek moczu – rezygnują z aktywności fizycznej, biegania, tańca i tych wszystkich zajęć, które do tej pory sprawiały im tyle radości. Rezygnują z podróży, kontrolują, aby nie śmiać się zbyt głośno i spontanicznie, ograniczają ilość wypijanych płynów, a w kontaktach z partnerem – unikają zbliżeń cielesnych. W zaawansowanych stadiach choroby samokontrola już nie wystarcza, gdyż gubienie moczu może zdarzyć się w każdym momencie. Pacjentce trudno jest utrzymać higienę, traci poczucie własnej wartości, czuje się bezradna i samotna, czasami popada w nerwicę czy depresję.



wotnych, o czynnikach mogących wpływać na pojawienie się gubienia moczu oraz w jakim zakresie pacjentka potrzebuje pomocy. Zgodnie ze swoimi kompetencjami pielęgniarka edukuje i doradza swojej podopiecznej, a także mobilizuje ją do działania i podejmowania leczenia. Wykonując zabiegi pielęgnacyjne, czy diagnostyczne ocenia stan skóry okolic intymnych. Pacjentki pomijają często w rozmowie, że odczuwają świąd czy pieczenie w okolicy krocza, błędnie uważają, że zostanie to odebrane jako brak higieny osobistej. A przecież gubienie moczu sprzyja zawiłgoceniu skóry, maceracji i tworzeniu się odczynów zapalnych. Uczucie świądu czy pieczenia sprawia, że jest to miejsce narażone na drapanie i tworzenie się ran i owrzodzeń. Także stosowanie niewłaściwych środków kosmetycznych, czy po prostu zmiany hormonalne związane z wiekiem (nie-dobór estrogenów) mogą powodować, że skóra krocza jest krucha i wrażliwa, czasami pęka i krwawi przy dotyku. W sprzedaży dostępne są łagodne preparaty ochronne, czy jednorazowe środki chłonne, które pozwalają złagodzić przykre dolegliwości, zniwelować nieprzyjemny zapach. Pielęgniarka przygotowuje pacjentki do samopielęgnacji i samoopieki. Wskazuje jak zmienić swój styl życia, jak zmodyfikować zachowania zdrowotne, jak dbać o swój pęcherz moczowy, czego należy unikać by nie dopuścić do powikłań i przede wszystkim gdzie należy szukać pomocy i wsparcia. Bardzo często zdarza się, że pacjentki zniechęcają

się nie widząc zadowalających efektów ze stosowanej terapii. Sceptycznie podchodzą do zachowawczych metod leczenia nietrzymania moczu, a szczególnie do ćwiczeń mięśni dna miednicy. Przyczyną jest brak dostatecznej i jasnej informacji, jakie mięśnie mają być rehabilitowane, jak je zidentyfikować i jak właściwie wykonywać ich skurcz. Istnieje także błędne przekonanie wśród pacjentek, że kurczenie mięśni dna miednicy mniejszej polega na przerywaniu strumienia moczu. Takie praktyki mogą doprowadzić do zaburzeń mikcji, częstomoczu, parć nagłych, częstych infekcji, zalegania moczu, zamiast więc łagodzić będą nasilały objawy NTM.

„Najważniejszym czynnikiem, który wpływa na Twoje życie, jest zmiana. Co wybierasz? Możesz być panem lub ofiarą...”

/Brian Tracy/

Wstydlivy charakter objawów związanych z nietrzymaniem moczu powoduje, że osoby, które to dotyka czują się osamotnione. Trudno jest im podjąć działanie, które pozwoli im zmierzyć się z problemem, jakim jest popuszczanie moczu. Z badań nad stylami radzenia sobie w sytuacjach trudnych wynika, że dobrym efektem może być konfrontacja z problemem, wzbogacona wsparciem społecznym. Wciąż jednak zbyt mało kobiet szuka pomocy u specjalisty, czy w grupach wsparcia. Zjawisko to spowodowane jest przekonaniem, że nietrzymanie moczu związane jest wyłącznie z przebytymi porodami i, że jest to choroba ludzi starszych, z którą trzeba żyć. Pewne nieprawidłowe wzorce zostały także przekazane w niektórych rodzinach z pokolenia na pokolenie. Deficyt wiedzy na temat patofizjologii choroby oraz skutecznych sposobów jej leczenia powoduje, że pacjentki godzą się na izolację i nie podejmują działań mających na celu przywrócić im radość życia. A przecież gubienie moczu można skutecznie leczyć i nie trzeba rumienić się na myśl o wizycie u specjalisty. ■

Pielęgniarka powiernikiem w chorobie

Z wielu sondaży wynika, że pielęgniarka i położna cieszą się dużym zaufaniem wśród społeczeństwa. Nic też dziwnego, że pacjentki dość często decydują się na wyjawienie swojego sekretu związanego z kłopotami z pęcherzem właśnie profesjonalistce w dziedzinie pielęgniarstwa. Na każdym etapie leczenia – operacyjnego czy zachowawczego panie mogą uzyskać wsparcie i fachową opiekę. Bez skrępowania mogą wyjawić czego się wstydzą i boją, z czym nie mogą sobie poradzić. Podczas życzliwej rozmowy pielęgniarka uzyskuje informacje o niepokojących objawach, o współistniejących chorobach, o stanie emocjonalnym i kondycji psychicznej, o zachowaniach zdro-

W ostatnim tegorocznym numerze Kwartalnika NTM chcielibyśmy przybliżyć Państwu II Klinikę Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Placówka ta specjalizuje się w leczeniu schorzeń uro-ginekologicznych i ma w tej dziedzinie znaczące osiągnięcia.

Kierownictwo

Kliniką od czterech lat kieruje dr hab. med. Waldemar Różański, prof. nadzwyczajny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Urologicznego, członek założyciel Sekcji Endourologii i ESWL Polskiego Towarzystwa Urologicznego oraz członek Europejskiego Towarzystwa Urologicznego. W latach 2004-2006 r. profesor Różański pełnił obowiązki Dziekana ds. Dydaktycznych Wydziału Wojskowo-Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Odbył dwa zagraniczne staże naukowe w oddziałach urologicznych – w 1994 r. w Centralnym Szpitalu Uniwersyteckim im. Ludwika Pasteura w Nicei we Francji i w 2000 r. w Meir Hospital na Uniwersytecie w Tel Avivie w Izraelu. W 2008 r. odbył wizytę profesorską w Klinice Urologii Uniwersytetu im. Johanna Gutenberga w Moguncji w Niemczech. Doświadczenia zdobyte w klinikach zagranicznych były pomocne przy organizacji struktury i zasad funkcjonowania kliniki.

Leczenie

W latach 2006-2007 klinika przeszła gruntowny remont. Została przebudowana zgodnie z wymogami, tak aby spełniać potrzeby chorych urologicznie, którzy w większości są osobami starszymi, czasem kalekimi, poruszającymi się na wózkach inwalidzkich. Po remoncie w klinice zainstalowano najnowszy laser holmowy oraz zakupiono niezbędny sprzęt endoskopowy do minimalnie inwazyjnych zabiegów urologicznych. Klinika dysponuje giętym ureterorenoskopem pozwalającym na prowadzenie diagnostyki i zabiegów w moczowodzie i miednicze nerkowej.

W klinice prowadzi się leczenie wszystkich chorób urologicznych. Rocznie hospitalizowanych jest ponad 3000 chorych, w tym chorych z nowotworami nerek, pęcherza, gruczołu krokowego, jader i pęcherza, którzy stanowią ok. 35%.

