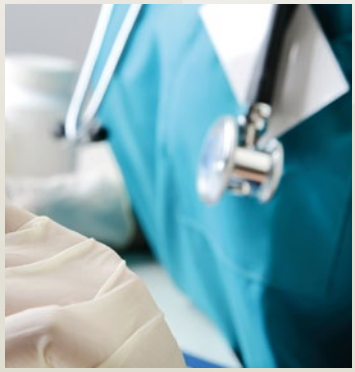
KWARTALNIK
NTM
ISSN 1733-2826 Nr 1(52) 2015 cena: 9,50 zł (w tym 5% VAT)

Czy pieniądze pójdą za pacjentem?
Prezentacja ustawy „czekowej”

Oswoić starość i niepełnosprawność
Wywiad z dr Mariolą Rybką Konsultantem Krajowym w Dziedzinie Pielęgniarstwa Przewlekle Chorych i Niepełnosprawnych

Fot. © masterloi - Fotolia.com



Nowoczesna terapia
Iniekcje z toksyny botulinowej A w leczeniu NTM

Współczesna pielęgnacja i ochrona skóry
Praktyczne porady dla opiekunów

Fot. © Kzenon - Fotolia.com

Fot. © apops - Fotolia.com

Radykalna prostatektomia i co dalej?
Nowoczesna rehabilitacja urologiczna

Nadchodzą pozytywne zmiany?

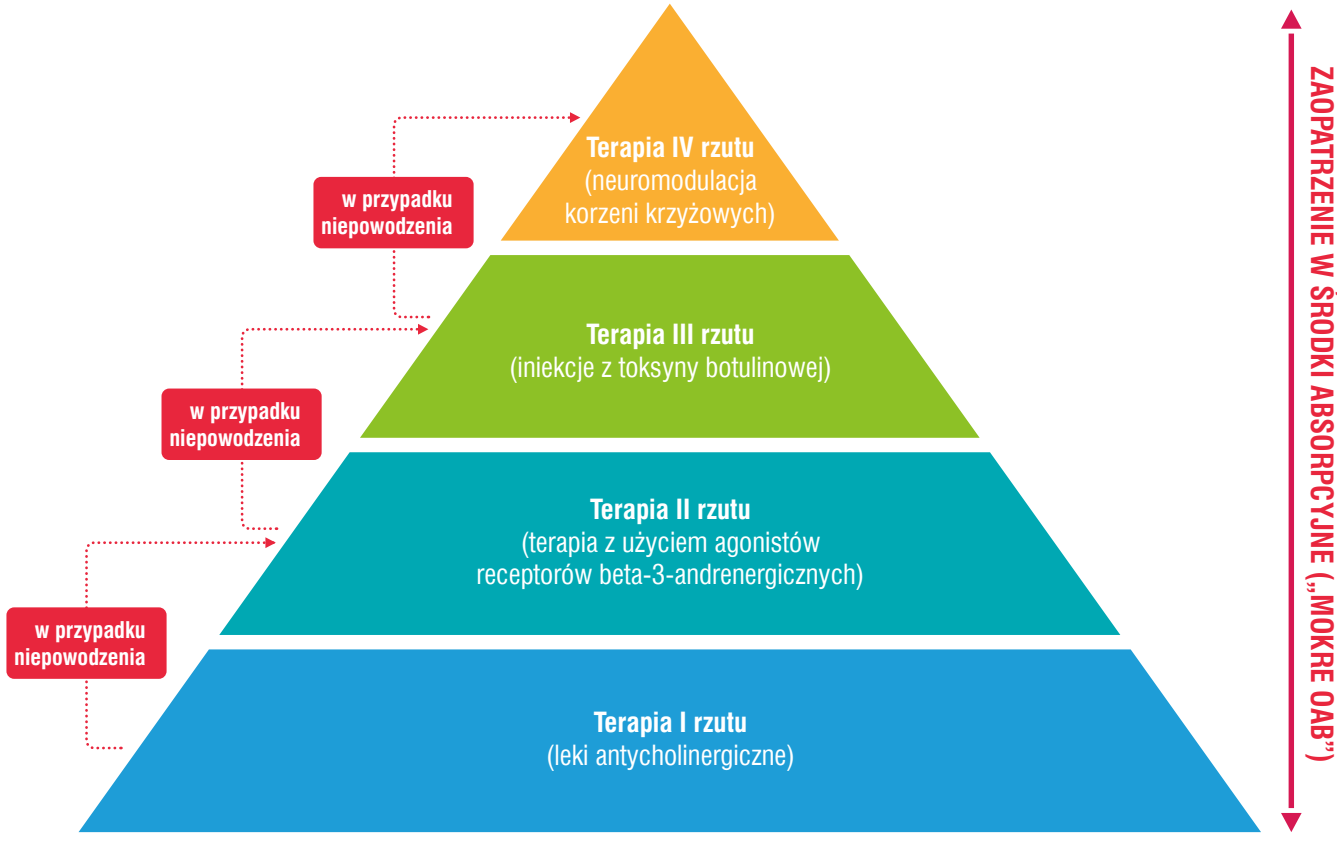
Dla wielu osób cierpiących na nietrzymanie moczu rok 2014 był okresem rozczarowań. Po długo oczekiwanej zmianie, jaką było nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia dot. zaopatrzenia w wyroby medyczne, wielu oczekiwało dalszych odważnych kroków, zarówno w obszarze higieny, jak i nowych terapii. Tak się jednak nie stało. Głównym powodem był pakiet onkologiczny, który skutecznie zdominował pracę resortu zdrowia przez większość 2014 roku.

Nie powinniśmy jednak narzekać. Tak wielu dobrych wiadomości pacjenci cierpiący na NTM, w tym również na zespół pęcherza nadreaktywnego, nie mieli od wielu lat. Najpierw Agencja Oceny Technologii Medycznych (AOTM) pozytywnie zarekomendowała program lekowy z użyciem toksyny botulinowej dla pacjentów ze stwardnieniem rozsianym lub po urazach kręgosłupa. Wcześniej toksyna botulinowa zrobiła prawdziwą rewolucję w medycynie estetycznej. Przykład wielu innych krajów pokazuje, że może być skuteczna również w terapii pęcherza. Kilka miesięcy później pacjenci, a szczególnie pacjentki, z ciężką postacią NTM doczekali się wreszcie rekomendacji AOTM dla neuromodulacji nerwów krzyżowych. To terapia stosowana i refundowana na świecie od 20 lat, w Polsce do dzisiaj niedostępna. Wreszcie, w listopadzie pojawiła się trzecia pozytywna rekomendacja AOTM, tym razem dotycząca całkowicie nowej terapii farmakologicznej (mirabegron), zakwalifikowanej przez Agencję jako leczenie OAB II linii. Trzy pozytywne rekomendacje dla trzech całkowicie odmiennych terapii muszą robić wrażenie, szczególnie w tak zapóźnionym kraju, jakim jest Polska. A to nie koniec dobrych wiadomości. Pomimo braku realizacji obietnic Ministra Zdrowia dot. zwiększenia limitu ilościowego środków absorpcyjnych w refundacji, pacjenci zyskali nową nadzieję, jaka pojawiła się wraz z inicjatywą ustawodawczą grupy ekspertów, której przewodniczył od 6 lat senator Mieczysław Augustyn (PO). Tzw. ustawa czekowa zakłada możliwość finansowania czekiem opiekuńczym również zakupu wyrobów medycznych, w tym m.in. pieluchomajtek.

Tak wiele pozytywnych wiadomości pozwala po raz pierwszy z nadzieją spojrzeć szerzej na politykę państwa polskiego wobec osób cierpiących na NTM. Patrząc z perspektywy pacjenta z OAB, można stwierdzić, że zaczyna to wręcz przypominać model postępowania znany z innych krajów europejskich.

Tomasz Michałek

REKOMENDOWANY SCHEMAT LECZENIA CHORYCH NA OAB



Źródło: Raport "Leczenie OAB - gdzie jesteśmy w Polsce?"

SPIS TREŚCI

OPIEKA I PIELĘGNACJA

Zmiany są konieczne 4-6
Współczesna pielęgnacja i ochrona skóry 6-8
Dostęp do zaopatrzenia w wyroby medyczne 8
Kosztowna i nierentowna opieka nad pacjentem z NTM, czyli czarny scenariusz dla placówek stacjonarnej opieki 9-10

REHABILITACJA

Radykalna prostatektomia i co dalej? 11-12

WYWIAD

Oswajając starość i niepełnosprawność - rozmowa z dr Mariolą Rybką, Konsultantem krajowym w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych 12-13
Najważniejsza jest realna ocena sytuacji. Terapia psychoonkologiczna w procesie leczenia pacjentów onkologicznych 14-15

LECZENIE NTM

Iniekcje z toksyny botulinowej w leczeniu NTM - praktyczne informacje dla pacjentów 16
Przyszłość farmakoterapii OAB: leczenie skojarzone przy pomocy mirabegronu i solifenacyny 17-18
Leczenie OAB w Polsce i za granicą 18-19

ORGANIZACJE

W trosce o godne życie chorych na stwardnienie rozsiane - Oddział Warszawski Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego 20

GDZIE LECZYĆ NTM

Operacje z użyciem taśm w woj. kujawsko -pomorskim 21
Badanie urodynamiczne w woj. pomorskim 21
Szpital przyjazny pacjentom z NTM 22

Redaktor naczelny: Tomasz Michałek; **Redaktor wydania:** Anna Ciepiela;
Sekretarz redakcji: Karolina Ciepiela;
Konsultant medyczny: dr n. med. Mariusz Blewniewski - Klinika Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi;
Zespół redakcyjny: Magdalena Kowalewska, Marzena Michałek, Magdalena Potoczek, Katarzyna Walewska, Alexandra Wesołowska;
Komentatorzy: Józef Góralczyk, Elżbieta Szwałkiewicz;
Korekta: Marzena Michałek; **Zdjęcia:** ©Fotolia www.fotolia.com, "Foto-Studio" Katarzyna Rainka; **Rysunki:** Dariusz Pietrzak; **Skład:** Wojciech Polniak

Adres redakcji: ul. Hajoty 49, 01-821 Warszawa, tel.: (22) 279 49 09, faks: (22) 279 49 10, e-mail: ntm@ntm.pl

Infolinia:
801 800 038 (dla telefonów stacjonarnych)
22 279 49 08 (dla telefonów komórkowych)
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: 3000 egzemplarzy.

DO CZYTELNIKÓW

Szanowni Państwo,

Z przyjemnością oddajemy w Państwa ręce 52 numer Kwartalnika NTM. Tematem przewodnim niniejszego wydania jest projekt ustawy o pomocy niesamodzielnym – ustawy, która ma stworzyć podwaliny nowoczesnego systemu wspierającego opiekę nad osobami starszymi, niepełnosprawnymi i przewlekle chorymi w Polsce. Marzena Michałek w artykule „Zmiany są konieczne" (str. 4) opisała, jak proponowane rozwiązania mają zadziałać w praktyce, to znaczy, kto może uzyskać pomoc, jak owa pomoc ma zostać sfinansowana, a także kto tę pomoc ma świadczyć. Wszystkich, którym idea wsparcia osób niesamodzielnych, opracowana przez zespół senatora Mieczysława Augustyna, wydaje się bliska i chcieliby wesprzeć pracę nad tą ustawą, zachęcam do złożenia podpisu pod petycją skierowaną do Rządu i Parlamentu w sprawie podjęcia działań zmierzających do poprawy sytuacji osób niesamodzielnych oraz ich opiekunów. Petycję można znaleźć na stronie www.niesamodzielnym.pl.

W niniejszym wydaniu sporo uwagi poświęciliśmy również tematyce pielęgnacji i ochrony skóry u osób cierpiących na nietrzymanie moczu. Elżbieta Szwałkiewicz opowiedziała (str. 6), jakie kroki należy podjąć, aby utrzymać skórę w dobrej kondycji, a także zaprezentowała techniki prawidłowego zakładania pieluchomajtek mocowanych na pasie, zarówno samodzielnie, jak i przez opiekuna.

Z kolei w dziale poświęconym leczeniu NTM znajdą Państwo ciekawe artykuły prezentujące różne formy terapii pęcherza nadreaktywnego. Dr Mariusz Blewniewski opisał krok po kroku przebieg zabiegu iniekcji toksyny botulinowej do ściany pęcherza, a także załączył kilka praktycznych wskazówek dla pacjentów (str. 16). Natomiast dr Andrzej Wróbel i prof. Tomasz Rechberger zaprezentowali najnowsze doniesienia nt. rezultatów łącznego stosowania mirabegronu i solifenacyny w leczeniu OAB (str. 17).

Polecam Państwu również doskonały tekst dr. Andrzeja Krzysztofa Przybyły nt. roli rehabilitacji urologicznej w leczeniu nietrzymania moczu po prostatektomii radykalnej (str. 11).

Serdecznie zapraszam do lektury
Anna Ciepiela

Zmiany są konieczne. Prezentacja ustawy czekowej

Marzena Michałek

Od 2007 roku, pod kierownictwem senatora Mieczysława Augustyna (PO) eksperci, zebrani w Grupę Roboczą, pracują nad diagnozą rynku opieki długoterminowej. Wnioski ich prac zostały zebrane w „zielonej księdze", a następnie w projekcie ustawy, której założenia zaprezentowano po raz pierwszy w lutym 2012 roku, podczas senackiej konferencji „Opieka nad osobami niesamodzielnymi w Polsce - potrzeba zmian".

