

Kwartalnik



kwiecień 2002

nr 1



NORMALNIE ŻYĆ

okiem klinicysty
urologia
prawo
świat

ZAŁOŻENIA PROGRAMOWE

Nowotwory i alkoholizm nie są już w Polsce tematem tabu. Przyczynił się do tego postęp medycyny i większa świadomość wśród pacjentów, że są to choroby, które trzeba leczyć. Inaczej jest z nietrzymaniem moczu: o tej dolegliwości pacjenci wstydzą się mówić lekarzowi, a część lekarzy pierwszego kontaktu twierdzi, że złe funkcjonowanie pęcherza - to nieodłączny atrybut starości.

Gdy pacjent chory na raka usłyszy publiczną wypowiedź znanej osobistości, której udało się stawić czoła chorobie, utwierdza się w przekonaniu, że choroba może dotknąć każdego i że warto walczyć. Takiego wsparcia nie mają chorzy na nietrzymanie moczu. Nikt znany nie odważył się powiedzieć publicznie: „mam taki problem”, mimo że dotyczy on rosnącej liczby Polaków. Tymczasem statystyki są alarmujące: szacuje się, że około 30 proc. kobiet i 5 proc. mężczyzn po 60 roku życia boryka się z problemem nietrzymania moczu.

Wiedza pacjentów o możliwościach leczenia schorzeń pęcherza i profilaktyki jest bardzo skromna. Wielu chorych nie zdaje sobie sprawy, że leczenie zachowawcze może pomóc, że ich sojusznikiem jest specjalista-urolog. Nie zawsze lekarze ogólni kierują chorych do urologa, który może zaproponować rozmaite metody leczenia dostosowane do stanu zdrowia pacjenta i wielu może wyleczyć. W wypadku tego rodzaju dolegliwości, uważanych powszechnie za wstydliwe, szczególnie ważna jest też dociekliwość, ale i delikatność lekarza przeprowadzającego wywiad.

U bardzo wielu chorych leczenie operacyjne wysiłkowe nietrzymania moczu, leczenie farmakologiczne nietrzymania moczu z parcia, czy leczenie pęcherza nadreaktywnego z przyczyn neurologicznych może zakończyć się pełnym wyleczeniem.

Taka sytuacja jest najbardziej korzystna z dwóch powodów. Po pierwsze chorzy uzyskują największą poprawę jakości życia, po drugie w dłuższej perspektywie czasowej jest to najtańszy sposób postępowania. Dlatego każdy chory z NTM bezwzględnie musi być zdiagnozowany przez specjalistę, który dobierze właściwy w jego przypadku sposób leczenia.

Bywa jednak, iż wyżej wymienione sposoby mimo, iż przynoszą dużą poprawę, nie likwidują całkowicie popuszczania moczu. Zdarza się również, iż leczenie jest nieskuteczne, lub z różnych przyczyn chorzy nie nadają się do leczenia. Liczba tych chorych jest znacznie większa niż się to powszechnie wydaje. Skazani są oni na życie z nietrzymaniem moczu, dolegliwością, która wyjątkowo utrudnia codzienną egzystencję. Ludzie boją się wychodzić z domu, rezygnują z pracy, ograniczają kontakty towarzyskie i rozrywki. Redukują aktywność życiową, choć wcale nie muszą.

Szanse „życia na sucho” dają tej grupie pacjentów środki absorpcyjne. Różne rodzaje pieluch dla dorosłych, od kilku lat dostępne na polskim rynku, potrzebne są zarówno chorym okresowo, jak i nieuleczalnie chorym. Często są one niemal zbawieniem dla psychiki chorego i jego bliskich, umożliwiając utrzymanie higieny, uwalniając obłożnie chorych od poczucia degradacji życiowej. Są one refundowane przez kasy chorych tylko części pacjentów. Istniejący system refundacji jest niewystarczający, zważywszy, że większość chorych - to ludzie starsi, utrzymujący się z rent i emerytur.

