

Refundacja**Kiedy nowelizacja?
- pytają pacjenci****Środki absorpcyjne****Jakość w opiece długoterminowej****Normy jakości dla środków absorpcyjnych****Leczenie****Neuromodulacja: skuteczność i częstość
występowania powikłań****Działania profilaktyczne i terapeutyczne
w ciąży i po porodzie****Refundacja środków absorpcyjnych w 2012 roku**

Pacjent czy budżet?

Z roku na rok coraz bardziej zastanawiam się jaką misją kierują się tak naprawdę politycy i urzędnicy odpowiedzialni za polską politykę zdrowotną. Najczęściej używanym stwierdzeniem jaki możemy usłyszeć z ich ust jest „dobro pacjenta”. Czy jednak naprawdę dobro pacjenta jest dla nich najważniejsze?

Od wielu lat końcówka roku przebiega zazwyczaj w nerwowej atmosferze. Wiąże się to zarówno z podpisywaniem nowych umów pomiędzy NFZ, a tzw. świadczeniodawcami i jednocześnie z wprowadzaniem nowych, często kontrowersyjnych przepisów, które zaczynają obowiązywać od 1 stycznia. Ten już obyczaj „świętujemy” również w tym roku. Była Minister Zdrowia, Ewa Kopacz zostawia po sobie sporo ważnych zmian, wśród których zdecydowanie najistotniejszą, a przynajmniej najbardziej medialną, wydaje się być ustawa refundacyjna. Co prawda ustawę dostał w spadku Bartosz Arłukowicz – jeden z najzagorzalszych jej przeciwników – ale jak widać zmiana stanowiska ma zbawienny wpływ na zmianę poglądów. Reasumując możemy usłyszeć, że zmiany jakie nas czekają od nowego roku to zmiany na lepsze i co najważniejsze – zmiany dla dobra pacjentów. Dlaczego więc przychodnie i apteki przeżywają w ostatnich tygodniach nawalnicę pacjentów? Czyżby społeczeństwo nie wierzyło deklaracjom Ministerstwa Zdrowia? Czy może tak jak ja czytają prognozy wyspecjalizowanych instytucji jak IMS Health, która od wielu lat monitoruje polski rynek leków i prognozuje, że pacjent owszem, zapłaci inną cenę

za leki ale, o zgrozo, będzie to cena wyższa.

Podobnie rzecz się ma z zarządzeniami Prezesa NFZ. Szczególnie wyraźnie to widać w zaopatrzeniu w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, o których piszemy regularnie w Kwartalniku. Praktycznie co roku Prezes NFZ ogłasza przepisy, które mają jeden wyraźny cel: zniechęcić pacjentów do korzystania z refundacji i utrudnić sprzedawcom realizowanie zaopatrzenia. Gdy już ustawa sejmowa lub rozporządzenie Ministra Zdrowia nie zostawiają zbyt wiele miejsca na doszczegółowienie przepisów przez NFZ, w pojedynczych województwach pojawiają się zniechęcające nowe interpretacje tychże przepisów, które o ile zostaną przegłosowane na szczeblu regionalnym, po jakimś czasie zyskują status ogólnopolskich. Oczywiście, te wszystkie zmiany robione również są dla „dobra pacjenta”.

Szkopuł w tym, że nawet pacjenci w to już nie wierzą. Może więc warto grać w otwarte karty, dzieląc role poszczególnych stron tak jak jest to w rzeczywistości, gdzie producenci i dystrybutorzy pracują na maksymalizację swoich zysków, Ministerstwu Zdrowia i NFZ wyłącznie chodzi o interes budżetu państwa (nie mylić z interesem państwa), a środowisku medycznemu na polepszeniu warunków finansowych swojej pracy. Gdzie są w tym wszystkim pacjenci? Niestety coraz bardziej zapomniani i ignorowani w tej nierównej walce o refundację.

Tomasz Michatek



SPIS TREŚCI

LECZENIE NTM

NTM: działania profilaktyczne i terapeutyczne w ciąży i po porodzie, cz. 3	4-5
Hormonalna terapia zastępcza a nietrzymanie moczu	6-7
Nowości w leczeniu OAB	8
Neuromodulacja krzyżowa - skuteczność i częstość występowania powikłań	9-10

ZAOPATRZENIE ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

Refundacja środków absorpcyjnych w 2012 r.	11
---	----

ZABIEGI LECZĄCE NTM

Operacje z użyciem taśm w województwie świętokrzyskim	12
---	----

DIAGNOSTYKA

Badanie urodynamiczne - etapy badania, cz. 2	13-14
Pracownie urodynamiczne - woj. dolnośląskie	15
Dostęp do zaopatrzenia - WO NFZ	15

NTM PROBLEM SPOŁECZNY

Kiedy nowelizacja? - pytają pacjenci	16
Normy jakości dla środków absorpcyjnych	17
Rola rehabilitacji w profilaktyce i terapii NTM, cz. IV Fizykoterapia	17-18

PIELĘGNACJA I PROFILAKTYKA

Jakość w opiece długoterminowej	19-20
---------------------------------------	-------

GDZIE LECZYĆ NTM

Przed wszystkim doświadczenie	21
-------------------------------------	----

Szanowni Państwo,

Rok 2011 upłynął pod znakiem przygotowań do wielkiej zmiany. Zmianę tę przyniesie ustawa refundacyjna, która wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2012 r. Nowe przepisy mają zrewolucjonizować system refundacji w Polsce. O tym czy tak się stanie, przyjdzie przekonać się nam już niebawem. Nie da się ukryć, że pacjenci z nietrzymaniem moczu pokładają duże nadzieję w zapowiadanej nowelizacji przepisów dot. refundacji środków absorpcyjnych.

Pośpiech z jakim przygotowywane są kolejne akty wykonawcze do ustawy refundacyjnej oraz zamieszanie i protesty, które temu towarzyszą nie nastroją jednak zbyt optymistycznie. Osoby z NTM obawiają się, że na zmianę przepisów przyjdzie poczekać im kolejne miesiące. O walce członków Stowarzyszenia UroConti o bardziej ludzkie przepisy, o ich sukcesach i porażkach będą mogli państwo przeczytać w artykule Katarzyny Walewskiej - „Kiedy nowelizacja? - pytają pacjenci”. Na łamach 39 numeru Kwartalnika NTM poruszyliśmy również tematy związane z poprawą jakości refundowanych środków wchłaniających oraz jakości świadczeń jakie otrzymuje pacjent w placówkach opieki długoterminowej. Dr Elżbieta Szwałkiewicz, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych opowiedziała na jakim etapie jeśli chodzi o poziom opieki długoterminowej znajduje się Polska oraz na jakie aspekty należy zwrócić uwagę, aby jakość opieki nad osobami niesamodzielnymi w Polsce spełniała najwyższe standardy.

Sporo miejsca poświęciliśmy również diagnostyce oraz leczeniu nietrzymania moczu. W tym numerze Kwartalnika NTM znajdą Państwo informacje dotyczące praktycznych aspektów badania urodynamicznego, miejsca terapii hormonalnej w leczeniu nietrzymania moczu oraz najnowsze doniesienia odnośnie skuteczności terapii za pomocą stymulatora nerwów krzyżowych. Z kolei dr Jacek Tomaszewski prezentuje wyniki najnowszych badań dotyczących leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego.

Coś dla siebie znajdą również młode mamy, panie w ciąży oraz panie planujące powiększenie rodziny. W 39 numerze Kwartalnika NTM kończymy cykl artykułów nt. profilaktyki i leczenia NTM w ciąży i po porodzie. Dr Grzegorz Surkont oraz dr Edyta Włazlak opowiedzieli o praktycznych aspektach ćwiczeń biofeedback, elektrostymulacji, stosowania pessarów, farmakoterapii i leczenia operacyjnego NTM.

Życzę miłej lektury.

Anna Sulka

Redaktor naczelny: Tomasz Michalek; **Redaktor wydania:** Anna Sulka;
Sekretarz redakcji: Karolina Ciepiela;
Komitet redakcyjny: prof. dr hab. n. med. Piotr Radziszewski - Katedra i Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, dr n. med. Piotr Dobroński - Oddział Urologii Szpitala Bielańskiego w Warszawie;
Zespół redakcyjny: Magdalena Kowalewska, Natalia Łyczko, Magdalena Potoczek, Kinga Suwała, Katarzyna Walewska;
Komentatorzy: Józef Góralczyk, Elżbieta Szwałkiewicz, Grażyna Śmiarowska;
Korekta: Marzena Michalek; **Zdjęcia:** Photogenica Sp. z o.o., Dominik Skurzak
Rysunki: Dariusz Pietrzak; **Skład:** Wojciech Polniak
Adres redakcji: ul. E. Ciołka 13, 01-445 Warszawa, tel.: (22) 462 49 15, faks: (22) 533 62 93, e-mail: ntm@ntm.pl
Infolinia: 801 800 038
www.ntm.pl

Wydawca: Studio PR
Realizacja Wydawnicza:
 Omni Consumer Info Sp. z o.o.
Druk: Kunke Poligrafia

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń oraz zastrzega sobie prawo skracania tekstów i zmiany ich tytułów. Nakład: 2000 egzemplarzy.
 Zdjęcie na okładce: East News Sp. z o.o.

NTM: Działania profilaktyczne i terapeutyczne w ciąży i po porodzie, cz.3

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

Klinika Ginekologii Operacyjnej i Onkologicznej

I Katedra Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi WSSZ im. M. Pirogowa



Wyniku ciąży dochodzi do znaczącego osłabienia struktur, dzięki którym kobiety trzymają moczo. Dokładny mechanizm powstawania tych uszkodzeń nie jest znany. Niemniej współczesna medycyna dysponuje szeregiem skutecznych metod leczenia i profilaktyki nietrzymania moczu. W tym numerze Kwartalnika NTM zamykamy cykl artykułów dotyczących zapobiegania i leczenia NTM po porodzie. Na zakończenie omówimy praktyczne aspekty ćwiczeń biofeedback, elektrostymulacji, stosowania pessarów, farmakoterapii i leczenia operacyjnego NTM.

I. ĆWICZENIA BIOFEEDBACK, ELEKTROSTYMULACJA

Około 50% kobiet nie jest w stanie samodzielnie nauczyć się jak poprawnie wykonywać ćwiczenia wzmacniające mięśnie dna miednicy. Nauka jest możliwa podczas wizyty u uroginekologa lub podczas USG uroginekologicznego. Zwykle jednak czas, jak i częstotliwość badania nie pozwala na skuteczną naukę. Warto wtedy skorzystać z porady doświadczonego fizyioterapeuty. W pierwszym etapie nauka zazwyczaj przebiega bez specjalnej aparatury. Po serii takich zajęć niemały odsetek kobiet potrafi już samodzielnie prawidłowo ćwiczyć. Dla tych, którym sprawia to pewne trudności, są specjalne urządzenia do elektrostymulacji i biofeedbacku, których można używać podczas wizyty u specjalisty lub do użytku domowego. Elektrostymulacja pozwala na biernie wzmocnienie mięśni. Biofeedback umożliwia naukę prawidłowego wykonywania ćwiczeń mięśni Kegla. Najlepszym rozwiązaniem jest nauka ćwiczeń za pomocą aparatury przy wsparciu specjalisty, a następnie, jeżeli jest to konieczne, wykonywanie ćwiczeń samodzielnie przy użyciu sprzętu do użytku domowego. Zasada wykonywania ćwiczeń Kegla samodzielnie, jak i za pomocą specjalnych przyrządów, jest taka sama. (patrz cz. 2)

II. PESSARY

Są to wkładki dopochwowe, wykonane ze specjalnego silikonu. Oprócz działania profilaktycznego (patrz cz. 1) są bardzo często stosowane do leczenia nieoperacyjnego nietrzymania moczu oraz wypadania pochwy i macicy, czyli do terapii zaburzeń statyki narządu rodowego,

zarówno po porodzie, jak i po nieskutecznej operacji. Nowoczesna pessaroterapia polega na stosowaniu ich „jak okulary” czyli wtedy, gdy są potrzebne. Niektóre pacjentki zakładają je tylko przed wysiłkiem, inne noszą je od rana do wieczora. Należy unikać noszenia ich przez wiele tygodni bez wyjmowania, gdyż ten stary sposób stosowania pessarów zwiększa ryzyko odleżyn i upławów. Stosowanie pessarów tylko na dzień pozbawione jest tego ryzyka.