Senator Mieczysław Augustyn, Przewodniczący Parlamentarnego Zespołu ds. Osób Starszych

Fot. Olga Rainka-Stelmaszczyk

11. grudnia 2014 roku, po licznych konsultacjach społecznych oraz uwagach wniesionych przez instytucje rządowe i organizacje pozarządowe, podczas konferencji w sali kolumnowej Sejmu RP, ponownie zaprezentowano projekt ustawy o pomocy niesamodzielnym, która ma stworzyć podwaliny nowoczesnego systemu wspierającego opiekę nad osobami niesamodzielnymi w Polsce.

Pieniądze za pacjentem

Filarem nowej ustawy ma być czek opiekuńczy, przyznawany osobie niesamodzielnej lub jej bliskim, w wysokości ustalanej wg trzystopniowego stopnia niesamodzielności, przez powiatowe komisje orzekające, w wysokości odpowiednio: od 1 000 zł (I stopień) do 850 zł i 650 zł (odpowiednio II i III stopień niesamodzielności). Czek pokrywać może usługi opiekuńcze świadczone zarówno przez opiekunów, rodzinę opiekującą się niesamodzielnym, pobyt w placówce opiekuńczej, teleopiekę oraz koszty kwalifikowanych środków i przedmiotów potrzebnych do pielęgnacji i godnego życia podopiecznego, w tym środki absorpcyjne.

Prymat opieki domowej

W Polsce osobami niesamodzielnymi w 80% zajmuje się rodzina. Ustawa ma wesprzeć bliskich opiekunów poprzez m.in.: możliwość formalnego zatrudnienia po odbyciu kwalifikujących na opiekuna czy asystenta osoby niepełnosprawnej szkoleń, opłacenie składek zdrowotnej i społecznej, urlop wytchnieniowy, czy refundację kosztów kwalifikowanych. Ustawa kładzie nacisk na opiekę domową, czy to świadczoną przez rodzinę, czy przez opiekunów zewnętrznych, jako najbardziej optymalną dla samopoczucia i komfortu osoby niesamodzielnej.

Nowe miejsca pracy

Wprowadzenie ustawy wiąże się, wg. szacunków prof. Piotra Błędowskiego ze Szkoły Głównej Handlowej, wiceprzewodniczącego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, z powstaniem ok. 192 tys. nowych miejsc pracy. Opieka długoterminowa jest najbardziej obiecującym sektorem rozwoju rynku pracy, a dzięki ustawie pojawią się w Polsce co najmniej dwa nowe zawody: opiekun osoby niesamodzielnej i asystent osoby niesamodzielnej,

Fot. Olga Rainka-Stelmaszczyk

dzięki czemu jest nadzieja, że funkcjonujący do tej pory w szarej strefie opiekunowie, podnosząc swoje kwalifikacje, zostaną formalnie zatrudnieni i pozostaną w kraju, zamiast zasilać szeregi polskich opiekunów w innych krajach UE. To także, a może przede wszystkim, szansa zatrudnienia dla osób w wieku okołoemerytalnym które, do tej pory, borykały się ze znalezieniem pracy na rynku lub świadczyły ją swoim bliskim, pozostając bez żadnych świadczeń i środków do życia. Nie trzeba podkreślać, że dzięki proponowanym rozwiązaniom zracjonalizowane zostaną wydatki publiczne na pomoc dla osób niesamodzielnych, budżet zostanie zasilony wpływami z podatków od nowo powstałych firm i pracowników, wsparty zostanie system ubezpieczeń społecznych, a państwo zostanie odciążone od wydatków na aktywizację bezrobotnych, w tym w sektorze 55+, oraz pomoc społeczną.

> Opieka długoterminowa jest najbardziej obiecującym sektorem rozwoju rynku pracy, a dzięki ustawie pojawią się w Polsce co najmniej dwa nowe zawody: opiekun osoby niesamodzielnej i asystent osoby niesamodzielnej [...]

Co dalej

Jeśli ustawa wejdzie w życie, państwo musi przeznaczyć na początek z budżetu 1,6 mld zł - jak wynika z szacunkowych wyliczeń profesora Błędowskiego. Skąd wziąć taką kwotę? Czy udźwignie to budżet, czy trzeba się przygotować się na doubezpieczanie? Oczywiście budżet zasilą podatki od nowo powstałych firm i miejsc pracy w tym sektorze, jednak, wg senatora Mieczysława Augustyna, nie da się uciec od wprowadzenia w niedalekiej przyszłości obowiązkowego świadczenia pielęgnacyjnego. Projekt ustawy wymaga szlifów - jej twórcy liczą na uwagi i szeroką akcję informacyjną, którą zorganizują samorządy oraz inne grupy interesariuszy. Zainteresowanie społeczne wzrasta, wzrasta bowiem społeczna świadomość demograficznych prognoz i świadomość kosztów zaniechania w tej sferze. Wciąż jednak brakuje wystarczającej woli politycznej, o ile bowiem ministerstwo pracy i polityki społecznej pozytywnie ocenia ustawę, wciąż brakuje opinii ministerstwa finansów.

A czas w tym wypadku pełni rolę kluczową, zwłaszcza że Grupa Robocza skupiona przy senatorze Augustynie stawia na rozwiązania systemowe, a nie na chaos i prowizorkę pochłaniającą ogromne nakłady finansowe i kompletnie nie spełniającą swojej roli, czego dowodem były ubiegłoroczne protesty rodziców i opiekunów niepełnosprawnych dzieci w Sejmie. Dopóki niesamodzielność, starość i niepełnosprawność będzie traktowana przez polityków jako niewygodny, kolejny problem do szybkiego rozwiązania, dopóty nie ma co liczyć na ich rzetelne zaangażowanie. Do tej grupy nie dotrą nawet liczby obrazujące politykę zaniechań w tej dziedzinie. Jednak jest nadzieja, że spora grupa dojrzy w demonach demografii i cyfr - człowieka.

Fot. Olga Rainka-Stelmaszczyk

Jak pomóc?

By projekt promować, nagłaśniać i wspierać, przy Grupie Roboczej została powołana Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym", której przewodniczy dr Elżbieta Szwałkiewicz. Celem Koalicji jest bezpośrednie i pośrednie wywieranie wpływu na władze publiczne i decydentów oraz informowanie o sytuacji niesamodzielnych w Polsce, systemowych rozwiązaniach w innych krajach w tej materii oraz o postępach prac nad ustawą.

Aby wesprzeć pracę nad ustawą, wystarczy złożyć podpis pod petycją skierowaną do Rządu i Parlamentu w sprawie podjęcia działań dotyczących poprawy sytuacji osób niesamodzielnych oraz ich opiekunów. Petycję można znaleźć na stronie www.niesamodzielnym.pl.

Współczesna pielęgnacja i ochrona skóry

dr Elżbieta Szwałkiewicz

Skóra nie tylko chroni wnętrze naszego ciała, ale pełni także wiele ważnych funkcji życiowych. O zdrowie skóry z reguły dbamy z powodów estetycznych mając na celu by była czysta i cała, bez przykrego zapachu związanego z wydalaniem moczu, kału i potu. By taki stan osiągnąć, przestrzegamy standardu korzystania z toalety i oczyszczania okolic intymnych po czynności wydalenia, codziennie myjemy ciało wodą z mydłem, a także stosujemy dezodoranty i wody zapachowe, by zniwelować przykry zapach potu (powstaje w wyniku rozkładania przez bakterie zawartych w pocie substancji organicznych). Samego pocenia się nie jesteśmy wstanie wyeliminować, gdyż jest to efekt regulacyjnej funkcji ciała (skóra regulując, obniżając temperaturę ciała, poci się). Większość osób jest świadoma, że nie można przesadzać ze stosowaniem środków kosmetycznych, gdyż ich nadużywanie może zatykać pory w skórze i utrudniać jej oddychanie. Wiemy także, że skóra zdrowa jest nieprzepuszczalna dla substancji rozpuszczalnych w wodzie, ale przenikają do niej niektóre tłuszcze i olejki, a także leki stosowane w postaci plastrów i maści. Jednak taka wiedza jest niewystarczająca, gdy nasza skóra jest wrażliwa, podrażniona i narażona na stałe oddziaływanie czynników niekorzystnych dla jej zdrowia, a także gdy dotyka nas nieuchronny, naturalny proces starzenia się, polegający na zmniejszeniu biologicznej aktywności komórek organizmu, spowolnieniu procesów regeneracyjnych i utracie zdolności adaptacyjnych. Jednym z pierwszych objawów starzenia się skóry jest jej suchość, spowodowana utratą zdolności do wiązania wody i zatrzymywania jej w naskórku.

Utrzymanie skóry w możliwie dobrej kondycji wymaga prawidłowej i systematycznej pielęgnacji. Gdy pielęgnacja dotyczy skóry starszej osoby z NTM, która doświadcza stałego drażniącego i niszczącego oddziaływania moczu, zaleca się stosowanie wyrobów pielęgnacyjnych i ochronnych zaawansowanych technologicznie, z uwagi na bardzo poważne ryzyko stanów zapalnych skóry do ran włącznie. Specjalistyczne produkty, które jednocześnie myją i pielęgnują skórę, zapewniają szereg korzyści (poprawiają stan skóry, minimalizują podrażnienia, utrzymują naturalne PH skóry, ograniczają ryzyko wystąpienia zakażenia krzyżowego (umywalki, ręczniki)).

Współcześnie, za podstawowe substancje odpowiadające za stan skóry uważa się mukopolisacharydy. Są to organiczne związki chemiczne, które zwiększają odporność naszej skóry na czynniki zewnętrzne i wywoływane przez nie podrażnienia i uczulenia. Przeciwdziałają także gromadzeniu się tkanki tłuszczowej, powstawaniu cellulitu oraz mają pozytywny wpływ na prawidłowe krążenie krwi i limfy. Wykazują działanie nawilżające. Występują w tkance łącznej w połączeniu z białkami - kolagenem i elastyną, które nadają skórze odpowiednią elastyczność i sprężystość. Mukopolisacharydy pełnią również funkcję łącznika naskórka ze skórą właściwą. Pomagają zatrzymać wodę w skórze i przez to ją nawilżają. Do grupy tych związków należy kwas hialuronowy, który wiąże wodę i jest międzykomórkowym składnikiem spajającym skóry właściwej. Gdy kwasu hialuronowego jest pod dostatkiem, skóra jest sprężysta i nie ma zmarszczek. Jednak z upływem kolejnych lat życia ilość kwasu maleje, a skóra człowieka się starzeje, traci zdolność wiązania wody i powstają zmarszczki. Kwas hialuronowy jest również głównym składnikiem mazi stawowej, odpowiedzialnym za lepkość mazi, smarowanie powierzchni stawowych, dyfuzję substancji odżywczych i odżywianie chrząstki; pełni także rolę bufora mechanicznego chroniącego komórki przed zgniataniem. Jedna cząsteczka kwasu hialuronowego jest w stanie związać ok. 250 cząsteczek wody.

Przykład zestawu oczyszczająco-pielęgnacyjno-ochronnego

krem ochronny z cynkiem*

pianka oczyszczająca*

emulsja do ciała*

emulsja do kąpieli*

oliwka ochronna w spray'u*

żel do masażu*

*kosmetyki wolne od parabenów

W związku z rolą jaką pełnią, związki te są składnikiem wielu preparatów kosmetycznych, pielęgnacyjnych i lecz-

Przykład zestawu higieniczno-pielęgnującego

żel do mycia w płynie i szampon 2 w 1

krem pielęgnacyjny z witaminą E

pianka 3 w 1*

krem myjący 3 w 1*

krem ochronny z gliceryną

krem z cynkiem łagodzący podrażnienie

*3 w 1 oznacza, że myje, pielęgnuje i chroni

niczych, stosowanych w pielęgnacji skóry. Wiodący producenci zaopatrzenia dla osób z nietrzymaniem moczu oferują także linie kosmetyków do pielęgnacji skóry narażonej na drażniące działanie.

Informacje i zalecenia przydatne w pielęgnacji ciała osób starszych

- Unikaj przegrzewania ciała, rezygnuj ze zbyt ciepłych ubrań oraz dusznych lub nadmiernie ogrzanych pomieszczeń.
- Utrzymaj skórę w czystości, zabezpiecz ją przed nadmiernym wysuszeniem i podrażnieniami, stosując preparaty myjące i pielęgnujące produkowane w zestawach przez tę samą firmę, gdyż produkty o różnych składnikach chemicznych mogą wchodzić ze sobą w szkodliwe dla organizmu interakcje.
- Gdy Twoja skóra jest cała, bez podrażnień i nie masz problemów z fizjologicznym wydalaniem, to możesz do oczyszczania skóry stosować wodę i mydło, najlepiej w płynie, o pH 5-5,5 zbliżonym do pH skóry, hipoalergiczne.
- Gdy masz problemy z kontrolowanym wydalaniem, a Twoja skóra jest podrażniona częstym myciem i ciągłym stosowaniem wyrobów chłonących mocz, zrezygnuj z tradycyjnego podmywania się wodą z mydłem na rzecz specjalistycznych produktów, które jednocześnie myją oraz pielęgnują i stosuj je w dobranych zestawach z kremami ochronnymi i leczniczymi.
- W przypadku nietrzymania moczu konieczne jest stosowanie preparatów pielęgnacyjnych niezawierających mydła, które można stosować bez wody (pianki myjąco-pielęgnujące). By zmniejszyć ryzyko podrażnień oraz ułatwić czynności pielęgnacyjne, możesz stosować dostępne na rynku (apteki, sklepy medyczne) preparaty wielofunkcyjne np. pianka myjąco-pielęgnująca, albo preparaty myjące, dezynfekujące i pielęgnujące jednocześnie. Przy wyborze kosmetyków pielęgnacyjnych zwracaj uwagę na ich pH, by było neutralne dla skóry (czyli lekko kwaśne pH 5-5,5) i szukaj informacji czy środek myjący może być stosowany do wrażliwej, podrażnionej skóry oraz czy ma właściwości nawilżające, natłuszczające i uelastyczniające.
- Skórę zabezpieczaj kremami o działaniu ochronnym i natłuszczającym, które są zalecane do pielęgnacji osób chorych. Stosowany przez Ciebie krem powinien łagodzić objawy stanu zapalnego, natłuszczać i chronić skórę przed czynnikami drażniącymi, np. moczem. Możesz także stosować oliwkę do ciała dla niemowląt lub balsamy przeznaczone do pielęgnacji całego ciała. Kupuj je w aptece po konsultacji z farmaceutą.
- Nie używaj zwykłego papieru toaletowego, a jedynie specjalny nawilżony papier toaletowy lub chusteczki nawilżone środkiem myjąco-pielęgnacyjnym.