Pacjentom z nietrzymaniem moczu potrzebna jest wyczerpująca informacja, gdzie i w jaki sposób można uzyskać pomoc od lekarza, co proponuje nowoczesna urologia, jakie środki absorpcyjne stosować w oczekiwaniu na operację. Powinni też wiedzieć, jakie produkty przeznaczone są dla chorych pragnących prowadzić aktywne życie, a jakie - dla obłożnie chorych.

Uważamy, że nadszedł czas na podjęcie zdecydowanych działań, mających na celu przełamanie bariery wstydu i milczenia wokół problemu NTM. Od tego zależy poprawa jakości życia chorych, którzy dziś pozostają w ukryciu, jak inwalidzi na wózkach, którym bariery architektoniczne uniemożliwiają wychodzenie z domu. Chodzi o poszerzenie wiedzy Polaków o możliwościach profilaktyki i leczenia schorzeń pęcherza powodujących nietrzymanie moczu oraz ułatwienie dostępu do środków pomocniczych tym osobom, którym medycyna okresowo lub trwale nie może pomóc.

Zespół ds. NTM

NASZE DZIAŁANIA WSPIERAJĄ AUTORYTETY Z DZIEDZINY MEDYCyny OSOBY TE TWORZĄ RADĘ NAUKOWĄ ZESPOŁU DO SPRAW PROBLEMU NTM:



**Prof. dr hab. med.
Andrzej Borkowski**
Kierownik Katedry i Kliniki
Urologii Akademii Medycznej
w Warszawie

**Prof. dr hab. med.
Longin Marianowski**
Kierownik Katedry i Kliniki
Położnictwa i Ginekologii
Akademii Medycznej w Warszawie



**Prof. dr hab. med.
Anna Członkowska**
Kierownik II Kliniki
Neurologicznej w Instytucie
Psychiatrii i Neurologii
w Warszawie

**Prof. dr hab. med.
Tadeusz Tołłoczko**
1974 - 1999 Kierownik II Kliniki
Chirurgicznej I Wydziału Lekarskiego
oraz Kliniki Naczyń i Transplantologii
A.M. w Warszawie



spis treści

kwiecień 2002

ZAŁOŻENIA PROGRAMOWE	2
DO CZYTELNIKÓW	3
OKIEM KLINICYSTY	
Prof. dr Tadeusz Tołłoczko	
Nietrzymanie moczu - problem społeczny i kliniczny	4
MAZOWIECKA REGIONALNA KASA CHORYCH	
Wanda Jelonkiewicz	
Więcej chętnych na pieluchy	11
UROLOGIA	
Wanda Jelonkiewicz	
Medycyna może pomóc pacjentom	14
PRAWO	
Rafał Zgórzak	
Jak prawo reguluje dostęp do środków pomocniczych	17
ŚWIAT	
Refundacja pieluch w innych krajach	21
LISTY	22

Do Czytelników!

Są wśród nas, ale wolą nie mówić o swych dolegliwościach, które są dla nich wstydliwą sprawą. To młodszy bracia i siostry cierpiący na moczenie nocne, to młode kobiety skarżące się na kłopoty z pęcherzem po urodzeniu dziecka, nasze matki i ojcowie w starszym wieku, uzależniający wychodzenie z domu i poruszanie się po mieście od lokalizacji toalety i nieodłączni staruszkowie w domach opieki.

Choć są w różnym wieku, łączy ich to, że mają kłopoty z nietrzymaniem moczu, ale krępują się o tym powiedzieć nawet swojemu lekarzowi. Tymczasem lekarze twierdzą, że w wielu wypadkach są to schorzenia uleczalne, a dla tych, którym medycyna nie może pomóc albo okresowo albo trwale - są tak zwane środki pomocnicze. Dziadek nie musi podbierać pampersa wnukowi: jeśli musi go używać, może dostać od lekarza zlecenie na pieluchy dla dorosłych, objęte refundacją.