Wiele rodzajów pessarów może być stosowanych podczas współżycia. Kwestie te należy szczegółowo omówić ze swoim uroginekologiem.

Istnieje wiele rodzajów i rozmiarów pessarów. Dzięki temu u większości kobiet można dobrać odpowiedni pessar. Pacjentki w każdym wieku, zwykle po kilku minutach instruktora opanowują bezbłędnie technikę zakładania i wyjmowania pessarów. Niemały procent zadowolonych kobiet stosuje je latami. Natomiast podczas pierwszych, samodzielnych prób mogą pojawić się niejasności, jak założyć, lub jak wyjąć pessar. Dlatego ważne, by pacjentki w pierwszych dniach ich stosowania, mogły mieć możliwość uzyskania porady specjalistycznej. Pierwsza kontrolna wizyta powinna się odbyć w krótkim czasie od rozpoczęcia pessaroterapii. Istnieje wtedy możliwość przedyskutowania z pacjentką powstałych niejasności i wątpliwości.

III. FARMAKOTERAPIA

Wiele dolegliwości pęcherzowych może być skutecznie likwidowanych lekami. Obecnie dysponujemy coraz skuteczniejszymi, a co ważniejsze, coraz lepiej tolerowanymi lekami.

Po urodzeniu dziecka, zwłaszcza w czasie laktacji, poziom estrogenów spada, natomiast podnosi się poziom prolaktyny w organizmie. Okres karmienia piersią sprzyja miejscowym niedoborom estrogenów w obrębie pochwy, cewki moczowej i pęcherza. Konsekwencją tego jest suchość pochwy oraz bolesne współżycie. Pojawiają się objawy w zakresie pęcherza i cewki moczowej: częste oddawanie moczu, silne, nagłe parcie na pęcherz z potrzebą natychmiastowej mikcji, trudności w utrzymaniu moczu. U pacjentek podczas karmienia piersią z objawami

dyzurycznymi, NTM, jak również z suchością w pochwie i bolesnym współżyciem, stosuje się przede wszystkim gałki zawierające bardzo niskie dawki estrogenów oraz liofilizatu bakterii kwasu mlekowego. Są one dopuszczalne do stosowania podczas karmienia piersią. Skuteczność estrogenoterapii w zakresie wysiłkowego nietrzymania moczu budzi kontrowersje. Słabsze ukrwienie cewki moczowej jest przyczyną zmniejszenia ciśnienia śródcewkowego i wpływa na pogorszenie funkcjonowania aparatu zwieraczowego. Stosowanie estrogenów przywraca prawidłowe ukrwienie w obrębie cewki moczowej i powoduje wzrost ciśnienia cewkowego. Utrata elastyczności mięśni przepony moczowo-płciowej po porodzie może doprowadzić do obniżenia ścian pochwy, szyi pęcherza moczowego i macicy. Miejscowa ETZ (miejscowa estrogenoterapia zastępcza) korzystnie modyfikuje metabolizm tkanki łącznej struktur dna miednicy mniejszej. Dlatego wielu specjalistów stosuje estrogeny dopochwowo także jako leczenie wysiłkowego NTM. U niektórych kobiet z parciem nagłymi podawanie dopochwowo ETZ pozwala na zlikwidowanie objawów lub znaczną poprawę komfortu życia. Pełny efekt obserwuje się po upływie 1-3 miesięcy terapii preparatami dopochwowymi. W przypadku gałek, dopuszczonych do stosowania podczas karmienia, zaleca się podawanie 1 tabletki dopochwowo na dobę w pierwszym tygodniu leczenia. Następnie dawką podtrzymującą jest 1 tabletką dopochwowo 2 razy na tydzień.

Leczenie farmakologiczne pęcherza nadreaktywnego za pomocą leków antymuskarynowych u kobiet karmiących jest przeciwwskazane. Pozytywny efekt w zakresie wielu dolegliwości pęcherzowo-cewkowych podczas karmienia piersią przynoszą ćwiczenia Kegla.

IV. LECZENIE OPERACYJNE

W przypadku nieskutecznego leczenia nieoperacyjnego współczesna uroginekologia oferuje wysoko skuteczne zabiegi operacyjne ze stosunkowo niewielkim ryzykiem powikłań.

Uroginekologia od kilkunastu lat jest bardzo intensywnie rozwijającą się dziedziną. Kobiety, u których metody nieoperacyjne nie działają, a objawy przeszkadzają im mocno w codziennym życiu, mogą przedyskutować ze swoim uroginekologiem możliwości leczenia operacyjnego. Obecnie dysponujemy szerokim wachlarzem zabiegów leczących wysiłkowe nietrzymanie moczu, wypadanie pochwy i macicy (czyli zaburzenia statyki narządy rodne) z zastosowaniem tkanek własnych pacjentek, jak i z użyciem sztucznych materiałów. Postęp jest na tyle duży, że można powiedzieć, iż zabiegi obecnie dostępne są wysoce skuteczne i obciążone małym ryzykiem powikłań. Obecna wiedza pozwala coraz

lepiej indywidualizować dobierane operacje do każdej pacjentki. Należy jednak pamiętać, że pomimo ogromnego postępu i małego ryzyka powikłań, kilka procent pacjentek nie jest zadowolona z efektu operacji. Ten procent można poprawić aktywnie współuczestnicząc w procesie leczenia, stosując się do zaleceń profilaktycznych i leczniczych również po operacji.

Kobiety, u których leczenie nieoperacyjne przynosi wystarczającą poprawę lub u których dolegliwości uroginekologiczne nie są bardzo



Fot. Photogenica Sp. z o.o.

silone, mogą odłożyć rozmowę z uroginekologiem o operacji na późniejszy termin. Obecnie trwają intensywne badania na całym świecie, które dają nadzieję na poszerzenie gamy wykonywanych zabiegów i poprawę diagnostyki przedoperacyjnej. To powinno umożliwić jeszcze bardziej zindywidualizowany dobór rodzaju oraz techniki zabiegu i jeszcze bardziej poprawić zadowolenie pacjentek z efektu operacji. Szczególne nadzieje budzą analizy uszkodzeń poporodowych i nowe sposoby ich naprawy.

Operacyjne leczenie wysiłkowego nietrzymania moczu po pierwszej ciąży, ale przed kolejną nie jest bezwzględnie przeciwwskazane. Należy jednak pamiętać, że kolejna ciąża i poród, nawet drogą cięcia cesarskiego, może zniweczyć efekty leczenia zabiegowego. Pomimo tego, większość specjalistów uważa, że po operacji uroginekologicznej ciążę lepiej rozwiązać za pomocą cięcia cesarskiego. Niestety sama ciąża również może wpłynąć na nawrót NTM oraz na powstanie nowych zaburzeń statyki narządu płciowego i nie chroni przed nawrotem NTM. Z tych powodów najczęściej operacje leczące NTM i wypadanie macicy/pochwy wykonywane są u kobiet, które zdecydowanie nie planują już ciąży w przyszłości. Stąd na świecie niewiele jest kobiet, które po operacji uroginekologicznej były w ciąży i rodziły.

Hormonalna terapia zastępcza a nietrzymanie moczu

lek. med. Łukasz Kupis, dr n. med. Piotr Dobroński
Oddział Urologiczny Szpitala Bielańskiego w Warszawie



Fot. Photogenica Sp. z o.o.

Hormonalna terapia zastępcza (HTZ) składająca się na doustną terapię estrogenową lub doustną terapię estrogenowo-progesteronową przez długi czas była stosowana u kobiet w okresie okołomenopauzalnym, nie tylko w celu zmniejszenia objawów samej menopauzy takich jak uderzenia gorąca, nocne poty czy suchość pochwy, ale także z powodu innych dolegliwości w tym nietrzymania moczu (NTM).

Biologiczne uwarunkowania do takiego wykorzystania HTZ opierały się na dowodzie występowania receptorów estrogenowych w tkankach układu moczowo-płciowego. Obecność receptorów estrogenowych w tej okolicy sprawia, że hormony mogą mieć wpływ na proces trzymania moczu. Estrogeny zwiększają okołocewkowy przepływ krwi podnosząc tym samym ciśnienie zamykające cewkę moczową, zwiększają wrażliwość i gęstość występowania receptorów alfa-adrenergicznych, a także nasilają proliferację nabłonka w dolnych drogach moczowych.

W trakcie rozważań na temat miejsca hormonów w leczeniu NTM warto przytoczyć badanie HERS zakończone w 2001 oraz jego liczne opracowania. Miało ono za cel ustalenie czy HTZ u kobiet po menopauzie z chorobą wieńcową zapobiega zawałom serca lub śmierci z powodu choroby wieńcowej. Badanie przeprowadzone

zostało na ponad 2700 pacjentkach, z których wyselekcjonowano grupę 1208 kobiet do badania nietrzymania moczu. Z grupy tej 49% przyjmowało terapię hormonalną, a 51% placebo. Podczas 4-letniego leczenia u 64% pacjentek z grupy przyjmującej hormony zaobserwowano objawy NTM, które w grupie kontrolnej zgłosiło tylko 49%. Analizując kolejno: NTM z parcia w grupie leczonej hormonami zgłaszało 48%, a w grupie placebo tylko 36% kobiet; wysiłkowe NTM dotyczyło 54% kobiet z grupy przyjmującej hormony i tylko 38% z grupy placebo. Różnice w leczeniu obu grup widoczne były już po 4 miesiącach terapii i utrzymywały się do jej końca. Ze statystyk wynika jasno, że terapia hormonalna zwiększa o 50% szanse wystąpienia NTM z parcia oraz aż o 70% szanse wystąpienia wysiłkowego NTM. Co ciekawe negatywny wpływ na NTM z parcia zdawał się zwiększać z czasem trwania terapii.

Wzrost ryzyka NTM po 4 latach leczenia HTZ wyniósł 15%-12% dla NTM z parcia i 16% dla NTM wysiłkowego. Z kolei kobiety włączane do zakończonego w 1999 r. badania WHI (Women's Health Initiative), które miało ustalić czy hormony wpływają na częstość występowania nowotworów jelita grubego lub sutka, choroby wieńcowej czy osteoporozy, przyjmowały estrogen, estrogen z progesteronem albo placebo. To wielośrodkowe badanie na dużej (ponad 27 000 badanych) grupie pacjentek udowodniło nie tylko pogarszanie objawów NTM u kobiet z już rozpoznany NTM, ale także pojawianie się jego objawów de novo. Negatywny efekt hormonów utrzymywał się przez 3 lata. Autorzy zwracają uwagę, że w badaniu WHI wykorzystany był tylko jeden sposób dawkowania i droga podania estrogen/progesteronu, ale dostrzegają oni analogie z innymi badaniami obserwacyjnymi.

Biologiczne podstawy zmian zachodzących w układzie moczowo-płciowym pod wpływem hormonów dotyczą kolagenu. To główne białko tkanki łącznej jest kluczowym komponentem aparatu mięśniowo - więzadłowego przepony dna miednicy i pochwy kontrolujących kontynencję u kobiet. Badania wykazały, że HTZ skutkuje spadkiem stężenia kolagenu, zmniejszeniem liczby połą-

czeń wewnątrzkolagenowych oraz markerów przemiany kolagenu w tkankach okołocewkowych u kobiet z NTM. Badania eksperymentalne dodatkowo wykazały, że estrogeny mogą prowadzić do zmniejszenia liczby włókien kolagenu a z drugiej strony do wzrostu liczby włókien mięśni gładkich w ścianie cewki i pęcherza. Zmiany te wiążą się ze zwiększeniem kurczliwości pęcherza i napięcia spoczynkowego. U małp i szczurów zaobserwowano wzrost ilości naczyń okołocewkowych pod wpływem terapii hormonalnej. Chociaż początkowo uważano to za pozytywny czynnik to obecnie sądzi się, że nowo tworzące się naczynia wraz z luźną tkanką łączną zastępują kolagen, powodując osłabienie podparcia dla cewki moczowej. Połączenie zwiększonego ciśnienia w pęcherzu z osłabieniem wydolności cewki moczowej może prowadzić do NTM.