Celem kwalifikacji do leczenia zachowawczego i operacyjnego schorzeń uro-

II Klinika Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Nowoczesna urologia i uroginekologia w Łodzi

JOANNA KAMIŃSKA

nekologicznych w klinice przeprowadzane są konsultacje i pełna diagnostyka urodynamiczna. Dr n. med. Mariusz Blewniewski od wielu lat prowadzi Pracownię Badań Urodynamicznych i zajmuje się leczeniem wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet. – *W 1984 r. zaczęliśmy stosować taśmę Zoedlera w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet. W chwili obecnej stosujemy z powodzeniem mini-slingi (TVT-S, Ajust) zgodnie z teorią Petrosa i Ulmstena. Aby kompleksowo leczyć chore z NTM i zaburzeniami statyki narządu rodno, do arsenału naszych zabiegów wprowadziliśmy operacje rekonstrukcyjne dna miednicy mniejszej (PROLIFT) – wyjął dr Mariusz Blewniewski.*

Od niedawna na terenie Kliniki Urologii znajdują się łóżka oddziału klinicznego ginekologii onkologicznej UM kierowanego przez Prof. Bieńkiewicza, co pozwala jeszcze bardziej rozwijać uroginekologię na terenie Łodzi. – *W związku z tym jesteśmy jedynym rzeczywistym oddziałem uroginekologicznym w makroregionie łódzkim, gdzie kobiety są leczone kompleksowo – dodaje dr Blewniewski.*

Rosnąca w ostatnich latach grupa chorych z nowotworami układu moczowego, a szczególnie z rakiem gruczołu krokowego to konieczność wykonywania większej liczby radykalnych zabiegów chirurgicznych obciążonych ryzykiem powikłań. Wykonywana obecnie powszechnie prostatektomia radykalna w leczeniu raka gruczołu krokowego obciążona jest możliwością wystąpienia przejściowego lub całkowitego nietrzymania moczu u operowanych mężczyzn. W klinice jako jednej z pierwszych rozpoczęto leczenie nietrzymania moczu u mężczyzn po radykalnej prostatektomii różnego rodzaju ta-

śmami. Dr Mariusz Blewniewski podkreśla, że klinika specjalizuje się w zabiegach u mężczyzn. – *W klinice zajmujemy się także leczeniem NTM u mężczyzn, m.in. po prostatektomii radykalnej, elektrosekcji stercza. Stosujemy taśmę „AdVance” zakładaną pod opuszkową część cewki moczowej i przeprowadzaną przez otwory zasłonięte.*

Innym przedmiotem zainteresowań kliniki jest neuro-urologia. Dzięki współpracy z oddziałami neurologicznym i neurochirurgicznym, które znajdują się na terenie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Łodzi, pacjenci ze schorzeniami kręgosłupa (urazy, przepukliny), stwardnieniem rozsianym, czy chorobą Parkinsona są konsultowani i diagnozowani (badanie urodynamiczne) oraz leczeni m.in. przez wstrzyknięcie toksyny botulinowej do mięśnia wypieracza pęcherza moczowego.

Działalność edukacyjna

Dzięki uczestnictwu i członkostwu w ICS i IUGA dr-a Mariusza Blewniewskiego, w klinice stosowane są najnowsze metody leczenia w uroginekologii, które są przedstawiane na corocznych kongresach i zamieszczane w licznych publikacjach na łamach czasopism medycznych. W oparciu o badania prowadzone w klinice jej pracownicy publikują prace zarówno w czasopismach krajowych jak i zagranicznych. W 2009 roku ukazała się praca w *Journal of Endourology: Relationship between urinary tract infection and self-retaining Double-J catheter colonization* (tłum. *Flora bakteryjna dróg moczowych a rodzaj kolonizacji bakteryjnej cewników podwójnie zagiętych – Double-J*).



II Klinika Urologii
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź
Tel.: 042 689 52 11
Kierownik Kliniki: prof. Waldemar Różański

Aktywność w ciąży

MGR FIZJOTERAPII MICHAŁ KOSZLA



Co można ćwiczyć?

Ciąża jest stanem fizjologicznym. Część ciężarnych dowiaduje się o swoim odmiennym stanie dopiero w drugim, trzecim miesiącu ciąży. W tym czasie utrzymują swoją normalną aktywność fizyczną, co nie stanowi zagrożenia dla nowego życia, które w sobie noszą. Stąd zaleceniem może być utrzymanie aktywności fizycznej sprzed ciąży do czasu, aż odmienny stan nie będzie zbyt uciążliwy. Oczywiście wyjątek stanowią sporty urazowe, takie jak jazda konna, tenis czy narciarstwo zjazdowe. Sama aktywność nie stanowi takiego zagrożenia jak ewentualny uraz. Przeciwwskazane są również sporty, które narażają na niedotlenienie, tj. nurkowanie czy wspinaczka wysokogórska.

Co zatem z ciężarnymi, które wiodły siedzący tryb życia, bez większej aktywności?

Takie ciężarne mogą rozpocząć aktywność, tj. pływanie czy aerobik dla ciężarnych z tym zastrzeżeniem, że nową aktywność na-

leży rozpocząć najwcześniej w 5 miesiącu, pierwszy trymestr ciąży nie jest wskazany na uprawianie takich aktywności.

Należy pamiętać, że kobieta, która ćwiczy nie może być głodna ani spragniona. Tempo ćwiczeń nie powinno być zbyt forsowne, a liczba powtórzeń dostosowana do odczuć ćwiczącej.

Aktywność fizyczna a mięśnie dna miednicy

Bez względu na ciążę są takie dyscypliny sportowe, które mogą predysponować do powstania NTM. Są nimi skoki na trampolinie, skoki spadochronowe, czy podnoszenie ciężarów. Stąd wysiłek związany z podskokami, czy dźwiganiem w ciąży jest szczególnie niewskazany. Pamiętajmy o zwiększonym obciążeniu dna miednicy w ciąży, spowodowanym rosnącą macicą oraz wpływem hormonów na osłabienie i rozciągnięcie mięśni krocza. Warto zatem dla ochrony krocza

napinać mięśnie dna miednicy podczas większych wysiłków. Ponadto wydaje się całkiem prawdopodobne, że utrzymanie sprawności tych mięśni może przyczynić się do zmniejszenia ryzyka wcześniejszego porodu.

Szczególne środki ostrożności

Zanim ciężarna rozpocznie aktywność fizyczną, warto aby wcześniej porozmawiała o tym ze swoim ginekologiem, podczas wizyty kontrolnej. Oczywiście ginekolog ocenia stan w momencie badania, warto zatem, aby ciężarna pamiętała o kilku zasadach. Przede wszystkim o takich przeciwwskazaniach do ćwiczeń jak podwyższona temperatura ciała, wysokie ciśnienie spoczynkowe (mierzone po kilku minutach odpoczynku), pojawiające się skurcze macicy (3 na godzinę lub kilka podczas dnia), ból podbrzusza lub inny ból niewiadomego pochodzenia, krwawienie lub inne objawy, które ją niepo-

koją. Warto również rozważyć czy ćwiczyć, gdy ciężarna ma gorsze samopoczucie. Czasem świadczy to o czynności skurczowej macicy lub początku infekcji.

Znaczenie aktywności fizycznej w ciąży

Aktywność fizyczna ma pozytywny wpływ na każdego, kto z niej korzysta. Tym bardziej ma ona znaczenie w ciąży. Warto tu podkreślić kilka aspektów:

Znaczenie psychologiczne

Ćwiczenie wpływa na poprawę nastroju. Wówczas „ciąża” staje się bardziej „stanem błogosławionym”. Dzieje się tak między innymi dlatego, że każdy wysiłek fizyczny powoduje wydzielanie endorfin, które sprzyjają lepszemu samopoczuciu. Ponadto odpowiednie ćwiczenia utrzymują sprawność sprzed ciąży, dzięki czemu ciężarna lepiej radzi sobie podczas zwykłych aktywności życiowych, łatwiej się jej oddycha, rzadziej cierpi na somatyczne dolegliwości.

Układ krążenia, wydolność

Ograniczenie aktywności w ciąży przyczynia się do ograniczenia wydolności – mimo wzrostu aktywności serca. Tymczasem poród porównuje się do wysiłku maratończyka, rozłożonego na wiele godzin. Wysiłek sprzyja pobudzeniu pompy mięśniowej, co zmniejsza dolegliwości związane z obrzękami.

