

WYROBY MEDYCZNE

**Cyfrowe wyroby  
medyczne ułatwiają  
życie**



SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

**Czy uroginekologia  
znajdzie się w głównym  
nurcie?**



LECZENIE

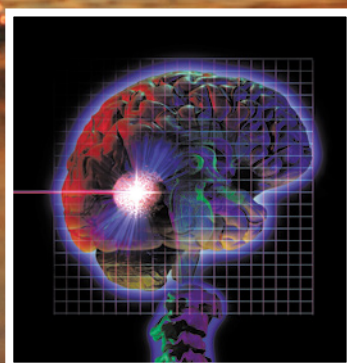
**Wulwodynia i pochwica  
- objawy i leczenie**

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

**Nietrzymanie moczu  
u osób z otyłością  
i chorych na cukrzycę**



LECZENIE



**Fizjoterapia w leczeniu  
zaburzeń kontynencji u osób  
z dysfunkcjami neurologicznymi**



# Dwa święta

Czerwiec tradycyjnie już jest miesiącem, podczas którego na całym świecie obchodzony jest Światowy Tydzień Kontynencji (ang. World Continence Week – WCW). Tym razem celebrujemy również święto demokracji w Europie – wybory do Parlamentu Europejskiego, drugiej co do wielkości demokratycznej legislatury na świecie (pierwsze miejsce należy do największej demokracji na świecie, jaką są Indie). Polska ma w tym rozdaniu do obsadzenia 53 miejsca. Łącznie europarlament liczyć będzie 720 europosłów, a jego kadencja potrwa 5 lat.

Dlaczego warto zwrócić uwagę i połączyć te dwa wydarzenia? Ponieważ już w listopadzie ubiegłego roku największe organizacje naukowe, zawodowe i pacjenckie zajmujące się tematyką inkontynencji wystosowały manifest zatytułowany „An Urge to Act”. Podpisany przez 22 organizacje międzynarodowe zawiera 10 zaleceń dla europejskich decydentów. Sygnatariusze podpisując ten dokument, kierowali go do przyszłego Parlamentu Europejskiego oraz do Komisji Europejskiej, licząc, że wraz z nową kadencją sprawy ochrony zdrowia jeszcze mocniej zaistnieją w obszarze zainteresowania instytucji unijnych.

Żeby tak się stało, warto nagłaśniać oczekiwania i stanowisko pacjentów, korzystając z takich okazji, jakimi bez wątpienia są Światowy Tydzień Kontynencji czy wrześniowy Europejski Tydzień Urologiczny. Czas najwyższy, aby poli-

ticy reprezentujący nas zarówno w parlamencie krajowym, jak i tym europejskim, dostrzegli wyzwania zdrowotne i społeczne, z jakimi będziemy się na kontynencie za chwilę zmagać wraz z postępującym starzeniem się naszych społeczeństw.

W tym miejscu polecam Państwu lekturę raportu PolSenior2, który przedstawia już po raz drugi wyniki badania poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem. Na podstawie przeanalizowanych wyników eksperci z zakresu geriatry i gerontologii społecznej przedstawili „Rekomendacje strategiczne dla Rządu i Samorządu”. Warto zauważyć, że wśród opisywanych zjawisk chorobowych znalazły się m.in. „objawy z dolnego odcinka układu moczowego”, które według wyników badań występują aż u 60 proc. wszystkich polskich seniorów w wieku 60 plus. Problem ten dotyczy połowy mężczyzn i dwóch trzecich kobiet.

Dla polityków nie ma lepszych argumentów niż liczba potencjalnych wyborców. W grupie 60 plus będzie ich przybywać z każdą kolejną kadencją, co najmniej do 2050 roku. Warto o tym pamiętać i głośno przypominać decydentom, wówczas gdy celebrujemy Światowy Tydzień Kontynencji, jak i święto demokracji w postaci wyborów europejskich.

Tomasz Michalek



## SPIS TREŚCI

### WYROBY MEDYCZNE

Ułatwiają życie pacjentom i opiekującym się nimi specjalistom ..... 4

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania neuromodulacji krzyżowej ..... 7

### SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

Nareszcie zaczyna się mówić o problemach kobiet. Czy uroginekologia znajdzie się w głównym nurcie? ..... 8

### LECZENIE

Wulwodynia i pochwica – definicja, objawy, leczenie ..... 11

Rola fizjoterapii w leczeniu zaburzeń kontynencji u osób z dysfunkcjami neurologicznymi ..... 14

### NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Nietrzymanie moczu u osób z otyłością i chorych na cukrzycę ..... 16

### LEGISLACJA

Rząd pochyła się nad potrzebami seniorów ..... 21

Szanowni Państwo,

Po wielu latach zapowiedzi pojawiła się szansa na ich realizację. Z inicjatywy minister ds. polityki senioralnej Marzeny Okły-Drewnowicz powstał Międzyresortowy Zespół ds. Polityki Senioralnej, który postawił sobie za cel przygotowanie systemu ochrony zdrowia na wyzwania demograficzne, który będzie odpowiedzią na potrzeby seniorów. Zaproszono do niego przedstawicieli wszystkich resortów, które powinny być zaangażowane w opiekę nad osobami starszymi, czyli: finansów, funduszy i polityki regionalnej, klimatu i środowiska, rodziny, pracy i polityki społecznej, rolnictwa i rozwoju wsi, sportu i turystyki, spraw wewnętrznych i administracji i oczywiście zdrowia. Pozytywne zmiany ma przynieść również opracowywany przez rząd bon na usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania. Jakie trzeba będzie spełnić warunki, aby stać się beneficjentem tego rozwiązania, wyjaśnia red. Marta Markiewicz-Melon w artykule „Rząd pochyła się nad potrzebami seniorów” (s. 21).

Skoro postanowiliśmy podzielić się z Państwem dobrymi informacjami, to bądźmy konsekwentni. Z pewnością dobrą wiadomością jest bowiem również utrzymanie refundacji trzech nowoczesnych leków (enzalutamid, darolutamid i apalutamid) w programie B.56 „Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego”, a także poszerzenie wskazań dla leku olaparyb w programie B50 „Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej” i włączenie pembrolizumabu do programu B.159 „Leczenie chorych na raka szyjki macicy”. Jest jeszcze jedna dobra informacja z Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dotycząca dichloru radu-223. Po szczegóły odsyłamy do wnętrza Kwartalnika NTM.

Czy uroginekologia znajdzie się w głównym nurcie? To pytanie jest jak najbardziej zasadne, jeśli wsłuchamy się w coraz silniej brzmiące głosy na temat problemów, z jakimi mierzą się kobiety dotknięte schorzeniami dna miednicy. To m.in. z myślą o nich powstał parlamentarny Zespół ds. Zdrowia Kobiet, o czym piszemy na str. 8.

Zachęcamy również do lektury artykułu „Nietrzymanie moczu u osób z otyłością i chorych na cukrzycę” (s. 16), w którym, oprócz odpowiedzi na wiele waszych pytań, znajdziecie także Państwo również sporo istotnych porad dotyczących zalecanych form aktywności fizycznej i diety. Przeczytajcie również artykuł o roli fizjoterapii w leczeniu zaburzeń kontynencji u osób z dysfunkcjami neurologicznymi (s. 14) autorstwa fizjoterapeutki mającej ogromne doświadczenie w pracy z pacjentami z problemami neurologicznymi, którzy bardzo często mają również zaburzenia kontynencji.

Maja Markłowska-Tomar

**Redaktor naczelny:** Tomasz Michalek; **Redaktor prowadzący:** Maja Markłowska-Tomar; **Sekretarz redakcji:** Karolina Ciepela  
**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:** mgr Magdalena Floriańska, Anna Jarosz, Marta Markiewicz-Melon;  
**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](mailto: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](mailto:ntm@ntm.pl)

Partner wydania: 



# Ułatwiają życie pacjentom i opiekującym się nimi specjalistom

Marta Markiewicz-Melon



Fot. iPopba - stockadobe.com

**W**yroby medyczne korzystające z rozwiązań cyfrowych coraz szerzej wchodzą do praktyki klinicznej. Według najnowszego raportu poświęconego cyfrowym wyrobom medycznym na całym świecie pacjenci mogą już korzystać z przeszło pół miliona różnych produktów, które ułatwiają życie nie tylko im, ale również sprawującym nad nimi opiekę medykami. Dane pokazują, że nawet co czwarty wyrób medyczny korzysta z rozwiązań cyfrowych.

Postępu technologicznego nie da się zatrzymać - takiego zdania są autorzy najnowszego raportu „Cyfrowe wyroby medyczne”, przygotowanego przez Instytut Innowacji i Odpowiedzialnego Rozwoju INNOWO we współpracy z Ogólnopolską Izbą Gospodarczą Wyrobów Medycznych POLMED. W Polsce wartość rynku cyfrowych wyrobów medycznych szacowana była w 2020 roku na ponad 10 mld zł, co stanowiło nawet 4,5 proc. wszystkich wydatków ponoszonych na zdrowie. Zdaniem ekspertów ta wartość będzie dynamicznie rosła z korzyścią dla szerokiego grona pacjentów.

## Cyfryzacja przyszłością ochrony zdrowia

Ekspertki przekonują, że wprowadzenie nowych rozwiązań, które uwzględniają innowacyjne technologie cyfrowe, przyniesie korzyści m.in. w takich obszarach jak: bezpieczeństwo zdrowotne, poprawa jakości opieki, skuteczności świadczeń zdrowotnych, czy efektywności zdrowotnej. Cyfrowe wyroby medyczne mają być również odpowiedzią na trendy populacyjne i wyzwania starzejącego się społeczeństwa, a także mają sprostać również w dostępie do zdrowia. Warto również wskazać, że w Polsce odsetek dorosłych korzystających z konsultacji medycznych za pośrednictwem technologii cyfrowych rośnie i w trakcie pandemii COVID-19 uplasował nasz kraj na trzecim miejscu wśród państw OECD. Wśród kluczowych rekomendacji przygotowanych przez ekspertów INNOWO znalazły się m.in.: konieczność upowszechniania wiedzy na temat korzyści z właściwego użytkowania rozwiązań cyfrowych, wdrożenie szkoleń dla personelu medycznego dotyczących wyrobów cyfrowych, czy stworzenie platformy współpracy między regulatorem, płatnikiem, użytkownikami

kami i dostawcami rozwiązań cyfrowych. W raporcie zwrócono również uwagę na konieczność ustanowienia wieloletniego programu inwestycyjnego związanego z modernizacją systemu ochrony zdrowia, właściwe uregulowanie ram prawnych dla procesów cyfryzacji, a także wypracowanie rozwiązań związanych z cyberbezpieczeństwem.

„Konieczne jest zbudowanie polskiej specjalizacji technologicznej ukierunkowanej na zaawansowane przetwarzanie dużych zbiorów danych medycznych i środowiskowych w celu szukania odpowiedzi na krajowe i międzynarodowe zapytania badawcze, kliniczne i ekonomiczne” - czytamy w rekomendacjach raportu INNOWO.

## Gdzie wykorzystywane są cyfrowe wyroby medyczne?

Zdaniem autorów raportu trudno jest wskazać wiodące obszary, gdzie cyfrowe wyroby medyczne znajdują zastosowanie. Wiele z nich jest wykorzystywanych w zbieraniu informacji o zdrowiu pacjenta i przekazywaniu jej zdalnie do lekarzy, integrowaniu i tworzeniu wiedzy, jako osobiste urządzenia zdrowotne czy wyroby używane do diagnostyki, telemedycyny, obrazowania bądź wszczepiane pacjentom.