Z metaanaliz zamieszczonych w bazie Cochrane wynika, że wśród wielu badań klinicznych dotyczących omawianego tutaj zagadnienia najbardziej znaczące są dwa. Wyniki obu tych badań zostały tutaj w skrócie nakreślone. Pozostałe badania nierzadko sugerowały odmienny pogląd na ten temat, jednak muszą być odrzucone ze względu na małą liczbę uczestników. Potrzebne są dalsze, dokładniejsze badania, które w jasny sposób odpowiedziałyby przede wszystkim na pytanie, czy podobny trend jest charakterystyczny dla wszystkich sposo-

bów podawania HTZ, z uwzględnieniem różnego dawkowania. Ważne jest także ustalenie czy wyniki opublikowanych badań są w stanie wpłynąć na pozycję estrogenów jako składnika terapii łączonej NTM z innymi metodami jak np. zmiana trybu życia czy metody zachowawcze - ćwiczenia mięśni dna miednicy, elektrostymulacja, stymulacja magnetyczna, leczenie farmakologiczne. Pamiętać należy również o innych negatywnych skutkach HTZ, takich jak powikłania zakrzepowo-zatorowe, wzrost ryzyka wystąpienia raka endometrium czy raka sutka.

Obecnie jasno zdefiniowane miejsce estrogenów w leczeniu NTM to zastosowanie miejscowe, jako ok. 6-tygodniowe przygotowanie ściany pochwy do przezpochwowych operacji wysiłkowego NTM z zastosowaniem taśm syntetycznych. Są też stosowane krótko w niepowikłanym okresie pooperacyjnym jak i w leczeniu powikłań np. niewielkich erozji ściany pochwy. Biorąc pod uwagę całokształt obecnego stanu wiedzy medycznej z całą pewnością można stwierdzić, że nie należy stosować HTZ w celu leczenia inkontynencji. Pozostaje ona bez wpływu na NTM lub może wręcz nasilać każdy jego rodzaj. Jest to również kolejny powód, dla którego HTZ w leczeniu menopauzy powinna być stosowana tak krótko jak jest to możliwe i tylko w ściśle określonych przypadkach.

Debatowali o innowacjach w medycynie

24 listopada 2011 r. w Warszawie odbyło się seminarium edukacyjne poświęcone tematyce innowacyjnych wyrobów medycznych „*Innowacje w medycynie – ocena dostępności w Polsce*”. Organizatorem spotkania była Fundacja Watch Health Care, działająca w obszarze promocji innowacyjnych wyrobów medycznych oraz zwiększania dostępności do nowoczesnych terapii dla polskich pacjentów.

Wśród omawianych technik terapeutycznych, które powinny już od dawna być refundowane w Polsce, wielokrotnie wskazywano neuromodulację krzyżową stosowaną w leczeniu nietrzymania moczu. Do dzisiaj metoda ta nie znajduje się w koszyku świadczeń gwarantowanych, finansowanych przez państwo.

Prof. Piotr Radziszewski, prelegent seminarium, zaprezentował na spotkaniu obszerne wyniki badań wykazujące korzyści wynikające z refundacji tej metody zarówno dla pacjenta, jak i budżetu państwa. Według przytoczonych danych finansowanie neuromodulacji wpłynęłoby w znacznym stopniu na zmniejszenie kosztów państwa ponoszonych na leczenie i opiekę nad pacjentem z ciężką postacią NTM.

Przewidywany koszt refundacji neuromodulacji w Polsce stanowi ok. 30 tys. zł (na jednego pacjenta) natomiast dofinansowanie tego rodzaju zabiegu dla pacjenta wyjeżdżającego na terapię poza granicę kraju to ponad 100 tys. zł. Teraz nie pozostaje nic innego jak wyjazd do ośrodków w krajach sąsiednich. Co prawda Narodowy Fundusz Zdrowia niechętnie finansuje takie zabiegi, ale ostatnio orzeczonego wyrok sądu może tę sytuację zmienić. Sąd badający sprawę pacjentki, której odmówiono refundacji za zabieg z wszczepieniem neuromodulatora wykonany poza granicami Polski przyznał jej rację i nakazał NFZ pokrycie kosztów uzasadniając tym, że w Polsce takie zabiegi nie są wykonywane ani refundowane.

Niestety perspektywy szybkiej refundacji neuromodulacji w Polsce są małe. Od września resort zdrowia oczekuje na rekomendację Agencji Ocen Technologii Medycznych, do której skierował wniosek. To oznacza, że pacjenci w Polsce na ostateczną decyzję mogą poczekać nawet kilkanaście miesięcy, a NFZ będzie przepłacał finansując zabiegi zagranicą.

Nowości w leczeniu OAB

dr n. med. Jacek Tomaszewski

II Katedra i Klinika Ginekologii UM w Lublinie

Jedną z ciekawszych opcji terapeutycznych w leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego (OAB) u kobiet jest system uwalniający oksybutyninę do krążenia systemowego od strony pochwy. Pierścien z oksybutyniną, zakładany i usuwany z pochwy przez pacjentkę bez wsparcia osób trzecich, uwalnia lek przez okres jednego miesiąca. Ta droga podania zmniejsza biosyntezę aktywnego metabolitu oksybutyniny, N-desetyloxybutyniny, która odpowiada za większość klasycznych działań niepożądanych związanych z terapią antycholinergicznymi.

W randomizowanym, podwójnie zaślepionym, kontrolowanym placebo badaniu klinicznym przeprowadzonym w USA i Kanadzie (n=719 kobiet), oceniono efektywność oraz bezpieczeństwo terapii oksybutyniną podawanej dopochwowo w postaci pierścienia uwalniającego 4 mg lub 6 mg substancji aktywnej na dobę. Do badania zakwalifikowano pacjentki z OAB, które zgłaszały tygodniowo więcej niż 10 epizodów nietrzymania moczu z parcia, z częstomoczem większym niż 8 mikcji na dobę, a deklarowana przez nie całkowita dobowo objętość wydalanego moczu wynosiła mniej niż 3 litry. Badanie prowadzono przez okres 12 tygodni. W porównaniu do kobiet z grupy kontrolnej, u pacjentek stosujących dopochwowy system uwalniający oksybutyninę, niezależnie od dawki leku, odnotowano poprawę dotyczącą zmniejszenia epizodów niekontrolowanych ucieczek moczu w okresie tygodnia. W grupie kobiet przyjmujących oksybutyninę w dawce 6 mg zaobserwowano wyraźne zmniejszenie częstości mikcji, w stosunku do pacjentek aplikujących pierścienie uwalniające 4 mg leku. Nie wykazano różnic dotyczących objętości wydalanego dobowo moczu. Odsetek działań niepożądanych był wprost proporcjonalny do zastosowanej dawki oksybutyniny. Na suchotę w jamie ustnej skarżyło się 4.9% kobiet leczonych 4 mg oksybutyniny oraz 10.9% pacjentek stosujących ten lek w dawce 6 mg (w grupie placebo: 2.6%). Infekcje dróg moczowych zgłaszane były częściej w grupie przyjmującej pierścienie z 6 mg oksybutyniny (12.2% vs 9.1%, placebo: 4.5%). Tylko znikoma część pacjentek zgłaszała objawy zależne od drogi aplikacji: krwawienia z pochwy, upła-



Fot. Photogenica Sp. z o.o.

wy, ból w pochwie, zaczerwienienia ścian pochwy, infekcję drożdżakami. Wydaje się, że dopochwowa droga podania oksybutyniny jest obiecującą formą terapii OAB pozwalającą uniknąć działań niepożądanych obserwowanych w przypadku doustnej drogi podania leku.

Wśród nowości w terapii OAB na wzmiankę zasługuje eksperymentalne zastosowanie dehydroepiandrosteronu (DHEA) w leczeniu dysfunkcji pęcherza moczowego. Korzystny efekt podania DHEA miałby polegać na modulacji ośrodków kontrolujących funkcję pęcherza moczowego w OUN (ośrodkowy układ nerwowy), głównie na poziomie receptora dopaminergicznego oraz glutaminergicznego.

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

Kinaza Rho odgrywa kluczową rolę w mechanizmie skurczu mięśni gładkich, w tym wypieracza pęcherza moczowego. Enzym ten moduluje poziom fosforylacji lekkich łańcuchów miozyny, głównie poprzez hamowanie fosfatazy miozyny. Wyniki badań eksperymentalnych wskazują, że rola tego białka jest szczególnie istotna w dysfunkcjach pęcherza moczowego na tle nadreaktywności. Inhibitory kinazy Rho, takie jak Y27632, oddziałując na fazę gromadzenia moczu, mogą okazać się efektywną grupą leków w farmakoterapii OAB. Zablokowanie kinazy Rho może znaleźć zastosowanie w znoszeniu objawów na tle nadreaktywności neurogennej indukowanej uszkodzeniem rdzenia kręgowego.

Piśmiennictwo u autora

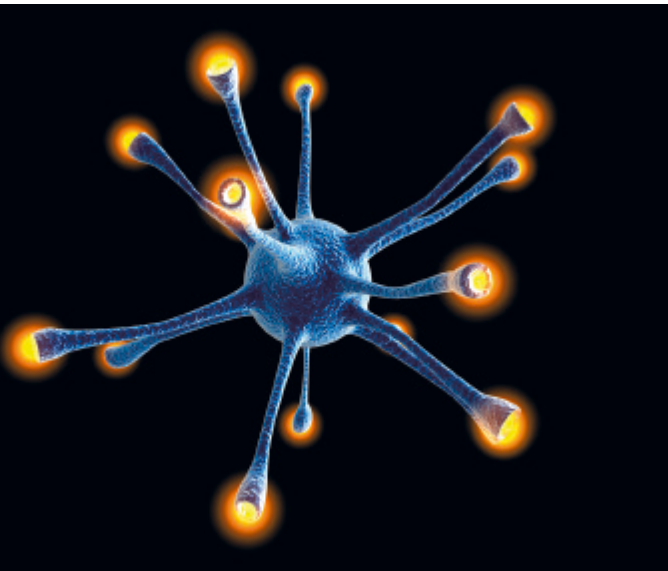
Od redakcji:

Obecnie, Narodowy Fundusz Zdrowia refunduje tylko dwa leki stosowane w terapii zespołu pęcherza nadreaktywnego (OAB): Uroflow (Tolterodyna) i Vesicare (Solifenacyna). Ponadto, zgodnie z wytycznymi resortu zdrowia, refundowana farmakoterapia przysługuje jedynie pacjentom, którzy poddali się badaniu urodynamicznemu. Środowisko medyczne oraz pacjenci kwestionują taką decyzję Ministerstwa Zdrowia. Lekarze argumentują, że wykonanie badania urodynamicznego nie jest konieczne, aby zdiagnozować u pacjenta rodzaj nietrzymania moczu, na dodatek jest ono drogie, co niepotrzebnie obciąża budżet NFZ. Resort zdrowia nie zajął oficjalnego stanowiska w tej sprawie.

Neuromodulacja krzyżowa – skuteczność i częstość występowania powikłań

dr n. med. Mariusz Blewniewski

II Klinika Urologii UM, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi



Fot. Photogenica Sp. z o.o.