Układ oddechowy

Część ciężarnych skarży się na duszność. Odpowiednie ćwiczenia mogą pomóc w zwalczaniu tej dolegliwości. Prawidłowy oddech, sprawność układu oddechowego odgrywa ogromną rolę podczas porodu.

Sprawność mięśniowa

Ciąża zmienia działanie i sprawność wielu mięśni. Brak ich usprawnienia może przyczynić się do powstania dolegliwości bólowych.

Przygotowanie do porodu

Aktywność fizyczna w ciąży owocuje lepszym przebiegiem porodu, ma również dobroczynny wpływ na płód.

Znaczenie mięśni dna miednicy w ciąży

Na szczególną uwagę zasługują mięśnie dna miednicy. Zarówno w czasie ciąży jak i podczas porodu mięśnie te są mocno osłabiane. Najpierw – nadwyrę-

żane dźwiganiem coraz większej macicy, a potem rozpychane przez rodzące się dziecko. A ponieważ jedną z funkcji tych mięśni jest zaciskanie cewki moczowej, dlatego ich osłabienie może doprowadzić do problemów z trzymaniem moczu. Może to być zarówno wysiłkowe nietrzymanie moczu – czyli popuszczanie przy np. podnoszeniu dziecka, kichaniu czy innych czynnościach, jak i z parę nagłych, ze zbyt częstym oddawaniem moczu i problemami ze zdążeniem do toalety. Warto wiedzieć, że dolegliwości te jako skutek ciążyowo – porodowego osłabienia mięśni mogą wystąpić zarówno w okresie poporodowym jak i lata po nim – najczęściej około menopauzy. Można temu zapobiec stosując w czasie ciąży i połogu prostą profilaktykę – ćwiczenia Kegla.

Jak ćwiczyć?

Ćwiczenia Kegla polegają na zaciskaniu mięśni krocza tak, jak podczas powstrzymywania strumienia moczu. Dodatkowo ćwicząca powinna mieć uczucie „wciągania narządów”, co niektórzy nazywają „ćwiczeniem – windą”. W celu nauki „na toalecie” warto wykonać tylko kilka prób, aby zapamiętać, które to są mięśnie i upewnić się, czy ćwicząca potrafi przerwać strumień moczu. Co prawda zwieracze stanowią tylko część dna miednicy, ale próba ta pozwala chociaż orientacyjnie określić sprawność mięśni dna miednicy. Należy jednak pamiętać o tym, aby regularnie ćwiczyć w każdym innym momencie, tylko nie podczas oddawania moczu.

Regularne ćwiczenia powinny obejmować długie napięcia jak i serie szybkich napięć.

Po porodzie warto jest powrócić do ćwiczeń Kegla już od drugiej – trzeciej doby połogu. Naturalne jest, że w tym czasie kroczki będzie jeszcze opuchnięte, a mięśnie osłabione przez porodowy wysiłek. Jednak z każdym dniem połogu ćwiczenia stają się łatwiejsze.

Objawy niepokojące, które mogą wystąpić po porodzie to:

- * wyciek nawet kropli moczu podczas wysiłku,
- * konieczność oddawania moczu częściej, niż co 2 godziny,
- * konieczność oddania moczu w mniej, niż 15 minut od pierwszego odczucia parcia na mocz,
- * problemy ze zdążeniem do toalety
- * niemożność zatrzymania strumienia moczu.

Mogą one oznaczać, że prawdopodobnie mięśnie są mocno osłabione. Jeśli okaże się, że same regularne ćwiczenia przez okres kilku tygodni nie przyniosą efektu, powinno się skorzystać z pomocy fizjoterapeuty dna miednicy.

Należy pamiętać, że według badań, u kobiet, u których wystąpiło nietrzymanie moczu w okresie ciąży i po porodzie, ryzyko nawrotu w okresie menopauzy wynosi blisko 80%. Aby temu zapobiec warto pamiętać o regularnych ćwiczeniach Kegla.

Przykładowe ćwiczenia w ciąży

- ◆ Pozycja stojąca, nogi na szerokość bioder, ramiona wzdłuż tułowia. Naprzemienne krążenie ramionami w tył, następnie w przód.
- ◆ Pozycja stojąca jak poprzednio, nogi lekko ugięte w kolanach, wychylenie biodrami na przemian w bok, klatka piersiowa pozostaje nieruchomo.
- ◆ Pozycja jak poprzednio, krążenie biodrami w prawo, następnie w lewo.
- ◆ Półprzysiady.
- ◆ Przyklekanie na jedno kolano. Podczas ćwiczenia należy mocno podparć się rękami na kolanie.
- ◆ Ręce zahaczone jedna dłoń za drugą. Rozciąganie chwytu ze ściąganiem łopatek.
- ◆ Stanie na jednej nodze, ręka oparta na krześle, druga ręka przyciąga stopę do pośladka. Wytrzymać około minuty.
- ◆ Siad, nogi wyprostowane, w rozkroku, tułów wyprostowany. Sięganie rękami do jednego podudzia – wytrzymać około minuty, sięgnąć do drugiej nogi.

Do ćwiczeń można wykorzystać piłkę rehabilitacyjną.

W siedzeniu na piłce:

- ◆ Wychylenie bioder na boki.
- ◆ Unoszenie ręki ze skłonem do przeciwnego boku.
- ◆ Ręce na wysokości ramion, skręty tułowia.
- ◆ Naprzemienne prostowanie nóg w kolanach

Aby regularnie ćwiczyć warto skorzystać z ćwiczeń grupowych dla kobiet w ciąży. Stanowi to dodatkową motywację do regularnych ćwiczeń, a przy okazji jest to możliwość spotkania innych kobiet w tym samym stanie oraz przedyskutowania z instruktorem wątpliwości co do ćwiczeń. ■

Stowarzyszenie Osób z NTM UroConti

Nowy zarząd, nowe priorytety

Karolina Ciepła



■ 21 września w Warszawskim Szpitalu Klinicznym im. Dzieciątka Jezus odbyło się Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie Delegatów Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”. Spotkanie było kontynuacją zebrania z czerwca bieżącego roku, podczas którego Delegaci głosowali nad wprowadzeniem zmian do Statutu Stowarzyszenia.

W trakcie czerwcowego spotkania członkowie dotychczasowego Zarządu jednogłośnie złożyli rezygnację z pełnionych przez siebie funkcji. Podjęte przez członków decyzje skutkowało powołaniem kolejnego Wal-

nego Zebrania Delegatów, które wedle zapisu w Statucie jako jedyne zgromadzenie ma prawo do wyboru władz Stowarzyszenia.

We wrześniowym spotkaniu udział wzięło 26 delegatów z siedmiu oddziałów regionalnych Stowarzyszenia. Delegaci większością głosów przyjęli rezygnację dotychczasowego

Zarządu i powołali na nową 4-letnią kadencję Zarząd w składzie:

- Maria Zdeb (z oddziału lubelskiego) na stanowisko Prezesa,
- Barbara Woźniak (z oddziału łódzkiego) na stanowisko Skarbnika,
- Wanda Uszok (z oddziału mazowieckiego) na stanowisko Sekretarza.

Zgromadzeni na spotkaniu delegaci podziękowali obecnej, ustępującej Prezes Danucie Jankowskiej za ogromny wkład pracy i poświęcenie na rzecz Stowarzyszenia. Największą zasługą ustępującego Zarządu było zbudowanie

podstaw funkcjonowania całej organizacji. W trakcie kadencji powołano siedem oddziałów regionalnych Stowarzyszenia, przystąpiono do międzynarodowej organizacji pacjentów World Federation of Incontinent Patients (WFIP); członkowie Stowarzyszenia mieli okazję uczestniczyć w kongresach oraz projektach edukacyjnych poświęconych tematyce profilaktyki zdrowia. Zarząd Główny przez cały czas swojej działalności prowadził prace na promocję problematyki nietrzymania moczu za pośrednictwem mediów oraz współpracując z organizacjami.

