

Refundacja

Ministerstwo Zdrowia szykuje zmiany



- **Poród przyczyną NTM**
- **Koszty zaopatrzenia w środki chłonne**
- **Pracownie urodynamiczne w woj. małopolskim**

Zdrowotne priorytety polskiej prezydencji



Zwyczajem państw przejmujących prezydencję w Unii Europejskiej jest przedstawienie listy priorytetów, które dany kraj w półrocznym okresie kadencji powinien zrealizować. Dotyczy to również priorytetów na poziomie poszczególnych ministerstw, także Ministerstwa Zdrowia.

Ewa Kopacz skoncentrowała się na dwóch zagadnieniach. Dotyczą one zmniejszania różnic w stanie zdrowia społeczeństw Europy oraz zapobiegania neurodegeneracyjnym chorobom mózgu, w tym chorobie Alzheimera.

Problematyka zmniejszania różnic w zdrowiu naszych społeczeństw brzmi na tle drugiego tematu bardzo ogólnikowo. Z pewnością jest to jednak istotny problem naszego kontynentu. W ramach zmniejszania różnic w zdrowiu między państwami członkowskimi UE Polska chce w szczególności sposób zająć się – między innymi – zagadnieniami właściwego odżywiania się i aktywności fizycznej. Gdy mówimy o profilaktyce NTM lub też o redukcji tej dolegliwości, sprawa aktywności fizycznej jest niebagatelna.

Każda świadoma swojej dolegliwości osoba z NTM zdaje sobie sprawę, jak ważne są mięśnie dna miednicy. Tak jak inne mięśnie, również i te bez systematycznych ćwiczeń, używania tracą swój młodzieńczy wigor, co może doprowadzić do NTM. Istnieją w Unii Europejskiej kraje, które już zauważyły ten problem. Takim przykładem jest Szwecja, gdzie profilaktyka, polegająca na ćwiczeniu mięśni Kegla, od wielu lat jest refundowana. Nikt nie przeciwstawia sobie

leków, operacji, pieluch oraz innych form eliminowania lub też ograniczania NTM. W Szwecji podejście jest kompleksowe, a pacjentowi zostawia się szeroki wybór narzędzi do leczenia i profilaktyki nieutrzymywania moczu.

Uczestnicząc w ogólnopolskiej konferencji stowarzyszenia UroConti, która miała miejsce w czerwcu w Ministerstwie Zdrowia, zastanawiałem się, na którym miejscu w Europie moglibyśmy się znaleźć. Z jednej strony w ramach prezydencji chcemy chwalić się wielkimi i drogimi programami dot. zapobiegania i leczenia zaburzeń komunikacyjnych (kolejna kwestia, którą Polska chce zająć się w ramach zmniejszania różnic), firmowanymi ciągle przez jednego, ulubionego przez naszych polityków lekarza, a z drugiej – Polski nie stać na to, aby w wystarczającym stopniu refundować aparaty słuchowe, nie wspominając już o coraz dłuższych kolejkach oczekujących na te produkty.

Prawda jest brutalna: Polskę stać na wiele bardzo drogich urządzeń i programów terapeutycznych, ale nie stać na zapewnienie swoim obywatelom podstawowego poziomu wsparcia. Z nieukrywanym zawstydzeniem słuchałem wystąpienia przedstawiciela Czech, który pokazywał, że tuż za naszą granicą można refundować nie 60, ale 150 pieluch miesięcznie z o wiele wyższymi limitami cenowymi. Niestety, w obszarze zdrowia nie tylko nie jesteśmy w czołówce, ale już dawno odpadliśmy z peletonu.

Tomasz Michałek

CZŁOWIEK JEST ODPOWIEDZIALNY NIE TYLKO ZA UCZUCIA, KTÓRE MA DLA INNYCH, ALE I ZA TE, KTÓRE W INNYCH BUDZI.

ks. kard. Stefan Wyszyński

No właśnie – o tym, jakie uczucia do pacjentów ma Ministerstwo Zdrowia i jakie ono samo w nich budzi, długo by pisać. Jesteśmy w Europie, powinniśmy mieć równy dostęp do wszystkich świadczeń oraz możliwość leczenia się w Polsce na tym samym poziomie, co w Niemczech, Holandii czy Hiszpanii. A tymczasem...

Tymczasem mamy całą masę paradoksów, budzących w nas co najmniej uczucie zadziwienia.

Paradoks pierwszy:

Neuromodulacja mikcji w pęcherzu nadreaktywnym. Technika dostępna w Unii Europejskiej od ponad 20 lat. Pamiętam, jak będąc jeszcze studentem medycyny, widziałem pierwsze takie zabiegi wykonywane w klinice urologii w Niemczech. Potem, będąc już urologiem, wielokrotnie czyniłem starania o wprowadzenie tej technologii do Polski. W tym czasie wielu pacjentów z naszego kraju otrzymało zgodę na zabieg poza Polską. Wreszcie metoda ta dotarła i do nas, ale pojawił się też problem – zabieg nie jest umieszczony w koszyku świadczeń gwarantowanych i nie może być wykonywany nawet za zgodą NFZ. Efekt: pacjenci nadal składają wnioski o refundację zabiegu za granicą (koszt 3-krotnie wyższy niż w Polsce). Oczywiście czynione są starania o wpisanie neuromodulacji mikcji na listę procedur refundowanych przez Fundusz, ale czas mija.

Paradoks drugi:

Leki antycholinergiczne od lat są uznanym sposobem leczenia pęche-

rza nadreaktywnego. Wiadomo, że pęcherz nadreaktywny jest rozpoznaniem objawowym, nie urodynamicznym. Wiadomo, że upośledza jakość życia bardziej niż cukrzyca czy depresja. Wiadomo, że w przypadku nadreaktywności na tle neurogennym (uraz rdzenia, stwardnienie rozsiane, przepuklina oponowo-rdzeniowa) leki antycholinergiczne muszą być stosowane przez pacjentów przez całe życie, aby nie dopuścić do uszkodzenia i – w konsekwencji – niewydolności nerek. Tymczasem w Polsce refunduje się jeden lek antycholinergiczny (najstarszy) tylko we wskazaniu: stwardnienie rozsiane, a drugi lek (drugiej generacji) – tylko po wykonaniu badania urodynamicznego (którego koszt jest zresztą wyższy niż roczna terapia lekiem). Leki nowszych generacji nie są refundowane.

Paradoks trzeci:

Pacjenci z ciężkim NTM, obłożnie chorzy, w stanie terminalnym są często poza zasięgiem metod leczniczych. Dla nich najlepszym rozwiązaniem jest stosowanie środków pochłaniających mocz. Poprawia to komfort życia, zmniejsza ryzyko infekcji dróg moczowych i odleżyn. Terapia odleżyn to koszt małego samochodu. Tymczasem nadal obowiązują irracjonalne limity na środki wchłaniające. Sprawia to, że pacjenci muszą sobie „jakoś” radzić – albo wydawać więcej pieniędzy, albo stosować zabezpieczenia „domowe”. Pojawiają się infekcje i odleżyny, których leczenie kosztuje znacznie więcej, niż kosztowałyby refundacja – na właściwym poziomie – środków wchłaniających. Mam nadzieję, że polska prezydencja w Unii Europejskiej przyczyni się do wyrównania poziomu opieki nad pacjentami. Mam nadzieję, że znikną paradoksy; że uczucia, które budzi w pacjentach zetknięcie się z regulacjami Ministerstwa Zdrowia i NFZ, będą wyłącznie pozytywne.

Prof. Piotr Radziszewski

SPIS TREŚCI

LECZENIE NTM

Poród jako przyczyna NTM.....	4-6
Wywiad punktem wyjścia w diagnostyce i leczeniu NTM.....	7
Wieloletnie doświadczenia w leczeniu NTM.....	8

WYWIAD

Podróż po zdrowie - wywiad z prof. Andrzejem Borkowskim.....	9
--	---

PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

Ministerstwo Zdrowia szykuje zmiany.....	10-11
Rzeczywiste koszty zaopatrzenia w środki wchłaniające.....	12-13
Warmińsko-mazurskie: kontrowersje wokół zaopatrzenia dla niepełnosprawnych.....	13-14

REHABILITACJA

Rola rehabilitacji w profilaktyce i terapii NTM, cz. II - kinezyterapia.....	15-16
--	-------

NTM PROBLEM SPOŁECZNY

Terapia odleżyn = mały samochód.....	16-17
--------------------------------------	-------

ORGANIZACJE

Stowarzyszenie im. Doktora Edmunda Wojtyły w Wadowicach.....	18-19
Utrudnienia w Małopolsce.....	19

ZABIEGI LECZĄCE NTM

Operacje z użyciem taśm w woj. łódzkim.....	20
Pracownie urodynamiczne.....	21
Dostęp do zaopatrzenia.....	21

STRONA PACJENTA..... 22

Redaktor naczelny: Tomasz Michalek; **Redaktor wydania:** Anna Sulka;
Sekretarz redakcji: Karolina Ciepiela;
Komitet redakcyjny: prof. dr hab. n. med. Piotr Radziszewski - Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, dr n. med. Piotr Dobroński - Oddział Urologii Szpitala Bielańskiego w Warszawie;
Zespół redakcyjny: Nina Juszczyżyn-Różycka, Magdalena Kowalewska, Natalia Łyczko, Magdalena Potoczek, Kinga Suwała, Katarzyna Walewska;
Komentatorzy: Józef Góralczyk, Elżbieta Szwałkiewicz, Grażyna Śmiarowska;
Korekta: Natalia Łyczko, Marzena Michalek; **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.

Wybory parlamentarne za pasem. Partie polityczne zwierają szyki i zwracają się w stronę przeciętnego obywatela - zapowiada się ostra walka o sympatię wyborców. Kwestie do tej pory niezauważane i spychane na margines debaty publicznej stają się ważne i priorytetowe. Politycy licytują się w pomysłach dotyczących spreadów, kolei czy służby zdrowia z nadzieją, że przysporzy im to zwolenników. Po raz kolejny usłyszemy wzniosłe słowa o solidarności z niepełnosprawnymi, potrzebie tolerancji i wyrównywaniu szans.

Czy jednak możemy liczyć na realne zmiany w postaci usunięcia barier komunikacyjnych, architektonicznych czy w dostępie do edukacji? Zobaczmy.

Tymczasem bacznie śledzimy poczynania resortu zdrowia w sprawie nowelizacji rozporządzenia dotyczącego refundacji przedmiotów i środków pomocniczych. Minister Ewa Kopacz powołała specjalny zespół do opracowania założeń merytorycznych, które staną się podstawą dla zmian legislacyjnych w tym zakresie. W skład zespołu wejdą nie tylko urzędnicy, ale także wybitni specjaliści w dziedzinie zaopatrzenia. Na łamach 37. nr. Kwartalnika NTM mogą Państwo zapoznać się z propozycjami dr Elżbiety Szwałkiewicz, konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, odnoszącymi się do klasyfikacji oraz zasad refundacji środków absorpcyjnych wydawanych na zlecenie osoby uprawnionej. Postulaty te mogą stać się podstawą nowelizacji przepisów regulujących refundację środków wchłaniających.

Kolejnym pozytywnym akcentem jest uwzględnienie w projekcie listy leków refundowanych drugiego preparatu stosowanego w leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego. Informacja ta ucieszyła wiele osób, które cierpią z powodu tej przykłej dolegliwości, niemniej fakt, że w wykazie chorób oraz leków i wyrobów medycznych nadal figuruje jednostka chorobowa: zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym, jest dla wielu pacjentów nie do przyjęcia. Eksperti również zajęli stanowisko w tej sprawie, o czym mogą Państwo przeczytać w artykule prof. Tomasza Rechbergera oraz dr. Konrada Futymy - Wywiad punktem wyjścia w diagnostyce i leczeniu NTM.

Na łamach 37. nr. Kwartalnika NTM poruszamy również kwestie związane z utrudnieniami, na które napotykają osoby cierpiące na nietrzymanie moczu. Zwracamy uwagę na utrudnienia w dostępie do zaopatrzenia pomocniczego w Małopolsce, na Warmii i Mazurach. Nina Juszczyżyn-Różycka pochyla się nad rzeczywistymi kosztami, jakie ponoszą osoby zaopatrujące się w środki wchłaniające. Publikujemy również wykaz kolejek po zaopatrzenie ortopedyczne i pomocnicze w poszczególnych województwach.

