



OPIEKA NAD OSOBA STARSZĄ

Wywiad z prezesem Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego
Geriatra o komfortowej starości - wywiad

Zdrowe starzenie

Częstość występowania nietrzymania moczu postępuje wraz z wiekiem człowieka. To truizm poparty wieloma badaniami na całym świecie. Niestety – często wykorzystywany przez polityków, urzędników, a także lekarzy, szczególnie podstawowej opieki zdrowotnej, aby w ten sposób usprawiedliwić swoją bierność.

Jak sprostać stereotypowi, według którego starsza osoba przychodząca do lekarza rodzinnego z problemem NTM dowiaduje się, że w tym wie-

ku to rzecz normalna, czy wręcz oczywista? Brak świadomości czy też aktualnej wiedzy lekarskiej można sobie jakoś jeszcze wytłumaczyć. Zawsze można udać się z wizytą do innego lekarza, który więcej czasu poświęca na rozwijanie własnej wiedzy poprzez lekturę fachowej prasy czy też udział w kongresach naukowych i dzięki nabytej wiedzy jest w stanie pomóc pacjentowi. Gorzej, jeśli lekarz, niedbający o swój rozwój zawodowy obejmuje funkcję państwową i decyduje o zdrowiu i jakości życia nas wszystkich.

Jak bronić przed taką ignorancją i stereotypami? Gdy po raz kolejny słyszę z ust polityków i niektórych urzędników NFZ o nadużyciach w refundacji środków absorpcyjnych i konieczności ich ograniczenia, ogarnia mnie coraz większe zdumienie. O nadużyciach w polskim systemie ochrony zdrowia wielokrotnie pisaaliśmy już na łamach Kwartalnika. Nadużywanie tego argumentu w odniesieniu do wszystkiego zaczyna jednak sięgać granic absurdu i braku elementarnego szacunku wobec nas – obywateli. Gdy po raz kolejny słyszę o wielkich nadużyciach w zaopatrzeniu w środki absorpcyjne zadaję sobie elementarne pytanie: Ilu Polaków nabywa refundowane środki

absorpcyjne nie używając ich? Jak wielu z nich stać na luksus, aby płacić z własnych środków minimum 30% ceny opakowania tego produktu tylko po to, aby następnie schować je do szafy i zapomnieć? Czy ktoś wymyślił lepszy system ograniczający tego typu nadużycia niż współpłacenie pacjenta? Zapewne tak, skoro do dzisiaj wiele farmaceutyków, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych jest w 100% refundowane przez NFZ. To oczywista ironia wobec stanu w jakim znalazła się Polska, gdzie z jednej strony stać nas na opłacanie emerytur zdrowym trzydziestolatkami, a już niestety nie stać na refundację podstawowych środków niezbędnych do zachowania elementarnej higieny znacznej części społeczeństwa.

Polska nieuchronnie zmierza w kierunku kraju z przeważającą liczbą osób starych i bardzo starych. Oznacza to potężne wyzwania dla osób odpowiedzialnych w państwie za politykę zdrowotną i społeczną. Zaniedbania i błędne decyzje podjęte dzisiaj będą przynosiły negatywny skutek przez wiele lat w już niedalekiej przyszłości. Zdrowa ekonomia, na którą obecnie powołują się nasi politycy, nie zaistnieje bez zdrowego, coraz starszego społeczeństwa.

Tomasz Michałek



Cóż tam Panie w polityce? Chińczyki trzymają się mocno

St. Wyspiański

Chińczyki, a w zasadzie Chiny. Byłem ostatnio na spotkaniu z delegacją z Chin. Spotkanie było poświęcone opiece na ludźmi w wieku podeszłym. Okazuje się, że Chiny, kraj dynamicznie rozwijający się, przez długie lata promujący politykę 2+1 (dwoje rodziców, jedno dziecko), lada moment stanie przed bardzo poważnym problemem starzejącego się społeczeństwa. W Chinach wiek emerytalny wynosi 60 lat. Ocenia się, że za 15 lat ludzi po 60 r.ż. będzie około 400 milionów. Jak opiekować się tak liczną grupą, jakie programy wdrożyć, jak sprzyjać aktywizacji zawodowej? Chiny już rozpoczęły badania i działania zmierzające do rozwiązania tych problemów. Kształcona jest znacznie większa liczba nie tylko lekarzy, ale i opiekunów społecznych. Delegacje Chin jeżdżą po całym świecie i podpatrują jakie wzorce należy implementować na grunt chiński. Jednym słowem wdrażają programy profilaktyczne, bo lepiej zapobiegać niż leczyć. A jeśli już leczyć, to tak aby jak najdłużej utrzymać osoby w wieku starszym w stanie umożliwiającym aktywny udział w społeczeństwie – czyli skutecznie, zwracając uwagę na wpływ leczenia na ekonomię. Przy czym wpływ leczenia na ekonomię oznacza nie tylko koszty samej terapii, ale i (a w zasadzie przede wszystkim) stosunek kosztów leczenia do kosztów ponoszo-

nych przez państwo na opiekę nad osobami przewlekle chorymi, nieaktywnymi zawodowo.

W Polsce jest w zasadzie tak samo. W zasadzie, bo nikt nie przewiduje co zrobić z rzeszą młodych emerytów i rencistów, jak uaktywnić ich zawodowo, jak poprawić opiekę zdrowotną, tak aby osoby z chorobami przewlekłymi były nie ciężarem dla społeczeństwa, ale by były aktywne w tym społeczeństwie.

U nas woda przybiera, a my budujemy coraz to wyższą tamę. Mówimy o geriatrici i opiece długoterminowej, zamiast o zdrowym starzeniu się. Nowy pakiet ustaw zdrowotnych to kolejny bubel prawny, umożliwiający pseudoregulację na krótką metę. Ma być zlikwidowany staż, skrócona specjalizacja, zniesiony LEP, żeby szybciej „wyprodukować lekarzy”, zamiast zastanowić się co zrobić, aby tych lekarzy było więcej, aby nie wyjeżdżali za granicę. Leki mają być tańsze, ale refundacja jest nadal kulawa, refunduje się pojedyncze preparaty, a nie klasę leków (choćby „chora” od lat sytuacja na rynku leków antycholinergicznych). Nikt nie uwzględni rachunku farmakoekonomicznego przy refundacji leków, nie zwraca uwagi na to, że lecząc skutecznie przywracamy chorych społeczeństwu.

Red. Tomasz Michałek pisze o „zdrowym starzeniu”. W warunkach polskich to mit. Byłem ostat-

nio w Kanadzie. Proste prace (w muzeach, parkach narodowych) wykonywane są przez osoby często bardzo leciwe, niepełnosprawne. Ktoś może powiedzieć, że pracują bo muszą zarabiać na życie. Ale można też na to spojrzeć z innej strony. Osoby te pracują, są aktywne, mają cel w życiu. Nie od dziś wiadomo, że dłuższa aktywność sprzyja długowieczności, utrzymaniu dobrej kondycji psychicznej i fizycznej. Ale aby taką aktywność zachować trzeba stworzyć skuteczne mechanizmy opieki. Nie tasiecowe kolejki, ale racjonalny dostęp do lekarza. Lekarza, który wie jak postępować z osobami w wieku podeszłym. Lekarza, który nie powie: „w Pani wieku nietrzymanie moczu to rzecz normalna”. Aby tak było, lekarze muszą być dobrze wyedukowani. Powinniśmy czerpać najlepsze wzorce z krajów rozwiniętych, ale i od Chińczyków możemy się dużo nauczyć.

Mam nadzieję, że w końcu opieka zdrowotna w Polsce zacznie funkcjonować normalnie, a bycie lekarzem pacjentów w podeszłym wieku nie będzie się sprowadzało tylko do podtrzymywania ich status quo, ale do aktywnej profilaktyki i leczenia sprzyjającego zdrowemu, szczęśliwemu przeżywaniu „jesieni życia”.

dr hab. Piotr Radziszewski

Spis treści

3 (34) 2010

PIELĘGNACJA I PROFILAKTYKA

Opieka nad osobą starszą – standardy pielęgnowania osób z NTM – dr E. Szwałkiewicz.....	4-6
Opiekun osób z NTM – M. Kowalewska	7
Ćwiczenia pilates dla seniorów zachowawczym sposobem leczenia NTM – mgr A. Fryszak.....	8
Rozwój uroinekologii a personel pielęgniarski – mgr N. J-Różycka.....	9

LECZENIE NTM

Nowości w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet – lek. med. G. Madej, dr n. med. P. Dobroński.....	10
Neuromodulacja korzeni krzyżowych w leczeniu zaburzeń czynnościowych mikcji – dr hab. P. Radziszewski	11
Refundacja leków na pęcherz nadreaktywny – wkrótce? – K. Walewska	12

ORGANIZACJE

Lubelskie Forum Organizacji Osób Niepełnosprawnych – Sejmik Wojewódzki – M. Kowalewska.....	13
---	----

WYWIAD

Nietrzymanie moczu, czyli kobieca wstydliva choroba – wywiad z prof. Ryszardem Porębą Prezesem PTG – J. Wiśniewski.....	14
---	----

NTM PROBLEM SPOŁECZNY

Kreatywna przesyłka – pomysł na zmianę przepisów? – K. Walewska	15
---	----

LECZENIE OPERACYJNE

Operacje z użyciem taśm na Mazowszu – K. Walewska	16-17
Dostępność do zaopatrzenia – WO NFZ.....	17

SPECJALIŚCI O NTM

O komfortową starość należy zadbać już dziś – wywiad z dr Jarosławem Derejczykiem, Konsultantem województwa śląskiego w dziedzinie geriatrii – M. Kowalewska.....	18
---	----

ZAOPATRZENIE ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

Społeczno-ekonomiczne koszty nietrzymania moczu – N. Łyczko	19
Co rośnie, co spada? – A. Sulka	20

PRACOWNIE URODYNAMICZNE

Pracownie urodynamiczne – woj. łódzkie.....	21
---	----

STRONA PACJENTA

List – Moje życie z NTM	22
-------------------------------	----

Redaktor naczelny: Tomasz Michałek, **Redaktor wydania:** Anna Sulka

Sekretarz redakcji: Karolina Ciepiela, **Komitet redakcyjny:** dr med. Piotr Dobroński – Oddział Urologii Szpitala Bielańskiego w Warszawie, dr hab. med. Piotr Radziszewski – Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Zespół redakcyjny: Agata Fryszak, Magdalena Kowalewska, Natalia Łyczko, Katarzyna Walewska, Jerzy Wiśniewski

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 00, faks: (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. Zdjęcie na okładce: East News Sp. z o.o.

Według prognoz GUS, do 2030 r. liczba osób powyżej 60 roku życia wzrośnie w Polsce z 7 do 10 mln. Istnieje obawa, że już wkrótce liczba osób niesamodzielnych, może przewyższyć możliwości systemu opieki instytucjonalnej, obciążając w ten sposób placówki opieki zdrowotnej. Rząd zastanawia się skąd wziąć pieniądze na rozwiązanie tego problemu, tymczasem specjaliści debatują jak zorganizować opiekę, aby zaspokoić zarówno potrzeby pacjenta jak i możliwości płatnika. W tym celu Minister Zdrowia powołała zespół opiniodawczo – doradczy do spraw opieki długoterminowej. Przewodniczącą owego zespołu została dr Elżbieta Szwałkiewicz-Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Przewlekłe Chorych i Niepełnosprawnych.

Na łamach 34 numeru Kwartalnika NTM prezentujemy artykuł dr Szwałkiewicz nt. kryteriów opieki nad osobą z nietrzymaniem moczu, które wchodzi w zakres standardów pielęgnowania w opiece długoterminowej. Autorka wskazuje czynności, które gwarantują zachowanie odpowiedniej higieny, jednocześnie nie uzależniając chorego od stałej pomocy opiekuna.

Nad rolą i obowiązkami opiekuna w życiu osoby cierpiącej na nietrzymanie moczu pochyliła się natomiast Magdalena Kowalewska. W artykule „Opiekun osób z NTM”, autorka stara się przybliżyć nam trudny zawód opiekuna, który wciąż, niesłusznie, kojarzony jest z pracą niewymagającą specjalnych kwalifikacji oraz predyspozycji.

W dziale poświęconym leczeniu NTM, doc. Piotr Radziszewski prezentuje neuromodulację korzeni krzyżowych – nowoczesną metodę leczenia ciężkich postaci nietrzymania moczu. Z kolei dr Piotr Dobroński oraz lek. med. Grzegorz Madej komentują najnowsze doniesienia dotyczące leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet.

Powracamy również do tematu braku refundacji leczenia OAB. W artykule „Refundacja leków na zespół pęcherza nadreaktywnego – wkrótce?” Katarzyna Walewska stara się znaleźć odpowiedź na pytanie kiedy polscy pacjenci będą mogli skorzystać z nowoczesnej farmakoterapii współfinansowanej przez państwo.

Zapraszamy również do lektury wywiadów: z prof. Ryszardem Porębą, Prezesem Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, o przyszłości polskiej ginekologii rozmawiał Jerzy Wiśniewski. Natomiast o problemie nietrzymania moczu z punktu widzenia geriatrii opowiada dr Jarosław Derejczyk, Konsultant województwa śląskiego w dziedzinie geriatrii.

W bieżącym numerze Kwartalnika NTM kontynuujemy również temat aktywności fizycznej po pięćdziesiątym roku życia. W artykule „Ćwiczenia pilates dla seniorów zachowawczym sposobem leczenia NTM” fizjoterapeutka – Agata Fryszak radzi jak zachować sprawność fizyczną oraz zapobiec osłabieniu mięśni dna miednicy.

Zachęcam również do lektury rubryk stałych, w 34 numerze Kwartalnika NTM prezentujemy wykaz: pracowni badań urodynamicznych w województwie łódzkim oraz placówek wykonujących operacje z użyciem taśm na Mazowszu.

Anna Sulka

Opieka nad osobą starszą – standardy pielęgnowania osób z NTM

dr Elżbieta Szwalkiewicz

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Przewlekłe Chorych i Niepełnosprawnych

Starość jest naturalnym zjawiskiem związanym z życiem jako takim. Należy rozróżnić starość, która w sposób umowny definiuje końcowy etap życia, od starzenia się czyli procesu dynamicznego związanego z biegiem czasu. Wyznacznikiem starzenia się jest proces degradacji biologicznej organizmu. Jeżeli na starość patrzymy w kontekście ontogenezy (rozwój osobniczy) to starość będzie jej ostatnim etapem. Żeby zrozumieć potrzeby i zachowania osób w podeszłym wieku musimy mieć wiedzę o zmianach jakie dokonują się w psychice i organizmie człowieka, a więc wiedzę z zakresu fizjologii procesu starzenia się oraz psychologii starzenia się.

Fizjologia człowieka starego

Proces starzenia się, mimo, że jest osobniczo różnicowany charakteryzuje:

- powszechność – dotyczy każdego żywego organizmu,
- postępujący charakter, nieodwracalny, jednokierunkowy,
- stopniowe ograniczanie fizjologii komórek, tkanek, narządów i całego organizmu,
- stopniowe zmniejszanie się zdolności utrzymania homeostazy organizmu,
- zwiększone prawdopodobieństwo śmierci.

Cechą charakterystyczną fizjologii człowieka starego jest postępujące spowalnianie regulacji równowagi organizmu, który nadal jest pełnowartościowym układem lecz ze zmniejszoną wydolnością. To zmniejszenie się możliwości czynnościowych wielu narządów i układów wpływa na ograniczenie zdolności adaptacyjnych. Przebieg starzenia zależy od trybu życia, jaki dana osoba prowadziła w młodości i wieku dojrzałym.