Nowo wybrany Zarząd za swoje priorytety przyjął m.in. prace nad pozyskiwaniem funduszy dla Stowarzyszenia, poprzez ubieganie się o dotacje i dofinansowania. Zobowiązał się również do podjęcia intensywnych działań w kierunku zarejestrowania Stowarzyszenia „UroConti” jako Organizacji Pożytku Publicznego. Ponadto zadeklarował, iż dołoży wszelkich starań, by poprawić sytuację osób zaopatrujących się w leki i środki higieniczne niezbędne przy problemie nietrzymania moczu.

KW

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	1 m.
Opolskie	65	16	1037	84	do 7 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Małopolskie	143	23	3279	426	wstrzymane*	nb	nb	nb	nb	nb
Podkarpackie	233	9	2097	172	14 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Podlaskie	239	5	1193	73	30 dni	4 mies.	nb	nb	nb	nb
Świętokrzyskie	255	5	1276	259	21 dni	min. 3 mies	nb	nb****	nb	nb
Śląskie	259	18	4654	549	21 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Warmińsko-mazurskie	285	5	1426	107	do 30 dni	6 mies.	nb	4 mies.	nb	nb
Kujawsko-pomorskie	517	4	2556	79	do 5 mies.	nb***	nb	nb****	nb	1,5 m.
Lubelskie	542	4	2066	232	21 dni	3 mies.	nb	3 mies.	nb	nb
Wielkopolskie	564	6	2166	242	14 dni	1 mies.	nb	nb	nb	nb
Łódzkie	639	4	3387	177	21 dni	3 mies.	nb	1 mies.	nb	1 m.
Dolnośląskie	720	4	2878	151	do 14 dni	2,5 mies.	nb	nb*****	nb	nb
Zachodniopomorskie	846	2	1692	114	21 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Mazowieckie	865	6	5188	235	21 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Pomorskie	2211	1	2211	123	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, * podpisywanie nowych umów zostało wstrzymane ze względu na brak obowiązujących przepisów, ** dorośli – 3 mies., *** dorośli – do 5 mies., **** wózki inwalidzkie, ind. przedm. pion. – system kolejowy od 1.10.2009, ***** dorośli – 4 mies., ***** wózki inwalidzkie – 2,5 mies.

Opr. K. Ciepła na podstawie danych z oddziałów NFZ (stan na X 2009)



Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimerą

Alzheimer to nie wyrok

MAGDALENA KOWALEWSKA



deą powstania Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimerą było niesienie pomocy osobom z chorobą Alzheimerą i zaburzeniami pokrewnymi oraz członkom ich rodzin i opiekunom.

Stowarzyszenie jest pozarządową, społeczną organizacją pożytku publicznego. Od początku działalności jest też członkiem Alzheimer Europe, a od 1997 roku – Alzheimer Disease International (Światowej Federacji Stowarzyszeń Alzheimerowskich). Efektem aktywnego uczestnictwa Polskiego Stowarzyszenia w tych międzynarodowych organizacjach jest możliwość dostępu do światowej, fachowej literatury i najświeższych informacji na temat tej choroby.

Chorobę Alzheimerą zaliczamy do najbardziej uciążliwych schorzeń otępiennych charakteryzujących się zaburzeniami czynności poznawczych, postępującym stopniowo zanikiem pamięci, utratą zdolności do myślenia abstrakcyjnego. Nazwa pochodzi od nazwiska niemieckiego psychiatry A. Alzheimer, który opisał tę chorobę w 1906 r.

Diagnoza stwierdzająca chorobę Alzheimerą padająca z ust lekarza przeważnie brzmi jak wyrok. Wyrok ten skazuje nie tylko samego chorego, ale i jego najbliższych. Osoba chora z biegiem czasu traci świadomość troski, jaką obdarzają ją bliscy. Powoli stają się oni wrogami, którzy więżą chorego w domu – pułapce pełnej niebezpieczeństw. Najbliższych najbardziej dotyka fakt, że chory nie potrafi dostrzec ich miłości, wyrzeczeń i starań, by czuł się bezpieczny. Choroba zaczyna się podstępnie, a w miarę upływu czasu pojawiają się różne zaburzenia zachowania. Chory ma problemy z mową, halucynacje, w późniejszych etapach choroby trudno mu się poruszać, zaczyna miewać chwiejne nastroje, nieprzewidywalne zachowania, często może wpadać w agresję i w depresję. Umiera w poczuciu osamotnienia, najczęściej w wyniku

powikłań pozamózgowych. Nie udało się dotychczas odkryć skutecznego lekarstwa cofającego lub chociaż zatrzymującego postęp choroby. Leczenie zaś koncentruje się na zmniejszaniu uciążliwych objawów. Ustalono, że długotrwała aktywność umysłowa i specjalna dieta istotnie spowalniają przebieg choroby. Prawdopodobieństwo jej wystąpienia wzrasta wraz z wiekiem. Osoby cierpiące na chorobę Alzheimerą bardzo często mają problemy z trzymaniem moczu, odsetek epizodów NTM związanych z otępieniem sięga nawet 100%. Stopień nasilenia NTM ściśle wiąże się z ogólnym stanem zdrowia i zdolnością samodzielnego poruszania się.

Zadaniem Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimerą jest poprawa jakości życia zarówno chorego, jak i jego opiekunów. Stowarzyszenie powstało z inicjatywy osób profesjonalnie zajmujących się chorobą, a także osób, które same musiały się zmagać z chorobą bliskiego. Siedziba organizacji mieści się przy ulicy Hożej 54 lok.1 w Warszawie. Stowarzyszenie liczy ok. 300 członków. Każdego miesiąca przybywa 4-6 osób. Przewodnicząca Zarządu Stowarzyszenia, Alicja Sadowska mówi, że „po kampanii medialnej związanej ze Światowym Dniem Choroby Alzheimerą (21 września) Stowarzyszenie powiększa się o kolejnych 15 członków”.

Od początku istnienia organizacji działa ogólnokrajowy telefon zaufania (22 622-11-22) czynny w każdy wtorek i czwartek w godz. 15.00-17.00. Dyżury przy nim pełnią doświadczeni opiekunowie oraz psychologowie. Wszelkie informacje, cenne porady mogą tu uzyskać osoby, które podejrzewają u siebie początki choroby Alzheimerą, ich bliscy, opiekunowie chorych, dziennikarze oraz wszyscy zainteresowani pracą Stowarzyszenia. W czasie trwania dyżuru można także przyjść do siedziby Stowarzyszenia i na miejscu porozmawiać ze specjalistami. Wszyscy przychodzący otrzymują ulotki, biuletyn i poradnik.

Innym aspektem działalności Stowarzyszenia jest prowadzenie otwartych spotkań odbywających się w każdą pierwszą sobotę

miesiąca w siedzibie organizacji oraz w każdy trzeci wtorek miesiąca w kawiarni Kafe-teka w Warszawie w godz. 18.00-21.00. Tam w kawiarnianej atmosferze można uzyskać cenne porady, wymienić się doświadczeniami, problemami związanymi z chorobą Alzheimerą. Okazją do wymiany doświadczeń w codziennej opiece nad chorym są comiesięczne spotkania lokalnych grup wsparcia.

Bardzo ważnym celem działania Stowarzyszenia jest popularyzowanie i upowszechnianie wiedzy o chorobie Alzheimerą. Od 1993 roku organizowany jest Tydzień Wiedzy o Chorobie Alzheimerą, w którego ramach prowadzone są konferencje prasowe, codzienne dyżury pod hasłem „drzwi otwarte”, koncerty i pikniki. Stowarzyszenie opracowało też największą w Polsce bazę danych prywatnych domów opieki, wizytuje je oraz ocenia pomagając w ten sposób rodzinom w wyborze najlepszego z nich.

