

WYROBY MEDYCZNE

Na wydatki nie powinniśmy patrzeć przez pryzmat jednego produktu

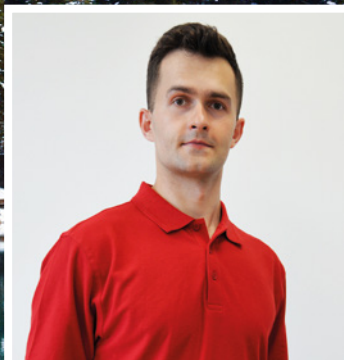
LECZENIE



Jak pomóc pacjentowi z przewlekłym zapaleniem prostaty?



WYWIAD



Pożegnanie z pieluszką to istotny krok w profilaktyce NTM

PROFILAKTYKA I DIAGNOSTYKA

Fizjoterapia w profilaktyce schorzeń układu moczowego



LECZENIE



Współpraca uroginekologa z fizjoterapeutą jest niezbędna

An Urge to Act

Podczas 1st Continence Health Summit, który odbył się 8 listopada br. w Brukseli, 22 interesariuszy podpisało wspólny manifest dotyczący reformy polityki zdrowotnej w zakresie zaburzeń kontynencji w Europie.



prof. A. Stenzl, Sekretarz Generalny Europejskiego Towarzystwa Urologicznego

Fot. Marc van Gurp (Digital Media EAU)

Przedstawiciele 22 towarzystw naukowych, organizacji zawodowych działających na rzecz pacjentów oraz non-profit wzywają w nim do wprowadzania konkretnych

zmian w polityce zdrowotnej państw Unii Europejskiej, aby stawić czoła wyzwaniom, jakie niosą ze sobą rosnące koszty związane z zaburzeniami kontynencji.

W manifestie zatytułowanym „An Urge to Act” zawartych jest 10 zaleceń dla europejskich decydentów.

1. Opracowanie kompleksowej strategii w zakresie zaburzeń kontynencji w Europie.
2. Zapewnienie pełnego i równego dostępu do ścieżki zdrowotnej w zakresie leczenia zaburzeń kontynencji.
3. Zagwarantowanie dostępu do toalet w przestrzeniach publicznych i prywatnych.
4. Poprawa liczby i dostępności wyszkolonych pracowników ochrony zdrowia.
5. Znalezienie i sfinansowanie zrównoważonych rozwiązań w zakresie opieki nad osobami z inkontynencją dla systemów opieki zdrowotnej.
6. Udzielenie wsparcia opiekunom nieformalnym.
7. Zrozumienie wzajemnych zależności między kontynencją a powiązanimi z nią dziedzinami zdrowia.
8. Poprawa finansowania badań nad zaburzeniami kontynencji.
9. Prowadzenie kampanii publicznych podnoszących świadomość na temat zaburzeń kontynencji.
10. Zachęcanie do partnerstwa publiczno-prywatnego w celu poprawy sytuacji w zakresie diagnozowania i leczenia zaburzeń kontynencji.

Więcej szczegółów na: www.uroweb.org



SPIS TREŚCI

WYROBY MEDYCZNE

Na wydatki osób z niepełnosprawnościami nie powinniśmy patrzeć przez pryzmat jednego produktu 4

WYWIAD

Pożegnanie z pieluszką to istotny krok w profilaktyce NTM 6

PROFILAKTYKA I DIAGNOSTYKA

Rola fizjoterapii w profilaktyce schorzeń układu moczowego 10

LECZENIE

Jak pomóc pacjentowi, który zgłasza się do gabinetu z przewlekłym zapaleniem prostaty? 12

Neuromodulacja krzyżowa przeżywa drugą młodość 15

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania neuromodulacji krzyżowej 16

Współpraca uroginekologa z fizjoterapeutą jest niezbędna do zapewnienia pacjentom kompleksowej opieki 17

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Nietrzymanie moczu po porodzie. Jak wzmocnić mięśnie dna miednicy? 20

LEGISLACJA

Kwartal ważnych dla pacjentów zmian 21

Szanowni Państwo,

15 października odbyły się wybory do parlamentu, w których uczestniczyło ponad 21 mln z 29 mln Polaków uprawnionych do głosowania. Frekwencja wyniosła 74,38 proc. i pod względem liczby wyborców była rekordowa w naszej historii. Kiedy zamykamy to wydanie Kwartalnika NTM, nie jest jeszcze znany skład nowego rządu. Nie wiadomo więc, kto będzie nowym ministrem zdrowia i jakie będą jego priorytety. „Zmiany polityczne w kraju nie powinny negatywnie wpływać na to, jak prowadzona jest polityka zdrowotna i czy oraz w jaki sposób pacjentom udostępniane są kolejne leki, wyroby medyczne czy świadczenia zdrowotne” – pisze red. Marta Markiewicz-Melon w artykule „Kwartal ważnych dla pacjentów zmian” (str. 21).

W obawie przed niekorzystnymi zmianami 60 organizacji pacjenckich wystosowało apel do Ministerstwa Zdrowia i sejmowej Komisji Zdrowia o utrzymanie dotychczasowej polityki lekowej, która umożliwiła wielu pacjentom dostęp do innowacyjnych leków. „Naszym zdaniem należy dążyć do jak najszybszego zakończenia toczących się postępowań refundacyjnych. Dzięki temu wiele grup pacjentów mogłoby uzyskać dostęp do skutecznego i bezpiecznego leczenia od początku kolejnego roku. To sprawa kluczowa dla milionów obywateli korzystających z publicznej ochrony zdrowia każdego roku, a dla podopiecznych naszych organizacji to wprost sprawa zdrowia i życia” – podkreślili sygnatariusze apelu.

Ta choroba na jakimś etapie życia dotyka co piątego mężczyzny, głównie między 30. a 50. rokiem życia. Za ok. 5-10 proc. jej przypadków odpowiada infekcja bakteryjna, w ponad 90 proc. rozpoznawany jest zespół bólowy okolic miednicy. Mowa o przewlekłym zapaleniu prostaty, choć – na co zwracają specjaliści – należałoby raczej używać określenia „zespół bólowy miednicy”. O tym, jak się diagnozuje i leczy to schorzenie piszemy w artykule „Jak pomóc pacjentowi, który zgłasza się do gabinetu z przewlekłym zapaleniem prostaty” (str. 12).

Polecamy również artykuł na temat roli fizjoterapii w profilaktyce schorzeń układu moczowego (str. 10), napisany przez fizjoterapeutkę, mgr Agnieszkę Szczepocką. Dowiedzie się z niego, jak ważne są w naszym ciele mięśnie dna miednicy, jakie czynniki mają negatywny wpływ na ich pracę i co z tego wynika.

Zachęcamy Was do przeczytania całego wydania. Znajdźcie na to czas w przedświątecznym zabieganiu, między robieniem porządków a przygotowaniem 12 potraw wigilijnych. Zdrowych i szczęśliwych Świąt Bożego Narodzenia oraz pomyslności w 2024 roku!

Maja Markłowska-Tomar

Redaktor naczelny: Tomasz Michalek; **Redaktor wydania:** Maja Markłowska-Tomar; **Sekretarz redakcji:** Karolina Ciepiela;
Konsultant medyczny: dr n. med. Mariusz Blewniewski - Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej, II Klinika Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi;
Zespół redakcyjny: Marta Markiewicz-Melon, mgr Agnieszka Szczepocka, Agnieszka Wilhelm;
Korekta: Marzena Michalek; **Zdjęcia:** © iStockphoto, Adobe Stock;
Rysunki: Dariusz Pietrzak; **Skład:** Wojciech Polniak
Adres redakcji: Mickiewicza 9 lok. 4U, 01-517 Warszawa, tel.: 22 279 49 02, e-mail: ntm@ntm.pl
Wydawca: Studio PR
Realizacja Wydawnicza: OCI Sp. z o.o.
Druk: GREG Drukarnia
 Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń oraz zastrzega sobie prawo skracania tekstów i zmiany ich tytułów. Nakład: 2000 egzemplarzy.
Prenumerata: Chcesz otrzymywać wszystkie numery Kwartalnika NTM? Zamów roczną prenumeratę (4 kolejne numery) Kontakt: 22 279 49 12, ntm@ntm.pl

Partner wydania: astellas

Na wydatki osób z niepełnosprawnościami nie powinniśmy patrzeć przez pryzmat jednego produktu

Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti” wspólnie z firmą badawczą HTA Consulting postawiło sobie za cel zbadanie potrzeb chorych w zakresie wykorzystywania środków chłonnych oraz ich dostępności. O tym, jaki jest cel badania rozmawiamy z **Magdaleną Władysiuk**, wiceprezes HTA Consulting i szefową stowarzyszenia Central and Eastern European Society of Technology Assessment in Health, która jest jednocześnie mamą niepełnosprawnej Lusi.

Do końca roku planujecie wspólnie ze Stowarzyszeniem „UroConti” zbierać odpowiedzi w anonimowej ankiecie. Czego ona dotyczy?

Pierwszym naszym założeniem jest ocena potrzeb chorych w zakresie wykorzystywania środków chłonnych, ale w praktyce to tylko część informacji, jakie chcemy uzyskać. W naszym badaniu planujemy zanalizować ten obszar nieco szerzej i zebrać informacje o stopniu niepełnosprawności, a także o potrzebach w zakresie zaopatrzenia również w inne wyroby medyczne. Naszym celem jest zbadanie i pokazanie, że osoby z niepełnosprawnością korzystające ze środków chłonnych zazwyczaj wymagają nie tylko takich środków. Chcielibyśmy pokazać pacjentów w szerszym kontekście ich potrzeb. Naszą ambicją jest przygotowanie



Magdalena Władysiuk

Fot. Archiwum rozmowy

analizy na reprezentatywnej grupie pacjentów. Uprzedzę również, że ankieta jest dość obszerna - jej wypełnienie zajmuje do 25 minut.

Czy to, jak funkcjonuje obecnie system zaopatrzenia pacjentów w wyroby medyczne, w tym w środki chłonne, jest Pani zdaniem rozwiązaniem przyjaznym dla osób z nich korzystających, czy też system ten wymaga zmian? W ostatnim czasie system refundacji wyrobów medycznych, w tym również środków chłonnych, przeszedł modyfikacje. W kontekście wyrobów chłonnych zmiany uległy poziomy odpłatności - w zależności od typu schorzenia utrzymano odpłatność 30 proc. dla wszystkich, pomimo że wcześniej pacjenci z chorobami nowotworowymi mieli pokrywane 100 proc. do limitu finan-

sowania. Podniesiono również miesięczne limity w zależności od stopnia niepełnosprawności pacjenta. Ta zmiana spowodowała jednak sytuację, w której mając np. odpłatność na poziomie 70 proc., pacjent za najmniej chłonne produkty dopłaca najmniej, ale za najbardziej chłonne dopłaca więcej. Z mojego punktu widzenia nie jest to sytuacja sprawiedliwa.