Pierwsze zabiegi neuromodulacji, wykonane w latach 80-tych przez Tanagho i Schmidta, potwierdziły skuteczność tej metody w leczeniu nadreaktywności pęcherza oraz nietrzymaniu kału. Do tej pory wykonano 150 tysięcy zabiegów na całym świecie. Procedura ta polega na stymulacji prądem elektrycznym aktywności w obrębie jednego szlaku nerwowego, co prowadzi do modyfikacji istniejących dróg przewodzenia i odruchów. Neuromodulacja wpływa m.in. na odruchy miedniczo-współczulny, miedniczo-somatyczny, miedniczo-miedniczy. Stymulacja nerwów krzyżowych na poziomie S3 indukuje czynność wypieracza oraz zwieracza cewki moczowej, przez co odgrywa aferentną rolę w pęcherzu nadreaktywnym (OAB) i zatrzymaniu moczu. Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Urologicznego zalecają stosowanie neurostymulacji jako specjalistycznego leczenia po niepowodzeniu leczenia pierwszego rzutu u kobiet z nadwrażliwością pęcherza moczowego, śródmiażdżowym zapaleniem pęcherza, utrudnionym wydalaniem moczu bez przeszkody podpęcherzowej oraz niedostateczną aktywnością wypieracza. Wskazaniami do neuromodulacji jest nadreaktywność wypieracza, nietrzymanie moczu z parcia, zespół bolesnej miednicy oraz

zaleganie moczu bez przeszkody podpęcherzowej. Neuromodulacja stosowana jest także u chorych z nietrzymaniem stolca i zaparciami. U pacjentów z nadreaktywnością mięśnia wypieracza, przy leczeniu metodą neuromodulacji krzyżowej, obserwowano poprawę jakości życia, a także korzystny wpływ na funkcje seksualne u kobiet. Przeciwwskazaniami do tego typu zabiegu są m.in. wysiłkowe nietrzymanie moczu, wiek poniżej 16 roku życia, ciężkie anomalie anatomiczne, urazy rdzenia kręgowego, postępujące choroby neurologiczne oraz ciąża.

Skuteczność procedury na podstawie 75 tysięcy wszczepionych stymulatorów wynosi 75% w przypadkach nietrzymania moczu z parcia, 77% w przypadkach zalegania moczu, 66% w zespole bolesnej miednicy.

Wykonywaniu tej procedury mogą towarzyszyć powikłania śródoperacyjne jak i pooperacyjne. Powikłania śródoperacyjne związane są z trudnościami w implantacji elektrody w otworze S3 kości krzyżowej, krwiakami skórnymi w miejscu wkłucia. Powikłania pooperacyjne to przede wszystkim ból w miejscu założenia elektrody, uszkodzenie elektrody (złamanie, przemieszczenie) oraz infekcje. Inne powikłania, które mogą wystąpić po implantacji, mogą wynikać z wadliwego działania stymulatora czy zmiany parametrów urządzenia. Powoduje to brak efektów leczenia lub nasilenia dolegliwości. Powikłania te występują u 16-32% pacjentów. Odsetek reoperacji wynosi 16%. Najczęściej występuje ból w miejscu implantacji do 15%, migracja elektrody do 8% i infekcja (6%). W przypadku wystąpienia infekcji, która dotyczy zestawu elektrody i stymulatora, jedynym leczeniem jest usunięcie zestawu.

Ból może występować w miejscu implantacji elektrody, również przy wyłączonym stymulatorze. Dyskomfort może również występować w okolicy stymulowanej gdy stymulator jest włączony i ustępować gdy jest wyłączony. Ból może występować z powodu zmiany amplitudy przez pacjenta.

Leczenie polega na zmianie pozycji ustawienia elektrody oraz stymulatora. Należy również rozważyć zmianę parametrów oprogramowania, przeprogramować stymulator oraz zmienić konfigurację elektrody.



Prof. Piotr Radziszewski przeprowadza zabieg implantacji neuromodulatora

W przypadku braku działania urządzenia i nawrotu dolegliwości należy sprawdzić czy elektroda nie uległa uszkodzeniu lub przemieszczeniu. Może to być wynikiem np. urazu okolicy implantacji. Diagnostyka tego powikłania polega na ocenie radiologicznej położenia elektrody, najlepiej porównując ze zdjęciem wykonanym podczas implantacji.

Oceniając prawidłowe działanie stymulatora należy sprawdzić czy jest włączony, policzyć procent czasu aktywnego działania stymulatora, jak i porównać ustawienia z ostatniej wizyty do ustawień obecnych. Ważne jest, aby sprawdzić stan naładowania baterii oraz impedancji urządzenia. Impedancja powinna mieścić się w granicach 400 - 1500 Ohm. Opór powyżej 4000 Ohm świadczy o uszkodzeniu elektrody, jej złamaniu np. po urazie, natomiast poniżej 50 Ohm o zwarciu przerwanych włókien elektrody.

W przypadku braku działania stymulatora przy prawidłowym oporze należy zwiększyć amplitudę, zmienić

Zestawienie powikłań w ośrodkach europejskich na podstawie piśmiennictwa:

Powikłanie	Kessler	Vaarala	White
Zmniejszenie efektów	-	12%	-
Ból	5%	3%	3%
Migracja elektrody	7%	3%	6%
Infekcja	5%	3%	3%

konfigurację elektrody oraz wykonać zdjęcie radiologiczne celem oceny ustawienia elektrody. Przy nieprawidłowej impedancji należy sprawdzić elektrodę i zmienić jej konfigurację.

W 12-letnich obserwacjach lekarzy z Finlandii, 20% chorych wymagało interwencji chirurgicznych: z powodu braku skuteczności (12%), migracji elektrody (3%), infekcji (3%). Okres do rewizji wyniósł średnio 22 miesiące. Holendrzy natomiast obserwowali ból w miejscu implantacji u 27% chorych, u 3 z 64 operowanych - krwawki, natomiast 5 chorych wymagało rewizji elektrody z powodu migracji, spadku skuteczności, bólu. Francuzi przedstawili pracę, w której opisali leczenie powikłań u 524 chorych co stanowiło 37% wszystkich leczonych. Głównymi powikłaniami był ból, obniżenie skuteczności w okresie pooperacyjnym oraz infekcje. Leczenie polegało na rewizji i zmianie ustawienia elektrody, usunięciu urządzenia oraz leczeniu antybiotykiem.

Część chorych skarżyło się na spadek efektywności podczas codziennych życiowych stresów, zimnej pogody. Dolegliwości bólowe nasilały się u chorych, którzy spędzali czas siedząc na twardym krześle, podczas aktywności sportowych oraz gdy okolica implantacji był narażona na urazy. 29% chorych opisywało trudności podczas przechodzenia przez detektory metalu w sklepach czy na lotniskach.

Uniknięcie powikłań zależy od kilku czynników:

- bolus z antybiotyku w dniu zabiegu lub kuracja antybiotykowa przez 5 dni pomoże nam uniknąć infekcji po zabiegu,
- edukacja chorego w zakresie pracy stymulatora i jego obsługi pozwoli na lepsze działanie urządzenia i mniejszą awaryjność,
- okresowe wizyty sprawdzające funkcje urządzenia i elektrody pozwoli wyeliminować awaryjność stymulatora.

Korzyści ze stosowania neuromodulacji to: etap testowy, który pozwala przewidzieć skuteczność po implantacji terminalnej elektrody, redukcja lub zmniejszenie epizodów nietrzymania, kompatybilność z leczeniem zachowawczym, zabieg minimalnie inwazyjny oraz możliwość leczenia zaburzeń czynnościowych miednicy mniejszej.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że możliwe powikłania dotyczą infekcji, bólu w miejscu wszczepienia oraz zaburzeń funkcji urządzenia. Co należy zrobić aby zmniejszyć częstość występowania powikłań? Przede wszystkim stosować profilaktykę antybakteryjną przed i po zabiegu, przeszkolić chorego w jaki sposób działa stymulator. W przypadkach dotyczących urządzenia należy sprawdzić elektrodę i parametry urządzenia. Najwięcej objawów ubocznych po implantacji występuje w pierwszych 4 latach od zabiegu.

Piśmiennictwo u autora

Refundacja środków absorpcyjnych w 2012 r.

Anna Sulka

Zapowiada się bardzo burzliwy styczeń - w życie wchodzi długo oczekiwana ustawa refundacyjna. Nowe przepisy wzbudzają ogromne emocje. Pacjenci w panice wykupują leki obawiając się wzrostu cen i problemów z dostępem do części preparatów, lekarze i farmaceuci protestują przeciw wprowadzeniu kar w ramach współodpowiedzialności za refundację, natomiast prawnicy zastanawiają się nad prawidłową interpretacją niejasnych przepisów.

Pewne wątpliwości wzbudza również termin, w którym zgodnie z ustawą refundacyjną powinny wejść w życie nowe przepisy regulujące zasady zaopatrywania osób z NTM w środki wchłaniające. Wiadomo już, że część aktów wykonawczych ustawy refundacyjnej nie zacznie obowiązywać od 1 stycznia 2012 roku; w tych przypadkach swoją ważność zachowają dotychczasowe przepisy. Od kwietnia 2011 r. trwają prace zespołu do spraw opracowania założeń merytorycznych dla zmian legislacyjnych w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne. Niestety, nadal pod konsultacje społeczne nie trafił projekt nowelizacji rozporządzenia w sprawie zaopatrzenia pomocniczego. Do dzisiaj nie zostały również rozpatrzone wnioski Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” o zmianę przepisów regulujących refundację środków absorpcyjnych.

Tymczasem przepisy regulujące zaopatrzenie w środki wchłaniające dla osób z NTM dalece odbiegają od standardów europejskich. Przykładowo, na Słowacji pacjenci z nietrzymaniem moczu mogą nabyć środki absorpcyjne ze 100% refundacją przy limicie ok. 200 zł. Przy lekkim nietrzymaniu moczu Państwo dopłaca do 60 szt. pieluch, z kolei w przypadku osób z ciężką postacią nietrzymania moczu istnieje jedynie limit cenowy. Niemcom w zależności od stopnia ciężkości NTM przysługuje do 120 szt. refundowanych środków chłonnych. Pacjent dopłaca jedynie 10% wartości opakowania (ale maksymalnie 10 Euro/mies.). Również Szwecja może pochwalić się nowoczesnym systemem zaopatrywania osób z NTM w niezbędne artykuły. Chorym przysługuje, w zależności od stopnia nietrzymania moczu, refundacja: wkładów anatomicznych, pieluch anatomicznych, pieluchomajtek i prześcieradeł, bez limitu ilościowego oraz cenowego przy 100% dofinansowaniu z budżetu państwa.

Na tle naszych bliskich sąsiadów sytuacja w Polsce wygląda dramatycznie. Zgodnie z obowiązującymi przepi-



Fot. Photogenia Sp. z o.o.

sami, nietrzymanie moczu nie jest wystarczającym powodem, aby można było skorzystać z refundowanych środków absorpcyjnych. Tego typu artykuły przysługują natomiast pacjentom cierpiącym na choroby neurologiczne, nowotworowe, a także tym z wadami rozwojowymi. Limity cenowe, które wynoszą 77 i 90 zł w zależności od kryterium chorobowego, nie były nowelizowane od ponad dekady. Wszystkim uprawnionym bez względu na stopień nietrzymania moczu przysługuje jedynie 60 szt. środków wchłaniających miesięcznie tzn. 2 szt. na dobę. Środowiska pacjenckie od lat walczą o zmianę przestarzałych przepisów. W pierwszej połowie 2010 r. Stowarzyszenie „UroConti” złożyło w resorcie zdrowia wnioski o zmianę warunków realizacji świadczenia gwarantowanego w punktach regulujących zaopatrzenie w środki chłonne. Organizacja wniosła o: wpisanie nietrzymania moczu jako jedynego kryterium chorobowego uprawniającego do refundacji, zmianę limitów ilościowych na 90 szt. miesięcznie, wzrost limitów cenowych oraz rozszerzenie listy lekarzy uprawnionych do wypisywania zleceń o geriatrę i ginekologa. Stowarzyszenie zwróciło również uwagę resortu zdrowia na konieczność uporządkowania kwestii związanych z jakością refundowanych środków chłonnych. Obecnie producenci mogą zgłosić do refundacji produkty nie spełniające żadnych norm chłonności. Stowarzyszenie sugeruje, aby ustalić dolną granicę absorpcji na 300 ml.

Ustawa zdrowotna nie reguluje ram czasowych, w których resort zdrowia ma obowiązek rozpatrzyć wniosek o zmianę warunków realizacji świadczenia gwarantowanego. Minister właściwy do spraw zdrowia, w terminie 30 dni od dnia wpływu wniosku dokonuje jego oceny formalnej. Kolejne 2 tygodnie przeznaczone są na uzupełnienie wniosku przez wnioskodawcę w razie uchybień formalnych. Przepisy nie narzucają jednak żadnych terminów, w których Minister Zdrowia zobowiązany jest podjąć ostateczną decyzję w sprawie odrzucenia bądź przyjęcia proponowanej zmiany. Jak widać na przedstawionym przykładzie procedura może trwać latami.