Anna Sulka

Poród jako przyczyna NTM

dr n. med. Edyta Wlazlak, dr n. med. Grzegorz Surkont

Klinika Ginekologii Operacyjnej i Onkologicznej,

I Katedra Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego Łodzi WSSz im. M. Madurowicza

Trzymanie moczu jest skomplikowanym procesem, zależnym od wielu czynników. Zaburzenia pracy i budowy centralnego układu nerwowego, nerwów obwodowych, tkanek podporowych, mięśni dna miednicy mniejszej, pęcherza moczowego i cewki moczowej czy niedobory hormonalne prowadzą do wielu dolegliwości uroginekologicznych, między innymi nietrzymania moczu (NTM) oraz wypadania pochwy/macicy, czyli zaburzeń statyki narządu płciowego (ang. POP - pelvic organ prolapse).

Uwarunkowania genetyczne oraz ciąża stanowią istotne czynniki w etiologii powstawania zaburzeń czynności przepony moczowo-płciowej. Ciąża powoduje hormonalne i mechaniczne zmiany w tkankach dna miednicy. Prawdopodobnie czynniki te są odpowiedzialne za pojawienie się nietrzymania moczu podczas ciąży u kobiet z genetycznymi predyspozycjami do tej przypadłości. Przebycie ciąży i porodu przyczynia się do licznych następstw w organizmie kobiety. Zaznaczają się one już w ciąży, jednak bardziej zauważalne stają się dla pacjentek bezpośrednio po porodzie oraz w czasie późniejszym. Mogą mieć charakter okresowy (zazwyczaj wynikający ze zmian czynnościowych) lub też trwały (wynikający ze zmian narządowych).

Dolegliwości związane z dolnym odcinkiem układu moczowego często występują w czasie w ciąży. Dotyczy to przede wszystkim częstomoczu i nokturii (oddawania

moczu w nocy) oraz nietrzymania moczu. NTM występuje u 15-65% kobiet w ciąży.

Poród fizjologiczny czasami doprowadza do uszkodzeń anatomicznych struktur dna miednicy, które w konsekwencji prowadzą do chorób uroginekologicznych.



Do najczęstszych z nich należą: wysiłkowe nietrzymanie moczu oraz pogorszenie podparcia narządów miednicy mniejszej. Manifestują się one - zarówno w krótkim czasie, jak i po wielu latach od porodu - częściowym lub całkowitym wypadaniem pochwy oraz macicy (zaburzenia statyki narządu płciowego, ang. POP - pelvic organ prolapse).

Obecnie trwają intensywne badania nad wpływem ciąży i porodu na pojawienie się dolegliwości uroginekologicznych. Wyniki powinny pozwolić na opracowanie odpowiedniej profilaktyki oraz określenie, u których grup pacjentek należy zastosować poszczególne jej metody. Istnieje szansa, że w ciągu kilku lat będziemy wiedzieć,

u których pacjentek powinno zostać zaplanowane cesarskie cięcie, by w przyszłości uniknąć dolegliwości uroginekologicznych.

Na dzień dzisiejszy znane są następujące czynniki ryzyka wystąpienia wysiłkowego nietrzymania moczu związane z ciążą i porodem:

- urazy struktur dna miednicy,
- czynniki genetyczne,

- ciąża donoszona,
- pierwszy poród drogami natury, zwłaszcza po 30. roku życia,
- wysoka rodność,
- stały ucisk części przodującej pod koniec ciąży i w trakcie porodu,
- nieprawidłowe wstawianie się główki podczas porodu,
- przedłużony drugi okres porodu prowadzący do uszkodzenia nerwu sromowego (zmiany unerwienia dna miednicy mogą utrzymywać się przez wiele lat od przebycia porodu),
- użycie kleszczy lub próżniociągu podczas porodu,
- poród drogami natury w przypadku dużego płodu (wg niektórych badaczy masa płodu nie ma większego znaczenia),
- występowanie niewspółmierności główkowo-miednicowej jako powodu wykonania cięcia cesarskiego,
- przedłużony drugi okres porodu, uszkodzenie nerwu sromowego podczas porodu (wydłużenie II okresu porodu wywiera negatywny wpływ na nerw sromowy, a zmiany unerwienia dna miednicy utrzymują się przez wiele lat od przebycia porodu),
- za głębokie nacięcie krocza oraz okołoporodowe pęknięcie krocza (uszkodzenie zwieracza zewnętrznego odbytu może dodatkowo doprowadzić do nietrzymania gazów lub/i stolca),
- poród po 42. tygodniu ciąży,
- wysokie BMI ciężarnej,
- według niektórych autorów zastosowanie znieczulenia zewnątrzoponowego oraz wspomaganie skurczów za pomocą oksytocyny.

Badania sugerują, że genetycznie uwarunkowane nieprawidłowości w zakresie budowy kolagenu znajdującego się w obrębie przepony moczowo-płciowej mogą mieć istotne znaczenie w etiopatogenezie schorzeń uroginekologicznych. Wydaje się, że nieprawidłowości dotyczą między innymi podtypów włókien kolagenowych. Inne zaburzenia związane są z procesami metabolicznymi zachodzącymi w strukturach mięśni przepony moczowo-płciowej. Według jednej z teorii, pacjentki z tzw. „słabymi tkankami”, czyli defektami kolagenu (I) w obrębie tkanek dna miednicy, mają w konsekwencji ciąży dolegliwości uroginekologiczne. U nich cięcie cesarskie nie miałoby znaczenia ochronnego. Ta teoria zakłada, że u kobiet bez defektów kolagenu, czyli z „mocnymi tkankami”, rodzących drogami natury, dochodzi do uszkodzeń. Jeżeli tak jest, wykrycie tej grupy pacjentek pozwoliłoby w przyszłości

na profilaktyczne wykonywanie cięcia cesarskiego z powodów uroginekologicznych. Cięcie cesarskie ma ochronny wpływ tylko u niewielkiej liczby kobiet; niektóre badania wskazują, że jest to maksymalnie 10% rodzących. To „ochronne” działanie dotyczy cięcia cesarskiego wykonywanego bez rozpoczętego porodu (tak zwane cięcie elektywne), ponieważ już początkowe etapy porodu fizjologicznego mogą u części kobiet doprowadzić do istotnych uszkodzeń.

Wpływ porodu pochwowego na organizm matki jest trudny do oceny, choćby ze względu na odległość czasową między ekspozycją na szkodliwy czynnik a momentem ujawnienia się objawów. Niestety nadal, mimo licznych badań, nie udało się znaleźć klucza do ujednolicenia metody identyfikacji pacjentek szczególnie zagrożonych poporodowym uszkodzeniem dna miednicy. W czasie porodu mięśnie zmuszone są do znacznego rozciągnięcia, co jest zrozumiałe, jeśli weźmie się pod uwagę fakt, iż główka w czasie porodu jest około 4 razy większa niż średnica rozworu moczowo-płciowego (otwór w mięśniach i więzadłach, przez który przechodzi główka). Sytuacja ta sprawia, iż poszczególne włókna mogą być rozerwane, co w przyszłości może stanowić podłoże różnych dolegliwości uroginekologicznych. Na szczęście u większości rodzących nie dochodzi do istotnych uszkodzeń.

Rortveit w swoich badaniach na około 15 000 kobiet wykazał, iż częstość nietrzymania moczu u kobiet może być powiązana z ciążą oraz wyborem metody jej zakończenia. Wśród analizowanych przez niego pacjentek częstość NTM u nieródek wynosiła około 10%. U kobiet, które były w ciąży i urodziły drogą cięcia cesarskiego, wzrastała do 15,8%, zaś u pacjentek, które urodziły drogami natury, ryzyko nietrzymania moczu było jeszcze wyższe i wynosiło 24,2%.

WIĘKSZOŚĆ KOBIEŃ TRAKUJE PRZYROST MASY CIAŁA O 20-25 KG JAKO NORMĘ W CIĄŻY, JEDNAK JEJ NADMIERNY PRZYROST STANOWI PRAWDOPODOBNIENIE JEDEN Z PODSTAWOWYCH CZYNNIKÓW WYWOŁUJĄCYCH NTM

Jednocześnie wykazano, iż sposób porodu nie ma wpływu na częstość występowania nietrzymania moczu u kobiet po 50. roku życia. Ryzyko w tej grupie wiekowej wynosi około 30% bez względu na

sposób ukończenia ciąży i utrzymuje się na stałym poziomie. Przebieg porodu ma jednak wpływ na objawy NTM u kobiet młodszych.

Bardzo duża liczba badań potwierdziła istotny wpływ porodu na pogorszenie podparcia narządów miednicy po porodzie pochwowym u wielu kobiet, co jest związane ze zmianami w mięśniach dna miednicy. Dietz

w swoich badaniach doszukiwał się powodów występującego po porodzie obniżania się narządów miednicy mniejszej. Jako jedną z możliwych przyczyn wskazuje on niewydolność mięśnia dźwigacza odbytu, spowodowaną uszkodzeniem nerwu sromowego podczas zstępowania główki dziecka. Jednocześnie podaje on, iż sama ciąża u wielu kobiet może sprzyjać obniżeniom pochwy i macicy. Większość kobiet traktuje przyrost masy ciała o 20-25 kg



jako normę w ciąży, jednak jej nadmierny przyrost (powyżej 10-15 kg) stanowi prawdopodobnie jeden z podstawowych czynników wywołujących nietrzymanie moczu w ciąży i po porodzie. Odpowiednia dieta w czasie ciąży (maksymalny przyrost masy 8-10 kg) oraz w okresie poporodowym może uchronić wiele ciężarnych przed dolegliwościami uroginekologicznymi.

U licznej grupy kobiet około 40. roku życia stwierdzono występowanie bezobjawowego obniżenia narządu rodowego (POP). Stopniowo nasilające się objawy powodują, że wiele kobiet między 50. a 60. rokiem życia decyduje się na podjęcie leczenia. Czasami nawet niewielkie wypadnięcie narządu rodowego może wywoływać duży dyskomfort. Dlatego stosowanie działań profilaktycznych u kobiet z NTM występującym w ciąży i po porodzie oraz

z bezobjawowym obniżeniem wydają się uzasadnione.

W związku z niemałym odsetkiem występowania wysiłkowego nietrzymania moczu w czasie ciąży i po porodzie wskazane jest podjęcie działań zmierzających do upowszechnienia stosowania ćwiczeń Kegla. Badania potwierdzają, iż wzmacnianie mięśni dna miednicy przed porodem i „od razu” po porodzie jest przydatne w profilaktyce i leczeniu schorzeń uroginekologicznych.

Kolejnym sposobem profilaktyki nietrzymania moczu i zaburzeń statyki, który może być stosowany u kobiet z objawami uroginekologicznymi oraz obniżeniami występującymi bezobjawowo jest pessaroterapia. Pessary to metoda leczenia zaburzeń statyki znana od wieków; podobno ich pierwowzór stosowała Kleopatra. Na przestrzeni ostatnich lat powstały nowe rodzaje pessarów, w związku z czym obecnie istnieje możliwość dopasowania ich do potrzeb prawie każdej pacjentki. Dysponujemy różnymi rodzajami i rozmiarami pessarów. Specjalny silikon, stosowany przez niektóre firmy, zmniejszył niedogodności związane z ich zakładaniem i poprawił tolerancję terapii. Obecnie większość pacjentek jest instruowana o możliwości stosowania pessarów jedynie w sytuacjach, gdy istnieją wskazania do ich użycia. Czasami pessary zakładane są na kilka godzin, np. podczas sportu czy tańca, wiele kobiet zakłada je rano i wyjmuje wieczorem. Aby uchronić się przed odleżynami i upławami, należy unikać noszenia ich bez przerwy - przez wiele dni.

Brytyjskie analizy 5-letniego stosowania pessarów do leczenia zaburzeń statyki narządu płciowego (POP) wskazują, że stosowanie ich przez taki okres czasu jest bezpieczne i skutecznie likwiduje objawy wypadania pochwy i macicy, przywraca funkcje pęcherza i jelit, satysfakcję seksualną oraz poprawia jakość życia. Porównanie - po 1 roku - efektów operacyjnego leczenia POP oraz stosowania pessarów nie wykazało większych różnic pomiędzy obiema metodami. Żadna pacjentka nie zgłaszała braku efektu lub pogorszenia objawów podczas pessaroterapii.

W XXI wieku terapia zachowawcza dolegliwości uroginekologicznych nadal jest atrakcyjną i skuteczną formą leczenia dla wielu kobiet. Pozostałym pacjentkom uroginekologów mogą zaoferować wysoce skuteczne i obarczone małym ryzykiem powikłań zabiegi operacyjne.

Większość kobiet nie posiada wiedzy na temat negatywnego wpływu ciąży i porodu na dysfunkcje w obrębie przepony moczowo-płciowej - chociażby na powiększenie rozmiarów pochwy, nietrzymanie moczu, gazów i stolca.