Musimy pamiętać, że potrzeby w zakresie chłonności produktów to niezwykle indywidualna kwestia. Potrzeba ta jest skorelowana z chorobami współistniejącymi, przyjmowanymi lekami i wieloma innymi czynnikami czy potrzebami. Jako przykład mogę podać moją córkę, która z uwagi na stopień niepełnosprawności korzysta z podwyższonego limitu na wyroby i są dni, kiedy środki chłonne

są przez nią wykorzystywane bardzo intensywnie - musimy je zmieniać np. co 2-3 godziny. Nie wiemy, od czego to zależy, ale wiemy, że nie można z góry zakładać, iż zakres potrzeb pacjentów jest identyczny w zależności od schorzenia czy w ramach przebiegu choroby.

Ale zazwyczaj da się ocenić pewne trendy?

Oczywiście. Z pewnością znajdą się pacjenci, którzy bardziej chłonnych produktów będą wymagali na wieczór. Będą też tacy, którzy się poruszają i w ich przypadku lepiej sprawdzą się majtki chłonne. Musimy pamiętać, że stopień niepełnosprawności może być dość szeroki i obok niepełnosprawnych leżących, będziemy mieli również takich, którzy się przemieszczają. Stąd też wniosek, że potrzeby chorych są różnorodne.

Które obszary wymagają zatem największej troski ze strony Ministerstwa Zdrowia?

W pierwszej kolejności przyjrzałabym się poziomowi dopłat, co w prowadzonym przez nas badaniu chcemy również ocenić. Pragniemy sprawdzić, czy pacjenci mają problemy z wysokością dopłat, jakie muszą ponieść w związku z realizacją zleceń na np. środki chłonne. Czasami nawet dopłata w wysokości 30 proc., ale rozliczana w systemie kwartalnym, może oznaczać konieczność wydania około 100 złotych. Przy zasiłku pielęgnacyjnym, który od 1 marca 2023 roku wynosi 294,39 zł, to kwota niebagatelna. Oczywiście dużym ułatwieniem dla pacjentów i ich opiekunów było wprowadzenie e-zleceń i możliwość pobierania produktów na dłuższy, nawet roczny okres. Nie zmienia to jednak faktu, że dla wielu chorych jedną z kluczowych barier mogą być kwestie finansowe.

W ostatnich miesiącach resort zdrowia podjął kilka decyzji, które z pewnością ułatwią pacjentom udźwignięcie wydatków m.in. na leki.

Rzeczywiście. Poszerzenie populacji, która otrzyma leki bezpłatnie, o dzieci i młodzież poniżej 18. roku życia, czy osoby po 65. roku życia, bardzo odciąża budżety pacjentów. Szczególnie, że osoby z głęboką niepełnosprawnością często mierzą się w wielochorobowością i wymagają wielolekowej terapii. Przykładem jest moja córka, która przyjmuje aż cztery leki przeciwpadaczkowe, a w przypadku części z nich zostaliśmy zwolnieni z odpłatności. Dla naszego budżetu jest to ulga. Możliwość wypisywania recept na bezpłatne leki jest jednak ograniczona do określonej grupy specjalistów, np. w ramach opieki paliatywnej lekarze nie mogą nam wystawić takich recept. Mam nadzieję, że zostanie to zmienione, gdyż prowadzi do nierówności w dostępie i do kolejnych niepotrzebnych wizyt np. w ramach POZ. Patrząc na wyroby medyczne, to na taką taryfę ulgową nie możemy liczyć, a potrzebujemy nie tylko pieluchomajtek, czy majtek chłonnych, ale również podkładow, cewników, sond. Każdy z tych wyrobów kosztuje. W ramach „Planu dla chorób rzadkich” nie uwzględniono zmian w zakresie dostępu do wyrobów medycznych, a centralną wypożyczalnię technologii wspomagających dla osób z niepełnosprawnościami otwarto dopiero 5 września. Jest prowadzona przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Zasadnym wydaje mi się więc spojrzenie na potrzeby pacjentów nie tylko przez pryzmat jednego produktu - leku, czy wyrobu medycznego. Potrzebne jest szerokie spojrzenie na wydatki osób z niepełnosprawnościami przez pryzmat wszystkich recept i zleceń, które są im wydawane. Zwłaszcza że obecnie obowiązujące zasady finansowania są również skomplikowane, czego dowodem jest pytanie, jakie często otrzymujemy od lekarzy wystawiających zlecenia na wyroby medyczne naszej córce: czy korzystamy z finansowania w ramach ustawy „za życiem”, czy w ramach orzeczonej niepełnosprawności?



Fot. Alvaro Moreno Perez - istockphoto.com

Czy są działania, które Pani zdaniem mógłby podjąć resort zdrowia, by ułatwić funkcjonowanie osobom z chorobami rzadkimi i głęboką niepełnosprawnością?

Ministerstwo Zdrowia, tworząc dokument strategiczny, jakim jest „Plan dla chorób rzadkich”, praktycznie nie poruszyło w nim kwestii wyrobów medycznych. W związku z tym kolejny plan operacyjny, jaki powstanie w MZ, powinien dotyczyć właśnie tego obszaru. W chorobach rzadkich mamy szeroką populację zarówno dzieci, jak i osób dorosłych, więc Ministerstwo Zdrowia powinno w sposób kompleksowy przyrzeć się ich wydatkom wynikającym w niepełnosprawności. Wprowadzone ostatnio liczne zmiany w zakresie świadczeń społecznych, finansowania świadczeń dla osób niepełnosprawnych, w tym leków i wyrobów, powinny zostać poddane ocenie nie tylko pod względem zakresu, ale przede wszystkim pod względem funkcjonowania i odpowiedzi na potrzeby osób z niepełnosprawnościami.

Dziękuję za rozmowę.

Rozmawiała: Marta Markiewicz-Melon

Pożegnanie z pieluszką to istotny krok w profilaktyce NTM

Rozstanie z pieluchą przez malucha wymaga indywidualnego podejścia od jego rodziców. Jak przygotować się do odpieluchowania i jak proces ten przeprowadzić, by w dorosłym wieku nie rzutował na problemy uroginekologiczne? O tym rozmawiamy z fizjoterapeutą Damianem Grotkiem, założycielem Fundacji Baby & Mom.

Odpieluchowanie najmłodszego członka rodziny to dla wielu rodziców wyczekiwany moment. Często w ten proces zaangażowanych jest wielu członków rodziny. Ale czy rzeczywiście z Pana obserwacji wynika, że robimy to dobrze?

Zdarza się, że w moim gabinecie z najmłodszymi pacjentami oprócz rodziców pojawiają się również babcie, które - jak wynika z moich obserwacji - starają się doradzać i wspierać w wychowaniu wnuków. Czasami jednak, chcąc się dzielić swoim doświadczeniem, nieświadomie powielają działania, które nie przystają do najnowszej wiedzy, również tej związanej z fizjologią dzieci.

Ale nie wynika to chyba z ich złej woli...

Zdecydowanie nie. Natomiast wielu rodziców zdaje się podążać za radami - stąd też warto szerzyć wiedzę na temat prawidłowych mechanizmów.

Zacznijmy zatem od początku. Kiedy opiekunowie mogą zacząć myśleć o tym, by wprowadzić trening czystości?

Patrząc na fora internetowe i opinie zamieszczane tam przez rodziców, moglibyśmy wyjść z przeświadczenia, że proces ten można rozpocząć już w wieku 12.-15. miesięcy. Moim zdaniem jest to jednak działanie na wyrost, bowiem tego treningu nie powinno się rozpoczynać przed ukończeniem przez dziecko 18. miesiąca życia. I to również nie jest sztywny wiek, którego powinniśmy się trzymać. Jestem orędownikiem indywidualnego patrzenia

na każde dziecko, tak by nie było sytuacji, że wybija 18. miesiąc życia dziecka, a rodzice, czy też najbliższa rodzina, z dnia na dzień rozpoczynają „pożegnanie z pieluchą”. Dlatego zalecam rodzicom, aby proces ten rozpocząć nie wcześniej niż w 18. miesiącu życia. Zwracam uwagę na to, czy dziecko osiągnęło pozycje wyższe, to znaczy czy siada, chodzi, ewentualnie biega. Kluczem jest zdolność małego pacjenta do utrzymania się w pozycjach wyższych.

Musimy również zwrócić uwagę na psychiczny aspekt i zaobserwować, czy dziecko jest gotowe na proces odpieluchowania. Jak to rozpoznać? Głównie chodzi o to, czy jest świadome i zdaje sobie sprawę z tego, że na przykład rodzic lub starsze rodzeństwo idzie do toalety załatwić swoje potrzeby fizjologiczne. Chodzi o to, by dziecko wiedziało, że do toalety idzie się w konkretnym celu - zrobić siku, czy kupę i potrafi tę czynność nazwać. Jeśli widzimy, że te kwestie - to jest wiek, osiągnięcie pozycji wyższych i świadomość - spotykają się, wówczas możemy rozpocząć proces odpieluchowania. Próby

zachęcania dziecka do skorzystania z toalety powinny być możliwie naturalne i bazować na naśladownictwie. Dlatego rodzice powinni mówić na głos, że na przykład potrzebują zrobić siku i w tym celu idą do toalety. Zdecydowanie najgorszym scenariuszem jest przymuszanie dziecka, wymuszanie na nim siadania na nocnik lub też toaletę i do tego stosowanie systemu nagród za załatwienie potrzeby fizjologicznej.



Damian Grotek

Fot. Archiwum prywatne

Dlaczego nagradzanie nie jest dobrym rozwiązaniem?

Zarówno zmuszanie do załatwienia potrzeby fizjologicznej, jak i nagradzanie dziecka nie przynosi nic dobrego i może skutkować problemami w przyszłości. Musimy pamiętać, że dzieci bardzo szybko adaptują się do tego, co dostają lub co jest im zabierane. Jeżeli więc będziemy je nagradzać, wówczas będą one rozbiły wszystko, by nagrodę uzyskać.