Prawidłowe stosowanie wyrobów chłonnych

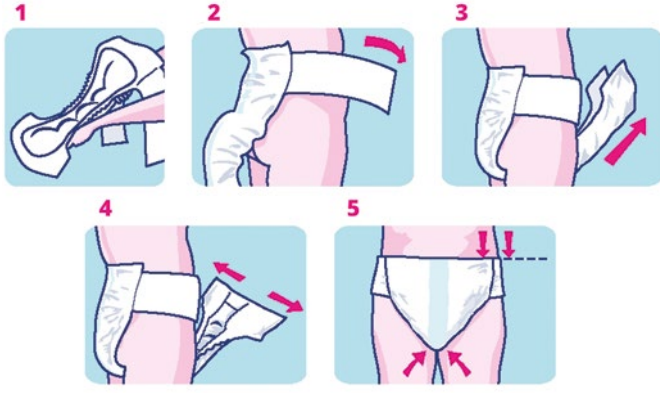
Na łamach wcześniejszych numerów Kwartalnika NTM poruszałam problematykę zaopatrzenia produktowego osób z nietrzymaniem moczu, odnosząc się do ich codziennego funkcjonowania. Zwracałam uwagę na towarzyszące tym osobom obawy o przeciekanie, o odczuwany przez otoczenie zapach moczu, o uzależnienie od opiekuna i oczywiście o stan skóry. We wszystkich moich wypowiedziach na ten temat podkreślałam, że kluczem do poprawy jakości życia osób z NTM jest utrzymanie ich samodzielności w dbaniu o swoją higienę intymną, łącznie z samodzielnym stosowaniem wyrobów chłonnych. A tu właściwy dobór wyrobu staje się kwestią priorytetową. Kategoryzując te produkty w zależności od stopnia NTM, zwracałam uwagę, że niesprawna osoba nie jest w stanie samodzielnie założyć sobie i dobrze dopasować typowych pieluchomajtek zapinanych na rzepy czy przylepcorzepy i że tutaj zawsze będzie niezbędna pomoc opiekuna. Z uwagi na obciążenie fizyczne i psychiczne, które wiąże się z tą czynnością pielęgnacyjną, zalecam osobom z ciężkim NTM i ich opiekunom stosowanie wyrobu mocowanego na taśmie zapinanej w talii na rzep, gdyż może być on stosowany samodzielnie przez osobę z NTM. Także zakładanie przez opiekuna jest prostsze i mniej obciążające fizyczne.

Technika zakładania pieluchomajtek mocowanych na pasie

Przy zmianie należy zawsze pamiętać o oczyszczeniu skóry podbrzusza, genitaliów, krocza i pośladków myjką (najlepiej jednorazową) lub chusteczką nawilżoną środkiem myjąco-pielęgnacyjnym.

1. Zakładanie samodzielne

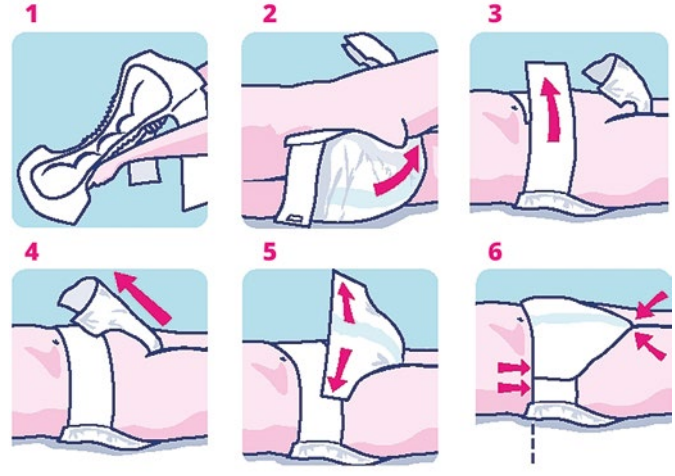
- wyjmij produkt z opakowania i zaktywuj go (wyroby chłonne są w opakowaniach silnie sprasowane, więc po wyjęciu trzeba je rozprostować, pozwolić im pooddychać, następnie rozprostować i złożyć w pół (wzdłuż długości) tworząc kształt łódeczki, następnie owiń pas wokół swej talii, tak aby część chłonna pieluchomajtek wisiała z tyłu na pośladkach - rys. 1-2,
- jedną ręką złap za zwisającą część pieluchomajtek i przesuń ją między nogami a drugą z przodu przeciągnij na brzuch - rys. 3-4,
- ułóż przód pieluchomajtek na całym brzuchu, sprawdź czy dobrze przylegają w pachwinach i przyklej do pasa na przodzie - rys. 5.



Wygodną i dyskretną alternatywą dla osób samodzielnych są majtki chłonne, zakładane jak zwykłe majtki.

2. Zakładanie przez opiekuna

- pieluchomajtki po wyjęciu z opakowania rozprostuj i zaktywuj (jak w instrukcji poniżej), a następnie złóż je przez środek nadając kształt łódeczki (wzdłuż długości) - rys. 1,
- odwróć podopieczną na bok i ułóż pieluchomajtki tak, aby taśma mocująca znalazła się na wysokości talii, a środek wkładu chłonnego leżał na kręgosłupie - rys. 2,
- odwróć podopieczną na plecy i zapnij pas wokół talii - rys. 3,
- między nogami przeciągnij pieluchomajtki, naciągnij, sprawdź czy dobrze przylegają w pachwinach - rys. 4,
- rozciągnij przód pieluchomajtek na brzuchu i ich górną część przyklej do taśmy - rys. 5-6.



DOSTĘP DO ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE WYDAWANE NA ZLECENIE WG DANYCH WOJEWÓDZKICH ODDZIAŁÓW NFZ - STAN NA 15.02.2015

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	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
kujawsko-pomorskie	nb	-	nb	-	nb	- ☺	nb	-	nb	-	nb	-
lubelskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
lubuskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
łódzkie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
małopolskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
mazowieckie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
opolskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
podkarpackie	nb	-	nb	-	nb	- ☺	nb	-	nb	-	nb	-
podlaskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
pomorskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
śląskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
świętokrzyskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
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	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
zachodniopomorskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wojewódzkich Oddziałów NFZ

nb - na bieżąco, **bd** - brak danych (oddział NFZ odmówił podania informacji),
* dzieci - na bieżąco; ** dzieci, osoby czynne zawodowo - na bieżąco,

☺ - poprawa sytuacji w stosunku do poprzedniego rankingu
☹ - pogorszenie sytuacji w stosunku do poprzedniego rankingu

Kosztowna i nierentowna opieka nad pacjentem z NTM, czyli czarny scenariusz dla placówek stacjonarnej opieki

Katarzyna Walewska

W ostatnich miesiącach szeroko omawiano problematykę pakietu onkologicznego. Toczące się gorące dyskusje na temat szeregu rozwiązań, które miały usprawnić obowiązujący system diagnostyki i terapii pacjentów onkologicznych, zgromadziły wielu zainteresowanych i zakończyły się wdrożeniem programu szybkiej terapii onkologicznej.

Dziś podobnych dyskusji wymaga wiele obszarów ochrony zdrowia. Jednym z nich jest opieka długoterminowa, która z roku na rok staje się coraz większym wyzwaniem dla resortu zdrowia i budżetu państwa. Choć prognozy demograficzne alarmują, iż z roku na rok przybywa osób starszych i niesamodzielnych, wciąż niewiele robi się, by usprawnić obowiązujący system i wyjść naprzeciw wyzwaniom, jakie wiążą się z rosnącą grupą seniorów. Potrzeba opieki nad osobami starszymi i niesamodzielnymi wymusza stworzenie większej liczby miejsc w placówkach opiekuńczych, domach pomocy społecznej, jak również kompleksowej pomocy dla opiekunów zajmujących się starszymi osobami w ich domu. Istotne jest także dokonanie systemowych zmian zapewniających osobom niesamodzielnym nowy standard opieki i należyte jej dofinansowanie.

Fot. © Kzenon - Fotolia.com

Dziś ogromnym wyzwaniem opieki długoterminowej są świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze realizowane w stacjonarnych placówkach - zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL) czy pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO), które z uwagi na olbrzymie niedofinansowanie często stają się symbolem złej opieki. Dla wielu rodzin już samo oddanie bliskiego pod opiekę stacjonarnych placówek jest często trudną decyzją, a brak należytego finansowania odpowiedniej jakości opieki, wielu z nich może tylko utwierdzać w przekonaniu, że pozostawienie chorego w domu to rozwiązanie korzystniejsze. Niestety, nie zawsze jest ono właściwe. Według Hanny Chwesiuk, dyrektor placówki opiekuńczej CertusVia Sp. z o.o. „Opieka Długoterminowa i Rehabilitacja" w Olsztynie: *W naszym społeczeństwie zakorzenione jest mocne przekonanie, iż to rodzina, najbliżsi powinni sprawować opiekę nad swoimi bliskimi, a oddanie niesamodzielnego do placówki opiekuńczej często traktowane jest jako ostateczne rozwiązanie. Pomimo ogromnych chęci, bardzo często rodziny osób niesamodzielnych nie są w stanie zapewnić swoim bliskim właściwej opieki, nie posiadają odpowiedniego przeszkolenia, nie dysponują sprzętem, który usprawnia opiekę i zapewnia bezpieczeństwo* - dodaje. *Wielokrotnie spotkałam się z sytuacją, w której do naszej placówki trafiały osoby niesamodzielne z zaawansowanymi odleżynami, w ciężkim stanie* - argumentuje Hanna Chwesiuk. *Dopiero w placówce otrzymały właściwą pomoc i opiekę. Owszem, wsparcie rodziny ma ogromne znaczenie, ale ważne jest również świadczenie profesjonalnej opieki, którą może zapewnić wykwalifikowany personel. Dlatego opieka ta powinna być należycie finansowana, co dziś pozostawia wiele do życzenia.*

Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze w placówkach stacjonarnych są finansowane z budżetu NFZ na podstawie określonych stawek tzw. osobodni, które zakładają pokrycie dziennego kosztu świadczeń opieki, a za zakwaterowanie i wyżywienie dopłaca sam pacjent 70% swojej emerytury bądź renty. Poza przyznaną stawką placówki nie otrzymują dodatkowego finansowania na zaopatrzenie w produkty pielęgnacyjne czy środki absorpcyjne. *Wielu pensjonariuszy ma problemy z nietrzymaniem moczu, w przypadku których niewłaściwa pielęgnacja może stać się przyczyną wielu powikłań - odparzeń, a nawet odleżyn* - tłumaczy dyrektor Chwesiuk. *Dlatego właściwe zabezpieczenie i dobór odpowiednich środków absorpcyjnych jest klu-*

czowym elementem w trosce o zdrową skórę podopiecznych - dodaje. *Odpowiednie zaopatrzenie w produkty chłonne to jednak kwestia ściśle uwarunkowana środkami finansowymi.* Wydatki placówek opiekuńczych są mocno uwarunkowane przyznawanymi przez NFZ stawkami przeznaczonymi na każdego podopiecznego, dlatego odpowiednie zaopatrzenie w produkty absorpcyjne to często trudne zadanie dla dyrektorów placówek. Średni, miesięczny koszt zakupu takich produktów w placówce obejmującej opieką ok. 60 pensjonariuszy stanowi ok. 3% łącznych wydatków. Trudną sytuację dodatkowo komplikują restrykcyjne przepisy, według których ani pensjonariusze, ani członkowie ich rodzin nie mogą wyposażyć swoich bliskich w dodatkowe produkty chłonne. Cały ciężar zaopatrzenia w niezbędne środki higieny spoczywa więc na placówkach.

Fot. © Sylvie Bouchard - Fotolia.com

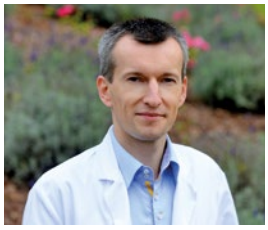
Doskonale zdając sobie sprawę z kosztów, jakie niesie za sobą zaopatrzenie w środki absorpcyjne, wypracowaliśmy w naszej placówce standardy opieki nad osobą z NTM, uwzględniające średnią ilość zużycia produktów na dobę dla jednego pacjenta - tłumaczy Hanna Chwesiuk. *Jednak trudno tu o regułę, jeden podopieczny będzie potrzebował 2 sztuk środków absorpcyjnych na dobę, natomiast drugi 7* - dodaje.

