

Kwartalnik

NTM

ISSN 1733-2826

nr 2 (33) 2010

cena: 9,50 zł (w tym 0% VAT)



MĘSKA SPRAWA

Walka o prawa pacjenta - wywiad
z Prezesem Stowarzyszenia UroConti

Polski rynek operacji z użyciem taśm

Elektrostymulacja w leczeniu NTM

Interes publiczny

Zwiększenie wydatków na leczenie i prewencję medyczną w wystarczającą ilość środków pomocniczych dla osób z NTM to jedynie wyższe wydatki napiętego do granic możliwości budżetu. Taki ob-

raz próbują nam przedstawić od wielu lat politycy zajmujący się służbą zdrowia. Często przy tym posługują się argumentem interesu publicznego, spychając wszystkich, którzy postulują zmiany, do narożnika z napisem „nieuzasadnione wydatki”.

Czy takie stawianie sprawy jest uczciwe? Czy lekarze, występując z tego typu własnymi postulatami, kierują się wyłącznie swoim partykularnym interesem? Zapewne wielokrotnie tak właśnie jest, podobnie jak z pielęgniarkami, pacjentami, producentami i dystrybutorami. Oni wszyscy przedstawiają swoje racje, które zazwyczaj są odbierane przez polityków z wielką podejrzliwością. Jednak wiele z tych postulatów ma głęboki sens. Nie można z góry zakładać, że wszyscy mają złe intencje, a interes publiczny jest ostatnią rzeczą w jaką wierzą. Takie postrzeganie świata prowadzi do bezwładu lub jedynie do bieżącego gaszenia pożarów. Od wielu lat doświadczamy tego w Polsce.

Jak długo można wysłuchiwać argumentów, że nic się nie zmieni bo nie ma pieniędzy. Czy Ministerstwo Zdrowia lub NFZ zainwestowały jakiegokolwiek

środki, aby zbadać ile nas, podatników kosztuje obecny model polityki państwa w obszarze leczenia i higieny osób z NTM? Czy to, co obecnie istnieje można w ogóle nazywać polityką? W przeświadczeniu wielu osób obserwujących nasz rynek, w Polsce nie ma żadnej polityki zdrowotnej. To co istnieje to jedynie zbiór przypadkowo dobranych świadczeń, często nie współpracujących z sobą wzajemnie. Czy utrzymywanie takiego stanu rzeczy od przeszło 10 lat można nazywać interesem publicznym? A może jednak interesem publicznym jest konieczność poszukiwania nowych rozwiązań? Może właśnie te lekceważone środowiska lepiej reprezentują interes publiczny głośno wskazując absurd i domagając się odważnych zmian? Możemy się tego dowiedzieć tylko wtedy, gdy politykę zdrowotną w Polsce zaczną kreować ludzie z wizją, z wrażliwością społeczną i co najważniejsze wolni od uprzedzeń i zobowiązań partyjno – środowiskowych. W świecie polskiej polityki jest taka osoba. Niestety premier wyznaczył jej rolę głównego strażaka, chociaż formalnie strażakiem w rządzie jest ktoś inny...

Tomasz Michałek



W Bożym dziele mężczyzna jest prozą, a kobieta poezją

Napoleon Bonaparte

A ponieważ poezja jest piękniejsza, chętniej czytana i miło wpada w ucho, to większość numerów Kwartalnika poświęciliśmy do tej pory paniom. Nadszedł czas na zmiany. Mężczyźni też (a może przede wszystkim) mają problemy z pęcherzem. Mężczyźni też cierpią na nietrzymanie moczu oraz na pęcherz nadreaktywny. Tylko , że rodzaj nietrzymania moczu jest nieco inny. Wysiłkowe nietrzymanie moczu występuje u mężczyzn jako powikłanie po działalności urologicznej (po operacjach gruczołu krokowego) lub chirurgicznej (operacje w obrębie miednicy mniejszej) i zawsze jest związane z uszkodzeniem mięśnia zwieracza. W związku z tym leczenie takiego nietrzymania moczu również jest nieco inne. Postępowaniem z wyboru jest obecnie implantacja sztucznego zwieracza, refundowana w całości w wybranych ośrodkach przez NFZ. Ale przecież nietrzymanie moczu może mieć różne nasilenie. Czy zawsze koniecz-

na jest implantacja drogiego i skomplikowanego urządzenia jakim jest zwieracz? Dr Blewniewski w swoim artykule tłumaczy , że w części przypadków można zastosować tzw. „męską taśmę”. Jednak „męskie taśmy”, chociaż tańsze niż zwieracz i mające w przypadkach nietrzymania moczu o średnim nasileniu podobną skuteczność co zwieracz, nie są refundowane. Polski paradoks.

Po 60 roku życia Panowie częściej niż Panie chorują też na pęcherz nadreaktywny (z lub bez nietrzymania moczu). Jest to związane z przerażającym gruczołem krokowym, który powoduje zmianę warunków pracy pęcherza i rozwój nadreaktywności. Ponadto pęcherz moczowy mężczyzn podlega również procesom starzenia się - kurczy się wówczas, nie wtedy kiedy trzeba, czyli w fazie napelniania. Pojawiają się objawy ze strony dolnych dróg moczowych. Dziś już wiemy, że w przypadku parć naglących, nokturii i częstomoczu

w przebiegu łagodnego rozrostu gruczołu krokowego powinniśmy stosować , oprócz leczenia gruczołu krokowego, leki działające na pęcherz. Leczeniem z wyboru, w takich przypadkach, jest stosowanie leków antycholinergicznnych. Nie wszystkie leki antycholinergiczne są tak samo skuteczne i bezpieczne u mężczyzn z łagodnym rozrostem gruczołu krokowego . Zdecydowanie lepsze są leki antycholinergiczne nowszych generacji (np. solifenacyyna czy fesoterodyna). Jednak leki te nie uzyskały pozytywnej rekomendacji odnośnie refundacji (jesteśmy jednym z ostatnich krajów Europy, w którym się ich nie refunduje). Polski paradoks.

Mam jednak nadzieję, że paradoksy się skończą, bowiem jak powiedział Paul Remarque: „Urodzić się głupcem to nie wstyd. Wstyd tylko głupcem umierać”.

doc. Piotr Radziszewski

Spis treści

2 (33) 2010

NTM U MEŹCZYŹN

- Sztuczny zwieracz – dr hab. P. Radziszewski 4–6
 Operacje z użyciem taśm u mężczyzn – dr M. Blewniewski..... 6–7
 Specjalnie dla panów – J. Kamińska 8

LECZENIE NTM

- Elektrostymulacja – lek. E. Strupińska-Thor 9
 Leki antycholinergiczne – prof. W. Baranowski..... 10
 W Krakowie pacjentki z NTM uzyskują pomoc – J. Kamińska 11
 Zabiegi z użyciem taśm – charakterystyka rynku – K. Walewska ..12–13

PIELĘGNACJA I PROFILAKTYKA

- Zasady finansowania opieki długoterminowej – G. Śmiarowska 14
 Walka o prawa pacjenta – wywiad z Marią Zdeb, Prezes UroConti 15
 Bądź aktywny po 50-tym roku życia – A. Fryszak 16–17
 Dokąd zmierzamy? – relacja z Global Forum on Incontinence 17

ORGANIZACJE

- Polskie Towarzystwo Stomijne POL-ILKO – M. Kowalewska 18

PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

- Ile kosztuje NTM i stomia? – M. Kowalewska 19
 Sprawdź kod! 20
 Dostępność do zaopatrzenia – WO NFZ..... 20
 Badanie urodynamiczne – woj. lubelskie..... 21
 Kategoryzacja produktów wchłaniających..... 21

STRONA PACJENTA

Redaktor naczelny: Tomasz Michałek, **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 Michałek, **Zdjęcia:** Dominik Skurzak, **Rysunki:** Dariusz Pietrzak

Adres redakcji: ul. E. Ciołka 13,01-445 Warszawa, tel.: (22) 463 64 01, fax: (22) 533 62 93
e-mail: ntm@ntm.pl

Wydawca: Studio PR

Realizacja Wydawnicza:
 Omni Consumer Info Sp. z o.o.

Skład i druk: Drukarnia Taurus

Infolinia: 0 801 800 038
www.ntm.pl

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

33. numer Kwartalnika NTM to „męski numer”. Nazwaliśmy go tak, bowiem chcemy zwrócić uwagę na to, że nietrzymanie moczu to nie tylko kobieca dolegliwość. I mimo, iż panie są tu w przeważającej większości, to również panowie „nie mogą czuć się bezpieczni”.

Serię „męskich tekstów” otwiera artykuł doc. Piotra Radziszewskiego nt. sztucznego zwieracza hydraulicznego. Mimo, iż ta forma zabiegu przeznaczona jest zarówno dla mężczyzn jak i kobiet, to najczęściej stosuje się ją u mężczyzn po prostatektomii radykalnej (czyli operacji w raku prostaty). Autor artykułu wymienia wskazania i przeciwwskazania do zabiegu, badania kwalifikacyjne oraz powikłania możliwe po implantacji. Kolejny „męski tekst” to artykuł dr-a Mariusza Blewniewskiego o operacjach z użyciem taśm u mężczyzn. Autor opisuje w nim m.in. wady i zalety implantacji taśm podcewkowych. Serię zamyka tekst o wkładach urologicznych przeznaczonych specjalnie dla panów.

Nie pomijamy również innych, nieinwazyjnych metod leczenia NTM. Dr Ewa Strupińska-Thor przybliży podstawy stosowania elektrostymulacji w leczeniu nietrzymania moczu, Zaś prof. Włodzimierz Baranowski zgłębia temat leków antycholinergicznych w terapii pęcherza nadreaktywnego.

W rubryce prezentującej ośrodki specjalizujące się w leczeniu NTM tym razem przedstawiamy placówkę z Małopolski – Klinikę Ginekologii i Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, kierowaną przez prof. Antoniego Bastę.

Spróbujemy również dokonać charakterystyki polskiego rynku zabiegów z użyciem taśm. Katarzyna Walewska postara się znaleźć odpowiedź na pytanie jaki jest realny koszt tego zabiegu i czy procedura ta jest opłacalna dla szpitali.

Wszystkie osoby zainteresowane prawnymi i legislacyjnymi aspektami nietrzymania moczu zachęcamy do lektury wywiadu z Marią Zdeb, Prezes Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”. Pani Prezes opowie m.in. o ostatnich inicjatywach Stowarzyszenia i planach na przyszłość.

Wrócimy również do tematu opieki długoterminowej. Grażyna Śmiarowska, kierownik zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego dokona analizy zasad finansowania tej opieki. O demografii, roli opiekunów i ekonomice zdrowia przeczytamy również w krótkim streszczeniu z III edycji Światowego Forum nt. nietrzymania moczu. Zaś w dziale profilaktyki rehabilitantka Agata Fryszak będzie zachęcała do aktywności po pięćdziesiątym roku życia.

Kolejną organizacją pacjentów, działalność której pragniemy Państwu przybliżyć jest Polskie Towarzystwo Stomijne POL-ILKO. Stomii poświęcony zostanie również następny artykuł, który będzie próbą znalezienia odpowiedzi na pytanie ile kosztuje NTM i stomia. Autorka – Magdalena Kowalewska dokona porównania refundacji i kosztów ponoszonych przez pacjenta.

Tradycyjnie znajdują Państwo również rubryki stałe: pracownie urodynamiczne w woj. lubelskim oraz tabelę prezentującą dostępność do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze w wojewódzkich oddziałach NFZ.

Sztuczny zwieracz – kwalifikacje do zabiegu i wyniki

dr hab. n. med. Piotr Radziszewski

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

Najskuteczniejszą metodą leczenia wysiłkowego NTM u mężczyzn jest implantacja sztucznego zwieracza hydraulicznego. Obecnie stosowanym modelem jest AMS 800. Zwieracz hydrauliczny imituje działanie naturalnego zwieracza – w warunkach uaktywnienia (mankiet wypięny) zwieracz jest zamknięty i zaciska cewkę moczową (podobnie jak zwieracz zewnętrzny cewki) lub szyję pęcherza moczowego (podobnie jak zwieracz wewnętrzny) i tym samym zapewnia trzymanie moczu. Z chwilą wystąpienia uczucia parcia na mocz, chory uruchamia zwieracz wciskając odpowiedni element pompy. Mankiet ulega wówczas opróżnieniu i otwiera się, co umożliwia choremu swobodne oddanie moczu. Czas otwarcia zwieracza, regulowany automatycznie, jest wystarczająco długi dla całkowitego opróżnienia pęcherza. Około 95% pacjentów odzyskuje kontynencję po zabiegu, a po około 5 latach nadal 85% chorych trzyma mocz.

Wskazania i przeciwwskazania

Podstawowymi wskazaniami do zastosowania zwieracza hydraulicznego cewki są:

- NTM w wyniku urazowego lub jatrogennego uszkodzenia aparatu zwieraczowego cewki, najczęściej podczas operacji urologicznych na sterzu (np. prostatektomia radykalna, operacyjne usunięcie gruczolaka stercza, przecewkowa elektroresekcja stercza – TURP);
 - nietrzymanie moczu z powodu zaburzeń unerwienia dolnych dróg moczowych w następstwie przepukliny oponowo-rdzeniowej, urazowego uszkodzenia rdzenia kręgowego itp.;
 - pourazowe NTM w wyniku rozerwania błoniastego odcinka cewki (i ew. uszkodzenia włókien nerwowych w obrębie miednicy) w następstwie złamań kości miednicy;
- Przeciwwskazania to m.in. oporny na leczenie pęcherz nadreaktywny, duże zaleganie moczu po mikcji (przy braku zgody na samocewnikowanie), mała pojemność i/lub podatność pęcherza moczowego, atrofia cewki moczowej, zwężenie cewki moczowej i zakażenie dróg moczowych oraz skóry.

Wybór pacjentów

Podstawą wyboru implantacji zwieracza hydraulicznego jako metody leczenia NTM jest szczegółowe zbadanie chorego (zebranie danych z wywiadu świadczących o okolicznościach w jakich doszło do nietrzymania moczu oraz o stopniu NTM i czynnikach je nasilających, a także szczegółowe badanie fizykalne z elementami badania neurologicznego). Ponadto, przed podjęciem decyzji o implantacji zwieracza, trzeba przeprowadzić kompleksowe badanie urodynamiczne i inne szczegółowe badania w celu wyłączenia okoliczności mogących stanowić przeciwwskazania do implantacji zwieracza (jak np. znaczna nadreaktywność wypieracza).

Podstawowym kryterium wyboru pacjentów są odpowiednie warunki anatomiczne i fizjologiczne do implantacji zwieracza oraz brak czynnych infekcji w obrębie skóry i dróg moczowych. Nie bez znaczenia jest też chęć współpracy pacjenta, zachowana czynność kończyn górnych oraz zrozumienie przez pacjenta szczególnych aspektów implantacji zwieracza i jego obsługi, a także akceptacja możliwych powikłań implantacji zwieracza.

Warunki anatomiczne

Najistotniejszym elementem zwieracza jest mankiet zakładany na cewkę moczową. Cewka moczowa musi mieć odpowiednią grubość i unaczynienie, aby zminimalizować ryzyko erozji mankieta. Z tego powodu na miejsce do implantacji powinno wybierać się możliwie zdrowy fragment cewki moczowej. Czynniki ryzyka, mogącymi świadczyć o możliwym uszkodzeniu (niepełnej wartości) cewki moczowej są: zwężenie cewki moczowej, radioterapia w obrębie miednicy mniejszej, interwencje zabiegowe w obrębie cewki moczowej (uretrotomia, uretroplastyka, urazy cewki moczowej).

Warunki fizjologiczne

Idealnym pacjentem do wszczepienia zwieracza jest pacjent z czystym wysiłkowym nietrzymaniem moczu, z zachowaną i prawidłową kontrolą mikcji. Oznacza to, że w fazie napełniania pęcherz ma mieć prawidłową pojemność, podatność i zachowane czucie oraz nie prezentować objawów

nadreaktywności wypieracza. W fazie opróżniania mikcja powinna być skuteczną, bez zalegania, a przepływ moczu bezprzeszkodowy, przy zachowanym prawidłowym skurczu wypieracza.