Nagradzanie za każde siku zrobione do nocnika lub na toalecie może skutkować tym, że dzieci zaczną trzymać mocz lub go oddawać poprzez napięcie innych mięśni niż zwieracze zewnętrzne, które w tym procesie odgrywają istotną rolę. Na dobrą sprawę dzieci zaczynają nieświadomie obchodzić fizjologię, bo nie są w stanie jeszcze jej kontrolować, ale cel najbliższych jest osiągnięty. Krótko mówiąc, nie powinno się nagradzać za to zaspokajanie swoich potrzeb fizjologicznych. Dziecko powinno odczuwać wewnętrzną potrzebę, czyli czuć parcie na pęcherz i wówczas korzystać z toalety.

Nie możemy generować sytuacji, w której dziecko będzie siadało na nocnik lub toaletę i wyciskało z siebie mocz. To powinno być zachowanie płynne, przez rozluźnienie, a nie przez parcie. Dlatego nie powinniśmy wywierać presji nagrody na dziecku.

Zdarza się, że dziecko siedzi na nocniku i wie, że musi zrobić siku. Czym takie zjawisko może skutkować?

Tutaj może pojawić się kolejny problem związany z powstawaniem różnych napięć - czy to w miednicy mniejszej, czy w mięśniach w okolicach stawów krzyżowo-biodrowych, stawów biodrowych, czy przywodziłach pośladkowych. Kluczem do prewencji takich problemów jest brak presji. Dlatego też takie zachowanie, jak sadzanie dziecka na toaletę przed wyjściem z domu i wymuszanie na nim zrobienia siku w związku z wyjściem z domu, też nie jest pozytywnym zachowaniem. Musimy pamiętać, że nie da się załatwić potrzeby fizjologicznej na zapas.

Czy skutki nieprawidłowo przeprowadzonego procesu odpieluchowania widoczne są też w dorosłym życiu pacjentów?

Oczywiście. Takie zmuszanie do wypierania moczu czy stolca zawsze odbija się w późniejszym wieku. Niejednokrotnie fizjoterapeuci prowadzący terapię osób dorosłych, zbierając wywiad, cofają się do momentu odpieluchowania, żeby ocenić jak ono przebiegało i czy problemy, z jakimi zjawia się pacjent mogą wynikać z tego, jak był potraktowany jako dziecko. Jeśli osoba dorosła słyszy od swoich rodziców, że byli super zadowoleni, gdy w wieku 12. miesięcy była już odpieluchowana - wówczas mamy punkt zaczepienia i trop do wyjaśnienia, w którym momencie mógł zostać wygenerowany problem.

W jaki sposób przeprowadzić proces odpieluchowania, by dziecko mogło spokojnie przejść przez ten etap i był on z korzyścią dla jego zdrowia?

Tak jak wcześniej wspominałem, możemy zacząć myśleć o odpieluchowaniu po 18. miesiącu życia, ale musimy brać również poprawkę na to, że mogą to być też skończone 2 lata, a nawet 2,5 roku. Ważne jest to, żebyśmy widzieli, że dziecko jest gotowe do tego również pod względem emocjonalnym. Jak to rozpoznać? Przygotowanie manifestuje się tym, że dziecko wie, co to jest nocnik, wie, do czego on służy i potrafi wyartykułować, że nocnik służy do załatwiania swoich potrzeb fizjologicznych, a nie po to, by dostać cukierka czy po zebranie braw od rodziców czy dziadków. W tym momencie powinniśmy naszykować ten nocnik w pobliżu, tak by w momencie, kiedy dziecko wyartykułuje potrzebę, miało dostęp do nocnika i mogło z niego skorzystać. Czasami może dojść do sytuacji, że maluch będzie siadał i po minucie schodził z nocnika bez efektów. Istotne jest również to, by po zrobieniu siku w pieluchę od razu ją zmienić, tak by dziecko wiedziało, że sucha pielucha jest przyjemna, a chodzenie z mokrą, często ciężką pieluchą, daje nieprzyjemne odczucia.

W tym przypadku warto podkreślać aspekt emocjonalny, który będzie głównym czynnikiem pomocnym dziecku i rodzicowi w tym, by proces odpieluchowania przebiegł bezproblemowo. Oczywiście nie przełoży się to wprost na np. szybkość tego procesu, bo zdarzają się rodzice niecierpliwi, którzy chcieliby, by przebiegło to w dwa dni. Niestety muszę zmartwić czytelników, bo bardzo często proces ten wymaga pokładów cierpliwości ze strony rodzica. Czasami nauka będzie wymagała również tego, by rodzic zabrał dziecko ze sobą do toalety i pokazywał, do czego ona służy. Wydaje się jednak, że nauka przez naśladownictwo, połączona z budowaniem świadomości u dziecka przyniesie najlepsze efekty.

Czy w swoim gabinecie spotyka się Pan z problemami, które mogły powstać u dzieci w wyniku nieprawidłowo przeprowadzonego odpieluchowania?

Zdecydowanie tak. Pracując z dziećmi od pierwszych tygodni życia, widzę na początku dzieci oddające mocz i stolec bez przeszkód, a następnie pojawiają się u mnie jako 2-3-latki. Wszystko pod względem terapeutycznym jest dobrze, ale pojawiają się problemy np. związane z wadami postawy. Dlatego też w fizjoterapii pediatrycznej zawsze musimy sprawdzić stawy biodrowe, ustawienie kręgosłupa, staw krzyżowo-biodrowy, a także miednicę i stopy. W przypadku nieprawidłowo przeprowadzonego odpieluchowania widać to będzie w głównej mierze w obrębie miednicy, ale również w rotacjach zewnętrznych w nogach, czy w formie zwiększonego napięcia w obrębie stawów biodrowych.

Inną częstą korelacją jest związek między odpieluchowaniem a późniejszymi problemami z obniżeniem narządów



Fot. romrodinka - istockphoto.com

dna miednicy, pojawieniem się nietrzymania moczu, czy w końcu nadmiernym napięciem mięśni w obrębie miednicy.

Wiemy już, jak właściwie odpieluchować malucha i czym skutkuje nieprawidłowo przeprowadzony proces. Zapytam jednak o sytuacje dzieci, które są starsze i z różnych względów nadal nie chcą korzystać z toalety, a rodzice nie radzą sobie z odpieluchowaniem. Jak postępować w takich sytuacjach?

W naszej klinice zdarzają się tacy pacjenci. I oczywiście staramy się pomóc ich rodzicom. Często generuje to wśród naszych terapeutów dyskusje i wspólnie zastanawiamy się, w jakim kierunku rozszerzyć diagnostykę.

Zdarza się, że takich pacjentów kierujemy do nefrologa, gastroenterologa, neurologa czy urologa. Często nieocenionym wsparciem jest również psycholog, który pomaga całej rodzinie.

Najbardziej skrajnym przypadkiem, gdzie rodzice nie byli w stanie poradzić sobie z odpieluchowaniem, był chłopiec, który trafił do nas w wieku 7 lat. Początkowo jego mama zarzucała sobie nieporadność, ale w toku pogłębionej diagnostyki okazało się, że problem leżał z niezdiagnozowanym zespołem Aspergera. To pokazuje, że na dziecko należy patrzeć holistycznie i czasami nasze myśli powinny się kierować w stronę często nieoczywistych aspektów. Nie da się każdego dziecka traktować w taki sam sposób.

O kim mowa

Damian Grotek jest absolwentem Wydziału Fizjoterapii na Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu. Przygodę z fizjoterapią zaczął od Holistycznej Terapii Manualnej, by później wdrażać się do pracy z dziećmi, która zawsze była jego celem zawodowym. Priorytetem jest dla niego wielokierunkowa rehabilitacja nastawiona na deficyty dziecka oraz współpraca z innymi specjalistami. Na co dzień stara się łączyć znane mu metody, aby jak najbardziej kompleksowo podejść do pacjentów oraz sprostać ich wymaganiom. Wciąż się doksztalca, zdobywa doświadczenie i poszukuje nowych możliwości terapii, by jak najskuteczniej pomóc swoim małym pacjentom i ich rodzinom. Dużą wagę przywiązuje do kontaktu z rodzicami, ponieważ to oni muszą wykonywać znaczną część pracy z dziećmi. Największą nagrodą za wykonaną pracę jest dla niego radość z czynionych przez dzieci postępów.

seni®

Twoje wsparcie w nietrzymaniu moczu



Wkładki
i bielizna
chłonna Seni
zapewniają
dyskrecję
i poczucie
suchości.



Zamów
próbkę
na
seni.pl

Dostępne w aptekach i sklepach medycznych oraz online.

To jest wyrób medyczny. Używaj go zgodnie z instrukcją używania lub etykietą.

Producent i podmiot prowadzący reklamę - Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych SA.

Rola fizjoterapii w profilaktyce schorzeń układu moczowego

mgr Agnieszka Szczepocka, fizjoterapeutka
Centrum Medyczne MCC w Warszawie

W ostatnich latach znacząco wzrosła świadomość roli fizjoterapii w procesie leczenia schorzeń związanych z układem moczowym u pacjentów obojga płci. Dzieje się tak, ponieważ z jednej strony pacjenci samodzielnie szukają dodatkowych informacji na ten temat, a z drugiej personel medyczny (przede wszystkim położne oraz lekarze ginekologów i urologów) coraz częściej zaleca wdrożenie fizjoterapii jako formy leczenia.

Lepiej zapobiegać niż leczyć

Każdy z nas słyszał to stwierdzenie niejednokrotnie i trudno odmówić mu słuszności. Zapobieganie schorzeniom oznacza nie tylko lepsze samopoczucie pacjenta, ale też odciążenie i tak przeciążonego już systemu ochrony zdrowia. Poprzez dbanie o profilaktykę możemy zapobiegać lub wykrywać na wczesnym etapie wiele schorzeń kardiologicznych, onkologicznych czy metabolicznych. To

samo dotyczy chorób układu moczowo-płciowego, w profilaktyce których fizjoterapia odgrywa niezwykle istotną rolę. Poprzez edukację dotyczącą codziennych nawyków, dobranie odpowiednich ćwiczeń i zastosowanie technik terapeutycznych, fizjoterapeuci specjalizujący się w urologii mogą pomóc pacjentowi zachować sprawność tego układu przez długie lata oraz przeciwdziałać pojawieniu się niepożądanych objawów.