Ponadto organizacja prowadzi szkolenia lekarzy, pielęgniarek oraz pracowników społecznych. Organizuje kursy dla bezrobotnych kobiet, przyuczając je do sprawowania płatnej opieki nad chorym w jego domu. Stowarzyszenie stara się także zdobywać środki finansowe, za które kupowany jest sprzęt rehabilitacyjny, środki pielęgnacji i higieny, które przekazywane są zrzeczonemu członkom. Co roku – dzięki sponsorom – organizowane są również spotkania wigilijne dla chorych i ich opiekunów.

Najważniejsze plany wymienione przez Alicję Sadowską to *silne starania mające skłonić władze Warszawy do utworzenia domów dziennego pobytu dla chorych oraz przygotowania do powierzenia Stowarzyszeniu przez Alzheimer Europe organizacji Europejskiej Konferencji dla ok. 500 osób w 2011 roku.*

Wszelkie działania Stowarzyszenia podejmowane są w celu uświadomienia chorym i ich bliskim faktu, że choroba Alzheimerą nie musi być ciężkim wyrokiem, że można nauczyć się z nią godnie żyć.

Opinie

Podsumowanie roku 2009 w dziedzinie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

JÓZEF GÓRALCZYK

MAŁOPOLSKI SEJMIK ORGANIZACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Zbliżając się do końca 2009 roku tradycyjnie staramy się podsumować mijające zdarzenia, czyniąc tzw. rachunek zysków i strat. To określenie finansowe bardzo dobrze pasuje do oceny skuteczności działania rządu w zakresie tworzenia prawa dla i na rzecz osób niepełnosprawnych w Polsce. A więc przeprowadźmy rachunek.

W swoim exposé Premier Donald Tusk obiecywał, że będzie się starał wsłuchiwać w głosy organizacji pozarządowych reprezentujących osoby niepełnosprawne, czyli grupy najbiedniejsze i najsłabsze. W rzeczywistości wcale nie interesują go te problemy. Brak jakichkolwiek odpowiedzi ze strony Premiera na pisma, w których staraliśmy się informować go o wielu problemach i zaniebaniach Ministerstwa Zdrowia świadczą o tym, że jest mu obojętny los około 2 mln osób najbardziej potrzebujących pomocy ze strony państwa.

Przyjmując założenie, że przykład idzie z góry, oceńmy działania Ministerstwa Zdrowia w bieżącym roku. Spójrzmy na sławne Rozporządzenie

MZ dotyczące zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, które dla wielu niepełnosprawnych jest wyrokiem albo zbawieniem decydującym o egzystencji w społeczeństwie lub skazaniem na niebyt. W tym wypadku Pani Minister Ewa Kopacz, nie może tłumaczyć się, że bardzo chciała, ale Prezydent i PiS nie pozwolili jej na rozwinięcie skrzydeł. Treść tego Rozporządzenia całkowicie zależy od jej złej lub dobrej woli. W tym roku Minister Kopacz niestety prezentowała złą wolę pozostawiając limity cenowe niezmiennione od 12 lat. Ktoś powie, że przecież nie mogła ich zmienić, bo jest kryzys finansowy na świecie i w Polsce, a to, że ich nie zmieniła jest pozytywnym działaniem, przeciwdziałającym pogłębianiu kryzysu. Może jest to dobre tłumaczenie dla Pani Kopacz, ale nie dla osób niepełnosprawnych, które już w ponad 60% dzięki jej działalności są skazane na niebyt. Nawet nie marzą o nowej protezie, gorszej, czy aparacie ortopedycznym, bo nie stać ich nawet na naprawę starego sprzętu. Dodajmy, że w jednym z kontrowersyjnych opracowań Ministerstwa Zdro-

wia projektowano nawet likwidację refundacji takich napraw. Nakłady na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze w Polsce stanowią niewielki procent budżetu NFZ i zmiana nawet w niewielkim zakresie świadczyłaby o dobrej woli i zrozumieniu bardzo poważnej sytuacji w tej dziedzinie. Ale przecież nie ma co się obawiać niepełnosprawnych, bo nie są to górnicy i nie przyjdą pod sejm protestować i palić opony.

O złej woli świadczy również fakt, że przygotowywana jest propozycja nowego Rozporządzenia, która uwzględni interesy dystrybutorów zarabiających na nieszczęściu innych osób całkiem niezłe pieniądze, natomiast ortopedię indywidualną pozostawia bez zmian. To zły kierunek zmierzający do likwidacji przemysłu ortopedycznego w Polsce.

Moja ocena działań rządu w 2009 roku w stosunku do osób niepełnosprawnych jest negatywna, jak zresztą całego dwuletniego okresu prac tego Rządu. I nawet dobre samopoczucie Premiera Tuska, nie zmienia coraz cięższego losu osób niepełnosprawnych. ■

2009 - fatalny rok dla niepełnosprawnych

ANNA SULKA

Ministerstwo Zdrowia przez dwa lata pracowało nad nowelizacją Rozporządzenia dot. zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, niestety bezskutecznie. Zapowiedź Pana Premiera jakoby reforma służby zdrowia miała być priorytetem tego Rządu, w żaden sposób, nie przełożyła się na poprawę sytuacji osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych, które od niemal 10 lat czekają na zmianę obowiązujących przepisów. Niestety, wszystko wskazuje na to, że osoby zaopatrujące się w przedmioty ortopedyczne

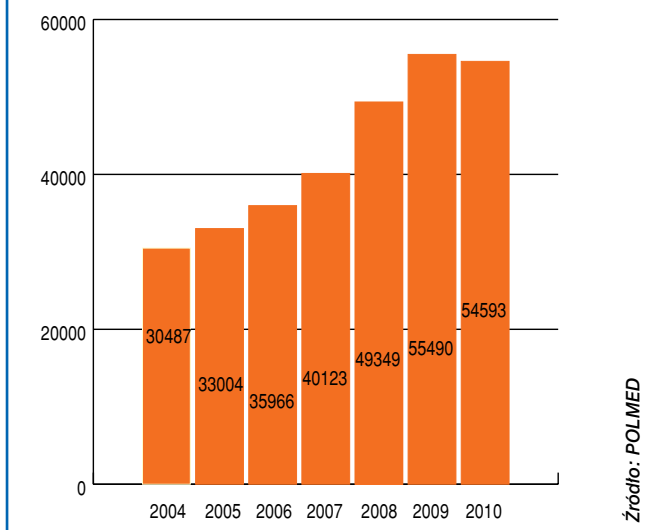
i środki pomocnicze, po raz kolejny będą zmuszone uzbroić się w cierpliwość.

W sierpniu weszła w życie tzw. ustawa „koszykowa”. Nowa ustawa, która zobowiązywała resort zdrowia do wydania trzynastu rozporządzeń określających zawartość koszyka świadczeń gwarantowanych, w tym rozporządzenia dot. przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych. Niestety, nowe postanowienia okazały się w rzeczywistości kopia starych, dysfunkcyjnych przepisów. Przygotowywane w wielkim pośpiechu, poddane ekspresowym konsultacjom społecznym rozporządzenia, zamiast wprowadzić nową jakość w usługach medycznych utrwaliły jedynie status quo. Problemy osób niepełnosprawnych po raz kolejny przegrały z interesem politycznym.