Warunki związane z pacjentem

Kandydat do implantacji zwieracza cewki moczowej, powinien bardzo dobrze zrozumieć istotę operacji. Musi rozumieć fakt, że bez otwarcia mankieta przy pomocy pompki zlokalizowanej w mosznie mikcja jest niemożliwa. Ponadto musi wiedzieć, że po implantacji zwieracza jakiegokolwiek procedury zabiegowe w obrębie cewki moczowej (np. cewnikowanie, cystoskopia) wymagają dezaktywacji zwieracza. Ze względu na stosunkowo duży odsetek powikłań (wczesnych i późnych) pacjent musi być o nich poinformowany i wyrazić na nie zgodę. Jest to też ważne z uwagi na konieczność wymiany przynajmniej części elementów składowych zwieracza po 10 latach od implantacji.

Implantacja zwieracza w szczególnych warunkach

1. Pęcherz nadreaktywny

Jeśli pęcherz nadreaktywny można kontrolować (leki antycholinergiczne, toksyna botulinowa), to takiemu pacjentowi można zaproponować implantację zwieracza. Jednakże należy zawsze uprzedzić go o możliwym rozwoju oporności na leczenie OAB i pojawieniu się parć nagłych (z nietrzymaniem moczu). Pojawienie się nadreaktywności (zwłaszcza na tle neurogenym) może, w przypadku wysokich ciśnień w pęcherzu moczowym, prowadzić do uszkodzenia nerek.

2. Pęcherz atoniczny

W przypadku atonii pęcherza moczowego implantacja zwieracza jest możliwa pod warunkiem, że pacjent umie i może się samocewnikować. Takie postępowanie jest związane ze zwiększonym ryzykiem uszkodzenia cewki, infekcji i erozji mankieta zwieracza.

3. Przeszkoda podpęcherzowa

Mechaniczna przeszkoda podpęcherzowa (gruczolak stercza, zwężenie cewki moczowej) powinna być usunięta przed implantacją zwieracza. W przypadku przeszkody czynnościowej

można rozważyć jej farmakoterapię (leki doustne, toksyna botulinowa), niemniej jednak pacjent powinien umieć się samocewnikować przed zabiegiem implantacji zwieracza.

Badania kwalifikacyjne do implantacji zwieracza

Badania podstawowe

1. Karta mikcyjna (24 godz.), pozwalająca na określenie przyzwyczajęń pacjenta co do wypijanych płynów oraz na identyfikację epizodów NTM i ich okoliczności.

2. Test wkładowy (1 lub 24 godz.), który pozwala w sposób obiektywny na określenie ile moczu gubi pacjent. Ponieważ w przypadku sztucznego zwieracza całkowita kontynencja jest nie zawsze osiągnięta, pacjenci stosujący np. 1 wkładkę zabezpieczającą/24 godz. i gubiący niewielkie ilości moczu (poniżej 10g/24 godz.) niekoniecznie muszą odnieść spektakularne korzyści z implantacji zwieracza.

3. Badania obrazowe dolnych dróg moczowych (USG z oceną zalegania po mikcji). Zaleganie większe niż 100 ml powinno skierować naszą uwagę na obecność przeszkody podpęcherzowej lub niedoczynność wypieracza, a pojemność czynnościowa pęcherza poniżej 300ml może sugerować uszkodzenie ściany pęcherza (np. pęcherz popromienny). Podobnie o uszkodzeniu ściany pęcherza świadczy niska podatność pęcherza (<10)

4. Przepływ cewkowy, oceniający strumień moczu i mogący nasuwać podejrzenie zwężenia cewki moczowej.

5. Posiew moczu i badanie ogólne moczu (czynne i nawrotowe infekcje są przeciwwskazaniem do implantacji). Badania te mogą być wykonane przez lekarza kierującego pacjenta do ośrodka implantującego zwieracz cewki moczowej. **Badania specjalistyczne, wykonywane w ośrodku przeprowadzającym implantację.**

1. Badanie urodynamiczne, pozwalające na ocenę fazy napełniania i opróżniania pęcherza moczowego.

2. Cystografia mikcyjna i uretrografia wsteczna pozwalają na ocenę morfologiczną pęcherza i cewki moczowej.

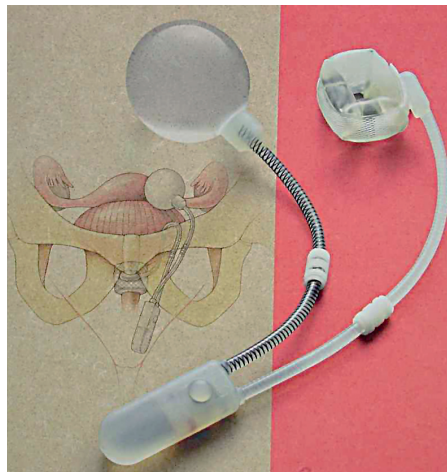
3. Cystouretroskopia, stanowiąca ostateczne potwierdzenie prawidłowości struktur anatomicznych, do których ma być wszczepiony zwieracz.

Bardzo ważnymi elementami implantacji zwieracza jest przestrzeganie rygorystycznej aseptyki i antyseptyki przed, w trakcie oraz po zabiegu. Przed zabiegiem pacjent musi mieć jałowy posiew, powinien kilkakrotnie wziąć kąpiel z dodat-

kiem płynu antyseptycznego. W trakcie zabiegu operacyjnego należy stosować zasady zgodne z zaleceniami przy implantacji protez (minimalny personel na sali operacyjnej, jednorazowe obłożenia, stosowanie roztworu antybiotyku o szerokim spektrum do płukania rany operacyjnej).

Po zabiegu pacjent powinien otrzymać profilaktyczną antybiotykoterapię przez okres 10–21 dni. Przed aktywacją zwieracza dokonuje się kontroli rentgenowskiej systemu, a następnie aktywuje zwieracz i uczy pacjenta jego obsługi. Każda nieprawidłowość w obrębie moszny czy też cewki powinna być dla pacjenta sygnałem, że należy zgłosić się do ośrodka, który wykonał implantację.

Dobre wyniki odległe leczenia NTM z zastosowaniem hydraulicznego zwieracza moczowego potwierdzają dużą skuteczność tej metody. Z obszernych analiz klinicznych obejmujących duże liczby chorych obserwowanych przez długi czas po operacji wynika, że pełne trzymanie



Materiały producenta

moczu lub trzymanie satysfakcjonujące chorych uzyskuje się u około 90% operowanych.

Powikłania po implantacji zwieracza

Powikłania związane z umieszczeniem zwieracza zmniejszają się wraz ze wzrostem doświadczenia i technicznego udoskonalania sprzętu.

Najczęstszymi powikłaniami są:

- Awarie mechaniczne 6–25%,
- Erozja 4–7%,
- Infekcja 1–1.5%,
- Atrofia cewki 0–10%,
- Reoperacje 19–30%.

Ryzyko powikłań rośnie wprost proporcjonalnie do długości czasu od zabiegu implantacji. Dotyczy to zwłaszcza atrofii cewki i awarii mechanicznych urządzeń.

Nietrzymanie moczu: Główna przyczyna niepowodzeń implantacji i w konsekwencji przetrwania nietrzymania moczu jest uzależniona od użycia zbiornika ze zbyt niskim ciśnieniem, z mankietem, w którym spada ciśnienie i z erozją napełnionego mankieta do cewki lub szyi pęcherza. Można zapobiec temu powikłaniu poprzez używanie mankieta o odpowiednim rozmiarze, zbiornika niskociśnieniowego i poprzez odłożenie aktywacji (3–6 tygodni) oraz przez dezaktywację w nocy. Gdy wystąpi już erozja leczeniem jest usunięcie mankieta i założenie cewnika do pęcherza, a w niektórych przypadkach cystostomii nadłonowej.

Infekcje: Zwieracz jest ciałem obcym, co sprzyja kolonizacji go przez bakterie i zwiększa ryzyko erozji. Ścisła chirurgiczna aseptyka i profilaktyka przeciwbakteryjna są zatem bardzo wskazane. Pomimo takich działań infekcja może wystąpić jeśli istnieje erozja na szyi pęcherza, cewce czy skórze. Najpowszechniejszym organizmem jest *Staphylococcus epidermidis* i infekcja zwykle zajmuje wszystkie komponenty zwieracza. Czynnikiem sprzyjającym może być fakt, że większość pacjentów z nietrzymaniem moczu ma infekcje dróg moczowych i/lub nienormalną patogeniczną florę na ciągle mokrej skórze. Kontrola nad tym powikłaniem jest bardzo trudna i jedynym leczeniem jest usunięcie całego zwieracza.

Nie powinno się podejmować żadnych prób reimplantacji zwieracza przez przynajmniej 3 miesiące po całkowitym wyleczeniu infekcji.

Uszkodzenie górnych dróg moczowych:

Do tego powikłania dochodzi zwykle u pacjentów z neurogennym pęcherzem nadreaktywnym. Wysokie ciśnienie panujące w pęcherzu w trakcie napełniania może też być związane z niską podatnością pęcherza (np. w pęcherzach popromiennych). Zapobieganie polega na ścisłej selekcji urodynamicznej pacjentów. W przypadku pojawienia się oznak uszkodzenia górnych dróg moczowych, przy braku możliwości kontroli ciśnienia w pęcherzu, postępowaniem z wyboru jest eksplantacja zwieracza.

Uszkodzenia mechaniczne: Te znamienne spadły od czasów pierwszych prototypów i różnych modeli protez. Obecne zwieracze są znacznie lepsze niż wcześniejsze i choć jest to sprzęt godny zaufania, to nie jest doskonały. Zmiana zbiornika jeśli ciśnienie jest nieodpowiednie, wymaga dodatkowego zabiegu chirurgicznego, podobnie w przypadku awarii mechanizmów zastawkowych pompy. ■

Operacje z użyciem taśm u mężczyzn

dr n. med. Mariusz Blewniewski

II Klinika Urologii Uniwersytetu Medycznego

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi

Prostatektomia radykalna (PR) i NTM

Po raz pierwszy prostatektomia została opisana przez Younga ponad 100 lat temu. Coraz lepsza diagnostyka (USG, PSA, biopsja sekstantowa rdzeniowa) pozwala na wykrycie wczesnych postaci raka stercza (T1c), a co za tym idzie zakwalifikowanie chorego do prostatektomii radykalnej (PR). Dlatego też liczba wykonywanych PR rośnie.

Jak każdy inny zabieg PR jest obciążona wystąpieniem powikłań, m.in. wysiłkowego nietrzymania moczu z powodu uraz nerwowo-mięśniowego szyi pęcherza i cewki moczowej. Kontynencja u mężczyzn jest uwarunkowana działaniem zwieracza wewnętrznego i zewnętrznego. Pierwszy z nich jest okrężną warstwą mięśniową otaczającą szyję i cewkę sterczową na całej jej długości. Normalne napięcie zwieracza wewnętrznego warunkuje automatyczne podświadome trzymanie moczu. Zwieracz zewnętrzny, stanowiący składową mięśni dna miednicy zapewnia świadome trzymanie moczu i możliwość zatrzymania jego strumienia podczas mikcji. NTM może być spowodowane dysfunkcją wypieracza, zwieracza lub kombinacją obu tych dysfunkcji, które spotyka się u 1/3 chorych nietrzymających moczu. Badania urodynamiczne pokazują, że zwieraczowe nietrzymanie moczu, jako jedyna przyczyna, występuje u ponad 2/3 chorych po PR.

Po mimo wprowadzenia technik oszczędzających pęczki naczyniowo-nerwowe nadal duża grupa pacjentów cierpi z powodu wysiłkowego NTM. Odcięcie stercza od cewki moczowej na granicy zwieracza cewki moczowej powoduje uszkodzenie zwieracza i prowadzi do przejściowego lub całkowitego NTM.

Częstość występowania wysiłkowego nietrzymania moczu po prostatektomii radykalnej, w zależności od ośrodka wykonującego zabieg oraz nasilenia objawów nietrzymania moczu, wynosi według piśmiennictwa od 2,5 do 80%, co przy wzrastającej liczbie zabiegów powoduje wzrost liczby chorych cierpiących z powodu NTM. Ogólnie należy przyjąć wartość ok. 20% powikłań pod postacią nietrzymania moczu. NTM jest najbardziej frustrującym powikłaniem zarówno dla pacjenta, jak i dla operatora.

Kilka słów o historii zabiegów

Cały czas trwają dyskusje na temat najbardziej optymalnej metody leczenia wysiłkowego NTM po prostatektomii radykalnej. Pierwsze doniesienia na temat leczenia nietrzymania moczu u mężczyzn przy użyciu urządzenia zwiększającego opór cewkowy pojawiły się w 1750 roku. Era nowoczesnego leczenia NTM u mężczyzn zaczęła się w 1961 roku od urządzenia Berry (acrylic prothesis). W roku 1968 Kaufman opisał 3 rodzaje zabiegów, które miały zwiększyć opór cewkowy i zapewnić kontynencję. W pierwszej – zszywa się pod cewką crura penis oddzielone od kości, w drugiej – ciała jamiste zostają oddzielone tylko częściowo i zszywane pod cewką, natomiast w trzeciej – stosuje się dodatkowo podpórkę z tworzywa sztucznego. Duży odsetek braku efektu oraz powikłań po tego typu zabiegach spowodował zarzucenie tych metod.

Najnowsze metody

Należy zwrócić uwagę, że po ponad 40 latach jesteśmy w tym samym miejscu, nadal stosujemy urządzenia zwiększające opór cewkowy, a zasada ich działania jest taka sama jak myśl Kauffmana z 1968 roku. Koncepcje zwiększające opór cewkowy opierają się na teorii dynamicznej i statycznej. Dynamiczna polega na możliwości użycia różnych ciśnień w urządzeniu dla zapewnienia kontynencji, a przykładem jest sztuczny zwieracz cewki moczowej.

Teoria statyczna opiera się na kompresyjnym działaniu bez możliwości zmian ciśnienia (bulking agent, procedury balonowe, slingi). Niektóre slingi jak np. AdVance repozycjonują opuszkową część cewki moczowej.

Zastosowanie odpowiedniej metody leczenia zależy od kilku czynników. Najważniejszym jest nasilenie objawów NTM. Nasilenie objawów określa się w 3-stopniowej skali: I stopień (małe NTM) – użycie 0-2 podpasek dziennie, II stopień (średnie) – 3-4 podpaski, III stopień (ciężkie) powyżej 5 podpasek dziennie. Można również oceniać wagę podpasek i na tej podstawie określić nasilenie objawów. Wskazane jest także stosowanie licznych kwestionariuszy, jak chociażby EORTC-QLQ-C30 lub ICS Male Questionnaire.



Z badań diagnostycznych należy wykonać uretrocystoskopię, w celu oceny zwieracza cewki moczowej i wykluczenia schorzeń cewki moczowej oraz pęcherza moczowego np. zwężenia połączenia cewkowo-pęcherzowego, zwężenia cewki moczowej. Ponadto obowiązkowe jest badanie urodynamiczne potwierdzające „czyste” lub mieszane NTM na tle nadreaktywności wtórnej oraz test podparcia cewki opuszkowej.

Kandydatami do leczenia operacyjnego są chorzy bez zwężenia połączenia pęcherzowo-cewkowego czy cewki moczowej, cech niestabilności wypieracza, radioterapii oraz z niskim PSA bez wznowy miejscowej.

Czas, jaki powinien upłynąć od PR do zabiegu naprawczego, w zależności od rodzaju zabiegu, wynosi 9-12 miesięcy, chociaż utrzymujące się NTM powyżej 6 miesięcy nie rokuje samoistnej poprawy.

Taśmy podcewkowe – wady i zalety

Idea taśmy podcewkowej u mężczyzn jest oparta na kompresji opuszkowej części cewki moczowej. Do zabiegu może być użyty materiał biologiczny lub syntetyczny. Taśmy mogą być mocowane do kości łonowej lub jej gałęzi

/InVance, Argus/ oraz przeprowadzane przez otwory zasłonię /AdVance, TOMS/. Wyleczenie przy użyciu materiału biologicznego wynosi ok. 40% całkowicie suchych pacjentów i 35% chorych z poprawą czyli zmniejszeniem, o co najmniej 50% ilości zużywanych podpasiek. Przy zastosowaniu materiału syntetycznego wyleczenie określa się na 73% całkowicie suchych pacjentów i od 10% do 19% z poprawą. Jak każda inna metoda, implantacja taśmy nie jest wolna od powikłań. Infekcje taśm lub erozja występuje u 2-6% operowanych, ból kroczka występuje u 72% chorych.