Profilaktyka schorzeń układu moczowego

Jednym z kluczowych obszarów, na które fizjoterapia ma wpływ, są mięśnie dna miednicy. Składa się na nie kilka różnych mięśni, które otaczają cewkę moczową, szyję pęcherza moczowego, odbytnicę oraz narządy rodne. Rozpościerają się od spojenia łonowego do kości guzicznej

oraz od jednego guza kulszowego do drugiego (guzy kulszowe to wystające kości w pośladkach, można je w łatwy sposób wyczuć, podkładając dłonie pod swoje pośladki podczas siedzenia na krześle).

Mięśnie dna miednicy pełnią w naszym ciele bardzo ważne funkcje, odpowiadając m.in. za:

- podpór narządów miednicy mniejszej;
- utrzymanie moczu, gazów i kału;
- stabilizację naszego ciała (współpracują przy tym z mięśniami tułowia, np. z mięśniem poprzecznym brzucha);
- odczuwanie satysfakcji seksualnej;
- uczestniczą także w przebiegu porodu drogami naturalnymi.

Siła tych mięśni, ich wytrzymałość, umiejętność szybkiego skurczu oraz prawidłowe napięcie spoczynkowe będą wpływały na pełnione przez nie funkcje. Dlatego

tak ważne jest, aby pracowały we właściwy sposób. Różne czynniki, z którymi stykamy się przez całe życie, mogą mieć negatywny wpływ na pracę mięśni dna miednicy, a poprzez to na pojawienie się dysfunkcji układu moczowo-płciowego. Należą do nich m.in.:

- siedzący tryb życia;
- ciężka praca fizyczna;
- wysoki poziom stresu;
- nieprawidłowe nawyki toaletowe;
- przewlekłe zaparcia;
- palenie papierosów;
- przewlekły kaszel;
- otyłość;
- liczne porody;
- blizny i operacje w obrębie miednicy i brzucha.

Odpowiednio dobrane techniki manualne oraz ćwiczenia są w stanie przywrócić mięśniom dna miednicy ich prawidłowy tonus oraz funkcję. Należy pamiętać, że za pojawienie się dysfunkcji może odpowiadać zarówno osłabienie siły mięśni dna miednicy, ich wzmożone napięcie, jak i nieodpowiednia (zbyt powolna) aktywacja w sytuacji, gdy jest to potrzebne, np. podczas kaszlu czy aktywności fizycznej. Z tego powodu ćwiczenia uniwersalne w stylu rytmicznego aktywowania i rozluźniania tych mięśni u jednej osoby pomogą, natomiast u innej mogą nie dać efektu lub wręcz zaszkodzić.

W dodatku nadal duża część społeczeństwa ma niewielką świadomość, jak poprawnie aktywizować mięśnie dna miednicy. Ćwiczenie ich bez wcześniejszej konsultacji może dać efekt w postaci napinania mięśni pośladków, ud lub wręcz mięśni brzucha, co powoduje zwiększenie ciśnienia w jamie brzusznej i nadmiernie obciążenie miednicy.

W większości przypadków już na pierwszej konsultacji fizjoterapeuta będzie w stanie nauczyć pacjenta odpowiednio lokalizować i poprawnie aktywizować mięśnie dna miednicy.

Profilaktyka chorób układu moczowego nie kończy się jednak tylko na mięśniach dna miednicy. W gabinecie fizjoterapii zwracamy uwagę na całe ciało pacjenta - od stóp do głów. Oceniamy postawę ciała, napięcie w obszarze brzucha, obręczy biodrowej i barkowej. Sprawdzamy sposób oddychania oraz uczymy optymalnego toru oddechowego. Badamy ewentualne blizny i, jeśli jest taka potrzeba, odpowiednio je mobilizujemy. Przeprowadzamy edukację dotyczącą nawyków i codziennych aktywności pacjenta. Wszystkie te czynniki mają realne przełożenie na pracę układu moczowego u każdej osoby - bez względu na wiek i płeć.

Kiedy warto zgłosić się do fizjoterapeuty urologicznego?

Każda osoba przynajmniej raz w swoim dorosłym życiu powinna taką wizytę odbyć. Można się zgłosić w każdym momencie, natomiast im wcześniej, tym lepiej, bo wtedy

słabiej są w nas zakorzenione nieprawidłowe nawyki i łatwiej je skorygować.

Szczególnie zalecane jest, aby wizytę profilaktyczną odbyć w przypadku:

- planowania ciąży;
- planowania operacji w obrębie miednicy (np. operacje ginekologiczne, radykalna prostatektomia).

Ciąża jest szczególnie ważnym czasem w życiu kobiety. Ze względu na naturalne zmiany zachodzące w postawie ciała, gospodarce hormonalnej, a także zwiększający się ciężar macicy, mięśnie dna miednicy mają do wykonania znacznie trudniejszą pracę niż do tej pory. Wiele kobiet w tym czasie doświadcza problemów ze strony układu moczowego. Najczęstszym jest wysiłkowe nietrzymanie moczu. W trakcie samej ciąży wizyta u fizjoterapeuty jest jak najbardziej zalecana i pomoże zniwelować objawy, natomiast techniki terapeutyczne są w pewnym stopniu ograniczone ze względu na ciążę. W przypadku, gdy kobieta zgłasza się jeszcze przed ciążą, fizjoterapeuci mają szerszy wachlarz możliwości. Daje to szansę na przygotowanie przyszłej mamy tak, aby przeszła ona przez ciążę, a następnie przez poród i połóg w możliwie komfortowy sposób.

Podobna sytuacja występuje, gdy pojawiają się wskazania do operacji ginekologicznej lub radykalnej prostatektomii. Operacje tego typu zwiększają ryzyko wystąpienia dysfunkcji układu moczowego i z tego powodu warto się do nich przygotować, czym zajmuje się prehabilitacja. Przejście prehabilitacji zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań po zabiegu, a także skraca czas powrotu do pełnej sprawności.

Jak samemu zadbać o mięśnie dna miednicy?

Istnieją uniwersalne wskazówki, które wdrożyć może każdy, aby jak najlepiej zadbać o mięśnie dna miednicy na co dzień. Należą do nich:

1. Regularna aktywność fizyczna - ważne, aby zawierała elementy aerobowe, wzmacniające, mobilizujące stawy kręgosłupa, bioder i obręczy barkowej.
2. Nawodnienie - zalecana dzienna ilość płynów będzie różna w zależności od płci, masy ciała i aktywności, natomiast zarówno dla pracy układu moczowego, jak i mięśni bardzo ważne jest zadbanie o ich odpowiednie spożycie.
3. Unikanie wciągania lub zaciskania brzucha, a także ściskania go ubraniami - narządy i mięśnie potrzebują przestrzeni do prawidłowej pracy.
4. Zbilansowana dieta, unikanie zaparć.
5. Prawidłowe nawyki w toalecie - unikanie wypierania, wyciskania moczu i stolca, chodzenia do toalety „na wszelki wypadek”, długiego przesiadywania.
6. Zrezygnowanie z palenia papierosów - prowadzi ono do przewlekłego kaszlu, który zaburza pracę mięśni dna miednicy.



Fot. Wavebreakmedia - istockphoto.com

W zdecydowanej większości przypadków pacjent trafia do gabinetu fizjoterapii uroginekologicznej, gdy doświadcza już konkretnej dysfunkcji ze strony układu moczowo-płciowego. Może to być np. wystąpienie epizodów nietrzymania moczu, pojawienie się dolegliwości bólowych związanych z obszarem miednicy czy obniżenie narządów miednicy mniejszej. Często jest to problem, z którym dana osoba zmagają się już od co najmniej kilku miesięcy, jeśli nie lat. Z różnych powodów - czasem jest to kwestia wstydu, braku świadomości, znaczenie ma też czynnik ekonomiczny - pacjent do tej pory nie zdecydował się na wizytę u specjalisty.

Wielokrotnie podczas wywiadu medycznego pacjenci zgłaszają, że dolegliwość pojawiła się u nich już wiele lat temu, ale mieli nadzieję, że ustąpi samoistnie. Zazwyczaj tak się jednak nie dzieje, wręcz przeciwnie - intensywność objawów z czasem narasta.

Jak pomóc pacjentowi, który zgłasza się do gabinetu z przewlekłym zapaleniem prostaty?

Maja Markłowska-Tomar



Fot. Phira Phonruewangphing - istockphoto.com

Przewlekłe zapalenie prostaty to choroba, która na jakimś etapie życia dotyka co piątego mężczyzny, głównie między 30. a 50. rokiem życia. Za ok. 5-10 proc. przypadków tego schorzenia odpowiada infekcja bakteryjna, w ponad 90 proc. rozpoznawany jest zespół bólowy okolic miednicy.

Coraz więcej specjalistów skłania się jednak ku rezygnacji z nazwy „przewlekłe zapalenie prostaty” i zastąpienia jej „zespołem bólowym miednicy”. Dlaczego?

– Z procesem zapalnym spowodowanym infekcją bakteryjną mamy do czynienia znacznie rzadziej. U większości pacjentów występuje zespół bólowy i choć ta nazwa jest mniej chwytliwa, to na pewno lepiej oddaje istotę tej choroby. Dzięki zmianie nazwy łatwiej nam będzie również ograniczyć nadmierne stosowanie antybiotyków u pacjentów, co zalecają także w tym wskazaniu eksperci Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków – tłumaczy dr hab. n. med. Bartosz

Dybowski z Oddziału Urologicznego Szpitala Kolejowego w Pruszkowie, redaktor naczelny „Central European Journal of Urology”.

Szczyt zachorowań na przewlekłe zapalenie prostaty obserwuje się u mężczyzn w wieku 30-40 lat. Po pięćdziesiątce do urologów zgłaszają się głównie pacjenci z objawami przerostu prostaty.

Antybiotyki mają uzasadnienie tylko w bakteryjnym zapaleniu prostaty

Wielu mężczyzn, którzy trafiają do przychodni, w której przyjmuje dr hab. Bartosz Dybowski, ma już za sobą kilka wizyt u innych specjalistów i kilka nieudanych terapii

antybiotykami. – *Efektów nie ma, ponieważ to nie bakterie spowodowały u nich dolegliwości bólowe* – tłumaczy dr hab. Bartosz Dybowski.

Ból, z którym zgłaszają się pacjenci, najczęściej jest zlokalizowany w okolicy krocza, moszny, podbrzusza, cewki, prącia. Jego przyczyny również mogą być zróżnicowane. Często są efektem ucisku lub urazu nerwu bądź struktur dna miednicy, czyli mięśni i powięzi.