W nowym kwartalniku, którego pierwszy numer oddajemy Czytelnikom, chcemy pisać o problemach pacjentów z nietrzymaniem moczu, ponieważ ich kłopoty stają się powoli w Polsce problemem społecznym, wpływającym na jakość życia tysięcy ludzi. Chcemy też pokazać, że nie są oni bezradni w walce z tą przypadłością: jednym pacjentom pomogą właściwie dobrane leki, innym gimnastyka rehabilitacyjna, jeszcze innym operacja. Pozostali mogą sięgnąć po odpowiednio dobrane pieluchy i bezpiecznie wyjść do pracy, do znajomych, czy do kina. Czekamy na listy wszystkich zainteresowanych.

Redakcja

Kwartalnik

**Redaktor wydania**

Wanda Jelonkiewicz

Sekretarz redakcji

Sylwia Milczarek

Opracowanie graficzne

Magda Jonas

Adres redakcji

ul. Księcia Janusza 64

01 452 Warszawa

tel. 0 (prefiks) 22 335 97 71, 335 97 63

fax 0 (prefiks) 22 335 97 10, 335 97 20

e-mail:

wanda.jelonkiewicz.@warsawvoice.pl

sylwia.milczarek@warsawvoice.pl

www.ntm.pl

Wydawca:
Warsaw Voice S.A.
na zlecenie
WV Marketing
Sp.z o.o.

Nietrzymanie moczu - problem społeczny i kliniczny

Prof. dr Tadeusz
Tołłeczko



**Nietrzymanie moczu -
to schorzenie, którego ludzie
się wstydzą, nie wiedząc
często, że można i trzeba
je leczyć metodami
farmakologicznymi, rehabili-
tacyjnymi lub chirurgicznymi.
Leczenie tych zaburzeń może
zmniejszyć dolegliwości nawet
u 70 proc. chorych.**

Nietrzymanie moczu nie jest chorobą śmiertelną, ale jest bardzo uciążliwym schorzeniem, które w razie nieleczenia lub niewłaściwego leczenia i nieodpowiedniej pielęgnacji powoduje szereg powikłań wtórnych, zarówno somatycznych jak i psychologicznych. Ponadto nietrzymanie moczu może być objawem bardzo poważnej choroby. Współcześnie problem ten, pomimo wzrastającego znaczenia społecznego, pozostaje nadal niedoceniany i często traktowany bywa tylko jako dyskomfort, wymagający jedynie utrzymywania wzmoczonej higieny osobistej. Chorzy z pierwszymi objawami nietrzymania moczu zgłaszają się najczęściej najpierw do lekarzy rodzinnych i rejonowych oraz do poradni geriatrycznych. Dlatego na lekarzach pierwszego kontaktu spoczywa główny obowiązek wykrycia chorych z nietrzymaniem moczu, przedstawienia im możliwości leczenia oraz pokierowania diagnostyką i terapią.

Ze względu na stale rosnący odsetek cierpiących na tę dolegliwość i zapotrzebowanie społeczne, istnieje już nie tylko potrzeba, ale i konieczność opracowania prawidłowego, najbardziej skutecznego, optymalnego schematu diagnostyczno-terapeutycznego postępowania z chorymi z nietrzymaniem moczu. Rozwiązania merytoryczne i organizacyjne tego problemu wymagają

wiedzy i doświadczenia z zakresu wielu specjalności: urologii, neurologii, ginekologii, psychiatrii, rehabilitacji. Aby schemat rozpoznawania przyczyn i leczenia chorych z nietrzymaniem moczu oraz opieki nad nimi był skuteczny, musi on być wspólnym dziełem wielu specjalistów.