Wpływ na efekt leczniczy ma wcześniejsza radioterapia, która powoduje zwłóknienie okołocewkowe i znacznie gorsze efekty lecznicze wysiłkowego NTM. U chorych po wcześniejszej radioterapii częściej dochodzi do powikłań typu erozji cewki moczowej. Najlepszymi kandydatami do opisywanych zabiegów są chorzy z małym i średnim stopniem nietrzymania moczu i bez wcześniejszej radioterapii. Taśmy mogą być rozsądną alternatywą dla sztucznego zwieracza, aczkolwiek małe grupy chorych i brak odległych wyników nie pozwalają wysnuć ostatecznych wniosków.

Poważnym problemem jest wtórne NTM po nieefektywnym zabiegu. Czy można powtórnie wykonać zabieg, a jeżeli tak to czy ten sam czy inny? Co zrobić, jeżeli wystąpi wtórne nietrzymanie moczu, np. po założeniu sztucznego zwieracza? Z publikacji wynika, że jest możliwość wykonania powtórnego wykonania zabiegu z dobrym efektem szczególnie po wcześniejszym założeniu slingu jest możliwość implantacji AUS.

Innym zagadnieniem jest czas, po upływie którego od PR czy elektroresekcji stercza powinniśmy wykonać zabieg naprawczy? Nie ma jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie. Leczenie zachowawcze może być stosowane nawet do 12 miesięcy od zabiegu na gruczole krokowym, szczególnie fizjoterapia mięśni miednicy mniejszej. Lepor obserwował powrót trzymania moczu u chorych po 3 miesiącach (80%) a także 12 miesiącach od zabiegu, sięgający 95%. Na ogół minimalny okres czasu przed podjęciem decyzji o operacji to 12 miesięcy, ale poprawy zdarzają się do 24 miesięcy.

Którą opcję leczenia wybrać?

Rozwój mało inwazyjnych technik daje chorym możliwość różnych opcji leczenia. Pytania na które powinniśmy sobie odpowiedzieć to:

- jaki zabieg należy wybrać, jaki będzie najlepszy dla pacjenta?

- co z chorymi po radioterapii, czy z pęcherzami jelitowymi, jakie dla nich znaleźć optymalne rozwiązanie?

– jaki materiał wybrać – syntetyczny czy biologiczny?

Jak widać, pytań i niewiadomych jest wiele, propozycji dla pacjenta także kilka.

Mniej obciążającymi metodami w leczeniu wysiłkowego NTM są taśmy, czy to przeprowadzane przez otwory zasłonię czy kotwiczone do kości łonowej. Nie wymagają one aktywacji, nie są urządzeniami mechanicznymi i przez to pozwalają na fizjologiczną mikcję, a ponadto są tańsze. Przewagą AdVance nad InVance jest brak potrzeby kotwiczenia taśmy do kości, jednak chorzy po zabiegu AdVance często zgłaszają bóle pachwin i kroczka.

Metody Advance i TOMS omijają narządy miednicy mniejszej, przez co są metodami bezpieczniejszymi. Głównymi powikłaniami po zastosowaniu taśmy InVance są bóle kroczka (20%), zatrzymanie moczu (12%), infekcja (6%) oraz dyslokacja kotwiczki (4%).

Uważa się, że I i II stopień NTM jest wskaza-

niem do zastosowania taśmy podpierającej cewkę opuszkową. Mimo to, w chwili obecnej dysponujemy w literaturze małymi grupami chorych, w dość krótkim okresie obserwacji po zabiegu. Dlatego nie można wysnuć ostatecznych wniosków co do wartości leczniczych tej metody. W przyszłości powinniśmy dążyć do ustalenia bardziej konkretnych wskazań dla chorych do poszczególnych metod, włączając również chorych po radioterapii. Powinno się również określić cechy najbardziej idealnego materiału biologicznego lub syntetycznego, aby zminimalizować powikłania typu erozji cewki. Istotnym problemem jest rozliczenie procedury z NFZ. Obecnie w katalogu świadczeń istnieje tylko procedura implantacji sztucznego zwieracza. Koszt implantacji slingu jest mniejszy, ale nie tak mały aby pokrył go pacjent. Cena zestawu to ok. 7,5 tys. zł. Powinno dążyć się do tego aby zabieg ten został wpisany do katalogu procedur urologicznych. ■



Środki pomocnicze

Specjalnie dla panów

Joanna Kamińska

Wkłady anatomiczne, pieluchy, pieluchomajtki – o środkach wchłaniających przeznaczonych dla osób z problemem nietrzymania moczu sły- szal zapewne każdy, kto zetknął się z tym problemem. Najczęściej jednak nasza wie- dza ogranicza się tylko do tego, że wiemy o istnieniu takich środków, czasem może umiemy wymienić ich kilka rodzajów. Mało kto wie jednak, jak bardzo bogaty i zróż- nicowany jest rynek produktów absorpcyj- nych, przeznaczonych zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn.

Męski problem

Mimo, iż nietrzymanie moczu powszechnie uważane jest za przypadłość kobiecą, pro- blem ten dotyka również wielu mężczyzn. Szacuje się, że ok. 5 (niektóre źródła twier- dzą, że nawet 10) proc. mężczyzn powyżej 35. roku życia obserwuje w sobie objawy niekontrolowanego wycieku moczu. Najbar- dziej powszechną przyczyną NTM u panów jest operacja prostaty. Najczęściej występuje ono po prostatektomii radykalnej (PR), czyli całkowitym wycięciu prostaty i pęche- rzyków nasiennych z powodu raka prostaty. Badania wykazują, że w rok po zabiegu PR częstość występowania NTM może sięgać nawet 60 proc. Innymi, mniej powszechnymi, przyczynami NTM u mężczyzn są: ope- racje z powodu łagodnego rozrostu prosta- ty, złamanie miednicy i uszkodzenie cewki moczowej, a także choroby nowotworowe, SM, choroba Alzheimera, choroba Parkin- sona, miażdżyca i uraz rdzenia kręgowego. Poza wysiłkowym NTM mężczyźni, podob- nie jak kobiety, mogą cierpieć na pęcherz nadreaktywny, któremu towarzyszy nietrzy- manie moczu.

Jedynie wyjście

W wielu przypadkach środki wchłaniające stanowią jedyną możliwość normalnego funk- cjonowania. Dzieje się tak zwłaszcza wtedy, gdy żadne leczenie nie przynosi spodziewa- nych efektów. Środki absorpcyjne stosowane są również jako uzupełnienie terapii w po- czątkowym okresie leczenia zachowawcze- go (farmakologicznego lub fizjoterapii) oraz w trakcie oczekiwania na zabieg operacyjny, a często także bezpośrednio po zabiegu.

W zależności od potrzeb

Na polskim rynku dostępne są różne nowo- czesne środki wchłaniające. Aby prawidłowo spełniały one swoją funkcję, muszą być odpo- wiednio dobrane. Dobór ten uzależniony jest przede wszystkim od stopnia nietrzymania moczu, trybu życia oraz zróżnicowania budo- wy ciała człowieka. Przy ciężkim stopniu NTM u osób z ograniczoną sprawnością fizyczną za- leca się stosowanie pieluchomajtek. Dla osób ze średnim i dużym stopniem NTM, sprawn- ych ruchowo i prowadzących aktywny tryb życia, przeznaczone są pieluchy anatomiczne. Z kolei osoby aktywne ruchowo z małym i średnim stopniem NTM powinny zaopatrzyć się w specjalne wkłady anatomiczne.

Specjalne wkłady dla panów

Wyróżniamy dwa podstawowe rodzaje wkła- dów anatomicznych (urologicznych) – dla kobiet i dla mężczyzn. Różnią się one między sobą kształtem. Wkłady dla kobiet wyglądem przypominają zwykłą podpaskę. Natomiast wkłady dla mężczyzn mają kształt kieszonki prąciowej, dzięki czemu dostosowane są do anatomii mężczyzny. Są one specjalnie wy- profilowane, a ich elastyczne boki gwarantują doskonałe dopasowanie do ciała. Podobnie jak wkłady dla kobiet, od spodu posiadają pasek samoprzylepny, który umożliwia przymocowanie do bielizny. Wykonane są ze specjalnego materiału, który zapewniając bardzo dużą chłonność, umożliwia jednocze- śnie swobodną cyrkulację powietrza. Wkłady są cienkie i zapewniają dyskrecję. Pomimo swojej niewielkiej grubości są bardzo chłonne – potrafią zatrzymać moczu o ciężarze nawet 100 razy większym od nich. Wchłonięty moczu jest zatrzymywany wewnątrz produktu, z dala od skóry, dzięki czemu nie ma możliwości po- wstania podrażnień. Wkłady urologiczne po- siadają ponadto specjalny system, który elimi- nuje nieprzyjemny zapach moczu i zapewnia maksymalną świeżość.

Być mężczyzną

Historia pana Antoniego nie jest oryginal- na. Niekontrolowany wyciek moczu po raz pierwszy pojawił się u niego kilka miesięcy po operacji na przerost gruczołu krokowe- go. Pierwszą naturalną reakcją było prze- rażenie i poczucie utraty męskości. Kolejne



Materiały producenta

miesiące upływały na próbach ukrywania tego przed znajomymi, a nawet własną żoną. Pan Antoni myślał, że skoro „samo przyszło, to i samo pójdzie”. Tymczasem problem nie ustępował, lecz przeciwnie – przybierał na sile. Chusteczki higieniczne wkrótce przestały wystarczać. Po kilku mie- siącach nieudolnych prób ukrywania pro- blemu, żona zauważyła, że coś jest nie tak i odważyła się na szczerą rozmowę. Od tego momentu historia przybrała tempa – wizyta u lekarza, zlecenie na środki wchłaniają- ce, potwierdzenie zlecenia w oddziale NFZ i w końcu wizyta w aptece.

Ponieważ pan Antoni prowadzi aktywny tryb życia, a jego stopień nietrzymania moczu jest niewielki, wkłady anatomiczne dla mężczyzn, które otrzymał, w dużej mierze rozwiązały jego problemy. – *Oczywiście, że wolałbym w ogóle nie mieć tych kłopotów, ale sto- sowanie środków wchłaniających daje mi możliwość w miarę normalnego funkcyj- nowania. Mimo wszystko staram się nie przestawać być mężczyzną* – mówi.

Refundacja

Zgodnie z polskim prawem wkłady urologicz- ne (zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn) podlegają refundacji. Refundacja ta, przy limicie ceny 90 zł wynosi 70%. Refundacja nie przysługuje jednak wszystkim. O dofi- nansowanie mogą ubiegać się tylko pacjen- ci, którzy spełniają jedno z kilku kryteriów – NTM wystąpiło u nich w wyniku chorób nowotworowych, głębokiego upośledzenia umysłowego, zespołów otępiennych, wad rozwojowych, albo postępującej choroby układu nerwowego. ■

Elektrostymulacja w leczeniu nietrzymania moczu

Ilek. Ewa Strupińska-Thor
Specjalista rehabilitacji
Doktor nauk kultury fizycznej
Adiunkt Zakładu Medycyny Sportowej AWF w Warszawie

Spośród wielu czynników fizycznych najczęściej aplikowanych w zabiegach terapeutycznych należy na pierwszym miejscu wymienić prąd elektryczny.

Około 40 lat temu zaczęto badać wpływ przydatności elektrostymulacji mięśni dna miednicy mniejszej w leczeniu różnych postaci nietrzymania moczu. Po raz pierwszy metodę tę zastosował Caldwell w 1965 r.

Od tego czasu prowadzone są prace nad wyjaśnieniem mechanizmu działania stymulacji elektrycznej na struktury miednicy mniejszej, odpowiedniej selekcji pacjentów do zabiegu i wyborem najbardziej korzystnego sposobu aplikacji.

Dla najbardziej optymalnego zastosowania parametrów elektrostymulacji istotne jest dokładne określenie typu nietrzymania moczu. Napięcie prądu zwykle waha się od kilku do kilkunastu woltów i jest na ogół ustawione przez producenta aparatury.

Natężenie prądu nie powinno przekraczać 100 mA, wymaga regulacji i dostosowania indywidualnie do wrażliwości każdego pacjenta i celu danego zabiegu (ćwiczenie włókien wolno – lub szybko kurczliwych). Odczuwanie prądu jest indywidualne i zmienia się także u każdego pacjenta, zależy od impedancji tkanek, czyli oporności skóry lub błony śluzowej. Grubość warstwy rogowej naskórka i owłosienie, przy umieszczeniu elektrody na powierzchni skóry, zawartość kiszki stolcowej przy zastosowaniu elektrody doodbytniczej, czy skład wydzieliny pochwy (zależny od fazy cyklu) przy użyciu elektrody dopochwowej, są czynnikami znacznie wpływającymi na percepcję zabiegu.

Częstotliwość ma ogromne znaczenie. Wykazano, że częstotliwość optymalna dla zamknięcia cewki moczowej wynosi 50 Hz, a dla rozluźnienia wypieracza pęcherza moczowego 5–12 Hz. Toteż rozpoznanie, czy mamy do czynienia z wysiłkowym NTM, czy z nietrzymaniem z parcia (także pęcherzem nadreaktywnym) ma tutaj duże znaczenie. W typie mieszanym można kolejno stosować podane częstotliwości lub wybrać pośrednią – 25 Hz. Uważa się również, iż przy prawidłowo za-

chowanim łuku odruchowym mikcji, można tak dobrać parametry prądu, aby przy uzyskaniu skurczu poprzecznie prążkowanej mięśni przepony moczopłciowej i dźwigacza odbytu uzyskać jednocześnie rozluźnienie mięśniówki gładkiej wypieracza pęcherza moczowego.

Czas trwania pojedynczego impulsu na ogół nie przekracza kilku milisekund. Pobudzenie (ciąg impulsów) odpowiadające bezpośrednio skurczowi tężcowemu mięśni, przerwy, a także czas zabiegu można dowolnie regulować w zależności od potrzeb. Pojedynczy skurcz



Materiały producenta

i przerwa trwają zwykle od 1 do 5 sekund. Czas zabiegu nie powinien być krótszy niż 10 minut. Konieczne jest wykonanie serii zabiegów (minimum 10), bowiem systematyczność i ciągłość terapii jest jednym z warunków jej powodzenia. Przerwy pomiędzy zabiegami dłuższe niż 3 doby wpływają niekorzystnie na efekty leczenia.

Struktury zdrowe, bez uszkodzeń w przewodnictwie nerwowo-mięśniowym stymuluje się najczęściej bezinwazyjnie, elektrodami płaskimi, przykładanymi bezpośrednio na skórę okolicy nadłonowej, krzyżowej i krocza oraz elektrodami-sondami umieszczanymi w pochwie i odbycie. Przy stosowaniu prądu zmiennego, do elektrostymulacji mięśni, w odróżnieniu od prądu stałego nie rozróżniamy elektrody czynnej i biernej, oba bieguny są równoważne. Kształt sondy dopochwowej, czy transrektalnej, przypomina elipsę, walec lub klepsydrę, na której umieszczono obie elektrody.

Dążenie do minimalizacji urządzeń umożliwiło w ostatnich latach skonstruowanie aparatów zawierających generator prądu w sondzie, co daje szansę stymulacji nawet w pozycji siedzącej i przy wykonywaniu prostych, domowych czynności, poza warunkami ambulatoryjnymi. Łatwość wykonania zabiegu, nawet samodzielnie przez pacjenta w domu może być jedną z metod poszerzenia terapii. Przy zastosowaniu elektrostymulacji doodbytniczej wykorzystuje się powiązanie filogenetyczne zwieraczy. Badacze skandynawscy twierdzą nawet, że stymulacja doodbytnicza jest bardziej efektywna niż bezpośrednie oddziaływanie na nerwy, czy większe grupy mięśniowe.

Obecnie proponuje się chorym tzw. ortezy osobiste, o indywidualnie programowanych parametrach prądu do stymulacji długotrwałej w domu. U kobiet stosuje się najczęściej sondy dopochwowe, u mężczyzn natomiast doodbytnicze. Dostępność metody umożliwia zastosowanie w różnych typach nietrzymania moczu i skojarzenie jej z inną terapią zachowawczą (ćwiczeniami, polem magnetycznym). Daje ona również korzystne efekty u chorych po prostatektomii.

W zalecanych metodach należy pamiętać o działaniach ubocznych oraz przeciwwskazaniach. Niekorzystne, dodatkowe efekty oddziaływania bodźców fizykalnych na tkanki zwykle są minimalne. W przypadkach zastosowania prądu elektrycznego są to subiektywne odczucia mrowienia, drętwienia i zwiększonej ciepłoty, uczucie ciężaru i pobolewania tkanek poddanych ekspozycji, odczuwane przez niektórych chorych przy pierwszych zabiegach. Niektórzy podają ogólne rozdrażnienie, brak koncentracji i zaburzenia snu. Można temu skutecznie zapobiegać stopniując parametry i czas ekspozycji..