– *Pierwszym etapem postępowania powinno być wykluczenie u pacjenta schorzeń układu moczowego, takich jak zakażenie, nowotwór, czy zaburzenia czynnościowe dróg moczowych. To domena urologa* – przypomina Bartosz Dybowski.

Po przeprowadzeniu badań i sprawdzeniu, czy zgłaszany przez pacjenta ból dotyczy jego prostaty czy może okolicznych mięśni, lekarz decyduje o dalszym postępowaniu. – *Jeśli pacjenta boli prostata, to ruch należy do urologa, który powinien mu zlecić dodatkowe badania. W przypadku, gdy układ moczowy działa sprawnie i wyniki badań moczu są prawidłowe, a dolegliwości bólowe pochodzą z mięśni lub powoduje go uciśnięcie dna miednicy, to można zastosować u pacjenta dwu-, trzytygodniową terapię np. niesteroidowym lekiem przeciwzapalnym, ale nie antybiotykiem. A jeśli dolegliwości nie ustępują po próbie takiej terapii albo nawracają, to właściwym kierunkiem jest skierowanie pacjenta na konsultację do fizjoterapeuty* – tłumaczy dr hab. Bartosz Dybowski.

Rola fizjoterapii w leczeniu pacjentów z przewlekłym zapaleniem prostaty

Jak podkreśla mgr Kinga Religa-Popiołek, fizjoterapeutka z Centrum Medycznego MCC w Warszawie, placówki specjalizującej się m.in. w rehabilitacji urologicznej, jeżeli podłożem zapalenia prostaty nie są np. bakterie, wtedy rolą fizjoterapii jest przede wszystkim zmniejszenie dolegliwości, które pojawiają się w jego następstwie. – *Najczęściej jest to ból zlokalizowany w kroczu lub ciągnący się od spojenia łonowego aż po kość guziczną, czy też promieniujący do podbrzusza, pachwin i pośladków. Innymi objawami może być pieczenie, podrażnienie lub kłucie cewki moczowej, które pojawia się na skutek np. wyziębienia krocza, czy też spożycia produktów podrażniających, takich jak karwa i alkohol* – tłumaczy Kinga Religa-Popiołek.

– *U większości pacjentów ból ma pochodzenie mięśniowe i o ile zawsze można zastosować farmakoterapię, to będzie to jedynie działanie objawowe i krótkotrwałe. Fizjoterapia oferuje działania bardziej skoncentrowane na przyczynie, bowiem jesteśmy w stanie działać miejscowo z konkretnymi grupami mięśniowymi* – dodaje mgr Magdalena Floriańska, fizjoterapeutka z Centrum Medycznego MCC w Warszawie.

Jak zgodnie podkreślają obie fizjoterapeutki, fizjoterapię urologiczną można podjąć w każdym momencie, nawet

jeśli dolegliwości nawracają od kilku lat. Jednak jak w każdej dysfunkcji, najlepiej zrobić to zaraz po pojawieniu się pierwszych objawów. – *Utrzymujący się ból powyżej sześciu miesięcy nie tylko uprzykrza pacjentowi życie, ale może również być trudniejszy do skutecznego wyeliminowania. To, jak długo potrwa terapia, zależy m.in. właśnie od tego, jak długo pacjent już z tym bólem się boryka, od stopnia jego zaangażowania w terapię i efektywnej współpracy, a także różnych czynników wewnętrznych oraz środowiskowych i możliwości ich przearanżowania. Jest to praca nie tylko z ciałem, ale również ze stylem życia pacjenta, sposobem radzenia sobie ze stresem itp.* – mówi Magdalena Floriańska.

Na czym polega fizjoterapia w przewlekłym zapaleniu prostaty

W przypadku przewlekłego zapalenia prostaty fizjoterapia urologiczna jest bardzo złożona, a rodzaj stosowanych terapii jest uzależniony od tego, na jakie objawy skarży się pacjent oraz jakie są jego potrzeby. – *Będzie to na pewno terapia manualna – zewnętrzna i wewnętrzna (przez odbył), odpowiednio dobrane ćwiczenia rozciągające, ćwiczenia relaksacyjne i oddechowe i terapia TECAR. Pomocna może*



Fot. PIKSEL - istockphoto.com

okazać się również dieta, terapia behawioralna i psychoterapia – wymienia Kinga Religa-Popiołek.

Terapia może mieć charakter miejscowy, celowany. – *Wówczas pracujemy manualnie z mięśniami dna miednicy. Po przeprowadzeniu badania i zlokalizowaniu konkretnych wiązek mięśniowych, a czasem tylko ich niewielkiej części, tzw. punktów spustowych, czyli miejsc o szczególnej wrażliwości i na ogół zwiększonej gęstości tkanki, staramy się zmniejszyć to napięcie poprzez masaż, czasami ucisk miejscowy. Taka forma terapii ma na celu poprawę miejscowego ukrwienia, zwiększenie elastyczności i w efekcie powinna skutkować zmniejszeniem dolegliwości bólowych* – tłumaczy Magdalena Floriańska.



Fot. gorodenkoff - istockphoto.com

Zdarza się, że tkanki u pacjenta są tak tkliwe, że fizjoterapeuta musi skupić się najpierw na ich „odwrażliwieniu”, a dopiero potem może przystąpić do pracy z mięśniami dna miednicy. – Taką terapię możemy również częściowo zadać pacjentowi do wykonania w domu, z wykorzystaniem pewnych narzędzi, które ułatwiają dotarcie do tych głęboko ukrytych mięśni. Ważnym elementem diagnostyki jest jednak poszukanie przyczyny, która wpłynęła na zwiększenie tego napięcia w konkretnym rejonie ciała. Dlatego też nie powinno dziwić, że w gabinecie fizjoterapeuta będzie pracował z innymi częściami ciała, np. ze stopami, kręgosłupem, klatką piersiową czy szyją, a nawet ze szczęką. Jesteśmy jak naczynia połączone – zaburzenia statyki w jednym obszarze ciała pociągają za sobą napięcia w innych, czasem nawet odległych – przypomina Magdalena Floriańska.

Fizjoterapeuci często wykorzystują techniki zewnętrzne, lokalnie rozluźniające pośladki, brzuch czy uda. Uczą również pacjentów zarządzania oddechem, który wpływa na rozluźnienie tkanki mięśniowej i lepsze jej utlenowanie. Oddech powoduje także ruch przepony moczowopłciowej, co wykorzystuje się również w terapii miejscowej.

Pacjenta, u którego ból utrzymuje się już ponad sześć miesięcy, warto zachęcić do wypełnienia kwestionariusza oceniającego m.in. poziom stresu, lęku, występowanie objawów depresyjnych oraz stopień radzenia sobie z bólem. – Jest to potrzebne do tego, by leczenie pacjentów było jak najbardziej kompleksowe i skrojone na miarę indywidualnego przypadku. Według najnowszych zaleceń dotyczących bólu przewlekłego takie globalne podejście jest najbardziej skuteczne i nie należy zaniedbywać aspektu psychologicznego. Fizjoterapia również dysponuje wieloma narzędziami, które

są skuteczne w obniżaniu poziomu stresu, czy lęku. Występowanie takich emocji prowadzi do odruchowego zwiększenia napięcia mięśniowego, co dodatkowo nasila objawy bólowe. Rolą fizjoterapeuty jest również edukowanie pacjentów na temat fizjologii bólu i sposobów modulowania jego natężenia poprzez odpowiednio dopasowane zmiany stylu życia – mówi Magdalena Floriańska.

Terapia z udziałem różnych specjalistów przynosi najlepsze efekty

Na pytanie, jaki wpływ na finalny efekt leczenia pacjentów ma współpraca fizjoterapeuty z lekarzem, Kinga Religa-Popiołek odpowiada, że taka skojarzona, wielokierunkowa terapia z udziałem specjalistów różnorodnych dziedzin, jest najlepszym wyborem w leczeniu wszelkich dysfunkcji. By móc zapewnić pacjentowi kompleksową opiekę, potrzebna jest m.in. współpraca lekarza z fizjoterapeutą. Ważną rolę, zdaniem fizjoterapeutów, odgrywa również dwóch innych specjalistów – psycholog i dietetyk.

– Ból przewlekły często wiąże się ze stresem, lękiem, a nawet depresją. Może się również zdarzyć, że przed zachorowaniem na przewlekłe zapalenie prostaty pacjent cierpiał np. na zaburzenia lękowe, które również będą istotnie wpływać na pomyslność terapii i stopień odczuwania bólu. Terapia poznawczo-behawioralna jest formą terapii psychologicznej, która jest często stosowana u tych pacjentów. Jeśli zaś chodzi o dietetyka, to również taki specjalista może okazać się niezwykle istotny w tzw. teamie terapeutycznym. Skomponowanie diety zmniejszającej ogólny stan zapalny organizmu, regulującej pracę jelit jest bardzo istotne w leczeniu tego schorzenia – podsumowuje Magdalena Floriańska.

Neuromodulacja krzyżowa przeżywa drugą młodość

Marta Markiewicz-Melon



Fot. Medtronic Poland Sp. z o.o.

Postęp technologiczny sprawił, że lekarze mówią już o drugiej młodości neuromodulacji krzyżowej. Z nowych rozwiązań cieszą się również pacjenci i przekonują, że wszczęcie neuromodulatora odmieniło ich życie. Niestety, nadal w skali całego kraju nie przeprowadza się optymalnej liczby zabiegów wszczęcia elektrod. Gdzie leży problem?

Już od początku przyszłego roku na rynku dostępna będzie nowa wersja stymulatora InterStim X. Zdaniem chirurga urologa dr. n. med. Mariusza Blewniewskiego z Oddziału Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, jednego z pierwszych lekarzy, którzy zajęli się wszczęciem neuromodulatorów w Polsce, dzięki temu nowemu rozwiązaniu pacjenci zyskają komfort i będą mieli zdecydowanie mniej ograniczeń.

– Rzeczywiście pod względem sprzętowym możemy mówić o drugiej młodości neuromodulacji. Nowy stymulator InterStim X będzie umożliwiał aktywację trybu rezonansu magnetycznego, dzięki czemu pacjenci, którzy zmagają się z problemem nietrzymania moczu i jednocześnie mają kłopoty z kręgosłupem, czy są chorzy na stwardnienie rozsiane, będą mogli mieć wykonywane badanie rezonansu magnetycznego. Jest to ogromna korzyść, gdyż dotychczas chorzy ze

wszczepionymi stymulatorami byli często wykluczani z pogłębionej diagnostyki obrazowej – mówi dr Mariusz Blewniewski.