Wywiad punktem wyjścia w diagnostyce i leczeniu NTM

prof. dr hab. n. med. Tomasz Rechberger

dr n. med. Konrad Futyma

II Katedra i Klinika Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Współczesna medycyna ma do dyspozycji całą gamę dodatkowych badań specjalistycznych, które z jednej strony ułatwiają postawienie właściwej diagnozy, z drugiej zaś - znacząco zwiększają koszty leczenia. Potrzebne jest zatem wycucie i umiejętne prowadzenie rozmowy z pacjentem, ponieważ precyzyjny wywiad chorobowy pozwala często na postawienie właściwej diagnozy bez potrzeby wykonywania szeregu badań dodatkowych i opóźnienia wdrożenia właściwego leczenia. Zasada ta powinna również obowiązywać w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym w przypadku szeroko rozumianego nietrzymania moczu. Jest to niejednorodna jednostka chorobowa, która sprawia lekarzom dużo problemów z postawieniem prawidłowego rozpoznania. Często ze względu na zróżnicowane objawy i nieumiejętnie zebrany wywiad stosuje się niewłaściwe leczenie, które jest nieskuteczne i w wielu przypadkach zniechęca pacjentów do dalszego poszukiwania odpowiedniej terapii.

W związku z tym, że nietrzymanie moczu i pęcherz nadreaktywny dotyczą coraz większej liczby osób oraz powodują znaczne obniżenie jakości życia, należy zwrócić uwagę na prawidłowe i rzetelne stawianie prawidłowej diagnozy. Dowodem na to, jak ważny jest to problem społeczny, niech będzie fakt, że pod koniec 2010 r. Ministerstwo Zdrowia opublikowało nowy wykaz chorób, który zawiera m. in. „zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym”. Po przeprowadzeniu badania urodynamicznego i rozpoznaniu OAB pacjenci będą uprawnieni do nabywania preparatów zawierających tolterodynę po znacznie niższych cenach. Według Ministerstwa koszt refundacji wyniesie około 5 mln zł rocznie. Trudno powiedzieć, czy w tę kwotę wliczono koszt badań urodynamicznych, które zostaną wykonane niepotrzebnie i na wyrost. Według wytycznych i najnowszych publikacji opracowanych przez polskich i zagranicznych ekspertów zajmujących się problemem diagnostyki i leczenia NTM, badanie urodynamiczne nie jest zalecane do postawienia diagnozy pęcherza nadreaktywnego. Badanie urodynamiczne nie stanowi złotego standardu w diagnostyce pęcherza nadreaktywnego, a wręcz jest przeciwwskazane ze względu na swój inwazyjny charakter. Do postawienia

właściwego rozpoznania wystarczy jedynie prawidłowo zebrany wywiad, zawierający pytania o nokturie, obecność parć nagłych, częstotliwość mikcji oraz stosowane leki i przebyte zabiegi operacyjne w obrębie dróg moczowych. Ma to na celu ewentualne wykluczenie „pozapęcherzowych” przyczyn objawów pęcherza nadreaktywnego, m.in. moczówki prostej, nadciśnienia tętniczego czy podpęcherzowej przeszkody w odpływie moczu. Dodatkowo należy zlecić wykonanie analizy moczu w celu wykluczenia infekcji dróg moczowych. Aby ułatwić postawienie diagnozy, można wspomóc się dzienniczkiem mikcyjnym, w którym pacjenci powinni zaznaczać godzinę i objętość mikcji oraz ilość przyjętych płynów. Tak prowadzony - przez trzy kolejne dni - dzienniczek powinien być wystarczającym „narzędziem diagnostycznym”



do postawienia rozpoznania pęcherza nadreaktywnego. Po wstępnym ustaleniu rozpoznania pęcherza nadreaktywnego ostatecznym potwierdzeniem właściwie postawionej diagnozy będzie ustąpienie objawów po zastosowaniu leków antycholinergicznym.

Podsumowując, bardzo cieszy fakt, że pacjenci cierpiący na chorobę przewlekłą, jaką niewątpliwie jest pęcherz nadreaktywny, mają ułatwiony dostęp do leków refundowanych, jednak należy się zastanowić, czy warto bez potrzeby zwiększać koszty diagnostyki, czy może zwiększyć liczbę dostępnych leków refundowanych? Koszty będą przecież podobne.

Piśmiennictwo u autorów

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Rafała w Czerwonej Górze, Oddział Urologiczny

Wieloletnie doświadczenia w leczeniu NTM

Kinga Suwała

Kolejna odsłona cyklu prezentującego placówki ginekologiczne i urologiczne specjalizujące się w leczeniu NTM poświęcona jest Oddziałowi VII Urologicznemu, wchodzącemu w skład Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze, niedaleko Kielc.

Ordynatorem Oddziału Urologicznego jest dr n. med. Mieczysław Gałęzia, który sprawuje tę funkcję od 1998 r., stanowisko zastępcy ordynatora pełni dr n. med. Arkadiusz Zapała. Ponadto, kadrę dopełniają: dr n. med. Lech Sobąński, lek. med. Tomasz Leksowski ze specjalizacją urologiczną oraz czterech asystentów.

Liczący 40 łóżek oddział znajduje się w głównym budynku szpitala, dysponuje własnymi salami: operacyjną, pooperacyjną, zabiegów opatrunkowych oraz badań diagnostycznych, gabinetem badań USG oraz salą badań urodynamicznych. Oddział wykonuje diagnostykę laboratoryjną w pełnym zakresie, prowadzi diagnostykę obrazową (w tym ultrasonografię przepływową i przezodbytniczą oraz standardowe badania rentgenowskie), wykonuje badania endoskopowe dolnych i górnych dróg moczowych, a ponadto: badania urodynamiczne, tomografię komputerową, nuklearny rezonans magnetyczny oraz scyntyografię radioizotopową. W ramach leczenia chirurgicznego Oddział VII Urologiczny oferuje kompletny zakres operacji na nerkach, moczowodach, pęcherzu moczowym i cewce moczowej; zabiegi chirurgii onkologicznej, w tym m.in. radykalną i organooszczędą chirurgię nerki; endourologię - zabiegi w obrębie dolnych dróg moczowych (TUR-BT, TUR-P oraz minimalnie inwazyjne metody przeczekowego leczenia BPH) oraz górnych (URSL, PCNL); a także laparoskopową chirurgię urologiczną.

W operacjach wysiłkowego NTM u kobiet Oddział VII Urologiczny specjalizuje się już od kilku lat. Dzięki nowoczesnie wyposażonej sali badań urodynamicznych, pacjentki mogą liczyć na pełną diagnostykę zaburzeń w oddawaniu moczu.

Pacjentki z NTM mogą zasięgnąć porady zarówno w szpitalu jak i w poradni, gdzie przeprowadzany jest szczegóło-

wy wywiad uwzględniający m.in. wiek, ogólny stan zdrowia czy predyspozycje do zalecanych ćwiczeń, które mogą częściowo zniwelować problem.

Na nasz oddział trafiają przeważnie pacjenci skierowani z przychodni urologicznych i gabinetów ginekologicznych - wyjaśnia w rozmowie z Kwartalnikiem NTM ordynator dr Mieczysław Gałęzia - w tej chwili na badanie urodynamiczne, dzięki któremu stwierdzimy jakie leczenie zastosować, czeka się około 6 tygodni. I dodaje - U większości pacjentek wystarcza kuracja farmakologiczna, pozostałe poddawane są głównie operacjom TOT, czyli zakładaniu taśmy polipropylenowej pod cewką moczową. Jest to znacz-

nie bezpieczniejszy zabieg, niż klasyczne operacje typu MMK, od których już odeszliśmy, w tym przypadku w zasadzie nie występują powikłania i nie ma możliwości uszkodzenia pęcherza. Zabieg przeprowadzamy w znieczuleniu podawanym do kręgosłupa, unikamy operowania przy znieczuleniu miejscowym. Po takim zabiegu pacjentki przebywają w szpitalu jeszcze około 2-3 dni - tłumaczy dr Gałęzia. W ciągu roku na naszym oddziale przeprowadzamy szacunkowo 50 operacji - mówi. Zastępca ordynatora dr Arkadiusz Zapała dodaje: Leczenie farmakologiczne dobrane indywidualnie do każdej pacjentki stosowane jest zazwyczaj w przypadku pęcherza nadreaktywnego, wykorzystujemy leki nowej

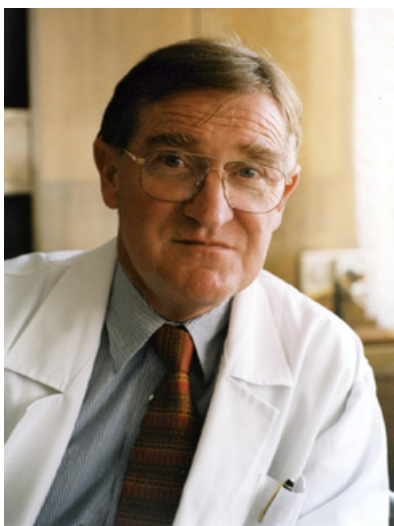
generacji, nie powodujące żadnych powikłań czy chociażby skutków ubocznych, jak suchość w jamie ustnej.

Klinika cały czas się rozwija, w przyszłości planowany jest zakup jeszcze nowocześniejszego sprzętu i stosowanie innowacyjnych metod.

Przy Oddziale Urologii zostało powołane Stowarzyszenie Na Rzecz Urologii Szpitala w Czerwonej Górze. Jego celem jest, jak głosi informacja na stronie internetowej oddziału: *Stworzenie pacjentom lepszych, nowocześniejszych warunków leczenia poprzez podnoszenie kwalifikacji personelu oraz pomoc w wyposażeniu Oddziału Urologii Szpitala w Czerwonej Górze.*

Pomoc doraźną można uzyskać w przychodni urologicznej, która mieści się w Kielcach w Przychodni Przeciwegruchliczej przy ul. Jagiellońskiej 72.





Podróż po zdrowie

z prof. Andrzejem Borkowskim, kierownikiem Katedry i Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego rozmawia Katarzyna Walewska

Nietrzymanie moczu to przewlekła dolegliwość, która ma ogromny wpływ na jakość życia chorego, jego funkcjonowanie w życiu

społecznym i zawodowym. W szczególnie trudnej sytuacji są pacjenci ze średnim oraz ciężkim natężeniem nietrzymania moczu, u których leczenie podstawowe nie powiodło się. Wstydliva dolegliwość sprawia, że chorzy przestają być aktywni zawodowo, izolują się społecznie. Aby zapobiec tego typu sytuacjom, pacjenci powinni mieć dostęp do szerokiej gamy terapii nietrzymania moczu, dostosowanych do rodzaju oraz stopnia nasilenia NTM. O dostępność leczenia NTM w Polsce zapytaliśmy wybitnego specjalistę w dziedzinie urologii, prof. Andrzeja Borkowskiego.

Które metody leczenia ciężkich przypadków nietrzymania moczu są Pana zdaniem skuteczne?

Skuteczność zależy od doboru właściwej metody leczenia oraz od przyczyny, która wywołała nietrzymanie moczu. W tak zwanym wysiłkowym nietrzymaniu moczu, zależnym od osłabienia aparatu mięśniowo-więzadłowego miednicy (najczęściej na skutek przebytych porodów) albo niewydolności zwieracza cewki, bardzo skuteczne są metody leczenia operacyjnego z użyciem różnego rodzaju taśm i technik operacyjnych. W ciężkiej niewydolności zwieracza u kobiet czy uszkodzeniu zwieracza, np. po prostatektomii radykalnej u mężczyzn, bardzo skuteczne jest zastosowanie sztucznego zwieracza AMS 800. W leczeniu nietrzymania moczu z parcia, na skutek nadaktywności pęcherza czy zaburzeń neurogennych, pomocne jest leczenie farmakologiczne, a jeżeli ono zawodzi - iniekcje toksyny botulinowej do mięśnia wypieracza albo neuromodulacja krzyżowa.

Do jakich form terapii mają obecnie dostęp pacjenci z ciężkim nietrzymaniem moczu?

W Polsce obecnie dostępne i refundowane są wszystkie metody operacyjne (głównie z użyciem taśm), leczenie farmakologiczne (tylko leki starej generacji), leczenie toksyną botulinową, a nawet najbardziej kosztowna metoda leczenia, jaką jest implantacja sztucznego zwieracza. Nie-

stety, ciągle nie jest refundowana neuromodulacja krzyżowa, co uniemożliwia dostęp chorych do tej metody leczenia.

Jak Pan ocenia skuteczność neuromodulacji krzyżowej w terapii nietrzymania moczu?