Fizykoterapia, szczególnie zabiegi elektrostymulacji mają od dawna ugruntowaną pozycję w leczeniu nietrzymania moczu. Wraz z ćwiczeniami obok farmakoterapii są najbardziej popularną metodą leczenia zachowawczego. ■

Piśmiennictwo u Autora

Leki antycholinergiczne nie dla wszystkich takie same

prof. dr hab. n. med. Włodzimierz Baranowski
dr n. med. Artur Rogowski

Klinika Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej
Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie

Pęcherz nadreaktywny (overactive bladder, OAB) według definicji International Continence Society (ICS) to występowanie częstomoczu, parć naglących i nietrzymania moczu typu naglącego, przy nieobecności lokalnych czynników patologicznych mogących powodować te objawy. Z pojęcia nadreaktywności zostały wyłączone zaburzenia czynności pęcherza moczowego spowodowane, między innymi, przez nowotwór, kamicę, infekcję.

Leczeniem z wyboru objawów OAB pozostaje farmakoterapia. Warunkiem rozpoczęcia terapii farmakologicznej jest wykluczenie innych przyczyn zaburzających funkcję pęcherza moczowego. Lekami pierwszego rzutu w leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego są antagoniści receptorów muskarynowych. Preparaty antycholinergiczne blokują receptory muskarynowe w pęcherzu moczowym hamując przewodnictwo przywspółczulne. W pęcherzu moczowym zidentyfikowano receptory M1, M2, M3. Okazuje się, że za skurcz wypieracza pęcherza moczowego odpowiadają głównie receptory M3, pomimo, że gęstość tych receptorów w pęcherzu jest mniejsza niż receptorów M2.

Do preparatów antycholinergicznych stosowanych u chorych z parciai naglącymi rekomendowanych przez International Continence Society (ICS) należą: oksybutynina (red. zarejestrowana w Polsce pod nazwą Driptane oraz Ditropan), propiweryna, trospium, tolterodyna (red. zarejestrowana w Polsce pod nazwą Detrusitol oraz Uroflow), solifenacyna (red. zarejestrowana w Polsce pod nazwą Vesicare), darifenacyna (red. zarejestrowana w Polsce pod nazwą Emselex) i fesoterodyna, która jest prolekiem – pochodną tolterodyny (red. zarejestrowa-

na w Polsce pod nazwą Toviaz). Do starszej generacji leków antycholinergicznych należą leki będące nieselektywnymi antagonistami receptora muskarynowego: oksybutynina, propiweryna, trospium oraz tolterodyna.

Mając na uwadze działania niepożądane powodowane przez nieselektywne leki antycholinergiczne (do najczęstszych należą: suchość w ustach, zaparcia, obniżenie ostrości wzroku, przyspieszenie czynności serca, zaburzenia poznawcze, zaburzenia skórne) będące często przyczyną odstawienia leku, coraz częściej stosowanymi preparatami są leki selektywne wobec receptorów M2 i M3. Do leków z tej grupy należą: solifenacyna, darifenacyna oraz fesoterodyna.

Leki antycholinergiczne są preparatami pierwszego rzutu w leczeniu objawów pęcherza nadreaktywnego. Charakteryzują się skutecznością, dobrą tolerancją oraz bezpieczeństwem stosowania. Jednakże żaden z obecnie stosowanych preparatów antycholinergicznych (darifenacyna, fesoterodyna, oksybutynina, propiweryna, solifenacyna, tolterodyna i trospium) nie jest rekomendowany jako lek z wyboru u wszystkich pacjentów z OAB. Podobnie Chapple i wsp. na podstawie metaanalizy 73 randomizowanych badań klinicznych nie wskazali konkretnego preparatu antycholinergicznego, zalecanego jako lek pierwszego rzutu, idealnego dla wszystkich pacjentów z OAB.

Różnice związane z profilem farmakologicznym, dawką leków antycholinergicznych, choroby współistniejące, przyjmowane inne leki, powinny być brane pod uwagę w wyborze terapii. Jako leki pierwszego rzutu w leczeniu OAB można rozważyć stosowanie solifenacyny 5 mg, solifenacyny 10 mg, oksybutyniny ER, tolterodyny ER 4 mg. Wy-

daje się, że również darifenacyna 15 mg i fesoterodyna 4 mg mogą być zalecane w terapii jako leki pierwszego rzutu. Biorąc pod uwagę wyniki badań randomizowanych w przypadku nieskuteczności terapii pierwszego rzutu, odpowiednią opcją terapeutyczną mogą być solifenacyna 10 mg lub fesoterodyna 8 mg. W razie nasilonej xerostomii po leczeniu preparatami antycholinergicznymi może przynieść korzyść zastosowanie transdermalnej formy oksybutyniny (TDS). W razie nastąpienia nasilonych zaparć skuteczne wydaje się zastosowanie tolterodyny ER. Skuteczność przewlekłej terapii pęcherza nadreaktywnego zależy w dużej mierze od odpowiedniego dobrania preparatu, dawki leku, korzystnego bilansu pozytywnych efektów leczenia i działań ubocznych leku oraz systematycznego stosowania przez pacjentkę zaleconego leczenia.

Red. W związku z tym, iż żaden z obecnie stosowanych preparatów antycholinergicznych nie jest zalecany jako lek z wyboru u wszystkich pacjentów z pęcherzem nadreaktywnym, koniecznością wydaje się być utworzenie grupy terapeutycznej obejmującej refundowane leki stosowane w leczeniu objawowym OAB. Utworzenie takiej grupy jest zalecane przez Radę Konsultacyjną Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM). Przypomnijmy, że w ubiegłym roku AOTM wydała rekomendację w sprawie wpisania na listę refundacyjną dwóch substancji stosowanych w leczeniu OAB (bursztynianu solifenacyny i wodorowinianu tolterodyny). Jedynym warunkiem jaki postawiła Rada jest utworzenie w/w grupy terapeutycznej i wprowadzenie do niej możliwie dużej liczby leków. ■

Klinika Ginekologii i Onkologii; Szpital Uniwersytecki w Krakowie

W Krakowie pacjentki z NTM uzyskają kompleksową pomoc

Joanna Kamińska

Klinika Ginekologii i Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie to kolejna już placówka specjalizująca się w leczeniu NTM, którą prezentujemy na łamach naszego Kwartalnika. Do tej pory czytelnicy z Mazowsza, Lubelszczyzny, Wielkopolski i województwa łódzkiego mogli bliżej zapoznać się z profilami wybranych placówek w ich regionach. Lekturę poniższego tekstu polecamy szczególnie mieszkańcom Małopolski.

Lekarze

Kierownikiem Katedry Ginekologii i Położnictwa Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie jest profesor Antoni Basta, który sprawują tę funkcję od 2003 roku. Prof. Basta jest jednocześnie konsultantem wojewódzkim w dziedzinie ginekologii i położnictwa w województwie małopolskim. Profesor jest autorem ponad 200 publikacji w czasopiśmie krajowych i zagranicznych oraz współautorem ponad 20 wydań książkowych. Bierze udział w pracach wielu specjalistycznych wydawnictw zagranicznych – *International Editorial Board of Gynecopathology*, *Editorial Board European Journal of Gynecological Oncology*, *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology* oraz polskich – jest członkiem Komitetu Naukowego Ginekologii Polskiej, Przeglądu Lekarskiego, Ginekologii Onkologicznej oraz Menopauzy.

W oddziale klinicznym pracuje kilkudziesięciu lekarzy, w tym: 1 profesor, 1 doktor habilitowany, 13 doktorów nauk medycznych oraz 12 lekarzy w trakcie specjalizacji.

Leczenie

Ze względu na profil w Klinice kompleksową pomoc uzyskują pacjentki ze schorzeniami onkologicznymi narządów rodnych oraz sutka. Ale kobiety zgłaszające się z problemem nietrzymania moczu o różnej etiologii są również dokładnie diagnozowane i leczone. Miesięcznie przyjmowanych jest około 500 pacjentek,

z czego 50 z nietrzymaniem moczu i/lub obniżeniem ścian pochwy.

Klinika wyposażona jest w wysokiej jakości sprzęt niezbędny do diagnostyki i leczenia NTM oraz innych schorzeń kobiecych – posiada pracownię do badań urodynamicznych oraz sprzęt ultrasonograficzny i endoskopowy.

Zgodnie ze standardami u pacjentki, która zgłosi się do Kliniki z problemem nietrzymania moczu wykonywane jest badanie urodynamiczne z oceną zaburzenia statyki narządu rodowego. Złożona diagnostyka pozwala na zaproponowanie pacjentce leczenia „na miarę” jej potrzeb.

Klinika specjalizuje się w zabiegowym leczeniu NTM – *Korzystamy z materiałów syntetycznych w operacyjnej terapii wysiłkowego nietrzymania moczu (zarówno z dostępu załonowego TVT, jak i przez zasłonowego TOT). W przypadku zaburzeń statyki możemy zaproponować leczenie przez pochwową, przez brzuszne oraz endoskopowe z wykorzystaniem systemów protezujących w oparciu o sitaki polipropylenowe (m.in. Prolift) – wylicza kierownik Kliniki, prof. Antoni Basta.*

Poza leczeniem operacyjnym Klinika oferuje swoim pacjentkom również inne metody leczenia NTM. – *W ramach badań naukowych prowadzonych w Klinice pacjentki mogą korzystać z programu wykorzystania autologicznych komórek mięśniowych podawanych do zwieracza cewki moczowej. Opieka ambulatoryjna pozwala na prowadzenie terapii elektrostymulacji przez pochwoy wraz z ćwiczeniami mięśni przepony dna miednicy. Szerokie spektrum farmakoterapii wykorzystywane jest przez nas zwłaszcza w leczeniu pęcherza nadreaktywnego – mówi prof. Basta. – Dla kobiet, które nie mogą lub nie chcą poddać się zabiegom operacyjnym proponujemy nowoczesną pessaro terapię w oparciu o materiał silikonowy, prostszy w aplikacji i lepiej tolerowany – dodaje.*

Dla personelu istotna jest nie tylko sama opieka medyczna nad pacjentką, równie ważne jest zapewnienie jej dogodnych warunków. – *Swoją przyszłość Klinika widzi w udoskonalaniu metod leczenia i w indywidualizacji kontaktów między pacjentką i lekarzem. (...) Pacjentki Kliniki otacza troskliwą opieką, serdecznością i ciepłem zespół lekarski i pielęgniarski, dla którego najważniejszą wartością jest zdrowie i życie kobiety – możemy przeczytać na stronie internetowej Kliniki.*

Działalność edukacyjna

W Klinice organizowane są liczne szkolenia i warsztaty praktyczne z udziałem gości. W 2009 roku odbyły się warsztaty z zakresu technik operacyjnych wykorzystujących materiały syntetyczne protezujące w leczeniu zaburzeń statyki narządu rodowego typu Prolift. Prowadzone są również szkolenia endoskopowe na poziomie podstawowym i zaawansowanym. W ubiegłym roku odbył się także XII Kongres International College of Out-Patient Gynecology połączony z IX Kongresem Polskiego Towarzystwa Kolposkopii i Patofizjologii Szyjki Macicy. W 2008 roku Klinika była organizatorem Międzynarodowego Kongresu „Rak jajnika”. Jedną z sesji tego Kongresu poświęconą została schorzeniom dróg moczowych u kobiet leczonych z powodu choroby nowotworowej. Klinika współpracuje z dwoma zagranicznymi ośrodkami – Kliniką Ginekologii Uniwersytetu w Greifswaldzie oraz Uniwersytetu w Giessen z Niemiec. ■



*Klinika Ginekologii i Onkologii
Szpital Uniwersytecki
ul. Kopernika 23, 31-501 Kraków
Tel.: (0-12) 424-85-60
Kierownik Kliniki: prof. Antoni Basta*

Zabiegi z użyciem taśm – charakterystyka rynku

Katarzyna Walewska

Chirurgiczne leczenie nietrzymania moczu głównie stosowane jest w przypadku wysiłkowego oraz mieszanego rodzaju nietrzymania moczu. Tego typu leczeniu poddawane są zazwyczaj kobiety, bo to one w przeważającej mierze cierpią na tę dolegliwość. Wśród metod operacyjnych leczenia NTM wyróżniamy zabiegi z użyciem taśm syntetycznych oraz operacje bez ich użycia.

Taśmy zdominowały rynek

Obecnie większość placówek, w których przeprowadza się zabiegi operacyjne na NTM stosuje nowoczesne zabiegi, polegające na beznapięciowym podparciu środkowego odcinka cewki moczowej za pomocą taśm syntetycznych TVT/TOT. Zabiegi tego typu stają się standardem w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu. Stanowią one 90 proc. wszystkich przeprowadzanych operacji na NTM.

W Polsce wykonywane są różne rodzaje operacji z użyciem taśm. Najpopularniejsze są operacje typu TVT (ang. tension free vaginal tape) – za pomocą taśm z siatki prolenowej przeprowadzanej załonowo oraz operacje typu TOT (ang. trans obturator tape), które

różnią się od wspomnianych powyżej techniką wprowadzania taśmy (cechą charakterystyczną dla tych zabiegów jest wprowadzanie taśmy poprzez otwory zasłonowe). Charakteryzują się one wysoką skutecznością oraz niewielkim odsetkiem powikłań podczas operacji oraz pooperacyjnych, około 5-15 proc.

Operacje TVT i TOT stanowią przełom w leczeniu wysiłkowego NTM u kobiet, niezwykle istotną cechą dla wymienionych operacji jest ich małoinwazyjność i wysoka skuteczność – około 95 proc. skuteczności po roku i 85 proc. w kolejnych latach po zabiegu. Nowoczesne metody są korzystne zarówno dla pacjentów, jak i lekarzy. Przeciętny czas trwania zabiegu wynosi około 30 minut, pobyt pacjenta w szpitalu trwa zazwyczaj do 2 dni. Pierwsze efekty leczenia są praktycznie natychmiastowe.

Na polskim rynku działa kilka firm zajmujących się sprzedażą taśm z siatki prolenowej stosowanych w leczeniu operacyjnym nietrzymania moczu. Ceny katalogowe tych produktów wahają się między 600 a 2000 zł. Cena konkretnego produktu uzależniona jest od kilku czynników, m.in. od producenta, rodzaju pro-

duktu - czy jest to materiał oryginalny czy generyczny, czy jest to taśma wprowadzana przez otwory zasłonowe czy przez pochwowo, oraz czy manipulatory (instrumenty do implantacji taśm) są jednorazowego czy wielokrotnego użytku.

Czas oczekiwania

Z analizy danych dotyczących operacji na NTM z użyciem taśm w poszczególnych województwach, którą prowadziliśmy na łamach Kwartalnika na przestrzeni ostatnich czterech lat wynika, że w różnych regionach kraju czas oczekiwania na zabieg waha się od 2 tygodni do 1,5 miesiąca. Jednakże w dużej części szpitali zabiegi wykonywane są na bieżąco, w dogodnym dla pacjentki terminie, po uprzednim badaniu urodynamicznym. Oczywiście zdarzają się sytuacje, w których pacjentki zmuszone są oczekiwać na planowany zabieg operacyjny. Sytuacje tego typu mogą wystąpić pod koniec roku kalendarzowego, kiedy niektóre oddziały wstrzymują zabiegi operacyjne na NTM z powodu wyczerpanych limitów i ograniczeń finansowych ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia. Pacjentkom, którym zależy na szybkim przeprowadzeniu zabiegu pozostaje możliwość skorzystania z zabiegu płatnego. Koszty takiej operacji w pełni pokrywa pacjent, jest to wydatek rzędu ok. 3000 – 6000 zł.

Wycena procedury

Ta metoda leczenia jest w pełni refundowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Każda procedura jest odpowiednio wyceniona przez NFZ. Jednakże warto podkreślić, że nie jest to wycena konkretnej procedury pod względem kosztów jakie ponosi szpital, lecz według określonej liczby punktów. Procedury operacyjne z użyciem taśm (TVT, TOT) zostały wycenione przez NFZ na 3850 zł (75 pkt x 51 zł) przy założeniu średniej ceny zestawu operacyjnego w kwocie 1800 zł. Na całkowity koszt operacji składa się koszt zakupu taśmy, pobyt w szpitalu ok. 1-2 dni oraz praca personelu medycznego.