Obecnie w Polsce największą grupę wśród cyfrowych wyrobów medycznych - pod względem wartości sprzedaży - stanowią nieinwazyjne wyroby medyczne odpowiedzialne za 38,5 proc. rynku. Kolejną grupą są wyroby operacyjne, proceduralne i terapeutyczne (m.in. urządzenia wszczepiane pacjentom) stanowiące 31,7 proc. wartości sprzedaży oraz wyroby diagnostyczne i laboratoryjne (np. glukometry lub systemy ciągłego monitorowania poziomu glikemii), które odpowiadają za 29,8 proc. sprzedaży.

## W służbie pacjentom z NTM

Przykładem cyfrowego wyrobu medycznego, który znajduje zastosowanie w grupie pacjentów zmagających się z inkontynencją, jest neuromodulator. Urządzenie wszczepiane pacjentom zmagającym się np. z pęcherzem nadreaktywnym pozwala im na odzyskanie kontroli mikcji.

Jednym z pacjentów, który od blisko pięciu lat korzysta z neuromodulatora nerwów krzyżowych, jest Janusz Borzyński, przewodniczący Sekcji Neurourologii Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”.

*- Dzięki sterownikowi w specjalnie dedykowanym telefonie mogę nawigować impulsami, które wysyłane są do układu nerwowego, a to umożliwia mi kontrolę nad własnym pęcherzem. Przed wszczepieniem urządzenia moim życiem rządził pęcherz, często musiałem być w toalecie, a częstotliwość wizyt wynosiła nawet cztery razy na godzinę. Dzięki wszczepionym elektrodom i sterownikowi, którym mogę teraz sam zarządzać, powróciłem do nor-*

*malnej aktywności zawodowej* - mówi Janusz Borzyński. Innym przykładem cyfrowych wyrobów medycznych są czujniki pomagające podjąć decyzję o zmianie środka chłonnego lub wręcz specjalnie skonstruowane środki chłonne z czujnikiem, który w profesjonalny sposób pozwala ocenić poziom napełnienia środka chłonnego. Pierwsze z tych rozwiązań, Tena Smartcare Change Indicator, stworzone zostało z myślą o opiece nieformalnej i domach opieki. Urządzenie śledzi poziom nasycenia moczem, a dane przekazywane są do smartfonu opiekuna, dzięki czemu istnieje możliwość monitorowania napełnienia środka chłonnego i wymiany go w optymalnym dla pacjenta i opiekuna momencie. Jest to niezwykle istotne z punktu widzenia komfortu pacjenta, odciążenia personelu medycznego i efektywniejszego wykorzystania środków chłonnych. Twórcy tego rozwiązania zwracają również uwagę na badania kliniczne, w których dowiedli, że zastosowanie czujnika pozwala o 40 proc. zmniejszyć ryzyko nieszczelności. Ważnym aspektem jest także ograniczenie ryzyka podrażnień skóry i liczby czynności związanych ze sprawdzaniem stopnia nasycenia wyrobu medycznego.



Fot. Materiały TENA - www.tena.co.uk

Innym rozwiązaniem są wyroby chłonne ze zintegrowanymi czujnikami, np. Tena Identify. Znajdują one zastosowanie m.in. w przypadku konieczności monitorowania poziomu mikcji w czasie rzeczywistym po zabiegach chirurgicznych, czy farmakoterapii. Sensor ten może zbierać informację na temat oddawania moczu nawet przez 72 godziny.

## Wsparcie dla personelu i menedżerów

Wykorzystanie cyfrowych technologii zostało dostrzeżone także przez personel medyczny oraz samych zarządzających podmiotami medycznymi. Większość me-





Fot. Anze - stockadobe.com

nedżerów ma świadomość, że postępująca cyfryzacja będzie działać na korzyść efektywności systemu ochrony zdrowia. W badaniu przeprowadzonym przez Centrum e-Zdrowia, a dotyczącym stopnia informatyzacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą, 36 proc. zapytanych wskazało, że cyfryzacja wpłynie na znaczącą poprawę efektywności ochrony zdrowia, a 40 proc. badanych wskazało, że będzie ona korzystna ekonomicznie

dla placówek medycznych. Ale to nie wszystko - jednym z koronnych argumentów przemawiających za inwestycją w cyfrowe wyroby medyczne jest poprawa satysfakcji personelu medycznego z pracy. Aż 62 proc. menedżerów jest przekonana, że cyfryzacja przyczynia się do zwiększenia tego zadowolenia.

Jednym z rozwiązań szeroko wchodzących do praktyki klinicznej są roboty chirurgiczne, które przebojem

wjechały na sale operacyjne polskich szpitali i znajdują zastosowanie m.in. w takich obszarach jak urologia czy ginekologia. Roboty chirurgiczne pozwalają m.in. na zmniejszenie ograniczeń konwencjonalnej chirurgii, poprawę jakości opieki, lepsze wykorzystanie personelu medycznego, czy śródoperacyjne wsparcie medyków. Co więcej, dzięki robotom chirurgicznym możliwe jest skrócenie całkowitego czasu przeprowadzanego zabiegu i redukcja powikłań pooperacyjnych.

**Polacy są otwarci i zainteresowani, ale mają też obawy**

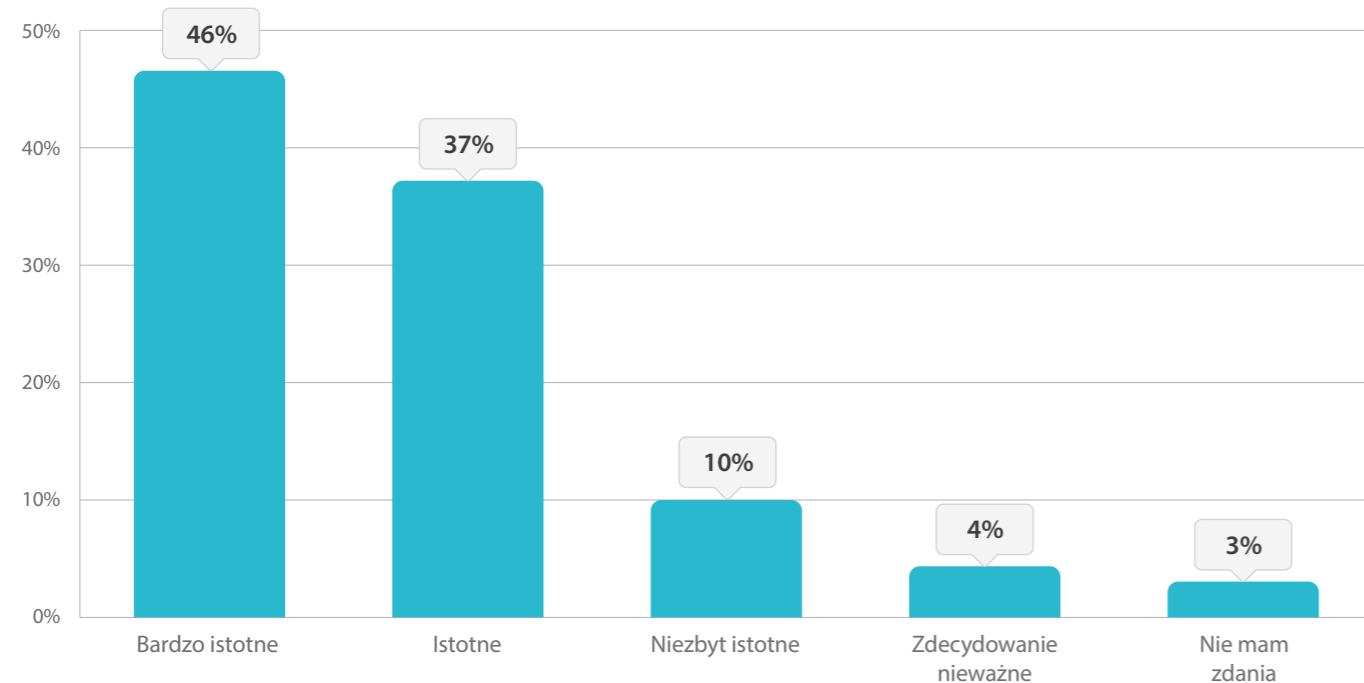
Warto podkreślić, że otwartość Polek i Polaków na wykorzystanie cyfrowych narzędzi e-zdrowia jest duża. Z badania przeprowadzonego przez Komisję Europejską wynika, że 83 proc. Polaków widzi istotę i znaczenie korzyści płynących z rozwiązań cyfrowych w zdrowiu, a kolejne 84 proc. widzi konieczność zapewnienia dostępu do danych zdrowotnych on-line dla wszystkich obywateli. Jednocześnie barierą w korzystaniu z cyfrowych rozwiązań jest niski poziom zaufania pacjentów do przekazywania swoich danych medycznych - analizy przeprowadzone jeszcze przed pandemią COVID-19 pokazały, że

aż 29 proc. Polaków pod żadnym pozorem nie chciało się dzielić swoimi danymi medycznymi. „Udostępnianie danych pacjenta również wiąże się z niekorzystną percepcją społeczną. Jako że dane medyczne są uważane za wysoce osobiste, ułatwienie ich przepływu za pomocą formy cyfrowej często postrzegane jest jako kontrowersyjne” - czytamy w raporcie INNO-WO.

W praktyce okazuje się jednak, że pacjenci będący beneficjentami cyfrowych wyrobów medycznych są najlepszymi ich ambasadorami.

- *Urządzenie, z którego korzystam, jest proste i intuicyjne w obsłudze* - przekonuje Janusz Borzyński. Zwraca jednak uwagę, że przed decyzją o wszczęciu elektrod i samego neuromodulatora warto pogłębić swoją wiedzę na temat jego działania. - *Warto porozmawiać z lekarzem prowadzącym lub skorzystać z wiedzy osób, które z tego urządzenia korzystają. Decyzję o wszczęciu neuromodulatora pacjent powinien zawsze podjąć wspólnie z lekarzem, który na podstawie wcześniej przeprowadzonych badań oceni zasadność wykorzystania tego wyrobu* - podkreśla Janusz Borzyński.