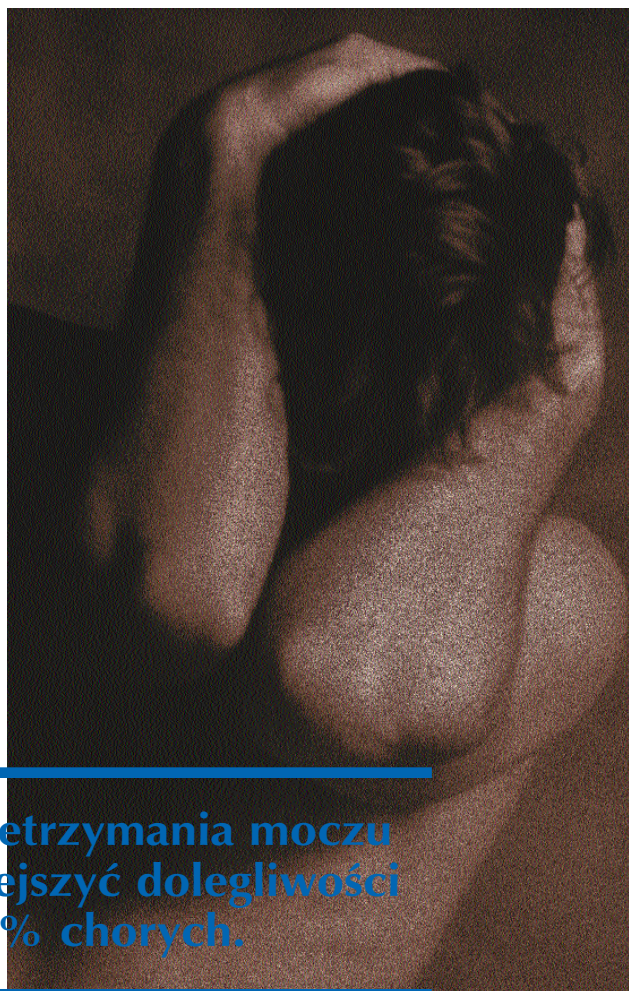
Wstydliva dolegliwość ludzi w różnym wieku

Rzeczywista częstość występowania nietrzymania moczu w ogólnej populacji, a zwłaszcza u osób starych, jest bardzo trudna do określenia, ponieważ wiele osób wstydzi się ujawnić tę dolegliwość nawet lekarzowi. Nie wiadomo, ilu jest takich ludzi w Polsce. Najbardziej szczegółowe dane epidemiologiczne, dotyczące nietrzymania moczu przedstawiane są w piśmiennictwie amerykańskim.

Nietrzymanie moczu jest jedną z dziesięciu najczęstszych dolegliwości, wymienianych przez ludność Stanów Zjednoczonych. Cierpi na nią około 13 milionów Amerykanów. Częstość występowania nietrzymania moczu u kobiet w rozmaitych grupach wiekowych oceniana

jest nawet na około 30%, w Wielkiej Brytanii na 22 - 45%, w różnych krajach - na 5 - 43%, w USA na 21,8%. Z szeregu doniesień wynika, że w USA 5% mężczyzn i 30% kobiet w wieku między 15 a 64 rokiem życia cierpi z powodu tej dolegliwości o różnym nasileniu. W całej populacji aż 20% osób po 40 roku życia skarży się na nietrzymanie moczu. Po 60 roku życia natomiast częstość występowania tej dolegliwości wzrasta do 35%.

Nietrzymanie moczu może dotyczyć chorych w każdym wieku. Aczkolwiek dolegliwość ta występuje zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, to jednak częstość i okres jej występowania u obu płci jest różna. Cierpi na nią dwa razy więcej ko-



**Leczenie nietrzymania moczu
może zmniejszyć dolegliwości
nawet u 70% chorych.**

biet niż mężczyzn. Odmienne są też jej przyczyny. Przyjmuje się, że dolegliwość ta występuje u 50 % osób w podeszłym wieku, zamieszkałych w swoich domach i że jest to jeden z rzeczywistych i najczęstszych motywów ubiegania się o zamieszkanie i opiekę w domu starców.