Przed każdym tego typu zabiegiem pacjentki poddawane są specjalistycznemu badaniu urodynamicznemu, które zostało wycenione przez Narodowy Fundusz Zdrowia na kwotę ok. 860 zł.

Od połowy 2008 roku NFZ zakwalifikował procedurę operacji za pomocą taśmy do katalogu hospitalizacji, wcześniej zbięgi te były klasyfikowane do katalogu Urologii Jednego Dnia. Zmiana zapisu stała się przeszkodą dla placówek zabiegowych, które wykonywały operacje jako procedurę jednodniową. Pociągnęło to za sobą utratę kontraktów z NFZ, czyli w konsekwencji brak możliwości przeprowadzenia tam zabiegu bezpłatnego dla pacjenta.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że NFZ w ogóle nie refunduje operacji z użyciem taśm w leczeniu mężczyzn, mimo że jest to procedura uznana oraz stosowana w większości europejskich krajów. Z ekonomicznego punktu widzenia jest to metoda o wiele bardziej opłacalna dla NFZ. Koszt zabiegu z użyciem tzw. „męskiej taśmy” jest o połowę niższy od ceny sztucznego zwieracza cewki.

Koszt zabiegu

O to jaki jest realny koszt zabiegu z użyciem taśmy oraz czy procedura ta jest odpowiednio wyceniona przez NFZ i opłacalna dla szpitala zapytaliśmy dr-a Mariusza Blewniewskiego z Łodzi, który od wielu lat wykonuje takie operacje. – *Wartość punktowa tego typu zabiegów jest prawidłowo wyceniona przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jest ona porównywalna do większości zabiegów urologicznych. Przy założeniu, że pobyt pacjenta w szpitalu w związku z przeprowadzaną operacją trwa 1-2 dni, a badanie urodynamiczne, które niezbędne jest do zakwalifikowania pacjentów do leczenia operacyjnego, jest wykonywane jako procedura jednodniowa, szpital nie ponosi strat z tytułu przeprowadzenia tego typu operacji. Procedury wycenione są przyzwolone, nie ma potrzeby, aby szpitale cięły koszty podczas zakupu materiałów do zabiegu (przy zakupie taśm). Innego zdania jest ginekolog z Lublina, dr Jacek Tomaszewski. - Biorąc pod uwagę jakie są koszty zakupu materiałów do zabiegu, a jest to kwota (w zależności od producenta taśm) w granicach 1500 zł, niewiele pieniędzy pozostaje na pobyt pacjenta w szpitalu po zabiegu (wyżywienie, nocleg, opieka pielęgniarska) oraz na wynagrodzenie dla personelu. Często koszty takiej operacji są na granicy opłacalności dla szpitali.*

Warto również spojrzeć na to jak leczenie operacyjne z użyciem taśm plasuje się na tle innych zabiegów urologicznych i ginekologicz-

**MIĘDZYNARODOWE TOWARZYSTWO KONTYNENCJI
MA ZASZCZYT ZAPROSIC NA:**



ICS

**ŚWIATOWY
TYDZIEŃ
KONTYNENCJI**

21 – 27 czerwca 2010 (poniedziałek – niedziela)

nych pod kątem ponoszonych przez placówki kosztów zabiegu. – *W stosunku do innych zabiegów urologicznych leczenie operacyjne NTM jest dla oddziałów procedurą dobrze wycenioną. W praktyce placówki pokrywają koszty nieoszacowanych zabiegów z tych, które na siebie zarabiają –* komentuje dr Blewniewski. Szpital rozlicza się z Narodowym Funduszem Zdrowia jako całość, a nie na poziomie poszczególnych Klinik - dodaje dr Tomaszewski

Warto wspomnieć również, że klasyczne ginekologiczne zabiegi operacyjne są wyżej wycenione, natomiast koszty ich przebiegu są dużo niższe niż nowoczesnych zabiegów operacyjnych z użyciem taśm, które są drogie przede wszystkim z uwagi na ceny materiałów niezbędnych do przeprowadzenia tychże operacji. Dla przykładu wycięcie macicy wycenione jest na 68 punktów, plastyka pochwy na 81 punktów, a zabieg typu TVT (z użyciem taśmy) na 75 punktów.

Różnorodność wyboru

Zapytaliśmy naszych rozmówców o to jakimi kryteriami kierują się szpitale wybierając producenta taśm. Które z kryteriów jest ważniejsze jakość czy cena produktów? Zdaniem dra Tomaszewskiego wiele zależy od poziomu wiedzy lekarzy na temat samej metody leczenia nietrzymania moczu od preferencji ordynatora oddziału. Oczywiście również ważną kwestię stanowią możliwości finansowe szpitala i liczba pacjentów oczekujących na zabieg.

– *Niestety często zdarza się, że szpitale przy wyborze producenta taśm kierują się kryterium ceny, nie patrząc na jakość danego*

produktu – dodaje dr Blewniewski. Bywają przypadki, kiedy szpital zakupuje siatkę poli-propylenową, z której wycinane są taśmy o kształtach oryginału, bądź kupuje bardzo tanie taśmy, które nie posiadają oprzyrządowania, płacąc za nie ok. 500 zł. Niestety tego typu produkty nie spełniają warunków taśm oryginalnych, nie są one również implantowane igłami jednorazowymi. Zaletą taśm oryginalnych są obrobione laserowo brzegi, co podczas zabiegu zmniejsza odsetek strzępienia się brzegów, a w efekcie zmniejsza ryzyko erozji.

Zabiegi operacyjne z użyciem taśm to obecnie standard w chirurgicznym leczeniu nietrzymania moczu. Które z taśm są najbardziej popularne? Zdaniem dra Blewniewskiego *w chwili obecnej coraz bardziej popularne stają się mini slingi tzn: Mini-arc, Ajust,TVT-S. Są to taśmy minimalnie inwazyjne, o długości tylko 8 cm. - W Klinikach, w których pracuję od 5 lat stosowane są tylko takie taśmy -* dodaje. *Wcześniej stosowaliśmy taśmy zakładane załonowo typu IVS. Zdaniem dra Tomaszewskiego większość szpitali przeprowadza zabiegi TVT lub, TOT. To, który typ operacji jest wykonywany zależy od indywidualnego podejścia lekarza, jego nawyków, preferencji co do konkretnej metody leczenia. Niektórzy lekarze specjalizują się w zabiegach TVT, inni w zabiegach TOT. Najważniejsze jest, aby wykonywać zabieg dobrze, tak by efekt był widoczny, operacja była skuteczna i bez powikłań. Lepiej specjalizować się w 2-3 typach operacji i robić je dobrze –* dodaje.

Jak zatem widać polski rynek operacyjnego leczenia NTM z użyciem taśm jest już dobrze ukształtowany i w dalszym ciągu się rozwija. ■

Zasady finansowania opieki długoterminowej

Grażyna Śmiarowska

Dyrektor Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Toruniu

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych

Opieka długoterminowa to wyodrębniony pod koniec lat dziewięćdziesiątych, dział medycyny, który zgodnie z założeniami realizuje świadczenia zdrowotne wobec osób przewlekle chorych i niezdolnych do samodzielnej egzystencji niezależnie od wieku czy rodzaju schorzenia.

Podopiecznymi są chorzy w stosunku, do których zakończony został proces leczenia, rehabilitacji czy intensywnej terapii, nadal wymagający pomocy w realizacji podstawowych potrzeb życiowych. Pomoc tę realizują profesjonalni opiekunowie (lekarze, pielęgniarki, opiekunki medyczne, fizjoterapeuci, terapeuci zajęciowi, psychologowie i logopedzi).

Dla kogo opieka?

Pacjentami są osoby w stanach apalicznych, z głębokimi demencjami, z uszkodzeniami mózgu, z przewlekłymi jednostkami chorobowymi układu nerwowego, krążenia czy kostno-stawowego oraz innymi. Wymagają oni leków, diagnostyki, terapii, a przede wszystkim pielęgnacji.

Kwalifikacja pacjentów do opieki długoterminowej odbywa się na podstawie Skali Barthel. W zależności od tego, ile punktów w tej skali osiągną, to:

– przy ocenie na poziomie 5 do 40 punktów zostaną przyjęci do zakładu opieki długoterminowej z gwarancją podstawowych świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych,

– przy ocenie na poziomie 0 punktów (pacjent całkowicie niezdolny do samodzielnej egzystencji) zostaną przyjęci do zakładu opieki długoterminowej i uzyskają pakiet świadczeń rozszerzony m.in. o opiekę lekarza i pielęgniarki anesteziologicznej, większą liczbę fizjoterapeutów, możliwość żywienia dojelitowego lub dożylnego, większy dostęp do specjalistycznej aparatury.

Zróznicowana została także stawka pieniężna za pacjenta w zależności od liczby punktów mu przypisanych. Podstawowe świadczenie wycenione zostało od ok. 50 zł do 71 zł. za każdy dzień pobytu (w zależności od regionu Polski), natomiast w stosunku do osób zakwalifikowanych na poziomie 0 punktów koszt

osobodnia opieki obliczony został na podstawie przelicznika – stawka podstawowa razy wskaźnik korygujący 2,8.

Błędny system

Zasady te wydają się przejrzyste, jednakże skomplikowany system przyjęcia pacjenta do placówki opieki długoterminowej, wprowadzenie restrykcyjnych, niejasnych i bardzo często nieprzemysłanych zasad udzielania tych świadczeń potęguje chaos. W takiej sytuacji łatwo jest przerzucić odpowiedzialność na świadczeniodawców za złe funkcjonowanie całego systemu.

Pierwszym błędem jest to, że w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, wydaje się decyzję administracyjną na udzielanie świadczenia medycznego. Decyzja ta musi spełniać określone wymogi: powinien być określony m.in. czas przyjęcia i czas pobytu (w przypadku chorób przewlekłych i niestabilności zdrowotnej tych pacjentów jest to jak wróżenie z fusów).

Następnie określone zostały bardzo wysokie wymagania kwalifikacyjne personelu (w żadnym z rodzajów świadczeń zdrowotnych nie ma aż takich wymagań) – 25% zatrudnionych pielęgniarek musi posiadać specjalizację z opieki długoterminowej. Ponadto należy zatrudnić pielęgniarki anesteziologiczne w wymiarze 25 % ogółu zatrudnionych pielęgniarek, niezależnie od tego czy pacjentów w skali Barthel sklasyfikowanych na poziomie 0 punktów jest 2 czy 100 (brak jest także określonych zadań, jakie mogłyby te pielęgniarki wykonywać). W przypadku pacjentów w skali Barthel sklasyfikowanych na poziomie 0 punktów należy zatrudnić fizjoterapeutów 1 na 4 podopiecznych (dla przykładu w specjalistycznym ośrodku rehabilitacyjnych – leczniczym jest 1 fizjoterapeuta na 10 pacjentów). Należy również zatrudniać lekarzy specjalistów (anesteziologów, neurologów, psychiatrów).

Niedoszacowanie kosztów wprowadzenia tych standardów jest sprawą powszechnie znaną, Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadził więc w 2008 roku inne zasady finansowania. Zlikwidował finansowanie pacjentów określa-



nych jako apalicznych lub wegetatywnych i wprowadził zasadę, że każdy pacjent, który według skali Barthel sklasyfikowany zostanie na poziomie 0 punktów będzie finansowany z wskaźnikiem korygującym 2,8 do stawki podstawowej. Jednocześnie NFZ zwiększył stawkę osobodnia wówczas o ok. 50%.

Miało być pięknie

Przyszłość jawiła się pięknie. Ale niestety krótko trwała radość, bo okazało się że:

1. Utrzymano w umowach zapis dotyczący maksymalnego poziomu finansowania. W konsekwencji oznacza to, że z jednej strony powinno się limitować świadczenia, ale z drugiej strony, jeżeli wydana jest decyzja administracyjna, nie ma podstaw do odmowy świadczenia. Nie można też przenieść tego pacjenta do innej placówki, bo po prostu takich placówek nie ma.

2. Zaczęto też ograniczać możliwość zakwalifikowania pacjenta do poziomu 0 punktów (bo przecież wiązało się to z większym poziomem finansowania), m.in. poprzez wprowadzenie zapisów, że osoba może uzyskać 0 punktów tylko i wyłącznie wtedy, gdy ma założoną sondę czy gastrostomię. W praktyce nie ma to nic wspólnego z zaburzeniami połykania czy z jakąkolwiek samodzielnością w tym zakresie.

Taki całkowicie nielogiczny zapis ogranicza możliwość zakwalifikowania tych chorych do grupy, która mogłaby uzyskać wyższy poziom finansowania, a przez to większe możliwości poprawy jakości życia. Bo przecież nikomu chyba nie przyjdzie do głowy, żeby dla chęci zysku zakładać pacjentom sondy? ■

Walka o prawa pacjenta

z Marią Zdeb,
Prezesem Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”
rozmawia Anna Sulka

– Co było bodźcem do powołania Stowarzyszenia?

– Stowarzyszenie zrzesza pacjentów cierpiących na nietrzymanie moczu oraz osoby zainteresowane profilaktyką tej dolegliwości. Powstało z inicjatywy grupy społeczników dostrzegających potrzebę zmian porządku prawnego regulującego dostęp do leczenia i refundowanych środków absorpcyjnych oraz konieczność podnoszenia świadomości wagi problemu wśród pacjentów, lekarzy i decydentów. Osoby, które czują się osamotnione w walce ze swoim problemem oraz ich rodziny znajdują w naszym Stowarzyszeniu pełne zrozumienie i wsparcie.

– Przeglądając Państwa stronę internetową odniosłam wrażenie, że Stowarzyszenie jest bardzo aktywne.

– Staramy się być wszędzie tam, gdzie zapadają decyzje, które bezpośrednio wpływają na nasze życie. Cały czas monitorujemy pracę Ministerstwa Zdrowia nad rozporządzeniem dot. zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne. Bierzymy udział w konsultacjach społecznych, konferencjach, kongresach, przygotowujemy opinie dot. aktów prawnych, a także przedkładamy w Ministerstwa Zdrowia własne postulaty i projekty.

– Która z Państwa ostatnich inicjatyw zasługuje na szczególną uwagę?

– Jednym z naszych priorytetów jest zwiększenie dostępu do środków higienicznych poprzez poszerzenie listy lekarzy uprawnionych do wypisywania zleceń na refundowane środki wchłaniające o lekarza ginekologa. Obecnie takie uprawnienia posiadają lekarze specjalści w zakresie neurologii, onkologii, urologii i chirurgii, zlecenia może wystawiać również lekarz POZ. Naturalną reakcją kobiet na problem z NTM jest wizyta u ginekologa, tym bardziej dziwi fakt, że nie posiada on uprawnień w zakresie wystawiania zleceń na środki chłonne. Od lat staramy się również o uznanie nietrzymania moczu za kryterium chorobowe jednoznacznie uprawniające do otrzymania refundacji oraz o zwiększenie limitów ilościowych do 90 szt. środków absorpcyjnych miesięcznie. To absolutne minimum. W Europie standardem jest 120 sztuk – limity obowiązujące w Polsce urągają ludzkiej godności.

– Jak ocenia Pani politykę państwa w dziedzinie dostępu do środków pomocniczych i leków? Co z innymi formami terapii?

– Odnoszę niestety wrażenie, że problem ok. 4 milionów osób cierpiących na NTM spychany jest na margines. Przepisy regulujące dostęp do środków pomocniczych wydawanych cyklicznie, mimo obietnic powtarzanych przez kolejne rządy, nie zostały znowelizowane od ponad dziesięciu lat. Udział wydatków na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze w kosztach świadczeń zdrowotnych jest regularnie ograniczany. – w 2010r. został zredukowany o kolejne 17 mln. zł. W dziedzinie informacji, edukacji oraz dostępu do profilaktyki i leczenia NTM Polska również pozostaje na szarym końcu pośród krajów Wspólnoty. Czas, który upływa od wystąpienia pierwszych objawów NTM do momentu rozpoczęcia leczenia wynosi średnio od pięciu do dziesięciu lat. Warto zadać sobie pytanie dlaczego kobiety latami nie szukają pomocy? A co z tymi, które jednak trafią do specjalisty? Tylko część z nich może liczyć na wsparcie ze strony instytucji państwowych. Obecnie żaden z leków stosowanych w leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego nie jest finansowany ze środków publicznych (red. poza oksybutyniną w SM). Odmawia się nam prawa do refundowanej terapii farmakologicznej, jednocześnie ograniczając dostęp do środków wchłaniających współfinansowanych przez państwo. Inne formy terapii takie jak biofeedback czy gimnastyka wzmacniająca mięśnie Kegla w ogóle nie są współfinansowane.