Jego zdaniem, wprowadzenie na rynek nowego urządzenia będzie jednak wymagało dobrego przygotowania i szerokiej edukacji kadr, które na co dzień nie mają zbyt dużych doświadczeń z dziedziną, jaką jest urologia.

– To, czym teraz powinniśmy się zająć, wyprzedzając trochę wejście na rynek nowych stymulatorów, jest szeroka edukacja lekarzy radiologów i techników radiologii, którzy powinni być pewni i odpowiednio wyedukowani w zakresie bezpieczeństwa realizacji badań u pacjentów ze stymulatorem nowej generacji. Ważne jest bowiem to, by chorych z tym stymulatorem nie wykluczać z pogłębionej diagnostyki obrazowej – dodaje Mariusz Blewniewski.

Nadal za mało zabiegów

Na początku listopada przeprowadzono pierwsze zabiegi neuromodulacji krzyżowej na Oddziale Urologii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Szczecinie. Wszczępienia neuromodulatora dokonał dr n. med. Krystian Kaczmarek przy wsparciu dr. Macieja Oszczudłowskiego z Oddziału Klinicznego Urologii Szpitala Klinicznego im. prof. W. Orłowskiego CMKP w Warszawie. Obecnie w całym kraju refundowane zabiegi neuromodulacji krzyżowej wykonywane są w 12 placówkach.

Zdaniem Mariusza Blewniewskiego to nadal zbyt mało, co więcej - niewielu chorych wymagających takiego leczenia może z niego skorzystać. A przecież - jak wskazuje urolog - ta forma leczenia zabiegowego jest jedną z najbardziej skutecznych form leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego.

- Jest to związane z różnymi czynnikami. Czasem lekarze nie mają możliwości zaoferowania takiej metody swoim pacjentom, bo oddział nie realizuje tych procedur. Zdarza się, że preferują farmakoterapię, która również przynosi efekty terapeutyczne, ale jednocześnie powoduje wiele działań niepożądanych - przypomina dr Mariusz Blewniewski.

Jego zdaniem problemem są również niskie kontrakty samych oddziałów urologicznych lub ginekologicznych, przez co ordynatorzy często muszą wybierać między realizowanymi procedurami. Neuromodulacja nerwów krzyżowych jest jednym ze świadczeń, których jednostkowy koszt należy do grupy najdroższych procedur, stąd pojawiająca się obawa w części szpitali o wyczerpanie kontraktu przed upływem roku.

- Ja jestem w tej dobrej sytuacji, że mój szpital jest placówką

dużą i może sobie pozwolić na przenoszenie środków między kontraktami, co skutkuje tym, że nie usłyszałem jeszcze od mojego dyrektora, że wykonuje zbyt dużo zbyt kosztownych procedur - podsumowuje Mariusz Blewniewski.

Pacjenci czują efekty terapii

W rozmowie z redakcją Janusz Borzyński, pacjent ze wszczepionym neuromodulatorem, przyznał, że dzięki temu urządzeniu zaczął normalnie funkcjonować. - Kiedyś nie do pomyslenia było to, bym wsiadł do autobusu i na przykład odbył nim godzinną podróż z Putuska do Warszawy. Najzwyczajniej w świecie nie byłbym w stanie przejechać tego dystansu bez skorzystania z toalety. Dziś nie jest to dla mnie żadnym problemem, tak jak normalna praca zawodowa, czy spotkania towarzyskie - opowiada pacjent. Dodaje, że neuromodulator pozwala na tyle zapomnieć o problemie, jakim jest NTM, że ostatnio sam lekarz zadzwonił, aby przypomnieć o kontroli. Zdaniem pana Janusza to najlepsza rekomendacja dla tej formy leczenia pęcherza z nadreaktywnością.

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania zabiegów neuromodulacji krzyżowej

MIASTO	PLACÓWKĄ	ADRES	KONTAKT	KIEROWNIK KLINIKI / ODDZIAŁU
Bielsko-Biała	Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	Al. Armii Krajowej 101 43-316 Bielsko-Biała	tel. 33 810 23 52 www.hospital.com.pl	lek. med. Krzysztof Pliszek
Bydgoszcz	Klinika Urologii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza	ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz	tel. 52 585 45 00 tel. 52 585 40 45 www.jurasza.umk.pl	prof. dr hab. n. med. Tomasz Drewna
Chorzów	Śląskie Centrum Urologii „Urovita”	ul. Strzelców Bytomskich 11, 41-500 Chorzów	tel. 32 111 42 42 www.urovita.pl	dr n. med. Andrzej Szurkowski
Jastrzębie-Zdrój	Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju	Al. Jana Pawła II 7 44-330 Jastrzębie-Zdrój	tel. 32 478 44 20 www.wss2.pl	dr n. med. Agata Witosińska-Walica
Kraków	Oddział Kliniczny Urologii i Urologii Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki	ul. Jakubowskiego 2 30-688 Kraków Budynek H, poziom 1	tel. 12 424 79 60 www.su.krakow.pl	prof. dr hab. n. med. Piotr L. Chłosta
Łódź	Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej, Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika	ul. Pabianicka 62 93-513 Łódź	tel. 42 689 52 13 tel. 42 689 52 47 www.kopernik.lodz.pl	dr n. med. Jacek Wilkosz
Szczecin	Oddział Urologii Ogólnej i Onkologicznej Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony	ul. Arkońska 4 71-455 Szczecin	tel. 91 813 96 20 www.spwsz.szczecin.pl	dr hab. n. med. Artur Lemiński
Warszawa	Katedra Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie	ul. Bursztynowa 2 04-749 Warszawa	tel. 22 473 53 35 www.mssw.pl	prof. dr hab. n. med. Ewa Barcz
Warszawa	Oddział Kliniczny Urologii, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego	ul. Czerniakowska 231 00-416 Warszawa	tel. 22 621 71 78 tel. 22 584 11 42 www.szpital-orlowskiego.pl	prof. CMKP dr hab. n. med. Jakub Dobruch
Warszawa	I Klinika Położnictwa i Ginekologii CMKP, Centrum Medyczne „Żelazna”	ul. Żelazna 90 01-004 Warszawa	tel. 22 255 98 07 www.szpitalzelazna.pl	prof. dr hab. n. med. Grzegorz Jakiel
Warszawa	Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	ul. Lindleya 4 02-005 Warszawa	tel. 22 502 17 02 www.klinikaurologii.edu.pl	prof. dr hab. n. med. Piotr Radziszewski

Współpraca uroginekologa z fizjoterapeutą jest niezbędna do zapewnienia pacjentom kompleksowej opieki

Maja Markłowska-Tomar



Fot. sutlaflk - istockphoto.com

Uroginekologia to relatywnie nowa dziedzina medycyny, która powstała w odpowiedzi na potrzeby i oczekiwania pacjentów zmagających się z chorobami układu moczowo-płciowego. Chcąc im zapewnić kompleksową opiekę, uroginekologowie powinni ściśle współpracować z fizjoterapeutami i wspólnie z nimi ustalać indywidualny plan leczenia dla każdego pacjenta. Powinni, ale w praktyce nie zawsze tak się dzieje. Dlaczego?

W wielu krajach uroginekologia jest oddzielną specjalizacją lekarską. W Polsce nie została do tej pory wyodrębniona, choć podejmowano takie starania. Zwolenniczką uznania uroginekologii za oddzielną specjalność jest prof. Ewa Barcz, kierownik Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego oraz Oddziału Ginekologiczno-Położniczego w Międzyzleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie, autorka wydanej w 2017 r. książki „Uroginekologia. Schorzenia dna miednicy”.

- Od lat postulujemy utworzenie podspecjalizacji szczególnej z uroginekologii jako czwartej, po endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości, perinatologii oraz ginekologii onkologicznej, podspecjalizacji położnictwa i ginekologii. Tłumaczymy urzędnikom Ministerstwa Zdrowia, że to

ogromna specjalizacja, która funkcjonuje w wielu krajach. Ze choć polscy lekarze mogą już dziś zdobyć specjalizację europejską z tej dziedziny, a polskie ośrodki mogą zdobyć certyfikat Europejskiego Towarzystwa Uroginekologicznego EUGA (European Urogynaecological Association), ani europejska specjalizacja, ani certyfikat EUGA nic nie zmieniają z punktu widzenia edukacji podyplomowej w Polsce - powiedziała w wywiadzie dla „Gazety Lekarskiej” prof. Ewa Barcz.

Mimo czynionych przez nią wysiłków, Ministerstwo Zdrowia nie podjęło dotąd decyzji w sprawie wyodrębnienia uroginekologii, nie ma więc możliwości formalnego kształcenia lekarzy w tym kierunku w Polsce. Nie znaczy to jednak, że nie ma w naszym kraju specjalistów, którzy posiadają szeroką wiedzę z pogranicza ginekologii, urologii i proktologii oraz zajmują się diagnostyką i leczeniem schorzeń dna miednicy, czyli układu mięśniowo-powięziowego i struktur podtrzymujących narządy płciowe i narządy jamy brzusznej. Chodzi o takie schorzenia jak: wysiłkowe nietrzymanie moczu, nadreaktywność pęcherza moczowego, pęcherz neurogeny, zaburzenia statyki narządów miednicy mniejszej (pęcherza, cewki moczowej, macicy, pochwy, jelit odbytnicy), zespoły bólowe w obrębie miednicy mniejszej, czy przetoki moczowo-płciowe.

Na wizytę do urologologa powinny zgłosić się osoby, które borykają się z:

- niekontrolowanym wypływem moczu podczas aktywności fizycznej, śmiechu, kichania czy kaszlu;
- uciążliwym, częstym oddawaniem moczu, zwłaszcza w nocy;
- uczuciem dyskomfortu w okolicy krocza;
- nawracającymi infekcjami dróg moczowych lub dróg rodnych;
- dolegliwościami bólowymi podczas menstruacji, współżycia czy wypróżniania;
- zaburzeniami trzymywania gazów i stolca;
- wysuwaniem narządów miednicy mniejszej przez pochwę.

Interdyscyplinarny zespół gwarancją utrzymania efektu leczenia

Jednak do tego, aby leczenie zakończyło się sukcesem, a jego efekty były długotrwałe, potrzebna jest fizjoterapia uroginekologiczna, która dysponuje dużymi możliwościami diagnostycznymi. Fizjoterapeuci mogą np. przeprowadzać elektromiografię mięśni (EMG) dna miednicy, manometrię anorektalną (badanie pozwalające na ocenę czynności zwieraczy odbytu poprzez pomiar ciśnienia w odbytnicy i odbycie), funkcjonalne USG krocza, ćwiczenia z biofeedbackiem EMG i manometrycznym. Są więc w stanie wnieść sporo do właściwego rozpoznania, które nie powinno się opierać jedynie na badaniu manualnym.