Dla zapewnienia optymalnej opieki, opiekun osoby z NTM powinien w rozsądny sposób gospodarować środkami chłonnymi, biorąc pod uwagę przede wszystkim natężenie występowania nietrzymania moczu. W celu zapewnienia właściwej ochrony przed przeciekaniem, osobie ze średnim lub ciężkim nietrzymaniem moczu należy zapewnić 3-4 zmiany produktów w ciągu doby. Częstotliwość zmiany środków powinna być uzależniona od kilku czynników: natężenia NTM, masy ciała pacjenta, jego aktywności, samodzielności, jak również od stopnia chłonności stosowanego produktu. Poza chłonnością, która zapewni podopiecznemu komfort i zabezpieczy skórę, przy doborze odpowiedniego produktu powinno się również wziąć pod uwagę kształt stosowanego środka pomocniczego, jego sposób mocowania oraz wyprofilowania, czyli te wszystkie elementy, które zapewniają szczelne przyleganie produktu do ciała i zabezpieczają przed przeciekaniem. Ważnym jest, by stosować środki pomocnicze u osób, które rzeczywiście ich potrzebują, założenie pieluchomajtki nie może zastępować korzystania z toalety.

Warto zwrócić uwagę, że zaopatrzenie w środki absorpcyjne to jeden z elementów opieki nad osobą z NTM, drugą równie istotną kwestią jest odpowiednia pielęgnacja i higiena pacjentów cierpiących na nietrzymanie moczu, częsta zmiana bielizny osobistej i pościelowej, stosowanie specjalistycznych kosmetyków, które utrzymają skórę chorego w dobrej kondycji, jednocześnie odpowiednio ją nawilżając i zabezpieczając przed podrażnieniem. Tego typu zabiegi pełnią rolę również profilaktyki przeciwodleżynowej. *Niestety, placówek opiekuńczych nie stać na zaopatrzenie w kosmetyki pielęgnacyjne* - tłumaczy Hanna Chwesiuk. *Niejednokrotnie więc zakup preparatów pielęgnacyjnych pokrywany jest z własnych funduszy pacjenta, bądź przy wsparciu ze strony rodziny pensjonariusza* - dodaje.

Statystyki wskazują, że nietrzymanie moczu to problem ok. 67% podopiecznych zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, a 33% pensjonariuszy domów pomocy społecznej. Prognozy demograficzne sygnalizują, że z roku na rok sytuacja ta może się diametralnie zmieniać. Czy obecny system wsparcia osób niesamodzielnych jest gotowy, by poradzić sobie z tym wyzwaniem? W jakim stopniu przygotowane są na to placówki opiekuńcze? *Po pierwsze, system wymaga większego wsparcia ze strony państwa; występujące już dziś braki w finansowaniu świadczeń opiekuńczych, z biegiem czasu będą się tylko pogłębiać. Wysokość stawki za osobodzień pobytu pacjenta w placówce opiekuńczej nie wzrosła od lat* - mówi Hanna Chwesiuk. *Ponadto bardzo często NFZ nie refunduje kosztów nadwykonań, wypracowanych przez placówki na skutek zbyt niskich stawek czy przyjęcia większej liczby podopiecznych* - dodaje. *Efektem niedofinansowania może być niższa jakość opieki, bądź mniejsza liczba placówek, które z powodu zbyt wysokich kosztów, nie będą w stanie utrzymać się na rynku. Wysokiej jakości świadczenia opiekuńcze kosztują, doskonale wiedzą o tym dyrektorzy placówek, niestety nie dostrzegają tego urzędnicy NFZ. Już dziś sytuacja w opiece długoterminowej nie jest dobra, dlatego powinno się jak najszybciej wdrożyć rozwiązania, dzięki którym sektor ten zostanie należycie dofinansowany* - argumentuje Hanna Chwesiuk. *Przy braku systemowych rozwiązań, placówki opiekuńcze będą z czasem skłaniać się ku świadczeniu usług na zasadach czysto komercyjnych, co obecnie również nie gwarantuje im rentowności. Wiele osób po prostu nie stać na wykupienie prywatnej opieki* - dodaje.

Biorąc pod uwagę powyższe stwierdzenia oraz analizując rzeczywiste finansowanie opieki w stacjonarnych placówkach, zapowiada się nam czarny scenariusz.



Radykalna prostatektomia i co dalej?

Nowoczesna rehabilitacja urologiczna
Nietrzymanie moczu u pacjentów po operacjach prostaty

dr. med. Andrzej Krzysztof Przybyła
Specjalista urolog; Kierownik kliniki rehabilitacji urologicznej & Aging Male w Niemczech
Korespondencja: **doctor@reha-urology.com**

Urologia rehabilitacyjna/rehabilitacja urologiczna stanowi według wytycznych EAU (European Association of Urology) oraz DGU (Deutsche Gesellschaft für Urologie) niezbędny i integralny składnik leczenia pacjentów urologicznych. Dotyczy to przede wszystkim pacjentów po radykalnym usunięciu stercza. Rehabilitacja urologiczna zajmuje się głównie zapobieganiem nawrotom chorób urologicznych i leczeniem powikłań pooperacyjnych.

Zaburzenia erekcji oraz nietrzymanie moczu to podstawowe dolegliwości pacjentów po radykalnych operacjach prostaty. W wielu krajach Europy Zachodniej, operacja ta nie jest równoznaczna z zakończeniem leczenia (!). Aby pacjent możliwie jak najbardziej mógł zbliżyć się do stanu czynnościowego sprzed zabiegu, musi przejść intensywną rehabilitację urologiczną pod okiem lekarza urologa i fizjoterapeutów, w specjalistycznie do tego celu przygotowanym ośrodku.

W myśl sprawnie działającego systemu opieki nad pacjentem urologicznym, po interwencji operacyjnej - radykalnym usunięciu stercza, dalsze leczenie i rehabilitacja urologiczna odbywa się bezpośrednio lub najpóźniej 4 tygodnie po opuszczeniu przez pacjenta szpitala, w odpowiedniej klinice rehabilitacji urologicznej, przy bezpośrednim udziale lekarzy specjalistów urologów. Należy tutaj podkreślić znaczenie słów „dalsze leczenie" - urologia rehabilitacyjna/rehabilitacja urologiczna stanowi kontynuację leczenia operacyjnego i integralny, automatyczny element terapii pacjentów. Liczne badania naukowe dowiodły, iż największy możliwy postęp, jeśli chodzi o trzymanie moczu po radykalnych operacjach stercza, osiąga się w pierwszym roku po operacji, natomiast okres powracania potencji podczas treningu może wzrastać nawet do 3-4 lat po zabiegu.

Diagnostyka problemów nietrzymania moczu bywa skomplikowana. Dlatego każde nietrzymanie moczu, także po radykalnej prostatektomii, powinno być skonsultowane z lekarzem urologiem. Najczęstszą formą inkontynencji jest tu nietrzymanie moczu tzw. wysiłkowe.

Trening kontynencji

Główny element multimodalnej terapii nietrzymania moczu po radykalnej prostatektomii stanowi trening kontynencji. Idea leczenia nietrzymania moczu poprzez specjalną gimnastykę ma dość długą tradycję. Jej pionierem był amerykański lekarz Arnold Kegel, który już w latach 50-tych ubiegłego wieku opracował podstawy fizjologiczne i opisał rolę mięśni miednicy w trzymaniu moczu. Do dzisiaj, w wielu klinikach na świecie, stosuje się specjalną gimnastykę mającą wzmocnić właśnie mięśnie dna miednicy (mięśnie Kegla). Odmianą treningu mięśni Kegla jest trening kontynencji u mężczyzn po radykalnej prostatektomii.

Obecnie przyjętą granicą dla „wyczerpania" zachowawczych metod leczenia nietrzymania moczu po radykalnej prostatektomii jest około 18 miesięcy od operacji. Zdarzają się jednak pacjenci, którzy nawet po więcej niż 2 latach od operacji osiągają zadowalający efekt końcowy, jeśli trafią pod właściwą specjalistyczną opiekę.

Jednym z najczęstszych błędów szkoleniowych jest np. jednoczesne napinanie mięśni pośladkowych podczas aktywacji mięśni odpowiedzialnych za kontynencję. Innym błędem jest bardzo częsty „faulty feedback" podczas wykonywania ćwiczeń, który polega na niewłaściwym zgraniu oddechu równolegle do aktywacji mięśni. Głównym zadaniem terapeuty jest nauczenie pacjenta selektywnych i izolowanych skurczów właściwych mięśni odpowiedzialnych za kontynencję bez współudziału innych (wideoendoskopowy biofeedback jest wskazany). To jest główna i bardzo istotna różnica między treningiem kontynencji, a treningiem ogólnym mięśni dna miednicy (Kegla). Ćwiczenia dla uzyskania trzymania moczu są trudne zarówno dla pacjentów, jak i terapeutów, ale przy pomocy doświadczonego specjalisty mogą wiele zdziałać.

Fot. Materiały autora

Następnym krokiem ćwiczeń kontynencji pacjentów po radykalnej prostatektomii jest trening przyrządowy (Projekt Andros, continence and potency training).

Ideą do powstania trenin-

Oswajając starość i niepełnosprawność

z dr Mariolą Rybką, Konsultantem krajowym w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, rozmawia Alexandra Wesołowska

Dr n. o zdrowiu Mariola Rybka jest specjalistą w dziedzinie pielęgniarskiej opieki długoterminowej oraz w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki. Od kilku lat kieruje zespołem pielęgniarskim, jako zastępca dyrektora ds. lecznictwa w zakresie pielęgniarstwa oraz jako kierownik Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Szpitalu Lipno Sp. z o.o.

Pani Konsultant, niedawno objęła Pani bardzo odpowiedzialne stanowisko. Jakie są Pani dotychczasowe spostrzeżenia?

Właściwie to stanowisko konsultanta nie jest mi do końca obce. Od 2011 roku pełniłam funkcję konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa w regionie kujawsko-pomorskim. Niemniej jednak bardzo się cieszę, że mogę aktywnie uczestniczyć w kreowaniu polityki zdrowotnej w obszarze dotyczącym opieki długoterminowej.

Czy ma Pani już jakieś plany dot. rynku opieki długoterminowej w Polsce i co obecnie stanowi dla Pani największe wyzwanie?

Moje działania będą zbieżne z kierunkiem działań realizowanych przez koleżankę i poprzedniczkę Elżbietę Szwałkiewicz, która m.in. aktywnie wspierała osoby przewlekle chore, cierpiące na nietrzymanie moczu (NTM). Problem ten bowiem dotyczy około 12% ogółu społeczeństwa, głównie kobiet. Jest to dolegliwość krępująca i znacznie utrudniająca codzienne życie. Często występuje u osób starszych, jednak nie należy jej traktować jako „normalnego" objawu starzenia się i zawsze trzeba dążyć do wykrycia przyczyny i wdrożenia prawidłowego leczenia. Należy pamiętać, że jeżeli ustalimy

ciąg dalszy tekstu ze str. 11

gu przyrządowego było spostrzeżenie, iż dla wielu mężczyzn „normalny" trening kontynencji jest mało atrakcyjny (uważany za „gimnastykę dla bab"). To „męskie" podejście do tematu spowodowało uatrakcyjnienie treningu kontynencji poprzez zastosowanie między innymi elektromiograficznie sprawdzonych, przetransponowanych na przyrząd układów ćwiczeń. Podczas treningu przyrządowego uzyskuje się napięcia mięśni nawet 4-krotnie większe od zwykłego bezprzyrządowego treningu kontynencji. Dlatego niezwykle istotny jest odpowiedni dobór pacjentów do określonego treningu.

Terapie uzupełniające

Po radykalnej prostatektomii mamy do czynienia przede wszystkim z wysiłkowym nietrzymaniem moczu. Wiemy jednak, że u niektórych pacjentów w mechanizmie powstania nietrzymania, mogą grać rolę także inne czynniki o charakterze mieszanym lub neurogennym. W takich przypadkach sensowne jest zastosowanie terapii uzupełniających do standardowego treningu kontynencji. W urologii rehabilitacyjnej zastosowanie znajdują leki (np.: duloksetyna), elektroterapia, elektroneurostymulacja, urządzenia wibracyjne, masaże, kąpiele lecznicze, a nawet akupresura i akupuntura (co ciekawe, ta ostatnia znajduje się w standardach leczenia Światowej Organizacji Zdrowia

Fot. Materiały autora

- WHO moczenia nocnego u dzieci). Wskazanie do terapii uzupełniającej powinien podejmować indywidualnie lekarz urolog, mający doświadczenie i wiedzę także z dziedziny rehabilitacji oraz medycyny fizykalnej i balneologii.

przyczynę NTM, to istnieje wiele możliwości jego skutecznego leczenia. Zdarza się, że coraz młodsze kobiety borykają się z tą dolegliwością. Dlatego też chciałabym przede wszystkim postawić na edukację i profilaktykę. Jest to zdecydowanie tańsze od leczenia farmakologicznego. Wyzwaniem z pewnością będzie zmiana myślenia pracowników ochrony zdrowia, w tym również pielęgniarek. Chodzi o to, by nie podejmować zbyt pochopnych decyzji np. dotyczących zakładania cewników do pęcherza moczowego wszystkim pacjentom tylko dlatego, że wymagają długotrwałego unieruchomienia. Częste zakładanie cewnika wewnętrznego lub też nieprzestrzeganie procedur epidemiologicznych może być przyczyną ostrych lub przewlekłych stanów zapalnych prowadzących do zaburzeń mikcji, w końcowej fazie do niekontrolowanego oddawania moczu.

Czy NTM to Pani zdaniem wstydliwa choroba? Jak możemy sobie pomóc?

