



nie uwzględnia występowanie różnych rodzajów oraz stopni nasilenia NTM, a także różnice w budowie anatomicznej chorych (środki absorpcyjne można dobrać według płci, wieku, stopnia samodzielności osoby chorej oraz typu i rodzaju inkontynencji, a także fizjonomii pacjenta - dostępne są rozmiary od XS do XXL). Wyroby te pomagają zachować odpowiednią higienę, posiadają właściwości niwelujące przykry zapach oraz dużą chłonność. Ze względu na sposób mocowania środki absorpcyjne możemy podzielić na dwie grupy: produkty, których użycie nie wymaga dodatkowych mocowań (pieluchomajtki, majtki chłonne) i produkty, które należy używać razem z bielizną lub specjalnymi elastycznymi majtkami, zapewniającymi utrzymanie środka absorpcyjnego we właściwym miejscu, zabezpieczającymi przed wydostaniem się moczu na zewnątrz oraz umożliwiającymi dopływ powietrza do skóry (pieluchy anatomiczne, wkłady anatomiczne, wkładki anatomiczne).

Pieluchomajtki doskonale sprawdzą się w przypadku osób z dużym lub średnim nietrzymaniem moczu, ponieważ posiadają wysoką chłonność. Dobór odpowiedniego modelu tego produktu (utrzymywane wokół bioder za pomocą taśmy lub pasów lub przyłepców) powinien uwzględniać stopień sprawności osoby potrzebującej. Używanie majtek chłonnych rekomenduje się osobom samodzielnych lub częściowo samodzielnych (zdolnym samodzielnie dokonać zmiany bielizny), szczególnie przy treningu toaletowym, dzięki czemu można uzyskać zmniejszenie ilości zużywanych produktów w ciągu doby. Przeznaczone są, podobnie jak pieluchy anatomiczne, dla osób z dużym lub średnim natężeniem NTM i/lub kału. Do produktów o niższym poziomie chłonności zaliczamy wkłady



anatomiczne rekomendowane osobom ze średnim NTM oraz wkładki anatomiczne (urologiczne) dla osób z lekkim natężeniem nietrzymania moczu.

Zakłada się, że dziennie człowiek wydalą około 1-2 litry moczu. Prawidłowa pojemność pęcherza wynosi 300-400 ml. Teoretycznie w ciągu doby może wystąpić ok. 8 mikcji. Autorzy raportu „Wsparcie pacjenta z NTM w systemie opieki zdrowotnej” wskazują, że osoba cierpiąca na NTM, aby zachować podstawowe zasady higieny potrzebuje od 3 do 4 zmian produktów absorpcyjnych w ciągu doby, w zależności od stopnia chłonności. Zwracają jednocześnie uwagę, że optymalne zaopatrzenie chorego w środki absorpcyjne wymaga dobrania ich w taki sposób, aby odpowiadały indywidualnym potrzebom chorego - jego przyzwyczajeniom, oczekiwaniom czy sprawności.

Zgodnie z ISO 15621 model optymalnego zaopatrzenia powinien uwzględniać następujące czynniki:

- potrzeby użytkownika - użytkownik sam decyduje jakie kryteria są dla niego ważne (np. dyskrecja, komfort, łatwość założenia i zdjecia, możliwość aktywnego trybu życia, wysoka chłonność),
- jakość produktu (np. brak przeciekania, brak przedostawania się zapachu, zdrowie skóry, wygoda, dopasowanie, dyskrecja), certyfikat CE,
- wygodę użytkownika,
- szeroki dostęp,
- współpłacenie, optymalne limity cenowe,
- monitorowanie systemu zaopatrzenia (mechanizmy kontroli),
- dostęp do informacji,
- edukację i profilaktykę,
- standardy opieki nad osobą z NTM (uwzględniające trening czystości, toaletowanie).