Poza zmianami w funkcjonowaniu organizmu człowieka w podeszłym wieku, wy-



Gerontolodzy i geriatrzy dzielą czas starzenia się na:

- **okres przed starczy** – trwający od ok. 50 do ok. 60 roku życia. Osoba w tym wieku zaczyna myśleć o emeryturze, bardziej troszczy się o zdrowie i zabezpieczenie przyszłości, podejmuje różne istotne decyzje życiowe,
- **wczesna starość** – mieści się między 60 a 74 rokiem życia. Jest to okres kończenia aktywności zawodowej i ograniczania aktywności społecznej, pogarsza się funkcjonowanie wielu narządów, spada sprawność i aktywność ruchowa, ale większość osób jest nadal samodzielna w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych,
- **późna starość** – od 75 do 84 roku życia. Większość osób jest zależna od pomocy innych osób. Często potrzebna jest całodobowa pielęgnacja i opieka, systematyczna kontrola lekarska (w tym opieka geriatryczna, do której w naszym kraju jest bardzo ograniczony dostęp) oraz szeroko pojęta rehabilitacja lecznicza i społeczna,
- **długowieczność** (tzw. starzy starzy) – po 85 roku życia. Pełna zależność od opieki innych osób, często występuje wielochorobowość i niepełnosprawność, niezbędna jest opieka geriatryczna.

różnia się tak zwane zespoły geriatryczne do których zalicza się upadki, nietrzymanie moczu i kału, zaparcia, bezsenność, kurcze nocne mięśni kończyn dolnych, osłabienie pamięci, słuchu i wzroku. Częstotliwość występowania NTM wzrasta wraz z wiekiem. Szacuje się, że problem ten dotyczy ok. 50% osób (zarówno kobiet jak i mężczyzn) powyżej 70 roku życia.

Opieka nad tymi osobami łączy się nie tylko z kosztami ale jest też bardzo poważnym obciążeniem dla opiekunów. Jest to poważny problem społeczny gdyż według danych statystycznych dotyczy nawet 5% ludności w każdym kraju, a więc dotyczy on milionów obywateli, nie tylko w podeszłym wieku.

Standardy pielęgnowania

Skala problemu jest powodem wielu inicjatyw ukierunkowanych na ograniczanie skutków i poprawę jakości życia osób z NTM. Kwestie te są także tematem międzynarodowych konferencji, podczas których przedstawiciele wielu krajów wymieniają się doświadczeniami, poglądami, wynikami badań i wdrożonymi rozwiązaniami. Także w naszym kraju od wielu lat realizuje się wiele projektów inicjowanych przez przedstawicieli środowisk medycznych i niemedycznych zainteresowanych poprawą standardów leczenia i pielęgnowania osób z NTM, szczególnie osób w podeszłym wieku.

Od kilku miesięcy w Ministerstwie Zdrowia trwają prace nad standardami pielęgnowania w opiece długoterminowej. Projekt standardów, który w najbliższym czasie zostanie oddany do publicznej konsultacji, obejmuje także standard pielęgnowania osób z NTM. Ideą leżącą u podstaw tych standardów jest kompensowanie utraconej sprawności w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, w tym potrzeby wydalania i higieny osobistej z nią związanej.

Standard postępowania w pielęgnowaniu osoby z NTM obejmuje:

- 1) utrzymanie i wspomaganie tych umiejętności, które pacjent jeszcze posiada oraz pomoc w ponownym nauczaniu utraconych umiejętności (pielęgnacja aktywizująca, trening pęcherza),
- 2) częściowe zastąpienie utraconych umiejętności samodzielnego wydalania poprzez wykonywanie czynności pielęgnacyjnych przez pielęgniarkę lub opiekuna medycznego, których pacjent nie może wykonać samodzielnie; częściowe zastąpienie należy łączyć z elementami pielęgnacji aktywizującej,



- 3) całkowite zastąpienie utraconych umiejętności poprzez wykonywanie czynności pielęgnacyjnych przez pielęgniarkę lub opiekuna medycznego, których pacjent nie może wykonać samodzielnie,
- 4) instruktaż, poradnictwo, koordynację w zakresie samopielęgnacji, które są formami wspierającymi pacjenta z NTM, instruktaż obejmuje także motywowanie pacjenta do samodzielnego wykonania codziennych czynności związanych z wydalaniem i higieną osobistą,
- 5) czuwanie nad bezpieczeństwem oraz kontrolowanie, czy pacjent wykonał daną czynność i jak ją wykonał.

Procedury medyczne z zakresu pielęgnowania osoby z NTM obejmują postępowanie

lecnicze, profilaktyczne, rehabilitacyjne, pielęgnarskie oraz pielęgnacyjne. Przy ustalaniu procesu pielęgnowania pielęgniarka identyfikuje czynniki ryzyka oraz te obszary, które mogłyby danego pacjenta uczynić podatnym na utratę kontroli nad czynnościami fizjologicznymi. Standard postępowania higienicznego obejmuje wszystkie czynności, które mają pomóc w osiągnięciu efektu czystej i suchej skóry oraz wyeliminowania zapachu moczu i potu. Natomiast standard pielęgnowania pacjenta z NTM obejmuje dodatkowo działania związane z zachowaniem, przywróceniem kontroli i kompensacją braku kontroli nad czynnościami fizjologicznymi. Uwzględnia on

ocenę czynników uzależniających pacjenta z NTM od opieki, która powinna być dokonywana raz w miesiącu, w oparciu o kryteria:

- 1) poziom nietrzymania moczu (poniżej 200ml; od 200 do 400ml; powyżej 400ml gubionego moczu/dobę),
- 2) masa ciała,
- 3) sprawność ruchowa (chodzący, przemieszczający się z trudem albo za pomocą sprzętu, unieruchomiony),
- 4) korzystanie z toalety (samodzielnie, wymagający pomocy, nie korzysta),
- 5) stan umysłowy (akceptujący plan opieki, problemy z akceptacją, demencja),
- 6) stan skóry (normalna, zaczerwieniona, zmacerowana, uszkodzona),
- 7) zapotrzebowanie na środki pomocnicze w nocy i w dzień (pieluchomajtki, majtki chłonne, pieluchy anatomiczne, wkładki urologiczne, cewniki zewnętrzne, podkłady ochronne na łóżko).

Standardem ma być zapewnienie adekwatnej częstotliwości zmiany środków pomocniczych, odpowiedni sposób ich zakładania oraz przestrzeganie ogólnych zaleceń dotyczących pielęgnacji pacjenta niesamodzielnego. Istotne jest to, że środki pomocnicze mają być traktowane jako zabezpieczenie skóry i bielizny, a nie jako zbiorniki na mocz czy kał zastępujące regularne korzystanie przez pacjenta z toalety. U pacjentów z NTM, którzy są w stanie samodzielnie dotrzeć i skorzystać z WC, oraz są zdolni do samoobsługi w zakresie założenia i zdjęcia bielizny, zalecane jest stosowanie majtek chłonnych.

Profilaktyka odleżyn

W procesie pielęgnowania pacjenta z NTM, który utracił zdolność samodzielnego dbania o swe ciało, standardem będzie przestrzeganie zasad profilaktyki odleżyn, a w szczególności:

- 1) używania do mycia łagodnych mydeł w płynie, pianek i chusteczek oczyszczających,
- 2) mycia ciała zawsze w kierunku – od przodu do tyłu,
- 3) wykonywania pielęgnacji okolic krocza przy każdej zmianie środków pomocniczych,
- 4) zmniejszenia nawilgocenia skóry poprzez używanie środków pomocniczych „oddychających”, wysoko absorpcyjnych, zakrywających skórę w minimalnym stopniu,
- 5) stosowania materacy przeciwoleżynowych,
- 6) unikania pocierania i masowania osłabionej skóry,

- 7) zapewniania ochrony wrażliwej skóry za pomocą kremów i maści ochronnych,
- 8) zapewnienia właściwego poziomu nawodnienia i odżywiania się pacjenta,
- 9) eliminowania czynników ryzyka, np. odwodnienia czy niedożywienia bardzo częstego u osób w podeszłym wieku.

Standardem powinno być także zapewnianie pacjentom zabezpieczonym środkami pomocniczymi warunków do korzystania z toalety, tak często jak tego potrzebują.

W każdym zakładzie opieki długoterminowej, świadczącym opiekę stacjonarną lub domową, powinna być zatrudniona pielęgniarka posiadająca wiedzę z zakresu problematyki nietrzymania moczu, która będzie sprawowała nadzór nad procedurami medycznymi, pie-

Kontrola jakości pielęgnowania osób z NTM obejmuje także zagadnienia, jak:

- rodzaj i ilość stosowanych środków pomocniczych,
- adekwatność zastosowanych środków pomocniczych do poziomu nietrzymania moczu,
- produkty używane do mycia i osuszania skóry,
- warunki wymiany środków pomocniczych,
- sposób i częstotliwość przeprowadzania pielęgnacji stanu skóry i okolic krocza,
- dostępność do WC i zakres pomocy pacjentowi.

legnacyjnymi oraz doбором i częstotliwością wymiany środków pomocniczych i sprzętu medycznego u pacjentów z NTM.

Przełamać niechęć

Mam nadzieję, że wprowadzenie standardu pielęgnowania osób z NTM wpłynie na zmianę obecnego nastawienia personelu. Nieprawdą jest, że osoba zabezpieczona środkami pomocniczymi nie musi korzystać z WC i że nietrzymanie moczu jest typowe dla podeszłego wieku więc próby aktywizowania do samodzielności są bezcelowe. Niezbędne jest by personel opiekujący się osobami w podeszłym wieku miał wiedzę o problematyce nietrzymania moczu i umiejętność rozmowy z pacjentami w trakcie pomocy w toalecie, wykonywania czynności z zakresu

higieny osobistej, zmiany środków absorpcyjnych czy cewników zewnętrznych. Niestety, nie tylko pielęgniarki czy opiekunowie, ale także lekarze pierwszego kontaktu muszą przełamać swoją niechęć do rozmawiania o tym problemie z pacjentami.

Mimo powszechnego występowania choroby, nietrzymanie moczu wciąż stanowi temat tabu dla pacjentów i niemal 2/3 z nich nie omawia ze swoim lekarzem pierwszego kontaktu umiarkowanych czy też zaawansowanych objawów choroby. Wyniki badań przedstawiane podczas Globalnego Forum nt. Nietrzymania Moczu, które odbyło się w kwietniu br. w Pradze wskazują, że niechęć pacjenta do podejmowania tematu jest właściwie odzwierciedleniem niezdolności dyskusowania o owym problemie przez lekarzy pierwszego kontaktu. Przyczyną tego stanu rzeczy może być mylne wrażenie lekarzy, że nie ma szans na efektywne rozwiązanie problemu. Wprowadzenie standardu pielęgnowania osób z NTM może tę sytuację poprawić, gdyż w ramach pielęgnowania osób niesamodzielnych, pielęgniarka będzie obowiązana rutynowo omówić problem nietrzymania moczu ze swoimi pacjentami i wdrożyć standardowe postępowanie adekwatne do zdiagnozowanej sytuacji. Postępowanie to będzie ukierunkowane na:

- zachowanie kontroli nad czynnościami fizjologicznymi,
- przywrócenie kontroli nad czynnościami fizjologicznymi,
- kompensowanie braku kontroli nad czynnościami fizjologicznymi.

W dzieciństwie uczymy się kontrolować swoje czynności fizjologiczne i jesteśmy wynagradzani, gdy wykonujemy je samodzielnie. Natomiast, gdy się starzejemy, stopniowo tracimy tę umiejętność. Przy źle pojmowanej, zbytnej troskliwości opiekunowie przyczyniają się do bierności, a w konsekwencji do przedwczesnej utraty kontroli nad czynnościami fizjologicznymi i uzależnienia od pomocy osób trzecich. A przecież w okresie starości podobnie jak w dzieciństwie powinno się wspierać i nagradzać zachowanie kontroli nad czynnościami fizjologicznymi, tak długo jak to tylko możliwe. U osób, u których pojawiły się oznaki utraty tej kontroli, należy dokonać dokładnej oceny problemu i podjąć odpowiednie kroki tak, aby ten negatywny proces zatrzymać i odwrócić. Błędem w sztuce pielęgnowania jest poprzestanie na stosowaniu środków absorpcyjnych. ■

Opiekun osób z NTM

Magdalena Kowalewska

Choroba – jedno z najbardziej przykrych doświadczeń w życiu, niezmiernie często, niestety, okazuje się być na tyle poważna, że pozbawia chorego możliwości samodzielnego funkcjonowania. Doświadcza go cierpieniem, czyni bezradnym, sfrustrowanym, zdanym wyłącznie na innych. Chory wymaga wtedy trwałej, troskliwej, mądrej opieki, by żyć z chorobą godnie, bez poczucia winy i rezygnacji. Opieką i pomocą mogą służyć mu zarówno nieformalni, bezpośredni opiekunowie – członkowie najbliższej rodziny, jak i profesjonalnie przeszkolone osoby. Opieka sprawowana nad osobą chorą obciąża opiekuna fizycznie i emocjonalnie. Musi on być przygotowany na te zmiany, by nie przysporzyć dodatkowych cierpień zarówno choremu, jak i sobie.

Bardzo ważna dla opiekuna jest dobra kondycja fizyczna i systematyczne ćwiczenia pomagające w jej utrzymaniu. Opieka nad chorym wymaga bowiem niemałej siły fizycznej. Chorego bardzo często trzeba przenieść, pomóc się podźwignąć podczas częstych zmian pieluch czy wymiany wkładów chłonnych oraz służyć mu oparciem – to ogromny wysiłek. Trzeba również liczyć się z tym, iż istnieje groźba wielu schorzeń, na które narażony jest opiekun. Najczęstszymi są: nadwyrężenia kręgosłupa spowodowane pracą w pozycji pochylonej, przeciążenia układu mięśniowo – kostnego, bóle rąk, a także różne zakażenia. Najbardziej jednak groźne są depresje. W pracy opiekuna nie ma spektakularnych efektów, jest ciężka i żmudna, podobnie jak życie osoby chorej i niesamodzielną. Osoby dotknięte NTM muszą się pogodzić z wkraczaniem opiekunów w ich sferę intymną, co czasem odczuwają jako bardzo brutalną ingerencję w sprawy traktowane przez nich jako najintymniejsze – muszą się uniewrażliwić na częstą zmianę środków absorpcyjnych, obciążanie, mycie, a nawet na przykry zapach moczu i kału. Podobnie opiekunowie muszą zwalczyć w sobie niechęć do przekraczania sfery intymnej innej osoby i uniewrażliwić się na widok wyniszczającego, zanieczyszczającego się człowieka.

Opieka nad chorym wymaga więc od opiekuna ogromnej cierpliwości, wyrozumiałości i empatii, a zarazem ciągle wystawia na próbę ową cierpliwość i łagodność. Opiekun musi nauczyć się hamować swoje negatywne emocje w sytuacjach

stresujących i co najważniejsze – nie przenosić swojego zdenerwowania ani na chorego, ani na pozostałych bliskich. Musi umieć wczuć się w sytuację pacjenta, zrozumieć cierpienie duchowe człowieka zamkniętego we własnym ciele. Brak motywacji, zmęczenie i trudności w radzeniu sobie z emocjami swoimi i podopiecznego mogą sprawić, że opieka nad bliskim stanie się brzemieniem trudnym do udźwignięcia. Nie można dopuścić do utraty wiary w sens opieki.