Z pewnością jest to bardzo wstydliwa choroba. Osoby, które na nią cierpią boją się reakcji społeczeństwa. Niekiedy ukrywają tę przypadłość przed najbliższymi z obawy przed brakiem zrozumienia. Towarzyszy im ciągły stres, dyskomfort, uczucie ciągłego pilnowania się, nierzadko wrażenie przykrego zapachu. Na szczęście widzę, że społeczeństwo polskie staje się coraz bardziej świadome istnienia problemu inkontynencji. Pomagają w tym przede wszystkim media, reklamy w telewizji, liczne konferencje i seminaria, a przede wszystkim to, że stajemy się coraz bardziej otwarci jako społeczeństwo. W wysiłkowym nietrzymaniu moczu u kobiet bardzo ważne jest wzmocnienie mięśni dna miednicy, są to tzw. ćwiczenia mięśni Kegla. Systematyczne ćwiczenia mogą doprowadzić nawet do ustąpienia problemu. W przypadku pęcherza nadreaktywnego, z wyciekami moczu lub bez, można zastosować trening pęcherza, terapię behawioralną, redukcję ilości wypijanych płynów oraz terapię medyczną. Można też wypróbować inne rodzaje terapii, takie jak elektrostymulacja oraz akupunktura. W przypadku inkontynencji mieszanej, terapię należy rozpocząć od zwalczania objawów dominujących.

Jak ocenia Pani obowiązujące przepisy regulujące dostęp do środków absorpcyjnych?

Oczywiście mam kilka zastrzeżeń. Przede wszystkim irracjonalne limity ilościowe. Jakim sposobem dorosła osoba ma poradzić sobie z dwoma środkami absorpcyjnymi na dobę? Co ma zrobić pacjent, który ma biegunkę, podczas gdy wymiana środka chłonnego jest konieczna przynajmniej 5-6 razy na dobę, w zależności od potrzeby i sytuacji? Jeśli ktoś faktycznie stosuje się do tej znikomej ilości refundowanych środków absorpcyjnych i wymienia je tylko 2 razy na dobę, to może doprowadzić do maceracji skóry. To z kolei powoduje dalsze powikłania np. odparzenia skutkujące powstaniem odleżyn, co prowadzi do kosztochłonnego procesu leczenia. Może w tym miejscu warto byłoby pomyśleć nad wprowadzeniem innych kryteriów. W zakładzie gdzie pracuję, mam pacjentów w wieku podeszłym i starszych, u których stwierdzamy nieznaczne NTM. Natomiast są pacjenci w młodym wieku, gdzie stwierdza się ciężkie nietrzymanie moczu i wtedy produktów do inkontynecji zużywa się znacznie więcej. Innym niezrozumiałym kryterium jest dla mnie fakt, iż lekarz ginekolog nadal nie ma uprawnień do wypisania zlecenia na środki pomocnicze. Mam nadzieję, że to się niebawem zmieni, gdy pielęgniarki i położne otrzymają uprawnienia do wypisywania zleceń na refundowane środki absorpcyjne - nie tylko jak to ma miejsce teraz - do ich przedłużania. Myślę, że byłoby to dobre rozwiązanie, ponieważ to właśnie pielęgniarki w warunkach środowiska domowego mają najczęstszy kontakt z pacjentami i są w stanie dokonać właściwej oceny zasadności stosowania poszczególnych wyrobów medycznych stosowanych w zaburzeniach mikcji. Często spotykam się z tym, że pacjenci źle dobierają rozmiary swoich środków chłonnych, a przecież każda pieluchomajtka musi być indywidualnie dopasowana do pacjenta, by nie sprawiała dyskomfortu.

To, że konieczne jest wprowadzenie zmian legislacyjnych w opiece długoterminowej wiedzą wszyscy, łącznie z pacjentami. Od czego należy zacząć?

Zmiany oczywiście są konieczne. Polskie społeczeństwo starzeje się. Niebawem polska ochrona zdrowia będzie musiała poradzić sobie z ogromną rzeszą osób starszych, niepełnosprawnych, cierpiących na wielochorobowość, ludzi którzy bardziej potrzebują pielęgnacji niż leczenia. W tym momencie wiele świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, gwarantowanych przez Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, w warunkach środowiska domowego zazębia się i wyklucza jednocześnie. Tym samym pojawia się konflikt, który z resortów ma wziąć odpowiedzialność za konkretne działania. Uważam, że obie instytucje powinny ze sobą ściśle współpracować. Mam tu na myśli m.in. współpracę opiekunów pomocy społecznej z pielęgniarkami opieki długoterminowej, przy pacjencie, który przebywa w warunkach środowiska domowego. Uważam, że skoordynowane działania sprzyjają szybszym powrotom do zdrowia, ale przede wszystkim są najtańszym rozwiązaniem dla naszego systemu. Ciekawe rozwiązania sugeruje nam proponowana Ustawa o Pomocy Osobom Niesamodzielnym, która jest adresowana do osób mających trudności z czynnościami dnia codziennego przebywających w warunkach środowiska domowego. Myślę, że niektóre z tych propozycji zagwarantowałyby tej grupie właściwą opiekę i pielęgnację oraz zabezpieczyłyby system opieki zdrowotnej przed nadmiernymi kosztami.

Najważniejsza jest realna ocena sytuacji

Terapia psychoonkologiczna w procesie leczenia pacjentów onkologicznych

z dr Martą Ireną Porębiak, doktorem psychologii, certyfikowanym psychoterapeutą i psychoonkologiem, wykładowcą Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego na studiach Warsaw International Studies of Psychology i studiach podyplomowych, członkiem Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego i Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej rozmawia Magdalena Kowalewska

Jak wygląda praca psychoonkologa? Jak jest jego rola?

Psychoonkologia to dość młody obszar medycyny, łączący w swym zakresie wiedzę z dziedzin nauk psychologicznych i medycznych. Psychoonkolog zatem to psycholog, który zajmuje się pacjentami, u których rozpoznano chorobę nowotworową, którzy nagle znajdują się w bardzo trudnej sytuacji życiowej. Wielu psychoonkologów jest też psychoterapeutami - metody pracy pozostają te same, co w psychoterapii, natomiast tematyka pracy, z którą spotykają się psychoonkolodzy jest inna ze względu na specyfikę pacjentów.

W pracy psychoonkologa nie ma szczególnych, bardzo specyficznych technik. Praca ta opiera się raczej na korzystaniu z wiedzy psychologicznej czy psychoterapeutycznej i zastosowaniu jej z pacjentami chorymi na raka i ich bliskimi. Pod opieką są zazwyczaj również członkowie rodzin, osoby bliskie. Coraz więcej wysiłków wkładane jest w działania, by pod opieką psychoonkologa znalazły się także zespoły leczące, czyli onkolodzy i pielęgniarki onkologiczne ze względu na ryzyko wypalenia zawodowego. Ten kierunek działań jednak w Polsce jest jeszcze w fazie rozwoju.

Z jakimi problemami najczęściej zmagają się pacjenci onkologiczni?

W pracy z pacjentami z rozpoznaniem choroby nowotworowej nieodłączne są pewne tematy, które pojawiają się niezależnie od lokalizacji nowotworu. Są to zazwyczaj problemy dotyczące niepewności związanej z przebiegiem leczenia, z jego skutkiem, pojawia się bardzo wiele lęków nie zawsze uświadomionych i nie zawsze wprost komunikowanych. Czasem pacjent bardzo się złości, nie współpracuje z lekarzami, a nie jest to efektem jego usposobienia, ale niestety, ukrytego lęku przed śmiercią, niepokoju, poczucia utraty kontroli nad życiem, nad planami, nad przyszłością. Kwestie dotyczące konfrontacji ze śmiertelnością i brakiem kontroli nad tym, co się dzieje w życiu, to główna problematyka pracy psychoonkologa.

Jakie problemy najczęściej dotykają pacjentów cierpiących na raka prostaty. Czy są one specyficzne? Czy są tematy, które pacjenci cierpiący na raka prostaty szczególnie często poruszają?

W przypadku pacjentów z rakiem prostaty bardzo często pojawiają się problemy związane z seksualnością, dotyczące przeżywania swojej męskości czy też różnego rodzaju trudnych wyborów, np. metody leczenia. Mężczyźni muszą zdecydować czy poddadzą się leczeniu bardziej radykalnemu, chirurgicznemu, związanemu z różnym stopniem utraty sprawności, funkcji seksualnych, z ewentualnym problemem trzymania moczu. To są trudne wybory wpisujące się w przeżywanie siebie i swojej męskości.

Zaskakujący jest jednak fakt, że pacjenci nie zdają sobie sprawy z tego, że zamieranie życia seksualnego nie jest nieodłącznym skutkiem raka prostaty. Oczywiście, pojawia się wśród pacjentów po leczeniu i w trakcie leczenia spadek popędu seksualnego, ale nie zanika on całkowicie. Faktem jest też, że wraz ze spadkiem popędu seksualnego, spada częstość stosunków seksualnych w tej grupie osób, jednak pary próbują szukać różnych innych form bliskości, seksualności. W tej sferze pomocne są spotkania z seksuologiem.

Istotne jest też, że partnerki mężczyzn cierpiących na raka prosty nie podzielają poglądu samych chorych o mniejszej atrakcyjności swych partnerów. Kobiety nie odczuwają barier, by decydować się na jakiś rodzaj bliskości, seksualności, współżycia, które niestety często odczuwają sami pacjenci. Zazwyczaj problemem mężczyzn cierpiących na raka prostaty jest właśnie obawa o swoją męskość, o swoje ego. Pojawiają się rozterki, niepotrzebne refleksje - jeżeli się zwrócę o pomoc do kogoś, to będzie to oznaczało, że sam sobie nie mogę pomóc, staję się słabszy. A przecież decyzja o skorzystaniu z pomocy psychoonkologa jest jedną z ważniejszych decyzji, które można podjąć dla własnego dobra. Dla mężczyzn najtrudniejsze jest przekonanie samego siebie, że jednak warto skorzystać z pomocy.

Czy mężczyźni zgłaszają się sami, czy decydują się na skorzystanie z pomocy psychoonkologa dopiero po namowach bliskich? Kto czuje większą potrzebę skorzystania z pomocy psychoonkologa, sami chorzy czy ich rodzina?

Statystyka zgłaszania się do psychologa pokazuje, że częściej z pomocy psychologicznej korzystają kobiety. I rzeczywiście, mężczyźni z rakiem prostaty są mniej skłonni do korzystania z pomocy niż np. pacjentki z rakiem piersi. Każdy przypadek jest jednak indywidualny. Zdarza się, choć rzadko, że sami decydują się podjąć decyzję o kontakcie z psychoonkologiem, jednak o wiele częściej robią to za namową rodziny, żon, partnerek. Często zdarza się, że to partnerki przychodzą na konsultacje z pytaniem: jak mają się opiekować bliską osobą, zarówno fizycznie i psychicznie. I dzięki temu, również i sami pacjenci, tym pośrednim sposobem, zdobywają informacje o walce z chorobą.

Trudno też generalnie stwierdzić, kto potrzebuje pomocy bardziej: czy sam chory, czy jego bliscy. Zdarza się, że chory bardzo dobrze sobie psychicznie radzi i ma jeszcze poczucie, ze dodatkowo wspiera rodzinę, czy też niekiedy chroni rodzinę przed informacjami na temat np. gorszych wyników badań, nie mówiąc o nich bliskim. Zdarza się i tak, że to chory jest siłą sprawczą, który przysyła rodzinę do konsultacji, namawia ją na skorzystanie z pomocy. Jednak sytuacje zazwyczaj nie są tak proste i często dochodzi w rodzinach do zjawiska wzajemnego ochraniania siebie przed trudnymi informacjami. Osoba chora nie chce rozmawiać z rodziną na temat choroby, diagnozy, różnego rodzaju obaw, a rodzina - może rozmawiać na ten temat z lekarzem, psychologiem, natomiast prosi żeby nie rozmawiać na ten temat z pacjentem, by go nie obciążać. I obie strony wiedzą co się dzieje tak naprawdę, natomiast jedna i druga ma poczucie, że nie trzeba o tym mówić. My wiemy z badań na ten temat, z obserwacji terapeutycznych, klinicznych, że takie postępowanie nie jest korzystne dla rodziny, dlatego że sam temat w rodzinie istnieje, ale jest trudny, niewygodny, traktuje się go jako tzw. trupa w szafie.

Kiedy możemy mówić o efekcie pracy z psychologiem? Jakich efektów możemy się spodziewać?

Każdy pacjent, który trafi do psychologa czy psychoonkologa to już jest sukces, bo pokazuje, że osoba chora chce coś zrobić ze swoim problemem, widzi swoją potrzebę i ją rozpoznaje.

Każda jednak praca zaczyna się od dobrego zdefiniowania celu. Definiujemy wspólnie z pacjentem, jakich zmian oczekuje, jak chciałby się czuć. Oczywiście, nigdy nie wiemy jaki będzie efekt walki z nowotworem, nie jesteśmy w stanie zmienić faktów rzeczywistych: przebiegu choroby i trudnego leczenia. Psychoonkolog jednak może przygotować pacjenta dzięki pracy wewnętrznej do tego, że pacjent będzie mieć nadzieję na zachowanie sprawności, że choroba zostanie wyleczona, gdy jest zdiagnozowana wcześnie, ale również przygotowuje chorego do przyjęcia do wiadomości, że leczenie raka to sytuacja trudna, że rak to choroba zagrażająca życiu i nie zawsze udaje się walkę z nią wygrać. Przygotowujemy na to, co najgorsze z nadzieją na najlepsze, bez utraty poczucia rzeczywistości, realności. W pracy psychoonkologa jest taka pułapka, której trzeba się bardzo wystrzegać. Jest to zachęcanie do pozytywnego myślenia mimo wszystko. Takie właśnie pozytywne myślenie, niesie więcej szkód, kosztów, niż korzyści. Pacjenci bardzo się przywiązują do myśli o pewnym wyzdrowieniu. Na początku to pomaga, bo całkowicie odcina chorego od świadomości zagrożenia. Trzeba jednak zaznaczyć, że poczucie zagrożenia jest naturalne w tej sytuacji i nie można go ignorować. Kiedy okazuje się, że choroba jest nieuleczalna lub walka z nią jest niezmiernie trudna, skutki uboczne leczenia są dotkliwe, bardzo łatwo jest o wystąpienie załamania u chorych, o depresję. Konieczne jest wtedy włączenie pomocy psychiatry. Najważniejsza jest więc realna ocena sytuacji.