**Znaczenie korzyści z rozwiązań cyfrowych w sektorze opieki zdrowotnej - ocena Polaków**



Źródło: Komisja Europejska (2021): Digital Rights and Principles. Special Eurobarometer 518 Report oraz Raport „Cyfrowe wyroby medyczne” (2024)

**Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania zabiegów neuromodulacji krzyżowej**

MIASTO	PLACÓWKWA	ADRES	KONTAKT	KIEROWNIK KLINIKI / ODDZIAŁU
Biała Podlaska	Oddział Urologiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej	ul. Terebelska 57/65 21-500 Biała Podlaska	tel. 83 414 75 66 <a href="http://www.szpitalbp.pl">www.szpitalbp.pl</a>	lek. med. Krzysztof Pękała
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 <a href="http://www.hospital.com.pl">www.hospital.com.pl</a>	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 <a href="http://www.jurasza.umk.pl">www.jurasza.umk.pl</a>	prof. dr hab. n. med. Tomasz Drewa
Chorzów	Śląskie Centrum Urologii „Urovita”	ul. Strzelców Bytomskich 11, 41-500 Chorzów	tel. 32 111 42 42 <a href="http://www.urovita.pl">www.urovita.pl</a>	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 <a href="http://www.wss2.pl">www.wss2.pl</a>	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 <a href="http://www.su.krakow.pl">www.su.krakow.pl</a>	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 <a href="http://www.kopernik.lodz.pl">www.kopernik.lodz.pl</a>	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 <a href="http://www.spwysz.szczecin.pl">www.spwysz.szczecin.pl</a>	dr hab. n. med. Artur Lemiński
Warszawa	Katedra Ginekologii i Płodności Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie	ul. Bursztynowa 2 04-749 Warszawa	tel. 22 473 53 35 <a href="http://www.mssw.pl">www.mssw.pl</a>	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 <a href="http://www.szpital-orlowskiego.pl">www.szpital-orlowskiego.pl</a>	prof. CMKP dr hab. n. med. Jakub Dobruch
Warszawa	I Klinika Płodności i Ginekologii CMKP, Centrum Medyczne „Żelazna”	ul. Żelazna 90 01-004 Warszawa	tel. 22 255 98 07 <a href="http://www.szpitalzelazna.pl">www.szpitalzelazna.pl</a>	prof. dr hab. n. med. Grzegorz Jakiel
Warszawa	Klinika Płodności i Ginekologii Instytut Matki i Dziecka	ul. Kasprzaka 17A 01-211 Warszawa	tel. 22 327 70 19 <a href="http://www.imid.med.pl">www.imid.med.pl</a>	prof. dr hab. n. med. Tadeusz Issat
Warszawa	Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	ul. Lindleya 4 02-005 Warszawa	tel. 22 502 17 02 <a href="http://www.klinikaurologii.edu.pl">www.klinikaurologii.edu.pl</a>	prof. dr hab. n. med. Piotr Radziszewski



# Nareszcie zaczyna się mówić o problemach kobiet. Czy uroginekologia znajdzie się w głównym nurcie?

Marta Markiewicz-Melon



Fot. luengo\_ua - stockadobe.com

**P**roblemy pacjentek zmagających się ze schorzeniami dna miednicy w końcu trafiają do szerokiej dyskusji publicznej. Stało się tak za sprawą nieustępliwości klinicystów oraz uporu pacjentek, wiceminister zdrowia Urszuli Demkow i posłanek, które w parlamencie powołały Zespół ds. Zdrowia Kobiet. Cel, jaki sobie stawiają, jest jasny - głośno mówić o potrzebach pacjentek ze schorzeniami dna miednicy, ale również szukać rozwiązań, które poprawiłyby ich los.

Intymne i często krępujące dla samych pacjentek problemy ze schorzeniami dna miednicy w końcu ujrzały światło dzienne. Wszystko za sprawą konsekwencji w działaniach prof. Ewy Barcz, kierownik Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa Wydziału Medycznego CM UKSW w Międzyleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie, która od lat podnosi w dyskusji publicznej problemy, z jakimi borykają się chore trafiające pod jej opiekę.

- Od wielu lat wydeptuję ścieżki w Ministerstwie Zdrowia i różnych instytucjach, które z założenia powinny być zainteresowane tematem schorzeń dna miednicy. Dopiero od kilku miesięcy, kiedy było mi dane spotkać osoby przychyl-

ne, mamy szansę na to, by szeroko mówić o tym problemie - mówi prof. Ewa Barcz.

## Zrozumienie po stronie Ministerstwa Zdrowia

W ten ekspercki głos w końcu wsluchiwało się Ministerstwo Zdrowia, a temat schorzeń dna miednicy stał się szczególnie bliski wiceminister Urszuli Demkow.

- *Kobiety są ważne. Ważne jest również ich zdrowie w każdym wieku - nie tylko w wieku rozrodczym, ale również wtedy, kiedy nasze głowy zaczynają pokrywać siwe włosy. Również w późniejszym wieku chcemy mieć szczęśliwe, dobrej jakości życie i pozostawać w zdrowiu. Choroby dna miednicy to temat bardzo zaniedbany w przestrzeni publicznej. Temat trudny, bardzo wstydliwy i dotyczący od 2 do nawet 3 milionów Polek. Niestety dotychczas był on pomijany milczeniem. Temat ten wpisuje się w ministerialny program „Świadoma bezpieczna ja” - zadeklarowała wiceminister zdrowia Urszula Demkow podczas inauguracji parlamentarnego Zespołu ds. Zdrowia Kobiet.*

W głos kobiet w parlamencie wsluchiwać się będzie 9 posłanek Koalicji Obywatelskiej, Trzeciej Drogi i Lewicy.

- *Parlamentarny Zespół ds. Zdrowia Kobiet ma na celu pochylene się nad zagadnieniami, które niekiedy są traktowane*

# seni®

## Twoje wsparcie w nietrzymaniu moczu



Wkładki i bielizna chłonna Seni zapewniają dyskrecję i poczucie suchości.



Zamów próbkę na [seni.pl](http://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.



jako temat tabu, często sprowadzają się tylko do intymnych problemów kobiet. Dlatego będziemy wytyczać kierunki działania, jeżeli chodzi o choroby dna miednicy. Do pracy w zespole zapraszamy wszystkich zainteresowanych - zadeklarowała Wioleta Tomczak, przewodnicząca parlamentarnego zespołu i jednocześnie zastępczyni przewodniczącego sejmowej Komisji Zdrowia.

### Uroginekologia - z czym borykają się pacjentki?

Obecna podczas inauguracyjnego posiedzenia zespołu prof. Ewa Barcz podkreśliła, że choroby dna miednicy mają różnorodną etiologię i często wynikają z szerokiego spektrum czynników, których częstokroć kobiety nie są w stanie uniknąć, np. bycia w ciąży, rodzenia dzieci czy procesu starzenia się. Ten ostatni czynnik - w kontekście głębokich zmian demograficznych polskiej populacji i starzenia się społeczeństwa - nabiera nowego wymiaru. Szczególnie, że upływający czas wywołuje nieodwracalne zmiany anatomiczne i czynnościowe w organizmach kobiet.

- Choroby dna miednicy to szereg różnorodnych rozpoznań. To wysiłkowe nietrzymanie moczu, nadreaktywność pęcherza moczowego, neurogenne schorzenia pęcherza, stany zapalne i zespoły bólowe dna miednicy, czy wypadanie narządów miednicy. Samo mówienie o tym brzmi strasznie - i mówię to ja, lekarz, profesjonalista - podkreśliła prof. Ewa Barcz.

Według jej szacunków nawet 20 proc. populacji kobiet w swoim życiu przejdzie operację z tego powodu. Okazuje się jednak, że skala pacjentek zgłaszających się po pomoc jest zdecydowanie niższa od szacowanej. - Operujemy obecnie zaledwie 30 proc. spośród ponad 2 mln chorujących, pozostała grupa leczona jest zachowawczo. Z jednej strony to ogromne liczby, z drugiej natomiast mamy niewielki odsetek społeczeństwa, który ma świadomość tego problemu. Naszym zadaniem powinno być upowszechnienie wiedzy na ten temat i sprawienie, żeby kobiety nie wstydzily się o tym problemie mówić - zaapelowała ekspertka. Dodała, że wiele pacjentek trafiających na jej oddział przyznaje, iż izoluje się od społeczeństwa, wycofuje z życia zawodowego, życia rodzinnego. Głównym powodem jest wstyd.

- Często słyszę w swoim gabinecie: „zrobiłam wszystko, urodziłam i wychowałam dzieci, zajmuję się wnukami, ale z moimi problemami jestem sama i jedyne, co słyszę, to to, że śmierdzą moczem”. Dzisiaj 50-latką nie jest jedynie babcią, jest aktywną i w pełni funkcjonującą kobietą - przekonywała prof. Ewa Barcz.

### System musi być gotowy

Jednak dyskutując o uroginekologii, warto spojrzeć również na organizację systemu opieki, edukację kadr medycznych oraz wyzwania związane ze zmianami demograficznymi. Zdaniem ekspertów uczestniczących w dyskusjach istotne jest również działanie zgodne z wytycznymi klinicznymi.

- System ochrony zdrowia już dziś nie jest w stanie udźwignąć wyzwań demograficznych, dlatego potrzebne są rozwiązania systemowe i standardy. Potrzebujemy takich rozwiązań, które wyjdą naprzeciw potrzebom pacjentów. Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji - jako ośrodek o najwyższym stopniu referencyjności - będzie trwał przy opracowywaniu takich wytycznych i standardów, z których będą mogły skorzystać starsze kobiety. Kobiety w każdym wieku zasługują na to, by ich problemy zdrowotne były systemowo „zaopiekowane” - podkreśla prof. Agnieszka Neumann-Podczaska, która w marcu br. została mianowana przez Ministra Zdrowia na stanowisko dyrektora naczelnej NIGRiR. Natomiast w ocenie prof. Ewy Barcz ważnym elementem będzie również poprawa edukacji podyplomowej wśród lekarzy oraz zmiana wyceny procedur i poprawa dostępności do różnych form leczenia.

- Nieuniknionym wydaje się również powstanie specjalizacji szczegółowej, która zajmie się tym problemem. Jest to niezbędne z punktu widzenia liczby pacjentek, ale także wiedzy, jaką będą musieli dysponować lekarze zajmujący się tą grupą chorych - dodaje Ewa Barcz.

### Urodzą się na tak, ale nie chcą być wykluczeni

Potrzebę zmian dostrzega również środowisko urologów, którzy też zajmują się pacjentkami z chorobami dna miednicy.

- Nietrzymanie moczu to problem zdrowotny, który lokuje się na granicy pomiędzy naszymi specjalnościami, tj. ginekologią i urologią. W momencie, kiedy powołano mnie na stanowisko prezesa Polskiego Towarzystwa Urologicznego niezwłocznie nawiązałem kontakt z prof. Ewą Barcz i prof. Piotrem Sieroszewskim [prezesem Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników - przyp. red]. Wspólnie powołaliśmy zespół multispecjalizacyjny, którego celem jest usystematyzowanie wiedzy na temat diagnostyki i leczenia chorób mających początek w dysfunkcji mięśni dna miednicy. Zadaniem zespołu jest przygotowanie podstaw merytorycznych dla przyszłej podspecjalności czy specjalności szczegółowej, czy też funkcjonowania całych oddziałów, które mogłyby zajmować się tym problemem - podkreśla prof. Tomasz Drewna, prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego.

To, co jednak najbardziej cieszy pacjentów oraz środowisko klinicystów, to nowe otwarcie i fakt, że o problemach chorych w końcu zaczęło być głośno.

- Schorzenia dna miednicy należą w Polsce do problemów szepczanych, ale jestem przekonana, że musimy mówić o nich głośno. Kobiety są naszym dobrem narodowym, robimy bardzo dużo nie tylko dla społeczeństwa, ale również dla gospodarki. Wstydem jest to, że kobiety nie mają zapewnionej dobrej opieki w Polsce, dlatego musimy to zmienić - przekonuje Aleksandra Bodzińska, pacjentka leczona w szpitalu w Międzyzlesiu.

## Wulwodynia i pochwica - definicja, objawy, leczenie

Dr n. med. Beata Rutkowska, specjalista ginekologii i położnictwa

Oddział Ginekologiczno-Położniczy Międzyzleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie



Fot. Henadzi Pechan - iStockphoto.com

**W**ulwodynia i pochwica to kobiece zaburzenia seksualne, którym towarzyszą dolegliwości bólowe utrudniające lub nawet uniemożliwiające współżycie seksualne. Czym oba te zaburzenia różnią się od siebie i w jaki sposób się je diagnozuje i leczy?