Neuromodulacja krzyżowa w leczeniu naglącego nietrzymania moczu jest bardzo skuteczna i uzyskała najwyższy stopień rekomendacji (A - w tak zwanej klasyfikacji „oxfordzkiej”). Jej skuteczność w leczeniu tego rodzaju nietrzymania moczu sięga 79% (u 45% chorych dochodzi do zupełnego ustąpienia nietrzymania moczu).

Kiedy Pana zdaniem można zastosować u pacjenta z nietrzymaniem moczu terapię neuromodulacji?

Pacjentów kwalifikuje się do neuromodulacji, jeżeli nie tolerują oni leczenia farmakologicznego lub jeżeli udokumentowano minimum roczny okres nieskutecznej terapii zachowawczej, w trakcie której wykorzystane zostały co najmniej dwie opcje farmakoterapii oraz fizykoterapii i leczenie behawioralne.

Czy Pana zdaniem istnieje zasadność refundacji tej metody leczenia nietrzymania moczu?

Uważam, że refundacja tej metody leczenia nietrzymania moczu jest konieczna. Jest ona rekomendowana przez zespół ekspertów Polskiego Towarzystwa Urologicznego. W tej sprawie został już złożony do Ministerstwa Zdrowia, za pośrednictwem konsultanta krajowego do spraw urologii, odpowiedni wniosek.

Na świecie wszczepiono już ponad 75 tysięcy stymulatorów. Metoda i uzyskiwane wyniki docierają do chorych głównie poprzez Internet i jeżeli nie będziemy refundować tej metody w Polsce, należy się spodziewać licznych wniosków o refundację leczenia za granicą. Niewprowadzenie tej metody leczenia generuje koszty ponoszone przez chorego na leczenie farmakologiczne nowej generacji, częściowo na materiały wchłaniające oraz cewniki zewnętrzne. Są także koszty ponoszone przez NFZ: częściowo refundacja materiałów wchłaniających, koszty leczenia zakażeń układu moczowego, koszty hospitalizacji, badań diagnostycznych, leczenia toksyną botulinową, a także koszty ponoszone przez pracodawcę i państwo: absencje chorobowe, świadczenia rentowe i socjalne. Należy podkreślić, że NFZ refunduje już koszty neuromodulatorów stosowanych w neurologii, a także w leczeniu bólu. Jest więc precedens.

Ministerstwo Zdrowia szuka zmiany

Anna Sulka



Ustawa z dn. 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych nakłada na resort zdrowia obowiązek określenia w drodze rozporządzenia wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie osoby uprawnionej. W tym celu został powołany specjalny zespół do spraw opracowania założeń merytorycznych dla zmian legislacyjnych w tym zakresie. Funkcję przewodniczącego pełni w nim Adam Fronczak, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, natomiast stanowisko zastępcy powierzono Arturowi Fałkowi, dyrektorowi Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia. W skład zespołu weszli także przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Agencji Oceny Technologii Medycznych. W pracach zespołu mogą uczestniczyć również konsultanci krajowi w poszczególnych dziedzinach medycyny oraz inne osoby zaproszone przez przewodniczącego.

Komisja zajmie się m.in. zmianą przepisów regulujących zasady refundacji środków absorpcyjnych. *Resort zdrowia poinformował, że planuje ponownie przyjrzeć się postulatom zgłoszonym przez nasze Stowarzyszenie* - mówi Maria Zdeb, prezes Zarządu Głównego Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”. Przypomnijmy, że w zeszłym roku Stowarzyszenie „UroConti” złożyło w Ministerstwie Zdrowia trzy wnioski o zmianę zasad realizacji świadczenia gwarantowanego z zakresu refundacji środków wchłaniających. Swoją opinię w tej sprawie wyraziła również Elżbieta Szwalkiewicz, konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepeł-

nosprawnych, która we współpracy ze stowarzyszeniem przygotowała kompleksowe *Wytyczne w sprawie zmiany kryteriów kwalifikacyjnych i zasad refundacji środków absorpcyjnych*.

Fundamentalne znaczenie dla optymalizacji przepisów oraz ograniczenia wydatków płatnika ma precyzyjne określenie osób, którym powinna przysługiwać refundacja środków wchłaniających. Niejasne bądź niepełne wyodrębnienie tej grupy może mieć bardzo poważne skutki zarówno społeczne, jak i ekonomiczne. Osoby, które nie zostaną odpowiednio zaopatrzone, narażone są na poważne komplikacje zdrowotne. Zdaniem dr Szwalkiewicz, w celu określenia schorzeń będących przyczyną nietrzymania moczu optymalnym rozwiązaniem byłoby wykorzystanie Międzynarodowej Klasyfikacji ICD-10, która jest powszechnie akceptowaną i stosowaną w większości europejskich krajów metodą kategoryzacji chorób i problemów zdrowotnych. Konsultant krajowy zwraca również uwagę na potrzebę klasyfikacji NTM wg stopnia nasilenia (zgodnie z zaleceniami ICI - International Consultation on Incontinence), tak aby lekarz mógł określić rodzaj oraz liczbę środków absorpcyjnych, których potrzebuje pacjent. *Zgodnie z danymi epidemiologicznymi, ponad 65% pacjentów z NTM to osoby z lekkim nietrzymaniem moczu. Najczęściej są to osoby, które dobrze rokują co do wyleczenia. Pozostałe dwie grupy (średnie i ciężkie NTM) obejmują osoby trwale cierpiące na nietrzymanie moczu. W przypadku tych pacjentów niedostateczna higiena może doprowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych. Koszty leczenia tej grupy pacjentów są nieproporcjonalnie wysokie w stosunku do kosztów refundacji środków absorpcyjnych. Dlatego proponuje, aby refundacją objęte zostały jedynie produkty przeznaczone dla pacjentów cierpiących na ciężki oraz średni stopień nietrzymania moczu* - tłumaczy dr Elżbieta Szwalkiewicz.

Środowiska pacjenckie oraz lekarskie postulują również poszerzenie listy lekarzy uprawnionych do wypisywania zleceń na refundowane środki wchłaniające o lekarzy ginekologa i geriatrę. Zainteresowani przekonują, że takie rozwiązanie znacznie uprości system refundacji i rozładuje kolejki do specjalistów, utrzymując jednocześnie koszty płatnika na dotychczasowym poziomie.

Dla zachowania zdrowej skóry oraz odpowiedniego komfortu życia niezbędne jest dostarczenie chorym pro-

KLASYFIKACJA PRODUKTÓW WCHŁANIAJĄCYCH

Rodzaj produktu	Min. całkowita absorpcja wg standardu ISO 11948 - 1	Wymagania do refundacji:
Pieluchomajtki (ciężkie i średnie NTM)	1000 gr	- w różnych absorpcjach (od standardowej do bardzo wysokiej); - w różnych rozmiarach (od XS do XL); - produkt umożliwiający oddychanie skóry; - z różnym mocowaniem wokół bioder: jak zwykła bielizna (majtki chłonne), taśma, przylepce, rzepy; - wykonane z materiałów chłonących: pulpy celulozowej i absorbentu zamieniającego moc w żel.
Pieluchy anatomiczne (ciężkie i średnie NTM)	500 gr	- produkt mocowany za pomocą elastycznych majtek lub własnej bielizny; - wykonana z materiałów chłonących: pulpy celulozowej i absorbentu zamieniającego moc w żel.
Wkłady anatomiczne (urologiczne) (średnie NTM)	300 gr	- w różnych rozmiarach i budowie odpowiednio dla mężczyzn i kobiet; - wykonany z materiałów chłonących: pulpy celulozowej i absorbentu zamieniającego moc w żel.
Podkłady	Brak	- produkt będący dodatkowym uzupełnieniem w opiece nad osobą z NTM, stosowany zamiennie z pieluchomajtkami i/lub pieluchą anatomiczną, i/lub z wkładem anatomicznym (urologicznym); - w różnych rozmiarach; minimalny rozmiar - 60x60 cm; - wykonane z materiału chłonnego: pulpy celulozowej i zabezpieczające materac i pościel przed zabrudzeniem.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Stanowiska konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych dot. kryteriów kwalifikacyjnych i zasad refundacji środków absorpcyjnych

duktów wchłaniających wysokiej jakości. Należy pamiętać, że podpaski higieniczne nie zastąpią profesjonalnych środków absorpcyjnych przeznaczonych dla pacjentów z nietrzymaniem moczu. Produkty te posiadają zupełnie inne właściwości, wykonane są z materiałów silnie chłonących, które jednocześnie niwelują nieprzyjemny zapach i są neutralne dla skóry. Aby zagwarantować odpowiednią jakość produktów, niezbędne jest ustalenie norm chłonności oraz jakości dla różnych kategorii artykułów higienicznych. Dr Szwalkiewicz proponuje, aby wprowadzić wymóg przestrzegania normy ISO 11948 - 1, która jest ustandaryzowaną metodą badania chłonności wyrobów absorpcyjnych.

Nowych regulacji wymagają również limity ilościowe na refundowane środki wchłaniające. Stowarzyszenie Osób z NTM sugeruje finansowanie zaopatrzenia absorpcyjnego na poziomie 120 szt. miesięcznie. *Pacjenci w Polsce są w szczególnie trudnej sytuacji. NFZ dopłaca jedynie do 2 szt. środków wchłaniających na dobę. Przykładowo w Czechach refundowane jest 5 szt., w krajach skandynawskich w ogóle nie ma limitów, natomiast Niemcom państwo zapewnia 4 szt. pieluchomajtek na dzień* - mówi Barbara Woźniak z UroConti.

Zważywszy na ograniczone środki, jakimi dysponuje NFZ, zdaje sobie sprawę, że pełna refundacja nie jest możliwa i w związku z tym proponuje wprowadzenie współpłacenia na poziomie 30% dla wszystkich pacjentów, bez wzglę-

du na kryterium chorobowe uprawniające do otrzymania refundacji - wyjaśnia dr Szwalkiewicz.

Zaproponowane rozwiązania mają na celu pogodzenie oczekiwań pacjentów oraz możliwości płatnika. Wprowadzenie współpłacenia przez wszystkie osoby korzystające z refundacji ma chronić budżet państwa przed potencjalnymi nadużyciami, natomiast urealnienie limitów cenowych - zmniejszyć koszty ponoszone przez pacjenta. Teoretycznie osoby z nowotworami mogą obecnie bezpłatnie korzystać ze środków wchłaniających do limitu 77 zł miesięcznie, w praktyce jednak dopłacają ok. 45 zł. Rzeczywiste koszty pozostałych uprawnionych do refundacji to ok. 100 zł miesięcznie. Dr Szwalkiewicz proponuje, aby limity cenowe na refundowane środki chłonne zostały określone na poziomie: pieluchomajtki - 2,00 zł, pieluchy anatomiczne - 1,50 zł, wkładki anatomiczne - 0,90 zł, podkłady - 1,25 zł. *Podstawą do wyliczenia propozycji limitów cenowych są najniższe ceny dla danej kategorii produktów, zgłoszone do NFZ przez trzech największych producentów* - wyjaśnia dr Szwalkiewicz.

Nowe rozporządzenie regulujące zasady refundacji zaopatrzenia ortopedycznego i pomocniczego musi wejść w życie z dn. 1 stycznia 2012 r. Zapowiada się więc okres wytężonej pracy i burzliwych dyskusji. Miejmy nadzieję, że resort zdrowia podejmie wyzwanie i znowelizuje przepisy, które w niemal niezmiennym formie obowiązują od 12 lat.

Rzeczywiste koszty zaopatrzenia w środki wchłaniające

Nina Juszczyżyn-Różycka



Człowiek - to brzmi dumnie. Jednak są sytuacje, gdy człowiek nie czuje się dumny. Jest zawstydzony, osamotniony, wycofany - najczęściej chory, cierpiący i w niedostatku. Tak często wygląda „jesień życia” polskiego emeryta. Wpływ na to ma nie tylko szereg chorób, które dotyczą ludzi w wieku podeszłym, ale też ich kondycja finansowa.

Sytuacja osób z problemem nietrzymania moczu jest jeszcze trudniejsza. Chorzy muszą dodatkowo poradzić sobie z nieprzyjemnym zapachem moczu oraz różnymi dolegliwościami wynikającymi z podrażnień skóry okolic kroczu, które powodują dyskomfort w codziennym funkcjonowaniu.

NFZ, w ramach określonego limitu ilościowego i cenowego, zapewnia pacjentom dotkniętym problemem nietrzymania moczu pewną liczbę środków wchłaniających miesięcznie. W przypadku pacjentów z wadami rozwojowymi bądź chorobami psychicznymi jest to 60 sztuk na miesiąc, w ramach limitu cenowego, wynoszącego 90,00 zł. NFZ refunduje 70% tej kwoty, tj. 63,00 zł, zaś pozostałą część, tj. 23,00 zł, pokrywa pacjent. Osoby cierpiące na choroby onkologiczne zwolnione są z opłat w ramach limitu - 77,00 zł.