Leczenie onkologiczne jest jednym z trudniejszych z tego względu, że jest długoterminowe, obciążające, niosące niepewność wyniku. Najlepiej, aby pacjent w różnych momentach choroby mógł spokojnie podejmować decyzje dotyczące swojego leczenia nie podyktowane lękiem, chęcią ucieczki z sytuacji. Ważne, aby wiedział co się z nim dzieje, by był świadomy swoich potrzeb.

Czy na każdym oddziale onkologicznym w polskim szpitalu pacjent może liczyć na pomoc psychoonkologa?

Odpowiedź na to pytanie będzie odzwierciedlać stan psychoonkologii w Polsce. Standardem opieki powinna być obecność psychoonkologa na każdym oddziale onkologicznym. Co więcej, pakiet onkologiczny, który od tego roku zaczął obowiązywać, zawiera zapisy mówiące o tym, że psychoonkolog powinien wchodzić w skład zespołu orzekającego o planach leczenia pacjenta, co automatycznie znaczy, że psychoonkolog musi być w każdym miejscu, w którym prowadzone jest leczenie onkologiczne. W praktyce, obawiam się, że tak nie jest. Jednak coraz więcej się zmienia i coraz więcej psychoonkologów jest zatrudnianych w szpitalach publicznych, ale biorąc pod uwagę fakt, jak wiele osób potrzebuje wsparcia, psychoonkologów jest wciąż za mało.

Inaczej też sytuacja wygląda w ośrodkach publicznych, które leczą pacjentów onkologicznych w ramach kontraktu z NFZ, a inaczej w ośrodkach niepublicznych, które również mają kontrakt z NFZ. Najszybszy jednak dostęp do pomocy psychoonkologa mają ci pacjenci, którzy decydują się ją wybrać w sektorze prywatnym. W szpitalach publicznych często niestety zdarza się, że pacjent musi czekać na pomoc, mimo iż jest w kryzysie i ma zagwarantowaną terapię. Im szybciej wszelkiego rodzaju oddziaływania są prowadzone, tym szybciej uchronimy pacjenta przed komplikacjami natury zdrowia psychicznego w przyszłości.

Iniekcje z toksyny botulinowej w leczeniu NTM

dr n. med. Mariusz Blewniewski
Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi

Toksyna botulinowa jest farmakologicznym neuromodulatorem, który blokuje uwalnianie acetylocholiny. Powoduje zablokowanie sygnału w połączeniach nerwowomięśniowych. Podana do mięśnia wypieracza pęcherza moczowego powoduje osłabienie kurczliwości pęcherza na skutek koncentracji w zakończeniach cholinergicznych. Stosowana jest od ponad dwóch dekad. Dwa główne zastosowania w urologii to idiopatyczny i neurogenny pęcherz nadreaktywny. W zależności od schorzenia stosuje się dawkę 100 i 200 jednostek.

Kandydatami do leczenia toksyną botulinową są chorzy z nietrzymaniem moczu z parcia, z i bez historii neurologicznej oraz z dyssynergią wypieraczowo-zwieraczową. Powoduje ona zmniejszenie lub ustąpienie objawów pęcherza nadreaktywnego /OAB/, szczególnie u pacjentów bez efektów po stosowaniu leków antycholinergicznych lub którzy nie tolerują tych leków. Po zastosowaniu leczenia toksyną, chorzy mogą zmniejszyć lub odstawić leczenie antycholinergikami.

Wszyscy chorzy, którzy wybrali leczenie toksyną botulinową powinni być poinformowani o możliwych korzyściach jak również powikłaniach takich jak ból, krwiomocz, infekcja, zatrzymanie moczu.

Opieka przedoperacyjna

Przed zabiegiem, a po zakwalifikowaniu chorego do podania toksyny botulinowej, chory powinien profilaktycznie otrzymać antybiotykoterapię z wyłączeniem Gentamycyny, która według badań klinicznych może blokować połączenia nerwowo-mięśniowe. Szczególną opieką należy objąć chorych biorących antykoagulanty np. Aspirynę, Plavix. Leki te powinny być odstawione kilka dni przed zabiegiem.

Opakowanie toksyny butulinowej przechowujemy w lodówce, w temperaturze 2-8 stopni Celsjusza. Toksynę przygotowuje się w objętości od 10 do 30 ml. Po przygotowaniu toksyny przez pielęgniarkę, przystępujemy do procedury wstrzyknięcia leku.

Procedura podania toksyny botulinowej do ściany pęcherza

Zabieg można wykonać w znieczuleniu krótkotrwałym dożylnym lub miejscowym, najpierw podając roztwór lignocainy do pęcherza na 20 minut. Po umyciu pola operacyjnego, wprowadza się cystoskop do pęcherza, następnie przez kanał roboczy wprowadza się igłę, przez którą będzie wstrzykiwana toksyna. Podaje się nią poprzez 20 do 30 wkłuć w wypieracz pęcherza moczowego. Wkłucia wykonuje się w lewą, prawą i tylną ścianę, oszczędzając szczyt i trójkąt pęcherza po wypełnieniu go do około 150 ml płynu. Niektórzy urolodzy stosują inne techniki podawania. Igła posiada ogranicznik ok. 5 mm, tak by nie przekłuć ściany na wylot. Niektórzy urolodzy podaja ją bezpośrednio do wypieracza, a inni w przestrzeń miedzy urothelium a wypieracz.

Opieka pooperacyjna

Po zabiegu może wystąpić ból trwający kilka minut do kilku godzin. Krwiomocz może wystąpić w trakcie zabiegu i ustępuje po wykonaniu procedury. Czasowe zatrzymanie moczu wystąpić może szczególnie w neurogennym pęcherzu moczowym i dotyczy ono do 70% chorych. Chorzy powinni być poinformowani o ryzyku wystąpienia infekcji w układzie moczowym, szczególnie u chorych z nawrotową infekcją. Dlatego przed zabiegiem powinni mieć wykonane przed zabiegiem badanie ogólne moczu i posiew moczu. Efekt leczniczy występuje od 3 miesięcy do 9 miesięcy. Pacjenci powinni zostać poinformowani o konieczności monitorowania częstości oddawania moczu. Pierwsza kontrola po zabiegu powinna odbyć się po 6 tygodniach, m.in. celem oceny zalegania moczu po mikcji. W szczególnych przypadkach powinno być wykonane badanie urodynamiczne oceniające maksymalną pojemność pęcherza moczowego. Powtórne podanie toksyny może się odbyć po co najmniej 3-4 miesiącach. Ryzyko wytworzenia się przeciwciał jest większe, jeżeli będziemy podawać toksynę w krótszych przerwach, co skutkuje zwiększeniem oporności na leczenie.

Częste działania niepożądane: trudności w zasypianiu (bezsenność), zaparcia, osłabienie mięśni, skurcz mięśni, krew w moczu po wstrzyknięciu leku, bolesne oddawanie moczu po wstrzyknięciu leku, wypukłość w ścianie pęcherza moczowego (uchyłek pęcherza), zmęczenie, problemy z chodzeniem (zaburzenia chodu), możliwe niekontrolowane reakcje odruchowe ciała (np. obfite pocenie się, tętniący ból głowy lub przyspieszenie tętna) podczas wstrzykiwania i bezpośrednio po nim (dysrefleksja autonomiczna), przewracanie się. Niektóre z opisanych częstych działań niepożądanych mogą być związane z procedurą wstrzyknięcia.

Przeciwwskazania: zakażenia dróg moczowych, miastenia, uczulenie na toksynę botulinową. U chorych, którzy mieli podaną toksynę botulinową z innych wskazań, należy odczekać co najmniej 1 miesiąc przed kolejnym podaniem. U tych chorych istnieje też możliwość wytworzenia przeciwciał przeciwko toksynie, co powoduje brak jej skuteczności. Badania przed zabiegiem podania toksyny: badanie ogólne moczu, posiew moczu, badania obrazowe (USG, urografia), badanie urodynamiczne.

Przyszłość farmakoterapii OAB: leczenie skojarzone przy pomocy mirabegronu i solifenacyny

dr Andrzej Wróbel, prof. Tomasz Rechberger
II Katedra i Klinika Ginekologii UM w Lublinie

Leki antymuskarynowe (np. solifenacyna, tolterodyna, darifenacyna, fezoterodyna) pozostają aktualnie terapią pierwszego rzutu w leczeniu OAB. Ich zastosowanie kliniczne jest jednak ograniczone poprzez dobrze znane efekty uboczne, a także nie zawsze satysfakcjonujący efekt kliniczny.

Ograniczenia zastosowania obecnie wykorzystywanych leków w terapii OAB stały się impulsem do poszukiwania nowych kierunków leczenia farmakologicznego tego schorzenia.

W 2013 roku nastąpił olbrzymi progres w farmakoterapii OAB dzięki pojawieniu się nowej opcji leczenia tej choroby - mirabegronu, agonisty receptorów β_3-adrenergicznych. Lek ten pobudza receptory adrenergiczne typu β_3 w pęcherzu moczowym. Efektem klinicznym tego procesu jest istotny wzrost funkcjonalnej objętości pęcherza moczowego, umożliwiający wydłużenie okresu pomiędzy mikcjami. O ile preparaty antymuskarynowe, poprzez blokowanie receptorów M2 i M3, hamują niezależne od woli skurcze wypieracza i mogą dawać zaburzenia mikcji, to stymulacja receptorów β_3 powoduje relaksację pęcherza podczas fazy gromadzenia moczu, natomiast nie wpływa na fazę mikcji.

Pojawienie się mirabegronu w panelu farmaceutyków wykorzystywanych w leczeniu OAB zrodziło pytania dotyczące możliwości zastosowania skojarzonej terapii z wykorzystaniem wspomnianego agonisty receptorów β_3 oraz selektywnych leków antymuskarynowych. W randomizowanym badaniu Symphony, podjęto próbę oceny łącznego stosowania mirabegronu z solifenacyną.

W badaniach uczestniczyło 141 ośrodków z 20 krajów Europy. Badania przeprowadzano na grupie mężczyzn i kobiet w wieku >18 lat z objawami OAB utrzymującymi się co najmniej 3 miesiące. W badaniach wzięło udział 1306 pacjentów (66,4 % kobiet), którzy zostali podzieleni na 12 grup: 6 grup otrzymywało terapię skojarzoną (solifenacyna 2.5, 5 lub 10 mg plus mirabegron 25 lub 50 mg), 5 grup - monoterapię (solifenacyna 2.5, 5 lub 10 mg lub mirabegron 25 lub 50 mg) oraz grupa placebo.

Celem badań było sprawdzenie, czy terapia skojarzona mirabegronu z solifenacyną wykazuje większą efektywność w porównaniu do monoterapii przy pomocy samej solifenacyny (5 mg), ocena zależności dawka - odpowiedź, a także bezpieczeństwa i tolerancji kombinacji tych leków w porównaniu do placebo oraz monoterapii.

Punktami końcowymi badania były: średnia objętość mikcji, średnia ilość mikcji na dobę, ilość epizodów parć oraz nietrzymania moczu na dobę. Szczegółowej ocenie poddano wszystkie przypadki działań niepożądanych terapii, ciśnienie krwi, tętno, objętość moczu zalegającą po mikcji, a także parametry EKG i badań laboratoryjnych.

Skojarzona terapia solifenacyny (5 lub 10 mg) z mirabegronem okazała się istotnie zwiększać średnią objętość mikcji w porównaniu z solifenacyną w dawce 5 mg. Wykazano również obecność zależności dawka - odpowiedź, stwierdzono bowiem, że zwiększanie dawek solifenacyny

Fot. © apops - Fotolia.com

i mirabegronu prowadziło do proporcjonalnego zwiększenia średniej objętości mikcji w porównaniu do monoterapii przy pomocy mirabegronu.

Trzy grupy terapii skojarzonej (solifenacyna 5 mg plus mirabegron 50 mg, solifenacyna 10 mg plus mirabegron 25 mg oraz solifenacyna 10 mg plus mirabegron 50 mg) istotnie zmniejszały dobową częstość mikcji w porównaniu z solifenacyną w dawce 5 mg, natomiast pięć - ilość parć naglących. Nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy terapią skojarzoną a solifenacyną w dawce 5 mg w odniesieniu do ilości epizodów nietrzymania moczu, czego przyczyną może być mały odsetek pacjentów z naglącym nietrzymaniem moczu (21,5 %), mała liczba tych epizodów (średnio 1,35 na dobę) oraz dość duże odchylenie standardowe (0,9 - 1,9 epizodu na dobę).

Nie wykazano istotnych działań niepożądanych terapii, zmian ciśnienia tętniczego, tętna, objętości PVR czy zmian w EKG oraz parametrów badań laboratoryjnych. Nieznacznie zwiększona była częstość zaparć w grupie przyjmującej terapię skojarzoną. Terapia skojarzona okazała się

charakteryzować podobnym do monoterapii solifenacyną profilem bezpieczeństwa i tolerancji.
Częstość objawów niepożądanych charakterystycznych dla leków antymuskarynowych wzrastała proporcjonalnie do zastosowanej dawki solifenacyny w monoterapii, lecz nie zmieniała się w grupie pacjentów otrzymujących leczenie skojarzone (z wyjątkiem zaparć) i była podobna do obserwowanej w grupie otrzymującej solifenacynę, co wskazuje na nieobecność addytywnych efektów terapii skojarzonej oraz istotnych klinicznie objawów interakcji pomiędzy tymi lekami. Nie stwierdzono zależnych od dawki zmian tętna czy ciśnienia tętniczego porównując grupę otrzymującą terapię skojarzoną do otrzymującej sam mirabegron lub solifenacynę.