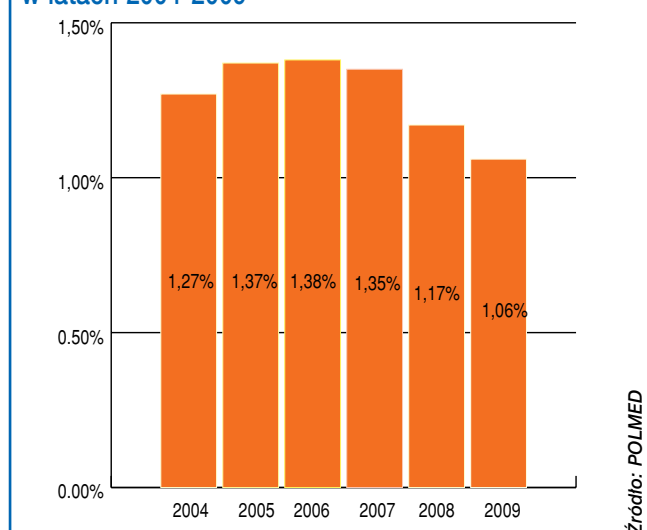
Niemniej ustawa „koszykowa” daje pewne możliwości wpływania na urucho-



Koszty świadczeń zdrowotnych NFZ w latach 2004-2010



Udział % wydatków na zaopatrzenie ortopedyczne i pomocnicze w kosztach świadczeń ogółem NFZ w latach 2004-2009



mienie procesu nowelizacji rozporządzenia. Minister Zdrowia może usunąć bądź dodać świadczenie, a także dokonać zmiany poziomu lub sposobu jego finansowania, działając z urzędu lub na wniosek. Wnioski składać mogą min. towarzystwa naukowe o zasięgu krajowym, a także stowarzyszenia i fundacje, których celem statutowym jest ochrona praw pacjenta. W ten sposób organizacje zrzeszające pacjentów oraz osoby niepełnosprawne zyskały narzędzie do walki z przestarzałymi rozwiązaniami. Autor przytoczonego przepisu chyba jednak nie do końca zdawał sobie sprawę z jego konsekwencji. W myśl owego postanowienia, rozporządzenie będzie można poddawać ciągłym nowelizacjom, natomiast Agencja Ocen Technologii Medycznych oraz Ministerstwo Zdrowia będą zobowiązane ustosunkować się do wszystkich wniosków spełniających warunki formalne. Takie rozwiązanie, z pozoru bardzo korzystne, może doprowadzić do jeszcze większego chaosu i całkowitego paraliżu resortu zdrowia.

29 października weszło w życie Zarządzenia Prezesa NFZ określające warunki zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi. Rozwiązania zaproponowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w żaden sposób, nie zabezpieczają systemu zaopatrzenia przed nadużyciami, natomiast bardzo skutecznie mogą utrudnić życie osobom niepełnosprawnym.

Zgodnie z nowymi przepisami, w przyszłym roku, wojewódzkie oddziały NFZ, w przypadku braku środków finansowych, będą mogły tworzyć ewidencję zleceń oczekujących na potwierdzenie. Dotyczy to po raz pierwszy także środków pomocniczych wydawanych co miesiąc (pieluchomajtki, podkłady). Oznacza to, że w sytuacji gdy zostanie wstrzymane potwierdzanie zleceń, chorzy będą zmuszeni samodzielnie finansować 100% ceny środków wchłaniających bądź obyć się bez podstawowych artykułów higieny osobistej. W ten sposób Ministerstwo Zdrowia skazuje biedniejszą część społeczeństwa na całkowitą izolację i wykluczenie społeczne.

To nie koniec utrudnień, z którymi będą zmuszeni zmierzyć się niepełnosprawni. Zgodnie z nowymi przepisami zlecenie na cykliczne środki pomocnicze ważne jest do końca miesiąca, na który zostało wystawione, jednak nie dłużej niż 30 dni. Oznacza to, że chorzy, którzy otrzymają zlecenie np. 28 stycznia mają dwa dni na jego realizację (stawienie się we właściwym Oddziale NFZ w celu zaewidencjonowania oraz potwierdzenia wniosku i wykupienie go w punkcie, który ma podpisaną umowę z NFZ). Biorąc pod uwagę fakt, że większość osób korzystających z cyklicznych środków pomocniczych to osoby starsze bądź niepełnosprawne, możliwość realizacji takiego wniosku budzi poważne wątpliwości. Co więcej, w myśl nowych przepisów, osoba zaopatrująca się w cykliczny środek pomocniczy zobowiązana jest do złożenia na zlece-

niu czytelnego podpisu. Wydawałoby się, że nie ma nic prostszego, jednak dla osoby starszej, chorej bądź niepełnosprawnej, która ma trudności z utrzymaniem w rękach długopisu, może być barierą nie do pokonania a dla urzędnika powodem zakwestionowania takiego zlecenia.

Co gorsze, Pan Prezes Paszkiewicz zapowiedział, że w ramach oszczędności, NFZ zamierza ograniczyć dostęp do takich świadczeń jak leczenie uzdrowiskowe i zaopatrzenie w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne. Problemem jest to, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie dostrzega różnicy między tymi dwoma typami świadczeń i traktuje protezy kończyn, środki absorpcyjne, gorsety ortopedyczne czy wózek inwalidzki jako rzeczy zbędne. Tymczasem są to artykuły pierwszej potrzeby, bez których nawet opuszczenie własnego mieszkania staje się niemożliwe.

Od 2006 roku udział wydatków na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze w łącznych kosztach świadczeń zdrowotnych jest regularnie ograniczany. Stosunek wydatków na zaopatrzenie ortopedyczne i środki pomocnicze do kosztów refundacji leków w Polsce wynosi 1:13. Tymczasem w Europie wskaźnik ten waha się w granicach 1:5. Jeżeli NFZ realizuje swoje zapowiedzi i w 2010 zredukuje budżet o 1,5 mld zł to może okazać się, że w przyszłym roku, osoby niepełnosprawne będą zmuszone zrezygnować z wymiany wózka inwalidzkiego, czy zakupu aparatu słuchowego.

Operacje z użyciem taśm w woj. lubuskim

KATARZYNA WALEWSKA

W obecnym numerze 1 ka NTM przyglądamy się tej leczeniu operacyjnemu nietrzymania moczu w województwie lubuskim.

Według naszych danych w samym regionie jest niewiele placówek, które przeprowadzają tego typu zabiegi. Większość ośrodków zajmujących się leczeniem operacyjnym NTM stanowią publiczne szpitale. Jednakże udało nam się dotrzeć do prywatnych ośrodków w regionie, które przeprowadzają operacje na nietrzymanie moczu z użyciem taśm bezpłatnie, w ramach kosztów z NFZ.

Z reguły zabiegi operacyjnego leczenia NTM odbywają się na oddziałach ginekologicznych. W większości ankietowanych placówek istnieje możliwość wykonania zabiegów na bieżąco, zaraz po uprzednim badaniu urodynamicznym, na podstawie którego stwierdza się zasadność przeprowadzenia tego typu zabiegu.

Pomimo niewielkiej liczby placówek w województwie, które zajmują się leczeniem operacyjnym NTM, liczba wykonywanych zabiegów jest całkiem spora. W ciągu roku w lubuskim wykonuje się około 300 operacji.

Niestety, obecnie (stan na listopad 2009) sytuacja nie wygląda najlepiej. Wiele oddzia-



wstrzymało zabiegi operacyjnego leczenia NTM z powodu wyznaczonych limitów i ograniczeń finansowych ze strony Narodowego Funduszu Zdrowienia, które kwalifikowałyby do leczenia operacyjnego. Zabiegi planowe zostały przełożone na przyszły rok.

Część placówek poza zabiegiem refundowanym umożliwia pacjentkom skorzystanie z zabiegu płatnego. Koszty takiej operacji w pełni pokrywa pacjent, niestety jest to bardzo wysoki wydatek (ok. 3 tys. zł), na który wielu osób nie stać.

Sytuację w woj. komentuje lek. Marek Chłamczak, ordynator oddziału urologii NZOZ „UROLOGIC”, zielonogórskiej placówki specjalizującej się w leczeniu NTM.