Operacje z użyciem taśm w woj. świętokrzyskim

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

Według naszych statystyk, obecnie w regionie operacje „taśmowe” na nietrzymanie moczu przeprowadza się w 13 placówkach. Zabiegi stosowane w leczeniu NTM przeprowadzane są zarówno na oddziałach ginekologicznych, jak i na urologii. W większości placówek wykonywane są na bieżąco.

Porównując bieżącą sytuację ze statystykami z 2006 roku, (kiedy po raz pierwszy prezentowaliśmy Państwu dane dotyczące operacyjnego leczenia NTM w województwie świętokrzyskim), liczba placówek przeprowadzających zabiegi pozostaje bez zmian.

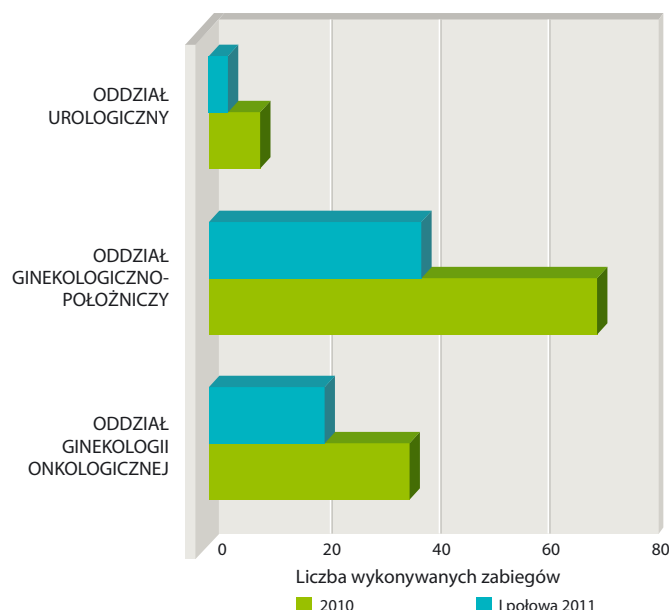
Obecnie na 20 publicznych szpitali w województwie, które dysponują 11 oddziałami ginekologicznymi oraz ginekologiczno-położniczymi, 1 oddziałem ginekologii onkologicznej i 8 oddziałami urologicznymi (źródło: www.rejestrzoz.gov.pl), 13 placówek specjalizuje się w leczeniu nietrzymania moczu metodą operacyjną.

Z danych uzyskanych ze Świętokrzyskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że w 2010 roku zrefundowano łącznie 119 zabiegów leczących NTM z użyciem materiału syntetycznego, w tym w oddziałach ginekologiczno-położniczych - 72 zabiegi, oddziałach ginekologii onkologicznej - 38, oddziałach urologicznych - 9 zabiegów. Natomiast w pierwszej połowie 2011

wykonano łącznie 66 zabiegów, z podziałem na oddziały ginekologiczno-położnicze - 41, ginekologii onkologicznej - 22, urologiczne - 3 zabiegi.

Poniżej prezentujemy listę szpitali, w których można wykonać zabiegi. Lista powstała w oparciu o informacje uzyskane od przedstawicieli danych placówek.

Zabiegi z użyciem taśm w woj. świętokrzyskim



Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji uzyskanych w placówkach

CHEĆCINY

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Rafała w Czerwonej Górze, Oddział urologiczny; ul. Czerwona Góra 10

JĘDRZEJÓW

1. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny im. Władysława Biegańskiego w Jędrzejowie, Oddział położniczo-ginekologiczny; ul. Małogoska 25

KIELCE

1. Szpital Kielecki, Oddział ginekologiczno-położniczy; ul. Kościuszki 25
2. Świętokrzyskie Centrum Matki i Noworodka Szpital Specjalistyczny, Oddział ginekologiczny; ul. Prosta 30
3. Świętokrzyskie Centrum Onkologii, Oddział urologiczny, Oddział ginekologii onkologicznej; ul. Artwińskiego 3
4. Wojewódzki Szpital Zespolony, Oddział położniczo-ginekologiczny; ul. Grunwaldzka 45

KOŃSKIE

1. Szpital Specjalistyczny im. Św. Łukasza, Oddział urologiczny, Oddział położniczo-ginekologiczny; ul. Gimnazjalna 41B

OPATÓW

1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Oddział położniczo-ginekologiczny; ul. Słowackiego 13

OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI

1. Zespół Opieki Zdrowotnej, Oddział urologiczny; ul. Szymanowskiego 11

SANDOMIERZ

1. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej, Oddział położniczo-ginekologiczny; ul. Schinżla 13

SKARŻYSKO-KAMIENNA

1. Zespół Opieki Zdrowotnej, Oddział ginekologiczno-położniczy; ul. Szpitalna 1

STARACHOWICE

1. Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej, Oddział położniczo-ginekologiczny; ul. Radomska 70

STASZÓW

1. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej, Oddział położniczo-ginekologiczny; ul. 11 Listopada 78

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji uzyskanych w placówkach

Badanie urodynamiczne - etapy badania, cz. II

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

Klinika Ginekologii Operacyjnej i Onkologicznej

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

Badanie urodynamiczne składa się z trzech etapów: uroflowmetrii z oceną zalegania moczu po mikcji, cystometrii i profilometrii. Należy jednak pamiętać, że nie u każdego pacjenta badanie urodynamiczne będzie wyglądało tak samo. Dobór poszczególnych elementów diagnostycznych przeprowadza się indywidualnie. Poniżej prezentujemy Państwu szczegółowy opis każdego z etapów.

Uroflowmetria (przepływ cewkowy)

Badanie polega na ocenie fazy oddawania moczu, trwa około 10 minut, jest nieinwazyjne i całkowicie bezbolesne. Pacjent oddaje mocz do specjalnego urządzenia nazywanego uroflowmetrem (przypominającego w budowie sedes). Wykonywane jest w momencie zgłaszania silnej potrzeby oddania moczu. W przepływomierzu (uroflowmetrze) analizowane są m. in.: tempo maksymalnego przepływu strumienia moczu, czas jego narastania, objętość moczu, a następnie zarys krzywej mikcji. Badanie przepływu cewkowego ocenia szybkość oddawania moczu, ilość moczu oddawaną w ciągu sekundy oraz całkowitą objętość mikcji. Określa również, czy mocz przepływa przez cewkę ze zwiększonym oporem, czy czas wypływu moczu jest wydłużony z powodu np. zwężenia cewki lub słabszej czynności pęcherza.

Uroflowmetria wykorzystywana jest do oceny zaburzeń oddawania moczu, a w szczególności zwężeń i przeszkód w odpływie moczu w obrębie cewki moczowej oraz osłabienia mięśnia wypieracza pęcherza. Ma znaczenie w określeniu istnienia przeszkody w odpływie moczu (zwłaszcza czynnościowej, ponieważ w celu wykrycia przeszkód anatomicznych coraz większe znaczenie mają badania obrazowe np. USG uroginologiczne). Należy pamiętać, że sama uroflowmetria nie jest przydatna do oceny objawów wysiłkowego nietrzymania moczu, a jedynie umożliwia wykrycie przeszkody podpęcherzowej i nawet w tym zakresie powtarzalność badania jest niska. Pamiętać jednak należy, że przepływ cewkowy zależy od ciśnienia śródpęcherzowego i oporu cewkowego, w związku z tym prawidłowe tempo przepływu nie wyklucza istnienia przeszkody podpęcherzowej w odpływie moczu. Uroflowmetria może być końcowym etapem cystometrii z jednoczesnym pomiarem ciśnień w pęcherzu



Fot. Dominik Skurzak

(tzw. cystometria mikcyjna). Służy do określenia stopnia przeszkody podpęcherzowej, co ma większe znaczenie w badaniu u mężczyzn w przypadku przerostu prostaty. Po oddaniu moczu istotny jest pomiar zalegania moczu po mikcji (za pomocą USG lub cewnikiem), co w połączeniu z wywiadem i wynikami badań dodatkowych pozwala w niektórych sytuacjach na odstępianie od wykonania pełnego badania urodynamicznego.

Cystometria

Następnie pacjent przyjmuje pozycję siedzącą lub leżącą z lekko rozchylonymi nogami (zwykle na fotelu urologiczno-ginekologicznym). Pacjent jest rozebrany do połowy (dolna połowa ciała). Badanie poprzedzone jest wprowadzeniem do cewki moczowej cienkiego, specjalnego cewnika (np. cewnik z elektronicznym odczytem – tzw. micro-tip), za pomocą którego pęcherz wypełniany jest powoli solą fizjologiczną poprzez specjalną pompę. Drugi cewnik założony do odbytnicy lub do pochwy pozwala na odczytywanie ciśnienia w jamie brzusznej, aby wszystkie artefakty związane z napinaniem mięśni tłoczni brzusznej były eliminowane. Ciśnienie panujące w jamie brzusznej odczytywane jest przy użyciu specjalnego cewnika wprowadzonego do odbytnicy lub pochwy u kobiet oraz doodbytniczo u mężczyzn. Badanie cystometryczne służy do pomiaru ciśnienia wewnątrz pęcherza moczowego (ciśnienia śród-pęcherzowego) w fazie gromadzenia moczu. Czasami jest ono prowadzone wraz z zapisem elektromiograficznym. Pozwala na ocenę czynności i pojemności pęcherza moczowego. W czasie cystometrii określa się czucie w pęcherzu, pojemność i podatność jego ścian, występowanie niestabilności cewki. Obserwuje się, czy dochodzi do spontanicznych lub wywołanych, niekontrolowanych skurczów mięśnia wypieracza pęcherza moczowego, a jeśli występuje wyciek moczu, to przy jakich ciśnieniach pęcherzowych. Badanie pozwala z dużym prawdopodobieństwem rozpoznać lub wykluczyć występowanie nietrzymania moczu z parć nagłych, wysiłkowego nietrzymania moczu oraz zbyt małej pobudliwości wypieracza. Nie w każdym przypadku można określić w sposób jednoznaczny, czy z powodu długo trwającej przeszkody podpęcherzowej doszło do utraty kurczliwości wypieracza w konsekwencji dużego zalegania moczu po mikcji, czy też z powodu utraty kurczliwości wypieracza nie opróżnia się pęcherz.

W trakcie badania cystometrycznego wykonuje się LPP (leak point pressure) – jest to pomiar ciśnienia brzuszno, koniecznego do wypływu moczu na przykład podczas próby Valsalvy – VLPP (Valsalva leak point pressure), które dostarcza informacji o względnej sile lub słabości cewkowego mechanizmu zwieraczowego, czyli jest przydatne do rozpoznawania wysiłkowego nietrzymania moczu i różnicowania mechanizmu powstawania tej dolegliwości. U pacjentek z zaburzeniami statyki ukryte wysiłkowe NTM ocenia się za pomocą VLPP lub profilometrii w czasie kaszlu – pojawienie się urodynamicznych cech wysiłkowego NTM, których nie było przed repozycją. Repozycję można wykonać za pomocą niezbyt dużego pessara kostkowego, który nie wpływa na odczyty z pęcherza i cewki moczowej (E. Włazlak, G. Surkont, J. Suzin: „Uroginiekologia w codziennej

praktyce. Nowoczesna pessaroterapia. Estrogeny dopochwowe”; www.pessary.info.pl).

Cystometria nie powinna być bolesna. Sam moment wprowadzania cewników może powodować uczucie dyskomfortu, które stopniowo mija. Osoba badana proszona jest o informowanie, kiedy odczuwa po raz pierwszy parcie na pęcherz, następnie informuje o stopniowo narastającym uczuciu parcia.

Badanie elektromiograficzne (EMG) może być wykonywane razem z cystometrią, jako ocena koordynacji relaksacji. Czynność mięśni zwieraczy jest określana dzięki powierzchniowym elektrodom znajdującym się w okolicy krocza i odbytnicy (wyglądającym podobnie jak przy badaniu EKG). Jest to szczególnie przydatne w diagnostyce trudności z oddawaniem moczu, spowodowanych dyssynergią wypieracza i zwieracza wewnętrznego cewki moczowej. W schorzeniu tym dochodzi do jednoczesnego skurczu obu mięśni, co uniemożliwia efektywną mikcję.