Decyzja o podjęciu opieki nad chorym, szczególnie chorym cierpiącym na NTM jest więc decyzją zawsze trudną do podjęcia, wymagającą długich przemyśleń i rozważań. Jednym z rozwiązań (niestety związanych z wysokimi kosztami) jest zlecenie opieki profesjonalnemu opiekunowi. Czasem choremu łatwiej jest opanować przed obcą osobą poczucie wstydu niż całkowicie zaufać członkom rodziny. Jeśli jednak, na sprawowanie opieki decydują się członkowie rodziny same szczere chęci, miłość i dobra wola nie wystarczą, by zapewnić chorej osobie należytą opiekę. Ważne jest, by opiekun był fizycznie i psychicznie przygotowany do pełnienia opieki oraz by poznał i pamiętał o kilku podstawowych zasadach, kiedy będzie się zajmował chorym z NTM. Niestety w Polsce wciąż jeszcze bardzo trudno o taką pomoc dla opiekunów, choć dzięki staraniom wielu Stowarzyszeń działających na rzecz osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych, jakość opieki długoterminowej uległa poprawie. *Rozdawane są broszury i ulotki, prowadzone indywidualne rozmowy z opiekunami, podczas których mogą oni uczyć się jak sprawować nad chorym kompleksową opiekę, jak troskliwie dbać o niego, ale też o siebie* – mówi Prezes Stowarzyszenia na Rzecz Chorych Długotrwale Unieruchomionych „Niebieski Parasol” i zarazem Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Przewlekle Chorych i Niepełnosprawnych, Elżbieta Szwałkiewicz.

Bardzo powoli jednak wzrasta świadomość społeczeństwa o zawodzie opiekuna. Zazwyczaj kojarzony jest jedynie z „brudną robotą”,

niewymagającą od jej wykonawcy szczególnych umiejętności i wiedzy. Dzieje się tak, ponieważ w celu zminimalizowania kosztów



opieki nad chorym, rodzina decyduje się na zatrudnienie osoby niewykwalifikowanej, nieprzygotowanej do pełnienia roli opiekuna, ale za to zadowolającej się minimalnym wynagrodzeniem. Jest to najgorsze rozwiązanie problemu opieki nad chorym z NTM i paradoksalnie generuje jeszcze większe problemy. Dlatego też, tak ważne są działania wszelkich stowarzyszeń, mające na celu zmiany społecznego wizerunku opiekuna. Opiekun chorych niezdolnych do samodzielnego funkcjonowania powinien cieszyć się uznaniem i szacunkiem społeczeństwa. Osoba wybierająca taką pracę powinna mieć zagwarantowaną możliwość systematycznego pogłębiania swoich umiejętności i kompetencji, powinna również ze względu na ogromne obciążenie emocjonalne mieć zapewnioną pomoc psychologa oraz oczywiście godziwe wynagrodzenie. Od 2007 roku funkcjonuje nowy zawód opiekun – opiekun medyczny, który jest medycznym zawodem pomocniczym.

Bycie opiekunem jest zadaniem bardzo ciężkim, wymaga poświęcenia choremu prawie całej swojej uwagi i siły, ale trzeba pamiętać, by nie oddać siebie choremu całkowicie. Nie można zrezygnować z własnych dążeń i pragnień na rzecz chorego. Tylko wtedy opieka na chorym będzie odpowiednia i będzie dawała satysfakcję, jeśli będzie troskliwa, czuła, ale i mądra.

Ćwiczenia pilates dla seniorów

zachowawczym sposobem leczenia NTM

mgr Agata Fryszak

doktorantka AWF w Warszawie, Międzynarodowy Instruktor Pilates Matwork
Instruktor rekreacji ruchowej ze specjalnością kinezygerontoprofilaktyki

Zaledwie co czwarta Polka cierpiąca na nietrzymanie moczu (NTM) przyznaje, że kiedykolwiek ćwiczyła mięśnie dna miednicy. Tymczasem ćwiczenia te nie tylko zapobiegają i pomagają leczyć nietrzymanie moczu, lecz także wzmacniają kręgosłup i mięśnie brzucha, poprawiają postawę, ogólną kondycję ciała oraz jakość życia, w tym życia seksualnego.

Mięśnie dna miednicy, zwane także mięśniami Kegla, tak jak wszystkie niećwiczone mięśnie z upływem lat słabną. 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. Nie zwlekaj! Zaczynj dbać o siebie już od dziś! Spróbuj wykonać kilka ćwiczeń!

Ćwiczenie 1

Ustaw stopy na szerokość bioder, równoległe do siebie, plecy proste, ściągnięte łopatki, barki opuszczone, odsunięte od uszu, długa szyja, ręce wzdłuż tułowia, bardzo delikatnie wciągnięty pępek. Wdech nosem. Z wydechem (wydech przez lekko uchylone usta) przenieś ciężar ciała na jedną nogę, drugą nogę unieś tyle ile chcesz, możesz uginając kolano do przodu delikatnie napiąć mięśnie dna miednicy. Kolano nogi na której stoisz zostaw rozluźnione, delikatnie ugięte. Utrzymaj się chwilę na jednej nodze. Miednica jest cały czas ustawiona równoległe do podłoża, nie wypychaj biodra w bok. Cały czas wydłużaj swoje ciało, rośniesz do sufitu. Powrót do pozycji wyjściowej. Zmiana strony. Wykonaj po 6 powtórzeń na każdą ze stron.

Ćwiczenie 2

Ustaw stopy szerzej niż biodra, delikatnie ugnij kolana, plecy proste, łopatki ściągnięte, barki opuszczone, odsunięte od uszu, długa szyja, ręce oparte na biodrach, bardzo delikatnie wciągnięty



pępek. Wykonaj krążenia biodrami, staraj się odnaleźć i delikatnie napiąć mięśnie dna miednicy. Po sześć okrążeń w każdą stronę. Podczas krążenia biodrami staraj się utrzymać barki i głowę nieruchomo, w jednym miejscu.

Ćwiczenie 3

Położ się wygodnie na plecach, wydłuż boki ciała, wyciągnij kręgosłup, ściągnij łopatki, odsuń barki od uszu, bardzo delikatnie wciągnij pępek, ugnij kolana, stopy oprzyj na podłożu, rozstaw je na szerokość bioder, ręce ułóż wzdłuż tułowia. Zaczynj, na przemian wyginać kręgosłup, bez odrywania bioder z podłoża, maksymalnie



do sufitu w literę D oraz maksymalnie „rozplaszczać” – wciskać w matę. Następnie wykonuj wygięcia coraz delikatniej i spokojniej, aż zatrzymasz się pomiędzy jednym a drugim wygięciem – to jest twoja neutralna pozycja kręgosłupa. Poczuć jak w tym ułożeniu mięśnie dna miednicy są delikatnie napięte, ponieważ trzymają kręgosłup w neutralnym ustawieniu i nie pozwalają mu się zupełnie położyć. Wykonaj 8–10 spokojnych oddechów.

Ćwiczenie 4

Pozostań w pozycji leżącej. Ułóż się wygodnie, wydłuż boki ciała, wyciągnij kręgosłup, ściągnij łopatki, odsuń barki od uszu, delikatnie wciągnij pępek, nogi ugięte w kolanach, stopy oparte na podłożu, rozstawione na szerokość bioder, kręgosłup w neutralnej pozycji, ręce wzdłuż tułowia. Unieś ręce do sufitu i w rytm oddechu



zaczynj rękoma rysować koła na suficie, tak jakbyś rozgarniała chmury, wydech na zewnątrz, wdech do środka. Jednocześnie koncentruj uwagę na miednicy. Sprawdzaj czy twój kręgosłup się nie wygiął, nie zmienił ułożenia i czy cały czas utrzymujesz małe napięcie mięśni dna miednicy, które tworzą „gorset” dla twojego tułowia. Wykonaj po 8 okrążeń w każdą stronę.

Ćwiczenie 5

Położ się na plecach, pozycja wyjściowa jak wyżej. Wydłuż boki ciała, wyciągnij kręgosłup, ściągnij łopatki, odsuń barki od uszu, delikatnie wciągnij pępek, nogi ugięte w kolanach, stopy oparte na podłożu, rozstawione na szerokość bioder, ręce wzdłuż tułowia. Z wydechem kręgosłup po kręgu unieś biodra do góry, do momentu aż twoje barki, biodra i kolana ustawią się w jednej linii, w pozycji tzw. skoczni narciarskiej – postaraj się wydłużyć całe ciało, tak jakby ktoś ciągnął cię za kolana w górę, w skos. Na górze wdech i z wydechem opuść biodra, kładąc na podłożu kręgosłup kręgosłup po kręgu. Zobacz jak pracują twoje mięśnie dna miednicy, czy czujesz ich delikatne napinanie się w momencie unoszenia bioder i rozluźnianie w momencie ich opuszczania? Powtórz ćwiczenie 5–6 razy.



Na zakończenie ćwiczeń wyprostuj nogi, zadrzyj palce stóp do sufitu, wypchnij pięty jak najdalej, przenieś ręce za głowę i wyciągnij całe swoje ciało. Rozluźnij się... a następnie wyciągnij jeszcze raz. Dla odprężenia przyciągnij kolana do brzucha i pooddychaj spokojnie, zamknij na chwilę oczy i odpychaj od siebie wszystkie myśli jakie przychodzą Ci do głowy. Ponieważ ćwiczenie mięśni dna miednicy nie jest proste, dobrze jest zacząć trening od kilku indywidualnych lekcji z instruktorem, żeby wiedzieć, czy pracujemy poprawnie. Nie wolno się od razu zniechęcać, nawet jeżeli nie widać natychmiast rezultatów. Zainwestuj trochę czasu i cierpliwości a zobaczysz, że to się sprawdza i że było warto!

Rozwój uroginekologii a personel pielęgniarski

mgr Nina J-Różycka

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) już w 1948 roku podała definicję zdrowia w brzmieniu: zdrowie to stan pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub zniechęcenia. W ostatnich latach rozszerzono pojęcie zdrowia o: sprawność do prowadzenia produktywnego życia społecznego i ekonomicznego.

Nietrzymanie moczu jest schorzeniem, które w znaczny sposób narusza pojęcie zdrowia w każdej płaszczyźnie jego zdefiniowania. Dotyczy ono około 3 mln kobiet w Polsce. I nie chodzi jedynie o kobiety w wieku perimenopauzalnym. W pierwszych trzech miesiącach po porodzie na epizody niekontrolowanego wycieku moczu cierpi prawie 34% kobiet. Jednak poważny problem zaczyna się i narasta w wieku dojrzałym, wpływając bardzo negatywnie na komfort i jakość życia.

Biorąc pod uwagę przemiany cywilizacyjne: dużą aktywność zawodową i społeczną kobiet oraz wzrastającą długość życia, zachowanie sprawności oraz aktywności społecznej do późnej starości stało się kluczowym wyzwaniem dla współczesnej medycyny. Nietrzymanie moczu oraz pęcherz nadreaktywny w znaczny sposób ograniczają tę aktywność. W związku z tym WHO uznało nietrzymanie moczu za jeden z większych, ogólnoswiatowych problemów zdrowotnych XXI wieku.

Wczesne rozpoznanie każdego problemu zdrowotnego oraz podjęcie odpowiednich działań daje najlepsze efekty terapeutyczne. Istotne jest zatem, aby pacjentki z problemem pęcherza, w postaci nadreaktywności bądź nietrzymania moczu, odpowiednio wcześniej ujawniły swój problem i spotkały się z właściwym potraktowaniem już na etapie leczenia w POZ. Tymczasem, sytuacja w tym obszarze nie wygląda najlepiej.

W moich rozważaniach chciałabym skoncentrować się na środowisku pielęgniarskim.

W Polsce wciąż brakuje odpowiednio wykwalifikowanego personelu pielęgniarskiego, posiadającego aktualną wiedzę na temat problemów uroginekologicznych. Położne i pielęgniarki pracujące w poradniach i gabinetach ginekologicznych oraz urologicznych nie są w stanie udzielić zgłaszającym się tam pacjentkom, wyczerpująco

i w sposób profesjonalny, odpowiedzi na wiele pytań dotyczących nietrzymania moczu. Nie wynika to ze złej woli, czy braku czasu, one po prostu nie są przygotowane merytorycznie do takich odpowiedzi.

Z ankiety¹ przeprowadzonej wśród 150 położnych i pielęgniarek pracujących w łódzkich placówkach POZ-u i w jednym ze szpitali wynika, że ich wiedza na temat nietrzymania moczu jest bardzo pobieżna i niepełna. Wprawdzie są one w stanie poinformować pacjentkę, że powinna wykonywać ćwiczenia mięśni Kegla, które zalecane są w ramach profilaktyki nietrzymania moczu, ale nie zawsze wiedzą, że podobne ćwiczenia należy proponować także kobietom po urodzeniu dziecka. Również wyjaśnienie, jak prawidłowo wykonywać ćwiczenia, sprawia pielęgniarkom spore problemy.

Położne i pielęgniarki, będąc łącznikiem między lekarzem a pacjentką, powinny stać się pierwszym źródłem informacji na temat profilaktyki nietrzymania moczu oraz pierwszą osobą, przed którą pacjentki mogłyby „się otworzyć”. Problem nietrzymania moczu nadal jest zbyt krępującą i intymną kwestią, nie jest łatwo o niej mówić nawet wtedy, gdy sprawia już duże problemy.

Podczas I i II Międzynarodowych Konsultacji na temat Nietrzymania Moczu w Monako (1998 r.) i w Paryżu (2002 r.) zostały opracowane kwestionariusze oceniające objawy oraz wpływ nietrzymania moczu (NTM) i pęcherza nadreaktywnego (OAB) na jakość życia pacjentki. Wykwalifikowany personel pielęgniarski wyposażony w odpowiednią wiedzę oraz standaryzowane narzędzia diagnostyczne w postaci wspomnianych kwestionariuszy mógłby, poprzez wstępne rozpoznanie problemu a także profilaktykę i edukację (informacja nt. aktualnych metod zapobiegania, zachowawczego leczenia, technik oraz rodzajów rehabilitacji), ukierunkować pacjentkę tak, aby w przypadku wystąpienia problemu zdecydowała się podjąć leczenie.



Położne i pielęgniarki mogłyby pomagać osobom z zaburzeniami czynności dolnych dróg moczowych i statyki narządu rodowego prawidłowo wykonywać ćwiczenia mięśni dna miednicy, uczyć prowadzenia dzienników mikcyjnych oraz kontroli nad pęcherzem moczowym poprzez ćwiczenia behawioralne a także pomagać w nauce samo cewnikowania i samoobsługi w terapii z użyciem pessarów.

Jednak polski system kształcenia położnych i pielęgniarek w żaden sposób nie nadąża za potrzebami, które pojawiają się w tak intensywnie rozwijającej się dziedzinie medycyny jaką jest uroginekologia. W efekcie brakuje odpowiednio wykwalifikowanego i przeszkolonego personelu pielęgniarskiego do pracy z pacjentką, która ma problemy uroginekologiczne. Tymczasem, pracownicy opieki medycznej powinni być podstawowym źródłem pełnej, profesjonalnej oraz szeroko dostępnej pomocy informacyjno-terapeutycznej. Niestety, w tym zakresie powstała luka, którą należy jak najszybciej wypełnić. Zadanie to powinno należeć do odpowiednio przygotowanego personelu pielęgniarskiego, tak jak to – z dużym powodzeniem – ma miejsce w wielu rozwiniętych krajach takich jak: USA, Anglia, Niemcy, Australia czy Singapur. ■

¹ Ankieta własna wykonana przez autorkę na potrzeby pracy magisterskiej pt: „Rola/miejsce położnej i pielęgniarki wykwalifikowanej w opiece nad pacjentką z problemami urologicznymi (ze szczególnym uwzględnieniem nietrzymania moczu)”

Nowości w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet

lek. med. Grzegorz Madej

Klinika Nowotworów Układu Moczowego Centrum Onkologii–Instytut im. M. Curie–Skłodowskiej w Warszawie

dr n. med. Piotr Dobroński

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

W ciągu ostatniego roku ukazało się kilka interesujących doniesień dotyczących wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet. I choć żadne z nich nie wydają się być przełomowe, to wiele stoi w opozycji do dotychczasowych sądów i może mieć znaczenie praktyczne dla wyboru metody leczenia kobiet dotkniętych tym schorzeniem.