Obecne zmiany demograficzne w Polsce i krajach Europy wykazują na wyraźne zwiększanie się odsetka osób w podeszłym wieku w ogólnej populacji wskutek starzenia się społeczeństw. Prowadzi to do zwiększania się liczby osób wymagających zarówno opieki lekarskiej, jak i pielęgnacyjnej, w tym również - z powodu nietrzymania moczu. W miarę upływu czasu populacja osób starszych będzie stale wzrastać. Częstość występowania nietrzymania moczu zwiększa się natomiast wraz z wiekiem. Tak więc z bie-

równy dla publicznej służby zdrowia, jak i dla samego chorego oraz jego rodziny. Koszty te związane są z wydatkami: na ustalenie rzeczywistej przyczyny dolegliwości, na dobranie optymalnej metody leczenia, na utrzymanie higieny osobistej, na zapobieganie zakażeniom dróg moczowych i ich leczenie, na hospitalizację, na pobyt w domach opieki. Do kosztów pośrednich zaliczyć też można utratę zdolności zarobkowania przez osoby dotknięte tą dolegliwością.

W Stanach Zjednoczonych koszt opieki, leczenia, rehabilitacji, pielęgnacji, absencji zawodowej chorych z nietrzymaniem moczu wzrósł w latach 1984-1999 z 10,3 mld dolarów do 29 mld dolarów. W Szwecji w 1999 roku wydatki te stanowiły 2% łącznych nakładów na ochronę zdrowia.

Ludzie z niewiedzy godzą się na pogorszenia jakości życia

Gubienie moczu w sposób oczywisty powoduje nie tylko cierpienia fizyczne, ale również psychiczne chorego poprzez pogorszenie jakości życia jego samego i jego rodziny. Dolegliwość ta uniemożliwia choremu sprawne funkcjonowanie w społeczeństwie, nierzadko zmusza do zmiany stylu życia, ograniczenia życia towarzyskiego i społecznego, a nawet do zmiany zawodu. Powoduje to obniżenie poczucia godności i wartości własnej, spadek pozycji społecznej, pogorszenie nastroju, izolację oraz osłabienie aktywności seksualnej.

Poczucie wstydu sprawia, że chorzy nie ujawniają swej dolegliwości nawet przed lekarzem. Niektórzy błędnie przyjmują, że jest to naturalny i nieuleczalny objaw starzenia. To mylne przekonanie staje się przyczyną opóźnionego rozpoczynania odpowiedniego leczenia. Ten tok rozumowania powoduje też, że chorzy bardzo często raczej dopasowują do swego schorzenia tryb życia, niż czynią starania o uzyskanie poprawy komfortu życia.

W stosunku do osób starszych, a zwłaszcza kobiet po wielokrotnych porodach i w okresie menopauzy, ze znaczną nadwagą, cierpiących na przewlekłe zaparcia, chroniczne zapalenie dróg oddechowych z męczącym kaszlem, lekarz rodzinny lub rejonowy podczas zbierania wywiadu powinien przezwyciężać barierę wstydu chorego, zapytać, czy ma on dolegliwości pęcherza i rozpocząć odpowiednie leczenie.

Wielu chorych mimo wskazań czasami nie zgadza się na przeprowadzenie radykalnego leczenia operacyjnego. Niekiedy inne choroby wykluczają operację. Leczenie zachowawcze, rehabilitacja i odpowiednie wskazówki dotyczące utrzymania higieny osobistej ciała - to w takich wypadkach pierwszoplanowe zadanie lekarza.

Jak działa pęcherz moczowy?