Zapotrzebowanie na produkty chłonne zależne jest od stopnia nietrzymania moczu.

Rozróżnia się trzy stopnie wysiłkowego NTM:

1. Popuszczanie tylko podczas gwałtownego śmiechu, kaszlu;
2. Popuszczanie podczas chodzenia po schodach, podskakiwania, lekkiej pracy fizycznej;

CENY PRODUKTÓW NAJPOPULARNIEJSZYCH MAREK

rodzaj środka	cena brutto za 60 szt.	refundacja NFZ w zł	odpłatność pacjenta w zł	limit refundacji NFZ w zł
---------------	------------------------	---------------------	--------------------------	---------------------------

Produkty HARTMANN wydawane w ramach refundacji NFZ – obowiązuje od 01. 012011 r.

Pieluchomajtki Molicare Classic nr1 S	97,20	63,00	34,20	90,00
Pieluchomajtki Molicare Classic nr3 L	123,00	63,00	60,00	90,00
Pieluchomajtki Molicare Classic nr4XL	196,80	63,00	133,80	90,00
Pieluchomajtki Molicare Mobile Super S	181,20	63,00	118,20	90,00
Pieluchomajtki Molicare Mobile Super L	234,60	63,00	171,60	90,00
Pieluchomajtki Molicare Extra Largenr4	226,80	63,00	163,80	90,00
Pieluchy anatomiczne Moliform Extra	129,60	63,00	66,60	90,00
Pieluchy anatomiczne Moliform Plus	108,00	63,00	45,00	90,00
Pieluchy anatomiczne Moliform for Men	129,60	63,00	66,60	90,00
Pieluchy anatom Moliform Classic Extra	76,80	53,76	23,04	90,00
Wkłady anatom Molimed Classic Mini	87,60	61,32	26,28	90,00
Wkłady anatom Molimed Classic Midi	94,20	63,00	31,20	90,00
Wkłady anatom Molimed Classic Maxi	103,80	63,00	40,80	90,00
Wkłady anatom Molimed for Men	98,40	63,00	35,40	90,00

Produkty SENI wydawane w ramach refundacji NFZ – obowiązuje od 01.01.2011 r.

Pieluchomajtki Super Seni XL	145,20	63,00	82,20	90,00
Pieluchomajtki Super Seni M	112,80	63,00	49,80	90,00
Pieluchomajtki Super Seni S	100,20	63,00	37,20	90,00
Pieluchomajtki Super Seni Plus XL	154,80	63,00	91,80	90,00
Pieluchomajtki Super Seni Plus M	121,20	63,00	58,20	90,00
Pieluchomajtki Super Seni Plus S	103,20	63,00	40,20	90,00
pieluchy anatomiczne Plus	112,20	63,00	49,20	90,00
pieluchy anatomiczne Uni	84,60	59,33	25,38	90,00
pieluchy anatomiczne Prima	62,40	43,68	16,72	90,00
wkładki urologiczne Plus	82,20	57,54	24,66	90,00
wkładki urologiczne Extra	54,60	16,38	38,22	90,00
wkładki urologiczne Mini	33,00	23,10	9,90	90,00

Produkty TENA i Libero wydawane w ramach refundacji NFZ – obowiązuje od 01.01.2011 r.

Pieluchomajtki Tena Slip Plus Small	105	63,00	42,00	90,00
Pieluchomajtki Tena Slip Plus Medium	117,00	63,00	54,00	90,00
Pieluchomajtki Tena Slip Plus Large	132,00	63,00	69,00	90,00
Pieluchomajtki Tena Slip Super Medium	123,00	63,00	60,00	90,00
Pieluchomajtki Tena Slip Maxi Large	159,00	63,00	96,00	90,00
Pieluchomajtki Tena Pants Plus Medim	174,00	63,00	111,00	90,00
Pieluchy anatom Tena Comfort Plus	84,00	58,80	25,20	90,00
Pieluchy anatom Tena Comfort Super	102,00	63,00	39,00	90,00
Pieluchy anatom Tena Comfort Maxi	108,00	63,00	45,00	90,00
Wkłady anatom Tena Lady Normal	66,00	46,20	19,80	90,00
Wkłady anatom Tena Men Level1	69,00	48,30	20,70	90,00

Tabela na podstawie materiałów dystrybuowanych firm PAUL HARTMANN, TZMO i SCA

3. Wypływanie moczu podczas leżenia, stania, chodzenia.

Produkty dla osób z niewielkim nasileniem nietrzymania moczu (np. wkładki anatomiczne) są mniejsze i mniej chłonne – dobrej jakości wyrób powinien absorbować do 300 g moczu. Wkładki zapewniają komfort i dyskrecję, są również dostępne w niższej cenie, dzięki czemu można je nabyć w ramach obowiązującego limitu cenowego.

Bez względu na stopień nietrzymania moczu, pacjenci mają do dyspozycji 60 sztuk refundowanych środków absorpcyjnych miesięcznie. Zważywszy na to, że mieszcząca się w limicie cenowym liczba sztuk zależy od rodzaju środka chłonnego i jest odwrotnie proporcjonalna

do nasilenia nietrzymania moczu, należy zastanowić się, czy poziom finansowania jest wystarczający.

Jak wynika z powyższej tabeli, aby nabyć 60 sztuk środków wchłaniających, czyli 2 szt. na dobę, pacjenci z nasilonym nietrzymaniem moczu muszą dopłacić od 30,00 do 170,00 zł – zależnie od poziomu chłonności produktu. Nasuwa się więc pytanie: czy 2 sztuki dziennie wystarczą, aby zapewnić choremu normalną aktywność i niezbędną higienę? Ile artykułów absorpcyjnych pacjenci zmuszeni są dokupić poza refundacją? Jedną, dwie sztuki na dzień. Niestety, za dodatkowe produkty chłonne trzeba zapłacić już 100% ceny. Warto pamiętać, że mówimy tu głównie o osobach starszych, dysponujących emeryturą, której przeciętna wysokość w 2010 r. wynosiła 1642,90 zł brutto (dane GUS).

Zatem – czy CZŁOWIEK zawsze brzmi dumnie?

Warmińsko-mazurskie: kontrowersje wokół zaopatrzenia dla niepełnosprawnych

Anna Sulka



Narodowy Fundusz Zdrowia

Oddział NFZ w Olsztynie poinformował, że w części powiatów województwa warmińsko-mazurskiego świadczenia gwarantowane z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze nie zostały właściwie zabezpieczone. Na terenie powiatów gołdapskiego, szczycieńskiego, węgorzewskiego i nidzickiego nie zakontraktowano ani jednego punktu, w którym osoba niepełnosprawna mogłaby nabyć niezbędny sprzęt. Z kolei w miejscowościach: Górowo Iławeckie, Pieniężno, Rybno, Iłowo-Osada, Gronowo, Młynary, Zaborowo, Zalewo, Reszel, Mikołajki, Sorkwity, Piecki, Biskupiec, Małdyty, Miłakowo, Orzysz, Ruciane-Nida, Pasłęk, Barczewo, Braniewo, Lubawa, Kętrzyn, Lidzbark Warmiński, Olsztyn i Mrągowo liczba świadczeniodawców jest niewystarczająca.

Dopłata do wyrobów medycznych będących przedmio-

tami ortopedycznymi i środków pomocniczych należy się m.in. pacjentom cierpiącym na nowotwory, osobom niepełnosprawnym bądź po ciężkich wypadkach. Brak możliwości nabycia refundowanego zaopatrzenia w okolicach miejsca zamieszkania oznacza, że część pacjentów zrezygnuje z przysługującego im świadczenia. *W województwie warmińsko-mazurskim mamy do czynienia z sytuacją, gdzie działanie firm zajmujących się zaopatrzeniem ogranicza się do dużych miast i to na ich terenie podmioty są zainteresowane dalszym rozszerzeniem działalności. Świadczeniodawcy nie wyrażają chęci otwierania nowych punktów w mniejszych miejscowościach, gdzie istnieje rzeczywista potrzeba ich uruchomienia i tym samym zwiększenia dostępności dla pacjentów. Takie działanie z pewnością nie jest podyktowane troską o dobro pacjenta* – tłumaczy Magdalena Mil, rzecznik prasowy Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Lekarstwem na te problemy ma być ograniczenie możliwości swobodnego kontraktowania świadczeń. Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki NFZ odrzuca wnioski podmiotów zainteresowanych zawarciem umowy z NFZ na realizację świadczeń z zakresu zaopatrzenia pomocniczego i ortopedycznego w dużych miastach,

aby wymusić otwieranie aptek i sklepów medycznych w wybranych przez siebie regionach województwa. Czy takie działania okażą się skuteczne?

Z perspektywy pacjentów i podmiotów gospodarczych praktyka Funduszu wydaje się szczególnie kontrowersyjna. Jednak zdaniem płatnika jest całkowicie uzasadniona. Rzecznik prasowy NFZ w Olsztynie argumentuje, że decyzja Oddziału została podyktowana troską o zapewnienie wszystkim pacjentom równego dostępu do świadczeń. *Nie jest więc prawdą, iż Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki NFZ ogranicza dostęp do środków pomocniczych i środków ortopedycznych. Osoby chore, m.in. cierpiące na nietrzymanie moczu lub*

z zaspokajaniem potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych. Wprowadzanie jakichkolwiek ograniczeń w dostępności poprzez zmniejszenie liczby podmiotów mających kontrakt z NFZ uderza przede wszystkim w pacjentów. Zastanawianie się w takim przypadku dyscypliną finansową lub oszczędnościami to – mówiąc delikatnie – nieporozumienie – mówi Andrzej Piwowarski, prezes Polskiego Towarzystwa Stomijnego Pol-Ilko.

Sytuacja, w której znaleźli się obecnie świadczeniodawcy i pacjenci, budzi wiele kontrowersji. *Dążenie podmiotów gospodarczych do maksymalizacji zysku jest absolutnie naturalne – na tym opiera się gospodarka rynkowa i czynienie z tego faktu zarzutu NFZ jest kompletnie niezrozumiałe. Dążenie do maksymalizacji zysku nie wyklucza natomiast dbałości o dobro pacjenta. Nie można jednak wymagać od podmiotów gospodarczych otwierania punktów sprzedaży w miejscach, gdzie jest to ekonomicznie nieuzasadnione i doprowadziłoby do ich bankructwa* – podkreśla Witold Włodarczyk, Dyrektor Generalny Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych Polmed.

Dyrektor zwrócił również uwagę na skomplikowany system rozliczeń, który może skutecznie zniechęcać potencjalnych świadczeniodawców do otwierania nowych punktów zaopatrzenia. *Część zadań, przynajmniej ta związana z zaopatrzeniem cyklicznym, takim jak pieluchomajtki, może być prowadzona w sieci aptek, dlatego niezrozumiała jest dla naszych członków odmowa rozszerzania sieci podmiotów realizujących to zaopatrzenie* – dodaje Witold Włodarczyk.



tak powszechne wady wzroku, to nie tylko mieszkańcy dużych miast Warmii i Mazur, ale także mniejszych miast i miasteczek – tłumaczy Magdalena Mił, rzecznik prasowy Warmińsko-Mazurskiego Oddziału NFZ.

Pacjenci, którzy korzystają z zaopatrzenia pomocniczego wydawanego cyklicznie, nie kryją niezadowolenia. Dla nich ograniczenia w kontraktowaniu czy rozszerzaniu sieci aptek związane są z realnymi utrudnieniami w życiu codziennym. *W ten sposób urzędnicy NFZ postanowili po raz kolejny utrudnić nam życie i po cichu zmusić osoby chore do rezygnacji ze świadczeń gwarantowanych* – komentuje Maria Zdeb, prezes Zarządu Głównego Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”. Warto dodać, że nakłady przeznaczone na refundację środków pomocniczych określone są w planie finansowym NFZ i nie wzrastają wraz z liczbą placówek posiadających kontrakt. *Niestety, nie po raz pierwszy działania urzędników Narodowego Funduszu Zdrowia nie mają nic wspólnego*

Działalność NFZ finansowana jest z pieniędzy publicznych, czyli de facto pieniędzy wszystkich obywateli, dlatego to właśnie po stronie płatnika leży obowiązek dbania o równy i możliwie szeroki dostęp obywateli do świadczeń zdrowotnych, w tym środków pomocniczych. Zadaniem Funduszu jest zagwarantowanie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentom poprzez zakontraktowanie odpowiedniej liczby świadczeń zdrowotnych. Z wypowiedzi obydwu stron (płatnik i świadczeniodawca) wynika, że droga wybrana przez NFZ w Olsztynie może okazać się drogą donikąd. Rolą urzędników jest umiejętne regulowanie rynku zaopatrzenia w wyroby medyczne i środki pomocnicze, tak aby żaden pacjent nie był pozbawiony dostępu do zaopatrzenia. *Bez dobrej woli obydwu stron my, jako pacjenci, zawsze będziemy pokrzywdzeni* – dodaje Maria Zdeb, prezes Zarządu Głównego Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”.