– Co według Pani należałoby jeszcze zrobić aby podnieść poziom leczenia nietrzymania moczu w Polsce?

– Przede wszystkim należy edukować lekarzy i społeczeństwo. Powinniśmy zdać sobie sprawę, że nietrzymanie moczu nie jest nieuniknionym elementem starości ale chorobą, którą można leczyć. Kobiety, które zamierzają urodzić dziecko oraz panie w okresie około menopauzalnym powinny być informowane jaką profilaktykę podjąć aby w przyszłości uniknąć problemu.

– Wiele mówi się o konieczności konsultacji społecznych oraz uwzględnia-



niu stanowiska środowisk pacjenckich w procesie legislacyjnym. Czy faktycznie głos pacjentów ma znaczenie?

– Konsultacje społeczne są formą dialogu między decydentami, a społeczeństwem. Procedura ta powinna gwarantować wymianę poglądów – wysłuchanie drugiej strony oraz modyfikowanie projektu. Niestety odnoszę wrażenie, że jest zgoła odmiennie. Konsultacje społeczne są wymogiem formalnym w procesie legislacyjnym i służą jedynie informowaniu o planach Ministerstwa.

– Jakie są Państwa plany na najbliższe miesiące?

– Nasze Stowarzyszenie zamierza złożyć wniosek o zmianę warunków realizacji świadczenia gwarantowanego z zakresu zaopatrzenia w środki absorpcyjne. Wnosimy o zmianę jednostek chorobowych uprawniających do zaopatrzenia w artykuły wchłaniające. Obecnie refundowane środki wchłaniające przysługują jedynie osobom, u których zdiagnozowano chorobę nowotworową, mają głębokie upośledzenie umysłowe czy wady rozwojowe. Zgodnie z uprawnieniami, które otrzymaliśmy na mocy ustawy „koszykowej” jako Stowarzyszenie, które działa na rzecz ochrony praw pacjentów mamy taką możliwość. Natomiast Agencja Ocen Technologii Medycznych oraz Ministerstwo Zdrowia będą zobowiązane ustosunkować się do naszego postulatu. ■

„Bądź aktywny po pięćdziesiątym roku życia”

Ćwiczenia dla seniorów zachowawczym sposobem leczenia NTM

mgr Agata Frysztak

Doktorantka AWF Warszawa Międzynarodowy Instruktor Pilates Matwork
Instruktor rekreacji ruchowej ze specjalnością kinezygerontoprofilaktyki

Wydłużenie się życia ludzkiego spowodowało, że zarówno na świecie, jaki i w Polsce zagadnienie dotyczące ludzi w starszym wieku stały się przedmiotem badań wielu nauk, tak w wymiarze teoretycznym, jak również praktycznym.

W ciągu ostatnich 50 lat odsetek osób starszych w Polsce wzrósł ponad dwukrotnie. Niebawem więc, co piąty mieszkaniec Polski będzie seniorem. Jednak miarą jakości życia nie zawsze jest jego długość, lecz na pewno aktywność w szerokim tego słowa znaczeniu, utożsamiana z hasłem profilaktyki starości: dodawaj życia do lat, a nie tylko lat do życia.

Bądź aktywny

Regularna aktywność ruchowa to jeden z najważniejszych czynników łagodzących wpływ wieku, umożliwiających tzw. „pomyślnie starzenie się”. Bycie aktywnym redukuje ryzyko chorób serca, nadciśnienia, cukrzycy, upadków i złamań, osteoporozy, zawału, depresji, raka okrężnicy oraz przedwczesnej śmierci. Daje możliwość poznania nowych ludzi, uczucie odprężenia, lepszy sen, lepsze psychiczne i fizyczne zdrowie, więcej energii, polepszenie swojej samooceny, relaksację i redukcję stresu przyczyniając się do polepszenia jakości życia. Tymczasem aktywność fizyczna osób starszych w Polsce jest niska. Tylko około 1% ludzi starszych deklaruje uprawianie sportu i aktywności fizycznej, a niespełna 30% odbywanie regularnych spacerów, co nie napawa optymizmem.

*„Dodawaj życia do lat,
Nie tylko lat do życia.”*

Jedną z najistotniejszych korzyści dla osób starszych wynikających z regularnej aktywności fizycznej może stanowić właśnie poprawa ich sprawności funkcjonalnej, rozwinięcie siły, mobilności i równowagi, a długoterminową korzyścią będzie wolniejszy spadek sprawności w stosunku do wieku.

Odpowiedni dobór ćwiczeń

Starość sama w sobie jest wskazaniem do aktywności ruchowej. Należy jednak pamiętać, że istnieją różne przeciwwskazania do jej podejmowania.

Przeciwwskazania te można podzielić na przeciwwskazania ze względu na charakter choroby i stan czynnościowy (ocena funkcji).

Do przeciwwskazań ze względu na charakter choroby należą: choroby ostre w początkowym okresie (np. zapalenie płuc, ostre zapalenie stawów, zawał serca, udar mózgu), choroby nowotworowe w okresie uogólnienia, skazy krwotoczne, choroby metaboliczne w okresie niewyrównania.

Przeciwwskazaniami ze względu na stan czynnościowy (mającymi charakter względny lub okresowy), zależnymi od aktualnej wydolności pacjenta, są: niewydolność krążenia, niektóre zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie tętnicze w okresie zaawansowanym, niewydolność oddechowa, zaburzenia równowagi wodno-elektrolitowej.

Dlatego też, aktywność ruchowa dla osób po pięćdziesiątym roku życia musi być zawsze indywidualnie dobrana.

Jaką formę aktywności wybrać?

Jaki zatem rodzaj aktywności proponować osobom po pięćdziesiątym roku życia?

Odpowiedź brzmi: każdy jakiego, zechcą się podjąć osoby starsze!

Zgodnie ze światowymi zaleceniami odnośnie ćwiczeń i aktywności ruchowej, wszyscy (w tym także osoby starsze) powinni być aktywni fizycznie w stopniu przekraczającym wysiłek wynikający z czynności dnia codziennego o wartość równoważną utracie 1000 kcal (4200 kJ) na tydzień. Według tych zaleceń konieczne jest podejmowanie umiarkowanej aktywności fizycznej w ciągu 30-60 min. 5-7 dni w tygodniu.

Do wyboru mamy wiele form ruchu. Występuje tutaj duża różnorodność: od gimnastyki, treningów opartych na marszach, ćwiczeniach aerobowych, siłowych, głębokościowych po treningi oparte na ćwiczeniach koordynacyjnych, równoważnych i relaksacyjnych, gdzie wspólnie największy nacisk kładzie się na trening siłowy łączony z oporowym z elementami równowagi i stretchingu, odchodząc powoli od popularnych jeszcze kilka lat temu treningów



Materiały autora

wytrzymałościowych dla osób starszych. Najważniejsza jest jednak kwestia dopilnowania aby proponowane ćwiczenia były prowadzone w odpowiedni sposób i przy współpracy z lekarzem.

Pamiętaj o mięśniach dna miednicy

Dość często spotykaną dolegliwością, szczególnie wśród osób po pięćdziesiątym roku życia (zwłaszcza kobiet), jest nietrzymanie moczu (NTM). Rzadko kiedy zdajemy sobie jednak sprawę, że do pojawienia się, jak i rozwoju tej dolegliwości możemy przyczynić się sami poprzez prowadzenie nieodpowiedniego stylu życia.

Mięśnie dna miednicy, których część zwana jest także mięśniami Kegla, z upływem lat słabną, jak wszystkie mięśnie. Proces ten nasila się ze względu na nieprawidłowy styl życia, stres, ciężką pracę fizyczną czy przebyte porody. Osłabienie mięśni dna miednicy skutkuje problemami z niewłaściwą postawą, bólami pleców, a także często nietrzymaniem moczu. *Wiele pacjentek nie wie, że nietrzymanie moczu można i trzeba leczyć, a w wielu przypadkach można też pomóc poprzez zmianę nawyków i ćwiczenia. Do występowania nietrzymania moczu mogą przyczynić się takie czynniki, jak nadwaga, zbyt intensywny wysiłek fizyczny czy też nadmierna ilość kofeiny w organizmie – tłumaczy doc. Piotr Radziszewski z Katedry i Kliniki Urologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.*

Tylko jedna czwarta Polek cierpiących na NTM przyznaje, że kiedykolwiek ćwiczyła mięśnie dna miednicy. Tymczasem, ćwiczenia te nie tylko zapo-

biegają i pomagają leczyć nietrzymanie moczu, lecz także wzmacniają kręgosłup i mięśnie brzucha, poprawiają ogólną kondycję ciała oraz jakość życia.

Mięśnie, które nie wykonują żadnej pracy, słabną i w rezultacie stają się dużo mniej efektywne. Dlatego systematyczne ćwiczenie mięśni dna miednicy powinno być nawykiem każdej kobiety. Wówczas ma ona szansę wyeliminować nieprzyjemne skutki osłabienia mięśni jak mimowolne wyciekanie moczu podczas kaszlu, śmiechu czy ćwiczeń fizycznych, a także brak satysfakcji z życia seksualnego – wyjaśnia prof. Włodzimierz Baranowski z Kliniki Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Wojskowego Instytutu Medycznego.

Żeby poprawnie ćwiczyć, trzeba wiedzieć, gdzie dokładnie są mięśnie dna miednicy?

Jest to grupa mięśni „zawieszona” między kością łonową a ogonową. Wiele osób nie potrafi zlokalizować tej grupy mięśniowej i

często wykonuje ćwiczenia w niewłaściwy sposób. Przed rozpoczęciem właściwego treningu należy przede wszystkim prawidłowo zlokalizować położenie mięśni dna miednicy, a następnie nauczyć się ich prawidłowego napinania i rozluźniania. Jak je odnaleźć i zacząć ćwiczyć samemu przedstawiono bardzo dobrze w kilku kolejnych artykułach Kwartalnika NTM (28/2009, 29/2009 „Trening mięśni dna miednicy dla początkujących” oraz 30/2009 „Trening mięśni dna miednicy dla zaawansowanych”). Zajęcia z gimnastyki uwzględniającej ćwiczenia wspomagające dla wszystkich rodzajów NTM (służące wzmocnieniu mięśni dna miednicy) prowadzone są już w wielu ośrodkach i placówkach na terenie całego kraju.

Coraz bardziej popularny staje się również wśród osób po pięćdziesiątym roku życia pilates – wskazany dla osób z problemem nietrzymania moczu. Celem ćwiczeń pilates jest przywrócenie równowagi

w naszym ciele. Równowaga ta polega na płynnym i kontrolowanym napinaniu i rozciąganiu odpowiednich mięśni. Pilates skupia się na wzmacnianiu „centrum” naszego ciała, wypracowaniu silnych mięśni głębokich brzucha i pleców oraz na ustabilizowaniu kręgosłupa przy jednoczesnym zrelaksowaniu mięśni karku. Metoda pilates zajmuje się również mięśniami dna miednicy, które są bardzo ważne szczególnie dla kobiet, gdzie w innych metodach, czy rodzajach zajęć aktywności ruchowej mięśnie dna miednicy, często są odsuwane na plan dalszy, lub w ogóle nie są brane pod uwagę.

Wszystko to natomiast, co ćwiczymy w metodzie pilates, prowadzi do utworzenia silnego naturalnego „gorsetu”, który jest podstawą płynnego i harmonijnego ruchu całego naszego ciała. ■

Szczegółowe przykłady ćwiczeń pilates uwzględniające pracę mięśni dna miednicy w kolejnym numerze Kwartalnika NTM.

Global Forum on Incontinence Dokąd zmierzamy?

Tomasz Michałek

Opieka długoterminowa, rola opiekunów, problemy społeczne, demograficzne, zróżnicowanie kulturowe, ekonomia zdrowia. Te wszystkie tematy omawiano podczas III edycji Światowego Forum nt. nietrzymania moczu. Jak uniwersalny to problem można było się zorientować słuchając prelegentów z Chin, Bliskiego Wschodu, USA i Unii Europejskiej. Co szczególnie zwracało uwagę, to koncentrowanie się wielu mówców na aspekcie społeczno-ekonomicznym. Według Rosanny Tarricone z Uniwersytetu Bocconi w Mediolanie, w 2004 roku Stany Zjednoczone przeznaczyły na koszty bezpośrednie związane z NTM aż 19 mld USD. W Europie takie dane nie zostały zebrane. Wraz z postępującymi zmianami demograficznymi za 10 lat, prognozuje Tarricone, koszty diagnostyki, leczenia i zaopatrzenia w środki absorpcyjne wzrosną o około 25%. Oznacza to konieczność zoptymalizowania polityki społecznej praktycznie w każdym kraju zachodniej cywilizacji. Z tym wyzwaniem spróbował się zmierzyć fiński ekonomista Olli Tolkki z Uniwersytetu w Helsinkach, który zbadał koszty dwóch rodzajów opieki nad osobami wymagającymi stałej opieki. Wyniki są szokujące. Tak szeroko rozpowszechniony w krajach zachodnich model instytucjonalnej opieki,

coraz popularniejszy w Polsce, okazuje się być bardzo drogi. Według wyliczeń Tolkki, rocznie opieka instytucjonalna nad jedną osobą kosztuje ponad 50 tys. EURO, podczas gdy opieka domowa wykonywana przez wykwalifikowanego opiekuna kosztuje ok. 6 tysięcy EURO rocznie.

W Polsce zaczynamy ten problem zauważać. Pierwszym istotnym elementem jest powołania nowego zawodu medycznego jakim jest opiekun medyczny. Brakuje jednak systemu w jakim taka osoba mogłaby sprawnie i stosunkowo tanio funkcjonować. Nadal brakuje nowoczesnych standardów, które powinny zostać określone w modelu opieki długoterminowej oraz opieki pielęgnacyjnej.

Zauważają to już Chińczycy, którzy w poruszającej prezentacji Guo Pinga z Chińskiego Centrum Badań nad Starzejącym się Społeczeństwem, zmierzili się z problemem zmian demograficznych, będących następstwem wieloletniej polityki „jednego dziecka”. Wnioski do jakich doszli Chińczycy są jednoznaczne. Należy ograniczyć model opieki instytucjonalnej, poczynając od najdroższej formy jaką jest hospitalizacja na rzecz wsparcia modelu opieki domowej, zapewniając opiekunom godne wynagrodzenie i możliwość szerokiego korzystania z nowoczesnych środków pielęgnacyjno-higienicznych.



Materiały organizatora

O tym, jak ważną rolę zaczyna odgrywać opiekun domowy, świadczy wystąpienie Roberta Andersona, prezydenta EUROCARERS, europejskiej organizacji zajmującej się problematyką opieki domowej. W jego wystąpieniu wielokrotnie pojawiał się aspekt konieczności przededefiniowania modelu opieki nad osobami przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi. Ostatnie wydarzenia związane z kryzysem gospodarczym i postępującym zadłużeniem gospodarek europejskich wskazuje, że nasz kontynent musi przygotować się na głębokie zmiany w polityce społecznej. Gwałtownie starzejące się społeczeństwo nie daje nam zbyt wiele czasu na dyskusje. Unia Europejska jako całość już to zauważyła. Politycy krajowi niekoniecznie. W efekcie wygrażą te państwa i ich obywatele, które szybko do tego dojrzeją. Pozostałe czeka los Grecji. ■

Polskie Towarzystwo Stomijne POL-ILKO

Życie ze stomią

Magdalena Kowalewska

Zabieg wyłonienia stomii nie jest współcześnie zabiegiem skomplikowanym, jednak sama decyzja pacjenta – zgoda na operację, to niezmiernie trudny i dramatyczny wybór. Problemy z jakimi trzeba się borykać po zabiegu przerażają wielu chorych i powodują ich odsuwanie się i rezygnację z aktywnego życia.

