



**Profilaktyka nietrzymania  
moczu w ciąży**

**Życie seksualne a NTM**

wywiad z dr Szymonem Bakalczukiem

**Neuromodulacja**

leczenie ciężkiego NTM

**Pracownie urodynamiczne  
w woj. świętokrzyskim**



# Właściwy wybór

*Jest rok 2011. Mija kolejna kadencja parlamentu. Polska staje się coraz bardziej dojrzałą i stabilną demokracją. Jako obywatele naszego kraju możemy być dumni z tego co zostało już zbudowane, ale jako społeczeństwo mamy wiele powodów do rozczarowań i goryczy. Takim sztandarowym powodem może być nasza ochrona zdrowia oraz polityka jaka jest prowadzona w tym obszarze. I nie dotyczy to wyłącznie czterech ostatnich lat. To już trzecia pełna kadencja, nie licząc dwuletniej, egzotycznej koalicji PiS-LPR-Samoobrona, kiedy określone siły polityczne miały wystarczająco dużo czasu, aby zainicjować zmiany zmierzające do rozwiązania narastających problemów w ochronie zdrowia. Czy je rozwiązały? Pewnie zdecydowana większość z nas odpowie negatywnie. Być może nasze oczekiwania są nazbyt wygórowane, być może formułujące oczekiwania środowiska pacjentów, osób pracujących w medycynie czy też przedsiębiorstw sprzedających swoje produkty na rynku, niekiedy zapominają o naszym wspólnym interesie jakim jest interes publiczny – interes państwa polskiego. To nie zwalnia kolejnych koalicji politycznych z potrzeby wspólnego poszukiwania zmian na lepsze. Kończący swoją kadencję rząd kilka razy podejmował próby znalezienia optymalnych rozwiązań dla zdrowia poprzez debaty publiczne w stylu „białego szczytu”, ale odnoszę wra-*



*żenie, że więcej z takich spotkań wynieśliśmy pustych haseł niż konkretów. Najlepiej o tym świadczą efekty, których po tego typu spotkaniach najzwyczajniej brak. Być może formuła spotkań się nie sprawdziła, być może zabrakło długich, rzetelnych przygotowań, które pozwoliłyby stronie rządowej zaprezentować wypracowane rozwiązania i rzetelnie je przedyskutować.*

*Dlatego już teraz warto pytać i sprawdzać partie polityczne: co proponują i jak zamierzają swoje pomysły wprowadzić życie. Jeżeli wyborcy, czyli my wszyscy, nie powiemy dostatecznie wcześniej partiom politycznym, że zamierzamy je sprawdzać, po raz kolejny przekonamy się, że zagłosowaliśmy na puste slogany, przygotowane tylko i wyłącznie na potrzeby krótkiej kampanii wyborczej. W ten sposób zmarnujemy kolejne cztery lata.*

Tomasz Michałek

*„Jedną z dobrych stron seksu jest to, że można go uprawiać z wielu różnych powodów: żeby się podniecić, żeby scementować związek albo [...] żeby znów być dziećmi bawiącymi się w superseks.”*

Jonathan Carroll – Kości księżycy

*Zdrowie seksualne człowieka to jeden z dobrostanów, które mają wpływ na jakość życia. Jakość naszego życia zależy od wielu czynników: stabilizacji ekonomicznej, geopolitycznej, zdrowotnej, uczuciowej i seksualnej. Wtedy, gdy czujemy się bezpieczni w obrębie tych wszystkich obszarów jesteśmy szczęśliwi. Gdy jesteśmy szczęśliwi lepiej, wydajniej pracujemy, mamy niższy poziom agresji, jesteśmy bardziej chętni do okazywania życzliwości innym. Jak wspominałem jakość życia zależy m.in. od naszego zdrowia. Poprawa jakości życia to jedno z najważniejszych wyzwań medycyny XXI wieku.*

*W czasach gdy powoli opanowujemy śmiertelne choroby, gdy rzuciliśmy (ze skutkiem) wyzwanie nowotworom, to właśnie jakość życia jest w centrum naszej uwagi. Nietrzymanie moczu pogarsza jakość życia i to znacznie*

*bardziej niż np. cukrzyca czy depresja. Gdy rozpatrujemy różne rodzaje nietrzymania moczu, to pęcherz nadreaktywny (zarówno w postaci z nietrzymaniem moczu jak i bez niego) powoduje największe uposledzenie jakości życia i w największy sposób wpływa na psychikę osób cierpiących na to schorzenie. Pacjentki z parciami nagłymi podają zmniejszenie popędu seksualnego i rozwinięcie zachowań unikających. Obawa przed wystąpieniem parcia w trakcie stosunku powoduje spadek podniecenia seksualnego. U mężczyzn z pęcherzem nadreaktywnym obserwowano zmniejszenie lub zaniechanie aktywności seksualnej spowodowane m.in. zaburzeniami wzwodu.*

*W bieżącym numerze sygnalizujemy te problemy, a prawdziwa międzynarodowa dyskusja na temat zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego kobiet oraz mężczyzn odbędzie się w Warszawie 3 i 4 czerwca w Hotelu Hilton, podczas Kongresu Medycznego „Kobieta i Mężczyzna. Zdrowie reprodukcyjne i seksualne”.*

Prof. Piotr Radziszewski

## SPIS TREŚCI

## PIELĘGNACJA I PROFILAKTYKA

Profilaktyka nieotrzymania moczu przed porodem ..... 4-5

## LECZENIE NTM

Pielęgniarka a opiekun medyczny ..... 6-7

Rola rehabilitacji w profilaktyce i leczeniu NTM ..... 7-8

Tak dla neuromodulacji krzyżowej ..... 9

Metody oceny nasilenia NTM ..... 10-11

Profesjonalna diagnostyka i leczenie NTM  
w szpitalu Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego ..... 11-12

„Nowa” jednostka chorobowa w wykazie  
chorób przewlekłych ..... 13

## WYWIAD

Życie intymne osób z NTM -  
wywiad z dr Szymonem Bakalczukiem ..... 14-15

## NTM PROBLEM SPOŁECZNY

V ogólnopolskie spotkanie liderów  
organizacji pacjentów ..... 16-17

Refundacja za granicą - Norwegia ..... 17

## ORGANIZACJE

Stowarzyszenie Rodzin Osób Niepełnosprawnych  
„Razem możemy więcej” ..... 18-19

Nowe zasady refundacji ..... 19

## ZABIEGI LECZĄCE NTM

Zabiegi z użyciem taśm w woj. lubelskim ..... 20

Badanie urodynamiczne - woj. świętokrzyskie ..... 21

Dostępność do zaopatrzenia - WO NFZ ..... 21

## STRONA PACJENTA ..... 22

**Redaktor naczelny:** Tomasz Michałek; **Redaktor wydania:** Anna Sulka;  
**Sekretarz redakcji:** Karolina Ciepiela;  
**Komitet redakcyjny:** dr n. med. Piotr Dobroński - Oddział Urologii Szpitala  
Bielarńskiego w Warszawie, prof. dr hab. n. med. Piotr Radziszewski - Klinika Urologii  
Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego;  
**Zespół redakcyjny:** Magdalena Kowalewska, Nina Juszczyńska-Różycka, Natalia  
Łyczko, Magdalena Potoczek, Katarzyna Walewska;  
**Komentatorzy:** 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) 462 49 15,  
fax: (22) 533 62 93, e-mail: ntm@ntm.pl

**Infolinia:** 0 801 800 038  
**www.ntm.pl**

**Wydawca:** Studio PR  
**Realizacja Wydawnicza:**  
Omni Consumer Info Sp. z o.o.  
**Skład i druk:** Drukarnia Taurus

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.

Z przyjemnością oddajemy w Państwa ręce pierwsze  
w 2011 r. wydanie Kwartalnika NTM. Z pewno-  
ścią, nie umknie Państwa uwadze całkowicie odmienio-  
na szata graficzna naszego pisma. Mamy nadzieję, że  
Kwartalnik w nowej, przejrzystej odsłonie przypadnie  
Państwu do gustu.

Niniejszy numer otwiera cykl artykułów dedykowanych  
Paniom będącym w ciąży bądź planującym potomstwo.  
Nietrzymanie moczu dotyczy niemal wszystkich kobiet  
w okresie okołoporodowym; zazwyczaj mija samoistnie  
po kilku miesiącach od urodzenia dziecka. Jednak, w nie-  
których przypadkach problem może nie ustąpić, aby temu  
zapobiec niezbędna jest profilaktyka już w czasie ci-  
ży. W bieżącym numerze Agata Fryszak, doświadczona  
fizjoterapeutka zaproponuje Paniom ćwiczenia, które  
wzmocnią mięśnie dna miednicy i zminimalizują ry-  
zyko wystąpienia przykrych dolegliwości. W kolejnych  
wydaniach Kwartalnika NTM skupimy się natomiast  
na czynnikach wzmagających ryzyko występowania  
nietrzymania moczu po porodzie, formach rehabilitacji  
w połogu oraz konsekwencjach w wieku menopauzalnym.  
Zachęcam również do lektury wywiadu Magdaleny  
Kowalewskiej z dr. Szymonem Bakalczukiem. Seksu-  
olog radzi pacjentkom z NTM co zrobić by przywrócić  
radość z życia intymnego oraz opowiada jaki wpływ na  
współżycie seksualne mają zabiegi związane z leczeniem  
NTM.

Jednym z ważnych elementów pozwalających ustalić  
rodzaj NTM a co za tym idzie wdrożyć leczenie i dobrać  
środki absorpcyjne o odpowiednim poziomie chłonności  
jest ocena stopnia nasilenia nietrzymania moczu. Nad tą  
kwestią pochylił się dr Piotr Dobroński, który prezentuje  
Państwu przegląd metod oceny ilości gubionego moczu.  
Zachęcam również do lektury rubryk stałych, w 36 nu-  
merze Kwartalnika NTM prezentujemy Państwu dzia-  
łalność Stowarzyszenie Rodzin Osób Niepełnospraw-  
nych „Razem możemy więcej” - organizacji wspierają-  
cej rodziców dzieci niepełnosprawnych. Tradycyjnie pu-  
blikujemy także wykaz: pracowni badań urodynamicz-  
nych (woj. świętokrzyskie) oraz placówek wykonujących  
operacje z użyciem taśm (woj. lubelskie).

Redakcja pragnie sprostować błąd w pisowni na-  
zwiska Pani prof. Marioli Bidzan, który wystąpił  
w artykule „O związkach między NTM a psychi-  
ką...”, zamieszczonym w nr 4 (35) 2010 Kwartal-  
nika NTM i równocześnie serdecznie przepraszam  
Panią Profesor za zaistniałą sytuację.

Anna Sulka

# Profilaktyka NTM przed porodem

mgr Agata Fryszak

Doktorantka AWF Warszawa, Międzynarodowy Instruktor Pilates Matwork

Instruktor rekreacji ruchowej ze specjalnością fitness

**C**iąża to wyjątkowy czas. Warto w tym okresie szczególnie zadbać o zdrowie i odpowiednio przygotować się do porodu. Doskonałym sposobem, aby tego dokonać jest aktywność fizyczna. Zgodnie ze wskazaniami American Collage of Obstetricians and Gynecologists (Amerykańskiego Kolegium Położników i Ginekologów) w celu utrzymania sprawności układu krążenia, oddechowego i mięśniowego, większość kobiet może uprawiać ćwiczenia w umiarkowany sposób przez cały okres ciąży i w czasie poporodowym.

Wspominając o zdrowiu oraz dolegliwościach występujących w czasie ciąży nie można pominąć problemu jakim jest nietrzymanie moczu przez kobiety w ciąży i położnice. Mięśnie dna miednicy w ciąży są mocno osłabione, nadwyrężone dźwiganiem powiększającej się macicy i uciskiem rosnącego w niej dziecka. Poród jeszcze bardziej osłabia te mięśnie, a dolegliwości związane zarówno z wysiłkowym nietrzymaniem moczu, jak i z parciem nagłymi czy problemami z dotarciem do toalety na czas, mogą wystąpić zarówno w ciąży, okresie poporodowym jak i lata po nim - najczęściej w okresie menopauzalnym.