I Katedra i Klinika Położnictwa i Ginekologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Magdalena Kowalewska

I Katedra i Klinika Położnictwa i Ginekologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego mieści się w budynku przy Placu Starynkiewicza 1/3 w Warszawie. Historia działalności kliniki sięga roku 1921, kiedy dzięki staraniom prof. Adama Ferdynanda Czyżewicza nastąpiło jej oficjalne otwarcie. Przez pierwszych kilkadziesiąt lat była jedyną kliniką uniwersytecką w stolicy, kształcąca studentów w zakresie położnictwa i ginekologii. Obecnie zaś jest bardzo ważnym ośrodkiem uniwersyteckim, zajmującym się edukacją lekarzy, położnych i pielęgniarek,

ośrodkiem leczenia m. in. nietrzymania moczu. Obecnym kierownikiem Kliniki jest prof. Mirosław Wielgoś. W klinice bardzo intensywnie i prężnie funkcjonuje Poradnia Uroginekologiczna, której kierownikiem jest prof. dr hab. n. med. Ewa Barcz. Poradnia oferuje szeroki zakres diagnostyki uroginekologicznej oraz dalsze postępowanie terapeutyczne. Do poradni mogą zgłaszać się wszystkie pacjentki z problemem zarówno nietrzymania moczu, jak i zaburzeń statyki narządu płciowego. Istotny jest fakt, że zgłoszenia do poradni dokonać można bez



Prof. Ewa Barcz

skierowania od lekarza pierwszego kontaktu. Na pierwszą wizytę w poradni pacjentki czekają około półtora miesiąca. Później wszystko zależy od indywidualnych potrzeb chorych.

Leczenie pacjentek z NTM bądź z zaburzeniami statyki odbywa się w kilku etapach. *Podczas pierwszej wizyty lekarz specjalista bardzo*

wnikliwie i dokładnie przeprowadza z pacjentką wywiad i w zależności od tego z jakimi dolegliwościami chora do nas się zgłasza, jest kwalifikowana do dalszego postępowania diagnostycznego. Jeżeli są to dolegliwości związane głównie z nadreaktywnością pęcherza moczowego, pierwszym etapem jest samoobserwacja, dzienniczek mikcji, samoocena jakości życia. Dopiero w drugiej kolejności, jeżeli jest taka potrzeba, pacjentki są kwalifikowane do inwazyjnych badań urodynamicznych i otrzymują adekwatne leczenie - wyjaśnia prof. Ewa Barcz.

Natomiast, jeśli pacjentka cierpi na wysiłkowe nietrzymane moczu, diagnostyka schorzenia u nas wygląda diametralnie inaczej, niż w innych placówkach, ponieważ my, zarówno w kwalifikacji do leczenia operacyjnego, jak i samego planowania leczenia operacyjnego, prócz badań urodynamicznych, używamy zupełnie nowej metody diagnostycznej obrazowej, mianowicie ultrasonografii dna miednicy - podkreśla prof. Barcz. Na podstawie wyników ultrasonografii opierana jest kwalifikacja schorzenia, ocena zarówno sposobu leczenia w sensie wyboru, np. materiałów syntetycznych, jak również samego przebiegu zabiegu, opracowania leczenia operacyjnego.

Ultrasonografia dna miednicy to badanie, dzięki któremu możemy ocenić bardzo wiele parametrów, m in. samą budowę i długość cewki moczowej, szyjki pęcherza moczowego, struktury okołocewkowe, czyli potencjalnie obecność guzów, uchyłków, ropni. W czasie tego badania można także ocenić czynnościową wydolność mięśni dna miednicy, jak również ruchomość cewki, bruzd okołocewkowych - tłumaczy prof. Ewa Barcz. *Generalnie ocenić możemy cały szereg parametrów, które nam pozwalają: po pierwsze - zakwalifikować bądź zdyskwalifikować pacjentkę do zabiegu; po drugie - wybrać rodzaj zabiegu indywidualnie dla każdej pacjentki; po trzecie - tak zaplanować sam przebieg zabiegu, żeby leczenie było jak najbardziej adekwatne. To wszystko zmieniło w naszej placówce, w olbrzymi sposób skuteczność leczenia wysiłkowego NTM. Rzeczywiście wyniki mamy znakomite, dużo lepsze niż bez używania ultrasonografii dna miednicy* - dodaje.