Z troski o osoby ze stomią zrodziła się idea powstania Polskiego Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO. Zostało ono założone w 1987 r. w Poznaniu. Obecnie posiada 20 oddziałów regionalnych i kilka klubów w całej Polsce, jest też członkiem Światowego Stowarzyszenia Stomijnego. Zrzesza ok. 40.000 osób. Inicjatorem powstania Towarzystwa POL-ILKO był prof. Roman Góral, ówczesny kierownik Kliniki w Poznaniu, prekursor zabiegów wyłaniania stomii w Polsce. Prezes „POL-ILKO”, pan Andrzej Piwowarski wspomina, że *Prof. Góral potrafił dostrzec problemy swoich pacjentów, wiedział, iż te osoby wymagają specyficznej pomocy – nie tylko medycznej i pielęgniarskiej, ale również psychologicznej. Wspólnie z pielęgniarką Urszulą Sobczak i psycholog Jolantą Fryc-Martyńską doprowadził do tego, że po wielu latach starań, ruch wzajemnej pomocy stomików nabrał odpowiednich ram i został prawnie usankcjonowany.*

Sam temat stomii jest wciąż tematem tabu, mimo wielu starań „POL-ILKO” nad rozprzeczaniem wiedzy o niej. Stomia to zmiana w anatomii organizmu, powstała wskutek operacji, która polega na połączeniu światła jelita grubego, cienkiego lub moczowodu ze skórą na powłokach brzusznych. W konsekwencji dotychczasowe ujścia treści jelitowej (lub mocz) nie są już używane. Powstaje nowe ujście przewodu pokarmowego (lub układu moczowego) zwane właśnie stomią lub przetoką. Stomię wykonuje się najczęściej w przypadku nowotworu jelita grubego lub pęcherza, a także chorób zapalnych jelit lub w następstwie urazów okrężnicy lub odbytnicy. Wykonanie stomii w połączeniu ze stosowaniem odpowiedniego sprzętu, umożliwi pacjentom bezpieczeństwo i normalne życie. Przetoka bywa często odwracalna (tzw. stomia czasowa), co oznacza, że po

zagojeniu się pozostałej części zoperowanych jelit i ustąpieniu objawów choroby istnieje szansa na przywrócenie normalnego sposobu wypróżniania. Jednak w przypadku zaistnienia zmian nowotworowych, kiedy usuwane jest całe jelito wraz ze zwieraczami odbytu, trzeba zaakceptować obecność woreczków z treścią jelitową na brzuchu. Wytworzona stomia jest wówczas zabiegiem ratującym życie i ma charakter stały.

POLKO

Działania Polskiego Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO mają przede wszystkim na celu ochronę i promocję zdrowia w zakresie problematyki stomijnej, podejmowanie starań zmierzających do osiągnięcia pełni aktywności życiowej osób, którym wytworzono operacyjnie stomię. Wiceprezes „POL-ILKO” oraz Prezes Oddziału w Warszawie, pani Dorota Kaniewska podkreśla, że problemami z jakimi najczęściej zgłaszają się pacjenci jest brak wiedzy o samej stomii i sprzęcie stomijnym oraz niewystarczające limity przyznawania tego sprzętu, niepodwyższone od wielu lat, mimo interwencji władz Stowarzyszenia w Ministerstwie Zdrowia. *Pielęgniarki w szpitalach poświęcają za mało czasu na nauczanie pacjentów pielęgnacji stomii i prawidłowego korzystania ze sprzętu stomijnego. Nowo operowani stomicy nie radzą sobie ani ze zmianą sprzętu, ani z jego odpowiednim doбором – dodaje wiceprezes. Dlatego też działania „POL-ILKO” skupiają się również na ułatwianiu dostępu do leczenia oraz organizowaniu pomocy w rehabilitacji leczniczej i readaptacji społecznej osób ze stomią oraz budzeniu i pogłębianiu wrażliwości społecznej na problemy stomików. Ważna jest też współpraca z producentami sprzętu stomijnego oraz rzecznictwem we władzach resortowych i państwowych*

Do najważniejszych osiągnięć organizacji prezes Piwowarski zalicza fakt, że sprzęt stomijny, dzięki wieloletnim staraniom, jest prak-



Andrzej Piwowarski – Prezes „POL-ILKO”

tycznie w 100% refundowany. Istotną sprawą jest też rozwój ruchu stomijnego i oddziałów regionalnych, przez co możliwe jest dotarcie z pomocą do większej grupy pacjentów. Bardzo ważnym aspektem funkcjonowania „POL-ILKO” jest też specyficzny wolontariat stomijny działający od 1997 roku. Jego specyfika polega na tym, że wolontariuszami mogą zostać jedynie ci, którzy mają stomię. – *Są to ludzie optymistycznie nastawieni do życia, doskonale znający i rozumiejący problemy nowych pacjentów i ich rodzin, ludzie niosący pomoc własnym przykładem, pokazujący, że ze stomią można normalnie, aktywnie żyć* – podkreśla prezes Piwowarski. Również dzięki staraniom Towarzystwa, dzień 5 października począwszy od roku 2008 jest ogłoszony Krajowym Dniem Stomika.

„POL-ILKO” uczestniczy w różnych edukacyjnych kampaniach społecznych. Jest współorganizatorem konkursów artystycznych „Moja historia z rakiem. Gdy słowa to za mało...” oraz partnerem akcji „Ocal chore miasto”. Bardzo ważną sprawą jest również profilaktyka, czyli większa dostępność badań kolonoskopowych i zapobieganie rakowi jelita grubego. Rak w Polsce wykrywany jest zbyt późno i dlatego liczba stomików niestety ciągle rośnie. Ostatnie dane mówią o 13.000 chorych rocznie, 65% pacjentów umiera. ■

Ile kosztuje NTM i stomia – porównanie refundacji i kosztów pacjenta

Magdalena Kowalewska

Zasady refundacji przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych obowiązujące w Polsce sprawiają, że nasz kraj plasuje się na szarym końcu listy państw europejskich w kwestii refundacji wyrobów medycznych.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze określa m.in. ilość środków absorpcyjnych i sprzętu stomijnego refundowanych miesięcznie osobom cierpiącym na NTM oraz stomikom.

Osobom chorym na NTM w ramach refundacji przysługuje raz na miesiąc 60 sztuk pieluch anatomicznych. Pacjenci mogą je otrzymać bezpłatnie przy limicie ceny 77 zł (100 proc. refundacji przysługuje tylko wąskiej grupie pacjentów – czytaj więcej na str. 20). Zaś przy limicie ceny 90 zł trzeba zapłacić 30 proc. kwoty. Zamiast pieluch anatomicznych można otrzymać raz w miesiącu bezpłatnie zamiennie 60 sztuk pieluchomajtek, podkładów albo wkładów anatomicznych. Przy zakupie tych środków również obowiązuje 30-sto procentowa odpłatność przy limicie ceny 90 zł.

UWAGA: Refundacja przyznawana jest jedynie wtedy, gdy pacjent z NTM cierpi także na chorobę nowotworową, czy głębokie upośledzenie umysłowe lub postępującą chorobę układu nerwowego z pęcherzem neurogennym lub z zaburzeniami mikcji zwieraczy. Osoby, które dotknęło „tylko” NTM nie mają prawa do refundacji produktów wchłaniających! NTM nie jest traktowane jako jednostka chorobowa.

Stomikom przysługuje zaś bezpłatny, refundowany w 100% przez NFZ sprzęt stomijny, czyli przede wszystkim samoprzylepne woreczki do zbierania kału lub moczu przyklepane do skóry wokół stomii w ilości 90 sztuk miesięcznie. Przysługują również w równowartości kosztu worków – wszelkie środki kosmetyczne służące do pielęgnacji stomii i skóry wokół stomii, a także pasy przytrzymujące worki stomijne oraz akcesoria służące do irygacji stomii. Pacjentom z różnym rodzajem stomii przyznane są różne miesięczne limity cenowe. I tak kolostomikom przysługuje limit 300 zł, ileostomikom – 400 zł, zaś urostomikom – 480 zł miesięcznie.

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO, pani Dorota Kaniewska podkreśla, że z chwilą przyłączenia Polski do Unii Europejskiej, władze zatwierdziły najwyższy VAT równy 7% na sprzęt medyczny dla stomików, co spowodowało zmniejszenie ilości refundowanego sprzętu. – *Jednak cały czas walczymy o zwiększenie limitów* – zapewnia pani prezes. Liczba 3 worków na dobę niestety bardzo często nie wystarcza pacjentom. Są zmuszeni do dodatkowych wydatków, aby móc żyć normalnie, nie rezygnować z wszelkiej aktywności. – *Uśrednione wydatki stomików na sprzęt stomijny wynoszą ok. 80-100 zł miesięcznie* – szacuje prezes „POL-ILKO”, pan Andrzej Piwowarski.

Trzeba jednak przyznać, że ilość 3 worków na dobę, która nie zapewnia normalnego funkcjonowania pacjentom ze stomią, jest i tak wyższa niż limit dla osób z NTM, które otrzymują tylko 2 pieluchy na dobę. Ułatwieniem dla stomików w dostępie do sprzętu stomijnego jest również brak dodatkowych wskazań medycznych uprawniających do otrzymania refundowanego sprzętu. 100-tu procentowa dopłata przyznawana jest pacjentom posiadającym stomię, nie cierpiącym dodatkowo na inne schorzenia.

Refundowana ilość środków absorpcyjnych nie wystarcza, by osoba z NTM mogła prowadzić normalne, aktywne życie. – *To wręcz nierealne* – mówi Maria Zdeb, Prezes Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”.

Przyznanie 2 pieluch na dobę to stanowczo za mało. – *Dla komfortowego, dobrego samopoczucia osobie funkcjonującej normalnie – pracującej, prowadzącej gospodarstwo domowe, wychodzącej czasami po pracy potrzeba minimum 5 sztuk zróżnicowanych środków absorpcyjnych na dobę. To absolutna konieczność* – dodaje pani prezes. Dodatkowe 90 sztuk produktów wchłaniających, za które osoby z NTM muszą zapłacić całość kwoty, znacznie obciąża domowy budżet. – *Miesięczny koszt to wydatki rzędu 150-200 zł* – wylicza pani Prezes.

Duża część osób z NTM, którym przysługuje refundacja środków absorpcyjnych to renciści i emeryci. Kwota dodat-

kowych wydatków na produkty wchłaniające stanowi prawie 30 proc. najniższej emerytury i prawie 40 proc. najniższej renty. Około jedną trzecią swoich dochodów osoby te muszą poświęcić więc na zakup koniecznych pieluch, czy pieluchomajtek. Do tych sum trzeba dodać jeszcze duże wydatki na lekarstwa, wyżywienie i wszelkie opłaty. Takie osoby nie są w stanie same się utrzymać, mimo otrzymywanej refundacji. Bez pomocy rodziny pacjenci starsi, samotni nie są w stanie sobie poradzić z wydatkami na produkty wchłaniające. Poza tym brak odpowiedniej ilości tych produktów często prowadzi do późniejszych powikłań i schorzeń związanych z niewłaściwą higieną.

Dużo wyższe są wydatki osób z NTM, których refundacja nie obejmuje. Często NTM dotyka młode kobiety po przebytej ciąży. NTM po porodzie dotyczy 13 do 24 proc. kobiet. Te osoby zmuszone są przeznaczać miesięcznie nawet do 350 zł na środki absorpcyjne. To znacznie obciąża budżet domowy, w którym znajdują się również wszelkie inne wydatki na potrzeby dziecka, wyżywienie, opłaty itp.

Ministerstwo Zdrowia po raz kolejny nie uwzględniło rzeczywistych potrzeb pacjentów wymagających zaopatrzenia ortopedycznego i pomocniczego. Ani osoby z wylonioną stomią, ani z NTM nie są w stanie normalnie funkcjonować w życiu codziennym bez dodatkowych wydatków rzędu kilkuset złotych na niezbędne środki medyczne. ■

Porównanie wydatków osób ze stomią i z NTM na środki pomocnicze

	STOMIA z refundacją	NTM bez refundacji*	NTM z refundacją*
MIESIĘCZNY KOSZT	100 zł	225 zł	162 zł
NAJNIŻSZA EMERYTURA	706,29 zł		
wydatki na środki pom.	14%	32%	23%
PRZECIĘTNA EMERYTURA	1 698 zł		
wydatki na środki pom.	6%	13%	10%
NAJNIŻSZA RENTA	543,29 zł		
wydatki na środki pom.	18%	41%	30%
PRZECIĘTNA RENTA	1 265 zł		
wydatki na środki pom.	8%	18%	13%
MINIMALNE WYNAGRODZENIE	1 317 zł		
wydatki na środki pom.	8 %	17%	12%
PRZECIĘTNE WYNAGRODZENIE	3 102,96 zł		
wydatki na środki pom.	3%	7%	5%

* Szacunkowe koszty uwzględniają zużycie 5 szt. środków absorpcyjnych na dobę.

Sprawdź kod!

Marta Banaszak

Pan Marian z Kielc ze względu na wykrytą chorobę nowotworową przeszedł kilka lat temu ciężką operację. Od pięciu lat korzysta ze środków wchłaniających. Dopiero niedawno dowiedział się, że na jego zleceniach na środki pomocnicze lekarz wpisuje nieprawidłowy kod.

– Oznaczało to dla mnie konieczność większej dopłaty do przysługujących mi środków – wyjaśnia pan Marian. – Zacząłem sam szukać przepisów, które regulują te kwestie. Okazało się, że lekarze na moich zleceniach wpisywali kod, który uprawniał mnie do 30-procentowej refundacji do ceny limitu. Wskazałem więc lekarzom ich pomyłkę, odnosząc się do obowiązujących przepisów. Zaskoczyło mnie jednak to, że to ja jako pacjent muszę być dla nich źródłem informacji o aktualnych przepisach prawnych. Lekarze skarżą się zaś, że brakuje rzetelnych informacji, które umożliwiłyby im stosowanie właściwych kodów.

Kwestie te reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze.

Osobami uprawnionymi do refundacji przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych w cenie limitu określonej wyżej cytowanym rozporządzeniem na środki pomocnicze są **osoby represjonowane, inwalidzi wojenni lub wojskowi.**

– Osobom, u których stwierdzono postępującą chorobę układu nerwowego z pęcherzem neurogennym lub z zaburzeniami mikcji zwieraczy bądź z głębokim upośledzeniem umysłowym lub z określonymi wadami rozwojowymi, przysługują comiesięcznie środki pomocnicze o kodach zaopatrzenia 9245.01–9245.02, oraz zamienniki o kodach 9245.03–9245.05 – wyjaśnia Karolina Krawczyk, kierownik Działu Obsługi Bezpośredniej Świadczeniobiorców i Rozliczeń Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. – Dla osób uprawnionych z tej grupy zaopatrzenia comiesięcznego **limit wynosi 90 złotych – dla pozostałych ubezpieczonych kwota dofinansowania wynosi 63 złote (70% do wysokości limitu).**

Osobom, u których stwierdzono chorobę nowotworową przebiegającą w postaci owrzodziały lub krwawiących guzów krocza lub okolicy krzy-

żowej, przetoki nowotworowe lub popromienne (pęcherzowopochwowe, pęcherzowo-pochwowodbytnicze, pochwowodbytnicze), przysługują comiesięcznie środki pomocnicze o kodach zaopatrzenia 9244.01–9244.03 z comiesięcznym **limitem dofinansowania dla wszystkich ubezpieczonych w kwocie 77 złotych oraz dla osób uprawnionych** do zaopatrzenia w zamienniki w tej grupie o kodach 9244.04–9244.06 – limit dofinansowania wynosi **90 złotych, a dla pozostałych ubezpieczonych uprawnionych do zaopatrzenia w zamienniki kwota dofinansowania wynosi 63 złote (70% do wysokości limitu).**

Pan Marian ma żal do lekarzy, że wcześniej nie wskazali poprawnie przysługujących mu praw do refundacji. Zgodnie z obowiązującymi przepisami nie ma on jednak możliwości do tego by ubiegać się o refundację wstecz.

– Dlatego tak istotne jest by pacjent znał swoje prawa i sam szukał informacji na ich temat. Lekarze nie zawsze są z tym na bieżąco – dodaje pan Marian. ■

Nazwisko bohatera artykułu do wiadomości redakcji.