## Przeciwwskazania do podjęcia aktywności ruchowej w ciąży to:

krwawienia, niewydolność sztywno-ciśnieniowa, ciężkie postaci gestozy ciążowej, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niedokrwistość dużego stopnia, odmiedniczkowe zapalenie nerek w ciąży, ciąża mnoga, infekcje, przeziębienie. Każdy trening w czasie ciąży powinien obejmować ćwiczenia

oddechowe i sposoby oddychania w czasie porodu, ćwiczenia ogólnousprawniające, ćwiczenia korygujące postawę i naukę prawidłowego zachowania się w czynnościach dnia codziennego, ćwiczenia redukujące bóle pleców, ćwiczenia przeciwwzkrzepowe, uelastyczniające mięśnie krocza i dna miednicy (ćwiczenia Kegla), ćwiczenia zapobiegające wysiłkowemu nietrzymaniu moczu oraz trening relaksacji.

## Pamiętaj, aby zachować bezpieczeństwo

1. Przed przystąpieniem do ćwiczeń skonsultuj się z lekarzem (zakres ćwiczeń powinien być każdorazowo skonsultowany z lekarzem prowadzącym ciążę).
2. W czasie ćwiczeń i po wysiłku należy przyjmować płyny w odpowiedniej ilości, aby zapobiec odwodnieniu.
3. Strój do ćwiczeń powinien być wygodny i przewiewny, aby uniknąć przegrzania.
4. Przeciwwskazane jest uprawianie ćwiczeń w czasie chorób przebiegających z gorączką.
5. Należy unikać wykonywania ćwiczeń w pozycji leżącej na wznak, zwłaszcza w trzecim trymestrze ciąży.
6. Należy unikać ćwiczeń wymagających wykonywania podskoków oraz gwałtownych ruchów.
7. W zalecanych programach powinny znaleźć się ćwiczenia o niskim ryzyku urazów.
8. Ćwiczące kobiety powinny stosować dietę bogatą w złożone węglowodany aby wyrównać utratę glikogenu mięśniowego.

Poniżej umieszczamy, dla wszystkich kobiet w ciąży, zestaw kilku ćwiczeń ogólnokondycyjnych z nastawieniem na uelastycznianie mięśni krocza i dna miednicy zapobie-

Zasadniczą masę płyty mięśniowej dna miednicy tworzą mięśnie dźwigacze odbytu, które sprawują funkcję podporową względem narządów miednicy mniejszej i jamy brzusznej, jak też u kobiet wpływają na stan napięcia struktur zwieraczowych cewki moczowej i pochwy. W odniesieniu do cewki moczowej szczególnie ważna jest rola przyśrodkowych części mięśni dźwigaczy odbytu nazywanych mięśniami łonowo-odbytniczymi. Te związki mięśniowe wpływają pośrednio na stopień zamknięcia światła cewki w środkowym odcinku jej przebiegu. Działanie pośrednie wynika z faktu, iż włókna mięśni łonowo-odbytniczych nie wnikają bezpośrednio w cewkę,

lecz przednią ścianę pochwy. Skurcz włókien mięśni łonowo-odbytniczych pociąga ku bokom pochwę, która wtórnie dociska cewkę. Ćwiczenia Kegla wykorzystują ten fizjologiczny mechanizm. W wyniku stosowania ćwiczeń, w związku ze wzrostem siły skurczu mięśni dna miednicy, wzrasta rejestrowane urodynamiczne ciśnienie śródcewkowe oraz ulega zmniejszeniu liczba epizodów nietrzymania i ilość gubionego moczu.[...].

Jóźwik M., Jóźwik M.: Wpływ okołoporodowych ćwiczeń dna miednicy na występowanie wysiłkowego nietrzymania moczu: implikacje dla organizacji opieki zdrowotnej. Ginekologia Polska 2001, 72, 9, 681-687.



gających wysiłkowemu nietrzymaniu moczu.

Przed przystąpieniem do ćwiczeń przygotuj sobie nie wielkich rozmiarów poduszkę lub ręcznik. Pamiętaj o wygodnym i niekrępującym ruchów ubraniu. Ćwiczenia wykonuj na niezbyt miękkiej powierzchni - macie lub dywanie. Najlepsze rezultaty osiągniesz wykonując ćwiczenia regularnie po 8-10 powtórzeń.

Przed rozpoczęciem treningu należy przede wszystkim prawidłowo zlokalizować położenie mięśni Kegla, a następnie nauczyć się ich prawidłowego napinania i rozluźniania. Jest to grupa mięśni „zawieszona” między kością łonową a ogonową.

Usiądź zatem na krawędzi krzesła, nogi ustaw w lekkim rozkroku, dalej - zachowując cały czas tą samą pozycję (miednica i kolana nie zmieniają swojego ułożenia) spróbuj napiąć mięśnie w okolicy cewki moczowej i odbytu. Mięśnie które napinasz, to właśnie mięśnie Kegla.

### Ćwiczenie 1.

Zostań na krześle, usiądź na nim wygodnie (możesz do tego ćwiczenia wykorzystać także dużą piłkę do ćwiczeń jeżeli masz w domu). Wyprostuj plecy, ściągnij łopatki. Ustaw stopy na podłodze w delikatnym rozkroku. Pochyl się do przodu, opierając dłonie lub łokcie na udach. Z wydechem delikatnie, nie maksymalnie, podciągnij do góry i do wewnątrz, w stronę kręgosłupa, partię mięśni dolnej części brzucha, napnij mięśnie w okolicy cewki moczowej i odbytu tak jak wcześniej. Wraz z wdechem rozluźnij mięśnie.



### Ćwiczenie 2.

Przejdź do leżenia na boku. Górną nogę, ugiętą w kolanie, wysuń do przodu. Kolano połóż na poduszce lub złożonym ręczniku leżącym przed tobą na wysokości bioder. Dolną nogę wyprostuj w dal. Ułóż się wygodnie. Z wydechem delikatnie napinaj mięśnie dna miednicy, tak aby teraz wnętrza twoich ud się nie napinały, a pośladki nie zaciskały. Z wdechem rozluźnij mięśnie. Po ukończeniu serii wykonaj ćwiczenie na drugą stronę.



### Ćwiczenie 3.

Przejdź do klęku podpartego. Ustaw dłonie pod barkami, kolana pod biodrami, rozstawione na szerokość bioder, plecy proste, ściągnięte łopatki, barki odsunięte od uszu,

długa szyja, spojrzenie zatrzymaj pomiędzy swoimi dłońmi, tak aby nie zadzierać głowy do góry. Z wydechem powoli unieś prawą rękę w przód i lewą nogę w tył, tak aby utworzyła prostą linię z tułowiem, równoległą do podłoża, nie wyżej. Z wdechem opuść. Zmień stronę. Wykonuj ćwiczenie płynnie, w rytm twojego oddechu.



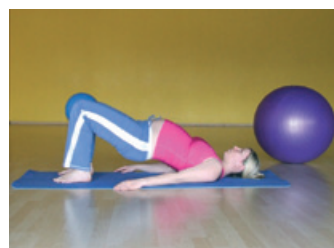
### Ćwiczenie 4.

Zejdź trochę niżej na przedramiona, plecy zostaw proste, łopatki ściągnięte, głowa - czoło wygodnie oparte na rękach. Z wydechem znowu delikatnie podciągnij do góry i do wewnątrz, w stronę kręgosłupa, partię mięśni dolnej części brzucha, napinaj mięśnie w okolicy cewki moczowej i odbytu. Wraz z wdechem rozluźniaj mięśnie. Reszta twojego ciała się nie napina, pośladki się nie zaciskają.



### Ćwiczenie 5.

Przejdź do leżenia na plecach. Wydłuż boki ciała, wyciągnij kręgosłup, ściągnij łopatki, odsuń barki od uszu, nogi ugięte w kolanach, stopy oparte na podłożu, rozstawione na szerokość bioder, ręce wzdłuż tułowia, możesz poduszkę lub ręcznik włożyć w kolana, żeby utrzymać odpowiedni odstęp - na szerokość bioder. Z wydechem unieś biodra do góry, do momentu aż twoje barki, biodra i kolana ustawią się w jednej linii, w pozycji tzw. skoczni narciarskiej. Na górze 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 krąg 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?



Ponieważ ćwiczenie mięśni dna miednicy nie jest proste, dobrze jest zacząć swój trening od kilku indywidualnych lekcji z instruktorem, żeby wiedzieć, czy pracujemy poprawnie. Należy również pamiętać, aby każdy trening kończył się chwilą wyciszenia.

*Piśmiennictwo u Autora*

# Pielęgniarka a opiekun medyczny

Nina Juszczyzyn-Różycka

**S**połeczeństwa państw rozwiniętych starzeją się w straszającym tempie. Według raportu Unii Europejskiej w 2050 roku blisko 50% ludności starego kontynentu przekroczy 65. rok życia. W krajach wysoko rozwiniętych 33% społeczeństwa stanowić będą ludzie starsi, dzisiaj odsetek ten wynosi 19%. Średnia wieku wzrośnie o 9 lat i wynosić będzie 46 lat. Starzenie się społeczeństw staje się coraz poważniejszym problemem medycznym



i socjalnym, zwłaszcza że stale zmniejsza się liczba urodzeń, a seniorzy nie zawsze mogą liczyć na pomoc rodziny.

We wrześniu 2007 roku Minister Zdrowia wpisał do wykazu pracowników medycznych nowy zawód. Zawodem tym jest opiekun medyczny. W związku z pogłębiającym się deficytem w zakresie zabezpieczenia świadczeń pielęgnacyjnych, oraz zwiększającym się zapotrzebowaniem na usługi pielęgnacyjne, zamierzeniem resortu zdrowia jest, aby opiekunowie medyczni pomagali pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej w wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych przy osobach chorych i niesamodzielnych, wymagających stałej opieki w ramach procesu pielęgnacyjnego.

Podstawowa opieka medyczna, aby być optymalną dla pacjenta, powinna stanowić skoordynowane, uzupełniające się działania interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, składającego się z: lekarza, pielęgniarki/położnej, rehabilitanta, opiekuna medycznego. W zespole tym każdy powinien brać aktywny udział w procesie leczenia, pielęgnowania i rehabilitacji pacjenta.

W założeniu zawód opiekuna medycznego jest niezbędny do zabezpieczenia realizacji pełni świadczeń opiekuńczo-higienicznych nad osobami chorymi i niesamo-

dzielnymi. Jednak należy pamiętać, że opiekun medyczny nie jest w stanie zastępować personelu pielęgniarskiego i ważne jest, aby do takich sytuacji nie dochodziło. Niestety, w dobie deficytu personelu oraz niedofinansowania służby zdrowia, może pojawić się takie niebezpieczeństwo.

## Opiekun medyczny posiada kompetencje do:

- współpracy z pielęgniarką/położną w zakresie planowania i realizowania planu opieki nad osobą chorą i niesamodzielną oraz pomagania podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych;
- rozpoznawania i rozwiązywania problemów opiekuńczych osoby chorej i niesamodzielnej o różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku;
- pomagania osobie chorej i niesamodzielnej w zaspokajaniu podstawowych potrzeb biologicznych i w wykonywaniu zabiegów higienicznych;
- pomagania osobie chorej i niesamodzielnej w podtrzymywaniu aktywności społecznej oraz aktywizowania jej do zwiększania samodzielności życiowej;
- zapewniania osobie chorej i niesamodzielnej higienicznych warunków otoczenia oraz bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego;
- współdziałania z zespołem opiekuńczym i terapeutycznym;
- użytkowania urządzeń, przyborów oraz narzędzi do wykonywania zabiegów higienicznych;
- konserwacji przyborów i narzędzi stosowanych podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych;
- popularyzowania zachowań prozdrowotnych.