Pęcherz moczowy - to elastyczny zbiornik, który u człowieka zdrowego jest opróżniany w sposób świadomy, zależnie od jego woli. Ten nieprzepuszczalny zbiornik utrzymuje mocz pod

BEZPOŚREDNI KOSZT LECZENIA CHORYCH W USA W 1995 ROKU

z niewydolnością krążenia	46 mld dolarów
cukrzycy	41,4 mld dolarów
zaburzeń psychicznych z chorobą Alzheimera	25,8 mld dolarów
udar mózgowego	25,5 mld dolarów
gośca	17,6 mld dolarów
nietrzymania moczu	17,5 mld dolarów

Gdyby wszyscy cierpiący w USA na nietrzymanie moczu zgłosili się po pomoc, wówczas koszt leczenia i opieki wyniósłby około 41 mld USD, a więc niemal tyle, ile wynosi bezpośredni koszt leczenia chorych na cukrzycę.

giem czasu będzie to coraz ważniejszy i bardziej powszechny problem społeczny. Dlatego już dziś należy przystąpić do opracowania metod jego rozwiązania.

Rosną koszty leczenia

Przewidywany wzrost populacji ludzi w podeszłym wieku spowoduje, że stopniowo zwiększać się też będzie liczba chorych z nietrzymaniem moczu, a to w sposób bezpośredni i pośredni wpływać będzie na stopniowe, ale wydatne zwiększanie się kosztów leczenia i opieki nad tymi chorymi. Tak więc nietrzymanie moczu stanowi poważny problem ekonomiczny, i to za-

W Wielkiej Brytanii rocznie wydaje się na ten cel około 424 mln funtów szterlingów. Wysokie są też koszty zakupu środków służących do utrzymania higieny osobistej. Tak więc problem nietrzymania moczu zarówno dla każdego chorego, jak i dla całych społeczeństw - to również poważny problem ekonomiczny.

Dlatego też opracowanie optymalnych metod diagnostyki, leczenia, rehabilitacji i pielęgnacji tych chorych wpłynie na obniżenie wydatków na ten cel, a przez to może umożliwić objęcie podstawową opieką w tej dziedzinie również chorych z najuboższych warstw społecznych.

stałym, niskim ciśnieniem, niezależnie od jego ilości (w granicach fizjologicznych), z zachowaniem pełnego czucia. Jest to faza tak zwanego izobarycznego gromadzenia moczu. Dzięki temu nie dochodzi do zarzucania moczu, czyli refluksu przez moczowody w kierunku nerek. Jest to sprawny mechanizm skutecznie zapobiegający rozwojowi nefropatii powodowanej przez zarzucanie moczu.

Druga funkcja pęcherza polega na możliwości swobodnego, świadomego wydalania moczu. W trakcie mikcji, czyli oddawania moczu, ciśnienie śród-pęcherzowe wzrasta kilkunastokrotnie. Natomiast wszelkie trudności w wydalaniu moczu stają się przyczyną zalegania moczu w pęcherzu, pod wzrastającym śród-pęcherzowym ciśnieniem, co w konsekwencji doprowadza do nefropatii z zarzucania. Z kolei zaś nadczynność mięśnia wypieracza i niewydolność mechanizmu zwieraczowego prowadzić może do bezwiednego gubienia moczu.

Tak więc pęcherz powinien gromadzić mocz w taki sposób, by nie dopuścić ani do jego gubienia na zewnątrz, ani do zarzucania w kierunku nerek oraz umożliwić świadome, swobodne wydalanie moczu na zewnątrz. Fizjologiczny, nie zaburzony proces oddawania moczu możliwy jest dzięki otwarciu cewki mo-

czowej i szyi pęcherza, rozluźnieniu zwieraczy z następowym skurczem wypieracza. Siła i czas skurczu wypieracza w stanach fizjologicznych są dopasowane do ilości moczu, znajdującego się w pęcherzu. Mechanizm kontrolujący proces mikcji regulowany jest przez współdziałanie ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego.

Różne przyczyny nietrzymania moczu

Podstawowe przyczyny nietrzymania moczu - to niewydolność zwieracza cewki (wysiłkowe nietrzymanie moczu), nadpobudliwość mięśnia wypieracza z nadczynnością skurczową pęcherza moczowego (nietrzymanie moczu z uczuciem nagłego parcia), upośledzenie kurczliwości mięśnia wypieracza połączone czasami z uropatią zaporową (nietrzymanie z przepełnienia). W praktyce klinicznej przyczyny te mogą ze sobą współistnieć, jak też kojarzyć się z innymi czynnikami, takimi jak np. niska podatność ścian pęcherza moczowego na rozciąganie.