DOSTĘPNOŚĆ DO ZAOPATRZENIA W ŚRODKI POMOCNICZE I PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE WG. DANYCH WOJEWÓDZKICH ODDZIAŁÓW NFZ - STAN NA 30.04.2010

Województwo	Pieluchy i pieluchomajtki		Worki stomijne		Aparaty słuchowe		Aparaty do leczenia obturacyjnego bezdechu sennego (CPAP)		Przedmioty ortopedyczne z wyłączeniem wózków inwalidzkich		Wózki inwalidzkie	
	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących
Dolnośląskie	nb	-	nb	-	7 m. ☹️	3 822	nb	-	nb	-	3 m. 😊	509
Kujawsko-Pomorskie	nb	-	nb	-	7 m.* 😊	2 626	7 m. ☹️	52	do 8 m. ☹️	3 225	10 m. ☹️	1 070
Lubelskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Lubuskie	nb	-	nb	-	do 8 m.** 😊	-	nb	-	nb	-	nb	-
Łódzkie	nb	-	nb	-	do 6 m. ☹️	2 908	do 3 m. 😊	37	do 3 m. 😊	1 328	do 3 m. ☹️	343
Małopolskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Mazowieckie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Opolskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Podkarpackie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Podlaskie	nb	-	nb	-	4 m.	806	nb	-	4 m.	400	4 m.	265
Pomorskie	nb	-	nb	-	4 m. ☹️	1 358	nb	-	2 m. ☹️	10	3 m. ☹️	397
Śląskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Świętokrzyskie	nb	-	nb	-	pow. 3 m. 😊	577	nb	-	pow. 3 m. ☹️	39	pow. 3 m. 😊	207
Warmińsko-Mazurskie	nb	-	nb	-	do 4 m. 😊	367	nb	-	do 4 m. 😊	53	do 4 m. 😊	170
Wielkopolskie	nb	-	nb	-	2 m. ** ☹️	3 880	nb	-	1 m. ☹️	776	1 m. ☹️	286
Zachodniopomorskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-

nb – na bieżąco

* dzieci – na bieżąco; ** dzieci, osoby czynne zawodowo – na bieżąco

😊 - poprawa sytuacji w stosunku do poprzedniego kwartału; ☹️ - pogorszenie sytuacji w stosunku do poprzedniego kwartału

Kategoryzacja produktów wchłaniających

Anna Sulka

Nietrzymanie moczu powoduje znaczne obniżenie komfortu życia. W wyniku choroby następuje wycofanie z pracy zawodowej, rezygnacja z kontaktów towarzyskich, podróży czy aktywnego wypoczynku. Dlatego też proces leczenia powinien uwzględniać nie tylko diagnostykę i odpowiednią terapię, ale także środki, które zapewnią choremu możliwość pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Eksperti Światowej Organizacji Zdrowia obradujący w ramach spotkań International Consultation On Incontinence rekomendują środki absorpcyjne w zachowawczym leczeniu nietrzymania moczu jako uznaną metodę poprawy jakości życia osób z NTM

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze określa m.in. kategorie świadczeń zdrowotnych rzeczowych, które są współfinansowane ze środków publicznych. W ramach wykazu refundowanych środków pomocniczych

w Polsce dostępne są cztery rodzaje produktów dla osób z NTM: wkłady anatomiczne, pieluchy anatomiczne, pieluchomajtki i podkłady. Nasze prawo nie reguluje jednak kwestii kryteriów, jakie powinny spełniać poszczególne artykuły chłonne aby mogły zostać zakwalifikowane do danej kategorii. W gruncie rzeczy obowiązujące przepisy nie uwzględniają mechanizmów kontroli jakości, które ograniczałyby proceder rejestracji produktów nie spełniających norm gwarantujących skuteczne wchłanianie moczu, a tym samym zabezpieczenie przed powikłaniami.

Podpaski mimo, że są zbliżone wyglądem do wkładów anatomicznych mają całkowicie inne przeznaczenie. Są przystosowane do chłonięcia krwi, która ma inne właściwości niż moczu i wchłania się powoli. Środki higieniczne dedykowane pacjentom z NTM muszą być wykonane z odpowiednich materiałów chłonących – pulpy celulozowej. Powinny zawierać specjalny absorbent zamieniający moczu w żel. Dodatkowo powinny również zapobiegać powstawaniu nieprzyjemnego zapachu.

Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna ustanowiła normy chłonności dla różnych kategorii produktów. Wymóg przestrzegania normy ISO przez producentów środków higienicznych dostępnych w ramach refundacji byłby gwarancją zachowania odpowiedniej, wysokiej jakości produktów. ISO 11948-1 jest ustandaryzowaną metodą badania chłonności wyrobów absorpcyjnych. Analizy przeprowadzane są kilkustopniowo, zgodnie z wyznaczonymi procedurami, co daje możliwość wiarygodnego porównania chłonności poszczególnych wyrobów. Zgodnie z normą absorpcja całkowita wkładu anatomicznego wynosi 300 ml – 500 ml, pieluchy anatomicznej – 500 ml natomiast pieluchomajtki – 1300 ml. Obowiązujące przepisy dopuszczają dowolność w wyborze rodzaju produktu. W ten sposób budżet NFZ zostaje obciążony stałą kwotą bez względu na stan zdrowia pacjenta. Odpowiednia kategoryzacja produktów powiązana ze stopniem nietrzymania moczu mogłaby nie tylko poprawić jakość życia ale również zredukować wydatki NFZ. ■

PRACOWNIE URODYNAMICZNE

Badanie urodynamiczne – woj. lubelskie

Anna Sulka

W bieżącym numerze Kwartalnika NTM przedstawiamy listę placówek, w których można wykonać badanie urodynamiczne na terenie województwa lubelskiego. We wspomnianym regionie pełne badanie urodynamiczne wykonuje dziewięć placówek. Mając na uwadze zaludnienie województwa (2 182 tys. mieszkańców) na jedną pracownię przypada ponad 242 tys. pacjentów. Oznacza to, że Lubelszczyzna jest w czołówce pod względem dostępności diagnostyki nietrzymania moczu. Sytuacja w województwie lubelskim, na przestrzeni ostatnich czterech lat uległa znacznej poprawie – liczba placówek wzrosła niemal dwukrotnie. W następnym numerze Kwartalnika zaprezentujemy wykaz placówek wykonujących pełne badanie urodynamiczne w województwie łódzkim. Na bieżąco uaktualniamy również wykaz pracowni z pozostałych regionów. Pełna lista placówek wykonujących badania urodynamiczne na terenie 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

Lublin

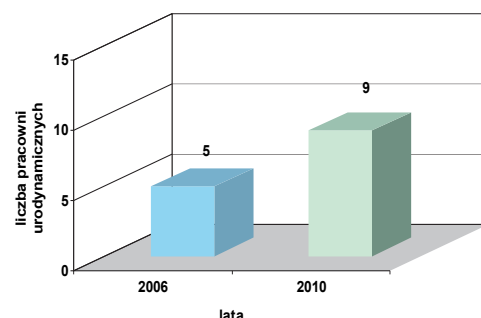
1. Dziecięcy Szpital Kliniczny im. prof. A. Gębali – Klinika Nefrologii Dziecięcej; 20-093 Lublin ul. Chodźki 2
2. NZOZ „CenterMed Lublin” Przychodnia Specjalistyczna; 20-044 Lublin, ul. Weteranów 46
3. Szpital Kliniczny Nr 1 UM w Lublinie – I Katedra i Klinika Ginekologii; 20-081 Lublin, ul. Staszica 16
4. Szpital Kliniczny Nr 4 UM w Lublinie – Klinika Ginekologii Operacyjnej; 20-090 Lublin, ul. Jaczewskiego 8
5. Szpital Kliniczny Nr 4 UM w Lublinie – Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej; 20-090 Lublin, ul. Jaczewskiego 8
6. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego;

- 20-718 Lublin, Al. Kraśnicka 100
7. Wschodnie Centrum Diagnostyczno-Zabiegowe Top-Medical;
20-601 Lublin, Tomasz Zana 29/XII
8. Okręgowy Szpital Kolejowy SP ZOZ;
20-468 Lublin, Kruczkowskiego 21

Zamość

1. Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II; 22-400 Zamość, ul. Jana Pawła II 10

Pracownie urodynamiczne



„Moje życie z NTM”

„ (...) Jestem osobą już wiekową, za dwa lata skończę 70 lat. Czuję się jednak nadal młodo, pomimo „starczych” dolegliwości. Myślę, że takie poczucie daje mi ukończona w młodości uczelnia sportowa. Przez całe życie zawodowe pracowałam z pełnym zaangażowaniem jako nauczycielka wychowania fizycznego.

Niestety, w 2003 moje przejście na emeryturę wymusiła trauma związana z chorobą nowotworową. W ciągu dwóch miesięcy w prawej piersi urósł mi 4 cm złośliwy guz. Na onkologii w ekspresowym tempie dokonano amputacji chorej piersi i pachowych węzłów chłonnych. Operacja uczyniła mnie inwalidką II grupy, a biorąc pod uwagę moją dawną sprawność i poczucie humoru, to moje kalectwo stało się w rodzinie tematem do żartów. (...).

W r. 2005 w moim układzie rozrodczym powstały dziwne zmiany, być może poczyniła je chemioterapia. Operacyjnie usunięto mi wszystko, co kobiece z jamy brzusznej. W następstwie tego zabiegu powstało nietrzymanie moczu i to wcale nie wysiłkowe. Odkryłam to z przerażeniem, leżąc spokojnie w łóżku, że następuje samoistny wyciek moczu.

Późniejsze USG nie potwierdziło uszkodzenia pęcherza moczowego. Wcześniej, na wizycie kontrolnej, zasygnalizowałam mój problem ginekologowi. Na daremno, bo nie uzyskałam żadnej porady na ten temat, natomiast wzbudziłam u lekarza zdziwienie, że nie cieszę się brakiem przerzutów nowotworowych.

Przez dwa miesiące nie wiedziałam, co zrobić z moim nowym problemem, a stale mokre majtki przyprowadzały mnie o wściekłość. Profilaktycznie zaczęłam częściej korzystać z WC i aby w miarę normalnie funkcjonować używałam popularnych podpasek. Nie byłam jeszcze zorientowana, że istnieją specjalne, bardziej chłonne wkładki (...).

Topograficznie wytypowałam trasy mojego poruszania się po Łodzi. Zrobiłam rekonesans istnienia bezpłatnych toalet na tych szlakach, a po pewnym czasie zaczęłam punktować ich wygląd i stan higieniczny, mianując się jednoosobową jurorką w określeniu „urody” tych pomieszczeń.

„Mister Kibel” uzyskał zabytkowy klozet w Banku Kredytowym w al. Kościuszki. Tak często go odwiedzałam, że wreszcie otworzyłam w tym banku konto i lokaty. Nie wiem, czy dyrektor banku byłby zadowolony z tego dziwnego pijaru...

Po mieście poruszałam się zawsze z dużą torbą, w której nosiłam podpaski, bawełniane majtki na zmianę, mydło i ręcznik. Całkowicie zrezygnowałam z eleganckiej, koronkowej bielizny i stałam się „barchanową żoną”, jak w piosence Młynarskiego.

Latem 2005 r. w telewizyjnych „Łódzkich Wiadomościach Dnia” usłyszałam krótki komunikat o tym, że klub fitness „Gracja” zaprasza kobiety z problemem nietrzymania moczu na spotkanie w określonym terminie. Na to spotkanie przyszło bardzo dużo kobiet. Po pogadance na temat naszego problemu instruktorka zapoznała nas z ćwiczeniami. Zorientowałam się, że są to ćwiczenia na wzmocnienie mięśni Kegla, o których istnieniu wiedziałam jako absolwentka AWF, ale nie miałam wiedzy praktycznej jak wzmocnić mięśnie dna miednicy. Zachwyciłam się pokazem i intuicyjnie poczułam, że to jest to „co tygryski lubią najbardziej”. Uwierzyłam w skuteczność tej gimnastyki i z niecierpliwością czekałam na zapisy do grupy ćwiczebnej.

Na jesieni 2005 r. w szpitalu im. Kopernika powstała łódzka grupa osób z NTM, jako uzupełnienie bydgoskiego Stowarzyszenia Urosto. W następstwie zmian organizacyjnych opiekę nad grupą NTM przejął Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 na ul. Żeromskiego 113,

a łódzka grupa połączyła się z warszawską, tworząc ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti” (red. Obecnie liczy ono 7 oddziałów w całej Polsce). Szpital ten bardzo aktywnie opiekuje się Łódzkim Stowarzyszeniem UroConti, poprzez organizację audio-wizualnych wykładów, zapewnia bezpłatną konsultację urologiczną, a w razie potrzeby zabiegi operacyjne.

Dla mnie najważniejsza stała się gimnastyka wzmacniająca mięśnie Kegla. Ćwiczę systematycznie już 5 lat i mam teraz minimalne kłopoty z NTM. Nie muszę się już kontaktować w tej sprawie z urologiem i nie mam potrzeby leczenia farmakologicznego w tym zakresie. Po 5 latach wróciłam do noszenia eleganckiej bielizny, a wkładki używam tylko w podróży. Umieję zapanować nad potrzebą natychmiastowego opróżnienia pęcherza i wytrzymuję 4 godz. bez udawania się do toalety, co ogromnie ułatwia mi podróże (...). Na koniec moja uwaga, wynikająca z rozmów z kobietami, które muszą codziennie używać środków wchłaniających. Są one dość drogie i dobrze by było, gdyby NFZ choć w pewnym stopniu mógł refundować te materiały higieniczne.

Towarzyszki niedoli, przesyłam Wam pozdrowienia i życzenia większej wiary w zabiegi, które mogą Wam pomóc.” ■

Małgorzata

List został opublikowany z drobnymi zmianami i skrótami redakcji.

Powyższy list zajął pierwsze miejsce w konkursie pt. „Moje życie z NTM”, organizowanym przez Program Prospołeczny „NTM – Normalnie Życ” i Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”.

Chcesz otrzymywać wszystkie numery Kwartalnika NTM ZAMÓW PRENUMERATĘ

Kwartalnik

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

Nr rachunku odbiorcy
20 1140 2017 0000 4902 0451 3842

kwota
38.00

Imię, nazwisko i adres wpłacającego

Tytułem
krajowa prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“

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

STEMPEL
DZIENNY

PODPIS

OPŁATA

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa

nazwa odbiorcy
STUDIO PR

nazwa odbiorcy cd.
UL. CIOŁKA 13, 01-445 WARSZAWA

I.k. nr rachunku odbiorcy
2 0 1 1 4 0 2 0 1 7 0 0 0 0 4 9 0 2 0 4 5 1 3 8 4 2

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

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

nazwa zleceniodawcy

nazwa zleceniodawcy cd.

tytułem
krajowa prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“

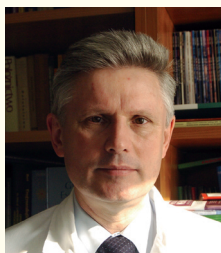
tytułem cd.

pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy

Opłata:

www.ntm.pl

RADA NAUKOWA DS. PROBLEMU NTM:



Prof. dr hab. med.
Włodzimierz Baranowski
Kierownik Kliniki Ginekologii
i Ginekologii Onkologicznej
Centralnego Szpitala
Klinicznego MON
Wojskowego Instytutu
Medycznego



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



Prof. dr hab. med.
Tomasz Rechberger
Kierownik II Katedry
i Kliniki Ginekologii
Uniwersytetu
Medycznego
w Lublinie



dr hab. med.
Piotr Radziszewski
Katedra i Klinika Urologii
Ogólnej, Onkologicznej
i Czynnościowej
Warszawskiego
Uniwersytetu Medycznego

INFOLINIA 0 801 800 038

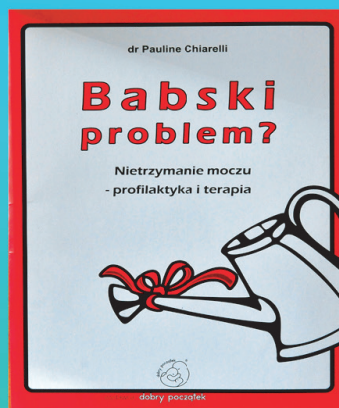
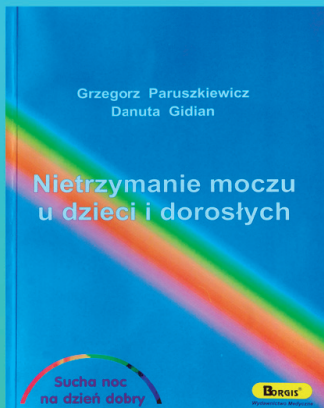
Od 3 lutego 2003 r. działa ogólnopolska infolinia 0 801 800 038,
pod którą wszyscy zainteresowani mogą uzyskać informacje na temat
problemu nietrzymania moczu. Telefon jest czynny w dni
powszednie w godz. 9.00-17.00
Całkowity koszt połączenia wynosi 0,29zł plus VAT.



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

Chcesz wiedzieć więcej?

Już teraz zamów najpopularniejsze publikacje o NTM



Książki można zamówić drogą elektroniczną lub telefonicznie

Szczegóły na www.ntm.pl oraz pod numerem infolinii 0 801 800 038

Atrakcyjne ceny!