Powstanie dodatkowej grupy zawodowej w opiece zdrowotnej można rozpatrywać w różnych aspektach: z jednej strony jest to wyjście naprzeciw potrzebom społecznym wynikającym z deficytu personelu medycznego i rosnącego zapotrzebowania na usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne. Z drugiej jednak strony, zadania opiekuńczo-higieniczne nie wyczerpują działań pielęgnacyjnych i pielęgnacyjnych koniecznych do pełnej realizacji świadczeń opieki medycznej. Opieka personelu pielęgniarskiego obejmuje szerszy wachlarz działań niezbędnych do prawidłowego przebiegu procesu terapeutycznego.

## Do zadań personelu pielęgniarskiego należy:

- sformułowanie diagnozy pielęgniarskiej i opracowanie indywidualnego, dla każdego pacjenta, planu

- opieki i programu postępowania pielęgnacyjno-terapeutycznego w oparciu o rozpoznane problemy pielęgnacyjne pacjenta;
- wdrożenie terapii lekarskiej, modyfikowanie planu opieki i jego realizacja w zależności od indywidualnych potrzeb pacjenta, obrazu klinicznego i okresu choroby;

- współuczestniczenie w farmakoterapii poprzez wykonywanie zleceń lekarskich i samodzielnych działań niezbędnych w procesie terapeutycznym;
- przygotowanie pacjentów do badań diagnostycznych;
- nadzorowanie prawidłowości działań opiekuńczo-higienicznych opiekunów medycznych.

# Rola rehabilitacji w profilaktyce i leczeniu NTM - część I

mgr Magdalena Potoczek  
Fizjoterapeuta

**N**ietrzymanie moczu jest poważnym zaburzeniem związanym z dysfunkcjami w obrębie układu moczowo-płciowego, mięśniowego i nerwowego, które w znacznym stopniu upośledza funkcjonowanie społeczne oraz rodzinne. Jest również przyczyną frustracji i depresji. Wiele osób traktuje pojawienie się tego problemu jako zło konieczne, nie zgłaszając się w odpowiednim momencie do lekarza specjalisty. Zbyt późne zdiagnozowanie i wprowadzenie programu terapeutycznego zwiększa prawdopodobieństwo konieczności zastosowania leczenia operacyjnego. Natomiast wczesne rozpoznanie oraz klasyfikacja rodzaju i stopnia inkontynencji pozwala na zaprogramowanie odpowiedniego planu leczenia zachowawczego, które daje bardzo dobre wyniki.

Rehabilitacja nietrzymania moczu to złożony proces usprawniania psychofizycznego, który obejmuje następujące komponenty:

- kinezyterapię,
- fizykoterapię,
- terapię behawioralną
- psychoterapię.

## Kinezyterapia

Kinezyterapia to leczenie ruchem. Ma ogromne znaczenie w profilaktyce nietrzymania moczu i powinna być stosowana zapobiegawczo w tzw. grupach podwyższonego ry-

zyka (np. kobiety w okresie okołoporodowym, okołomenopauzalnym, u osób otyłych). Metoda ta odgrywa także ważną rolę w leczeniu zachowawczym. Dzięki regularnym i odpowiednim ćwiczeniom fizycznym wzrasta siła mięśni dna miednicy i stopniowo powraca kontrola nad czynnościami fizjologicznymi.

**ZBYT PÓŹNE ZDIAGNOZOWANIE I WPROWADZENIE PROGRAMU TERAPEUTYCZNEGO ZWIĘKSZA PRAWDOPODOBIENSTWO KONIECZNOŚCI ZASTOSOWANIA LECZENIA OPERACYJNEGO**

**Wśród stosowanych metod można wymienić ćwiczenia:**

- synergistyczne - wzmacniające mięśnie dna miednicy poprzez ćwiczenie mięśni przywodzących uda, pośladkowych oraz brzucha (uwaga - nie wykonywać „klasycznych” brzuszków),
- czynne właściwe, polegające na bezpośrednim napięciu mięśni dna miednicy i krocza (uwaga - nie wstrzymywać strumienia moczu),
- biofeedback, czyli ćwiczenia oparte na mechanizmach biologicznego sprzężenia zwrotnego. Ten rodzaj ćwiczeń jest szczególnie korzystny, gdyż budzi motywację do ćwiczeń i pozwala pacjentowi w pełni świadomie uczestniczyć w procesie usprawniania. Dzięki zastosowaniu odpowiedniej aparatury pacjent może oglądać skurcz swoich mięśni na monitorze komputera, co zwiększa kontrolę nad ich czynnością, oraz pozwala zaobserwować efekty ćwiczeń „na własne oczy”,
- ćwiczenia z zastosowaniem stożków dopochwowych z obciążnikami,





- nie bez znaczenia są również ćwiczenia prawidłowej postawy ciała, szczególnie w kwestii ustawienia miednicy.

Bardzo ważny jest dobór odpowiednich ćwiczeń, gdyż nie wszystkie ich rodzaje są korzystne u osób z NTM. Dlatego program kinezyterapii powinien być skonsultowany z lekarzem oraz fizjoterapeutą.

## Fizykoterapia

To terapia oparta o działanie różnych bodźców fizykalnych. W leczeniu nietrzymania moczu stosuje się przede wszystkim wzmacnianie mięśni dna miednicy za pomocą impulsów elektrycznych, czyli tzw. elektrostymulację. W celu zwiększenia siły mięśni wykorzystywane jest także pole magnetyczne. Szczególnym rodzajem fizykoterapii jest stymulacja nerwów krzyżowych za pomocą impulsów elektrycznych (duża skuteczność u osób z pęcherzem nadreaktywnym).

## Terapia behawioralna

Terapia behawioralna koncentruje się na edukacji pacjenta i modyfikacji jego stylu życia oraz zachowań związanych z oddawaniem moczu w celu wspomagania procesu leczniczego. W zależności od rodzaju NTM prowadzi się tzw. dziennik mikcji oraz trening pęcherza, który ma na celu reedukację zachowań podczas aktu mikcji (oddawania moczu). Ponadto terapia behawioralna obejmuje zmiany nawyków żywieniowych oraz pro-

muje prozdrowotny tryb życia (ograniczenie alkoholu i tytoniu, które działają drażniąco na pęcherz moczowy, redukcja masy ciała, unikanie dźwigania ciężarów i inne).

## Psychoterapia

Psychoterapia stanowi bardzo istotny element w procesie rehabilitacji osób cierpiących z powodu nietrzymania moczu. Powinna budzić motywację do leczenia i skupiać się na poprawie samooceny pacjenta oraz jego funkcjonowania w społeczeństwie i rodzinie. Ważną kwestią jest również seksualność osób z NTM.

## Podsumowanie

W celu osiągnięcia jak najlepszych rezultatów terapeutycznych pacjent z problemem NTM powinien pozostać pod opieką interdyscyplinarnego zespołu specjalistów, którzy zaplanują odpowiedni, indywidualnie dobrany do jego potrzeb program leczenia. Badania naukowe wykazują, że u większości pacjentów z lekkim i średnim stopniem nietrzymania moczu leczenie zachowawcze (rehabilitacja w powiązaniu z farmakoterapią) przynosi zadowalające efekty terapeutyczne.

***Od Redakcji:** Niniejszy artykuł otwiera nowy cykl prezentujący metody rehabilitacji osób cierpiących na nietrzymanie moczu. W kolejnych wydaniach Kwartalnika NTM przybliżymy Państwu poszczególne formy terapii.*



# TAK dla neuromodulacji krzyżowej

Katarzyna Walewska

**N**euromodulacja krzyżowa ma szerokie zastosowanie w leczeniu dolegliwości związanych z problemami nietrzymania moczu. Jest rekomendowana przez wiele międzynarodowych towarzystw naukowych jako metoda alternatywna w przypadku niepowodzeń leczenia zachowawczego. Pomimo to, nie znajduje się w katalogu procedur refundowanych w naszym kraju, między innymi ze względu na wysokie koszty wykonania tego zabiegu.

Zmiany obecnej sytuacji domagają się sami pacjenci. Z inicjatywą zakwalifikowania neuromodulacji krzyżowej do katalogu refundowanych procedur szpitalnych wyszło Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”, które w tej sprawie złożyło do Ministerstwa Zdrowia oficjalny wniosek. Przygotowany przez Stowarzyszenie wniosek został zaakceptowany przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie urologii, prof. Andrzeja Borówkę.

Poszukując argumentów przemawiających za zasadnością postulatu Stowarzyszenia zapytaliśmy o opinię innego wybitnego specjalistę w dziedzinie urologii, Prezesa Polskiego Towarzystwa Urologicznego - prof. Marka Sosnowskiego.

Do jakich form terapii mają obecnie dostęp pacjenci z ciężkim natężeniem nietrzymania moczu? - *Obecnie poza leczeniem zachowawczym (farmakoterapia, fizykoterapia) pacjenci mogą skorzystać z szeregu zabiegów operacyjnych stosowanych w leczeniu nietrzymania moczu. Osoby, u których stwierdzono znaczne uszkodzenie zwieracza cewki moczowej mogą również poddać się operacji wszczepienia sztucznego zwieracza; zabieg ten stosowany jest zarówno u mężczyzn jak i kobiet.*

W jakich przypadkach można zastosować neuromodulację krzyżową? - *Zastosowanie neuromodulacji krzyżowej w terapii nietrzymania moczu jest zasadne u pacjentów, u których leczenie zachowawcze nie odniosło dobrego skutku. Czy w związku z tym wskazane jest refundowanie neu-*



*romodulacji krzyżowej stosowanej w leczeniu nietrzymania moczu? Refundacja jest jak najbardziej uzasadniona, również ze względu na to, że terapia ta ma wiele zastosowań - odpowiada Profesor. Neuromodulację krzyżową stosuje się zarówno w przypadku leczenia pacjentów z objawami nietrzymania moczu z parcia naglącego, nadaktywnością pęcherza, jak i w przypadkach trudności w opróżnianiu pęcherza moczowego - dodaje. Z punktu widzenia długotrwałej terapii zastosowanie neuromodulacji krzyżowej u pacjentów, u których zwiodły pozostałe metody leczenia, jest bardzo opłacalne. Porównując koszty terapii ponoszone przez NFZ (m.in.: badań diagnostycznych, hospitalizacji, leczenia zachowawczego oraz zabiegowego), koszty refundacji neuromodulacji okazują się znacznie niższe w długotrwałej perspektywie. Warto dodać, że zastosowanie tej terapii jest również korzystne dla pacjenta, gdyż zwiększa jego szanse na powrót do zdrowia oraz ma wpływ na poprawę jakości życia pacjentów - mówi prof. Sosnowski.*

Analiza wyników skuteczności neuromodulacji wskazuje na wysoki stopień efektywności, który wynosi średnio od 64% do 79 % w zależności od rodzaju zaburzeń mikcji, w przypadku których metoda ta została zastosowana. Na nietrzymanie moczu nie umiera się, jednak można zaliczyć je do przewlekłych dolegliwości, które znacznie utrudniają funkcjonowanie pacjenta w życiu zawodowym i społecznym. W najtrudniejszej sytuacji są osoby z ciężkim stopniem nietrzymania moczu, które często przestają być aktywne zawodowo, izolują się społecznie. Neuromodulacja krzyżowa może być dla nich szansą na powrót do zdrowia i do społeczeństwa.

Przytoczone w artykule argumenty oraz opinie specjalistów załączone do wniosku Stowarzyszenia „UroConti” wskazują zasadność i potrzebę refundacji neuromodulacji krzyżowej. Jednakże kwestia uwzględnienia nowej metody w ramach procedur refundowanych pozostaje w gestii resortu zdrowia.

# Metody oceny nasilenia NTM

dr n. med. Piotr Dobroński

Oddział Urologiczny Szpitala Bielańskiego w Warszawie

## Ocena nasilenia nietrzymania moczu

Określenie nasilenia nietrzymania (NTM) moczu we wstępnej ocenie pacjentki lub pacjenta ma kluczowe znaczenie równe określeniu rodzaju i typu nietrzymania moczu. Pozwala wybrać odpowiednią metodę leczenia (w przypadku np. wysiłkowego nietrzymania moczu) lub dobrać rodzaj środków absorpcyjnych. Umożliwia także monitorowanie skuteczności leczenia zarówno w praktyce ambulatoryjnej czy klinicznej, jak również w badaniach naukowych.