Zauważyć warto, że Poradnia Uroginekologiczna funkcjonuje w ramach Kliniki Położnictwa i Ginekologii

WUM od kilkunastu lat, jednak metodę diagnostyki ultrasonograficznej dna miednicy przeprowadza się tu od prawie dwóch lat. Wprowadzenie tej metody możliwe było dzięki staraniom prof. Ewy Barcz i było przedsięwzięciem, które rzeczywiście zrewolucjonizowało poradnię. W ciągu tych dwóch lat, od czasu wprowadzenia tej diagnostyki, wzrosła skuteczność leczenia NTM oraz zmieniła się drastycznie liczba zabiegów. Do czasu wprowadzenia ultrasonografii, przeprowadzano kilkadziesiąt zabiegów rocznie, teraz ich liczba wzrosła do kilku setek. Poradnia w niedalekiej przyszłości planuje nadal poszerzać swą działalność.

Innym, niezmiernie ważnym, aspektem leczenia NTM w Klinice Położnictwa i Ginekologii WUM jest prowadzenie bardzo ścisłej kontroli pooperacyjnej. Wszystkie pacjentki tu operowane są obserwowane w dzień po operacji, w zakresie lokalizacji materiału syntetycznego - lokalizacji taśmy. *Wiemy więc czy taśma leży prawidłowo, czy nieprawidłowo i czy zachodzi ewentualna potrzeba korekty. Jeśli tak, co zdarza się niezwykle rzadko, to korekta jest wykonywana w czasie tej samej hospitalizacji - pacjentka nie wychodzi do domu z jakimkolwiek problemem* - zastrzega prof. Ewa Barcz. Później, po zabiegu, pacjentki trafiają do kliniki po miesiącu, na kolejną kontrolę i następną, po pół roku; w czasie każdej z tych wizyt pacjentka ma wykonywane USG, oglądane jest położenie taśmy oraz oceniana jest jej funkcjonalność. *Pacjentki nie trafiają w „niebyt”, ale są pod naszą ścisłą kontrolą. Jeżeli cokolwiek się dzieje, wracają do nas i jeśli zachodzi potrzeba wykonania jakiegokolwiek reinterwencji, oczywiście ją przeprowadzamy* - dodaje pani profesor.

Kolejnym obszarem działalności kliniki, w pewnym sensie unikatowym, jest leczenie powikłań. Trafiają tu pacjentki, które mają nieskutecznie założone taśmy, powikłania po ich implantacji w postaci nadreaktywności pęcherza moczowego de novo, dużego zalegania moczu po mikcji, czy erozji. W klinice obowiązuje bardzo dobrze wystandaryzowana metoda diagnostyki tych pacjentek oraz metoda ich leczenia. *Zapraszamy wszystkie pacjentki z powikłaniami pooperacyjnymi. Mamy dość dużą grupę kobiet, u których materiały syntetyczne były usuwane, i które były ponownie leczone operacyjnie. Wiemy jakie powikłania związane są z nieprawidłową lokalizacją taśmy, w której pozycji taśma będzie źle działała. Jesteśmy współautorami doniesień z ostatnich lat dotyczących leczenia powikłań, opartych na doświadczeniu i wysokiej skuteczności w tym zakresie. Nieskuteczność bowiem też traktujemy jako powikłanie. Jeszcze raz podkreślę, że pacjentka wychodzi z naszej kliniki wtedy, kiedy wiemy, że wszystko jest tak, jak powinno być* - zaznacza prof. Ewa Barcz.