W zakresie badań podstawowych, dwa doniesienia z Włoch kwestionują słuszność założeń anatomicznych teorii integralnej Ulmstena i Petrosa. Badania na zwłokach pokazały, m.in. że oparte na założeniach tej teorii metody taśmowe leczenia wysiłkowego NTM (TVT, TOT) nie odtwarzają – jak sądzono – więzadeł łonowo-cewkowych. Wykazano także cały szereg rozbieżności pomiędzy założeniami teoretycznymi, a znaleziskami anatomicznymi dotyczącymi min. miejsc przyczepów kluczowych struktur więzadłowo-mięśniowych dna miednicy.

Nagrodzona na zjeździe Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji (ICS) w San Francisco w 2009 r. eksperymentalna praca W. Konga i wsp. z Cleveland, USA, udowodniła, że uszkodzenie płytki motorycznej (połączenie nerwowo-mięśniowe w zwieraczu zewnętrznym cewki szczura) jako mechanizm występowania poporodowego wysiłkowego NTM jest znacznie większe w przypadku znacznego rozciągnięcia pochwy i zgniecenia nerwu sromowego, niż w przypadku każdego z tych urazów osobno.

Na podstawie metaanalizy publikacji dotyczących zastosowania estrogenów w leczeniu NTM badacze w Cochrane Database of Systematic Reviews doszli do wniosku, że wbrew dotychczasowym poglądom, pogarszają one każdy rodzaj nietrzymania moczu (dotyczy to popularnych poza Polską sprzężonych estrogenów końskich, ang. CCE).

Jak donieśli badacze z Korei i Włoch korzystny wpływ na wysiłkowe NTM może mieć taniec (tradycyjny koreański gulsin) i noszenie butów na wysokich obcasach. Podeszwowe zgięcie stopy o 10 st (co odpowiada ok. 4,5 cm obcasowi buta) wzmagają

bowiem napięcie spoczynkowe mięśni dna miednicy w porównaniu do płaskiej pozycji stopy.

Z dość licznych publikacji coraz wyraźniej wynika, że ryzyko niepowodzenia zabiegu z użyciem taśm przeprowadzanych przez otwory zasłonięte w wysiłkowym NTM z niewydolnością zwieracza jest kilka do kilkunastu razy wyższe niż przy zastosowaniu taśm załonowych. Coraz



szersze uznanie znajdują tzw. mini taśmy (ang. SIS, single incision slings) wprowadzane z jednego nacięcia pochwy (TVT Secur, MiniArc, Ajust, Ophira, Unitape, Zipper, TFS, Mini Sling). Mogą one być implantowane w znieczuleniu miejscowym, dają – porównywalny z „długimi” taśmami – efekt leczniczy w typie II wysiłkowego NTM i około 50–70% wyleczeń w typie III w rocznym okresie obserwacji. Skuteczność taśmy TVT-S została oceniona w dużym badaniu amerykańsko-koreańskim z udziałem ponad 640 pacjentek. Odsetek wyleczeń po roku wyniósł 87,5%, a odsetek powikłań wczesnych nie przekroczył 9%, w tym bardzo rzadkie były zaburzenia mikcji – 0,9% i zatrzymanie moczu – 0,2%.

Należy pamiętać, że siła mocowania do tkanek jest różna dla różnych taśm, co może powodować różną ich skuteczność. Metaanaliza oceniająca skuteczność taśm SIS: TVT-S (n=2700), MiniArc (n=557) i Ajust (n=30) wykazała skuteczność odpowiednio 80%, 86% i 100%.

W przypadku erozji taśmy syntetycznej do pochwy dotychczas uważano, że jedyną skuteczną

metodą leczenia jest usunięcie fragmentu lub całej taśmy. Należy pamiętać, że postępowanie takie powoduje u 50% pacjentek nawrót wysiłkowego NTM. Ciekawe i skuteczne podejście zachowawcze opublikowali lekarze z Berna w Szwajcarii. Zastosowanie kremu estrogenowego miejscowo przez 6 tygodni i ewentualnie zeszczenie defektu ściany pochwy po odświeżeniu rany i mobilizacji jej brzegów było skuteczne aż u 20 z 21 leczonych pacjentek, a tylko u jednej konieczne było usunięcie taśmy.

Całkowicie nową koncepcję leczenia wysiłkowego NTM stanowią balony śródpecherzowe Solace. Powodują one redukcję wzrostu ciśnienia śródpecherzowego o ok. 50% w trakcie wzrostu ciśnienia śródbrzusznego, działając na zasadzie amortyzatora. Pojedynczy, wypełniony powietrzem 25 ml balon wprowadzony do pęcherza na drodze cystoskopii podwyższał w niewielkim bada-

niu klinicznym ciśnienie śródbrzusze, przy którym występował epizod NTM o 20 do 80 cm H₂O. Trwają badania kliniczne tej metody leczenia.

Trwający od lat spór dotyczący jednoczasowego z naprawą dna miednicy leczenia tzw. ukrytego wysiłkowego NTM za pomocą taśm syntetycznych (tutaj TVT), w elegancki sposób podsumowuje pierwsze tego typu prospektywne randomizowane badanie z Australii. Odpowiedź autorów na pytanie, czy jednoczasowo z naprawą objawowego POP (pelvic organ prolapse – zaburzenia statyki narządu płciowego kobiet) i wykrytego w badaniu urodynamicznym wysiłkowego NTM stosować rutynowo taśmę brzmi: nie. Konieczne jest implantowanie 12 taśm aby wyleczyć jedno objawowe wysiłkowe NTM. Autorzy zalecają ponowną ocenę wysiłkowego NTM po operacji POP i ewentualnie wtórną implantację taśmy. Kolejne doniesienia kwestionują skuteczność wstrzyknięć okołocewkowych zarówno u kobiet jak i u mężczyzn. W jednym z nich, nawrót wysiłkowego NTM miał miejsce aż u 22 z 25 leczonych kobiet po roku.

Pismałnictwo u Autora

Neuromodulacja korzeni krzyżowych w leczeniu zaburzeń czynnościowych mikcji

dr hab. n. med. Piotr Radziszewski

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

Leczenie zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych powinno być stopniowane. Zgodnie z zaleceniami wszystkich Towarzystw naukowych rozpoczyna się je od leczenia zachowawczego, poprzez farmakoterapię, leczenie neurotoksynami, skończywszy na neuromodulacji korzeni krzyżowych i leczeniu chirurgicznym. Neuromodulacja w unerwieniu dolnych dróg moczowych polega na hamowaniu jednych, a wzmacnianiu innych bodźców nerwowych. Dzięki temu w większości przypadków udaje się przywrócić utraconą równowagę pomiędzy procesami stymulacji i hamowania i uzyskać zbliżone do fizjologii napełnianie i opróżnianie pęcherza.

Początkowo neuromodulacja polegała na stymulacji elektrycznej na drodze przez pochwowej lub przez odbytniczej. Te metody nadal odgrywają pewną rolę w leczeniu nadreaktywnego pęcherza i czynnościowej przeszkody podpęcherzowej, jednakże ich skuteczność jest stosunkowo niewielka, a metoda ich stosowania przysparza pacjentom znacznego dyskomfortu.

Neuromodulacja jest również możliwa na poziomie korzeni krzyżowych, jest to tzw. stymulacja bezpośrednia. Obecnie w neurourologii istnieją dwa różniące się od siebie sposoby stymulacji korzeni krzyżowych. Metoda Brindley'a, będąca klasyczną neurostymulacją polega na stymulacji korzeni tylnych rdzenia kręgowego, po ich przecięciu. Ze względu na znaczną inwazyjność jest ona zarezerwowana dla pacjentów po urazie rdzenia kręgowego, u których hiperrefleksja jest połączona z wysokociśnieniowym, słabo opróżniającym się pęcherzem moczowym.

Drugą metodą jest neuromodulacja korzeni S2 lub S3, której podstawy zostały opracowane przez Tanagho i Schmidt'a. Neuromodulacja jest zabiegiem znacznie mniej inwazyjnym, nie wymaga definitywnych działań (tak jak tylna rizotomia w przypadku implantacji stymulatora Brindleya). W oparciu o badania na zwierzętach wiadomo, że hamowanie odruchu mikcji zachodzi na poziomie interneuronów znajdujących się w rdzeniu kręgowym oraz zwojach miednicznych. To właśnie do tych ośrodków mogą dochodzić „fałszywe” bodźce czuciowe przewodzone włóknami A-delta i C. W ośrodkach tych dochodzi najprawdopodobniej do bramkowania impulsów hamujących i powstawania w ten sposób nadreaktywności wypieracza. Neuromodulacja może odtwarzać właściwe

powiązania pomiędzy systemem pobudzania i hamowania. Dodatkowo, ponieważ na poziomie otworów krzyżowych S3 znajdują się włókna nerwu sromowego neuromodulacja jest przydatna w leczeniu czynnościowej przeszkody podpęcherzowej. Uważa się, że w przypadku zalegania moczu spowodowanego czynnościową przeszkodą podpęcherzową stymulacja na poziomie segmentu S3 przywraca prawidłową mikcję poprzez ponowne odtworzenie prawidłowego działania ośrodka mikcji w móście.

Obecnie neuromodulacja jest stosowana jako leczenie z wyboru u pacjentów z zaburzeniami czynnościowymi dolnych dróg moczowych opornymi na inne metody leczenia.

Tak więc neuromodulacja jest stosowana u pacjentów z nadreaktywnym pęcherzem moczowym, nietrzymaniem moczu typu parcia nagłego oraz u pacjentów, u których występują problemy z opróżnianiem pęcherza moczowego. Ponieważ neuromodulacja jest leczeniem długoterminowym przed ostatecznym wszczęciem stymulatora dokonuje się oceny przy pomocy stymulacji przezskórnej (tzw. metoda dwustopniowa). Powodzenie stymulacji czasowej oceniane jest w oparciu o kartę mikcyjną i subiektywne doznania pacjenta. Kliniczna poprawa jest obserwowana u 34 do 80 % pacjentów testowanych przy pomocy stymulacji przezskórnej, w zależności od typu zaburzenia i zaawansowania procesu chorobowego. Dzięki takiemu dwustopniowemu podejściu unika się implantacji stymulatora u osób, u których nie obserwuje się istotnej poprawy klinicznej w trakcie stymulacji testowej. Stymulacja testowa trwa zazwyczaj od kilku tygodni do 3 miesięcy.

Kolejne badania wykazały, że najlepszymi kandydatami do leczenia przy pomocy neuromodulacji są pacjenci z nadreaktywnością wypieracza, z zaleganiem moczu i czynnościową przeszkodą podpęcherzową, oraz pacjenci z zespołem bolesnej miednicy i niedoczynnością wypieracza.

W oparciu o analizę ponad 75 tysięcy stymulatorów wszczepionych na świecie stwierdzono, że skuteczność tej metody leczenia wynosi średnio dla:

– nietrzymania moczu z parć nagłych – 79% (u 45 % pacjentów dochodzi do pełnego ustąpienia nietrzymania moczu)

– zespołu parcie częstomocz (pęcherz nadreaktywny w postaci „suchej”) – 64%

– zalegania moczu – 77% (u 61% zupełne ustąpienie zalegania moczu)

– zespołu bolesnej miednicy – 66%

Objawy uboczne są obserwowane średnio u 30% pacjentów, w czasie 4 lat od wszczęcia stymu-



Materialy producenta

latora. Uraz, zmiana masy ciała, oraz przewlekły ból (niezależnie od umiejscowienia) są uważane za niezależne predyktory objawów ubocznych. Zmiana sposobu implantacji (dwustopniowa) oraz wprowadzenie tzw. elektrody żąbkowanej (wykorzystywanej w stymulacji testowej i stałej) spowodowały zmniejszenie odsetka reoperacji z 46% do 16%.

Implantacja neuromodulatora (aczkolwiek niosąca za sobą znaczny koszt jednostkowy), powoduje zmniejszenie kosztów ponoszonych na pacjenta w trakcie kolejnych lat od implantacji. Dwukrotnie zmniejszeniu ulega liczba wizyt lekarskich, o 73% zmniejszają się koszty wizyty i badań zleczanych podczas niej, a o 97% koszty zleczanych zabiegów terapeutycznych. Zmniejszają się również o 30% koszty leków zażywanych przez pacjentów.

Neuromodulacja jest wymieniana jako postępowanie z wyboru w przypadku niepowodzenia leczenia zachowawczego, a przed decyzją o rozległym zabiegu chirurgicznym. Wytyczne ICI z 2009 roku rekomendują stosowanie neuromodulacji w nadreaktywności pęcherza, niedoczynności wypieracza oraz w zespole bolesnej miednicy. Rekomendacja ta ma poziom 1–2 A, co oznacza, że istnieją dobre, randomizowane badania kliniczne pokazujące jej skuteczność. Zalecenia Europejskiego Towarzystwa Urologicznego, zaakceptowane w 2010 przez Polskie Towarzystwo Urologiczne uznają neuromodulację, za postępowanie z wyboru w przypadku niepowodzenia leczenia zachowawczego.

Refundacja leków na pęcherz nadreaktywny – wkrótce?

Katarzyna Walewska

Upłynął już rok od kiedy Rada Konsultacyjna Agencji Ocen Technologii Medycznych wydała pozytywną rekomendację w sprawie utworzenia wspólnej grupy terapeutycznej leków stosowanych w leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego (OAB). Opinia Rady Konsultacyjnej AOTM była zapowiedzią długo oczekiwanych zmian, które miały otworzyć chorym drogę do korzystania z nowoczesnej terapii na najwyższym poziomie. Niestety, do dzisiaj Ministerstwo Zdrowia nie podjęło decyzji, na mocy której tego typu grupa zostałaby wpisana na listę leków refundowanych.

Obecnie w Polsce osoby cierpiące na nietrzymanie moczu (NTM) mają mocno ograniczone możliwości terapeutyczne. Z budżetu państwa w pełni finansowane są jedynie chirurgiczne zabiegi z użyciem taśm, zalecane w terapii wysiłkowego i mieszanego nietrzymania moczu oraz wszczepienie i wymiana hydraulicznego zwieracza cewki moczowej (AUS), przeznaczone głównie dla mężczyzn cierpiących na ciężkie wysiłkowe nietrzymanie moczu. Wciąż brakuje finansowania z budżetu państwa nowoczesnej terapii farmakologicznej, uznawanej w wielu krajach europejskich za „złoty standard”. Niestety Resort Zdrowia niewiele robi, by poprawić sytuację chorych. Obecnie pacjenci z zespołem pęcherza nadreaktywnego doświadczają dyskryminacji i trudności w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje jedynie dwa, starej generacji, leki stosowane w tym schorzeniu (Driptane oraz Ditropan), które w refundacji dostępne są wyłącznie dla osób cierpiących na stwardnienie rozsiane. Natomiast nowoczesne środki takie jak Emselex, Toviaz, Vesicare, sprzedawane są za stu procentową odpłatnością. Koszt takiej miesięcznej terapii to wydatek rzędu 200 zł. Biorąc pod uwagę, że większość pacjentów z NTM, to osoby starsze, utrzymujące się głównie z niskich rent i emerytur, niewielu z nich może pozwolić sobie na tak kosztowną kurację. Ograniczenie w dostępie do nowoczesnej farmakoterapii dla chorych oznacza konieczność rezygnacji z leczenia i bezustanne korzystanie z pieluchomajtek.