Rola rehabilitacji w profilaktyce i terapii NTM, cz. II - kinezyterapia

mgr Magdalena Potoczek
Fizjoterapeuta

Rehabilitacja odgrywa ogromną rolę zarówno w działaniach profilaktycznych, jak i leczniczych we wszystkich rodzajach NTM. Jednym z jej podstawowych elementów jest kinezyterapia, czyli leczenie poprzez ruch. W rehabilitacji wykorzystuje się zarówno kinezyterapię lokalną, jak i ćwiczenia ogólnousprawniające. Należy pamiętać, że trening rehabilitacyjny powinien być szczegółowo zaplanowany przez lekarza, fizjoterapeutę i pacjenta, gdyż podstawą wprowadzenia ćwiczeń są odpowiednia diagnostyka i określenie stopnia nasilenia objawów. Aktualne badania naukowe potwierdzają skuteczność terapii ruchowej u pacjentów z lekkim stopniem nietrzymania moczu. Okazuje się, że jest ona przydatna także u osób ze średnim stopniem NTM oraz jako postępowanie przed- i pooperacyjne u pacjentów leczonych chirurgicznie (operacje uroginekologiczne).

Kinezyterapia w przypadku NTM obejmuje ćwiczenia:

- synergistyczne,
- izometryczne,
- z obciążeniem,
- prawidłowej postawy ciała i ogólnousprawniające,
- ćwiczenia typu biofeedback,
- specjalistyczne systemy ćwiczeń jak pilates, Canticenica.

Ćwiczenia synergistyczne

Wykorzystują naturalne mechanizmy fizjologiczne ciała ludzkiego w celu wzmocnienia mięśni przepony miednicznej. Polegają one na napinaniu mięśni pomocniczych, do których należą mięśnie pośladkowe, przywodzące uda oraz mięśnie brzucha. Dzięki takim ćwiczeniom pośrednio wzmacniamy również mięśnie dna miednicy. Ćwiczenia te polegają na tzw. skurczach izometrycznych wymienionych mięśni (np. zaciskaniu pośladków), dzięki czemu ich napięcie jest pośrednio przenoszone na mięśnie dna miednicy. Podczas ćwiczeń synergistycznych napinając jedne mięśnie, ćwiczymy drugie.

Ćwiczenia izometryczne

Trening izometryczny mięśni dna miednicy polega na ich czynnym kurczeniu. Należy zaciśnąć mięśnie wokół cewki moczowej, pochwy oraz odbytu tak, jak podczas



wstrzymywania strumienia moczu. Podczas tego ćwiczenia można wyobrazić sobie wciąganie pochwy i odbytu do wewnątrz. Podczas tego rodzaju ćwiczeń, należy wykonywać proporcjonalne przerwy, aby mięśnie nie zmęczyły się zbyt szybko.

Ćwiczenia z obciążeniem

W sprzedaży dostępne są specjalne kulki oraz stożki dopochwowe, służące do wzmocniania mięśni dna miednicy i krocza u kobiet. Świetnie sprawdzają się w profilaktyce, np. u młodych matek po ukończeniu okresu połogu (6 tyg. po porodzie). Należy jednak pamiętać o przeciwwskazaniach do ich stosowania.

Ćwiczenia prawidłowej postawy ciała i ogólnousprawniające

W leczeniu NTM duże znaczenie ma utrzymywanie prawidłowej postawy ciała. Ważne jest, aby obciążenia nie były przenoszone na mięśnie dna miednicy, stąd też warto zadbać o jej prawidłowe ustawienie w pozycji neutralnej. W praktyce oznacza to, że miednica nie powinna być ani za bardzo odchylona do tyłu, ani zbyt przechylona ku przodowi. Mięśnie brzucha w pozycji pionowej powinny być delikatnie wciągnięte. Ćwiczenia ogólnousprawniające pod kontrolą przeszkolonego instruktora lub fizjoterapeuty pomogą zadbać o ogólną kondycję i dobre samopoczucie.

Kinezyterapia przed- i pooperacyjna

W przypadku planowanego leczenia operacyjnego z powodu nietrzymania moczu lub innych zabiegów w obszarze miednicy mniejszej, uzasadnione jest zastosowanie rehabilitacji jeszcze przed zabiegiem. Pacjent poznaje ćwiczenia wcześniej, dzięki czemu dużo sprawniej i chętniej wykonuje je po operacji. Kinezyterapia w okresie pooperacyjnym ma na celu wspomaganie efektów leczenia chirurgicznego oraz zapobieganie powikłaniom i nawrotom NTM.

Najczęstsze błędy:

1. Ćwiczenie mięśni dna miednicy poprzez zatrzymywanie strumienia moczu. Może to doprowadzić do rozregulowania mechanizmu zwieraczowego oraz upośledzenia opróżniania pęcherza moczowego, a w konsekwencji do infekcji dróg moczowych i pogłębienia zaburzeń urologicznych.
2. Wykonywanie zbyt dużej liczby powtórzeń izometrycznych ćwiczeń mięśni krocza; mięśnie te najczęściej stosunkowo szybko, a w rezultacie kurczą się mniej efektywnie.

3. Intensywne ćwiczenia typu „brzuszek”, które mogą zwiększyć ciśnienie śródbrzusze, osłabić mięśnie dna miednicy i pogłębić NTM.
4. Stosowanie ćwiczeń forsownych, wymagających dużego wysiłku fizycznego, np. bardzo szkodliwe jest podnoszenie ciężarów.
5. Stosowanie tych samych ćwiczeń u różnych pacjentów. Konieczne jest dostosowanie treningu indywidualnie do potrzeb i możliwości każdego pacjenta, a także do typu i nasilenia NTM.
6. Brak cierpliwości. Leczenie ruchem wymaga systematycznej pracy; jest procesem długotrwałym, ale daje wspaniałe rezultaty.

Ćwiczenia wzmacniające mięśnie dna miednicy mają zastosowanie zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Szczególną rolę odgrywają w wysiłkowym nietrzymaniu moczu. W zależności więc od rodzaju NTM kinezyterapia będzie metodą główną lub wspomagającą leczenie. W kolejnej części cyklu omówione zostaną specjalistyczne metody leczenia NTM za pomocą kinezyterapii (trening biofeedback, metoda pilates, Cantienica).

Terapia odleżyn = mały samochód

Katarzyna Walewska

Problem odleżyn dotyczy w szczególności pacjentów z ograniczoną bądź całkowicie zahamowaną sprawnością fizyczną, w tym również osób mających problem z trzymaniem moczu i stolca. Bardzo ważną kwestią w profilaktyce odleżyn jest zachowanie odpowiedniej higieny osobistej oraz pielęgnacji skóry. Jednak, jak zauważają członkowie „UroConti”, biorąc po uwagę dzisiejsze limity zaopatrzenia w środki absorpcyjne osób z NTM, trudno mówić o zachowaniu higieny osobistej, mając do dyspozycji 2 sztuki pieluch na dobę. Zaopatrzenie w środki wchłaniające ma ogromne znaczenie dla osób z nietrzymaniem moczu, a ich niewystarczająca liczba może skutkować powstawaniem oparzeń, zakażeń, a w najgorszych przypadkach - nawet odleżyn.

Stowarzyszenie „UroConti”, kontynuując walkę o prawa osób z nietrzymaniem moczu, tym razem zajęło głos w sprawie kosztów leczenia odleżyn. Stowarzyszenie

wysłało pismo do przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, członków senackich i sejmowych komisji zdrowia oraz komisji polityki społecznej, w którym organizacja apeluje o zmianę przepisów, mających poprawić obecną sytuację. *Pragniemy zwrócić uwagę, że większości odleżyn można uniknąć, m.in. poprzez odpowiednią opiekę nad pacjentem oraz zapewnienie choremu dostępu do środków wchłaniających o podwyższonym standardzie oraz ilości zapewniającej podstawy higieny osobistej - piszą w liście przedstawiciele „UroConti”.* Do listu dołączono breloczek samochodu, który ma symbolizować wysokie koszty terapii odleżyn, porównywalne z ceną małego samochodu.

Prezes Stowarzyszenia, pytana o cel inicjatywy, odpowiada: *Celem naszej akcji jest zwrócenie uwagi na kosztowne skutki niewłaściwej higieny, spowodowane brakiem odpowiedniej ilości środków wchłaniających. Terapia odle-*



Fot. Katarzyna Malewska

żyn wiąże się z bardzo dużym wydatkiem. Z opracowanych analiz wynika, że koszty leczenia odleżyn, w zależności od stadium zaawansowania, wynoszą od kilkuset do nawet 20 tysięcy złotych, co można porównać z kosztami zakupu małego samochodu. Kalkulacje wskazują, że koszty te przewyższają budżet przeznaczony na refundację większej liczby środków wchłaniających. Pytamy więc, czy nasze Państwo stać na tego typu zaniedbania? Czy profilaktyka w postaci większej liczby środków absorpcyjnych nie jest korzystniejsza dla pacjenta oraz budżetu państwa?

Inicjatywa Stowarzyszenia spotkała się z zainteresowaniem polityków. Organizacja otrzymała odpowiedzi m.in. od Biura Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, dyrekcji PFRON, posłanki Krystyny Kłosin (PO) oraz posła Marka Balickiego (SLD), który wystosował w tej sprawie specjalne pismo do minister Ewy Kopacz z prośbą o przedstawienie stanowiska Ministerstwa Zdrowia w kwestii profilaktyki oraz leczenia odleżyn. Pismo posła Balickiego poskutkowało

przekazaniem do prezes „UroConti” oficjalnej odpowiedzi z Ministerstwa Zdrowia, w której resort poinformował o powołaniu zespołu roboczego, odpowiedzialnego za nowelizację przepisów z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne, w tym również w środki absorpcyjne. Wiceminister Fronczak poinformował również, że problemy osób z nietrzymaniem moczu są wnikliwie analizowane w Ministerstwie Zdrowia.

DO LISTU DOŁĄCZONO BRELOCZEK SAMOCHODU, KTÓRY MA SYMBOLIZOWAĆ WYSOKIE KOSZTY TERAPII ODLEŻYN, PORÓWNYWALNE Z CENĄ MAŁEGO SAMOCHODU

Przebieg całej akcji komentuje prezes Stowarzyszenia, Maria Zdeb: Tegoroczna wysyłka, może nieco mniej kontrowersyjna niż zeszłoroczna „paczka z pieluchomajtką”, odniosła jednak zamierzony efekt – przede wszystkim została zauważona, część polityków choć przez chwilę pochyliła się nad naszymi problemami. Cieszymy się, że podejmowane przez nas działania przynoszą skutek. Daje nam to wiarę w cel naszych działań i stanowi motywację do kolejnych. Zainicjowana przez nas akcja daje podstawy, by sądzić, że o problemach osób z nietrzymaniem moczu zaczyna się mówić coraz głośniej, nawet w Ministerstwie Zdrowia.

Stowarzyszenie im. Doktora Edmunda Wojtyły w Wadowicach

Magdalena Kowalewska



STOWARZYSZENIE IM. DOKTORA EDMUNDA WOJTYŁY W WADOWICACH
ORGANIZACJA POŻYTKU PUBLICZNEGO

W centrum Wadowic, w samym środku miasta, a jednak w miejscu zacisznym, spokojnym, otoczonym ogrodem, przy ul. Barskiej 17, mieści się ośrodek pod nazwą Dom Pielęgnacyjny, w którym osoby chore, niepełnosprawne mogą odzyskiwać nadwątlone siły, sprawność i zdrowie. Miejsce to powstało z inicjatywy Stowarzyszenia im. Doktora Edmunda Wojtyły w Wadowicach. Dom Pielęgnacyjny jest głównym ośrodkiem działalności Stowarzyszenia.

Inicjatorką tej działalności jest pielęgniarka o wieloletnim doświadczeniu, Stanisława Wodyńska, pełniąca funkcję prezesa organizacji. Pani Wodyńska wspólnie z 20-osobową grupą ludzi z różnych środowisk, solidaryzujących się z potrzebującymi, starała się zapewnić pacjentom kompleksowe leczenie i rehabilitację, tak potrzebną wielu chorym i poszkodowanym w wypadkach. W sierpniu 2000 roku udało się jej powołać do życia Stowarzyszenie im. Doktora Edmunda Wojtyły.