W trakcie cystometrii po osiągnięciu określonej pojemności można wykonać profilometrię. Po osiągnięciu maksymalnej pojemności pęcherza cewniki są usuwane, po czym może zostać powtórzona uroflowmetria lub wykonane inne badanie diagnostyczne – jak np. USG uroginiekologiczne. Czas badania – od 45 do 60 minut. Po zakończeniu pomiarów kolejno usuwa się założone uprzednio cewniki i elektrody.

Profilometria

Ta część badania jest również niebolesna i polega na powolnym wysuwaniu się specjalnego cewnika, odczytującego ciśnienie w cewce moczowej. Profilometria cewkowa pozwala na jednoczesny pomiar ciśnienia cewkowego (wzdłuż całego jej przebiegu) oraz ciśnienia śród-pęcherzowego. W profilometrii spoczynkowej określa się maksymalne ciśnienie zamknięcia cewki i długość czynnościową cewki. Różnicę między ciśnieniami stanowi maksymalne ciśnienie zamykające cewkę. Pomiaru ciśnienia zamykającego cewkę dokonuje się w czasie spoczynku (maksymalne ciśnienie zamykające cewkę bez parcia) i podczas działania tłoczni brzusznej, wywołanej kaszlem (maksymalne ciśnienie zamykające cewkę podczas parcia). Istnieją różnice w interpretacji wartości tych ciśnień. Niektórzy podają minimalną prawidłową wartość jako 65 cm słupa wody (według innych MUCP: >20–25 cm H₂O), inni specjaliści posługują się wzorem: 100 minus wiek pacjentki. Spoczynkowa profilometria cewkowa jest przydatna do wykrywania przypadków „cewki niskociśnieniowej”. Profilometria w czasie kaszlu (ang. stress test) służy do potwierdzenia lub wykluczenia wysiłkowego nietrzymania moczu. Profilometria może pomóc w prognozowaniu efektów leczenia wysiłkowego NTM.

Badanie urodynamiczne na Dolnym Śląsku

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

Według zebranych danych (stan na 12.2011) w województwie dolnośląskim pełne badanie urodynamiczne wykonuje 5 placówek, z tym w części z nich badanie przeprowadzane jest tylko u dzieci i młodzieży do 18 roku życia.

Porównując obecne dane ze statystykami sprzed czterech lat (kiedy po raz pierwszy analizowaliśmy sytuację w województwie dolnośląskim), liczba pracowni urodynamicznych zwiększyła się o jedną.

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

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

W razie jakichkolwiek sugestii dotyczących uzupeł-



Fot. Dominik Skrzak

nienia prezentowanej listy pracowni urodynamicznych w poszczególnych województwach prosimy o kontakt na adres mailowy: ntm@ntm.pl.

Wrocław

1. Katedra i Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej Akademii Medycznej; 50-369 Wrocław, ul. M. Skłodowskiej-Curie 50/52 (tylko dla dzieci i młodzieży do 18 r. ż)
2. Prywatna Poliklinika „Na Grobli” Sp. z o.o.; 53-413 Wrocław, ul. Hirsfelda 1
3. Katedra i Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej; 50-556 Wrocław, ul. Borowska 213

4. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny; 51-124 Wrocław, ul. Kamieńskiego 73a

Jelenia Góra

1. Specjalistyczny Szpital Wojewódzki, Oddział ginekologiczno-położniczy; Jelenia Góra, ul. Ogińskiego 6

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji uzyskanych w placówkach

DOŚTĘP DO ZAOPATRZENIA W ŚRODKI POMOCNICZE I PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE WG DANYCH WOJEWÓDZKICH ODDZIAŁÓW NFZ - STAN NA 31.10.2011

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	-	14 mies.*	8 035 ☹	nb	-	nb	-	nb	-
Kujawsko-Pomorskie	nb	-	nb	-	8 mies.	4 225 ☹	4 mies.	24 ☹	4 mies.	2 991 ☹	4 mies.	663 ☹
Lubelskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Lubuskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Łódzkie	nb	-	nb	-	9 mies.	4 523 ☹	0-6 mies.	23 ☹	0-6 mies.	2 822 ☹	0-6 mies.	569 ☹
Małopolskie	nb	-	nb	-	6 mies.*	4 393 ☹	nb	-	3 mies.***	3 193 ☹	2 mies.*	692 ☺
Mazowieckie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Opolskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Podkarpackie	nb	-	nb	-	4-5 mies.	1 630 ☹	4-5 mies.	36 ☹	0-5 mies.	1 918 ☹	4-5 mies.	489 ☹
Podlaskie	nb	-	nb	-	4 mies.	791 ☺	nb	-	4 mies.****	203 ☺	nb	-
Pomorskie	nb	-	nb	-	10 mies.*	3 887 ☹	nb	- ☺	nb	- ☺	nb	- ☺
Śląskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Świętokrzyskie	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
Warmińsko-Mazurskie	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
Wielkopolskie	nb	-	nb	-	1 mies.**	765 ☹	nb	-	1 mies.**	395 ☺	1 mies.**	170 ☺
Zachodniopomorskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-

nb - na bieżąco, b.d. - 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

Kiedy nowelizacja? - pytają pacjenci

Katarzyna Walewska

Za nami kolejny rok oczekiwań na nowelizację przepisów Ministerstwa Zdrowia, które miałyby usprawnić sytuację w polskiej służbie zdrowia, dając osobom cierpiącym na NTM m.in. szerszy dostęp do refundacji. Rok ten był ważny dla pacjentów oczekujących na zmiany w zaopatrzeniu w wyroby medyczne, bowiem zgodnie z nową ustawą refundacyjną, która ma wejść w życie z dniem 1 stycznia 2012 roku ma zacząć obowiązywać również nowe rozporządzenie regulujące zaopatrzenie w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne. Wielkie nadzieje z nowelizacją wiązały także osoby z nietrzymaniem moczu, które od lat borykają się z absurdalnymi przepisami, mocno ograniczającymi dostęp do korzystania z refundowanych środków absorpcyjnych.

Determinacja i zaangażowanie przedstawicieli Stowarzyszenia „UroConti”, zabiegających od lat o prawa osób z NTM, nie pozwoliły jednak na bierne oczekiwanie na decyzje resortu zdrowia. Organizacja nie godząc się z obecną sytuacją, podjęła szereg działań, mających na celu zwrócenie uwagi na potrzeby osób z NTM oraz na konieczność wprowadzenia zmian, które usprawniłyby funkcjonujący system zaopatrzenia. *Martwi nas ciągły brak nowelizacji. Rozporządzenie regulujące refundację wyrobów medycznych nie było nowelizowane od prawie 13 lat. Obecne rozwiązania i limity obowiązują od 1998 r. i od dawna rozmiągają się z rzeczywistą sytuacją osób korzystających z dofinansowanych środków pomocniczych. Zmieniające się standardy życia, rosnąca inflacja, a z tym również coraz wyższe ceny rynkowe środków wchłaniających daleko odbiegają od poziomu refundacji jaki zapewnia nam państwo. Resort zdrowia najwyraźniej nie bierze tych czynników pod uwagę, powielając od lat dysfunkcyjne przepisy oraz wprowadzając kolejne utrudnienia. Nie możemy się na to godzić i beczynnie przyglądać się tej sytuacji - komentują swoje działania przedstawiciele Stowarzyszenia.*

Pismo z breloczkiem, Biuletyn Informacyjny, Ogólnopolska Konferencja zorganizowana w Ministerstwie Zdrowia to tylko kilka działań podjętych przez organizację „UroConti” w 2011 roku. Ponadto aktywne uczestnictwo w konferencjach, seminariach, warsztatach



Fot. Dominik Skurzak

poświęconych zaopatrzeniu ortopedycznemu i pomocniczemu. *Staraliśmy się uczestniczyć w szeregu istotnych spotkań i akcentować wagę problemu nietrzymania moczu - tłumaczą przedstawiciele „UroConti”. Nietrzymanie moczu jest tematem tabu dla wielu środowisk, jednak nie może być to temat tabu dla resortu zdrowia. Pacjenci z NTM od lat czekają na oczywistą jednostkę chorobową, jaką powinno być nietrzymanie moczu, uprawniającą do refundacji, większą ilość refundowanych środków wchłaniających (w Polsce 60 sztuk miesięcznie a w Czechach 150 sztuk miesięcznie), możliwość uzyskania zlecenia na pieluchomajtki od lekarza ginekologa czy geriatry oraz na wyższe limity cenowe, nie zmieniane od ponad 10 lat - dodają.*

Istotnym momentem tegorocznej działalności Stowarzyszenia było, wyczekiwane od miesięcy, spotkanie przedstawicieli Zarządu Głównego z pracownikami resortu zdrowia, którzy przygotowują nowelizację rozporządzenia. Władze „UroConti” zostały zaproszone na spotkanie w celu omówienia postulatów odnoszących się do nowelizacji przepisów z zakresu zaopatrzenia w środki wchłaniające dla osób z NTM. Spotkanie miało przynieść odpowiedź na pytanie co z nowelizacją, co z projektem rozporządzenia, co ze zmianami dla osób z NTM? Tymczasem, jak komentują władze Stowarzyszenia, rozmowy z resortem nie przyniosły żadnych rozstrzygnięć czy chociażby deklaracji co do zmian w przepisach. Przedstawiciele resortu po raz kolejny wysłuchali propozycji Stowarzyszenia, jednak na tym się zakończyło. Wyższe limity cenowe, większa ilość środków absorpcyjnych, jednostka chorobowa, uprawniającą do refundacji - to nadal kwestie nie znajdujące odzwierciedlenia w przepisach.

Pomimo upływu czasu, nadal nie wiadomo kiedy zostaną zakończone prace nad projektem rozporządzenia, kiedy trafi on do konsultacji społecznych, czy będzie zawierał nowelizacje uwzględniające potrzeby osób z NTM? Ostatnie sygnały pochodzące od pracowników Ministerstwa Zdrowia wskazują, że nowe rozporządzenie nie wejdzie w życie wcześniej niż 1 lipca 2012 roku.

Normy jakości dla środków absorpcyjnych

Anna Sulka

Produkty wchłaniające przeznaczone dla osób z nietrzymaniem moczu powinny zapewnić użytkownikom utrzymanie higieny osobistej, prawidłowego stanu skóry, a także komfort umożliwiający uczestnictwo w codziennych aktywnościach życiowych.

W chwili obecnej resort zdrowia w żaden sposób nie kontroluje jakości artykułów chłonnych objętych refundacją - niestety ze szkodą dla pacjenta. Najbardziej optymalnym rozwiązaniem byłoby określenie - w rozporządzeniu regulującym zasady refundacji w środki wchłaniające - minimalnych limitów absorpcji.

Przeciętna ilość moczu wydalana podczas jednej mikcji oscyluje w granicach 200-250 ml. W związku z tym, aby osoba z NTM mogła czuć się komfortowo powinna mieć gwarancję, że artykuły dostępne w refundacji spełniają podstawowy standard chłonności tzn. ich absorpcja wynosi min. 300 ml.

Naszym zdaniem poziom chłonności refundowanych środków powinien być określony w pierwszej kolejności jedynie na jego dolnej granicy. Uważamy, że optymalny dolny poziom chłonności to 300 ml, gdyż jest on zbliżony do jednej mikcji dorosłego człowieka. Po naszych wewnętrznych analizach doszliśmy do wniosku, że podnoszenie dolnej granicy np. do 500 ml nie ma sensu, gdyż i tak po pierwszej mikcji

taki produkt jest do wymiany. Po co więc podnosić sztucznie limity, a co za tym idzie cenę środka absorpcyjnego - przekonuje Maria Zdeb, Prezes Stowarzyszenia Osób z NTM UroConti.