### Co to jest wulwodynia?

Wulwodynia jest przewlekłym bólem sromu, który może dotyczyć nawet 8-10 proc. kobiet w każdym wieku. Zgodnie z aktualną definicją ustaloną przez towarzystwa naukowe (International Society for the Study of Vulvovaginal Diseases - ISSVD, International Society for the Study of Women's Sexual Health - ISSWSH, International Pelvic Pain Society - IPPS) wulwodynią określa się ból sromu trwający co najmniej trzy miesiące bez wyraźnej, uchwytnej przyczyny, który może mieć potencjalnie związane ze sobą czynniki.

Wulwodynia zaliczana jest do bólu nocycyplastycznego, który jest jednym z rodzajów bólu przewlekłego. Według definicji Międzynarodowego Towarzystwa Badań nad

Bólem (International Association for the Study of Pain - IASP) ból nocycyplastyczny trwa ponad trzy miesiące, jest bólem regionalnym, neuogólnionym. Nie wynika jednoznacznie z pobudzenia regionalnych receptorów bólowych (nocycceptorów) w odpowiedzi na bodziec uszkadzający czy zapalny, nie spełnia też cech bólu neuropatycznego - wynikającego z uszkodzenia nerwów obwodowych. Jednocześnie współlistnieje z nim nadwrażliwość na bodźce, jak dotyk, temperatura.

Wulwodynia jest uważana za jeden z zespołów centralnej sensytyzacji, czyli nadmiernego uwrażliwienia ośrodkowego układu nerwowego na bodźce bólowe odbierane z określonej okolicy ciała.

### Rodzaje wulwodynii

W zależności od czynników wywołujących ból wulwodynię dzielimy na spontaniczną, prowokowaną i mieszaną (łączy cechy obu poprzednich).

Wulwodynia spontaniczna pojawia się bez żadnej przyczyny, bez udziału czynnika powodującego powstanie bólu.



Wulwodynia prowokowana pojawia się w odpowiedzi na bodziec wywołujący ból, którym może być stosunek seksualny (penetracja pochwy), zakładanie tamponu do pochwy, zakładanie wziernika do pochwy podczas badania ginekologicznego czy uciskające ubranie. Uważa się, że jest ona najczęstszą przyczyną dyspareunii powierzchownej.

W zależności od lokalizacji bólu wulwodynię dzielimy na zlokalizowaną (np. w okolicy łechtaczki - klitorodynia, przedsionka pochwy - westibulodynia), uogólnioną (ból całego sromu) lub mieszaną (ból całego sromu z nasileniem w określonym obszarze).

Wulwodynię dzielimy również na pierwotną i wtórną, w zależności od tego, czy objawy po zadziałaniu bodźca wystąpiły po raz pierwszy, czy dopiero po jakimś czasie (wulwodynia prowokowana) lub czy pacjentka rejestruje spontaniczne pojawienie się bólu „odkąd pamięta”, czy ból pojawił się dopiero w którymś momencie, a wcześniej nie występował.

Ból w wulwodynii może być przerywany, nawracający i występować okresowo, jak również może być ciągły. Pojawia się w sposób natychmiastowy albo z opóźnieniem, np. może wystąpić po kilku minutach, godzinach, a nawet po kilku dniach po zadziałaniu bodźca.

### Czynniki mogące mieć związek z wystąpieniem wulwodynii

Z wulwodynią współlistnieją czynniki potencjalnie związane z jej wystąpieniem. Ich znajomość warunkuje niejednokrotnie kierunek i powodzenie leczenia. Są to:

- choroby współlistniejące i zespoły bólowe (zespół bolesnego pęcherza, fibromialgia, zespół jelita drażliwego, dysfunkcja stawu skroniowo-żuchwowego),
- czynniki genetyczne,
- czynniki hormonalne,
- stany zapalne,
- dysfunkcje mięśniowo-szkieletowe, np. zwiększone napięcie mięśni dna miednicy (PFMD - pelvic floor muscle dysfunction/overactive state), które współlistnieją z wulwodynią w ok. 80 proc. przypadków,
- czynniki neurologiczne ośrodkowe i obwodowe,
- czynniki psychosocjalne (lęk, depresja, zespół stresu pourazowego, wykorzystanie seksualne w dzieciństwie) oraz
- zaburzenia strukturalne (zaburzenia statyki narządów miednicy).

Rozpoznając wulwodynię należy wykluczyć ból sromu wywołany przez znane czynniki czy spowodowany przez znane schorzenie, jak np.: infekcje, zmiany zapalne (liszaj twardzinowy, liszaj płaski), choroby nowotworowe (rak kolczystokomórkowy, choroba Pageta), urazy (okałeczenie spowodowane obrzezaniem, urazy poporodowe), czynniki jatrogenne (chemioterapia, radioterapia, operacje), zaburzenia neurologiczne (uszkodzenie czy ucisk nerwów, nerwiak), niedobory hormonalne (menopauzalny zespół moczowo-płciowy, okres laktacji).

### W jaki sposób leczy się pacjentki z wulwodynią?

Leczenie wulwodynii jest trudne i wymaga indywidualnego dostosowania do każdej pacjentki ze względu na charakter choroby. Podejście multidyscyplinarne wydaje się być obecnie najlepszym kierunkiem postępowania.

Możliwy schemat terapii w pierwszej kolejności dotyczy właściwej pielęgnacji sromu z wykluczeniem czynników mogących powodować podrażnienie oraz z zaleceniem używania substancji nawilżających przed penetracją podczas współżycia. Możliwe jest również stosowanie miejscowej terapii z zastosowaniem maści z lidokainą 2-5% (ok. 10 min przed współżyciem), gabapentyną, baklofenem, diazepamem, amitryptyliną, czy kapsaicyną (nie jest dostępna w Polsce). Możliwe jest także leczenie doustne w postaci selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI) - duloksetyna, wenlafaksyna, leki przeciwdrgawkowe (gabapentyna, pregabalin) czy trójcykliczne leki przeciwdepresyjne (amitryptylina).

Rekomendowaną terapią u pacjentek z wulwodynią i współlistniejącym PFMD/overactive state jest fizjoterapia (terapia mięśniowo-powięziowa, elektrostymulacja, biofeedback).

Wysoką skuteczność leczenia osiąga się, wdrażając terapie psychologiczne, m.in. terapię behawioralno-poznawczą, edukację i poradnictwo seksuologiczne, co jest rekomendowanym postępowaniem.

Do leków stosowanych w leczeniu wulwodynii zalicza się także miejscowo działające leki przeciwzapalne (kortykosteroidy), interferon w postaci iniekcji podśluzówkowych, toksynę botulinową A (BTA) w postaci iniekcji w obrębie przedsionka i ścian pochwy.

W drugiej linii leczenia stosuje się opioidy i blokady nerwów (sromowy, płciowo-udowy, splot podbrzuszy, czy iniekcje trójkąta pęcherza lub blizn po operacjach ginekologicznych), a także uszkodzenie nieprawidłowo funkcjonujących nerwów sromowych m.in. na drodze krioblacji czy radiofrekwencji.

W przypadku braku skuteczności powyższych procedur pozostaje leczenie chirurgiczne, które obejmuje westibulektomię, polegającą na częściowym usunięciu błony śluzowej przedsionka pochwy, czy uwolnienie uwięźniętego nerwu sromowego. Jest to rekomendowane leczenie ostatniego wyboru.

### Czym charakteryzuje się pochwica?

Pochwica jest to skurcz mięśni otaczających pochwę powodujących zamknięcie wejścia do pochwy. Dotyczy 1-3 proc. populacji kobiet. Według nowej międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-11 istnieje jako ból seksualny penetrujący.

Pochwica została również ujęta w klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of

Mental Disorders) pod pojęciem bólu narządów płciowych i miednicy/zaburzeń penetracji (genito-pelvic pain/penetration disorders - GPPPD). Dysfunkcja ta obejmuje następujące objawy trwające powyżej sześciu miesięcy:

- trudności z penetracją w trakcie stosunku,
- ból sromu, pochwy lub w obrębie miednicy podczas próby penetracji czy podczas stosunku,
- lęk i obawę przed bólem oraz
- wzmożone napięcie mięśni dna miednicy w trakcie lub na skutek stosunku płciowego.

Choroba może mieć przyczyny organiczne i psychogenne.

Pochwica organiczna może występować w przebiegu przewlekłych chorób sromu i pochwy, endometriozy, atrofii pochwy, zrośnięcia warg sromowych, stenozy błony dziewiczej czy guzów okolicy sromu i pochwy.

Przyczyny psychogenne pochwy obejmują m.in.: lęk w postaci fobii, tokofobię i genofobię, awersję seksualną wobec partnera czy ukryte tendencje homoseksualne.

### Diagnostyka i leczenie pochwy

Rozpoznanie pochwy jest trudne. Przede wszystkim trzeba ją różnicować z dyspareunią, która charakteryzuje się nawrotowym odczuwaniem bólu czy dyskomfortu w okolicy narządów płciowych przed, w trakcie lub po stosunku w związku z powierzchowną lub głęboką penetracją. Według niektórych autorów w różnicowaniu dyspareunii i pochwy kluczowym objawem powinien być lęk przed penetracją i katastrofizm, który występuje w przypadku pochwy i jest jej dominującym objawem. Na podstawie dotychczasowego przebiegu choroby oraz możliwości przeprowadzenia badania ginekologicznego pochwicę dzielimy na 5 stopni zaawansowania według Lamonta oraz Pacika.

- Poziom 1 - gdy odczuwalne jest napięcie mięśni pochwy, ale badanie nie powoduje niepokojących zachowań pacjentki.
- Poziom 2 - badanie pacjentki jest niemożliwe ze względu na jej niepokój.
- Poziom 3 - gdy pacjentka mimowolnie unosi pośladki podczas badania ginekologicznego w celu jego uniknięcia, zbadanie pacjentki jest niemożliwe.
- Poziom 4 - pacjentka mimowolnie zaciska uda, jest

wycofana, odsuwa rękoma lekarza, badanie jest niemożliwe.

- Poziom 5 - u pacjentki występują silne objawy somatyczne i lękowe, dreszcze, wymioty, kołatania serca, objawy hiperwentylacji. Może pojawić się atak paniki i agresja wobec lekarza badającego.

Leczenie pochwy jest podobne jak w fobii - opiera się na stosowaniu technik zmniejszających lęk. Również w tym schorzeniu istotne jest podejście multidyscyplinarne. W leczeniu pochwy stosuje się fizjoterapię i farmakoterapię.

Jedną z metod terapii jest trening autogenny opracowany przez psychiatrę Johanna Schulza, który jest techniką samorelaksacji i polega na świadomym wykonywaniu ćwiczeń według określonego schematu. Ich celem jest uzyskanie rozluźnienia poprzez koncentrację na określonych partiach ciała (relaksacja mięśni ciała, oddechu, czynności serca). Trening powinien być wykonywany dwa razy dziennie, przez 30 minut, efekty mogą być odczuwalne po ok. 3 miesiącach.