WNIOSKI

Ze względu na fakt, że obie grupy leków mają odmienne mechanizmy działania, bardzo interesującym wydaje się możliwość ich wykorzystania w farmakoterapii skojarzonej. Wydaje się, że redukcja dawek leków stosowanych w terapii skojarzonej pozwoli na poprawę profilu tolerancji leczenia pacjentów z OAB, a jednocześnie nie wpłynie na jego efektywność.
Brak istotnego wpływu terapii skojarzonej na PVR pozwala przypuszczać, że łączne stosowanie mirabegronu z solifenacyną nie będzie zwiększało ryzyka retencji moczu. Wspomniana terapia wydaje się być ciekawą opcją farmakoterapii OAB, pozwalającą, z jednej strony, zmaksymalizować efektywność, a z drugiej - zminimalizować efekty niepożądane leczenia. Mniejsza ilość działań niepożądanych w grupie otrzymującej terapię skojarzoną w porównaniu z przyjmującą solifenacynę w dawce 10 mg oraz brak istotnego klinicznie addytywnego wpływu na ciśnienie i tętno sugeruje, że wspomniana terapia skojarzona może być bardzo ciekawą opcją terapeutyczną dla pacjentów z OAB, źle tolerujących leczenie przy pomocy samych leków antymuskarynowych.
Wyniki tych badań wydają się wskazywać lepszą efektywność i tolerancję leczenia skojarzonego przy pomocy solifenacyny i mirabegronu w porównaniu do uprzednio badanych terapii skojarzonych, m.in. z wykorzystaniem antagonistów receptorów α1-adrenergicznych (leków szeroko stosowanymi w leczeniu objawów ze strony dolnych dróg moczowych (LUTS) oraz leków antymuskarynowych.

Leczenie OAB w Polsce i za granicą

Anna Ciepiela

Jaki jest minimalny zakres procedur medycznych, które powinny znaleźć się w koszyku świadczeń gwarantowanych, tak aby lekarze mogli w pełni realizować wytyczne odnośnie postępowania terapeutycznego u pacjentów z OAB? Czy Polacy mają dostęp do terapii, z których korzystają obywatele innych krajów, zwłaszcza tych na podobnym poziomie rozwoju? Odpowiedź na te pytania postawili sobie za cel autorzy raportu „Leczenie OAB - gdzie jesteśmy w Polsce?".

Farmakoterapia I i II rzutu

W ramach farmakologicznego leczenia podstawowego OAB, refundacji w Polsce podlegają jedynie dwie substancje (tolterodyna i solifenacyna) w postaci 5 leków. Substancje te są refundowane w ramach grupy terapeutycznej: zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym. Wszystkie pozostałe, dopuszczone do obrotu na terenie Polski leki na OAB nie są współfinansowane z budżetu państwa. Zdecydowanie lepiej jest u naszych sąsiadów - w Czechach w ramach podstawowego leczenia farmakologicznego pęcherza nadreaktywnego, refundacji podlega aż 5 substancji czynnych: oksybutynina, tolterodyna, daryfenacyna, fezoterodyna, solifenacyna; z kolei na Słowacji: solifenacyna, fezoterodyna, daryfenacyna, oksybutynina w formie doustnej, propiwerina i trospium. Leki te dostępne są na receptę, zgodnie ze wskazaniami medycznymi - refundacja nie jest ograniczona żadnymi dodatkowymi warunkami.
Obecnie jedyną alternatywą dla leków antycholinergicznych są agoniści receptorów beta-3-adrenergicznych, czyli substancja mirabegron - uznana przez środowisko medyczne za terapię przyszłości. Substancja ta jest dostępna na polskim rynku, jednak wciąż nie znajduje się na liście leków refundowanych. Niemniej, posiada pozytywną rekomendację Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Z refundowanej terapii z użyciem mirabegronu mogą skorzystać już pacjenci z Czech, Słowacji, Szwecji, Finlandii, Norwegii, Wielkiej Brytanii, Hiszpanii czy Grecji.

Toksyna botulinowa typu A

Toksyna botulinowa od niedawna, z ogromnymi sukcesami, stosowana jest w leczeniu nietrzymania moczu. *Terapia z użyciem toksyny botulinowej daje spektakularne efekty, a sam zabieg jest bardzo prosty do przeprowadzenia* - mówi prof. Tomasz Rechberger, kierownik Kliniki Ginekologii Operacyjnej Szpitala Klinicznego Nr 4 w Lublinie. Obecnie w Polsce leczenie OAB za pomocą toksyny botulinowej A jest mocno ograniczone. *Toksyna botulinowa nie jest refundowana przez NFZ, płatnik płaci jedynie za wstrzyknięcia substancji, a nie zakup leku* - wyjaśnia prof. Tomasz Rechberger. Szansą na zmianę tej sytuacji jest wydana w dniu 5. maja 2014 rekomendacja Agencji Oceny Technologii

Refundacja terapii pęcherza nadreaktywnego z użyciem toksyny botulinowej A w wybranych krajach Europy

KRAJ/RODZAJ CHOROBY	NEUROGENNA NADAKTYWNOŚĆ WYPIERACZA - refundacja	ZESPÓŁ PĘCHERZA NADREAKTYWNEGO - refundacja
Austria	TAK - 100% z budżetu szpitala (JGP)	TAK - 100% z budżetu szpitala (JGP)
Belgia	TAK - 75%	NIE
Dania	TAK - 100% z budżetu szpitala	TAK - 100% z budżetu szpitala
Finlandia	TAK - 100% z budżetu szpitala	TAK - 100% z budżetu szpitala
Francja	TAK - 100%	proces w toku
Grecja	TAK - 100%	TAK - 100%
Hiszpania	TAK - 100%	TAK - 100%
Holandia	TAK - 100%	TAK - 100%
Irlandia	TAK - 100%	NIE
Niemcy	TAK - 100%	TAK -100%
Norwegia	TAK - 100% z budżetu szpitala	TAK - 100% z budżetu szpitala
Szwecja	TAK - 100%	TAK - 100%
Wielka Brytania	TAK - 100%	TAK - 100%
Włochy	TAK - 100%	TAK - 100%

Źródło: Raport "Leczenie OAB - gdzie jesteśmy w Polsce?"

Medycznych w sprawie objęcia refundacją toksyny botulinowej A w ramach programu lekowego.

Neuromodulacja nerwów krzyżowych

Inną „małoinwazyjną" metodą stosowaną u pacjentów, u których farmakoterapia nie powiodła się, jest neuromodulacja nerwów krzyżowych. Niestety, zabieg ten nie jest przeprowadzony obecnie w Polsce - jedyną możliwością dla chorych chcących skorzystać z tego typu metody jest leczenie poza granicami kraju. Neuromodulacja krzyżowa jest dostępna w ramach świadczeń gwarantowanych m.in. na Węgrzech, na Słowacji, w Niemczech czy Szwajcarii. *Metoda ta jest stosowana w Europie i Stanach Zjednoczonych od 20 lat. Jej skuteczność jest bardzo duża. Zabieg neuromodulacji nerwów krzyżowych przeprowadzony jest w dwóch etapach. Pierwszy etap polega na próbnej implantacji elektrody samoutrzymującej się w otworze kości krzyżowej i podłączeniu jej do stymulatora zewnętrznego umieszczonego na zewnątrz w pasku u pacjenta. Po upływie 7 – 14 dni oceniana jest reakcja pacjenta na neuromodulację. Jeśli wystąpi poprawa w kontroli mikcji i nie stwierdzi się negatywnych skutków ubocznych, implantuje się neuromodulator już pod skórę. Dwuetapowość daje więc pewność, że sam zabieg przyniesie pozytywne rezultaty. Neuromodulację nerwów krzyżowych stosuje się z powodzeniem w leczeniu dysfunkcji neurogennej pęcherza moczowego oraz w zespole pęcherza nadreaktywnego. Niestety, terapia ta nie jest dostępna w Polsce, wynika to z faktu, że nie znalazła się na liście procedur finansowanych z budżetu NFZ* - mówi prof. Zbigniew Wolski, prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego. Terapia z użyciem neurostymulatora nerwów krzyżowych otrzymała w ubiegłym roku pozytywną rekomendację Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Do chwili obecnej resort zdrowia nie wydał decyzji w tej sprawie.

Zaopatrzenie w środki absorpcyjne częścią procesu terapeutycznego

W Polsce dostęp do środków absorpcyjnych jest mocno ograniczony. Zupełnie inaczej sytuacja wygląda w Czechach, na Słowacji i Węgrzech. Kraje te dążą do szerokiego zaopatrywania chorych na nietrzymanie moczu w środki absorpcyjne, tak aby uniknąć niepotrzebnych hospitalizacji, będących wynikiem powikłań (zakażenia i odleżyny).

Zasady refundacji środków absorpcyjnych

KRAJ	Dopłata pacjenta	Limit cenowy	Limit ilościowy	Wskazania medyczne
Polska	30% 0%	90 zł lub 77 zł (pacjenci onkologiczni)	60 szt.	Współwystępowanie NTM i innej choroby uwzględnionej w wykazie
Czechy	0%	ciężkie NTM - 234 zł średnie NTM - 150 zł lekkie NTM - 92 zł	do 150 szt.	NTM
Słowacja	0%	ciężkie NTM - 240 zł średnie NTM - 72 zł	brak (na wkłady anatomiczne i podkłady 60 szt.)	NTM
Węgry	0% (przy niskich dochodach) lub 15%	ciężkie NTM - 143 zł lekkie NTM - 82 zł	do 120 szt.	NTM

Źródło: Raport "Leczenie OAB - gdzie jesteśmy w Polsce?"

W trosce o godne życie chorych na stwardnienie rozsiane

Oddział Warszawski Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego

Katarzyna Walewska

Zaburzenia wzroku i mowy, problemy z utrzymaniem równowagi i koordynacją ruchową, zaburzenia w odbiorze bodźców, spastyczność mięśni, zaburzenia funkcji pęcherza moczowego - to typowe objawy, z jakimi na co dzień borykają się osoby cierpiące na stwardnienie rozsiane (SM). Szacuje się, że dziś w Polsce na SM choruje już ok. 60 000 osób. Walka z nieuleczalną chorobą nie jest lekka, wymaga kompleksowej terapii i rehabilitacji, a sami pacjenci bardzo często potrzebują wsparcia w zmaganiach z uciążliwymi dolegliwościami oraz pomocy w codziennym funkcjonowaniu. Potrzeba wsparcia tak licznej grupy chorych była bodźcem, dla którego na początku lat 90-tych powołano Oddział Warszawski Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego. Przez ostatnie 15 lat swojej działalności organizacja nieustannie dąży do poprawy jakości życia osób ze stwardnieniem rozsianym, dokłada wszelkich starań, by zapewnić chorym na SM szeroki dostęp do leczenia oraz rehabilitacji. Celem stowarzyszenia jest zapewnienie podopiecznym pomocy i wsparcia, które pozwolą im pozostawać pełnoprawnymi członkami społeczeństwa oraz prowadzić godne życie. Obecnie stowarzyszenie zrzesza ponad 1 600 członków, z czego ok. 800 osób aktywnie korzysta z pomocy świadczonej przez organizację. Wsparciem stowarzyszenia objęte są osoby mieszkające na terenie Warszawy i okolic. W celu lepszego dotarcia do podopiecznych i ich bliskich, przy oddziale warszawskim obecnie działają trzy koła w Pruszkowie, Józefowie oraz Nowolipiu.

Staramy się docierać do jak największej grupy potrzebujących i kierować do nich taką pomoc, by nie musieli rezygnować z dotychczasowych planów życiowych. Wspieramy chorych w tym, by nauczyli się dostosowywać tryb życia do swoich obecnych możliwości fizycznych związanych z chorobą. Prowadzone przez nas działania stwarzają naszym podopiecznym możliwość aktywnego uczestnictwa w życiu rodzinnym, umożliwiają poprawę warunków życiowych i zdrowotnych, a przede wszystkim integrują chorych ze społeczeństwem, co jest dla ich bardzo istotne - tłumaczy Kwartalnikowi NTM prezes oddziału warszawskiego PTSR, Elżbieta Doraczyńska.

Oddział warszawski PTSR dociera z pomocą do chorych poprzez realizację szeregu programów z zakresu rehabilitacji zdrowotnej, społecznej oraz psychologicznej. Prowadzone działania finansowane są ze środków publicznych oraz darowizn uzyskanych z 1% podatku. *Nasi podopieczni mogą skorzystać z najróżniejszych form wsparcia i rehabilitacji. Prowadzimy grupowe oraz indywidulne zajęcia rehabilitacji ruchowej, masaże usprawniające, zajęcia jogi, tai-chi, hipoterapię, zajęcia na basenie, zajęcia arteterapeutyczne, warsztaty ceramiczne* - wymienia Elżbieta Doraczyńska. *Zapewniamy również pomoc osobistego asystenta, spotkania grup wsparcia, organizujemy różnorodne warsztaty, szkolenia, poradnictwo psychologiczne, prawne i socjalne* - dodaje. *Nie zapominamy o walorach kulturalnych i integracyjnych, dlatego od czasu do czasu organizujemy wycieczki, rekolekcje, wyjścia do teatru czy kina.*

Przy oddziale warszawskim PTSR działa również wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego dla osób chorych na SM. Wypożyczany sprzęt został zakupiony w ramach realizowanych projektów, bądź otrzymany od osób współpracujących z organizacją. Bezpłatnie mogą z niego korzystać członkowie oddziału, którym sprzęt jest niezbędny w codziennym funkcjonowaniu. *Prowadząc wypożyczalnie staramy się wesprzeć osoby, które nie są w stanie z własnych środków wyposażyć się w niezbędny sprzęt rehabilitacyjny. Choć mamy go niewiele, staramy się w taki sposób nim dysponować, by mogło z niego skorzystać jak najwięcej potrzebujących* - argumentuje prezes oddziału.