Stowarzyszenie wyznaczyło sobie za cel prowadzenie na terenie Wadowic opieki nad osobami chorymi, niepełnosprawnymi, będącymi w trudnej sytuacji życiowej. Aktywność ośrodka skupia się na wypełnianiu luki między zbyt krótkim pobytem w szpitalu a opieką domową – czasem, niestety, niewprawną. Stowarzyszenie na bieżąco informowało papieża Jana Pawła II o inicjatywach zrodzonych w jego rodzinnym mieście. 10 września 2003 roku w Rzymie Ojciec Święty przyjął list informujący o postępie prac w Domu Pielęgnacyjnym, będącym żywym pomnikiem wdzięczności za pontyfikat Jana Pawła II, a także uczczeniem pamięci jego brata, cenionego młodego lekarza.

Na samym początku działalności Stowarzyszenia została uruchomiona wypożyczalnia sprzętu medycznego. Następnie zorganizowano opiekę domową nad chorymi,

opartą na wolontariacie. Po pokonaniu wielu trudności związanych z pozyskaniem funduszy na remont i adaptację budynku udało się wreszcie rozpocząć prace budowlane. Pomocni okazali się więźniowie osadzeni w Wadowickim Zakładzie Karnym, którzy wykonywali – i wciąż wykonują – wszelkie prace remontowe w ośrodku. W wyniku tych starań powstał ośrodek piękny i przestronny, o powierzchni 720 m². Do dyspozycji pensjonariuszy są komfortowo wyposażone pokoje, sala wypoczynkowa, kuchnia, świetlicy-jadalnia, sanitariaty, przestronne łazienki, prysznice.

- Bardzo ważne, że budynek został całkowicie pozbawiony barier architektonicznych. Wokół Domu mamy duży ogród, zapewniający rekreację i odpoczynek na świeżym powietrzu. Jesteśmy dumni również z tego powodu, że pracownie rehabilitacyjne wyposażone są w specjalistyczny sprzęt do kinezyterapii i masażu – podkreśla Stanisława Wodyńska. W chwili obecnej Dom Pielęgnacyjny prowadzi świetlicę terapeutyczną z punktem mierzenia ciśnienia krwi i oznaczaniem poziomu glukozy i cholesterolu we krwi, sezonowy punkt szczepień przeciwko grypie, aptekę darów oraz, co najważniejsze, pobyt dzienny pacjentów i rehabilitację leczniczą dla osób po kontuzjach, operacjach kończyn i stawów, ze zmianami nowotworowymi, z reumatycznymi schorzeniami narządów ruchu, oraz uszkodzeniami i schorzeniami neurologicznymi. Uduje się również – przy współpracy i współfinansowaniu wojewody małopolskiego – organizować opiekuńcze, całodobowe turnusy.

Projekt tych turnusów niezmiennie od kilku lat cieszy się wielkim powodzeniem wśród pacjentów z całego województwa małopolskiego. Turnusy opiekuńcze mają za zadanie wesprzeć rodziny i opiekunów długotrwale zajmujących się osobami niezdolnymi do samodzielnej egzy-



stencji ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność oraz odciążać chorych i opiekunów w codziennych obowiązkach. Z wyjazdów mogą skorzystać chorzy będący w trudnej sytuacji materialnej. Do takiego dwutygodniowego projektu trzeba dopłacić jedynie 200 złotych. - *Wszyscy chcą do Wadowic. Myślę, że też za sprawą naszego błogosławionego Ojca Świętego Jana Pawła II - ze śmiechem przyznaje Wodyńska.*

Dużym wsparciem działalności jest pomoc Urzędu Miasta, PFRON-u i opieki społecznej. - *Jednak te wszystkie działania to i tak wciąż za mało* - dodaje prezes Stowarzyszenia. Organizacja co roku rejestruje wiele zgłoszeń. Zapotrzebowanie wśród pacjentów na oferowane usługi jest ogromne. Plany na przyszłość obejmują poszerzenie oferty leczenia o fizykoterapię i hydroterapię. Stowarzyszenie stara się również o pozyskanie środków finansowych na zatrudnienie większej liczby pracowników, by rozszerzyć wachlarz opieki. Na razie może liczyć na niezastąpionych wolontariuszy i niewielką grupkę zatrudnionego personelu. Marzeniem Stowarzyszenia (całkiem realnym) jest umożliwienie potrzebującym całodobowego, całorocznego pobytu w Domu Pielęgnacyjnym. Duża część z nich to osoby po wylewach, z niedowładami kończyn, po amputacjach, cierpiące na chorobę Alzheimera, Parkinsona, stwardnienie rozsiane, porażenie mózgowie i dolegliwości związane z nietrzymaniem moczu. - *Pomoc tym osobom to bardzo trudna i ciężka praca, ale praca niezwykle potrzebna, która uczy też pokory* - podsumowuje prezes Wodyńska.

Utrudnienia w Małopolsce

Józef Góralczyk

Wkwietniu br. Małopolski Sejmik Organizacji Osób Niepełnosprawnych wystąpił do małopolskiego oddziału NFZ z prośbą o wyjaśnienie przyczyn ograniczenia - z trzech miesięcy do jednego miesiąca - okresu realizacji zaopatrzenia w środki pomocnicze wydawane cyklicznie. Dla osoby starszej, chorej bądź niepełnosprawnej konieczność ewidencjonowania zlecenia co miesiąc może być poważnym utrudnieniem. Zgodnie z zarządzeniem nr 58/2009/DSOZ, świadczeniobiorca może być zaopatrzony jednorazowo w środki pomocnicze przysługujące comiesięcznie (np. pieluchomajtki i ich zamienniki, sprzęt stomijny, cewniki urologiczne, cewniki zewnętrzne, worki do zbiórki moczu i kału, zestawy infuzyjne do pomp insulinowych, cewniki do odsysania górnych dróg oddechowych) na okres trzech kolejnych miesięcy. Z wyjaśnień otrzymanych od urzędników z Krakowa wynika, że przyczyną ograniczeń są niewystarczające środki finansowe które zostały przydzielone małopolskiemu oddziałowi NFZ w 2011 roku przez centralę w Warszawie. Małopolski oddział NFZ poinformował, że na realizację wniosków na zaopatrzenie osób niepełnosprawnych w przedmioty ortopedyczne oraz środki pomocnicze otrzymuje poniżej 2% środków finansowych z ogólnej puli.

W Małopolsce znaczny niedobór funduszy przeznaczonych

na ten cel wystąpił po raz pierwszy w 2009 roku. Z roku na rok sytuacja staje się coraz trudniejsza. Nieodpowiedni podział budżetu już w styczniu br. doprowadził do powstania kolejek oczekujących na realizację zleceń na wszystkie przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Przyczyn takiego stanu można doszukiwać się między innymi w tym, że w 2004 r. małopolski NFZ jako pierwszy wprowadził tzw. otwarty system zaopatrzenia. W związku z powyższym to właśnie w Małopolsce powstało najwięcej punktów ewidencyjnych oraz zarejestrowano najwięcej firm dostarczających sprzęt ortopedyczny. Ponieważ w Małopolsce tego typu asortyment jest szeroko dostępny w aptekach i sklepach medycznych, przyznane środki finansowe są wykorzystywane najszybciej, a ich niedobór w skali roku jest największy. Przypuszczam jednak, że fakt ten nie jest uwzględniany przez urzędników w Warszawie, którzy powinni przecież elastycznie reagować na zapotrzebowanie i przyznawać środki finansowe uwzględniając liczbę wniosków zarejestrowanych w danym regionie. Poza tym uważam, że finansowanie przez NFZ tego rodzaju świadczeń na poziomie 2% jest skandalem niespotykanym w żadnym cywilizowanym kraju i nie wyobrażam sobie, aby taki stan rzeczy mógł dalej trwać. Deficyt środków finansowych ogranicza podstawowe prawa przysługujące polskim obywatelom.

Operacje z użyciem taśm w województwie łódzkim

W bieżącym numerze Kwartalnika NTM prezentujemy Państwu placówki z województwa łódzkiego, w których wykonywane jest operacyjne leczenie nietrzymania moczu przy użyciu taśm syntetycznych.

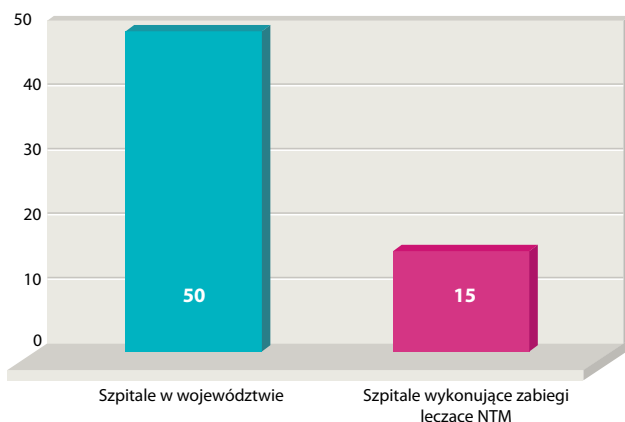
Według naszych statystyk, obecnie operacje „taśmowe” na nietrzymanie moczu przeprowadza się w tym regionie w 15 placówkach. Zabiegi stosowane w leczeniu NTM wykonywane są zarówno na oddziałach ginekologicznych, jak i urologii.

W porównaniu ze statystykami z 2006 roku (kiedy po raz pierwszy prezentowaliśmy Państwu dane dotyczące operacyjnego leczenia NTM w województwie łódzkim), sytuacja uległa zmianie. Liczba placówek przeprowadzających zabiegi zmniejszyła się o jedną; ponadto nie we wszystkich placówkach wykonuje się obecnie zabiegi przy użyciu taśm syntetycznych.

Obecnie na 50 publicznych szpitali w województwie, które dysponują 22 oddziałami ginekologicznymi oraz ginekologiczno-położniczymi, a także 10 oddziałami urologicznymi (źródło: www.rejestrzoz.gov.pl), 15 placówek specjalizuje się w leczeniu nietrzymania moczu metodą operacyjną.

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

Zabiegi z użyciem taśm w woj. łódzkim



Obok prezentujemy listę szpitali, w których można wykonać zabiegi:

BELCHATÓW

1. Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II, ul. Czaplinecka 123 - oddział urologiczny

ŁASK

2. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Warszawska 42 - oddział ginekologiczno-położniczy

ŁÓDŹ

3. Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki, ul. Rzgowska 281/289 - Klinika Chirurgii Ginekologicznej
4. Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 2 im. WAM Centralny Szpital Weteranów, ul. Żeromskiego 113 - Klinika Urologii
5. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika, ul. Pabianicka 62 - II Klinika Urologii, oddział ginekologiczno-położniczy
6. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Pirogowa, ul. Wólczańska 195 - oddział urologiczny;
7. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Madurowicza, ul. Wileńska 37 - II Klinika Ginekologii
8. Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, ul. Północna 42 - oddział ginekologiczny

***OPOCZNO**

9. Szpital Rejonowy, ul. Partyzantów 30 - oddział ginekologiczno-położniczy (zabiegi operacyjne na NTM poza zabiegami z użyciem taśm)

PABIANICE

10. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Jana Pawła II 68 - oddział urologiczny Piotrków Trybunalski
11. Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika, ul. Rakowska 15 - oddział ginekologiczno-położniczy

SIERADZ

12. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Armii Krajowej 7 - oddział urologiczny, ginekologiczno-położniczy

SKIERNIEWICE

13. Wojewódzki Szpital Zespolony, ul. Rybickiego 1 - oddział ginekologiczno-położniczy Tomaszów Mazowiecki
14. Szpital Rejonowy, Al. Jana Pawła II 35 - oddział ginekologii

ZGIERZ

15. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, ul. Parzęczewska 35 - oddział urologiczny, ginekologiczno-położniczy

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji uzyskanych w placówkach.

Badanie urodynamiczne w województwie małopolskim

W niniejszym numerze prezentujemy Państwu listę pracowni urodynamicznych z województwa małopolskiego. Według zebranych danych (stan na 05.2011 r.), pełne badanie urodynamiczne w województwie małopolskim wykonuje obecnie 6 placówek, w tym jedna z pracowni przeprowadza badanie urodynamiczne tylko u dzieci i młodzieży do 18. roku życia.

Nie wszystkie placówki wykonujące badania mają podpisany kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. W niektórych z nich pacjenci muszą sami pokryć koszty badania.

Biorąc pod uwagę liczbę ludności w województwie (3 298 tys.), na jedną pracownię przypada ok. 550 tys. pacjentów. Wynik ten nie jest zadowalający; w porównaniu do regionów o podobnej liczebności mieszkańców placówek wykonujących badanie urodynamiczne jest niewiele.