Uważa się, że ocena nasilenia NTM powinna uwzględniać liczbę epizodów inkontynencji i/lub ilość gubionego moczu bądź obydwie te parametry. Liczbę epizodów NTM w sposób najbardziej wiarygodny ocenia dzienniczek mikcji (z ang. micturition diary). Istnieje kilka form tego instrumentu, optymalna jest 3-dniowa obserwacja, jednak w praktyce często stosuje się badanie 1-dniowe.

Obiektywną ocenę ilości gubionego moczu umożliwia np. test pieluszkowy (wkładkowy, z ang. pad test) - 1, 8, 24, 48 lub 72-godzinny. Testy krótkie wykonywane są w praktyce szpitalnej lub ambulatoryjnej, 24-godzinne i dłuższe - w domu. Za znamienne uważa się test godzinny ze wzrostem wagi wkładki o 1g lub więcej, w teście 24-godzinnym znamienne jest wzrost o 4g. W istocie dopiero zestawienie ilości gubionego moczu i częstości epizodów NTM pozwala na stratyfikację NTM do stopnia lekkiego, średniego lub ciężkiego. Za stopień lekki przyjmuje się gubienie kilku kropli, kilka razy w miesiącu, za średni - codzienne gubienie kilku kropli a ciężki - gubienie większej ilości, kilka razy w tygodniu. Dodatkowo, można także orientacyjnie ocenić nasilenie NTM określając liczbę zużytych dziennie zabezpieczeń (z ang. pad score) i stopień ich nasiąknięcia.

Inna możliwość oceny nasilenia NTM to zastosowanie indeksów, skal lub formularzy. Większość tego typu narzędzi łącznie ocenia rodzaj objawów, ich nasilenie i wpływ na poszczególne domeny jakości życia. W wielu przypadkach uwzględniają one także życie seksualne. Część z nich ma zastosowanie u obu płci, część tylko u jednej; stosowane bywają tylko w ocenie wysiłkowego NTM lub nagłego/mieszanego NTM.

Niewiele jest skal oceny wyłącznie nasilenia nietrzymania moczu. Do takich narzędzi należy indeks Sandvika i skala Stamey'a.

## Indeks Sandvika

(Sandvik's Severity Index for Urinary Incontinence)

### Jak często doświadczają Pani/Pan epizodów NTM?

1. Rzadziej niż raz w miesiącu
2. Kilka razy w miesiącu
3. Kilka razy w tygodniu
4. Codziennie i/lub co noc

### Jaką ilość moczu gubi Pani/Pan jednorazowo?

1. Krople
2. Małe ilości
3. Więcej

Indeks nasilenia NTM powstaje przez pomnożenie wyniku odpowiedzi na pytanie 1 i 2. Indeks ten jest stosowany do oceny NTM u kobiet. Został on przyrównany do obiektywnego narzędzia jakim jest 24-godzinny test wkładkowy. Według tego testu lekkie nietrzymanie moczu to wyciek 6g/24h (CI 95% 2-9), średnie 17g/24h (CI 95% 13-22), a ciężkie 56g (CI 95% 44-67).

Dla oceny nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu kobiet najczęściej stosuje się prostszą trzystopniową skalę T. Stamey'a.

## Skala Stamey'a

**Stopień 0:** Stan prawidłowy.

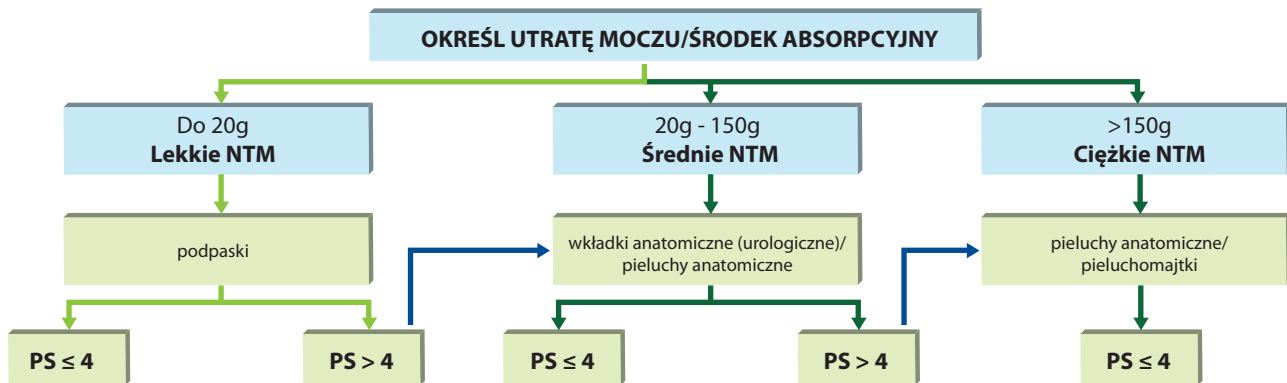
**Stopień I:** Niewielkie gubienie moczu w czasie dużego wysiłku fizycznego (wzrostu ciśnienia śródbrzusznego) w pozycji stojącej.

**Stopień II:** Gubienie moczu w czasie codziennych zajęć, chodzenia, kaszlu, kichania, śmiechu, przy zmianie pozycji ciała, siadania w łóżku.

**Stopień III:** Całkowite nietrzymanie moczu: wyciek nie związany z wysiłkiem fizycznym, w każdej pozycji (w tym w pozycji leżącej).



Schemat oceny stopnia nietrzymania moczu zgodnie z zaleceniami International Consultation on Incontinence opracowany przez prof. Piotra Radziszewskiego



Schemat Pad Score (PS - ilość zużytych środków absorpcyjnych na dobę)

Badania epidemiologiczne oceniające nasilenie NTM szacują występowanie ciężkiego NTM na 3-17% (najczęściej 6-10%), jednak według niektórych prac uwzględniających średnie i ciężkie postaci razem, liczba ta może wynosić nawet 20-25%. Ciężkie nietrzymanie moczu jest około dwukrotnie częstsze wśród starych kobiet niż mężczyzn. Nasilenie NTM wzrasta także z wiekiem. Indeks Sandvika został użyty w 3 epidemiologicznych badaniach populacyjnych, w dwóch w USA i jednym w Norwegii (EPINCONT). W badaniach w USA częstość występowania ciężkiego NTM wśród kobiet oceniono odpowiednio na 10% (3300 badanych kobiet w wieku 42-52)

i 18% (3500 kobiet w wieku 30-90 lat).

W badaniu EPINCONT w grupach wiekowych 20-39 lat, 40-54 lata, 55-69 lat i ponad 70 lat występowało ono odpowiednio u 2,6%, 6,5%, 8,6% i 13% pacjentów - średnio u 7%. Nasilenie nietrzymania moczu zależy od jego rodzaju. I tak, nietrzymanie moczu z parcia (przynaglenia, z ang. urge urinary incontinence, UII) i mieszane (z ang. mixed urinary incontinence, MUI) jest najczęściej znacznie bardziej nasilone niż wysiłkowe nietrzymanie moczu. W badaniu EPINCONT lekkie NTM występowało u 56% pacjentów z wysiłkowym NTM, ale tylko u 39% z UII i 31% z MUI.

# Profesjonalna diagnostyka i leczenie NTM w szpitalu Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego

Natalia Łyczko

W tym numerze, w ramach cyklu prezentującego placówki ginekologiczne i urologiczne specjalizujące się w leczeniu NTM, przybliżymy Państwu Klinikę Ginekologii i Uroginekologii w Policach, wchodzącą w skład Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego im. prof. Tadeusza Sokołowskiego w Szczecinie.

**P**rezentowany przez nas szpital prowadzi działalność stacjonarną, ambulatoryjną, diagnostyczną, rehabilitacyjną i dydaktyczną. Placówka posiada wiele klinik o specjalnościach jedynych w regionie, zatrudniających specjalistów o najwyższych kwalifikacjach. Obecnie na terenie SPSK Nr 1 funkcjonują: 26 jednostek leczniczych - klinik i poradni, oraz 3 zakłady diagnostyczne.

## Historia Kliniki Ginekologii i Uroginekologii

W 2007 roku Klinika Rozrodczości i Ginekologii przeniesiona została z SPSK Nr 1 w Szczecinie do kupionego przez Pomorską Akademię Medyczną SPSK 1 w Policach. W 2009 roku do szpitala tego przeniesiono Kli-

nikę Medycyny Matczyno-Płodowej i Ginekologii oraz Klinikę Neonatologii. W 2010 roku nastąpił podział Kliniki Rozrodczości i Ginekologii na dwie jednostki: Klinikę Medycyny Rozrodości i Ginekologii oraz Klinikę Ginekologii i Uroginekologii. To właśnie w niej leczone są pacjentki z NTM.

## Pracownicy

Od 2002 roku kierownikiem Kliniki Ginekologii i Uroginekologii jest dr hab. n. med. Andrzej Starczewski, profesor nadzwyczajny PUM. W roku 1989 otrzymał on tytuły specjalisty w zakresie położnictwa i ginekologii oraz stopień doktora nauk medycznych, a w 2002 roku uzyskał habilitację.

Od 2005 roku pełni funkcję Dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu Pomorskiej Akademii Medycznej.

Asystentami kliniki są także m.in.: dr n. med. Agnieszka Brodowska, dr n. med. Iwona Szydłowska, dr n. med. Jolanta Rutkowska, dr n. med. Piotr Hajdasz oraz dr n. med. Włodzimierz Bielewicz. Funkcje położnej oddziałowej pełni mgr Beata Rusin.

Spośród personelu medycznego 8 osób posiada specjalizacje z położnictwa i ginekologii. Na rzecz Kliniki pracuje również 5 rezydentów, którzy specjalizują się w tej dziedzinie.

## Leczenie

W Klinice Ginekologii i Urologii wykonuje się histeroskopię i laparoskopię operacyjną, łącznie z zabiegami amputacji nadpochwowej macicy, leczy się schorzenia szyjki macicy (kolposkopia, wycinki i leczenie operacyjne), zaburzenia hormonalne, nietrzymanie moczu, a także zaburzenia statyki narządów miednicy. Liczącą 36 łóżek klinika uniwersytecka oferuje pacjentom pełen zakres zabiegów operacyjnych.

Przyjęcie na oddział, poza przypadkami nagłymi, warunkuje posiadanie skierowania. - *Na leczenie może skierować nawet lekarz domowy, specjalne skierowanie nie jest wymagane* - wyjaśnia w rozmowie z Kwartalnikiem NTM doc. Andrzej Starczewski.

W leczeniu nietrzymania moczu klinika stosuje leczenie farmakologiczne i operacyjne. - *Metoda farmakologiczna stosowana jest przede wszystkim w przypadku pęcherza nadreaktywnego oraz przeszkody podpęcherzowej. Jeżeli chodzi o leczenie zabiegowe, sprawdzamy najpierw, czy nie ma dużych zaburzeń statyki. Jeżeli takie zaburzenia występują, wykonujemy zabiegi, które je korygują. Najczęściej do tego celu są używane siatki polipropylenowe, które wszczepia się w przednią i tylną ścianę pochwy (prolift przedni i tylny), ale oferujemy też różne inne metody zabiegowe; od strony jamy brzusznej, metodą laparoskopii. Wysiłkowe nietrzymanie moczu leczymy używając taśm prolenowych TVT i TOT, czyli tzw. taśmy załonowej i taśmy zakładanej przez otwory zastłonięte. Rzadziej, w przypadkach wykonywanych laparotomii, wykonujemy operacje sposobem Burcha* - przedstawia ofertę kliniki dr hab. n. med. Andrzej Starczewski. Jak dodaje, rocznie w leczeniu pacjentów z nietrzymaniem moczu, klinika zużywa ponad 70 taśm.