Dobre skutki leczenia pochwy uzyskuje się, stosując desensytyzację opracowaną przez Josepha Wolpe, która jest jedną z technik behawioralnych. Polega ona na powolnym procesie odczulania, odwrażliwienia poprzez konfrontację pacjentki z bodźcami wywołującymi u niej lęk. W trakcie relaksacji pacjentka wprowadza wyobrażeniowe bodźce lękotwórcze od najbardziej neutralnych do najsilniejszych. Zaleca się wykonywanie treningów dwa razy w tygodniu, łącznie 10-30 sesji.

W leczeniu pochwy stosuje się również leki przeciwłkowe, miejscowe leczenie przeciwbólowe oraz toksynę botulinową w celu uzyskania zmniejszenia napięcia mięśni okalających pochwę. Istotną rolę w procesie leczenia odgrywa fizjoterapia mięśni dna miednicy. Stosuje się terapię manualną (*per vaginam, per rectum*), techniki ćwiczeń mięśni dna z zastosowaniem biofeedback (wówczas dzięki elektrodzie umieszczonej w pochwie pacjentka obserwuje napinanie i rozluźnianie mięśni), a także elektrostymulację mięśni, co wspomaga ich relaksację. Pacjentka może również samodzielnie lub z partnerem stosować dilatatory o stopniowo zwiększanej średnicy.



Fot. PeopleImages - istockphoto.com



# Rola fizjoterapii w leczeniu zaburzeń kontynencji u osób z dysfunkcjami neurologicznymi

mgr Magdalena Floriańska, fizjoterapeutka  
Centrum Medyczne MCC w Warszawie

około miliarda osób na całym świecie cierpi z powodu chorób układu nerwowego lub następstw jego urazów, a według prognoz WHO w kolejnych latach ta liczba będzie stale się zwiększać. Wzrastać będzie również odsetek osób z problemami neurologicznymi i zaburzeniami kontynencji.

Powszechność zaburzeń kontynencji, czy to w odniesieniu do nietrzymania moczu, czy nietrzymania stolca, jest znacząca dla ogólnej populacji. Obrazowo rzecz ujmując, gdyby zgromadzić w jednym miejscu wszystkie osoby doświadczające objawów zaburzenia funkcjonowania dolnych dróg moczowych, byłby to trzeci pod względem zaludnienia kraj świata.

Wśród osób z zaburzeniami funkcjonowania układu nerwowego odsetek zaburzeń kontynencji jest jeszcze większy i w odniesieniu

do zaburzeń dolnych dróg moczowych wynosi on:

- nawet do 86 proc. u osób z chorobą Parkinsona;
- 80 proc. u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego;
- 40-66 proc. u chorych na stwardnienie rozsiane;
- około 40 proc. po udarze, nawet po roku od incydentu.

Częstość występowania inkontynencji u tej grupy chorych jest więc zjawiskiem bardzo powszechnym, co dodatkowo wpływa na jakość ich życia.

## Specyfika zaburzeń neurologicznych i ich wpływ na poprawę kontynencji

Działanie układu nerwowego, sprawującego nadrzędną rolę nad funkcjonowaniem wielu układów w naszym ciele, jest bardzo skomplikowane i nie do końca jeszcze zbadane. Wszystkie procesy zachodzące w naszym organizmie są przez układ nerwowy. Kontrolowane i koordynowane. Przetwarzanie informacji płynących poprzez włókna nerwowe do komórek (neuronów) odbywa się na wielu róż-

nych poziomach centralnego układu nerwowego. Sposób jego organizacji warunkuje zatem objawy, które obserwujemy w przypadku różnych jego schorzeń bądź urazów. Dlatego też, jeśli przyjrzymy się osobom np. z chorobą Parkinsona, po urazie rdzenia kręgowego oraz po udarze mózgu, to ich problemy będą się bardzo różniły, chociaż

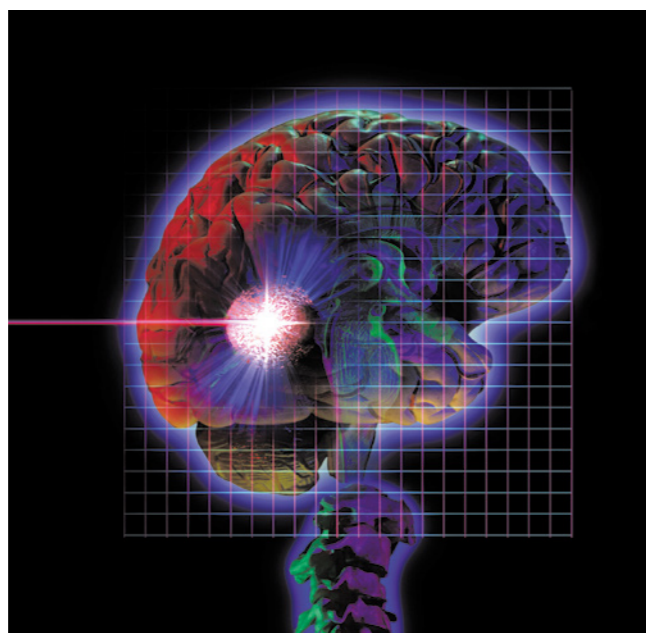
u wszystkich występuje dysfunkcja układu nerwowego. Dzieje się tak dlatego, że różne obszary układu nerwowego odpowiedzialne są za poszczególne funkcje (np. napięcie mięśniowe, ruch dowolny, równowagę, planowanie ruchu, pamięć, umiejętność przetwarzania informacji ze zmysłów itd.). Pewne rejony układu nerwowego mają także mniejsze lub większe możliwości plastyczności, czyli umiejętności zastąpienia funkcji uszkodzonego obszaru. Jest to zatem czynnik istotny dla rokowań.

Organizacja funkcji wydalniczych również odbywa się na kilku piętrach centralnego układu nerwowego oraz w różnych częściach autonomicznego układu nerwowego. Dlatego, także w tym przypadku, miejsce uszkodzenia będzie wpływało na obraz kliniczny.

Kolejnym czynnikiem, który będzie modulował nasilenie objawów oraz rokowania terapii, jest przyczyna i wielkość uszkodzenia struktur nerwowych, a także to, czy schorzenie ma charakter postępujący (jak np. stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, zespół otępienny), czy ograniczony do pojedynczego epizodu (udar/uraz mózgu, uszkodzenie rdzenia kręgowego, zapalenie/zatrucie nerwów).

Dodatkowo, w obrębie tej samej jednostki chorobowej, możemy zaobserwować bardzo różny obraz kliniczny i przebieg schorzenia u różnych osób.

Dlatego też podejście terapeutyczne do każdej jednostki powinno być możliwie jak najbardziej zindywidualizowane.



Fot. James Steidl - stock.adobe.com

## Problemy z utrzymaniem moczu u osób z zaburzeniami neurologicznymi

Osoby borykające się z zespołami neurologicznymi mogą doświadczać zaburzeń działania układu wydalniczego praktycznie w każdym jego aspekcie – zarówno w fazie gromadzenia, jak i opróżniania pęcherza moczowego.

Bardzo rozpowszechnione np. wśród osób chorujących na stwardnienie rozsiane są parcia naglące, częstomocz, ale również wysiłkowe nietrzymanie moczu. Osoby po uszkodzeniu rdzenia kręgowego mogą natomiast doświadczać problemów z opróżnianiem pęcherza, przez co konieczne będzie ich cewnikowanie. Ta grupa chorych jest też najbardziej narażona na infekcje układu moczowego i refluks moczu do nerek. W chorobie Parkinsona również występują parcia naglące i częstomocz. Te dwa objawy dominują u większości osób z zaburzeniami działania układu nerwowego.

Częściowo objawy związane z działaniem układu moczowego wynikają z farmakologii stosowanej w leczeniu tych chorób. Oznacza to, że skutki uboczne leków, tj. występowanie zapań, obniżenie napięcia mięśniowego czy ciśnienia tętniczego krwi, mogą prowadzić do występowania częstomoczu, wysiłkowego nietrzymania moczu czy problemu z rozpoczęciem mikcji.

Istotną kwestią, wpływającą na częstość występowania problemów z utrzymaniem moczu, jest poziom mobilności osób ze schorzeniami układu nerwowego. Mówimy tutaj o tzw. inkontynencji funkcjonalnej, czyli o trudności z utrzymaniem moczu wynikającej z niemożności stworzenia sobie warunków do jego bezpiecznego oddania. Wpływ na to ma np. prędkość chodu, rozbierania się, przesiadania z wózka na toaletę. Badania wykazują zależność liniową pomiędzy nasileniem objawów z dolnych dróg moczowych a stopniem upośledzenia ruchowego.

Połączenie występowania ograniczeń w poruszaniu się przy występowaniu parć naglących czy wysiłkowego nietrzymania moczu powoduje, że o 30 proc. wzrasta ryzyko upadków (a u osób z chorobą Parkinsona nawet sześciokrotnie!) w porównaniu z populacją zdrowych osób w tej samej grupie wiekowej. Jest to problem istotny, ponieważ hospitalizacja z powodu następstw takich incydentów jest częsta i kosztowna. Dla samych chorych uciążliwa i dodatkowo stwarza zagrożenie infekcjami ogólnymi, a także skutkami bezruchu, które wynikają z czasowego unieruchomienia np. opatrunkiem gipsowym.

## Jak może pomóc fizjoterapia u pacjentów neurologicznych z zaburzeniami kontynencji?

Działania fizjoterapeutyczne w pierwszej kolejności zorientowane są na zniwelowanie inkontynencji funkcjonalnej. Jeśli możliwe jest usprawnienie ruchowe w stopniu zmniejszającym ryzyko upadku podczas próby zrealizowania swoich potrzeb wydalania, to jest to jeden z celów

usprawniania. Można go osiągnąć poprzez ćwiczenia ruchowe, terapię zajęciową oraz adaptację środowiska pacjenta. Do tego celu można wykorzystać zaopatrzenie i pomoce ortopedyczne, rearanżując miejsca zamieszkania czy ubrania, które będą wspierać, a nie utrudniać sprawne wykonywanie czynności toaletowych.

Ważną rolą fizjoterapii jest również edukacja na temat czynników wpływających na procesy wydalania i nasilenie objawów. Fizjoterapeuta pomoże w zrozumieniu wpływu diety, spożywanych płynów oraz pozycji (np. podczas defekacji) czy ruchu jako czynnika wspomagającego procesy utrzymania moczu. Tutaj również istotny jest wpływ czynników psychologicznych (np. stres i jego wpływ na napięcie mięśni czy częstotliwość i siłę występujących parć naglących) oraz sposoby jego zarządzania.

Jeśli problemem jest nietrzymanie moczu – wysiłkowe lub mieszane, a pacjent kwalifikuje się do przeprowadzenia treningu mięśni dna miednicy, również taka forma terapii może zostać przeprowadzona. Najbardziej pomocna okaże się w tym wypadku terapia z wykorzystaniem biofeedbacku, czyli informacji zwrotnej np. z sondy elektromiograficznej lub perineometrycznej, pojawiającej się na wyświetlaczu urządzenia, z którym współpracuje. Oznacza to, że w czasie rzeczywistym pacjent jest w stanie obserwować pracę swoich mięśni i adekwatnie reagować nimi.

Przy znacznym osłabieniu mięśni dna miednicy można rozważyć elektrostymulację. Jest ona jednak zarezerwowana jedynie dla osób z zachowanym czuciem w rejonie urogenitalnym oraz pozostających w kontakcie logiczno-słownym. Połączenie elektrostymulacji i terapii biofeedback EMG okazuje się mieć najlepsze efekty dla pacjentów ze stwardnieniem rozsianym.