Porównując obecne dane ze statystykami sprzed czterech lat, kiedy po raz pierwszy analizowaliśmy sytuację w województwie małopolskim, liczba pracowni urodynamicznych zwiększyła się o 3 placówki.

W następnym numerze Kwartalnika NTM zaprezentujemy Państwu listę pracowni urodynamicznych na Śląsku.

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

KRAKÓW

1. NZOZ Centrum Medyczne Bomed, 31-209 Kraków, ul. Fieldorfa Nila 14/JU1 (bez refundacji z NFZ)
2. SCANMED Szpital św. Rafała, 30-693 Kraków, ul. Bochenka 12 (bez refundacji z NFZ)
3. Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, 30-663 Kraków, ul. Wielicka 265
4. Oddział Kliniczny Kliniki Ginekologii i Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, 31-501 Kraków, ul. Kopernika 23
5. Oddział Kliniczny Kliniki Urologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, 31-531 Kraków, ul. Grzegorzewska 18 (tylko dzieci i młodzież do 18 r.ż.)

TARNÓW

1. CENTERMED, 33-100 Tarnów, ul. Słoneczna 32 (tylko ze skierowaniem od lekarza z przychodni)

DOSTĘP DO ZAOPATRZENIA W ŚRODKI POMOCNICZE I PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE WG DANYCH WOJEWÓDZKICH ODDZIAŁÓW NFZ - STAN NA 30.04.2011

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	-	9 m.*	4 909 ☹	nb	-	nb	-	nb	-
Kujawsko-Pomorskie	nb	-	nb	-	4 m.	1 984 ☹	4 m.	16 ☹	4 m.	1 637 ☹	4 m.	446 ☹
Lubelskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Lubuskie	nb	-	nb	-	nb	- ☺	nb	-	nb	-	nb	-
Łódzkie	nb	-	nb	-	7 m.	3 924 ☺	0-4 m.	16 ☹	0-4 m.	2 287 ☺	0-4 m.	489 ☹
Małopolskie	nb	-	nb	-	6 m.*	2 495 ☹	nb	-	3 m.***	1 432 ☹	2 m.*	627 ☹
Mazowieckie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Opolskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Podkarpackie	nb	-	nb	-	do 1 m.	395 ☹	nb	- ☺	do 1 m.	877 ☹	do 1 m.	178 ☹
Podlaskie	nb	-	nb	-	4 m.	797 ☺	nb	-	4 m.****	192 ☹	nb	-
Pomorskie	nb	-	nb	-	20 m.	1 700 ☹	1 m.	21 ☹	1-2 m.	1 375 ☹	6 m.	280 ☹
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.**	1 175 ☹	nb	-	1 m.**	411 ☹	1 m.**	208 ☹
Zachodniopomorskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-

nb - na bieżąco, bd - brak danych

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

**** dot. butów ortopedycznych o kodzie 9191.01

☺ - poprawa sytuacji w stosunku do poprzedniego rankingu

☹ - pogorszenie sytuacji w stosunku do poprzedniego rankingu

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Piszę do Państwa w imieniu mojego męża (27 lat), który cierpi na nietrzymanie moczu. Epizody NTM występują u niego jedynie podczas snu (zarówno w nocy, jak i w dzień). Poza tym, mąż ma problem ze wzwodem podczas stosunku. Jestem przekonana, że te dwie dolegliwości mają ze sobą związek; kiedy jakiś czas temu moczenie ustąpiło na kilkanaście dni, problemy w łóżku również na chwilę minęły. Teraz jest coraz gorzej. Mąż moczy się każdej nocy – i nie jest to moczenie nieznaczne, ale bardzo obfite.

Zastanawiam się, czy ma to jakiś związek z wydarzeniem, które miało miejsce wiele lat temu. Mąż naciągnął ścięgno w tydzień i od tamtej pory kuleje – jakby ciągnął jedną nogę za sobą. Może to dziwnie zabrzmieć, ale mam wrażenie, że przez to, że kuleje, nadmiernie ociera nogą o lewe jądro.

Może się mylę, ale wydaje mi się, że jest to ze sobą powiązane, zwłaszcza, że moczenie zaczęło się w niedługim czasie po tym, kiedy mąż zaczął kuleć.

Chciałabym wiedzieć, jak mogę mu pomóc – poza tym, że wysyłam go do lekarza już od roku. Zdaje sobie sprawę, że nie jest to dla niego komfortowa sytuacja, ale dla mnie również staje się to coraz bardziej uciążliwe. Proszę o pomoc...

Zofia

Szanowna Pani,
związek urazu ścięgna i następowego problemu z kończyną dolną i ocieraniem o jądro jest praktycznie nieprawdopodobny. Mąż powinien zgłosić się do urologa i przejść standardowe badania związane z zaburzeniami oddawania moczu i erekcji. Trudno na podstawie przedstawionych przez Panią danych ferować jakikolwiek wyrok dotyczący rozpoznania, a tym bardziej leczenia. Warto też udać się do neurologa, ponieważ może istnieć związek z zaburzeniami urologicznymi a niedowładem nogi (niekoniecznie musi to być sprawa porażowa). Lekarz musi zebrać dokładny wywiad i w zależności od wstępnego rozpoznania zaplanować badania. Doraźna pomoc związana z moczeniem nocnym to unikanie przyjmowania płynów na co najmniej 2 godziny przed snem i stosowanie budzika. Jeśli wiadomo, o której godzinie najwcześniej następuje epizod moczenia, należy nastawić budzik na ok. 15 minut wcześniej. Mąż powinien wtedy oddać mocz w toalecie, co powinno zabezpieczyć go przed moczeniem w dalszej części nocy.

*Dzień dobry,
mam do Państwa pytanie. Moim problemem jest nietrzymanie moczu występujące zaraz po jego oddaniu – dokładnie chodzi o „wykapywanie” kilku kropelek. Byłem z tym problemem*

u lekarza urologa. Polecił, abym wykonał uroflowmetrię. Badanie wykazało, że czas oddawania moczu jest dużo dłuższy niż przeciętnie u osoby w moim wieku (25 lat). Lekarz przepisał mi tamsulozyny w kapsułkach. Stosuję wskazany lek już od trzech dni i nie zauważyłem żadnej poprawy. Moje objawy są następujące: dłuższe oddawanie moczu, słabe ciśnienie moczu, czasem też strumień oddzielony. Dodam, że cierpię również na zaburzenia lękowe. Poza tym wykonuję pracę, która jest bardzo absorbująca, zdarza się, że po prostu nie mam czasu iść do toalety i wtedy wstrzymuje mocz bardzo długo. Po kilku takich sytuacjach miałem bolesne parcia i częstomocz. Proszę Was o pomoc. Dziękuję.

Piotr



Szanowny Panie,

Wykapywanie paru kropli moczu po jego oddaniu może być „normalne”. Jeśli natomiast ma Pan zmienny strumień moczu i być może w przyszłości jakiś epizod zapalenia cewki (o czym może świadczyć wynik badania uroflowmetrycznego – wydłużenie czasu mikcji), należałoby wykonać badania w kierunku zwężenia cewki (uretrografia, uretroskopia). Jeśli te nie potwierdzą podejrzenia zwężenia cewki, trzeba wykonać kompleksowe badanie urodynamiczne.

Mam 31 lat. Półtora roku temu urodziłam dziecko. Od kilku miesięcy obserwuję u siebie delikatny wyciek moczu po kąpiel w wannie, w szczególności, gdy woda była bardzo ciepła.

Taka sytuacja ma miejsce tylko czasem, a moczu jest niewiele – kilka kropelek. Zdarza się, że trudno mi odróżnić, czy to jeszcze niewytarta woda czy mocz. Pierwszy raz zauważyłam wspomnianą przypadłość w ciąży. Czy mogą to być początki nietrzymania moczu? Czytałam, że poród siłami natury może mieć duży wpływ na NTM. Nie byłam nacinana podczas porodu, ale krocze samo pękło – czy to źle? Co mogę zrobić, żeby przeciwdziałać dalszemu rozwojowi tej choroby?

Renata

Szanowna Pani,

To nie musi, ale może być początek wysiłkowego nietrzymania moczu. Ważne byłoby potwierdzenie, czy wycieka rzeczywiście mocz czy jest to jakaś inna wydzielina. Można to ocenić zabarwiając mocz substancją barwiącą, przyjętą doustnie, np. błękitem metylenowym lub lekiem Ginjał. Może to być np. wydzielina gruczołów okołocewkowych – wtedy wyciekająca ciecz raczej nie będzie niebieska. Ciąża, poród, pęknięcie krocza, wysoka masa ciała są czynnikami ryzyka wysiłkowego NTM. Jeśli jest to wysiłkowe NTM, proponuję ćwiczenia mięśni dna miednicy (Kegla) i konsultację specjalistyczną urologa lub ginekologa.

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

Imię, nazwisko i adres wpłacającego

Tytułem

krajowa prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“

• Wyrażam zgodę na zamieszczenie i przetwarzanie moich danych w bazie adresowej Studia PR. Dane podlegają ochronie zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883)

• Upoważniam firmę Studio PR do wystawienia faktury VAT bez mojego podpisu

STEMPEL
DZIENNY

PODPIS

OPLATA

Polecenie przelewu / wpłaty 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 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:	

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
Bielańskiego w Warszawie



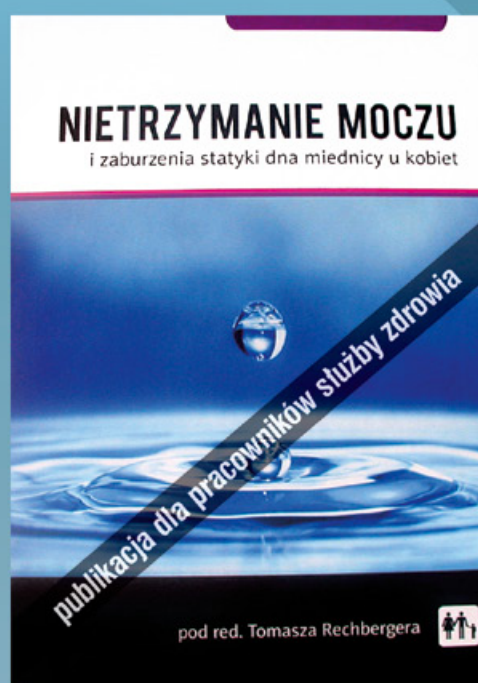
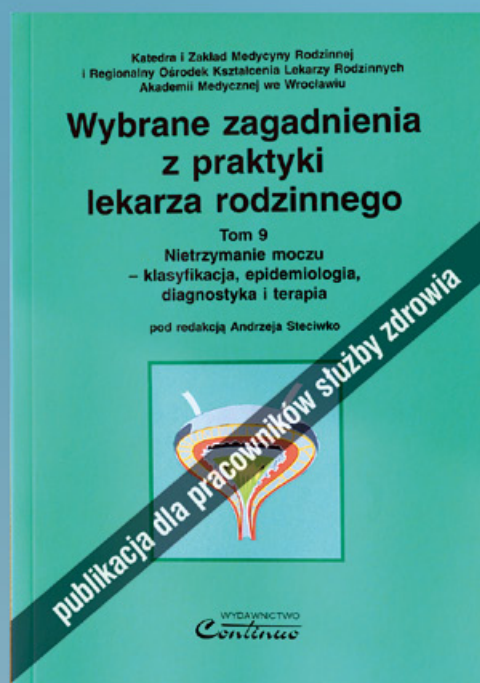
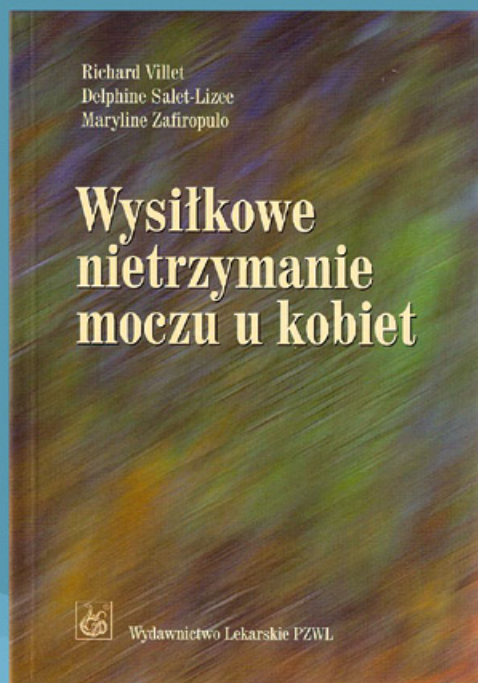
INFOLINIA 0 801 800 038

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
oraz pod numerem infolinii 0 801 800 038

Atrakcyjne ceny!