W związku z tym, że Resort Zdrowia nie potrafi rozwiązać problemu, inicjatywę przejęli pacjenci. Stowarzyszenie Osób z NTM „Uro-



Conti”, które od lat walczy o poprawę sytuacji osób z nietrzymaniem moczu również i w tej kwestii nie pozostaje bierne. Od momentu wydania pozytywnej rekomendacji AOTM w sprawie utworzenia wspólnej grupy leków na OAB Stowarzyszenie „UroConti” przesłało do Ministerstwa liczne poparcia tejże inicjatywy, wskazując, że pomysł utworzenia wspólnej grupy leków jest właściwym rozwiązaniem, przychylnym i potrzebnym pacjentom. W ślad za Stowarzyszeniem „UroConti” podobne kroki podjęły inne organizacje zrzeszające osoby niepełnosprawne, m.in.: Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów, Polskie Towarzystwo Stomijne. Niestety, pomimo wielu apeli ze strony organizacji pacjenckich, kwestia utworzenia grupy terapeutycznej leków na OAB nadal nie została ostatecznie przesądzona. Jak twierdzi Maria Zdeb, Prezes Zarządu Głównego Stowarzyszenia „UroConti” w Ministerstwie Zdrowia coraz głośniejsze mówi się o wpisaniu na listę leków refundowanych tylko jednego preparatu. Temu rozwiązaniu stanowczo sprzeciwia się Stowarzyszenie. *Mając na uwadze dobro pacjentów jesteśmy za utworzeniem jak największej grupy leków, dzięki której chorzy będą mieli możliwość wyboru środka najbardziej odpowiedniego, a większa konkurencyjność wśród preparatów przełoży się również na obniżenie cen leków dostępnych na rynku* – mówi Barbara Woźniak z Zarządu „UroConti”. *Ważne jest, aby pacjenci mieli dostęp do kilku leków*

refundowanych stosowanych w tym wskazaniu, i nie byli ograniczani refundacją tylko jednego z nich – dodaje Maria Zdeb – Prezes „UroConti”. Inicjatywę stworzenia grupy terapeutycznej leków na OAB przychylni są również lekarze. Zdaniem środowiska lekarskiego terapia farmakologiczna stosowana w leczeniu OAB jest dobierana indywidualnie dla każdego pacjenta – nie ma uniwersalnego leku, który byłby zalecany wszystkim chorym.

Warto zwrócić uwagę, że przyszłoroczny budżet Narodowego Funduszu Zdrowia zakłada zwiększenie wydatków na refundację cen leków, w porównaniu do roku bieżącego jest to wzrost o 11%. Czy wraz ze zwiększeniem wydatków na leki, poszerzy się lista refundacyjna o nowe preparaty, w tym także o te stosowane w leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego? Odpowiedź na to pytanie miała przynieść zapowiadana na wrzesień nowa lista leków refundowanych, jednakże nadal nie została opublikowana.

Upływają kolejne miesiące, a problem tysięcy osób z NTM wciąż pozostaje nierozwiązany. Sytuacja osób cierpiących na zespół pęcherza nadreaktywnego (OAB) nie ulegnie poprawie dopóki resort zdrowia nie zdecyduje się na wpisanie nowych preparatów na listę refundacyjną. Skoro w przyszłorocznym budżecie NFZ znalazły się dodatkowe środki na dofinansowanie leków, można uznać, że przeszkodą w podjęciu decyzji nie są pieniądze tylko opieszałość Ministerstwa Zdrowia w tej sprawie lub faworyzowanie jednego producenta. ■

Lubelskie Forum Organizacji Osób Niepełnosprawnych – Sejmik Wojewódzki

Duży może więcej

Magdalena Kowalewska

Lubelskie Forum Organizacji Osób Niepełnosprawnych – Sejmik Wojewódzki (LFOON-SW), to związek wielu stowarzyszeń osób niepełnosprawnych działających na terenie całego województwa lubelskiego. *W marcu 2010 roku przeprowadziliśmy, po raz pierwszy od powstania, weryfikację wpłat członkowskich – obecnie liczba organizacji członkowskich to 43. W tym roku do Forum dołączyła jedna organizacja* – podaje Prezes Alicja Jankiewicz.

Najważniejszy cel dążeń LFOON-SW to wspieranie pozarządowych organizacji samopomocowych oraz reprezentowanie interesów tych organizacji oraz interesów osób dotkniętych niepełnosprawnością wobec władz państwowych i samorządowych. Niemniej, ważna jest również integracja tego środowiska, wspieranie osób niepełnosprawnych i promowanie ich dążeń, zamysłów i planów. LFOON-SW stara się dogłębnie poznać rzeczywiste potrzeby, problemy, możliwości i oczekiwania środowiska osób niepełnosprawnych w trakcie cyklicznych sesji członków Forum. Dysponując tą wiedzą może jasno i rzeczowo przedstawiać problemy wraz z propozycjami konkretnych rozwiązań podczas spotkań z przedstawicielami władz samorządowych, państwowych, Sejmu i Senatu. Organizacja współpracuje z Wydziałami Urzędu Wojewódzkiego, Urzędu Marszałkowskiego, Urzędu Miejskiego w Lublinie, Wojewódzkim Urzędem Pracy, Powiatowymi Centrami Pomocy Rodzinie, z Oddziałem Wojewódzkim PFRON.

LFOON-SW jest organizacją autonomiczną, samodzielną, niezależną od organów administracji państwowej, organów samorządowych i organizacji politycznych. Jest apolityczny i neutralny światopoglądowo. Angażuje się przede wszystkim w upowszechnianie współpracy pomiędzy organizacjami samopomocowymi województwa lubelskiego, ale także krajowymi i zagranicznymi oraz wspiera ruch samopomocowy.

Organizacja została zarejestrowana szesnaście lat temu – 28 kwietnia 1994 roku, jako Lubelskie Forum Organizacji Osób Niepełnospraw-

nych ale, po pewnych zmianach, od dwunastu lat działa już jako Sejmik Wojewódzki. LFOON-SW funkcjonuje w myśl zasady – duży może więcej. Połączone głosy i dążenia wielu organizacji są bardziej zauważalne i donioślejsze, niż apele pojedynczych osób.

Współpraca między organizacjami opiera się przede wszystkim na wymianie doświadczeń,



informacji, wspólnym podejmowaniu działań na rzecz osób niepełnosprawnych, współpracy przy organizacji imprez, spotkań, konferencji. Dzięki wspólnym działaniom, LFOON-SW zrealizował wiele programów i projektów. Na ten sukces w ciągłej realizacji misji, zdaniem Prezes Alicji Jankiewicz, złożyły się: niezależność, zaufanie i chęć współdziałania organizacji członkowskich. *Ważnym osiągnięciem organizacji jest Wojewódzka Sieć Informacyjno-Doradcza dla osób niepełnosprawnych i ich rodzin, instytucji pracujących wśród i na rzecz osób niepełnosprawnych* – dodaje pani Jankiewicz. W ramach Wojewódzkiej Sieci działa Centrum Informacyjno-Szkoleniowe Dla Osób Niepełnosprawnych w Lublinie, w którym można uzyskać wszelkie porady i wskazówki z dziedziny prawa, wsparcie psychologiczne, a także w dziedzinie doradztwa zawodowego. Centrum służy także pomocą w zakresie usuwania barier architektonicznych, prowadzi też biblioteczkę dla osób niepełnosprawnych i ich opiekunów.

Innym projektem organizacji zrealizowanym z dużym sukcesem jest Biuro Karier oraz projekt „Dla zdrowia i urody życia II”. W roku

2009 udało się pozyskać aż 54 oferty pracy, osiemdziesięciu sześciu osobom zostały wydane skierowania na rozmowy kwalifikacyjne, a 28 osób podjęło pracę. Projekt „Dla zdrowia i urody życia II” pomógł czterdziestu matkom wychowującym niepełnosprawne dzieci wrócić na ścieżkę kariery zawodowej dzięki specjalnie przygotowanym szkoleniom zawodowym.

Współpraca z mediami pozwala na pewną integrację osób niepełnosprawnych z osobami „pełnosprawnymi”. Umożliwia poznanie i zrozumienie przez społeczność lokalną potrzeb środowiska osób niepełnosprawnych i przyczynia się do likwidacji barier społecznych.

Organizacja napotyka jednak na drodze swojej działalności pewne problemy. *Najtrudniejszy aspekt funkcjonowania LFOON-SW, to zapewnienie środków na kontynuację sprawdzonych form działania z zakresu rehabilitacji społeczno-zawodowej osób niepełnosprawnych oraz utrzymanie kadry. Niktę są w związku z tym możliwości wieloletnich programów, z czym wiąże się uciążliwa, stała konieczność rozpoczynania co 3–4 lata od początku cyklu edukacyjnego dla kadr* – stwierdza pani Prezes.

Dużym problemem, z którym boryka się organizacja jest też bezpieczeństwo trwałości funkcjonowania. *Nie mając stałego finansowania bardzo trudne jest znalezienie funduszy na opłatę czynszu za wynajem lokalu na siedzibę i biuro. Co miesiąc musimy znaleźć na to pieniądze* – dodaje pani Jankiewicz. Mimo tych trudności Lubelskie Forum Organizacji Osób Niepełnosprawnych – Sejmik Wojewódzki zamierza kontynuować swój dalszy rozwój i działać na rzecz osób niepełnosprawnych oraz wytrwale wspierać je w ich przedsięwzięciach. Jednym z aktywnych członków LFOON-SW jest lubelski oddział Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”.

Lubelskie Forum Organizacji Osób Niepełnosprawnych – Sejmik Wojewódzki
Al. Raclawickie 44D, 20-043 Lublin
tel./fax: 081 53 283 46
e-mail: lfoon@lfoon.lublin.pl

Nietrzymanie moczu, czyli kobieca wstydliva choroba

z prof. zw. dr hab. n. med. Ryszardem Porębą, Prezesem Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz Kierownikiem Katedry i Oddziału Klinicznego Ginekologii i Położnictwa w Tychach Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach rozmawia Jerzy Wiśniewski

W jakich obszarach medycyny najbardziej aktywne jest obecnie Polskie Towarzystwo Ginekologiczne?

— Odbierając we wrześniu ub. r. w Lublinie oficjalną nominację na Prezesa PTG, zaproponowałem w exposé działania wielotorowe: kształtowanie rozwoju polskiej nauki położniczo-ginekologicznej, promowanie jej na forum międzynarodowym, zwrócenie uwagi na wyszkolenie zawodowe oraz położenie większego nacisku na przestrzeganie zasad etyki. Najważniejszym celem PTG winno być zmniejszenie umieralności kobiet podczas porodów. Wymaga to m.in. zmian organizacyjnych w salach porodowych, odpowiedniego wyposażenia, dostępności do niezbędnych leków, w tym najcenniejszych środków krwiozastępczych do ratowania kobiet w ciężkich krwotokach.

A co konkretnie jest priorytetem PTG?

— Bezwzględnie Narodowy Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy. To akcja na dużą skalę o charakterze społecznym, informacyjnym i promocyjnym. Ma poprawić niekorzystne dla Polski wskaźniki. Co roku wykrywa się raka szyjki macicy u około 4000 kobiet. Co roku z tego powodu umiera około 2000 kobiet. To znaczy, że rok w rok, w Polsce umiera jedno małe miasto kobiet. Drugim poważnym problemem jest umieralność kobiet w okresie okołoporodowym.

Na dolegliwość nietrzymania moczu nie umiera się, a doskwiera ona sporej grupie kobiet po 40 roku życia.

— Nietrzymanie moczu jest chorobą społeczną. To w pewnym sensie kalectwo, które degraduje kobietę zarówno w środowisku zawodowym, jak i w rodzinie. Kobiety wstydzą się, że nie utrzymują moczu i dlatego nie mówią o tym lekarzom. Wolą nosić wkładki, zakładać tampony.

Co jest przyczyną nietrzymania moczu?

Są różne postacie nietrzymania moczu, najczęściej występuje wysiłkowe nietrzymanie moczu, które objawia się np. podczas śmiechu czy kaszlu, biegu, a nawet zwykłego spaceru. Generalnie u wielu pacjentek powodem nietrzymania moczu jest przebyty ciężki poród, który może

doprowadzić do obniżenia narządu rodowego i pęcherza moczowego. Bywa, że niektóre kobiety mają po prostu predyspozycje genetyczne, np. słabo funkcjonujący układ zwieraczy cewki moczowej. Najczęściej nietrzymanie moczu pojawia się w klimakterium. Niedobór hormonów w tym okresie, głównie estrogenów, powoduje, że układ mięśniowy jest słabszy, zwieracze są mniej wydolne i gdy następuje tłocznia brzuszna, nie mogą utrzymać moczu.

Czy ginekolodzy trafnie oceniają przyczynę nietrzymania moczu?

— PTG organizuje liczne specjalistyczne konferencje i sympozja. Pozostałe sekcje, np. chirurgii ginekologicznej, też poruszają ten temat. Szkolenie w tym zakresie jest w Polsce bardzo intensywne. Lekarze mają dosłownie arsenał metod, które mogą stosować.

Na czym polega leczenie?

— To łatwe i szybkie zabiegi operacyjne, jeżeli chodzi o wysiłkowe nietrzymanie moczu. Wykonujemy ich w Polsce rocznie kilkanaście tysięcy. Pacjentka przebywa w szpitalu jeden lub dwa dni. Tylko parcie nagłace można leczyć farmakologicznie.

Nie można zachowawczo nic zaradzić?

— Zakłada się różnego rodzaju wkłady dopochwowe, ale to dość uciążliwe. Radykalną metodą jest tylko krótka operacja.

Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje takie zabiegi?

— Tak, i to zarówno w naszym pionie ginekologicznym, jak i urologicznym. NFZ płaci za każdą operację.

Gdzie wykonuje się te zabiegi?

— W Polsce jest 439 oddziałów położniczo-ginekologicznych. W każdym wykonuje się co roku po kilkadziesiąt zabiegów. Natomiast w Klinice Ginekologicznej w Lublinie czy w Klinice Wojskowej Akademii Medycznej w Warszawie operuje się kilkaset kobiet. Jeżeli przyczyną nie jest wysiłkowe nietrzymanie moczu, a np. przetoki, to konsultujemy się oczywiście z urologami.

Od kilku lat mówi się o potrzebie utworzenia nadspecjalizacji uroginekologicznej.

— Dostrzegamy potrzebę powstania takiej nadspecjalności w ramach PTG. Kto uzyska taki tytuł



będzie najlepiej diagnozował i najlepiej leczył. A zapotrzebowanie na takich specjalistów jest ogromne. W Polsce około 50 proc. kobiet, najczęściej w wieku od 40 do 60 lat, cierpi na tego typu problemy. Wiele z nich jest przecież jeszcze w okresie reprodukcyjnym. Dlatego trzeba szkolić ginekologów i położników oraz położne, żeby nie doszło do niekorzystnych zmian podczas porodu lub przynajmniej je zminimalizować.

Ilu powinno być w Polsce uroginekologów?

— Przynajmniej po kilku w każdym województwie, i nie mniej niż stu w całym kraju. Urodziny nie są bowiem w stanie opanować tak dużej ilości przypadków. Mają oni przecież do zoperowania m.in. kamice, nowotwory urologiczne i chore nerki.

Jak będzie można zdobyć taką nadspecjalizację?

— Szkolenia, egzaminy, nauka, operatywy. PTG wyznaczy system szkoleń. Starający się o kwalifikacje uroginekologa będzie musiał po szkoleniu zdać egzamin przed komisją, na którym wykaże się wiedzą oraz udokumentuje jakie i ile operacji przeprowadził. Dopiero po spełnieniu tych warunków zdobędzie nadspecjalność uroginekologa. Ale najpierw program uroginekologii musi zaakceptować Ministerstwo Zdrowia. Taka nadspecjalność już funkcjonuje np. w Wielkiej Brytanii. W Polsce szczegółowy program przyszłej nadspecjalności opracował nasz znakomity kolega, ginekolog prof. Tomasz Rechberger, który jest kierownikiem Kliniki Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie i wiceprezesem PTG. ■

Kreatywna przesyłka – pomysły na zmianę przepisów?

Katarzyna Walewska

Ubiegłoroczna nowelizacja rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi niestety nie poprawiła trudnej sytuacji osób z NTM. Nadal przepisy przewidują refundację jedynie dwóch sztuk pieluchomajtek na dobę. Dla osób z nietrzymaniem moczu dostępne limity są niewystarczające, gdyż ilość popuszczanego moczu znacznie przewyższa chłonność refundowanych pieluchomajtek.