Standardy jakości środków absorpcyjnych powinny uwzględniać takie czynniki jak: różnice fizjologiczne, rozmiar (XS, S, M, L, XL), stopień sprawności, a także możliwości finansowe chorych. Organizacje pacjenciek zwracają uwagę, że limity chłonności należy konstruować w taki sposób, aby zapewnić jak najwyższą jakość produktów nie wykluczając jednocześnie z refundacji artykułów dla dzieci, osób o drobnej budowie ciała oraz tych przeznaczonych do toaletowania chorych wymagających opieki. Z mniej chłonnych produktów bardzo często korzystają pacjenci z NTM, którzy prowadzą trening polegający na regularnym opróżnianiu pęcherza.

Zespół do spraw opracowania założeń merytorycznych dla zmian legislacyjnych w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne, który został powołany w kwietniu 2011 r., już wkrótce powinien przedstawić do konsultacji społecznych projekt nowelizacji uwzględniający również takie kwestie jak minimalny poziom absorpcji środków wchłaniających.

Rola rehabilitacji w profilaktyce i terapii NTM - cz. IV Fizykoterapia

mgr Magdalena Potoczek, fizjoterapeuta

W poprzednich artykułach z cyklu „Rola rehabilitacji w profilaktyce i leczeniu NTM” skoncentrowaliśmy się na kinezyterapii, czyli specjalistycznych ćwiczeniach ruchowych stosowanych w terapii zaburzeń kontynencji. W tej części omówione zostały podstawy kolejnej metody rehabilitacyjnej - fizykoterapii. Fizykoterapia to dział lecznictwa zajmujący się wpływem różnych bodźców fizykalnych na ustrój człowieka (czynniki termiczne, fizyczne - promieniowanie, prądy itd.). Jest to metoda szeroko stosowana w medycynie, również w leczeniu zachowawczym NTM.

Fizykoterapia prowadzona u osób z nietrzymaniem moczu to zabiegi z zakresu:

- Elektroterapii - elektrostymulacja
- Magnetoterapii - magnetostymulacja

Należy pamiętać, że zabiegi fizykoterapeutyczne mogą być prowadzone wyłącznie po wykluczeniu przeciwwskazań medycznych. Stąd konieczna jest wcześniejsza konsultacja lekarska. Fizykoterapia zazwyczaj stanowi uzupełnienie innych metod leczenia - kinezyterapii, terapii behawioralnej, leczenia farmakologicznego, nieraz również operacyjnego.

Ogólne przeciwwskazania do zabiegów fizykoterapii u osób z NTM:

- okres ciąży i pierwszych 6 tygodni u kobiet po porodzie,
- okres menstruacji u kobiet,
- antykoncepcyjna wkładka wewnątrzmaciczna u kobiet,
- stany zapalne dróg rodnych u kobiet,

- stany zapalne w miednicy mniejszej,
- nowotwory w miednicy mniejszej,
- urazy okolicy krocza, odbytu (przy elektrostymulacji dopochwowej i doodbytniczej),
- duże hemoroidy i wszelkie krwawienia z odbytu,
- rozrusznik serca,
- arytmia,
- gorączka i zły ogólny stan pacjenta.

Ponadto taka forma leczenia musi być akceptowana przez pacjenta oraz jego lekarza prowadzącego.

Elektroterapia

Zabieg elektrostymulacji zalicza się do elektrolecnicstwa. W leczeniu poprzez elektrostymulację wykorzystuje się prąd impulsowy generowany poprzez tzw. elektrostymulator. Istotny jest odpowiedni czas trwania zabiegu, jego częstotliwość oraz dobór natężenia prądu w zależności od rodzaju i stopnia nasilenia NTM, jak i od cech indywidualnych pacjenta. Kluczem do sukcesu jest systematyczność oraz dostosowanie parametrów, długości trwania i częstotliwości prowadzenia zabiegów.

Elektrostymulacja struktur dna miednicy

Celem takiego zabiegu jest wzmocnienie osłabionych mięśni, lub stymulacja i regeneracja uszkodzonych nerwów dna miednicy. Stosuje się elektrody wewnętrzne - dopochwowe i doodbytnicze, które doprowadzają impulsy do określonych mięśni, oraz elektrody zewnętrzne aplikowane na skórze. Taka forma terapii jest zalecana u pacjentów ze znacznym osłabieniem mięśni dna miednicy, ich częściowym odnerwieniem, lub u tych, którzy

nie potrafią samodzielnie ich napinać. Elektrostymulację często łączy się z metodą EMG - biofeedback, która została omówiona szerzej w poprzednim numerze Kwartalnika (sam EMG - biofeedback często jest traktowany jako zabieg z zakresu fizykoterapii, choć w rzeczywistości są to samodzielne

ćwiczenia mięśni tyle, że pod kontrolą elektromiografu). Metoda jest skuteczna u pacjentów z różnymi rodzajami inkontynencji, ale parametry zabiegów różnią się w zależności od typu NTM (wysiłkowe, nagłace, mieszane nietrzymanie moczu). Również elektrody wewnętrzne różnią się kształtem i wielkością, aby można je było dobrać indywidualnie. Obecnie dostępne są małe, tzw. kieszonkowe elektrostymulatory. Posiadają one zaprogramowane parametry dla poszczególnych rodzajów NTM. Pacjent może taki sprzęt zakupić sam lub wypożyczyć (wówczas należy tylko dokupić własne elektrody). Zalecana jest jednak wcześniejsza konsultacja z lekarzem i fizjoterapeutą odnośnie wyboru odpowiedniego sprzętu i określenia jakie parametry będą najskuteczniejsze w danym przypadku. Wskazane są też regularne wizyty w gabinecie celem określenia postępów terapii i ewentualnej zmiany parametrów zabiegu oraz uzupełnienia programu o inne metody lecznicze.

Magnetostymulacja

W leczeniu NTM wykorzystuje się także pulsacyjne pole magnetyczne. W terapii stosowane jest specjalne urządzenie, generujące impulsy pola magnetycznego, które docierają do struktur dna miednicy i powodują ich regenerację. Pole magnetyczne zostaje na zasadzie Faradaya zmienione w tkankach w pole elektryczne. Czas trwania zabiegu to ok. 20-30 minut dwa razy w tygodniu przez okres kilku miesięcy (sesje terapeutyczne są jednak dostosowywane i odpowiednio modyfikowane zgodnie z zaleceniami indywidualnymi). Zabieg jest bezbolesny i niekrępujący. W czasie jego trwania pacjent pozostaje w ubraniu. Terapia przeznaczona jest dla osób cierpiących z powodu wysiłkowego i mieszanego rodzaju NTM, a także parć nagłych.

Podsumowanie

Bez względu na rodzaj zastosowanej fizykoterapii należy pamiętać iż tylko regularny program terapeutyczny prowadzony przez okres kilku miesięcy przyniesie wymierne efekty. Tak jak w przypadku kinezyterapii na efekty należy poczekać, stąd warto ubezpieczyć się w cierpliwość i nie zniechęcać się. Fizykoterapia jest skuteczną i nieinwazyjną metodą rehabilitacji w różnych postaciach inkontynencji. W połączeniu z kinezyterapią i terapią behawioralną powinna być pierwszym etapem leczenia NTM, lub stanowić uzupełnienie postępowania chirurgicznego. Podstawą upowszechnienia zabiegów fizykoterapii jest stworzenie wykwalifikowanej kadry medycznej prowadzącej terapię, zwiększenie dostępu do tego rodzaju świadczeń, a także poszerzenie poziomu wiedzy na temat skuteczności tej metody zarówno wśród lekarzy, pielęgniarek i rehabilitantów, jak i samych pacjentów.

Piśmiennictwo u autora



Fot. Photogenica Sp. z o.o.

Jakość w opiece długoterminowej

dr Elżbieta Szwałkiewicz

Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych

Opieka długoterminowa to forma opieki nad osobami przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi, obejmująca świadczenia z zakresu pielęgnacji i rehabilitacji, a także profesjonalny nadzór nad kontynuacją leczenia choroby przewlekłej i jej skutków.

Jeżeli struktura ciała ulega uszkodzeniu w związku z urazem, chorobą lub wiekiem, to skutkiem jest upośledzenie funkcji ciała czyli niepełnosprawność. Niesamodzielność występuje wówczas, gdy nie można skompensować utraconej sprawności i jest stanem stałej zależności od pomocy innych osób. Szczególnie dotkliwa jest niemożność zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych. Według psychologów – teoretyków potrzeb ludzkich, potrzeba podstawowa to taka, której niezaspokojenie wywołuje chorobę, a następnie śmierć. Pielęgnacja podstawowa i specjalistyczna odnosi się do podstawowych potrzeb biologicznych związanych z oddychaniem, odżywianiem, wydalaniem, higieną ciała, poruszaniem się. Opieka podstawowa polega na oddziaływaniu na otoczenie osoby chorej, tak aby była ona bezpieczna i odnosi się do takich kwestii jak zapewnienie odpowiedniej temperatury w pomieszczeniu, ubrania, likwidacji barier architektonicznych czy pomocy w kontaktowaniu się z otoczeniem. Ponieważ niesamodzielność jest jednym z dwóch podstawowych kryteriów, obok stanu zdrowia, kwalifikowania do opieki długoterminowej, świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze stanowią tu główny zakres świadczeń. W związku z wyodrębnieniem pomocy społecznej z resortu zdrowia i przeniesieniem jej do Ministerstwa Pracy nastąpił sztuczny podział różnych form pomocy osobom niezdolnym do samodzielnej egzystencji i od tego momentu pojęciem „opieka długoterminowa” określa się świadczenia realizowane w ramach systemu ochrony zdrowia. Jest to nieuzasadnione merytorycznie gdyż istotą działania medycznego jest rozpoznawanie deficytów zdrowotnych i oddziaływanie lecznicze na te deficyty. Natomiast istotą opieki długoterminowej jest rozpoznawanie deficytów funkcjonalnych i oddziaływanie kompensacyjne na te deficyty. W tym oddziaływaniu powinno uwzględniać się trójwymiarowość człowieka, czyli jego funkcjonowanie biologiczne, psychiczne i społeczne w odniesieniu do możliwości skompensowania niepełnosprawności.

Od wielu lat jesteśmy świadkami nieudanych prób uzasadniania i umacniania tego sztucznego podziału poprzez manipulowanie przepisami prawa, karkołomne interpretacje zapisów ustawowych oraz przerzucanie odpowiedzialności i kosztów opieki między resortami. Opieka



Fot. Photogenica Sp. z o.o.

długoterminowa powinna być wydzieloną strefą wsparcia społecznego na rzecz osób, które utraciły z powodu choroby, urazu lub wieku samodzielność funkcjonalną. Świadczenia powinny być koordynowane (wędrówka pacjenta po systemach ochrony zdrowia i pomocy społecznej) i dobierane odpowiednio do potrzeb. Finansowanie świadczeń w opiece długoterminowej może pochodzić z wielu źródeł, jednak z uwzględnieniem pełnego prawa do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, zarówno z zakresu POZ jak i specjalistycznej opieki, ambulatoryjnej, domowej i szpitalnej. Opieka długoterminowa powinna wkraczać wszędzie tam gdzie przebywa przewlekle chory i niesamodzielny człowiek, ale jako formuła organizacyjna, a nie tańsza forma zastępcza dla świadczeń realizowanych przez lekarza rodzinnego czy świadczeń specjalistycznych, ambulatoryjnych i szpitalnych. Jakość opieki długoterminowej ocenia się poprzez kilka podstawowych kryteriów, w tym:

- dostępną przestrzeń,
- sprzęt i środki pomocnicze,
- stosowane techniki w procesie pielęgnacji i usprawniania,
- normy zatrudnienia.

Biorąc powyższe kryteria oceny jakości pod uwagę, oceniam, że poziom opieki długoterminowej w Polsce osiągnął etap rozwoju z przełomu XIX-XX wieku.