Szczególnym rodzajem elektrostymulacji, stosowanym przy objawach nadreaktywności pęcherza moczowego, jest elektrostymulacja nerwu piszczelowego tylnego. Jest to zabieg o minimalnej inwazyjności, a jednocześnie o udokumentowanej skuteczności dla osób z chorobą Parkinsona i cierpiących na stwardnienie rozsiane.

Wypracowanie kontynencji społecznej to kolejny cel fizjoterapii urologicznej pacjentów z zaburzeniami neurologicznymi. W tym przypadku stosuje się trening toaletowy lub trening pęcherza. Dobór właściwej metody zależy od stanu neuropsychomotorycznego pacjenta. Należy pamiętać, że przy współwystępowaniu zaburzeń funkcji poznawczych niemożliwym lub znacząco utrudnionym może okazać się uzyskanie aktywnego współdziałania chorego w zakresie planowania i realizacji zadań motorycznych związanych z wydalaniem. Wówczas współpracą należy objąć osoby wspomagające chorego w jego codziennym funkcjonowaniu: rodzinę, personel medyczny, czy opiekunów niespokrewnionych z pacjentem.



# Nietrzymanie moczu u osób z otyłością i chorych na cukrzycę

Anna Jarosz



Fot. Chinnapong - istockphoto.com

**P**roblem z nietrzymaniem moczu (NTM) może się pojawić w każdym wieku, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Nie jest prawdą, że to skutek starzenia się organizmu, bo przyczyn nietrzymania moczu jest wiele. Gdy pojawi się NTM, nie warto zwlekać z wizytą u lekarza, ponieważ problem sam się nie rozwiąże, wręcz przeciwnie, będzie się nasilał. Wizyta u specjalisty zajmującego się urologią czynnościową lub uroginekologią pozwoli poznać przyczynę choroby i dobrać odpowiednie postępowanie, które w istotny sposób wpłynie na poprawę jakości życia.

NTM może być wywołane przez infekcje układu moczowego, kamice, osłabienie cewki moczowej, obniżenie pęcherza, zwiotczenie mięśni miednicy, otyłość i zaparcia. Bywa następstwem zaburzeń hormonalnych, przebytych porodów, operacji ginekologicznych i urologicznych, chorób układu nerwowego, urazów, a nawet stosowania niektórych leków. Niezależnie od przyczyny, mięśnie dna miednicy tracą naturalną elastyczność, są mniej sprawne i nie pozwalają nam kontrolować naszej fizjologii. Zaczynamy gubić mocz wbrew naszej woli.

## Trzeba być dociekliwym

*- Nietrzymanie moczu może być postrzegane jako objaw wielu chorób, ale to także, zgodnie z klasyfikacją ICD-10, jest uznawane za chorobę. To schorzenie zbyt rzadko diagnozowane, co prawdopodobnie ma związek z barierą emocjonalną, która przylgnęła do tej dolegliwości. Coraz częściej w przestrzeni publicznej pojawiają się informacje o tym, że ktoś znany chorował na depresję, przeszedł zawal serca, ale o nietrzymaniu moczu nikt nie mówi. To wciąż temat bardzo wstydlivy. Powtarzany jest też mit, że to efekt starzenia się organizmu. 30-40-letnie pacjentki, które przychodzą po pomoc, są bardzo zaskoczone swoją przypadłością. Często są przekonane, że to miało nastąpić dopiero po menopauzie. Tymczasem statystyki są bezlitosne: na NTM cierpi 20-30 proc. patientek w wieku 30-40 lat - mówi dr hab. n. med. Paweł Miotła, specjalista ginekologii i położnictwa z II Katedry i Kliniki Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Mówiąc o nietrzymaniu moczu, warto podkreślać, że schorzenie może przebiegać z różnym nasileniem. Jeśli ucieczka moczu zdarza się raz na jakiś czas, kobiety nie szukają pomocy u specjalistów. Wiele zwleka latami z pierwszą wizytą.*

*- Otyłość jest jedną z przyczyn nietrzymania moczu - mówi prof. Paweł Miotła. - Tkanka tłuszczowa nagromadzona w jamie brzusznej uciska na narządy i strukturę pęcherza oraz okolice cewki moczowej. Ciśnienie, które zamyka cewkę moczową i zapobiega niekontrolowanemu wyciekowi moczu, jest niewystarczające i dlatego częściej dochodzi do ucieczki moczu niż u patientek szczupłych. Przy wysiłkowym nietrzymaniu moczu, ale także przy pęcherzu nadreaktywnym, otyłość sprzyja temu, że objawy są bardziej nasilone. Z badań epidemiologicznych wynika, że redukcja masy ciała o 10 proc. o połowę zmniejsza nasilenie objawów. Często używam tego argumentu w rozmowach z patientkami. Utrata masy ciała to nie tylko mniej ucieczek moczu, ale także ogromna korzyść dla układu sercowo-naczyniowego. To również powód ogólnego lepszego samopoczucia - dodaje.*

*W przypadku chorych na cukrzycę problem, jak podkreśla prof. Paweł Miotła, jest bardziej złożony. - U patientek ze źle kontrolowaną glikemią pojawia się zwiększone pragnienie, a więc i większe wytwarzanie moczu i większa ilość ucieczek. Niektóre patientki z cukrzycą przyjmują leki, które powodują wydalanie z moczem glukozy. To tzw. glikozuria indukowana farmakologicznie. Obecność glukozy w moczu sprawia, że łatwiej dochodzi do infekcji w obrębie dróg moczowych. A przy zakażeniu dróg moczowych nasilają się objawy nietrzymania moczu. Patientce trzeba wytłumaczyć, że to efekt działania leku i podpowiedzieć, że konieczne jest uważne przestrzeganie higieny - tłumaczy specjalista.*

*Aby prawidłowo rozpoznać nietrzymanie moczu, konieczne są badania, które pozwolą określić istotę problemu. Najważniejsze zdaniem prof. Pawła Miotły jest staranne zebranie wywiadu. - Trzeba też dobrać język, aby patientka dobrze rozumiała zadawane jej pytania. Nie mówię tego bez przyczyny. Otóż, robiliśmy badania ankietowe i jedno z pytań dotyczyło ilości mikcji w ciągu doby. Okazało się, że patientki nie rozumieją znaczenia tego słowa. Wywiad musi też dać odpowiedź na pytanie o przyjmowane leki, bo są leki, które powodują zwiększoną diurezę. Trzeba też pamiętać, że nietrzymanie moczu może być pierwszym objawem stwardnienia rozsianego czy innego schorzenia centralnego układu nerwowego. Kolejny element stawiania diagnozy to badanie fizykalne. Ważne jest też prowadzenie przez patientkę dzienniczka mikcji, opisywanie ilości i jakości wypijanych płynów i sytuacji, w których dochodziło do ucieczki moczu. Dodam, że dla problemów z nietrzymaniem moczu znaczenie może mieć także kondycja naszego kręgosłupa. Mam też patientki, u których problem z oddawaniem moczu (nagłać parcia, niemożność opróżnienia pęcherza) pojawił się po przechorowaniu COVID-19. Prawdopodobnie jest to związane z uszkodzeniem układu nerwowego. W idealnym świecie chcielibyśmy każdą patientkę wyleczyć. Tak nie jest, ale z pewnością dysponujemy różnymi metodami terapeutycznymi, które pozwalają istotnie podnieść kom-*



POMÓŻ MAMIE  
ZNOWU  
POCZUĆ SIĘ SOBA



- Chłona 2x szybciej\*
- Suche na dłużej
- Do 100% ochrony

\*vs poprzednie TENA Pants Normal i Plus



Zamów bezpłatną próbkę  
na [www.tena.pl](http://www.tena.pl)

Podmiot prowadzący reklamę: Essity Poland sp. z o.o.;  
Producent: Essity Hygiene and Health AB, Stosuj przy nietrzymaniu moczu.

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



fort życia. Można znacznie zmniejszyć objawy nietrzymania moczu, mamy różne leki do dyspozycji, można również dobrać odpowiednią bieliznę specjalistyczną, bardzo chłonną, która niweluje przykry zapach - wylicza ekspert.

### Edukacja to podstawa

Już w 2008 roku uważano, że na świecie żyje 346 mln osób cierpiących na nietrzymanie moczu. W 2013 było ich już 380 mln. Polskie statystyki pokazują, że w naszym kraju nietrzymanie moczu dotyczy 2,5 mln osób, a przecież chorujących na cukrzycę jest ponad 3 mln.

- Cukrzyca i nietrzymanie moczu często chodzą w jednej parze - mówi dr n. med. i n. o zdr. Beata Stepanow, pielęgniarka diabetologiczna, wieloletnia edukatorka pacjentów chorujących na cukrzycę. - Biorąc pod uwagę, że obecnie mamy do dyspozycji nowe leki (fiozyny), które sprawiają, że glukoza jest wydalana z moczem, liczba pacjentów z NTM i zakażeniem dróg moczowo-płciowych może wzrosnąć. Chorzy z cukrzycą i cierpiący na nietrzymanie moczu zwykle nie podejmują aktywności fizycznej, bo obawiają się przemoczenia ubrania. Z tego samego powodu nie piją wody, nie wiedząc, że „pracują” na odwodnienie organizmu, które objawia się m.in. zawrotami głowy, suchością w jamie ustnej czy nawet zaburzeniami pracy serca i nerek. Przy odwodnieniu osoba chora na cukrzycę ma wysoką glikemię i często jest przekonana, że to skutek niewłaściwej diety.

Badania pokazują, że osoby krótko chorujące na cukrzycę częściej cierpią z powodu inkontynencji, niż osoby, które zmagają się z cukrzycą od wielu lat. Dlaczego tak się dzieje?

- Z doświadczenia wiem, że młodszy pacjenci bardzo często wstydzą się mówić o nietrzymaniu moczu - wyjaśnia Beata Stepanow. - Poza tym, nietrzymanie moczu wciąż jest tematem tabu. Podczas wizyty u diabetologa nie ma na to czasu. Pacjenci pytani o nietrzymanie moczu podkreślają, że na ten temat mogą rozmawiać tylko z urologiem. Nie wiedzą, że pomoc może lekarz rodzinny, ginekolog, pielęgniarka środowiskowo-rodzinna, a także położna. Chorzy nie wiedzą, że w ramach refundacji mogą skorzystać z dobrych, specjalistycznych środków absorpcyjnych, które na wiele godzin zabezpieczają przed przeciekaniem i niwelują przykry zapach. Doradzić w doborze odpowiednich zabezpieczeń może również farmaceuta w aptece.

Brak wiedzy i pokutujące w społeczeństwie mity na temat nietrzymania moczu przyczyniają się w znacznym stopniu do niskiej jakości życia pacjentów, są przyczyną depresji i niskiej samooceny.