Nagłe nietrzymanie moczu

Nietrzymanie moczu z powodu nagłego parcia na mocz jest najczęściej spo-

tykaną postacią nietrzymania moczu u osób starszych (około 70% wszystkich przypadków). Częściej występuje u kobiet.

Chory zwykle nie jest w stanie wstrzymać wydalania moczu jeszcze przed dotarciem do toalety. Występuje wówczas objaw tzw. "popuszczania", o różnym stopniu nasilenia - od kilku kropel do całkowitego oddania moczu. Jest to skutkiem mimowolnych skurczów pęcherza sprawiających, że ciśnienie wewnątrz-pęcherzowe przekracza ciśnienie zwieraczy ujścia i cewki.

Czynnikiem wywołującym niekontrolowany skurcz wypieracza i nagłe parcie na mocz może być nagłe oziębienie, silna emocja, stres, a nawet szum wody płynącej z kranu. Czasami zdarza się wyciek moczu z cewki nawet jeszcze przed wystąpieniem uczucia parcia na mocz. Nietrzymanie moczu z powodu nagłego parcia może niekiedy występować jednocześnie z wysiłkowym nietrzymaniem moczu.

Uszkodzenie układu nerwowego może upośledzać przewodzenie zstępujących impulsów, hamujących krzyżowy odruch rdzeniowy, co uwalnia w stopniu nadmiernym automatyzm kurczliwości mięśnia wypieracza. Ten mechanizm nietrzymania moczu występuje u chorych po udarach i urazach mózgowych, w chorobie Parkinsona, chorobie Alzheimera, stwardnieniu rozsianym, nowotworach centralnego układu nerwowego. Nietrzymanie moczu z powodu nagłego parcia obserwuje się u chorych po urazach kręgosłupa i rdzenia kręgowego.

Bezpośrednią przyczyną wyzwalającą nietrzymanie moczu może być również gwałtowny wzrost ciśnienia wewnątrz-brzusznego u chorych z śródmiąższowym zapaleniem pęcherza, zakażeniem dróg moczowych, uropatią zaporową, kamicą pęcherza, obecnością ciał obcych w pęcherzu, z nowotworem i gruzlicą pęcherza moczowego, zatkaniem drożności odbytnicy "kamieniem kałowym", nowotworową niedrożnością końcowego odcinka jelita grubego.

U osób starych, niedoświadczonych, w złym stanie ogólnym z nadpobudliwością mięśnia wypieracza występować może również osłabienie siły skurczowej pęcherza. Mamy wówczas do czynienia z nadpobudliwością mięśni równocze-

WEDŁUG INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY (ICS) WYRÓŻNIA SIĘ NASTĘPUJĄCE RODZAJE I PRZYZYNY NIETRZYMANIA MOCZU:

- I. Nagłe nietrzymanie moczu. Przyczyny pęcherzowe:
 - a. Nadaktywność, czyli wzmożona aktywność mięśnia wypieracza
 - b. Niska podatność ścian pęcherza moczowego
- II. Wysiłkowe nietrzymanie moczu
 - a. Nadmierna ruchomość szyi pęcherza
 - b. Niewydolność mechanizmu zwieraczowego
- III. Nietrzymanie z przepełnienia
 - a. Niedoczynność mięśnia wypieracza
 - b. Przeszkoda w odpływie moczu z pęcherza
- IV. Nietrzymanie pozazwieraczowe
 - a. Przetoki,
 - b. Wady rozwojowe.

śnie z osłabieniem ich siły skurczu. Dlatego też u chorych tych po mikcji pomimo braku przeszkody w odpływie stwierdza się zaleganie w pęcherzu niekiedy znacznej ilości moczu. Objaw ten nie występuje w przypadku izolowanej nadpobudliwości pęcherza.