Powolny rozwój opieki długoterminowej w Polsce odbywa się tylko dzięki niezwyklej pasji pielęgniarek prowadzących zakłady opieki długoterminowej oraz zaangażowaniu personelu tych zakładów. Niestety, trwające od lat,

drastyczne niedoszacowanie stawki płaconej przez NFZ za osobodzień opieki, doprowadziło do wyczerpania zasobów ludzkich i rzeczowych w opiece długoterminowej. Przerzucenie na świadczeniodawcę całego ryzyka niedoszacowania finansowego, narzucanie przy tym wygórowanych wymogów nie mających wpływu na jakość opieki i oczekiwanie, że świadczeniodawcy, mimo 80% niedoszacowania zapłaty za opiekę, spełnią oczekiwania płatnika, jest daleko idącym nadużyciem. Mam nadzieję, że to „wilcze” prawo płatnika wynikające z pozycji monopolisty zostanie ograniczone poprzez działania nowego Ministra Zdrowia i powołanej w tym roku Agencji Taryfikacji Cen (zmiana do zapisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Poza kryteriami oceny jakości w opiece długoterminowej,

które wymieniłam wyżej nie można pominąć najważniejszego - kryterium występowania, bądź nie, skutków zaniedbań pielęgnacyjnych, takich jak odwodnienie, niedożywienie, odleżyny, zapalenie płuc, zaparcia, zakażenia układu moczowego, przykurcze, zanik mięśni, osteoporoza, zapalenie żył głębokich, depresja.

Tak więc jakość w opiece długoterminowej ocenia się poprzez:

1. warunki realizacji świadczeń, w tym przestrzeń, sprzęt i środki pomocnicze, techniki oraz normy zatrudnienia,
2. wyniki postępowania medycznego i pielęgnacyjno-opiekuńczego, w tym stabilny stan zdrowia oraz brak powikłań wywołanych zaniedbaniami pielęgnacyjnymi.

Zalecenia Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Przewlekłe Chorych i Niepełnosprawnych

Prawidłowo pielęgnowany pacjent leżący powinien być myty, spożywać posiłki, wydalać i spędzać czas aktywności biologicznej poza łóżkiem, w miejscach do tego przeznaczonych z zachowaniem prawa do intymności. Wykonywanie czynności pielęgnacyjnych w łóżku powinno być ograniczone tylko do osób, które mają bezwzględne przeciwwskazania medyczne do opuszczenia łóżka lub osób umierających.

Każde przemieszczenie pacjenta poza łóżko jest elementem profilaktyki skutków długotrwałego unieruchomienia.



Szpital Uniwersytecki nr 2. im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy

Przed wszystkim doświadczenie

Kinga Suwała

W tym numerze naszego Kwartalnika, w ramach cyklu poświęconego placówkom specjalizującym się w leczeniu NTM, prezentujemy Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej, będący częścią Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy.

Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej może poszczycić się wieloletnią tradycją – w 1949 r. pod przyszły oddział urologiczny zostało wydzielone 30 łóżek, a już kilka lat później pracowali tam pierwsi lekarze specjaliści. Dr Henryk Gajewski, który sprawował funkcję ordynatora oddziału urologii przez 30 lat, dzięki wprowadzeniu zabiegów przezcewkowej elektrosekcji gruczołu krokowego i nowotworów pęcherza, zainicjował rozwój nowoczesnej endourologii. Od 2000 r. funkcję ordynatora pełni dr Piotr Jarzemski, który pracę w oddziale rozpoczął w 1987 r. Dr Jarzemski, jako jeden z pierwszych, wprowadził w Polsce nowe sposoby wykonywania operacji laparoskopowych; technikę tę zgłębia do dziś organizując, rokrocznie od 1996 r., kursy i warsztaty pod hasłem „Laparoskopia w urologii”.

Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej jest wyposażony w 35 łóżek i trzy sale operacyjne (dwie endoskopowe, jedna do operacji otwartych), dwie sale zabiegowe, pracownię ultrasonograficzną i urodynamiczną oraz pracownię ESWL. Oddział wyposażony jest w nowoczesny sprzęt, który pozwala na wykonywanie zabiegów endoskopowych: elektroresekcji przezcewkowych, litotrypsji, litolapaksji, zabiegów PCNL, URS oraz zabiegów laparoskopowych i retroperitoneoskopowych. Ponadto do dyspozycji pacjentów są dwa ultrasonografy, w tym jeden pozwalający na wykonanie badań transrektalnych. Wśród pracowników Oddziału Urologii i Onkologii Urologicznej jest dziewięciu specjalistów urologów i pięciu rezydentów. Sześciu lekarzy może poszczycić się tytułem doktora nauk medycznych, sześciu posiada certyfikat specjalisty europejskiego. Pracownicy oddziału mają duże doświadczenie w wykonywaniu zabiegów laparoskopowych i retroperitoneoskopowych, dodatkowo wciąż poszerzają swoją wiedzę w zakresie onkologii urologicznej, zwłaszcza nowotworów gruczołu krokowego.

Pacjentki, które cierpią na NTM mogą zgłaszać się na oddział telefonicznie, zostaną wówczas zapisane na konsultację i badanie urodynamiczne, które wykonywane jest przez doświadczoną pielęgniarkę, bądź odpowiednio przeszkolonych lekarzy. Po takim badaniu i dokładnej rozmowie z pacjentką następuje skierowanie do odpowiedniego leczenia. *Bardzo istotny jest wywiad z pacjent-*

ką – mówi w rozmowie z Kwartalnikiem NTM ordynator dr Piotr Jarzemski – określamy czy mamy do czynienia z tzw. nadaktywnym pęcherzem, czy nietrzymaniem moczu z parcia, czy może niedoczynnym mechanizmem zwieraczowym, czyli klasycznym nietrzymaniem moczu bez parci. Poza tym lekarz musi zbadać, czy nie ma jakiegoś tła, innej przyczyny choroby. Jeżeli stwierdzamy obecność nadaktywnego pęcherza moczowego, to stosujemy leczenie zachowawcze; w tej grupie mamy sporo pacjentek, pojawiło się też więcej leków, dzięki którym możemy tym pacjentkom pomóc – dodaje. Pacjentki z zaburzoną statyką, wypadaniem narządów rodnych, wymagające korekty zabiegowej także uzyskują pomoc w szpitalu. W naszym oddziale wykonywane są wszystkie rodzaje zabiegów – zaczynaliśmy od operacji klasycznych – Marshall–Marchetti–Krantz, potem wprowadziliśmy operacje laparoskopowe, w tej chwili wykonujemy przede wszystkim operacje typu sling – zakładamy różnego rodzaju taśmy z dostępu przez pochwę. Jest to obecnie najpopularniejsza technika zabiegowa, zabieg jest nieskomplikowany, wymaga jednodniowego pobytu pacjentki w oddziale. Do każdej pacjentki staramy się dobrać odpowiednią taśmę. Założenie taśmy u pacjentki z NTM jest bardzo prostym zabiegiem, ale ocena stopnia napięcia taśmy podczas zabiegu już nie jest taka łatwa i wymaga pewnego doświadczenia – wyjaśnia dr Jarzemski. – Jeśli stopień napięcia taśmy będzie zbyt duży, to pacjentka nie będzie w ogóle oddawała moczu, jeśli będzie zbyt mały to operacja nie przyniesie efektu, lub też będzie to efekt krótkotrwały, np. po pewnym czasie pojawi się ponowne nietrzymanie moczu. Zatem ocena stopnia napięcia taśmy jest bardzo istotna, nie mamy jednak żadnych wykładników – opieramy się na doświadczeniu. Lekarz, który zakłada taśmę musi być doświadczony.

W przypadku uchyłka pochwowego pęcherza (łac. cystocele), czyli wypadania pęcherza moczowego u pacjentki, oprócz założenia taśmy wykonuje się jednocześnie plastykę pochwy. Przy bardziej nasilonych zaburzeniach statyki narządu rodowego stosowane bywa leczenie z wykorzystaniem siatek syntetycznych implantowanych między pochwą i pęcherz moczowy lub odbytnicę i pęcherz moczowy z dostępu przez krocze lub zabiegi laparoskopowe. Pacjenci mogą kontaktować się z oddziałem pod nr tel. 52 365 53 06

W Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy ma swoją siedzibę Kujawsko-Pomorski Oddział Stowarzyszenia „UroConti”, zrzeszającego osoby z problemami nietrzymania moczu.



UroConti
Stowarzyszenie Osób z NTM

CHCESZ POMÓC OSOBOM CIERPIĄCYM NA NIETRZYMANIE MOCZU?

PRZEKAŻ **1%** PODATKU
NA STOWARZYSZENIE OSÓB Z NTM **UROCONTI**

Dlaczego warto przekazać 1% podatku na Stowarzyszenie UroConti?

- walczymy o dostępność artykułów sanitarnych, leków i nowoczesnych terapii dla osób z NTM
- pomagamy w rehabilitacji chorych po leczeniu operacyjnym i w przygotowaniu do leczenia
- popularyzujemy wiedzę na temat zapobiegania oraz leczenia chorób układu moczowego
- wspieramy osoby niepełnosprawne oraz przewlekle chore

Numer KRS: 0000276415



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 / wpłata gotówkowa

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

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



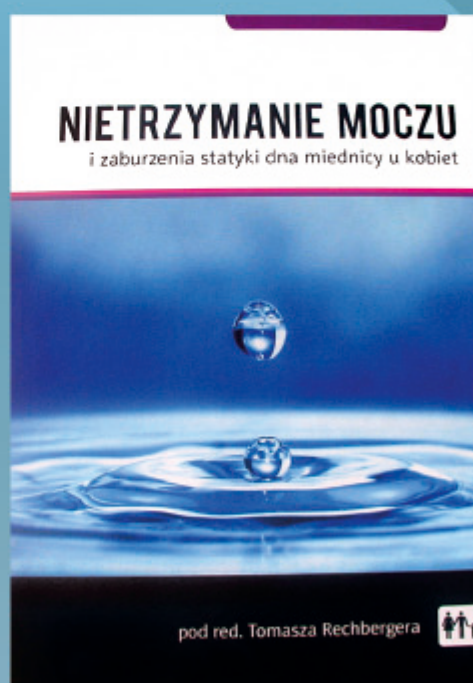
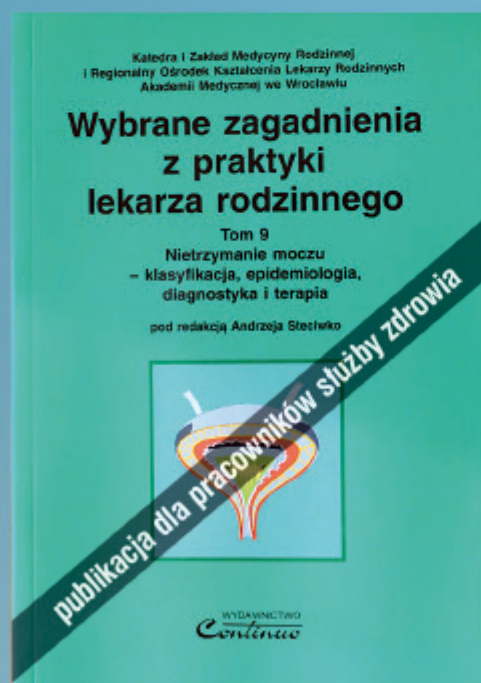
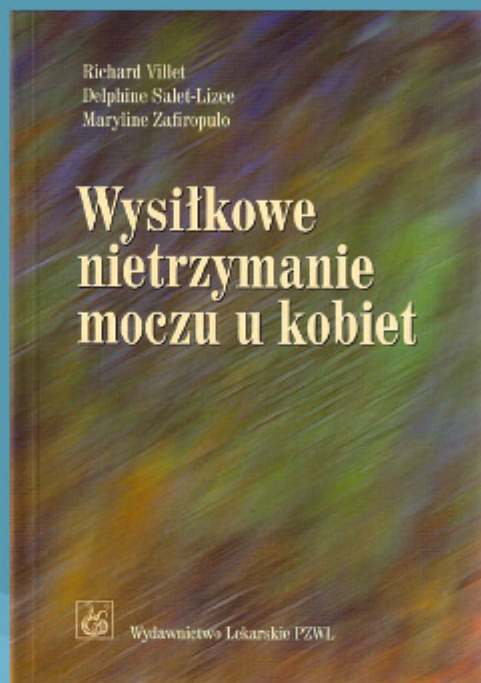
INFOLINIA 801 800 038

Od 3 lutego 2003 r. działa ogólnopolska infolinia
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 801 800 038

Atrakcyjne ceny!