Z myślą o ciągłym rozwoju wsparcia dla chorych z SM, organizacja od 2002 roku prowadzi również szkolenia dla asystentów osób chorych na stwardnienie rozsiane oraz opiekunów. Liczba chętnych na tego typu kursy rośnie z roku na rok.

Stowarzyszenie podejmuje również szereg działań zmierzających do zmian w przepisach regulujących dostęp do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny czy środki pomocnicze. Wielu chorych ma problemy z nietrzymaniem moczu, potrzebuje korzystać ze środków absorpcyjnych. Niestety limity, które proponuje Ministerstwo są niewystarczające, dwie sztuki środków absorpcyjnych na dobę to zdecydowanie za mało, by móc godnie funkcjonować w codziennym życiu społecznym czy zawodowym. *Pomimo naszych usilnych działań, resort zdrowia nie chce zrozumieć, że osobie poruszającej się na wózku inwalidzkim, dysponującej dwiema pieluchami na dobę, trudno jest prowadzić w miarę normalne życie* - tłumaczy Elżbieta Doraczyńska.

Operacje z użyciem taśm w województwie kujawsko-pomorskim

W bieżącym numerze Kwartalnika NTM prezentujemy Państwu wykaz placówek z województwa kujawsko-pomorskiego, w których wykonuje się refundowane zabiegi operacyjne na nietrzymanie moczu przy użyciu taśm syntetycznych.
Według uzyskanych przez nas danych w regionie, tego typu operacje przeprowadza się w 22 placówkach. Zabiegi stosowane w leczeniu NTM wykonywane są zarówno na oddziałach ginekologicznych, jak i na urologii.

Obecnie, na 105 publicznych oraz prywatnych szpitali w województwie, które dysponują 56 oddziałami ginekologicznymi, ginekologiczno-położniczymi, 8 oddziałami ginekologii onkologicznej oraz 50 oddziałami urologicznymi (dla dzieci i dorosłych) /źródło: www.rpwdl.csioz.gov.pl/, 22 placówki specjalizują się w leczeniu nietrzymania moczu metodą operacyjną. Poniżej prezentujemy ich listę, z uwzględnieniem liczby zabiegów przeprowadzonych przez poszczególne placówki w 2013 i 2014 roku.

Zabiegi operacyjne na nietrzymanie moczu z użyciem taśmy w roku 2013 i 2014 (na dzień 27 lutego br.) w placówkach województwa kujawsko-pomorskiego

NAZWA ŚWIADCZENIODAWCY	L. zabiegów 2013 r.	L. zabiegów 2014 r.
WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. L. RYDYGIERA W TORUNIU	99	92
ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BRODNICY	15	42
WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL MIEJSKI IM. DR E. WARMIŃSKIEGO SPZOZ W BYDGOSZCZY	24	33
SZPITAL WIELOSPECJALISTYCZNY IM. DR. LUDWIKA BŁAŻKA W INOWROCŁAWIU	35	26
REGIONALNY SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO W GRUDZIĄDZU	28	25
POWIATOWY SZPITAL W ALEKSANDROWIE KUJAWSKIM SP. Z O.O.	30	22
CENTRUM DIAGNOSTYCZNO-LECZNICZE „BARSKA" SP. Z O.O. WE WŁOCŁAWKU	38	19
NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "NOWY SZPITAL" W NAKLE I SZUBINIE SPÓŁKA Z O.O.	28	15
SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 2 IM. DR JANA BIZIELA W BYDGOSZCZY	10	11
ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W CHEŁMNIE	35	4
SPZOZ 10 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ W BYDGOSZCZY	13	2

Badanie urodynamiczne w woj. pomorskim

W najnowszym numerze Kwartalnika NTM prezentujemy Państwu wykaz placówek realizujących badanie urodynamiczne z województwa pomorskiego.
Według zebranych danych (stan na 28 lutego 2015 r.) w województwie pomorskim badanie urodynamiczne można wykonać w 5 placówkach. Porównując obecne dane ze statystykami sprzed czterech lat, liczba placówek, w których wykonywane jest badanie urodynamiczne, nie uległa zmianie. Badanie jest refundowane dla osób posiadających ubezpieczenie w Narodowym Funduszu Zdrowia. W przypadku braku ubezpieczenia bądź zakupienia usługi, koszt takiego badania to wydatek rzędu 300 - 350 zł.
Poniżej prezentujemy listę placówek z woj. pomorskiego, które przeprowadzają badanie urodynamicznie. Zastrzegamy, że lista może być niepełna, gdyż dane powstały w oparciu o informacje uzyskane od przedstawicieli danych placówek, ponadto nie wszystkie placówki udzieliły nam niezbędnych informacji.
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.

GDAŃSK

1. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Klinika Urologii; ul. Smoluchowskiego 17, 80-214 Gdańsk
2. Pomorskie Centrum Traumatologii im. M. Kopernika w Gdańsku, pracownia urodynamiki dla dorosłych, pracownia urodynamiki dla dzieci; ul. Nowe Ogrody 1-6, 80-803 Gdańsk

GDYNIA

1. Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska SP ZOZ; ul. Pułaskiego 4, 81-912 Gdynia

KOŚCIERZYNA

1. Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie Sp. z o.o., Pracownia Urodnamiki; ul. A. Piechowskiego 36, 83-400 Kościerzyna

SŁUPSK

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka, Oddział Urologii; ul. Obrońców Wybrzeża 4, 76-200 Słupsk

WEJHEROWO

1. Szpital Specjalistyczny im. Floriana Ceynowy, Odział Urologii; ul. dr A. Jagalskiego 10, 84-200 Wejherowo

Szpital przyjazny pacjentom z NTM

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie

Magdalena Kowalewska

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie (SP ZOZ MSW z W-MCO w Olsztynie) jest sprawnie funkcjonującym, dużym, nowoczesnym, szczycącym się niemal siedemdziesięcioletnią tradycją zakładem opieki zdrowotnej. W jego strukturze znajduje się jedenaście oddziałów, w tym bardzo ważny dla pacjentek cierpiących na nietrzymanie moczu Oddział Ginekologiczny i Ginekologii Onkologicznej. W oddziale od początku 2000 roku wykonywane są zabiegi w leczeniu nietrzymania moczu. Oddział mieści się w budynku szpitala przy al. Wojska Polskiego 37. Szpital ten od kilku lat uczestniczy w ogólnopolskim rankingu „Bezpieczny Szpital", zajmując wysokie miejsca. W 2013 roku znalazł się w ścisłej czołówce rankingu, został uplasowany na drugiej pozycji w zestawieniu zabiegowych szpitali wielospecjalistycznych i onkologicznych. Dzięki współpracy wszystkich oddziałów pacjenci SP ZOZ MSW z W-MCO w Olsztynie mogą być leczeni kompleksowo i efektywnie.

Historia działalności samego Oddziału Ginekologicznego i Ginekologii Onkologicznej jest bardzo długa, sięga roku 1947 (początków funkcjonowania całego szpitala). Oddział został utworzony dzięki staraniom dr Aliny Erdmanowej (pionierki powojennej służby zdrowia w regionie Warmii i Mazur), która w ówczesnej Poliklinice zorganizowała poradnię dla kobiet, przekształconą później w oddział ginekologiczno-położniczy. Jako uznawana specjalistka w dziedzinie ginekologii i położnictwa, została pierwszym ordynatorem oddziału.

Obecnym ordynatorem Oddziału Ginekologicznego i Ginekologii Onkologicznej jest specjalista ginekologii onkologicznej, dr n. med. Leszek Frąckowiak.

Oddział współpracuje z poradnią ginekologiczną oraz urologiczną. *W poradniach na podstawie przeprowadzanego wywiadu, po wypełnieniu kwestionariusza nietrzymania moczu, badaniu przedmiotowym ginekologicznym, pacjentki cierpiące na nietrzymanie moczu są diagnozowane. Po wykonaniu ogólnych badań, posiewu moczu, USGtv (ocena miednicy), kobiety kierowane są na badania urodynamiczne. Lekarze poradni ginekologicznej wykonują to badanie raz w tygodniu* - zaznacza dr Leszek Frąckowiak.

Pacjentki, których wyniki kwalifikują do leczenia operacyjnego w szpitalu, kierowane są na Oddział Ginekologiczny i Ginekologii Onkologicznej. W oddziale wykonywane są operacje: slingowe z podwieszeniem cewki moczowej metodą TVT i TOT oraz zabiegi ostrzykiwania cewki moczowej. *Dotychczas przeprowadziliśmy kilkaset udanych operacji metodą taśmową* - podkreśla dr Frąckowiak. Po każdym wykonanym na bloku operacyjnym zabiegu, przeprowadzana jest u pacjentek kontrola mikcji, badanie USGtv z oceną położenia taśmy. Kobiety w dniu następnym wypisywane są do domu. *Najistotniejszą jednak sprawą jest odpowiedni, indywidualny dobór zabiegu operacyjnego dla każdej pacjentki.*

A przez okres 2 miesięcy przed proponowanym zabiegiem kobiety przygotowywane są do operacji terapią estrogenową dopochwową, zalecana jest również rehabilitacja z ćwiczeniem mięśni miednicy (Koegla) - wyjaśnia dr Frąckowiak. Po operacyjnym zabiegu pacjentki są systematycznie kontrolowane w przyszpitalnej Poradni Ginekologicznej.

Zaletą i atutem placówki jest koordynacja opieki oraz zapewnienie ciągłości leczenia przed i po zabiegu. Oddział współpracuje z zatrudnionymi w szpitalu urologami, którzy konsultują skomplikowane przypadki w celu uniknięcia ewentualnych powikłań. Istotne jest kompleksowe podejście, łączenie metod diagnostycznych, wywiadu, urodynamiki i badania USGtv z oceną pęcherza i cewki moczowej, co pozwala na prawidłową kwalifikację do leczenia zabiegowego lub zachowawczego - dodaje dr Frąckowiak.

Leczenie zabiegowe nietrzymania moczu jest dodatkowym, choć ważnym elementem w pracy oddziału. Oddział Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej skupia się głównie na leczeniu operacyjnym nowotworów narządu rodnego pacjentek z regionu Warmii i Mazur.

Chcesz otrzymywać wszystkie numery Kwartalnika NTM?

Zamów roczną prenumeratę (4 kolejne numery)

KWARTALNIK NTM

STUDIO PR
ul. Hajoty 49, 01-821 Warszawa

Nr rachunku odbiorcy
20 1140 2017 0000 4902 0451 3842

kwota
38.00

Imię, nazwisko i adres wpłacającego

.....

.....

.....

Tytułem
Krajowa prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“

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

STEMPEL DZIENNY

PODPIS

OPŁATA

Dowód pokwitowanie dla odbiorcy

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa

nazwa odbiorcy
STUDIO PR

nazwa odbiorcy cd.
UL. HAJOTY 49, 01-821 WARSZAWA

l.k. nr rachunku odbiorcy
20 1140 2017 0000 4902 0451 3842

WP PLN 38,00

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

nazwa zleceniodawcy

nazwa zleceniodawcy cd.

tytułem
Krajowa prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“

tytułem cd.

pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy

Opłata:

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.
Barbara Bień
Kierownik Kliniki Geriatrii Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSW w Białymstoku

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

Prof. dr hab. n. med.
Zbigniew Wolski
Kierownik Katedry i Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

KONSULTANT MEDYCZNY

dr n. med.
Mariusz Blewniewski
Klinika Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi

INFOLINIA: 801 800 038 (dla telefonów stacjonarnych)
22 279 49 08 (dla telefonów komórkowych)

Od 3 lutego 2003 r. działa ogólnopolska infolinia, 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.

TARGI 55 plus

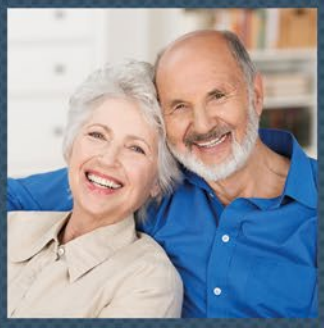
29-30 MAJA 2015 • PKiN • WARSZAWA

NOWA JAKOŚĆ ŻYCIA

29-30 MAJA 2015 | PAŁAC KULTURY I NAUKI | WARSZAWA

PREZENTACJE I NOWOŚCI

PORADY EKSPERTÓW



WYKŁADY

WARSZTATY I POKAZY

NOWE TRENDY W OPIECE

WYMIANA DOŚWIADCZEŃ

ATRAKCJE DLA ZWIEDZAJĄCYCH

EDUKACJA I BEZPIECZEŃSTWO

PO RAZ PIERWSZY W WARSZAWIE

PRZYJDŹ I ZBUDUJ NOWĄ ŚWIADOMOŚĆ ZDROWEGO I AKTYWNEGO ŻYCIA

PATRONI:

Związek Banków Polskich

Polskie Towarzystwo Gerontologiczne

P.T.Reh.

Koalicja na pomoc niesamodzielnym

PZ ERI Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów

PATRONAT MEDIALNY:

POLSKA THE TIMES

Radio Warszawa 106,2 FM

OMNI CONSUMER INFO Sp. z o.o.
ul. Hajoty 49, 01-821 Warszawa
22 279 49 14 / 12

Kup bilet on-line:
targi55plus.pl/kupbilet

KONTAKT@55plus.pl
www.targi55plus.pl
facebook.com/targi55plus