W ciągu bieżącego roku kilkakrotnie zapewniano pacjentów, że ich sytuacja niebawem ulegnie poprawie. Przedstawiciele Resortu Zdrowia publicznie obiecywali wzrost dofinansowania na zaopatrzenie ortopedyczne i pomocnicze jeżeli tylko zgromadzi się nadwyżka finansowa. Niestety, jak to zwykle bywa, na obietnicach się skończyło. Minął rok, a zmiana przepisów, na bardziej przyjazne dla pacjentów, nadal nie nastąpiła. Z nadwyżki budżetowej NFZ na dopłaty do zaopatrzenia ortopedycznego i pomocniczego przeznaczono jedynie 12 mln zł, dla porównania refundacja leków wzrosła o 899 mln zł.

Aktywną walkę o prawa pacjentów z nietrzymaniem moczu prowadzą członkowie Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”. Wielokrotnie apelowali oni do Ministra Zdrowia o zwiększenie limitów na refundowane pieluchy czy uznanie nietrzymania moczu za kryterium chorobowe uprawniające pacjentów do otrzymania zlecenia na refundowane środki wchłaniające. W ramach obchodów Światowego Tygodnia Kontynencji przygotowali „kreatywną przesyłkę”, zawierającą standardową pieluchomajtkę (typu medium) oraz pojemnik wypełniony wodą w ilości porównywalnej do średniej ilości moczu wydalanego przez dorosłą osobę w przeciągu 12 godzin. Do paczki załączono również krótką instrukcję: *Proszę wylać zawartość pojemnika na powierzchnię zawartą w paczce pieluchy, a następnie ocenić chłonność pieluchy po jej wypełnieniu*. Paczkę rozesłano do przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, członków senackich i sejmowych Komisji Zdrowia, Komisji Polityki Społecznej oraz do mediów. *Zdecydowaliśmy się na wysłanie „kreatywnej przesyłki”, która*

ra w pełni obrazuje naszą trudną sytuację. Wierzymy, że dzięki tego typu akcji zwrócimy uwagę decydentów oraz opinii publicznej na problemy, z którymi borykają się miliony osób chorych na nietrzymanie moczu – mówi Maria Zdeb Prezes „UroConti”.

Rozporządzenie przewiduje dofinansowanie jedynie 60 sztuk miesięcznie, a obowiązująca refundacja nie pokrywa w pełni kosztów zakupu środków absorpcyjnych (pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, wkłady anatomiczne),



do których pacjent jest zobowiązany dopłacić 30% wartości zaopatrzenia. Czy dwie sztuki pieluchomajtek na dzień pozwalają na zachowanie podstawowej higieny osobistej? – *Jest to zdecydowanie za mało. Wielu z nas musi się zaopatrywać w dodatkowe środki wchłaniające, płacąc za nie 100% ceny ponieważ obowiązujące limity są niewystarczające dla osoby chcącej zachować higienę osobistą. Uważamy, że refundowane 3 sztuki na dobę jest absolutnym minimum jakie powinno przysługiwać osobom z problemem nietrzymania moczu –* wypowiada się Teresa Bodzak z UroConti w Lublinie.

Bolączką osób z NTM są niestety nie tylko limity w zaopatrzeniu w środki wchłaniające. Problem pojawia się na samym początku, kiedy pacjenci chcą uzyskać zlecenie na refundowane pieluchomajtki. Zgodnie z obowiązującymi przepisami nietrzymanie moczu nie jest klasyfikowane jako jednostka chorobowa, w związku z tym nie każdy lekarz wystawi pacjentowi z NTM zlecenie na środki wchłaniające. Zdarza się, że chorzy są odsyłani od jednego do drugiego

lekarza, uprzejmie prosząc o wystawienie zlecenia na inny kod choroby. Czy to jedyna droga do uzyskania refundowanych środków wchłaniających? – *Niestety. Tak wygląda rzeczywistość przeciętnego pacjenta z NTM. Brak odpowiedniego zapisu powoduje trudności z uzyskaniem refundacji. Pozostaje nam jedynie liczyć na przychylność lekarzy, którzy zechcą wypisać zlecenie –* mówi Marian z Kielc. *Od lat apelujemy o zaklasyfikowanie nietrzymania moczu jako podstawowego i jedynego*

kryterium chorobowego uprawniającego do otrzymania refundacji – dodaje Maria Zdeb.

Bezustanna walka o poprawę sytuacji pacjentów odnosi w pewnym stopniu skutek, obrazuje to nowy plan finansowy na rok 2011, w którym na refundację zaopatrzenia ortopedycznego i pomocniczego przeznaczono o 21 mln więcej niż w planie finansowym na

rok 2010. Niestety, pomimo wyższego budżetu nadal Ministerstwo nie zwiększyło limitów ilościowych na refundację pieluchomajtek, co niewątpliwie jest jednym z priorytetów dla osób z nietrzymaniem moczu. Przyszłoroczny plan finansowy zakłada również wzrost środków na refundację leków, niestety w wykazie leków refundowanych nadal brakuje nowoczesnych preparatów stosowanych w leczeniu nietrzymania moczu.

Nietrzymanie moczu to wystarczająco uciążliwa dolegliwość, żeby Państwo zapewniło nam refundację. Obecnie poza zabiegiem operacyjnym żadna alternatywna forma terapii NTM tj.: ćwiczenia mięśni Kegla czy elektrostymulacji nie jest refundowana – żali się jedna z członkiń Stowarzyszenia.

Problem nietrzymania moczu zapewne nie byłby tematem tabu, jeżeli zachowane byłyby odpowiednie standardy w leczeniu tego schorzenia, przynajmniej na poziomie zbliżonym do standardów europejskich, a dostępność do środków wchłaniających zapewniałaby zachowanie podstaw higieny osobistej. ■

Operacje z użyciem taśm na Mazowszu

Katarzyna Walewska

W bieżącym numerze Kwartalnika NTM rozpoczynamy kolejny cykl prezentujący placówki, w których pacjenci mogą poddać się zabiegom operacyjnym na nietrzymanie moczu przy użyciu taśm TVT/TOT oraz MINITAŚMY(SIS).

W kolejnych numerach będziemy prezentować Państwu listę placówek z poszczególnych regionów kraju. Nowy cykl rozpoczynamy od województwa mazowieckiego.

Według zebranych danych na Mazowszu działa 30 szpitali, w których pacjenci mogą skorzystać z operacyjnej metody nietrzymania moczu przy użyciu taśm syntetycznych. Operacje na NTM głównie przeprowadzane są na oddziałach ginekologicznych, w nielicznych placówkach na urologii.

Porównując bieżącą sytuację ze statystykami z 2006 roku, (kiedy po raz pierwszy prezentowaliśmy Państwu dane dotyczące operacyjnego leczenia NTM na Mazowszu) można zauważyć poprawę. Liczba miejsc, w których przeprowadza tego typu zabiegi powiększyła się o kolejne dwie placówki. Obecnie na 77 publicznych szpitali, które dysponują 62 oddziałami ginekologicznymi oraz ginekologiczno-położniczymi i 22 oddziałami urologicznymi, 30 placówek specjalizuje się w leczeniu nietrzymania moczu metodą operacyjną.

Z danych uzyskanych z Mazowieckiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że w roku 2009 w województwie przeprowadzono 608 operacji na nietrzymanie moczu z użyciem materiału syntetycznego. Natomiast w pierwszej połowie 2010 roku wykonano 391 operacji tego typu.

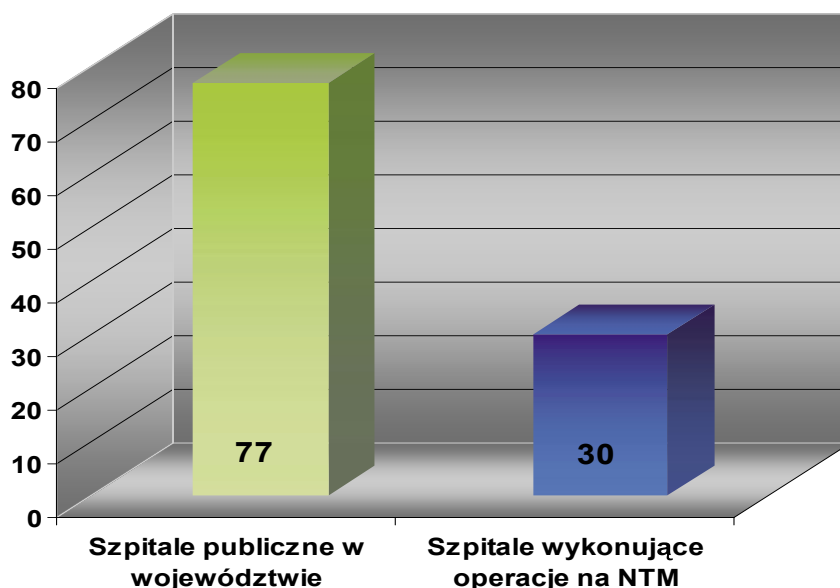
Prezentowane statystyki świadczą o wysokiej dostępności do leczenia operacyjnego NTM w województwie mazowieckim.

Poniżej prezentujemy listę szpitali, w których można wykonać zabieg operacyjny na NTM.

1. [Centralny Szpital Kliniczny im. Dzieciątka Jezus Centrum Leczenia Obrażeń](#), ul. Lindley'a 4, 02-005 Warszawa, Klinika Urologii
2. [Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie](#), ul. Wołoska 137, 02-507, Klinika Ginekologii
3. [Instytut Matki i Dziecka w Warszawie](#),

ul. Kasprzaka 19, 01-211 Warszawa, Klinika położniczo-ginekologiczna

4. [Międzyzleski Szpital Specjalistyczny](#), ul. Bursztynowa 2, 04-749 Warszawa Oddział położniczo-ginekologiczny
5. [Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr Tytusa Chałubińskiego](#), ul. Tochtermana 1, 26-610 Radom, Oddział położniczo-ginekologiczny
6. [Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. Witolda Orłowskiego \(CMKP\)](#) w Warszawie, ul. Czerniakowska 231, 00-416 Warszawa, Oddział ginekologiczny
7. [Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Grójcu](#), ul. Piotra Skargi 10, 05-600 Grójec, Oddział ginekologiczno-położniczy
8. [Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kozienicach](#), ul. Sikorskiego 10, 26-900 Kozienice, Oddział urologiczny
9. [Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej SOLEC w Warszawie](#), ul. Solec 93, 00-382 Warszawa, Oddział ginekologiczny
10. [Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Mińsku Mazowieckim](#), ul. Szpitalna 37, 05-300 Mińsk Mazowiecki, Oddział ginekologiczny
11. [Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sierpcu](#), ul. Słowackiego 32, 09-200 Sierpc, Oddział ginekologiczny
12. [Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wyszkowie](#), ul. KEN 1, 07-200 Wyszków, Oddział ginekologiczny
13. [Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Nowym Dworze Mazowieckim](#), ul. Miodowa 2, 05-100 Nowy Dwór Mazowiecki
14. [Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. dr Józefa Psarskiego w Ostrołęce](#), ul. Jana Pawła II 120a, 07-410 Ostrołęka
15. [Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie](#), ul. Powstańców Wielkopolskich 2, 06-400 Ciechanów, Oddział ginekologiczno-położniczy
16. [Szpital Bielański im. Ks. Jerzego Popiełuszki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie](#), ul. Ceglowska 80, 01-809 Warszawa, Oddział urologiczny
17. [Wojewódzki Szpital Bródnowski w Warszawie](#), ul. Kondratowicza 8, 03-242 Warszawa, Oddział ginekologiczno-położniczy
18. [Szpital Kliniczny im. ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie](#), ul. Karowa 2, 00-315 Warszawa, Oddział ginekologii
19. [Szpital Kolejowy im. Roeslera](#), ul. Warsztatowa 1, 05-800 Pruszków, Oddział urologii



Źródło: opracowanie własne na podstawie www.rejestrzoz.gov.pl

20. Szpital Powiatowy w Sochaczewie, ul. Batalionów Chłopskich 3/7, 96–500 Sochaczew, Oddział ginekologiczno-położniczy
21. Szpital Praski pw. Przemienienia Pańskiego w Warszawie, Al. Solidarności 67, 00–240 Warszawa, Oddział urologiczny
22. Szpital Rejonowy w Iłży, ul. Bodzentyńska 17, 27–100 Iłża, Oddział ginekologiczno-położniczy
23. Szpital Specjalistyczny im. św. Zofii w Warszawie, ul. Żelazna 90, 01–004 Warszawa, Oddział Ginekologii
24. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Radomiu, ul. J. Aleksandrowicza 5, 26–617 Radom, Oddział ginekologiczno-położniczy
25. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Siedlcach, ul. Poniatowskiego 26, 08–110 Siedlce, Oddział ginekologiczno-położniczy
26. Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku, ul. Medyczna 19, 09–400 Płock, Oddział ginekologiczno-położniczy
27. Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie, ul. Szaserów 128, 00–909 Warszawa, Klinika Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej
28. Zakład Opieki Zdrowotnej w Żyrardowie, ul. Limanowskiego 30, 96–300 Żyrardów, Oddział ginekologiczno-położniczy
29. Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Otwocku, ul. Batorego 44, 05–400 Otwock
30. ZOZ Szpital Powiatowy w Sokolowie Podlaskim, ul. Ks. Jana Bosko 5, 08–300 Sokółka, Oddział ginekologiczno-położniczy

Refundacja ogólnopolska NFZ

Zabiegi operacyjne w leczeniu wysiłkowego nie- trzymańca moczu:

(Zdefiniowane kodami procedur medycznych ICD–9:

59.31, 59.32, 59.41–44, 59.51–53, 59.61, 59.711–713, 59.791–793)

- Liczba zabiegów wykonanych w 2009 r. – 3 710. Łączny koszt poniesiony przez NFZ – 14 190 750 zł.
- Liczba zabiegów wykonanych w okresie styczeń – maj 2010 r. – 1 768. Łączny koszt poniesiony przez NFZ – 6 762 600 zł.

Podwieszanie cewki i pęcherza z użyciem materiału syntetycznego:

(Zdefiniowane kodami procedur medycznych ICD–9: 59.793)

- Liczba zabiegów wykonanych w 2009 r. w ramach procedury w 2009 r. – 1 509. Łączny koszt poniesiony przez NFZ – 5 771 925 zł.
- Liczba zabiegów wykonanych w okresie styczeń – maj 2010 r. – 925. Łączny koszt poniesiony przez NFZ – 3 538 125 zł.

Źródło: Centrala NFZ

DOSTĘPNOŚĆ DO ZAOPATRZENIA W ŚRODKI POMOCNICZE I PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE WG. DANYCH WOJEWÓDZKICH ODDZIAŁÓW NFZ - STAN NA 31.07.2010

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. ☺	3 777	nb	-	nb	-	2 m. ☺	225
Kujawsko-Pomorskie	nb	-	nb	-	7 m.* ☹	2 779	2,5 m. ☺	5	2,5 m.* ☺	1 078	2,5 m.* ☺	327
Lubelskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Lubuskie	nb	-	nb	-	3-4 m.** ☺	738	nb	-	nb	-	nb	-
Łódzkie	nb	-	nb	-	do 6 m. ☹	3 646	do 3 m. ☺	31	do 3 m. ☹	1 398	do 3 m. ☹	410
Małopolskie	nb	-	nb	-	18 dni ☹	577	18 dni ☹	19	18 dni ☹	2 637	18 dni ☹	282
Mazowieckie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Opolskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Podkarpackie	nb	-	nb	-	2-6 m. ☹	791	2-6 m. ☹	19	2-6 m. ☹	2 947	2-6 m. ☹	337
Podlaskie	nb	-	nb	-	4 m. ☺	653	nb	-	nb	☺	nb	☺
Pomorskie	nb	-	nb	-	6 m. ☹	2 068	nb	-	4 m. ☹	18	4 m. ☺	375
Śląskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Świętokrzyskie	nb	-	nb	-	pw. 3 m.* ☹	881	nb	-	pw. 3 m.* ☹	51	nb	☺
Warmińsko-Mazurskie	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd
Wielkopolskie	nb	-	nb	-	2 m.** ☺	1 711	nb	-	1 m.** ☺	610	1 m.** ☺	277
Zachodniopomorskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

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

bd – brak danych (Oddział Warmińsko-Mazurski NFZ odmówił podania danych)

Sprostowanie

W poprzednim numerze *Kwartalnika NTM* podaliśmy niepełne dane dot. zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne w województwie wielkopolskim. Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne (w tym wózki inwalidzkie) dla dzieci i osób czynnych zawodowo realizowane było na bieżąco.