– W woj. lubuskim sytuacja aktualnie wygląda źle. Rok 2007 był dla naszego województwa bardzo dobry pod względem leczenia nietrzymania moczu u kobiet. W naszym ośrodku

wykonaliśmy setki badań urodynamicznych i założyliśmy ponad 200 taśm TOT. Zarówno badania urodynamiczne, jak i zabiegi wykonywał tylko jeden specjalista urolog, FEBU. Dawało to nam pełną kontrolę nad przebiegiem diagnostyki, leczenia operacyjnego i leczenia pooperacyjnego.

Niestety nie spotkało się to z przychylnością NFZ. W połowie 2008 roku w trakcie wprowadzania systemu JGP usunięto z katalogu Urologii Jednego Dnia procedurę operacji z pomocą taśm i przeniesiono ją do katalogu hospitalizacji? Od tego czasu brak jest w woj. lubuskim wyspecjalizowanego ośrodka leczenia nietrzymania moczu. Taśmy zakładane są sporadycznie w oddziałach ginekologii i urologii o małym doświadczeniu terapeutycznym leczenia NTM. Pieniądze nie idą za pacjentem. Pacjent nie ma możliwości wyboru szpitala. Lubuski NFZ narzuca obecnie pacjentkom gdzie mają leczyć nietrzymanie moczu, kierując je do oddziałów gdzie nie ma nawet pracowni urodynamicznej. Nasz NZOZ UROLOGIC od ponad roku czeka na umowę, a NFZ jako uzasadnienie odmowy podaje, że zawarł już umowę na leczenie z innymi podmiotami.

W tabeli poniżej prezentujemy zebrane dane na temat liczby operacji na NTM z użyciem taśm w województwie lubuskim.

NAZWA SZPITALA	ODDZIAŁ	L. ZABIEGÓW WYKONANYCH W 2006	L. ZABIEGÓW WYKONANYCH W 2007	L. ZABIEGÓW WYKONANYCH W 2008	L. ZABIEGÓW WYKONANYCH W 2009	CZAS OCZEKIWANIA NA ZABIEGI REF.	ZABIEGI PŁATNE TAK/NIE
Szp. Wojew. w Gorzowie Wlkp. ul. Walczaka 42	Gin.-Pol.	ok.100	ok.100	ok.100	wyczerpany limit kontraktowy	do 3 tygodni	NIE
SP ZOZ w Międzyrzeczu ul. Konstytucji 3, Maja 35	Gin.-Pol.	ok.20	ok.20	ok.20	ok.20	na bieżąco	TAK
Szp. Powiatowy w Stubicach ul. Nadodrzańska 6	Gin.-Pol.	ok.50	ok.50-60	ok.50-60	ok.50-60	na bieżąco	TAK
NSZOZ „UROLOG” w Zielonej Górze ul. A. Krzywoń 2	Urol.	5	24	12	b.d. (wyczerpany limit kontraktowy)	ok. 3 tyg.	TAK
NZOZ UROLOGIC Centrum Urologii Laserowej w Z. Górze ul. A. Krzywoń 4d	Urol.	brak kontraktu z NFZ	200	ponad 100	brak kontraktu z NFZ	na bieżąco (2007-2008)	TAK
Szp. Wojew. im. K. Marcinkowskiego w Zielonej Górze ul. Zyty 26	Gin.	ok. 20	ok. 20-30	ok. 20-30	ok. 20-30	wstrzymane	na bieżąco TAK

Źródło: opracowanie własne



Pracownie urodynamiczne na Mazowszu

ANNA SULKA

W bieżącym numerze Kwartalnika NTM, wychodząc na przeciw Państwa oczekiwaniom, rozpoczynamy kolejny cykl prezentujący bazę pracowni urodynamicznych na terenie całego kraju.

Na przestrzeni czterech ostatnich lat, kiedy rozpoczynaliśmy prezentację pracowni w poszczególnych województwach, zauważyć można wzrost świadomości wagi wspomnianego badania zarówno wśród lekarzy jak i pacjentów. Liczba placówek posiadających w swojej ofercie pełne badanie urodynamiczne, bądź planujących wprowadzenie tego typu diagnostyki znacznie wzrosła.

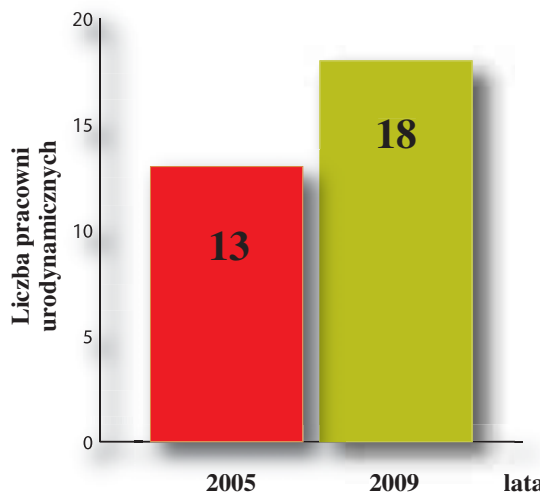
W aktualnym numerze przedstawiamy listę placówek, w których można wykonać pełne badanie urodynamiczne na terenie województwa mazowieckiego.

We tym regionie badanie urodynamiczne wykonuje osiemnaście placówek, są to zarówno ośrodki prywatne, jak i państwowe. Zdecydowana większość z nich znajduje się w Warszawie, pozostałe w Siedlcach, Radomiu, Ostrołęce i Ciechanowie. W najbliższych dniach otwarcie pracowni badań urodynamicznych zapowiada też płocki Zakład Opieki Zdrowotnej przy ul. Kościuszki 28 oraz Szpital Urologiczno – Ginekologiczny „Mazovia” w Warszawie (al. KEN 47/U15.)

Biorąc pod uwagę zaludnienie województwa (5 188 488 mieszkańców) na jedną placówkę przypada ponad 288 tysięcy pacjentów. Województwo mazowieckie wypada bardzo korzystnie na tle regionów dotychczas prezentowanych na łamach Kwartalnika NTM. Biorąc pod uwagę archiwalne dane z 2005 roku, sytuacja w województwie mazowieckim, na przestrzeni ostatnich czterech lat uległa poprawie; do swojej oferty pełne badanie urodynamiczne wprowadziło pięć kolejnych placówek.

Mapka ośrodków 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



Źródło: opracowanie własne

Woj. mazowieckie

Ciechanów

Centrum Medyczne ESKULAP
06-400 Ciechanów, ul. Narutowicza 20

Ostrołęka

Samodzielny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. dr Józefa Psarskiego
07-400 Ostrołęka, ul. Sienkiewicza 56

Radom

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Radomiu – Oddział Ginekologiczno – Położniczy
26-617 Radom, ul. Aleksandrowicza 5

Siedlce

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Siedlcach
08-110 Siedlce, ul. Poniatowskiego 26

Warszawa

1. Katedra i Klinika Urologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
02-005 Warszawa, ul. Lindley'a 4
2. I Katedra i Klinika Położnictwa i Ginekologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
02-015 Warszawa, Pl. Starynkiewicza 1/3
3. IATROS lecznica Położniczo-Chirurgiczna Dr A.Ostaszewski
03-599 Warszawa, ul. Wojskowa 13a
4. Instytut "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka"
04-730 Warszawa, Al. Dzieci Polskich 20

5. Klinika Urologiczno-Ginekologiczna "CONT-MEDICA"
00-846 Warszawa, ul. Wronia 29/31
6. Medyczne Centrum Diagnostyki Urodynamicznej "URO-DYN"
02-520 Warszawa, ul. Wiśniowa 36
7. Niepubliczny ZOZ "MEDIKUS" Sp. z o.o.
02-784 Warszawa, ul. Dembowskiego 2
8. NUKLEOMED NZOZ,
04-736 Warszawa, ul. Żegańska 46 a
9. NZOZ CENTRUM MEDYCZNE WOIA
01-432 Warszawa, ul. Ciołka 30
10. Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny im. prof. dr M. Michałowicza – Katedra i Klinika Pediatrii i Nefrologii
00-576 Warszawa, ul. Marszałkowska 24
11. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – Oddział Urologii
00-416 Warszawa, ul. Czerniakowska 231
12. Szpital Bielański im. ks. J. Popiełuszki SP ZOZ
01-809 Warszawa, ul. Ceglowska 80
13. Szpital Kliniczny im. ks. Anny Mazowieckiej – Poliklinika
00-315 Warszawa, ul. Karowa 2
14. Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego SP ZOZ
03-401 Warszawa, Al. Solidarności 67