- W behawioralnym podejściu do cukrzycy kluczowe jest nie tylko wprowadzenie odpowiednich zasad zdrowego żywienia, ale także aktywności fizycznej (przy NTM zakazane są np. skoki na trampolinie) - mówi dr Beata Stepanow. - W przypadku NTM nie ma o tym mowy. Młode kobiety z cukrzycą cierpią na nietrzymanie moczu dość często. To wpływa na różne sfery ich życia, także na życie intymne, któ-

rego unikają. Tak rozpadają się związki. Pacjentki milczą na temat swojej przypadłości, a można im łatwo pomóc. Jest wiele skutecznych metod terapeutycznych, np. zabiegi, które polegają na podwieszeniu i uniesieniu cewki moczowej za pomocą specjalnych taśm. Taki zabieg może odmienić życie, pozwala odbudować swoją kobiecość, wrócić do życia intymnego. Przy nietrzymaniu moczu niezwykle ważne jest zachowanie higieny miejsc intymnych. U kobiet ten problem jest mniej nasilony, chociaż i one często nie wiedzą, jak się podmywać, czym, jak pielęgnować skórę wokół miejsc intymnych, aby nie dochodziło do podrażnień, odparzeń i infekcji. Wyzwaniem są mężczyźni, do których nie trafia komunikat: proszę dbać o higienę intymną. Gdy powiem wprost, aby podmyli się pod napletkiem po każdym oddaniu moczu, robią to. Ludziom potrzebne są proste komunikaty, prosta edukacja. Edukacja powinna dotyczyć także doboru odpowiednich dla płci środków absorpcyjnych. Gdy je pokazuję pacjentom, są zdziwieni, że wyglądają jak zwykłe majtki, że są kolorowe i dają poczucie ogromnego komfortu. Pacjent musi czuć, że ma do dyspozycji dobrze dobrany produkt, a nie wyrób medyczny. Z seniorami jest podobnie. Gdy dowiedzą się, że odpowiednio chłonna bielizna zabezpiecza ich przed ucieczką moczu, wracają do aktywności, jeżdżą na wycieczki, tańczą i piją tyle wody, ile jest zalecone. O tym wszystkim trzeba częściej mówić. W edukacji zdrowotnej nie chodzi o to, aby nauczyć nowych zasad, ale oduczyć starych i złych nawyków - dodaje dr Beata Stepanow.

### Ćwicz jak lubisz

Fizjoterapia bariatryczna jest jednym z elementów leczenia otyłości. Głównym zadaniem jest poprawienie wydolności organizmu i sprawności osoby, która zdecydowała się na chirurgiczne leczenie otyłości (ChLO). Chodzi o zmniejszenie ryzyka powikłań okołoperacyjnych oraz przyspieszenie rekonwalescencji po zabiegu.

- Naszym zadaniem jest też zachęcenie pacjenta do aktywności fizycznej, aby mógł wpleść ją w swoją codzienność po to, by bezpiecznie i skutecznie wspomagać dietoterapię - wyjaśnia mgr Marta Waszkiewicz, fizjoterapeutka bariatryczna z Centrum Medycznego MCC w Warszawie. - Tak jak dietetyk podpowiada, jak jeść, tak fizjoterapeuta pomaga zmienić nawyki związane z aktywnością fizyczną, zarówno tą spontaniczną, jak i treningową, aby redukcja masy ciała dotyczyła głównie tkanki tłuszczowej. Najważniejsze jest to, aby pacjent zrozumiał, że pójdzie na siłownię na początku drogi nie jest dobrym rozwiązaniem. Otyłość jest chorobą, którą należy leczyć, a nie odchudzać, dlatego standardowe treningi nie są skuteczne, a nawet przyczyniają się, przez duże ryzyko kontuzji, do efektu jo-jo - dodaje.

Edukacja pacjenta jest ważnym elementem procesu leczenia, bo mało kto zdaje sobie sprawę, że najwięcej energii zużywamy podczas NEAT (non exercise activity thermogenesis) - codziennej aktywności spontanicznej (sprzątanie, spacer, zakupy itp.), a nie podczas wykonywania konkretnych ćwiczeń. - To ważne, ponieważ trening nie

może być karą za to, co się zjadło. Dobra aktywność fizyczna powinna być dla pacjenta bezpieczna i przyjemna, bo tylko wtedy stanie się stałym elementem jego życia. Nadmiar tkanki tłuszczowej wisceralnej przyczynia się do problemów z nietrzymaniem moczu, do czego pacjenci nie zawsze się przyznają. Ale podczas szczerej rozmowy w trakcie wywiadu mówią, że mają ten problem - mówi Marta Waszkiewicz.

Jak podkreśla, najważniejsze jest poznanie przyczyny nietrzymania moczu. Mając diagnozę, można dobrać ćwiczenia, które stopniowo uwolnią pacjenta od tej przypadłości. Utrata nadmiaru kilogramów też się do tego przyczyni. To bardziej motywuje pacjentów do systematycznych ćwiczeń.

U chorujących na cukrzycę i cierpiących na NTM ważne jest, czy mają wyrównaną cukrzycę, czy stosują się do zaleceń dietetycznych. - Zachęcając do ćwiczeń, musimy wyjaśnić, jak regulować dawki insuliny (co ustala diabetolog). Pacjent musi wiedzieć, że jeśli podaje sobie insulinę np. w udo przed treningiem, nie powinien obciążać kończyn dolnych podczas treningu - tłumaczy Marta Waszkiewicz. - W terapii otyłości, cukrzycy czy nietrzymania moczu ważne jest działanie małymi krokami, stopniowe dążenie do dobrostanu według indywidualnie stworzonego programu pod opieką specjalistów. Jeśli zdarzy się, że w ciągu dnia nie będziemy mogli ćwiczyć, następnego nie robimy 200 proc. normy, bo przeciążymy organizm. Ćwiczyć należy z przyjemnością i dla przyjemności, aby nie tylko utrzymać prawidłowy bilans energetyczny, ale przede wszystkim być sprawnym. Wówczas nasz organizm zaczyna produkować hormony szczęścia. Aktywność fizyczna staje się przyjemnością i nagrodą po ciężkim dniu pracy, a nie karą czy przykrym obowiązkiem - dodaje.

### Jedzenie ma znaczenie

Do tego, że sposób odżywiania ma ogromny wpływ na nasze zdrowie, nikogo nie trzeba przekonywać. Ale często jest tak, że w codziennym zabieganiu zapominamy o tym. Tymczasem właściwa dieta może uchronić nas przed różnymi dolegliwościami, a nawet wspomagać leczenie wielu chorób.

- Zaparcia występujące zarówno u kobiet, jak i mężczyzn mogą się przyczyniać do powstania zespołu pęcherza nadreaktywnego, który nie zawsze występuje razem z nietrzymaniem moczu - mówi dr n. o zdr. Magdalena Milewska, dietetyczka z Zakładu Dietetyki Klinicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. - Niemniej obie przypadłości są dla pacjentów uciążliwe i obniżają jakość życia. Dlatego warto przeanalizować codzienne zachowania, aby poznać przyczynę zaparcia. Warto dodać, że siedzący tryb życia (sedentaryzm), mała aktywność fizyczna, przyczyniają się do przyrostu masy ciała, a to sprzyja zespołowi pęcherza nadreaktywnego i zaparciom. Zaparcia często wynikają z błędów dietetycznych, zwłaszcza z przyjmowania małej



## 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](http://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/](http://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/](http://www.caritas.pl/ukraina/)

Więcej zbiórek i informacji znajduje się na stronie: [www.pomagamukrainie.gov.pl](http://www.pomagamukrainie.gov.pl)



ilości błonnika pokarmowego oraz małej ilości płynów. Mogą wynikać także z chorób przewlekłych, jak cukrzyca, choroby neurologiczne, a także mieć związek z przyjmowanymi lekami - przypomina.

Jak tłumaczy specjalistka z WUM, zaparciom można zapobiegać przez zwiększenie aktywności fizycznej, unikanie błędów żywieniowych, odpowiednie nawodnienie organizmu (1,5-2 litry płynów dziennie) oraz wprowadzenie do diety produktów, które zawierają błonnik rozpuszczalny (płatki owsiane, jęczmień, jabłka, marchew, awokado, brzoskwinie, morele, gruszki, nasiona lnu, cytrusy, pietruszka). Przed zaparciami chronią też fermentowane produkty mleczne. Pomocne może być także okresowe (po konsultacji z lekarzem) przyjmowanie probiotyku. - Unikamy produktów zapierających, czyli pieczywa pszenne, białego ryżu, tłustych potraw. Osoby mające skłonność do wzdęć powinny unikać roślin strączkowych (groch, fasola), warzyw ciężkostrawnych (kapustne, grzyby). Warto też odstawić cukier - radzi Magdalena Milewska.

Otyłość to po zaparciach kolejny czynnik sprzyjający inkontynencji. Niewiele się o tym mówi, chociaż jesteśmy społeczeństwem, w którym coraz więcej osób zmaga się z nadmierną masą ciała. Ale problem nadwagi czy otyłości nie zawsze łatwo rozwiązać samemu.

- Redukcja masy ciała zawsze powinna być dostosowana do poziomu aktywności fizycznej, wieku, stanu zdrowia - podkreśla ekspertka. - Inaczej należy zaplanować spadek masy ciała u osoby młodej, a inaczej u seniora. Proces redukcji masy ciała trzeba rozłożyć w czasie, aby uniknąć efektu jo-jo. Trzeba pamiętać, że odchudzanie może wiązać się z poważnymi zmianami w składzie ciała. Chodzi o to, aby z utratą tkanki tłuszczowej nie tracić masy mięśniowej. Odchudzając się bez nadzoru specjalistów, możemy doprowadzić do rozwoju np. kamicy pęcherzyka żółciowego lub do sarkopenii, czyli utraty masy i siły mięśni, co sprzyja nietrzymaniu moczu.

Osoby cierpiące na nietrzymanie moczu często znacznie ograniczają spożycie płynów. W ich przekonaniu ma to chronić przed niekontrolowaną utratą moczu.

- To często popełniany błąd, który prowadzi do odwodnienia organizmu - potwierdza dr Magdalena Milewska. - Objawem może być dokuczliwa suchość w ustach, silne pragnienie, osłabienie, czy zawroty głowy. Ale odwodnienie może manifestować się także zaburzeniami rytmu serca, utrudnionym kontaktem, trudnościami w poruszaniu się. Warto pamiętać, że ograniczenie ilości płynów prowadzi do uszkodzenia nerek i gorszej kondycji układu nerwowego.

Osoby cierpiące z powodu nietrzymania moczu często nie wiedzą, że warto unikać lub ograniczyć spożywanie niektórych pokarmów, aby zmniejszyć problem niekontrolowanego wyciekania moczu.

- Wyróżniamy artykuły spożywcze, które mogą „drażnić” pęcherz moczowy - mówi Magdalena Milewska. - Ale nie wszystkie z nich u każdego chorego będą wpływały na częstotliwość oddawania moczu. Wśród produktów, które warto

ograniczyć lub wyeliminować są mieszanki pikantnych przypraw lub potrawy doprawione nimi. Chodzi o papryczki chili, wasabi oraz potrawy zawierające glutaminian sodu. Soki z owoców cytrusowych również wpływają na częstotliwość oddawania moczu. Podobny wpływ może mieć sok z żurawiny. Kawka, a właściwie zawarta w niej kofeina, może zwiększać ilość mikcji, ale nie wszyscy są na nią tak samo wrażliwi. Jednak zalecenia w NTM mówią o wypijaniu jednej filiżanki kawy dziennie. Kofeina występuje także w kakao i czekoladzie, a więc te produkty mogą wpływać na częstotliwość oddawania moczu. Mocna herbata (czarna i zielona) działa moczopędnie. Pacjentom zaleca się picie słabszych naparów. Wiele uwagi poświęca się alkoholowi, który działa drażniaco, ale i relaksująco na mięśnie, stąd potrzeba częstszego oddawania moczu. Dlatego zaleca się odstawienie alkoholu w przypadku problemów z nietrzymaniem moczu czy pęcherzem nadreaktywnym. Rekomenduje się też odstawienie napojów gazowanych lub produktów powodujących wzdęcia, a to dlatego, że gromadzące się gazy zwiększają ciśnienie w jamie brzusznej i parcie na mięśnie dna miednicy, co sprawia, że częściej musimy korzystać z toalety - dodaje dietetyczka.