Za pomyłkę przepraszamy.

O komfortową starość należy zadbać już dziś

z dr Jarosławem Derejczykiem,

Dyrektorem Szpitala Geriatrycznego im. Jana Pawła II w Katowicach

Konsultantem województwa śląskiego w dziedzinie geriatry rozmawia Magdalena Kowalewska

Dlaczego zdecydował się Pan zostać geriatrą?

Geriatra jako stosunkowo młoda gałąź interny poprzez stopień komplikacji problemów z jakimi musi radzić sobie u najsłabszych i najtrudniejszych pacjentów, stwarza wyzwanie dla lekarzy. Szczególnie dla tych, o zawodowym profilu długodystansowców, lubiących bieg pod górę. Raczej jestem człowiekiem, dla którego sensem każdego działania jest podejmowanie trudnych wyzwań i stawianie czoła ciężkim problemom. Geriatra daje, w zamian za poniesione trudny, perspektywę oglądania człowieka w całej jego krasie bez ograniczenia wymiarów powodowanych pozycją i wolą walki o siebie, które wnoszą pacjenci w średnim wieku.

Jak z punktu widzenia geriatry wygląda problem NTM?

U jednego na pięciu moich pacjentów diagnozuję NTM. Tę dolegliwość częściej spotkamy wśród osób zamieszkujących zakłady opieki długoterminowej, niż tych gospodarujących we własnych mieszkaniach. Dzieje się tak, ponieważ w przebiegu otępienia, które jest jedną z głównych przyczyn kierowania osoby starszej do zakładu opiekuńczego – w fazie zaawansowanej choroby, pojawia się właśnie nietrzymanie moczu.

Nadal pozostaje ono tematem wstydliwym, prowadzącym do depresji i izolacji społecznej. NTM powoduje ograniczenia aktywności, upadki i przyczynia się również – u osób leżących stale – do powstania odleżyn. Pytanie ze strony lekarza: czy zdarza się pani/panu oddawać moc w niekontrolowany sposób – zadawane jest osobie starszej zbyt rzadko. Podobnie błędem jest skrywanie dolegliwości przed lekarzem.

W jaki sposób można minimalizować dolegliwości związane z NTM u osoby starszej?

Rolą lekarza jest określenie rodzaju nietrzymania moczu i zaproponowanie sposobu leczenia. U osób starszych istnieje kilka przyczyn odwracalnych nietrzymania moczu. Są to: stan majaczeniowy, zakażenie dróg moczowych, zapalenie płuc, atroficzne zapalenie cewki u kobiet związane z niedoborem estrogenów, zażywanie leków prowokujących wystąpienie nietrzymania moczu, głęboka, nieleczona depresja, nadmierna poda-

żywności, kamienie kałowe powodujące zaparcie i ograniczenie ruchomości. Zdiagnozowanie przyczyny w opisanych stanach pozwala zazwyczaj na skuteczne leczenie.

Bardzo przydatnymi badaniami, poza analizą moczu, są badanie ultrasonograficzne miednicy męskiej z pełnym i opróżnionym pęcherzem, badanie ginekologiczne u pań i urologiczne u mężczyzn. Nie wolno tych badań zaniedbywać u osób starszych. Natomiast badanie posiewów moczu, badania urodynamiczne i wżernikowanie pęcherza – cystoskopia, rezerwuje się raczej po wykonaniu wspomnianych konsultacji.

O czym należy poinformować geriatrę podczas wizyty?

Przed pierwszą wizytą u lekarza pomocny będzie dwu lub trzydniowy zapis rytmu wydalania moczu z dokładnymi zapisami ilości mikcji w dzień i w nocy, z uwagami o prawidłowych mikcjach i tych z utratą kontroli. Szczególną zaś uwagę opiekuna lub samego chorego na nietrzymanie moczu, powinny zwrócić stany gorączkowe, zmiana koloru moczu, nietrzymanie pojawiające się po nowo zastosowanym leku. To pozwoli lekarzowi ustalić prawidłową diagnozę i poczynić kroki w celu ustalenia metody leczenia.

Jak powinny dbać o siebie osoby starsze, by ustrzec się NTM?

Nadmiar kalorii w diecie, palenie tytoniu, niediagnozowane nadciśnienie, wysokie stężenia lipidów i bezruch nadal pozostają czynnikami usposabiającymi do cukrzycy i niewydolności naczyń mózgu, co w konsekwencji prowadzi u dużej części osób z opisanymi nieprawidłowościami w stylu życia, do nietrzymania moczu. Unikanie używek nasilających nietrzymanie (alkohol, kawa) również wchodzi w zakres samoleczenia. Dbanie o swój komfort higieniczny w starości zaczyna się dużo wcześniej niż się wydaje. Bardzo ważny jest fakt, że ograniczenie otyłości u dzieci i młodzieży oceniane oczami epidemiologa ma działanie profilaktyczne względem nietrzymania moczu w tej populacji w perspektywie 50 latniej.

Czy istnieją zależności między NTM, a chorobami typowymi dla okresu starości? Jakie to zależności?

W przypadku osób starszych, które chorują jednocześnie na wiele chorób, powszechne jest elimino-

wanie możliwych interakcji pomiędzy zażywanymi w dużej ilości lekami i racjonalizowanie prowadzonej diagnostyki do najniezbędniejszej. Nietrzymanie moczu jest bowiem często jednym z wielu problemów u pacjentów geriatrycznych. Dlatego tak ważne jest jednoczesne leczenie chorób towarzyszących i nietrzymania moczu w sposób niepowodujący nasilenia jednej dolegliwości poprzez leczenie innej. Tym planowaniem celów leczniczych, metod diagnostyki i leczenia, w przypadku osób w zaawansowanej starości zajmują się lekarze geriatry.

Czy sam proces starzenia się może mieć wpływ na zwiększenie ryzyka pojawienia się NTM?

Pewne zmiany zachodzące z wiekiem w układzie moczowym nie będące chorobami, predysponują do nietrzymania moczu. Są to: zmniejszająca się pojemność pęcherza, mniejsza podatność ściany pęcherza na rozciągnięcie, zmniejszona prędkość wypływu moczu. Przesuwa się także rytm wydalania moczu na porę nocną.

Utrzymanie zaś kontroli nad prawidłowym oddawaniem moczu wymaga sprawnej pracy mózgu, nie uszkodzonych dróg nerwowych w rdzeniu kręgowym, sprawnych nerwów dochodzących do mięśniówki i zwieraczy pęcherza, sprawnego poruszania się i orientacji gdzie znajduje się toaleta. Bardzo często zdarza się, że osoby chore na otępienie w sposób niekontrolowany oddają moc, ponieważ nie mogą na czas trafić do łazienki.

Czy fakt, iż geriatra nie posiada uprawnień do wypisywania wniosków na środki absorpcyjne wpływa na sytuację pacjentów?

To sytuacja niezmiernie uciążliwa dla chorych. Jednak brak możliwości wypisywania wniosków na pieluchy to wierzchołek góry lodowej. Lekarze geriatry z powodu niedopatrzania legistycznego nie mają prawa do wypisywania wniosków na jakiegokolwiek wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi. Od kilku lat geriatry walczą o usunięcie tego błędu w ustawie. Problem ten trzeba rozwiązać. Mimo pisemnych, deklaracji że sprawa „jest w toku” otrzymywanych z Ministerstwa Zdrowia od kilku lat, nadal nie ma woli zniesienia przepisów dyskryminujących zarówno chorych jak i geriatrów. ■

Spółeczno – ekonomiczne koszty nietrzymania moczu

Natalia Łyczko

Nietrzymanie moczu (NTM) jest jedną z najczęściej odnotowywanych dolegliwości zdrowotnych: dotyka ono blisko 10 proc. populacji na całym świecie, dwukrotnie częściej kobiety niż mężczyzn. Skala problemu jest wielka nie tylko ze względu na zatrważające statystyki: nietrzymanie moczu ma swoje konsekwencje również w rosnących kosztach ekonomicznych i społecznych.

Według prognoz Światowej Organizacji Zdrowia, w 2025 r. blisko co czwarty Europejczyk będzie miał więcej niż 65 lat. Ponieważ częstość występowania NTM wzrasta wraz z wiekiem, większa liczba osób starszych znajdzie odzwierciedlenie w stale podwyższających się kosztach ekonomicznych NTM. A te już dziś są ogromne: amerykańskie badania wskazują, że w 1986 r. w Stanach Zjednoczonych nakłady finansowe przeznaczone na NTM wyniosły 8,1 mld dolarów. W 2004 r., 18 lat później, były one już ponad dwukrotnie wyższe i osiągnęły poziom 19 mld dolarów. Dla porównania w tym samym kraju leczenie zapalenia płuc i grypy to koszt równy 17,6 mld dolarów, artretyzmu – 17,6, zaburzeń odżywiania – 10,8, osteoporozy – 13,8, udaru – 25,5, a chorób serca – 46,0.

Według badań europejskich (Niemcy, Wielka Brytania, Hiszpania, 2004 r.) średni, roczny koszt społeczny NTM ponoszony przez jednostkę to 528,4 Euro, z czego największe wydatki przeznaczane są na środki pomocnicze (35 proc.) i wizyty u specjalistów (20 proc.). Jednak wysokie nakłady finansowe wynikają nie tylko z diagnostyki, opieki medycznej i rehabilitacji, ale także z leczenia powikłań choroby i strat produkcyjnych w okresach absencji zawodowej chorych na NTM. Według niemieckich badań

z 2006 r. nad czynnikami ekonomicznymi pęchera nadreaktywnego (OAB), nakłady finansowe

to przekłada się na wzrost całkowitych nakładów finansowych związanych z NTM.

Roczne koszty nietrzymania moczu

		Unia Europejska	Niemcy	Hiszpania	Wielka Brytania
Bezpośrednie koszty związane z opieką zdrowotną:	Diagnostyka	83.0 Euro (16%)	48.0 Euro (9%)	177 Euro (27%)	24.0 Euro (7%)
	Leczenie farmakologiczne	66.3 Euro (13%)	77.0 Euro (15%)	41.0 Euro (5%)	81.0 Euro (23%)
	Wizyty u specjalistów	106,3 Euro (20%)	56.0 Euro (11%)	162.0 Euro (25%)	101.0 Euro (28%)
	Rehabilitacja	14,4 Euro (3%)	0.2 Euro (0%)	11.0 Euro (2%)	32.0 Euro (9%)
	Leczenie operacyjne	79.3 Euro (15%)	95.0 Euro (18%)	103.0 Euro (16%)	40.0 Euro (11%)
	Środki pomocnicze	179.0 Euro (35%)	261.0 Euro (51%)	179.0 Euro (27%)	97.0 Euro (27%)
Koszty społeczne:		528,4 Euro	515.0 Euro	655.0 Euro	359.0 Euro

Źródło: „Ekonomika nietrzymania moczu”; Rosanna Tarricone, GfI, Praga 2010 r.

przeznaczone na walkę z jego konsekwencjami wynoszą 208,5 Euro – aż 49 proc.

Choroba a jakość życia

Nagłe nietrzymanie moczu obniża komfort życia nie tylko ze względu na dolegliwości fizyczne. Towarzyszące choremu wstyd i bezradność prowadzą często do zmiany dotychczasowej aktywności zawodowej i prywatnej, odizolowania od społeczeństwa oraz zaburzeń nastroju i snu. Fińskie badania, przeprowadzone w 2004 r. przez B. Stach-Lempinen, wykazały ciężkie przypadki depresji u blisko 44 proc. badanych kobiet cierpiących na idiopatyczne NTM oraz u 17,5 proc. respondentek z wysiłkowym nietrzymaniem moczu.

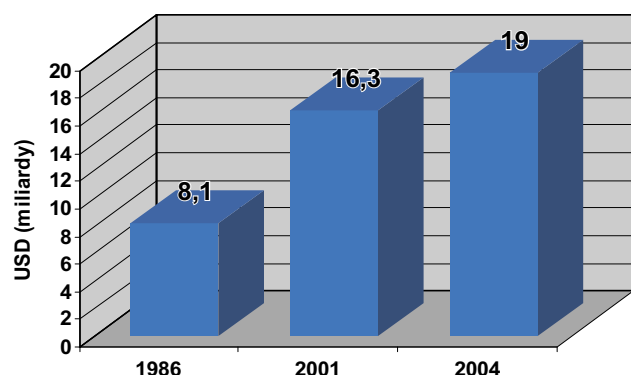
Strach przed wyjawieniem przykrych dolegliwości sprawia, że wielu chorych zwleka z wizytą u lekarza nawet kilka lat, co pogarsza ich stan zdrowotny i narzuca niewspółmiernie wysokie koszty ekonomiczne, wynikające często z konieczności podjęcia leczenia zinstytucjonalizowanego. Warto zauważyć, że konsekwencje choroby dotyczą także członków rodziny i otoczenia chorego, a

Nie tylko szpital

Receptą na rosnące wydatki może być mniej kosztowna od leczenia szpitalnego opieka domowa z zastosowaniem odpowiednich środków absorpcyjnych (mimo wyższych kosztów produkcji). Według fińskich szacunków, przedstawionych na kwietniowym Forum (Global Forum on Incontinence) w Pradze, roczne wydatki związane z opieką w domu to 6048 Euro na osobę – w opiece instytucjonalnej koszt ten jest blisko dziewięciokrotnie wyższy (51 120 Euro). Łączne koszty społeczne NTM, uwzględniające ryzyko hospitalizacji, wynoszą w Finlandii 690 milionów Euro rocznie – to o 21 procent więcej niż w roku 2001. Jeśli tendencja wzrostowa się utrzyma, za 30 lat nakłady finansowe na ten cel mogą wynieść aż 1,56 mld Euro.

Pomimo wysokich kosztów społecznych i ekonomicznych, nietrzymanie moczu wciąż uważane jest za wstydlivy problem natury intymnej. Brak odpowiednio wczesnej diagnozy lekarskiej i dostatecznej wiedzy ze strony pacjenta często uniemożliwiają skuteczne leczenie i przyczyniają się do zwiększenia wydatków własnych i służby zdrowia. W Polsce, w której problem ten może dotyczyć nawet 4–5 mln osób, prócz działań edukacyjnych, które wykluczyłyby NTM ze sfery tematów tabu, konieczne są kompleksowe regulacje prawne umożliwiające objęcie leczeniem, rehabilitacją i pielęgnacją jak najszerszą grupę chorych – również tych z najuboższych warstw społecznych. ■

USA: narodowe koszty bezpośrednie związane z NTM



Źródło: „Ekonomika nietrzymania moczu”; Rosanna Tarricone, GfI, Praga 2010 r.

Pismnictwo u Autora

Finanse NFZ

Co rośnie, co spada?