Mimo że o roli fizjoterapii uroginekologicznej mówi się coraz więcej, nadal wielu lekarzy nie kieruje na nią swoich pacjentów. Ograniczają się zwykle do przekazania kartki z listą ćwiczeń i zalecenia, by pacjenci wykonywali te ćwiczenia w domu. Niektórzy tego w ogóle nie robią, inni popełniają błędy, bo nikt ich nie poinstruował i nie sprawdził, czy dobrze ćwiczą. Gdyby wykonywali zlecone ćwiczenia pod okiem fizjoterapeuty, mogliby nauczyć się prawidłowych wzorców ruchowych i przez to ustrzegliby się błędów.

- *Dlatego my, fizjoterapeuci, musimy docierać do lekarzy* - mówi dr n. med. Tadeusz Trzpis, specjalista fizjoterapii, współzałożyciel międzynarodowej Fundacji AENON wspierającej badania i leczenie zaburzeń uroginekologicznych, stowarzyszony w Międzynarodowym Towarzystwie Uroginekologicznym IUGA. Dobrym rozwiązaniem jest według niego organizowanie spotkań edukacyjnych dla urologów, ginekologów i proktologów. Dr Trzpis spotyka się z nimi w szpitalnych oddziałach urologicznych, ginekologicznych i chirurgicznych. Przedstawia siebie i metody swojej pracy, tłumaczy, że fizjoterapeuci w terapii dna miednicy opierają się na standardach i wynikach badań - Evidence Based Medicine (EBM).

Dla niego wzorem do naśladowania jest francuska fizjoterapia uroginekologiczna, która - jak podkreśla - ma najdłuższą, bo 40-letnią historię, i najwyższy poziom w Europie. Jednak niezależnie od tego, która ze szkół

będzie miała wpływ na rodzącą się dopiero polską fizjoterapię uroginekologiczną - francuska, niemiecka, czy może szwajcarska, to łączy je jeden cel: poprawa jakości życia pacjentów z problemami dna miednicy.

- *Fizjoterapia uroginekologiczna, inaczej niż dotychczasowe podejście, które „podzieliło” dno miednicy między urologów, ginekologów i proktologów, obejmuje całe dno miednicy i holistyczne problemy, które są z nim związane. Fizjoterapeuta zwraca uwagę na oddech, pracę przepony, pracę klatki piersiowej i cały szereg skomplikowanych procesów w obrębie dna miednicy, których w żaden sposób nie da się oddzielić od siebie* - mówi dr Tadeusz Trzpis, który przyjmuje pacjentów w Centrach Rehabilitacji Geronimo w Tarnowie. Jego zdaniem fenomen fizjoterapii polega właśnie na tym, że łączy ona wszystkie te elementy w pracy nad mięśniami dna miednicy.

We Francji każdej kobiecie po porodzie i każdemu mężczyźnie po zabiegu prostatektomii refunduje się cykl 10 zabiegów i sondę do fizjoterapii uroginekologicznej. Wciąż są tam doskonałe techniki operacyjne i zmieniane standardy postępowania w przypadku zaburzeń dna miednicy. Przykładem jest znaczne obniżenie dna miednicy, które jest obecnie bezwzględny wskazaniem do fizjoterapii uroginekologicznej, a nie do operacji. Zmianie uległo również podejście do zabiegów z zakresu plastyki dna miednicy - w miejsce sztucznych implantów, które do niedawna zastępowały więzadła i powięzie, wykorzystywane są własne więzadła pacjenta. Taki zabieg, wykonywany hybrydową techniką Richtera, jest jednak przeprowadzany dopiero w sytuacji, gdy pacjentka została poddana prehabilitacji i ma wzmocnione mięśnie dna miednicy, a wyniki przeprowadzonego procesu fizjoterapii nie są dla niej zadowalające.

- *Tylko połączenie sił, czyli prehabilitacyjnej fizjoterapii dna miednicy i zabiegu operacyjnego z następową fizjoterapią, daje większą gwarancję utrzymania dobrego efektu leczenia* - mówi dr Tadeusz Trzpis.

Fizjoterapia może przynieść dobre efekty również u pacjentów skarżących się na ból w obrębie dna miednicy. Warto więc wykorzystać jej potencjał i uwzględnić w budowaniu zespołów interdyscyplinarnych, do któ-



Fot. Ridofranz - istockphoto.com

rych - jak przekonuje dr Tadeusz Trzpis - należy zaprosić również położne, którym kobiety ufają i które zapewniają pacjentkom poczucie komfortu. - *Byłoby idealnie, gdyby członkowie takiego zespołu, czyli urolog, ginekolog, proktolog, fizjoterapeuta i położna, wzajemnie się wspierali* - mówi.

Kiedy rozpocząć fizjoterapię dna miednicy?

W opinii fizjoterapeutów najlepszym momentem do podjęcia fizjoterapii jest sytuacja, w której nie doszło jeszcze do powikłań pooperacyjnych. - *Chodzi o prehabilitację, czyli uświadamianie pacjentom przed operacją, jakie mogą być jej następstwa anatomiczne i jakich zmian mogą się spodziewać w obrębie dna miednicy. Z kolei prehabilitacja dna miednicy u kobiety w ciąży mogłaby ją ochronić przed pęknięciem krocza w czasie porodu* - tłumaczy dr Tadeusz Trzpis.

Prehabilitacja, jak podkreśla, to zadanie i przyszłość dla całych zespołów terapeutycznych. Szczególna jest rola fizjoterapeutów w tym gronie, gdzie lekarze, którzy wykonując na przykład operację prostatektomii, niejednokrotnie ratują życie pacjentom, zaś fizjoterapeuci pracują nad zapewnieniem po tej operacji należytej jakości życia. - *Obecnie większość pacjentów po prostatektomii radykalnej ma nietrzymanie moczu i zaburzenia erekcji. To*

poważne problemy, z którymi nie poradzą sobie sami, a nie zawsze wiedzą, do kogo mogą się zgłosić po pomoc - mówi współzałożyciel Fundacji AENON, która organizuje szkolenia z zakresu fizjoterapii urologicznej i ginekologicznej. Osoby, które kończą te szkolenia są według dr. Trzписа dobrze przygotowane do pracy z pacjentami z zaburzeniami dna miednicy.

Jak wybrać właściwy gabinet fizjoterapii uroginekologicznej?

Na pytanie, na co pacjent powinien zwrócić uwagę, żeby mieć pewność, że trafił do kompetentnego fizjoterapeuty, dr Tadeusz Trzpis odpowiada: - *Jeśli ktoś jest specjalistą fizjoterapii, a oprócz tego zgłasza specjalność z fizjoterapii uroginekologicznej i w swojej ofercie ma elektromiografię dna miednicy, funkcjonalne USG krocza, biofeedback i możliwości badania manometrią*

anorektalną, to należy przypuszczać, że zna się na rzeczy. Osoba dysponująca takim warształem terapeutycznym jest dobrze przygotowana do pracy z pacjentem.

Dobry gabinet fizjoterapii uroginekologicznej to według współzałożyciela Fundacji AENON taki, który posiada narzędzia umożliwiające dokonywanie w sposób obiektywny oceny stanu dna miednicy i pozwalające na obiektywne wykonywanie ćwiczeń.

”
Warto wykorzystać potencjał fizjoterapii w budowaniu zespołów terapeutycznych.

Nietrzymanie moczu po porodzie. Jak wzmocnić mięśnie dna miednicy?

Agnieszka Wilhelm

Po narodzinach dziecka warto zaopiekować się własnym zdrowiem, zwracając szczególną uwagę na mięśnie dna miednicy, ponieważ po porodzie u wielu kobiet pojawia się problem nietrzymania moczu (NTM). Co można zrobić, aby wzmocnić mięśnie Kegla i cieszyć się z macierzyństwa?



Fot. NataliaDeriabina - istockphoto.com

Rola fizjoterapii uroginekologicznej w przygotowaniu do porodu

W jednym z wcześniejszych numerów Kwartalnika NTM omówiliśmy rolę fizjoterapii uroginekologicznej w przygotowaniu do porodu. Tym razem postanowiliśmy skonfrontować nasze przemyślenia z opiniami ekspertów. Zapytaliśmy lekarzkę ginekolog, położną oraz fizjoterapeutki o ich spojrzenie na problem nietrzymania moczu (NTM) u kobiet w ciąży i po porodzie. Jakie są ich doświadczenia i rady dla przyszłych mam?

Wzrasta świadomość na temat nietrzymania moczu po porodzie

Zapytaliśmy dr n. med. Beatę Rutkowską z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Międzyleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie o świadomość młodych mam na temat nietrzymania moczu. Pani doktor podkreśliła, że różnica w poziomie wiedzy między dzisiejszymi mamami a poprzednimi pokoleniami jest zauważalna. – Jeszcze kilkanaście lat temu NTM było tematem tabu, ale teraz coraz więcej kobiet nie tylko jest świadomych tego problemu, ale szuka pomocy – stwierdziła dr Beata Rutkowska.

Przy okazji obaliła mit dotyczący tego, że po cesarskim cięciu NTM nie występuje. Według niej to błędne przekonanie. Dlaczego? – *Ryzyko wystąpienia NTM zależy od wielu czynników, droga porodu nie jest jedyną determinantą* – przypomniała.

Potrzebna jest współpraca różnych środowisk

Mgr Joanna Dąbrowska, doświadczona położna z Piastowa, zwraca uwagę, że pacjentki często ignorują problem NTM w ciąży, myśląc, że po porodzie sam zniknie. Niestety często tak się nie dzieje, a na dodatek problem nietrzymania moczu może się nasilić. Dlatego, jak podkreśla, kluczowa jest współpraca położnych z fizjoterapeutami, zwłaszcza że ich kompetencje się uzupełniają. Podobne zdanie na temat współpracy z fizjoterapeutami ma dr Beata Rutkowska. Według niej lekarzom jest ona potrzebna szczególnie w opiece nad pacjentkami po porodzie.