**KLINIKA WYPOSAŻONA JEST W NOWOCZESNY SPRZĘT ENDOSKOPOWY, WYSOKIEJ KLASY ULTRASONOGRAF Z ARCHIWIZACJĄ OBRAZÓW, KOLPOSKOP Z ARCHIWIZACJĄ OBRAZÓW, A TAKŻE APARATURĘ DO BADAŃ URODYNAMICZNYCH Z BAZĄ DANYCH**

Zgodnie ze standardami, aby zakwalifikować pacjenta do odpowiedniego rodzaju leczenia zachowawczego lub operacyjnego, przeprowadzane są konsultacje i pełna diagnostyka. - *Postępowanie wstępne, poza badaniami ginekologicznym, laboratoryjnym i ogólnym, obejmuje wywiad z pacjentem i badanie urodynamiczne, którego wynik decyduje o metodzie leczenia* - wyjaśnia dr hab. n. med. Andrzej Starczewski.

Okres oczekiwania na wykonanie badania urodynamicznego wynosi ok. 30 dni. Nie ma kolejek do leczenia zabiegowego.

Klinika wyposażona jest w nowoczesny sprzęt endoskopowy, wysokiej klasy ultrasonograf z archiwizacją obrazów, kolposkop z archiwizacją obrazów, a także aparaturę do badań urodynamicznych z bazą danych.

## Działalność naukowo-dydaktyczna

Oprócz wykonywania zabiegów medycznych, działająca w ramach Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego klinika angażuje się w prace badawcze i dydaktykę. Placówka prowadzi zajęcia dla studentów V i VI roku Wydziału Lekarskiego, w tym studentów anglojęzycznych oraz Wydziału Nauk o Zdrowiu, a także szkolenia w zakresie endokrynologii ginekologicznej, diagnostyki laparoskopowej i histeroskopowej oraz laparoskopii i histeroskopii operacyjnej skierowane do lekarzy ginekologów.

W Klinice Ginekologii i Uroginekologii PUM prowadzono także badania kliniczne, m.in.: „Randomizowane, prowadzone metodą podwójnej ślepej próby, kontrolowane placebo i substancją aktywną bada-

nie fazy II oceniające skuteczność i bezpieczeństwo stosowania WBI-5648 u pacjentek z endometriozą” (badanie zamknięte), „Doustne leczenie dydrogesteronem w I trymestrze ciąży u kobiet z poronieniami na-

wykowymi, badanie podwójnie ślepej próby, prospective, randomizowane, kontrolowane placebo” (badanie zamknięte) oraz wielośrodkowe badanie „Rejestr pacjentek leczonych chirurgicznie z powodu obniżenia narządu rodno” (akronim POP).

**Klinika Ginekologii i Uroginekologii w Policach**  
ul. Siedlecka 2, 72-010 Police  
Sekretariat: tel./fax 91 425 38 41



# „Nowa” jednostka chorobowa w wykazie chorób przewlekłych

Anna Sulka

**Z**końcem grudnia 2010 r. Ministerstwo Zdrowia opublikowało nowy wykaz chorób oraz leków i wyrobów medycznych, które ze względu na te choroby są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością. Nowy wykaz został uzupełniony o pięć nowych jednostek chorobowych, w tym o zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym. Do ww. jednostki przypisane zostały leki zawierające tolterodynę. Urzędnicy oszacowali, że objęcie refundacją tych produktów leczniczych kosztować będzie ok. 5 mln zł rocznie.

*Ministerstwo Zdrowia zdecydowało się na refundację tylko jednego leku stosowanego w leczeniu OAB i to pod warunkiem wykonania badania urodynamicznego. Niemniej cieszymy się, że w wykazie znalazła się nowa jednostka chorobowa zwłaszcza, że Ministerstwo Zdrowia zadeklarowało, iż w miarę pojawiania się możliwości budżetowych oraz obniżania cen przez producentów refundacją będą obejmowane kolejne substancje – mówi Maria Zdeb, Prezes Zarządu Głównego Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”.*

„Nowa” jednostka chorobowa wzbudza wiele kontrowersji w środowisku medycznym, bowiem nie figuruje w międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10, która została opracowana przez WHO i od 15 lat obowiązuje



w Polsce. Według nowych przepisów do nabycia refundowanych leków na OAB uprawnieni są jedynie pacjenci, którzy poddali się badaniu urodynamicznemu. Wspomniane obostrzenie stoi jednak w sprzeczności z obowiązującą wiedzą medyczną. Zgodnie z wytycznymi zespołu ekspertów (w składzie: prof. Piotr Radziszewski, prof. Włodzimierz Baranowski, prof. Ewa Nowak-Markwitz, prof. Tomasz Rechberger, prof. Jacek Suzin, prof. Andrzej Witek) odnośnie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u kobiet z nietrzymaniem moczu i pęcherzem nadreaktywnym kluczowym elementem diagnostyki OAB jest rzetelnie przeprowadzony wywiad, który pozwala ustalić podstawowe postępowanie lecznicze. Rekomenduje się również przeprowadzenie badań fizykalnych, badań ogólnych moczu i ocenę zalegającego moczu. Niezależnie od dyskusji toczącej się wokół diagnostyki OAB jedno jest pewne – uwzględnienie „nowej” jednostki chorobowej w wykazie chorób przewlekłych jest ważnym wydarzeniem dla wszystkich pacjentów chorych na OAB.

Pęcherz nadreaktywny to zespół objawów polegających na występowaniu parcia naglącego oraz częstomoczu z lub bez nietrzymania moczu z parcia, przy braku lokalnych czynników mogących tłumaczyć te objawy.

Ta definicja zwraca uwagę na konieczność wykluczenia lokalnych czynników mogących powodować parcia naglące i/lub nietrzymanie moczu z parcia. Infekcja dróg moczowych, kamica pęcherza moczowego, przeszkoda podpęcherzowa (np. gruczolak stercza) czy wreszcie nowotwór pęcherza moczowego mogą bowiem również powodować objawy parć i nietrzymania moczu.

Dlatego, aby rozpoznać pęcherz nadreaktywny, należy te lokalne przyczyny wykluczyć, wykonując badanie

ogólne moczu, posiew moczu, badania obrazowe dolnych dróg moczowych (np. ultrasonografię), a w niektórych przypadkach cystoskopię i cytologię osadu moczu. Do rozpoznania nadreaktywności pęcherza moczowego nie jest konieczne wykonanie badania ciśnieniowo-przepływowego (badania urodynamicznego). Jest to jednak konieczne dla rozpoznania nadreaktywności wypieracza. Nadreaktywność wypieracza jest rozpoznawana, gdy w badaniu urodynamicznym stwierdzony zostanie skurcz pęcherza w trakcie jego wypełniania.

Źródło: Piotr Radziszewski, Nowe metody leczenia pęcherza nadreaktywnego (w:) Tomasz Rechberger (red.), Nowe trendy w uroginieologii, Lublin 2005, str 135.

# Życie intymne osób z NTM

z dr n. med. Szymonem Bakalczukiem,  
z Kliniki Położnictwa i Patologii Ciąży  
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie  
rozmawia Magdalena Kowalewska



## Jak bardzo poważny i częsty jest problem NTM wśród pacjentek zgłaszających się na wizytę u seksuologa?

Wśród pacjentek, które decydują się na wizytę u seksuologa z powodu zaburzeń współżycia seksualnego, jest wiele pań, które cierpią również na wysiłkowe nietrzymanie moczu. Jednak problem NTM bardzo rzadko jest główną przyczyną, która zmusza kobiety do udania się do specjalisty, do zgłoszenia się na pierwszą wizytę. To wciąż bardzo wstydliva dla kobiet przypadłość, o której nie chcą rozmawiać. Problem NTM ujawnia się zazwyczaj „przy okazji”, podczas wywiadu lekarskiego. NTM rzadziej dotyka młode kobiety, najczęściej cierpią na nie panie, które już rodziły, dojrzale, w okresie menopauzalnym. Około 25% kobiet po 45. roku życia zmaga się z nietrzymaniem moczu. W okresie menopauzalnym w organizmie kobiety spada poziom żeńskich hormonów płciowych, czego efektem są zmiany, które sprzyjają pojawieniu się NTM.

## Z jakimi objawami czy dolegliwościami związanymi z NTM najczęściej zwracają się do Pana pacjentki?

Kobiety cierpiące na NTM bardzo często w ogóle rezygnują ze współżycia, unikają zbliżeń z powodu dyskom-

fortu, poczucia wstydu, stresu, obawy przed niekontrolowanym wyciekaniem moczu. Badania wskazują, że nawet 10-15% kobiet cierpiących na NTM rezygnuje całkowicie ze zbliżeń. Ta rezygnacja jest jednak ogromnym błędem, ma następstwa psychospołeczne. To absolutnie niewskazane, ponieważ współżycie seksualne jest bardzo ważnym elementem więzi małżeńskiej.

## Czy obawa przed popuszczeniem moczu podczas stosunku jest uzasadniona?

**KOBIETY CIERPIĄCE NA NTM BARDZO CZĘSTO W OGÓLE REZYGNUJĄ ZE WSPÓŁŻYCIA, UNIKAJĄ ZBLIŻEŃ Z POWODU DYSKOMFORTU, POCZUCIA WSTYDU, STRESU, OBAWY PRZED NIEKONTROLOWANYM WYCIĘKIEM MOCZU**

Ten lęk jest niestety uzasadniony. Istnieje zjawisko zwane „orgazmem moczowym”, które może wystąpić podczas silnego przeżycia orgazmu. Dochodzi wtedy do wypływania mo-

czu w sporej ilości w sposób niekontrolowany. Można jednak temu zapobiec!!!

Po pierwsze kobieta powinna postarać się dokładnie opróżnić pęcherz przed stosunkiem. Musi po prostu skorzystać z toalety przed zbliżeniem. Czasem pacjentki o tym zapominają, szczególnie wtedy, kiedy do stosunku dochodzi spontanicznie.

Po drugie należy starać się przed współżyciem nie pić płynów, które mają efekt moczopędny – kawy, herbaty, napojów gazowanych.

Po trzecie kobieta powinna ćwiczyć prawidłowo, regular-



nie i systematycznie mięśnie Kegla odpowiedzialne między innymi za prawidłową funkcję pęcherza moczowego. Stosując się do tych wskazówek, możemy mieć powyżej 99% szans, że pęcherz będzie pusty i nie dojdzie do samoistnego wypłynięcia moczu. Pęcherz napełnia się bowiem z prędkością ok. 40 ml na godzinę. Jeżeli dobrze go opróżnimy, do „orgazmu moczowego” nie dojdzie. Pamiętajmy, że problem NTM w największym stopniu dotyczy kobiet dojrzałych, które są w stałych związkach, mających kochających i wyrozumiałych partnerów. Kobiety te zazwyczaj mogą sobie bez większych trudności zaplanować współzycie stosując podane rady i ustrzec się w ten sposób przykrych niespodzianek.

### **Jak radzić sobie ze wstydem związanym z obawą popuszczenia moczu?**

Najlepsza jest szczerłość i jasność w zachowaniu. Można przygotować partnera na taką ewentualność, wyjaśniając mu swoją przypadłość. Jeżeli jednak kobieta jest w stałym i trwałym związku, to partner wie, że jego partnerka ma problem z nietrzymaniem moczu, tym samym powinien wiedzieć o wszystkim, co wiąże się z NTM. Dodam, że niektóre kobiety - pacjentki cierpiące na NTM - mają doskonale opanowany rozkład toalet w miescie, w miejscach publicznych i wszelkie zakupy, wyjścia do kina, randki i romantyczne spacerki planują tak, by mieć jak najmniej problemów z udaniem się do toalety, wtedy kiedy tego potrzebują.

### **Czy NTM może wpływać na jakość doznań seksualnych?**

Nietrzymanie moczu nie jest chorobą, która może mieć istotny wpływ i zmieniać sposób współzycia partnerów. Nie ma wskazówek dotyczących najbardziej odpowiedniej pozycji czy drogi osiągnięcia orgazmu, kiedy partnerka cierpi na NTM. Oboje partnerzy wiedzą, gdzie znajdują się ich strefy erogenne, wiedzą też najlepiej, co przynosi im przyjemność i trudno, by z tej przyjemności rezygnowali z powodu NTM. Z zachowaniem ww. wskazówek, współzycie powinno przynosić wspaniałą satysfakcję. Orgazm jest zjawiskiem niezależnym od NTM. Oczywiście ćwiczenia mięśni Kegla powodują zwiększoną zdolność do zaciskania pochwy, przez co zwiększa się satysfakcja ze współzycia. Są pary które odkryły nowy wymiar współzycia dzięki tym ćwiczeniom, ich współzycie nabrało nowych barw.