Dieta u osób cierpiących na nietrzymanie moczu powinna być dobrana indywidualnie, dostosowana do stanu odżywienia, współwystępujących chorób przewlekłych i bazo- wać na diecie, którą potocznie nazywamy śródziemnomorską. Musi dostarczać odpowiedniej porcji składników odżywczych, witamin, minerałów. Musimy zadbać o mikrobiom jelitowy, bo - jak pokazują ostatnie badania - jego słaba kondycja ma znaczący wpływ na nietrzymanie moczu i pęcherz nadreaktywny. Aby mikrobiom jelitowy był w dobrej formie, należy spożywać każdego dnia minimum 600 g warzyw i owoców, pełnoziarniste produkty zbożowe, dwie porcje mlecznych produktów fermentowanych oraz zalecaną ilość płynów.

### Pożegnanie z nadwagą

W warszawskim Centrum Medycznym MCC realizowany jest „Multidyscyplinarny program dla kobiet z nadmierną masą ciała - POŻEGNANIE Z NADWAGĄ”. To sześciomiesięczny program terapeutyczny, w ramach którego zapewnione są:

- indywidualne konsultacje z ginekologiem (konsultacja + badanie USG), endokrynologiem, dietetykiem (analiza składu ciała i opracowanie indywidualnego jadłospisu) i fizjoterapeutką uroginekologiczną,
- pakiet badań laboratoryjnych,
- fizjoterapia indywidualna i grupowa,
- urządzenie do ciągłego monitorowania glikemii metodą skanowania FreeStyle Libre.

Zajęcia dla uczestniczek odbywają się sześć razy w tygodniu.

Oprac. MM

## Rząd pochyła się nad potrzebami seniorów

Marta Markiewicz-Melon



Fot. Ocskay Mark - stock.adobe.com

Zapowiedź bonu senioralnego, pierwsze posiedzenie Międzyresortowego Zespołu ds. Polityki Senioralnej, czy zmiany w wykazach leków refundowanych - to tylko część z informacji, które powinny zainteresować pacjentów w mijającym kwartale.

Przygotowanie systemu ochrony zdrowia na wyzwania demograficzne i stworzenie takich rozwiązań, które będą elastycznie odpowiadać na potrzeby seniorów - takie wyzwanie postawiła sobie i ekspertom zasiadającym w Międzyresortowym Zespole ds. Polityki Senioralnej minister ds. polityki senioralnej Marzena Okła-Drewnowicz. Na początku kwietnia odbyło się pierwsze spotkanie tego gremium, podczas którego omówiono istotę jego prac oraz zasygnalizowano główne obszary jego zainteresowania.

W działania nad kluczowymi wyzwaniami polityki senioralnej mają być zaangażowani eksperci reprezentu-

jący różne punkty widzenia. Do zespołu zaproszono przedstawicieli resortów: finansów, funduszy i polityki regionalnej, klimatu i środowiska, rodziny, pracy i polityki społecznej, rolnictwa i rozwoju wsi, sportu i turystyki, spraw wewnętrznych i administracji, a także resortu zdrowia. Jak podkreśliła inicjatorka powstania zespołu, minister Marzena Okła-Drewnowicz, z jej punktu widzenia ważnym będzie budowanie trwałego mechanizmu koordynacji i współpracy między wszystkimi sektorami zaangażowanymi w opiekę nad osobami starszymi.

- Naszym priorytetem jest stworzenie systemu, który nie tylko odpowiada na bieżące potrzeby seniorów, ale również przewiduje i adaptuje się do przyszłych wyzwań. Wymaga to współpracy i innowacyjnych pomysłów we wszystkich obszarach funkcjonowania państwa - podkreśliła minister Marzena Okła-Drewnowicz. Dodała, że prace zespołu mają być wyrazem zaangażowania rządu w poprawę jakości życia osób starszych.



**Czas na bon dla seniorów**

Zmiany przynieść ma również opracowywany przez rząd bon na usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania. Ma on trafić nawet do 500 tys. seniorów po 75. roku życia, których dochody nie przekraczają 5 tys. zł brutto. Wartość bonu wyniesie 2150 zł, ale wymogi do jego uzyskania będą musieli również spełnić bliscy seniora, czyli osoby będące wobec niego w obowiązku alimentacyjnym (na przykład dzieci). Marzena Okła-Drewnowicz, prezentując to rozwiązanie, wskazała, że wsparcie trafi do tych osób, których bliscy dorośli będą aktywni zawodowo, a jednocześnie nikt z nich nie będzie miał możliwości zapewnienia podstawowych potrzeb dnia codziennego.

- Dochód tych osób powinien wynosić co najmniej minimalne wynagrodzenie. W przypadku, gdy jest to gospodarstwo jednoosobowe, nie będzie on mógł przekraczać dwukrotności minimalnego wynagrodzenia, natomiast w gospodarstwie wieloosobowym ma to być maksymalnie trzykrotność minimalnego wynagrodzenia - poinformowała Marzena Okła-Drewnowicz.

Nowe świadczenie dla seniorów nie będzie miało charakteru pieniężnego i będzie go można zamienić na usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania. Jego realizacją zajmą się lokalne samorządy. Kreśląc ramy czasowe, minister wskazała, że rozwiązanie to ma szansę na wejście w życie w drugim półroczu 2025 roku.

**Co zmieniło się w refundacji?**

Ważną zmianą, jaka nastąpiła 1 kwietnia br., było wprowadzenie nowych zasad związanych z refundacją leków produkowanych w Polsce. Na wykazie po raz pierwszy znalazła się lista tzw. polskich leków, które będą odpowiednio o 10 lub 15 proc. tańsze. Trafiło na nią 331 leków wytwarzanych w Polsce lub takich, do których produkcji użyto substancję czynną wytworzoną w kraju (obejmuje je 10-procentowa bonifikata) oraz 24 leki, które wytwarzane są w Polsce i dodatkowo substancja czynna również jest krajowej produkcji (te będą o 15 proc. tańsze).

Zmiany objęły również listę leków „S”, czyli bezpłatnych dla osób po 65. roku życia. Od 1 kwietnia trafił na nią lek złożony z solifenacyny i tamsulosyny, czyli substancji mających niezależne od siebie, ale jednocześnie uzupełniające się mechanizmy działania w leczeniu umiarkowanych i ciężkich objawów w fazie napełnienia pęcherza i jego opróżnienia u mężczyzn zmagających się z łagodnym rozrostem gruczołu krokowego. To istotna zmiana dla pacjentów, którzy nie odpowiadali na monoterapię. Wcześniej w wykazie leków „S” każdy z tych preparatów był wpisany pojedynczo, jako produkty lecznicze monoskładnikowe.

Dobłą wiadomością jest również utrzymanie refundacji dla trzech nowoczesnych leków w programie B.56 „Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego”. Chodzi

o enzalutamid, darolutamid oraz apalutamid, co do których negocjacje - jak przyznał sam wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski - były najdłuższe i najbardziej burzliwe. Ostatecznie wszystkie terapie zostaną w programie lekowym.

Zdaniem prof. Macieja Krzakowskiego, konsultanta krajowego w dziedzinie onkologii klinicznej, teraz priorytetem powinno być ulepszenie i rewizja programu B.56. Jak podkreślił w jednym z wywiadów, należałoby zweryfikować program, tak aby zapewnić w nim właściwą kolejność wykorzystania poszczególnych opcji terapeutycznych. - Program lekowy powinien być zatem skonstruowany tak, aby uwzględniać podanie najbardziej wartościowych terapii w odpowiednim czasie, w odpowiednim stadium rozwoju choroby - ocenił prof. Maciej Krzakowski. Dodał, że obecnie program umożliwia wykorzystanie nowoczesnych leków, ale nie tam, gdzie powinny zostać wykorzystane.

Wartym odnotowania jest również to, że nastąpiło poszerzenie wskazań dla leku olaparyb stosowanego w programie B50 „Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej”, a także włączenie leku pembrolizumab do programu B.159 „Leczenie chorych na raka szyjki macicy”.

**Więści z urzędów**

Dla pacjentów z rakiem prostaty dobrą wiadomością są również pozytywne rekomendacje Rady Przejrzystości i prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dotyczące zastosowania leku Xofigo (dichlorek radu-223) w leczeniu dorosłych pacjentów z przerzutowym, opornym na kastrację rakiem gruczołu krokowego mCRPC, u których stwierdzono przerzuty do kości i jednocześnie nie stwierdzono przerzutów trzewnych.

Ż kolei w resorcie zdrowia rozważane jest wprowadzenie zmian w zakresie świadczeń gwarantowanych dla pacjentów z nowotworami męskimi. W trakcie debaty zorganizowanej przez „Puls Medycyny” Michał Dziegielewski, dyrektor Departamentu Lecznictwa w MZ, zdradził, że kierownictwo resortu rozważa wprowadzenie do koszyka świadczeń gwarantowanych biopsji fuzyjnej, tj. biopsji w oparciu o rezonans.

**Podwyżki od 1 lipca**

Tematem, który z pewnością zdominuje dyskusję publiczną o systemie ochrony zdrowia w najbliższych tygodniach, będą planowane od 1 lipca br. podwyżki dla personelu medycznego zatrudnionego w podmiotach leczniczych. Na podwyżki zostanie przeznaczony 15,2 mld zł, co oznacza przyjęcie najwyższego wariantu rekomendacji AOTMiT. Po zmianach najwyższa pensja minimalna w ochronie zdrowia nie będzie mogła być niższa niż 10 375,45 zł, natomiast najniższa będzie na poziomie 4 651 zł brutto.

HARTMANN



## Podrażnienie skóry wywołane nietrzymaniem moczu?



CENTRUM  
POMOCY  
PACJENTOM

600 33 99 77

Infolinia edukacyjno-informacyjna dla pacjentów ze stomią oraz problemami nietrzymania moczu

www.hartmann.info

## Skóra narażona na nietrzymanie moczu zasługuje na specjalną pielęgnację

- **Pianka oczyszczająca**  
Szybkie i łagodne oczyszczenie zabrudzonej skóry, bez użycia wody.
- **Krem ochronny z tlenkiem cynku**  
Chroni skórę okolic intymnych, zapobiega stanom zapalnym, odparzeniom.
- **Emulsja do ciała**  
Sucha, pergaminowa, starzejąca się skóra wymaga pielęgnacji na całej powierzchni.

**MoliCare®**  
Ochrona. Każdego dnia.





**Multidyscyplinarne programy**  
profilaktyczne, rehabilitacyjne i terapeutyczne:



**Męska droga do zdrowia**



**Świadoma ciąża**

- przygotowanie do porodu



**Jestem mamą**



**Nie daj się endometriozie**



**Pożegnanie z nadwagą**

 INFOLINIA

22 770 78 00

 ADRES

ul. Chmielna 132/134  
Warszawa

 [www.centrumkontynencji.pl](http://www.centrumkontynencji.pl)

 @centrum\_medyczne\_mcc

 /centrumkontynencji