Fizjoterapia po porodzie to klucz do zdrowia

Zapytaliśmy więc fizjoterapeutki z Centrum Medycznego MCC w Warszawie – mgr Agnieszkę Szczepocką i mgr Aleksandrę Zalewską – jakie korzyści przynosi fizjoterapia u kobiet po porodzie. – *Fizjoterapia pozwala na zmniejszenie powikłań poporodowych i szybszą regenerację ciała* – mówią zgodnie. Według nich kontrolna wizyta u fizjoterapeuty powinna odbyć się około 6. tygodnia po porodzie naturalnym lub około 4. tygodnia po cesarskim cięciu.

Obie panie zwracają też uwagę na odpowiednie nawyki i zmiany w stylu życia, które mogą pomóc w zmniejszeniu ryzyka NTM po porodzie. Duże znaczenie mają według nich: prawidłowe nawyki toaletowe, trening mięśni dna miednicy, aktywność fizyczna, a także zdrowa dieta i właściwe nawodnienie organizmu.

Fizjoterapia uroginekologiczna, zdrowa dieta oraz odpowiednio dobrana aktywność fizyczna to trzy filary, na których opiera się zdrowie mam po porodzie. Przywrócenie siły i elastyczności mięśni może przyczynić się do poprawy jakości życia i pozwolić w pełni cieszyć się z uroków macierzyństwa o ile nie zostanie to zaniedbane na wczesnym etapie.

Wszystkie ekspertki zgodnie podkreślają, że wiedza, edukacja i profilaktyka są kluczowe w walce z NTM po porodzie, a wsparcie wykwalifikowanego lekarza, położnej i fizjoterapeuty może pomóc w zachowaniu zdrowia i zapewnieniu jakości życia na długi czas.

Kwartal ważnych dla pacjentów zmian

Marta Markiewicz-Melon

Wybory parlamentarne przypieczętowały zmianę na arenie politycznej. Pomimo najlepszego wyniku Prawo i Sprawiedliwość nie stworzy rządu, który uzyska poparcie większości parlamentarnej, co oznacza również zmianę na stanowisku Ministra Zdrowia. Jakie będzie miała ona przełożenie na politykę lekową i dostępność świadczeń zdrowotnych?

Zmiany polityczne w kraju nie powinny negatywnie wpływać na to, jak prowadzona jest polityka zdrowotna i czy oraz w jaki sposób pacjentom udostępniane są kolejne leki, wyroby medyczne czy świadczenia zdrowotne. Z apelem o zachowanie ciągłości podejmowania decyzji w zakresie polityki lekowej, w szczególności w kontekście styczniowej listy leków refundowanych i najbardziej zaawansowanych procesów legislacyjnych, wystąpiło wspólnie 60 organizacji pacjentów.

„Naszym zdaniem należy dążyć do jak najszybszego zakończenia toczących się postępowań refundacyjnych. Dzięki temu wiele grup pacjentów mogłoby uzyskać dostęp do skutecznego i bezpiecznego leczenia od początku kolejnego roku. To sprawa kluczowa dla milionów obywateli korzystających z publicznej ochrony zdrowia każdego roku, a dla podopiecznych naszych organizacji to wprost sprawa zdrowia i życia” – podkreślili sygnatariusze apelu.

Nowości na wykazach leków refundowanych

Apel organizacji pacjentów znajduje swoje uzasadnienie również w ostatnio opublikowanej liście leków refundowanych, która wprowadziła od 1 listopada kilka ważnych zmian dla pacjentek i pacjentów. W ramach istniejącego programu lekowego „Leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym” umożliwiono zastosowanie immunoterapii

lekiem Opdivo (niwolumab) w leczeniu uzupełniającym chorych z ekspresją PD-L1 w przypadku stwierdzenia tej mutacji i w sytuacji, gdy pacjenci wykazują ryzyko nawrotu po radykalnej cystektomii.

Dodatkowo do refundacji wprowadzono leczenie lekiem Padcev (enfortumab wedotyny) w II i III linii leczenia u pacjentów z miejscowo zaawansowanym bądź przerzutowym rakiem urotelialnym. Molekuła ta znalazła je się również na wykazie technologii o wysokim stopniu innowacyjności.



Fot. fotomek - stockadobe.com

Od 1 listopada z wykazów zniknął natomiast lek Xofigo (dichlorek radu-223) refundowany dotychczas w programie lekowym B.56. „Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego”. Stało się tak, ponieważ 31 października wygasła decyzja refundacyjna dla tego preparatu, a podmiot odpowiedzialny – firma Bayer – nie zdecydował się na kontynuowanie refundacji na zasadach zaproponowanych przez resort zdrowia.

„Podmiot odpowiedzialny złożył wniosek do Prezesa Narodowego Funduszu

Zdrowia w celu finansowania leku Xofigo – w ramach kontynuacji leczenia dla pacjentów, którzy rozpoczęli terapię lekiem Xofigo w programie lekowym B.56. LECZENIE CHORYCH NA RAKA GRUCZOŁU KROKOWEGO (ICD-10: C61) na zasadach opisanych w art. 37b ustawy o refundacji” – czytamy w komunikacie Ministerstwa Zdrowia.

Szczepienia przeciwko COVID-19 - kiedy nowe szczepionki?

6 grudnia w punktach szczepień ma zostać udostępniona zaktualizowana szczepionka przeciwko wariantowi XBB.1.5 wirusa SARS-CoV-2. Resort zdrowia zachęca do szczepienia się szczególnie osoby powyżej 60. roku



JESTEŚMY SOLIDARNI Z UKRAINĄ

ZWERYFIKOWANE ZBIÓRKI

Zbiórka pieniężna Polska Akcja Humanitarna

Zbiórka na pomoc bezpośrednią (żywność i inne formy wsparcia) dla ludzi, którzy muszą uciekać ze swoich domów. Wsparcie obejmie osoby pozostające na Ukrainie i uchodźców w Polsce

www.siepomaga.pl/pah-ukraina

Zbiórka pieniężna Polski Czerwony Krzyż

Pozyskane środki będą przeznaczone w pierwszej kolejności m.in. na zakup żywności, materiałów opatrunkowych oraz zabezpieczenie innych priorytetowych potrzeb.

www.pck.pl/na-pomoc-ukrainie/

Zbiórka pieniężna Caritas Polska

Zebrane środki zostaną wykorzystane do zakupu artykułów pierwszej potrzeby oraz wsparcie psychologiczne dla pokrzywdzonych w wyniku wojny.

www.caritas.pl/ukraina/

Więcej zbiórek i informacji znajduje się na stronie: www.pomagamukrainie.gov.pl

życia, pacjentów z niedoborami odporności lub chorobami współistniejącymi, które zwiększają ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19. Jednocześnie od początku listopada apteki rozpoczęły proces zawierania umów na realizację szczepień przeciwko pneumokokom, grypie i COVID-19. O ile dwa pierwsze szczepienia mogą być realizowane w aptekach już od listopada (o ile placówce uda się podpisać umowę na udzielanie świadczeń z NFZ), to szczepienia przeciwko koronawirusowi będą dostępne dopiero od grudnia.

Więści z urzędów

Pozytywną ocenę Rady Przejrzystości Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji uzyskał lek Thioła (tiopronina) we wskazaniach cystynurii, nawrotowej kamicy nerkowej i moczowodowej, kamicy nerkowej obustronnej uwarunkowanej genetycznie. W listopadzie eksperci Rady Przejrzystości zajęli się również przygotowaniem opinii w sprawie zasadności wprowadzenia zmian w programie lekowym B.113 „Leczenie pacjentów z chorobami nerek (ICD-10 N.18)”.

W Europie wspólnie na rzecz zaburzeń kontynencji

Temat zaburzeń kontynencji był przedmiotem dyskusji w Brukseli, gdzie odbył się 1. Continece Health Summit 2023. Zaprezentowany w trakcie spotkania raport zlecony przez Europejskie Towarzystwo Urologiczne wykazał, że tylko w tym roku koszty inkontynencji sięgną 69,1 mld euro. Co więcej, eksperci wskazali, że bez podjęcia działań zmierzających do poprawy sytuacji chorych z inkontynencją obciążenie ekonomiczne związane z tym schorzeniem wzrośnie o 25 proc. do 2030 roku.

- Problemy związane z inkontynencją są odczuwalne bez względu na płeć, wiek i środowiska społeczno-ekonomiczne i mogą mieć poważny, negatywny wpływ na jakość życia poszczególnych osób. Fizyczne, psychospołeczne i ekonomiczne konsekwencje dla pacjentów i ich opiekunów stanowią barierę dla pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Optymalny stan zdrowia osób z inkontynencją powinien być rzeczywistością dla każdego. Nadszedł czas na podjęcie działań w tej zaniedbanej kwestii, aby sprostać wyzwaniom związanym z kontynencją, przed którymi stoi Europa. Należy zrobić znacznie więcej, aby zmniejszyć bezpośrednie wydatki, obciążenie pacjentów i ich opiekunów oraz społeczeństwa - podkreślił prof. Philip Van Kerrebroeck, wiceprzewodniczący Biura Politycznego Europejskiego Towarzystwa Urologicznego (EAU Policy Office).

Efektom listopadowego spotkania było podpisanie przez 22 interesariuszy reprezentujących międzynarodowe organizacje naukowe, zawodowe i pacjenckie wspólnego manifestu dotyczącego reformy polityki zdrowotnej w zakresie zaburzeń kontynencji w UE. Szczegóły na www.uroweb.org.

HARTMANN



OCHRONA
każdego
dnia



MoliCare® Skin

Zdrowa skóra przy nietrzymaniu moczu dzięki kompleksowej ochronie i pielęgnacji.

- **Pianka oczyszczająca**
wspomaga mechanizmy obronne skóry, szybkie i łagodne oczyszczanie silnie zabrudzonej powierzchni skóry.
- **Wilgotne chusteczki pielęgnacyjne**
niezbędne do łagodnego oczyszczania stref intymnych przy zmianie produktu chłonnego.
- **Krem ochronny z tlenkiem cynku**
tworzy barierę ochronną przed negatywnym działaniem moczu – zapobiega stanom zapalnym, odparzeniom.

www.hartmann.pl



JEDNO MIEJSCE – PEŁNA OPIEKA

Kompleksowe wsparcie dla osób z inkontynencją

Nowo otwarta placówka medyczna w Warszawie specjalizująca się w zakresie:

- uroinekologii
- urologii czynnościowej
- fizjoterapii uroinekologicznej
- rehabilitacji urologicznej i onkologicznej

Zapisy dostępne poprzez portal znanylekarz.pl
lub pod nr tel.: **22 770 78 00**

DIAGNOSTYKA > LECZENIE > REHABILITACJA