### **Jaki wpływ na współzycie seksualne mają przebyte operacje związane z leczeniem NTM?**

Po operacjach ginekologicznych niektóre pozycje seksualne mogą jednak rzeczywiście być mniej lub bardziej wskazane. W trakcie operacji z użyciem taśmy nie dochodzi do uszkodzeń w śluzówce pochwy i doznania seksualne po takiej operacji nie powinny się zmienić. Natomiast jeśli miało miejsce leczenie

operacyjne obniżenia ścian pochwy, wrażliwość kobiety może ulec zmianie i inne mogą być jej doznania. Operacja pochwową związaną z plastyką pochwy lub krocza może powodować zmiany w śluzówce pochwy i dyspareunię. Należy pamiętać, że okres rekonwalescencyjny, jeśli operacja jest związana z plastyką pochwy, trwa dłużej, a jeśli nie - trwa niezwykle krótko. Nie warto wtedy rezygnować na dłuższy czas ze zbliżeń. Często też partner po operacji partnerki stara się unikać kontaktu seksualnego, by nie przysporzyć jej przykrości - to jest mylne podejście. Współzycie nie tylko jest możliwe, ale wskazane i może przynieść wiele satysfakcji.

### **Jakie korzyści może przynieść kobietom cierpiącym na NTM wizyta u seksuologa?**

Wizyta u lekarza ma działanie dwukierunkowe. Celem jest przywrócenie osobie chorej udanego współzycia i czerpania z niego jak największej satysfakcji. Pamiętajmy, że pacjentki, które dotknięte są NTM przechodzą okres przekwitania. Kobieta, która wchodzi w okres menopauzalny, często jednak traci ochotę na seks, co spowodowane jest spadkiem poziomu hormonów. Stosuje się wtedy terapię opartą na przyjmowaniu substancji hormonalnych doustnie albo miejscowo. Leki zarówno doustne jak i dopochwowe mogą cofnąć atrofię śluzówki pochwy. Dobre leczenie objawów menopauzalnych pozwala zniwelować zarówno objawy menopauzalne jak i często objawy związane z nietrzymaniem moczu i pozwala również przywrócić chęć do podejmowania współzycia i zadowolenie z niego. Najlepiej więc leczyć i NTM i objawy menopauzalne.

### **Co radzi Pan pacjentkom, by podnieść ich samoocenę i przywrócić satysfakcję ze zbliżeń?**

Nie bać się zbliżeń i nie unikać współzycia, gdyż seks to świetny sposób społecznej rehabilitacji i na pewno może przynieść kobiecie wiele satysfakcji i radości.

# V ogólnopolskie spotkanie liderów organizacji pacjentów

Katarzyna Walewska

**Z** okazji obchodów Światowego Dnia Chorego (10-11 lutego) Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej we współpracy z Zakonem Posługujących Chorym - Ojców Kamilianów, jak co roku zorganizował ogólnopolskie spotkanie liderów organizacji pacjentów. Kluczowym elementem spotkania była debata z udziałem przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, które w tym roku reprezentowali Minister Zdrowia Ewa Kopacz oraz Dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji Artur Fałek, jak również Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia - Jacek Paszkiewicz.

Reprezentanci organizacji pozarządowych mieli doskonałą okazję, aby zadać zaproszonym gościom pytania doty-

nie trzema wnioskami o zmianę obowiązujących przepisów: wprowadzenie jednolitego kryterium medycznego (nietrzymanie moczu) uprawniającego do refundacji środków absorpcyjnych (pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, podkłady, wkłady anatomiczne); poszerzenie listy lekarzy uprawnionych do wypisywania zleceń na środki absorpcyjne o lekarza ginekologa i geriatrę, zwiększenie limitów ilościowych refundowanych środków wchłaniających do 120 sztuk miesięcznie. Pierwszy wniosek Stowarzyszenia został złożony w Ministerstwie Zdrowia już w maju ur., jednak do chwili obecnej organizacja nie otrzymała oficjalnej odpowiedzi w tej sprawie. W jakim terminie resort zdrowia zamierza ustosunkować się do postulatów naszego Stowarzyszenia? - pytały reprezentantki „UroConti”. Obecna na spotkaniu Minister Zdrowia nie odniosła się w żaden sposób do zadanego pytania. Przedstawicielki „UroConti” nie dały się jednak zbyć milczeniem resortu zdrowia, powtórnie poprosiły o ustosunkowanie się do zadanego pytania. Tym razem w imieniu resortu głos zabrał Artur Fałek twierdząc, że realizacja postulatów organizacji jest uwarunkowana dostępnością środków finansowych w budżecie NFZ. Zaznaczył, że w miarę możliwości resort zdrowia będzie realizował zgłaszane propozycje.

Wykorzystując w pełni swój czas przedstawicielki „UroConti” odniosły się również do podpisanej w ubiegłym roku przez Ministerstwo Zdrowia nowej listy leków refundowanych. *Kiedy Ministerstwo zamierza refundować inne leki na pęcherz nadreaktywny (OAB) oraz jaka jest zasadność wykonania obowiązkowego badania urodynamicznego przy uzyskaniu refundacji leku na OAB?* - pytały. *Badanie urodynamiczne ma za zadanie stwierdzić czy pacjent cierpi na zespół pęcherza nadreaktywnego i wymaga terapii farmakologicznej* - argumentowało Ministerstwo, natomiast kwestia refundacji większej liczby leków jest uwarunkowana środkami finansowymi NFZ. *Po raz kolejny resort zdrowia dał nam do zrozumienia, że przy wyborze leków refundowanych kieruje się głównie ceną, a nie skutecznością preparatów* - komentuje Teresa Bodzak.

*Ministerstwo Zdrowia bardzo zdawkowo odniosło się do na-*



czące ważnych dla siebie kwestii. Udział w forum cieszył się dużym zainteresowaniem. Na spotkanie licznie przybyli reprezentanci wielu środowisk pacjenckich. Wśród zaproszonych gości nie zabrakło również przedstawicieli Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”. Organizację reprezentowały Maria Zdeb, Prezes Zarządu Głównego oraz Teresa Bodzak, Prezes Oddziału Lubelskiego. Korzystając z okazji, przedstawicielki „UroConti” skierowały do Minister Ewy Kopacz kilka pytań dotyczących sytuacji osób z problemem nietrzymania moczu. Podczas debaty padło pytanie o etap na jakim znajdują się prace Ministerstwa nad złożonymi przez Stowarzysze-



szych pytań. Nie padły konkretne odpowiedzi ani deklaracje ze strony resortu, które miałyby wpłynąć na poprawę obecnej sytuacji osób z problemem nietrzymania moczu. Nauczonym doświadczeniem wiemy, że podczas publicznych debat Ministerstwo Zdrowia marginalizuje nasz problem – mówi Maria Zdeb.

Cieszy nas jednak fakt, że w tym roku Stowarzyszenie „UroConti” mogło zabrać głos na początku debaty, jako jedna z pierwszych organizacji. Świadczyć to może, że nasze Stowarzyszenie jest coraz poważniej traktowane – dodaje.

Dzięki tego typu spotkaniom liderzy organizacji pacjentów mają szansę zwrócić uwagę decydentów na problemy, z którymi borykają się na co dzień, mogą zaprezentować własne poglądy na tematy dotyczące grup pacjentów, które reprezentują oraz poddać dyskusji sprawy ważne z punktu widzenia ich działalności.

Emocje ostudziła uroczysta gala wręczenia Nagród Św. Kamila, która zwieńczyła pierwszy dzień ogólnopolskiego spotkania liderów organizacji pacjentów. W uroczystości udział wzięli przedstawiciele najwyższych władz państwowych i kościelnych, między innymi Prezydent Bronisław Komorowski wraz z małżonką, Minister Zdrowia Ewa Kopacz, Minister ds. równego traktowania Elżbieta Radziszewska, Rzecznik Praw Obywatelskich prof. Irena Lipowicz, Rzecznik Praw Pacjenta Krystyna Barbara

Kozłowska oraz wielu posłów i senatorów.

Nagrody św. Kamila przyznawane są od 2007 roku, głów-



ną ideą nagrody jest promowanie osób oraz instytucji, które w sposób szczególny przyczyniły się do budowania kultury miłosierdzia, akceptacji i solidarności z osobami cierpiącymi i ich rodzinami.

Czułam się zaszczycona, że mogłam wziąć udział w tak pięknej uroczystości – komentuje Maria Zdeb.

## REFUNDACJA ŚRODKÓW ABSORPCYJNYCH W INNYCH KRAJACH

### Refundacja środków absorpcyjnych: Norwegia vs. Polska

	Norwegia	Polska
Liczba mieszkańców	4,85 mln	38,16 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	refundacja pieluch anatomicznych, pieluchomajtek, majtek chłonnych i podkładow	dla w/w kryteriów chorobowych refundacja wkładów anatomicznych, pieluch anatomicznych, pieluchomajtek i podkładow
Ilość refundowanych sztuk / m-c	bez limitu	do 60 szt.
Limit cenowy / m-c	bez limitu	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

# Stowarzyszenie Rodzin Osób Niepełnosprawnych Razem Możemy Więcej

Magdalena Kowalewska



Ogólnopolskie Stowarzyszenie Rodzin Osób Niepełnosprawnych „Razem Możemy Więcej” od trzech lat zrzesza rodziny osób niepełnosprawnych. *Stowarzyszenie powstało z inicjatywy grupy rodziców aktywnie działających w ramach forum internetowego „Razem Możemy Więcej”* – wspomina Prezes Jolanta Martyka. Mieli oni dość absurdałnych przepisów dotyczących osób niepełno-



sprawnych oraz ich opiekunów i postanowili podjąć dialog z Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej w celu wprowadzenia zmian. Potwierdziło się, że wspólny wysiłek wielu ludzi przynosi o wiele lepsze efekty, niż starania pojedynczych osób. Powołanie Stowarzyszenia „Razem Możemy Więcej” było więc uwiarygodnieniem dążeń rodziców dzieci cierpiących na różne schorzenia i zaburzenia rozwoju.

Jako główne cele organizacji, jej członkowie wyznaczyli wspieranie rodziców dzieci niepełnosprawnych, podejmowanie wszelkich działań mających na celu poprawę warunków życia osób niepełnosprawnych, starania o przestrzeganie wobec nich praw człowieka i wyrównywanie szans tych osób. Bardzo ważnym motywem funkcjonowania Stowarzyszenia jest również rozpowszechnianie informacji o problemach i potrzebach osób niepełnosprawnych, a także ich opiekunów oraz kształtowanie właściwego stosunku społecznego do tych problemów. Stowarzyszenie organizuje spotkania i imprezy okolicznościowe, podczas których środowisko osób związanych z niepełnosprawnością ma szansę przedstawienia swoich problemów, celów i idei szerszej grupie odbiorców.

Członkowie Stowarzyszenia mogą również liczyć na pomoc przy organizowaniu rehabilitacji, opieki socjalnej i medycznej, na ułatwienia w pozyskiwaniu sprzętu rehabilitacyjnego i pomocniczego, którego cena jest bardzo wysoka.

Ważnym punktem działalności Stowarzyszenia jest prowadzenie strony internetowej [www.razem-mozemy-wiecej.com.pl](http://www.razem-mozemy-wiecej.com.pl) i administrowanie forum internetowym. Wielu członków organizacji nie miało szans spotkania się w świecie realnym, a forum internetowe doskonale spełnia swoją funkcję jako miejsce nawiązywania i utrzymywania kontaktów. Wszyscy zainteresowani tematem niepełnosprawności, zmagający się na co dzień z niepełnosprawnością swoją i swoich bliskich mogą na forum wymienić poglądy, podzielić się doświadczeniami, spostrzeżeniami i radami, a także mogą otrzymać „duchowe” wsparcie, tak ważne w trudnej sytuacji, w jakiej się znajdują. Wielką pomocą w integracji członków Stowarzyszenia był zorganizowany w ubiegłym roku turnus rehabilitacyjny dla niepełnosprawnych dzieci i ich najbliższych.