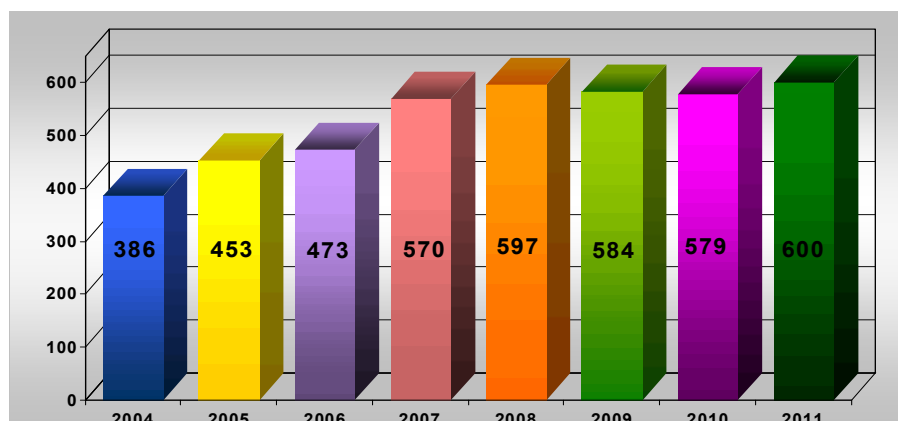
Anna Sulka

13 sierpnia br. Minister Zdrowia Ewa Kopacz w porozumieniu z Ministrem Finansów zatwierdziła budżet NFZ na 2011 r. Przewidywał on, że w 2011 roku na świadczenia zdrowotne zostanie przeznaczony 56,2 mld zł. Nowy plan finansowy NFZ spotkał się z bardzo szeroką krytyką. Nie pozostawili na nim suchej nitki zarówno członkowie sejmowej komisji zdrowia, którzy negatywnie zaopiniowali planowany budżet jak i dyrektorzy szpitali. W konsekwencji między 23 a 25 sierpnia br. Prezes NFZ uchwalił siedem kolejnych zarządzeń zmieniających plan finansowy NFZ na 2011 r. Ostatecznie budżet NFZ na 2011 r. przewiduje, że na zaopatrzenie pomocnicze i ortopedyczne zostanie przeznaczony 600 991 000 zł czyli o 3,6 % (21 074 000 zł) więcej niż w roku bieżącym (w stosunku do aktualnego planu). Od kilku lat notujemy systematyczny wzrost wydatków płatnika na dofinansowanie zaopatrzenia pomocniczego i ortopedycznego, mimo to palące problemy osób niepełnosprawnych i przewlekłe chorych nadal pozostają nierozwiązane. Działania Resortu Zdrowia na rzecz osób niepełnosprawnych mają charakter prowizoryczny a zmiany są czysto kosmetyczne. Sztandarowym przykładem takiej pozornej zmiany był podział nadwyżki powstałej w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia po pierwszym kwartale 2010 r. – wzrost wydatków na refundację leków wyniósł wtedy 11,83% czyli blisko 899 mln zł, natomiast na zaopatrzenie ortopedyczne i pomocnicze przeznaczono dodatkowo – zaledwie 2,17 % czyli 12,3 mln zł. Nadmiernie restrykcyjny i skomplikowany system wyklucza część potrzebujących z kręgu uprawnionych do otrzymania refundacji, a proponowany wzrost wydatków jedynie w niewielkim procencie zabezpiecza rzeczywiste potrzeby. W pierwszym kwartale 2010 roku w kolejkach po dofinansowanie zaopatrzenia pomocniczego i ortopedycznego czekało odpowiednio 29 540 oraz 8 470 osób. Polacy należą do grona najbardziej niezadowolonych pacjentów w Europie – nie może być jednak inaczej kiedy system jest wadliwy, a pieniądze wyciekają szerokim strumieniem. Zgodnie z planem na 2011 r. relacja wydatków na środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne do leków wyniesie 1:14,5.

BUDŻET NFZ (w tys.)	2010 (z 31.07.2009)	2010 (zmiana z 06.07.2010)	2011 (zmiana z 25.08.2010)
Leczenie szpitalne	23 195 353	26 728 906	24 629 488
Refundacja cen leków	8 043 651	8 495 644	8 704 097
Rehabilitacja lecznicza	1 654 809	1 750 140	1 695 257
Zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne	574 536	579 917	600 991
Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	916 337	947 224	926 044

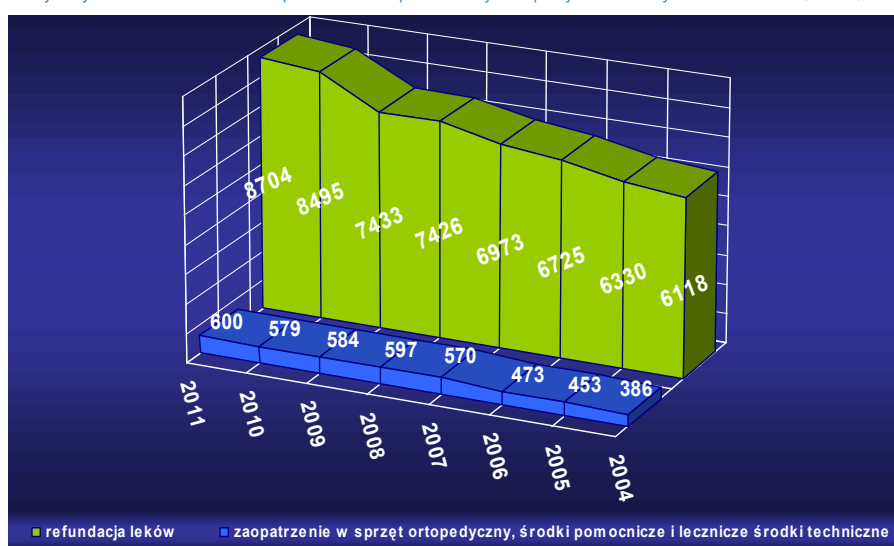
Źródło: opracowanie własne.

Budżet NFZ na refundację środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych w latach 2004–2010 (w mln)



Źródło: opracowanie własne.

Relacja wydatków NFZ na środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne do wydatków na leki (w mln)



Źródło: opracowanie własne.

Badanie urodynamiczne – woj. łódzkie

W bieżącym numerze Kwartalnika NTM prezentujemy Państwu listę placówek z województwa łódzkiego. Według naszych statystyk w regionie pełne badanie urodynamiczne przeprowadza osiem placówek, z czego sześć znajduje się na terenie Łodzi.

W większości prezentowanych placówek pacjenci przyjmowani są na badanie z aktualnym skierowaniem, wyjątkiem jest pracownia działająca przy Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. Maurycyego Madurowicza, w której z badania urodynamicznego mogą skorzystać tylko ci pacjenci, którzy są leczeni w szpitalu.

Biorąc pod uwagę gęstość zaludnienia, w województwie (2 555 tys. mieszkańców) na jedną pracownię przypada 319 tys. pacjentów. W porównaniu do regionów o podobnej liczbie mieszkańców, województwo łódzkie prezentuje się całkiem dobrze.

Zestawiając bieżącą liczbę placówek w województwie z danymi archiwalnymi sprzed czterech lat (kiedy to po raz pierwszy analizowaliśmy sytuację w regionie) można zaobserwować wzrost liczby placówek wykonujących pełne badanie urodynamiczne o ponad 50%. W następnym numerze Kwartalnika zaprezentujemy Państwu listę pracowni urodyna-

micznych z województwa pomorskiego.

Pełny wykaz placówek wykonujących badania urodynamiczne na terenie całego kraju dostępny jest na stronie internetowej www.ntm.pl.

W razie jakichkolwiek sugestii dotyczących uzupełnienia prezentowanej listy pracowni urodynamicznych w poszczególnych województwach prosimy o kontakt na adres mailowy: ntm@ntm.pl.

KW

Kutno

1.Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „SPECJALISTA” Sp. z o.o.; ul. Kościuszki 52, 99–300 Kutno

Łódź

1.Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 2 im. Wojskowej Akademii Medycznej Centralny Szpital Weteranów; ul. Żeromskiego 113, 90–549 Łódź

2.Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. M. Pirogowa w Łodzi – Oddział Urologii i Transplantacji Nerek; ul. Wólczańska 191/195, 90–531 Łódź

3.Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Ło-

dzi – II Klinika Urologii; ul. Pabianicka 62, 93–513 Łódź

4.Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 4 im. M. Konopnickiej UM w Łodzi; ul. Sporna 36/50, 91–738 Łódź

5.Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. Maurycyego Madurowicza; ul. Wileńska 37, 94–029 Łódź (badanie urodynamiczne tylko dla pacjentów leczonych w placówce)

6.Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Salve”; ul. A.Struga 3, 90–0420 Łódź

Pabianice

1.Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Pabianicach; ul. Jana Pawła II 68, 95–200 Pabianice ■



Źródło: opracowanie własne.

REFUNDACJA ŚRODKÓW ABSORPCYJNYCH W INNYCH KRAJACH

Refundacja środków absorpcyjnych : Belgia vs. Polska		
	Belgia	Polska
Liczba mieszkańców	10,2 mln	38 mln
Refundacja środków wchłaniających	tak	tak
Wskazania medyczne do przyznania refundacji	nietrzymanie moczu	choroby nowotworowe, upośledzenie umysłowe, zespoły otępienne, choroby układu nerwowego, wady rozwojowe
Klasyfikacja refundacji w oparciu o stopień nietrzymania moczu	przy ciężkim stopniu NTM refundacja pieluch anatomicznych, pieluchomajtek, majtek chłonnych i podkładów	dla w/w kryteriów chorobowych refundacja wkładów urologicznych, pieluch anatomicznych, pieluchomajtek i podkładów
Ilość refundowanych sztuk / m-c	brak	do 60 szt.
Limit cenowy / m-c	ok. 32 euro	w zależności od wysokości refundacji (100% lub 70 %) odpowiednio: 77 lub 90 zł
Współpłacenie przez pacjenta	0%	0% przy nowotworach lub 30% przy pozostałych wskazaniach medycznych

Źródło: opracowanie własne.

„Moje życie z NTM”

Na każdym etapie życia, przeżywamy przyjemności ale i problemy, w większości zupełnie niezależne od nas, o czym dobrze wiemy. Zwróćmy uwagę na sytuację, które w sposób wyjątkowo zenujący się objawiają, pierwsze, dość łagodne sygnały o nadejściu jesieni życia, prawie wszyscy znają. Pojawiają się zmarszczki, siwizna, brodawki, starcze plamy, pocieszające, że zjawisko sprawiedliwie dotyka zarówno panów, jak i damy. Zaczyna się niewinnie, kiedy w świetnym nastroju adorujesz partnera lub partnerkę, niespodziewanie kichasz czy kaszlesz i ... popuszczasz kropelkę. Jeśli ten dyskomfort zbyt często się powtarza, masz problem, tzw. wysiłkowe NTM – potrzebujesz porady lekarza. Oczywiście to nie powód do rozpacz, czy załamania, schorzenie uleczalne, przyczyny bywają różne ale do zdiagnozowania. Czasem, jak przysłowio- wy kot z pęcherzem, biegasz co chwile do toalety, to nie jest zabawne ani normalne lecz poważny problem niestety. W żadnym razie nie lekceważ objawów – chociaż czujesz złość, to NTM – pęcherz nadreaktywny tak daje Ci w kość. Wszystko co można w tym momencie dla niego zrobić, to zażywać stosowne leki i nie pozwalając się za nos wodzić. Kiedy „potrzeba”, do muru zbyt mocno Cię przypiera, zanim popędzisz do toalety, licząc od trzydziestu do zera. A gdy nadejdzie następne na pęcherz napieranie, miej świadomość, że Ty tu rządysz i wydłuż odliczanie. Jednakże, nie owijaj problemu w bawełnę, udając, że nic się nie dzieje, rozsądniej będzie spotkać się z lekarzem, który pomoże i nie wyśmiej. Na wszystkie, przykre dolegliwości, na pewno znajdzie się rada, zwłaszcza członkom Stowarzyszenia „UroConti” – głośno mówić o nich wypada. Oni ten trudny problem szczególnie dobrze znają, pomogą pokonać lęki i obawy, które was nęka. Są otwarci na zwyczajne, czasem wstydlive dolegliwości, tak nieodłącznie związane z nadejściem starości. Jeśli dręczą was wątpliwości o potrzebie leczenia, w „UroConti” czekają profesjonaliści bogaci w doświadczenia.”

Małgosia

Mój problem zaczął się bardzo wiele lat temu, po urodzeniu pierwszego dziecka – 32 lata temu. Poród nie należał do łatwych, trwał ponad 49 godzin. Od tego czasu nie rozstaję się z podpaskami. Po sześciu latach urodziłam drugie dziecko, było trochę lżej, ale problem nasilił się. Zdarzały mi się coraz większe wycieki, jedna podpaska już nie wystarczała, więc zakładałam dwie na raz. Zaczęły się też częste zapalenia pęcherza. Zużywałam wtedy dwie paczki podpasek dziennie. Zaczęłam mieć obsesję na punkcie tego czy nie mam plam na siedzeniu, czy nie śmierdzieć. Wylewałam na siebie „litry perfum”, przestałam chodzić w spodniach...



Trzy lata po urodzeniu drugiego dziecka przeżyłam straszny koszmar, chwile ogromnego wstydu i zażenowania. Nie potrafię tego dokładnie opisać, ponieważ nie znajduję słów, które wyraziłyby moje odczucia.

Otóż będąc na przyjęciu u znajomych, ktoś opowiedział bardzo zabawną historię. Śmialiśmy się wszyscy tak mocno, że po prostu posikałam się na krzesło [...]. Nie wiedziałam co mam zrobić. Zamurowało mnie. Dobry humor prysł, jak bańka mydlana. Robiłam dobrą minę do złej gry. Siedziałam na tym krześle jak przyklejona półtorej godziny, może dwie. Goście zaczęli się pomalu rozchodzić i nie wiem, ile czasu tkwiła-

bym tak na tym krześle, gdyby nie przypadek. Moje trzyletnie dziecko usiadło mi na kolanach i zrobiło siku. Byłam uratowana. Mogłam się ruszyć i rzucić winę na moją latorośl, powiedzieć że zmoczyło krzesło. Nawet po latach, gdy to piszę, przechodzą mnie ciarki.

W listopadzie 2005 r. na antenie Radia Lublin usłyszałam informację o tym, że są organizowane ćwiczenia dla osób, które przy kichaniu, kaszlu, śmiechu popuszczają moc. Zdziwiłam się bardzo, bo nie miałam zielonego pojęcia, że można ćwiczyć, aby zrobić coś z tym problemem. Poszłam, czułam się bardzo niepewna ale zobaczyłam, że nie ja jedna przyszłam na spotkanie. Takich odważnych przyszło dwanaście. Dowiedziałyśmy się, że z tym problemem możemy sobie radzić, nie musimy biernie poddawać się i cierpieć. Zaczęły się ćwiczenia. Przychodziłyśmy regularnie, Pań przybywało. [...] powstało stowarzyszenie zrzeszające osoby z tą chorobą. Po przypomnieniu sobie tego strasznego incydentu z mojego życia, postanowiłam dołączyć do ludzi tworzących stowarzyszenie. Na początek był wykład lekarza ginekologa – kobiety, która opowiedziała o sposobach leczenia NTM. Wtedy po raz pierwszy usłyszałam o środkach wchłaniających, które są zbawienne dla mnie i innych cierpiących. Po wykładzie zostało zorganizowane zebranie założycielskie stowarzyszenia – weszłam w skład Zarządu i zostałam w „UroConti” do dziś.

Mając przed oczami ten mój przykry incydent sprzed lat, postanowiłam podjąć trudną walkę o lepszy komfort życia osób z NTM, by takie historie, jak moja, nigdy nie przytrafiły się nikomu.

Opowiadanie o mojej pracy i walce w Stowarzyszeniu, o pokonaniu trudności i stereotypów, to materiał na książkę.

Teresa

Listy zostały opublikowane z drobnymi zmianami i skrótami redakcji.

Powyższe listy zajęły odpowiednio drugie i trzecie miejsce w konkursie pt. „Moje życie z NTM”, organizowanym przez Program Społeczny „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

OPLATA

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa

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

Oplata:

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!