Problem z sześciolatnym synem

Mam problem z PIMN u syna (6 lat). Syn miał wykonane badania USG, urodynamicę oraz cystografię. Pod tym względem wszystko jest w normie. Próbowaliśmy zmniejszenia podaży płynów, wybudzania w nocy, treningu zwiększającego pojemność pęcherza. Wszystko bezskutecznie. Przez niemal 8 miesięcy podawany był Ditropan – bez efektu. Obecnie jesteśmy po 3-miesięcznej kuracji Minirinem 0,2 mg. Niestety efekt jest niemal żaden (kilka suchych nocy w ciągu 90 dniowej kuracji i to w efekcie kilkukrotnego wybudzania w ciągu nocy). Dodam, że syn śpi bardzo, ale to bardzo głęboko i niezwykle trudno jest doprowadzić go do stanu jakiegokolwiek świadomości. W efekcie nawet po zmoczeniu pościeli nie odczuwa tego.

Lekarz pediatra, który prowadził leczenie na skutek niepewności z desmopresyną zalecił konsultację u urologa. Byłbym zobowiązany za pomoc i ew. wskazanie dobrego specjalisty. Mieszkamy w Łowiczu, ja pracuję w Warszawie więc to ew. miejsca gdzie najchętniej udałbym się na konsultację. W grę wchodzi jeszcze ew. Łódź.

Będę wdzięczny za pomoc.
Pozdrawiam,
JAKUB

Panie Jakubie

Większość pacjentów z opornym na leczenie moczeniem nocnym ma zaburzenia czynności pęcherza pod postacią zmniejszonej pojemności czynnościowej, która ujawnia się w nocy, a bywa świadomie lub podświadomie maskowana w dzień np. przez ograniczanie spożycia płynów (co zmniejsza objawy parć nagłych, częstomoczu czy nietrzymania moczu). Można ją stwierdzić w warunkach domowych za pomocą dzienniczka mikcji (objętości i częstość wypijanych płynów + objętości wydalonego moczu) a podając „normalną” ilość płynów zaobserwować ww objawy w dzień. 30-90% chorych ma nadreaktywność wywierająca w badaniu urodynamicznym. Sugeruję konsultację urologa dziecięcego i ocenę badania urodynamicznego bądź powtórzenie tego badania w ośrodku o dużym doświadczeniu np. Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie. Umożliwia to precyzyjną diagnostykę zaburzeń czyn-

nościowych i celowane leczenie. Do rozważenia jest także wykonanie urografii.

Proszę też pamiętać, że u 6 latka może być po prostu jeszcze niedojrzały układ nerwowy kontrolujący mikcję. Przy prawidłowych wynikach badań i braku reakcji na leki trzeba czasem poczekać rok lub dwa aby ustąpiło moczenie.

NTM można leczyć w każdym wieku

Moja matka ma 89 lat. Jest osobą jeszcze chodzącą, ale z kłopotami. Występują problemy z utrzymaniem moczu od roku w ciągu dnia i w nocy. Zakładamy specjalne majteczki Tena Pants – 3 sztuki na dobę. Czy można w jakiś sposób poprawić jej sytuację i leczyć tą dolegliwość?

WIESŁAW

Leczenie wymaga wcześniejszego rozpoznania, choć wiemy, że zmniejszenie aktywności ruchowej bądź unieruchomienie znacznie pogarszają stan kontynencji dotkniętych nią osób. Dotyczy to szczególnie osób starszych. Łatwy dostęp do toalety jest tu sprawą kluczową (odległość, toaleta przystosowana do użycia przez osobę niesprawną). Warto przyjrzeć się też lekom, które Mama przyjmuje. Leczenie często współistniejących zakażeń dróg moczowych może przynieść zasadniczą poprawę. Do rozpoznania powinien być wykonany posiew moczu. Jeśli wcześniej nie występowało typowe wysiłkowe nietrzymanie moczu to z dużym prawdopodobieństwem można rozpoznać nietrzymanie moczu z parć z częstomoczem dziennym i nocnym składającymi się na obraz zespołu pęcherza nadreaktywnego (OAB), być może zaostregozonego przez tzw. przyczyny sytuacyjne (upośledzona ruchomość, leki, infekcja). Częstość występowania OAB wzrasta znacznie wraz z wiekiem. Po prostej ocenie ultrasonograficznej zalegania moczu w pęcherzu po mikcji i wykluczeniu przeciwwskazań można spróbować leczenia preparatem antycholinergicznym.

NTM towarzyszy mi od dzieciństwa

Obecnie popuszczenie moczu w czasie snu zdarza mi się niezwykle rzadko (ale jed-

nak) raz na 2-3 miesiące. Potrafię wstrzymać się z pójściem do toalety, problem jednak pozostał. Nie mogę wykonywać niektórych ćwiczeń fizycznych – bieganie w ogóle nie wchodzi w grę, wszelkie podskoki są ryzykowne i przeważnie w ich trakcie popuszczam. Gdy mam pełny pęcherz czasami popuszczam kilka kropel moczu w czasie marszu. Nie mam natomiast problemów z nietrzymaniem w czasie śmiania się czy kaszlenia. Jako dziecko potrafiłam opróżnić pęcherz przy silnym zdenerwowaniu i nadal mam co do tej kwestii pewne obawy. Z tym wszystkim nauczyłam się żyć, unikam ćwiczeń i sytuacji, przez które zdarzały mi się przykre chwile... Jednak niedawno odkryłam kolejny problem – moczę się w czasie podniecenia (nie w czasie stosunku, jestem dziewicą). Czy powinnam ponownie podjąć leczenie? Nie wiadomo mi o żadnych wadach wrodzonych mojego układu moczowo-płciowego (poza przerostem warg mniejszych sromu, która raczej nie ma w tym wypadku znaczenia).

Jestem już zupełnie zmęczona moim dotychczasowym życiem. Pragnę móc myśleć o założeniu rodziny kiedyś w przyszłości... Tymczasem wydaje się to niemożliwe. Bardzo proszę o poradę.

MARTA

Pani Marto,

Wymaga Pani oceny przez urologa, który powinien Panią zbadać, zlecić badania moczu, USG i prawdopodobnie badanie urodynamiczne. W międzyczasie proponuję systematyczne ćwiczenia mięśni dna miednicy, o których dużo informacji znajdzie Pani na stronie www.ntm.pl i w ostatnich numerach Kwartalnika NTM.

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 wplacającego

Tytułem
krajowa prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“

•Wyrażam zgodę na zamieszczenie i przetwarzanie moich danych w bazie adresowej Studia PR. Dane podlegają ochronie zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883)
•Upoważniam firmę Studio PR do wystawienia faktury VAT bez mojego podpisu

STEMPEL
DZIENNY

PODPIS

OPLATA

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa

nazwa odbiorcy	STUDIO PR
nazwa odbiorcy cd.	UL. CIOŁKA 13, 01-445 WARSZAWA
I.k.	nr rachunku odbiorcy
2 0 1 1 4 0 2 0 1 7 0 0 0 0 4 9 0 2 0 4 5 1 3 8 4 2	
	WP PLN 3 8 , 0 0
nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)	
nazwa zleceniodawcy	
nazwa zleceniodawcy cd.	
tytułem	krajowa prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“
tytułem cd.	
pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy	
Oplata:	

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. 9.00 – 17.00
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 Rademski, Piotr Dulski

Nietrzymanie moczu



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*