Stowarzyszenie „Razem Możemy Więcej” współdziała z organami samorządowymi, organami administracji państwowej, innymi organizacjami i podejmuje inicjatywy dla dobra osób niepełnosprawnych. Bardzo ważna jest współpraca z mediami w zakresie upowszechniania wiedzy na temat potrzeb oraz sytuacji życiowej i społecznej osób niepełnosprawnych i ich rodzin. Stowarzyszenie zainicjowało niedawno przedsięwzięcie na rzecz poprawy sytuacji materialno-prawnej rodzin wychowujących niepełnosprawne dzieci. Ostatnio zrealizowana przez Stowarzyszenie inicjatywa to złożenie w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów petycji w sprawie sytuacji rodzin osób niepełnosprawnych, skierowanej do Premiera Donalda Tuska, którą podpisało 18 organizacji pozarządowych i ponad 1200 osób indywidualnych z całej Polski. Wielkim sukcesem w dotychczasowej działalności Stowarzyszenia było też doprowadzenie do rozmów z Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej, a następnie do spotkania rodziców dzieci niepełnosprawnych z Premierem. *W ich wyniku udało się znieść progi dochodowe przy przyznawaniu świadczeń pielęgnacyjnych, a tym samym uniezależnić w pewien sposób świadczenie pielęgnacyjne od świadczeń rodzinnych, a także podnieść wysokość tego świadczenia*



o 100 zł. - wymienia Prezes Jolanta Martyka.

W planach Stowarzyszenia są kolejne działania mające na celu zmianę absurdalnych przepisów prawa. Organizacja będzie walczyć m.in. o możliwość dorabiania do świadczenia pielęgnacyjnego przez rodziców i opiekunów osób niepełnosprawnych. *Zaproponowaliśmy, aby analogicznie jak rencista i emeryt, rodzic rezygnujący z pracy zawodowej ze względu na stan zdrowia niepełnosprawnego dziecka, mógł legalnie dorobić do świadczenia pewną kwotę, bez groźby jego utraty.* - mówi Pani Prezes. Zapobiegłoby to również sytuacji wykluczenia z rynku pracy powracających do pracy opiekunów, przez długi czas opiekujących się osobami niepełnosprawnymi. Gdyby rodzic miał sta-

ły kontakt z wykonywaną pracą (nawet przez kilka, wolnych od zajęć z dzieckiem godzin w tygodniu) umożliwiłoby mu to pozostanie w branży. Opiekun nie byłby na garnuszku państwa. Stowarzyszenie chce również postulować refundację leków dla dzieci z pęcherzem neurogennym. Te kosztowne leki nie są dofinansowywane, ponieważ pęcherz neurogenny nie jest traktowany jako choroba przewlekła. *Wszelkie działania podejmowane przez Ogólnopolskie Stowarzyszenie Rodzin Osób Niepełnosprawnych „Razem Możemy Więcej” mają przypominać parlamentarzytom i wszystkim decydentom, że wciąż wiele jest jeszcze do zrobienia w kwestii osób niepełnosprawnych i ich opiekunów* - podkreśla prezes Martyka.

# Nowe zasady refundacji

Anna Sulka

**U**stawa o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych jest częścią pakietu ustaw zdrowotnych przyjętego przez sejm w marcu br. Ustawa od samego początku wzbudzała wiele kontrowersji, zwłaszcza wśród partii opozycyjnych, firm farmaceutycznych i organizacji zrzeszających przedsiębiorców. Zmiany dotyczą m.in. procedur podejmowania decyzji w sprawie objęcia refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych oraz programów lekowych i chemioterapii. Ustawa wyznacza m.in. kryteria tworzenia poziomów odpłatności, określa zasady ustalania cen zbytu leków i obowiązki osób uprawnionych do wystawiania recept.

Nowe przepisy wpłyną również na zasady refundacji wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych. Ustawa umożliwia m.in. wypisywanie kolejnego zlecenia na zaopatrzenie przez pielęgniarkę lub położną. Zgodnie z obecnie obowiązującymi regulacjami uprawnienia do wypisywania zleceń mają jedynie lekarz i felczer ubezpieczenia zdrowotnego. Wykaz produktów, które będzie mogła zlecać pielęgniarka i położna oraz zasady ich przyznawania i finansowania zostaną określony przez Ministra Zdrowia w odrębnych rozporządzeniach.

Ważne zmiany dla pacjentów z nietrzymaniem moczu przewiduje projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie osoby uprawnionej, który jest aktem wykonawczym do ustawy refundacyjnej. Rozporządzenie zakłada m.in. wykluczenie wkładek urologicznych z listy produktów objętych refundacją. Zmianie ulegnie również jednostka chorobowa uprawniająca do otrzymania dofinansowania. Nietrzymanie moczu, zgodnie z oczekiwaniem środowiska pacjenckiego, zostało uznane za kryterium przyznawania refundacji jednak dodano obostrzenie w postaci konieczności występowania dodatkowych schorzeń - upośledzenia umysłowego, wad rozwojowych czy chorób onkologicznych. Oznacza to faktyczne pozostanie przy obecnie obowiązujących kryteriach. Zgodnie z nowymi przepisami wszyscy pacjenci dopłacą do środków absorpcyjnych 10% urzędowo określonej ceny. Obecnie osoby z nowotworami są zwolnione z opłat w ramach limitu cenowego, natomiast pozostali uprawnieni ponoszą koszt w postaci 30% limitu. Rozporządzenie przewiduje również poszerzenie listy lekarzy uprawnionych do zlecenia refundacji na środki absorpcyjne o geriatrę.

Ustawa refundacyjna wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2012 r.; do tego czasu wszystkie akty wykonawcze powinny zostać uchwalone.

# Zabiegi z użyciem taśm w województwie lubelskim

W bieżącym numerze Kwartalnika NTM prezentujemy Państwu placówki z województwa lubelskiego, w których wykonywane są zabiegi operacyjne na nietrzymanie moczu przy użyciu taśm syntetycznych.

Według naszych statystyk obecnie na Lubelszczyźnie operacje „taśmowe” na nietrzymanie moczu przeprowadza się w 17 placówkach. Zabiegi stosowane w leczeniu NTM wykonywane są w oddziałach ginekologicznych, jak również na urologii.

Porównując bieżącą sytuację ze statystykami z 2006 roku, (kiedy po raz pierwszy prezentowaliśmy Państwu dane dotyczące operacyjnego leczenia NTM w województwie lubelskim) sytuacja uległa zmianie. Liczba placówek przeprowadzających zabiegi zmniejszyła się o dwie.

Obecnie na 83 szpitale w województwie, które dysponują 31 oddziałami ginekologicznymi oraz ginekologiczno-położniczymi i 11 oddziałami urologicznymi (źródło: [www.rejestrzoz.gov.pl](http://www.rejestrzoz.gov.pl)), 17 placówek specjalizuje się w leczeniu nietrzymania moczu metodą operacyjną.

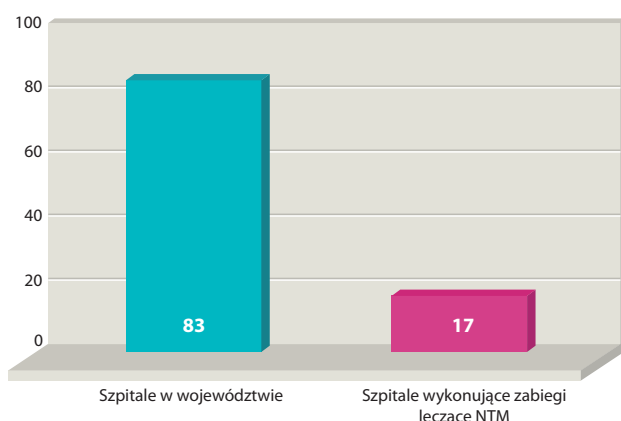
Z danych uzyskanych z Lubelskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że w 2010 roku zrefundowano łącznie 128 zabiegów leczących NTM z użyciem materiału syntetycznego, w tym w oddziałach ginekologicznych - 60 zabiegów, oddziałach ginekologiczno-położniczych - 51 zabiegów, oddziałach urologicznych - 17 zabiegów.

Prezentowane statystyki świadczą o stosunkowo wysokiej dostępności do zabiegów leczących NTM w województwie lubelskim.

Poniżej prezentujemy listę szpitali, w których można wykonać zabiegi.

KW

**Zabiegi z użyciem taśm w woj. lubelskim**



## **BIAŁA PODLASKA**

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, ul. Ertebelska 57/65 - oddział ginekologiczny, oddział urologiczny

## **CHEŁM**

2. Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, ul. Ceramiczna 1 - oddział ginekologiczny

## **HRUBIESZÓW**

3. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Piłsudskiego 11 - oddział ginekologiczno-położniczy

## **KRASNYSTAW**

4. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Sobieskiego 4B - oddział ginekologiczny, oddział urologiczny

## **LUBARTÓW**

5. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Cicha 14 - oddział urologiczny, oddział ginekologiczny (tylko operacje klasyczne)

## **LUBLIN**

6. Centrum Diagnostyczno Terapeutyczne „Pro Vivo”, ul. Jutrzenki 10/6A (bez refundacji z NFZ)
7. Okręgowy Szpital Kolejowy, ul. Kruczkowskiego 21 - oddział ginekologiczny, oddział urologiczny
8. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, ul. Staszica 16 - kliniczny oddział ginekologii onkologicznej i ginekologii
9. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, ul. Jaczewskiego 8 - Klinika Ginekologii Operacyjnej
10. Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego, ul. Biernackiego 9 - oddział ginekologiczny
11. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kard. Wyszyńskiego, Al. Kraśnicka 100 - oddział ginekologiczny, oddział urologiczny
12. Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, ul. Grenadierów 3 - oddział ginekologiczny

## **ŁUKÓW**

13. Szpital Miejski, ul. Rogalińskiego 3 - oddział położniczo-ginekologiczny

## **OPOLE LUBELSKIE**

14. Szpital Powiatowy, ul. Fabryczna 18 - oddział ginekologiczno-położniczy

## **PULAWY**

15. Szpital Specjalistyczny, ul. Bema 1 - oddział ginekologiczny, oddział urologiczny

## **ŚWIDNIK**

16. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. B. Leśmiana 4 - oddział ginekologiczno-położniczy

## **ZAMOŚĆ**

17. Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II, Al. Jana Pawła II 10 - oddział ginekologiczno-położniczy

# Badanie urodynamiczne w województwie świętokrzyskim

W najnowszym numerze prezentujemy Państwu listę pracowni urodynamicznych z województwa świętokrzyskiego.

Według zebranych danych (stan na 03.2011) w województwie świętokrzyskim pełne badanie urodynamiczne wykonują obecnie 3 placówki, w tym jedna z pracowni przeprowadza badanie urodynamiczne tylko u dzieci i młodzieży do 18 roku życia.

Biorąc pod uwagę gęstość zaludnienia w województwie (109 tys. mieszkańców) na jedną pracownię przypada 36 tys. pacjentów. Wynik ten nie jest zadowalający, w porównaniu do regionów o podobnej liczbie mieszkańców, ilość placówek wykonujących badanie urodynamiczne jest niewielka.

Porównując obecne dane ze statystykami sprzed czterech lat, (kiedy po raz pierwszy analizowaliśmy sytuację w województwie świętokrzyskim) liczba pracowni urodynamicznych nie uległa zmianie.

W następnym numerze Kwartalnika NTM zaprezentujemy Państwu listę pracowni urodynamicznych z województwa małopolskiego.

Pełny wykaz placówek wykonujących badania urodyna-

miczne na terenie całego kraju dostępny jest na stronie internetowej [www.ntm.pl](http://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](mailto:ntm@ntm.pl).

KW

## KIELCE

1. NZOZ Przychodnia Urologiczna „Uromedyk”;  
25-310 Kielce, ul. Kościuszki 11
2. Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Władysława Buszkowskiego, Poradnia Urologii z Pracownią Urodynamiki i Manometrii;  
25-381 Kielce, ul. Langiewicza 2, (badanie urodynamiczne dla dzieci oraz młodzieży do lat 18)

## CHĘCINY

3. Wojewódzki Specjalistyczny im. Św. Rafała w Czerwonej Górze, Poradnia urologiczna;  
26-060 Chęciny, ul. Czerwona Góra 10

## DOSTĘPNOŚĆ DO ZAOPATRZENIA W ŚRODKI POMOCNICZE I PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE WG DANYCH WOJEWÓDZKICH ODDZIAŁÓW NFZ - STAN NA 15.02.2011

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	-	7-9 m.	3 714 ☺	nb	-	nb	-	nb	- ☺
Kujawsko-Pomorskie	nb	-	nb	-	45 dni	675 ☺	45 dni	5 ☺	45 dni	569 ☺	45 dni	141 ☺
Lubelskie	nb	-	nb	-	nb	- ☺	nb	- ☺	nb	- ☺	nb	- ☺
Lubuskie	nb	-	nb	-	1 m.**	374 ☺	nb	-	nb	-	nb	-
Łódzkie	nb	-	nb	-	do 7 m.	4126 ☹	do 4 m.	10 ☺	0-4 m.	2357 ☹	0-4 m.	426 ☹
Małopolskie	nb	-	nb	-	6 m*	760 ☺	nb	-	3 m***	493 ☺	2 m*	221 ☺
Mazowieckie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Opolskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Podkarpackie	nb	-	nb	-	do 1 m.	229 ☺	do 2 m.	12 ☹	do 2 m.	17 ☹	do 2 m.	133 ☹
Podlaskie	nb	-	nb	-	4 m.	854 ☹	nb	-	nb	-	nb	-
Pomorskie	nb	-	nb	-	6 m.	495 ☺	nb	-	nb	- ☺	nb	- ☺
Śląskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Świętokrzyskie	nb	-	nb	-	nb	- ☺	nb	-	nb	- ☺	nb	-
Warmińsko-Mazurskie	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd
Wielkopolskie	nb	-	nb	-	1m.**	957 ☺	nb	-	1 m.**	368 ☺	1 m.**	141 ☺
Zachodniopomorskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-

nb - na bieżąco

\* dzieci - na bieżąco; \*\* dzieci, osoby czynne zawodowo - na bieżąco, \*\*\* dot. aparatów ortopedycznych na kończyny górne i dolne oraz indywidualnych przedmiotów pionizujących

☺ - poprawa sytuacji w stosunku do poprzedniego rankingu

☹ - pogorszenie sytuacji w stosunku do poprzedniego rankingu

bd - brak danych

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ



# Moje życie z NTM

Ponieważ korzystałam z pomocy Łódzkiego Oddziału Stowarzyszenia i to z bardzo dobrym skutkiem, postanowiłam wziąć udział w konkursie mimo, że nie należę do Stowarzyszenia „UroConti”. O konkursie dowiedziałam się od mamy, która w celach profilaktycznych systematycznie uczestniczy w ćwiczeniach gimnastycznych organizowanych przez Stowarzyszenie.

Mam 29 lat i rok temu urodziłam pierwsze dziecko. Rodziłam siłami natury, a poród przebiegł bez większych komplikacji. Zawsze byłam osobą aktywną fizycznie – uprawiałam aerobik, jogging, pływanie itp. Nie spodziewałam się, że moje mięśnie dna miednicy nie poradzą sobie z wysiłkiem jakim jest poród. Jednak tak się właśnie stało. Problem był na tyle poważny, że nie zawsze mogłam zdążyć do toalety, a moja bielizna starwała się wilgotna wtedy, kiedy najmniej się tego spodziewałam. Wiedziałam, że takie objawy mogą wystąpić po porodzie, jednak można je szybko zlikwidować stosując specjalne ćwiczenia.

W Internecie znalazłam informacje o zajęciach gimnastycznych prowadzonych przez Stowarzyszenie „UroConti” w Łodzi. Zdawałam sobie sprawę, że nowe obowiązki mamy nie pozwolą mi na dłuższe, systematyczne ćwiczenia w klubie, dlatego planowałam ćwiczyć sama w domu. Jednak najpierw musiałam dowiedzieć się jak poprawnie je wykonywać. Wzięłam udział w sześciu lekcjach, co wystarczyło, aby instruktorka zaakceptowała moje techniczne umiejętności wykonywania ćwiczeń. Trening mięśni dna miednicy stosowałam bardzo systematycznie przez dwa miesiące. Moje dolegliwości ustąpiły. Wróciłam do aktywności fizycznej sprzed porodu, nieco ją modyfikując. Zrezygnowałam z pewnych ćwiczeń mogących mieć negatywny wpływ na moje mięśnie dna miednicy. Nauczyłam się również aktywizować mięśnie dna miednicy (MDM) podczas innych ćwiczeń. Nadal raz w tygodniu stosuję trening MDM, ale już tylko profilaktycznie. O konieczności takich zachowań dowiedziałam się także w Stowarzyszeniu.

Urszula



Mam 56 lat. Jestem czynna zawodowo. Lubię się śmiać i cieszyć każdym dniem. Lubię ćwiczyć, pływać i tańczyć. Niestety, z powodu nietrzymania moczu muszę przez cały czas korzystać z podpasek. (wkładki higieniczne już nie wystarczają). Boję się kichnąć lub podskoczyć, bo zaraz mam mokro. W pracy biegam do toalety, aby sprawdzić czy nie trzeba zmienić fig (w torebce mam zapasowe), nieustannie zastanawiam się czy mam suche spodnie. Patrzę na znajomych czy

przypadkiem „nie zatykają” nosa będąc w moim towarzystwie. Mój „problem” z czasem zaczął się pogłębiać. Pewnego dnia za namową przyjaciółki, wybrałam się na wizytę u specjalisty – urologa.

Opowiedziałam mu o moim problemie – nietrzymaniu moczu. Zasygnalizowała, jak bardzo schorzenie to utrudnia mi życie. Pan doktor wysłuchał mnie bardzo uważnie. Po czym stwierdził, że nietrzymanie moczu to „przypadłość”, z którą należy żyć. Dodał, że może przepisać mi tabletki, jednak kuracja nie przyniesie oczekiwanych rezultatów. Zasugerował operację...

Zapytałam, czy zna inne metody leczenia tej choroby. Milczał.

– Może ćwiczenia, rehabilitacja – nie odpuszczałam (słyszałam o nich od mojej przyjaciółki). Zmarszczył

nos.

– Czy słyszał Pan może o Stowarzyszeniu Osób z NTM?

– Nie – odpowiedział

W ten sposób zakończyła się moja wizyta u „specjalisty”. Z żalem muszę przyznać, że przyjaciółka, działając a w Stowarzyszeniu „UroConti”, powiedziała mi więcej o przyczynach i sposobach leczenia nietrzymania moczu niż „specjalista”.

Barbarella

Listy zostały opublikowane z drobnymi zmianami i skrótami redakcji.

Powyższe listy zostały zgłoszone do konkursu pt. „Moje życie z NTM”, zorganizowanego przez Program Prospołeczny „NTM – Normalnie Żyć” i Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”

# Chcesz otrzymywać wszystkie numery **Kwartalnika NTM**?

## **Zamów roczną prenumeratę** (4 kolejne numery)

### KWARTALNIK



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

Nr rachunku odbiorcy  
**20 1140 2017 0000 4902 0451 3842**

kwota  
**38.00**

Dowód pokwitowania dla odbiorcy

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	<b>STUDIO PR</b>	
nazwa odbiorcy cd.		
UL. CIOŁKA 13, 01-445 WARSZAWA		
I.k.	nr rachunku odbiorcy	
<b>20</b>	<b>114020170000490204513842</b>	
W P L N		<b>38,00</b>
nr rachunku zleciłodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)		
nazwa zleciłodawcy		
nazwa zleciłodawcy cd.		
tytułem		
<b>krajowa prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“</b>		
tytułem cd.		
pieczęć, data i podpis(y) zleciłodawcy		
Oplata:		

## **RADA NAUKOWA DS. PROBLEMU NTM**



**Prof. dr hab. n. med.**  
**Włodzimierz Baranowski**

Kierownik Kliniki  
Ginekologii i Ginekologii  
Onkologicznej Centralnego  
Szpitala Klinicznego MON  
Wojskowego Instytutu  
Medycznego



**Prof. dr hab. n. med.**  
**Andrzej Borkowski**

Kierownik Katedry  
i Kliniki Urologii  
Ogólnej, Onkologicznej  
i Czynnościowej  
Warszawskiego  
Uniwersytetu Medycznego



**Prof. dr hab. n. med.**  
**Piotr Radziszewski**

Katedra i Klinika Urologii  
Ogólnej, Onkologicznej  
i Czynnościowej  
Warszawskiego  
Uniwersytetu Medycznego



**Prof. dr hab. n. med.**  
**Tomasz Rechberger**

Kierownik II Katedry  
i Kliniki Ginekologii  
Uniwersytetu Medycznego  
w Lublinie

### **KONSULTANT MEDYCZNY**

**dr n. med.**  
**Piotr Dobroński**

Oddział Urologii Szpitala  
Bielńskiego w Warszawie



### **INFOLINIA 0 801 800 038**

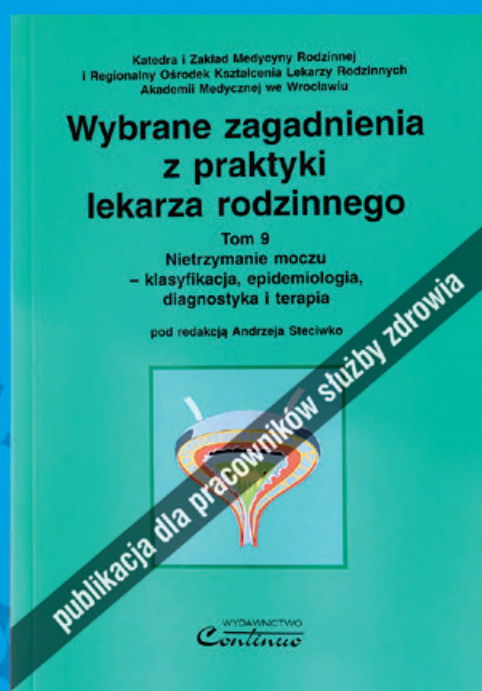
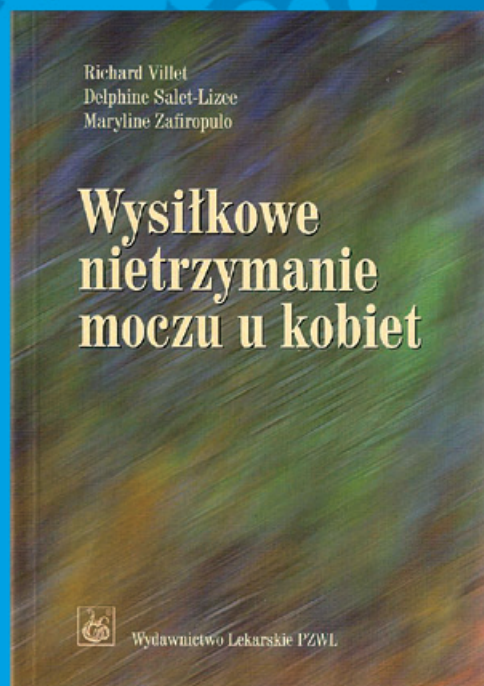
Od 3 lutego 2003 r. działa ogólnopolska infolinia  
0 801 800 038, pod którą wszyscy zainteresowani mogą  
uzyskać informacje na temat problemu nietrzymania  
moczu.

Telefon jest czynny w dni powszednie w godz. 9.00-17.00.  
Całkowity koszt połączenia wynosi 0,29 zł plus VAT.



# Chcesz wiedzieć więcej?

Już teraz zamów najpopularniejsze publikacje o NTM  
Książki można zamówić drogą elektroniczną lub telefonicznie



Szczegóły na stronie [www.ntm.pl](http://www.ntm.pl)  
oraz pod numerem infolinii 0 801 800 038

**Atrakcyjne ceny!**