Samoistne wysiłkowe nietrzymanie moczu

U chorego występuje mimowolne moczenie się w czasie kaszlu, kichania, dźwigania ciężarów lub jakiegokolwiek czynności wymagającej wysiłku fizycznego, podczas którego gwałtownie wzrasta ciśnienie w jamie brzusznej, bez jednoczesnego skurczu pęcherza moczowego. Przyczyną tej dolegliwości jest niewystarczająca wydolność zwieraczy dróg moczowych, które nie mogą zrównoważyć wzrostu ciśnienia w pęcherzu moczowym w wyniku zwiększenia ciśnienia wewnątrzbrzuszego.

U mężczyzn dolegliwość ta pojawia się po usunięciu gruczołu krokowego w wyniku uszkodzenia zewnętrznego zwieracza cewki lub po urazie błoniastej części cewki, czy szyi pęcherza. Wysiłkowe nietrzymanie moczu najczęściej występuje u kobiet, i u kobiet jest ono najczęstszą postacią mimowolnego oddawania moczu. Ten typ nietrzymania moczu najczęściej po raz pierwszy pojawia się u nich po porodzie.

Najczęstszą przyczyną wysiłkowego nietrzymania moczu jest występujące w wyniku procesu starzenia się i zaburzenia syntezy kolagenu, zwiotczenie mięśni dna miednicy wskutek wielu ciąż oraz zmniejszenie unerwienia dna miednicy. W wyniku zwiotczenia mięśniówki dna miednicy dochodzi do opuszczenia się pęcherza i cewki moczowej, powodującego zmianę kąta pęcherzowo - cewkowego, który odgrywa ważną rolę w wydolności zwieracza cewki.

Zwiększone ciśnienie śródpecherzowe, zależne od zwiększonego wewnątrzbrzuszego ciśnienia, podczas kaszlu, kichania i wysiłku fizycznego przewyższa opór cewkowy i w rezultacie dochodzi do mimowolnego gubienia moczu.

Leczenie zależne jest od stopnia nietrzymania moczu, u niektórych chorych konieczne jest przeprowadzenie badania urodynamicznego. Leczenie ogólne polega na ograniczeniu ilości płynów do 1

litra dziennie, zwłaszcza gdy z nietrzymaniem moczu występuje częstomocz. Jeśli nie ma bezwzględnych przeciwwskazań, należy ograniczyć przyjmowanie leków moczopędnych. Pacjent musi wyleczyć wszelkie stany zapalne górnych dróg oddechowych, a jeśli pali - rzucić palenie. Musi też zadbać o regularne oddawanie luźnego stolca.

W każdym przypadku wysiłkowego nietrzymania moczu należy przeprowadzić próbę leczenia zachowawczego. Może ono nie usunąć całkowicie dolegliwości, lecz z pewnością znacznie je zmniejszy. Przy niezbyt nasilonych objawach dobre wyniki dają ćwiczenia mięśnia łonowo-guziczowego i ćwiczenia mięśni przepony miednicowej dna miednicy - przez stosowanie odpowiednich stożków pochwowych. Leczenie uzupełniające polega na stosowaniu leków powodujących wzrost oporu proksymalnej części cewki. Wkładki dopochwowe (pessarium) zmniejszają nasilenie tej dolegliwości przez podniesienie szyi pęcherza moczowego.

Przyjmuje się, że zastosowanie estrogenów jako hormonalnego leczenia uzupełniającego wzmacnia siłę skurczu przepony miednicowej i przez wzmocnienie włókien kolagenowych wpływa na skuteczniejsze podtrzymywanie szyi pęcherza i samego pęcherza moczowego. U kobiet po menopauzie znaczący jest też wpływ estrogenów na ustępowanie zaniku śluzówki pęcherza moczowego. Powoduje to stopniowo coraz bardziej sprawne uszczelnianie cewki moczowej.

W ciężkich przypadkach spowodowanych wadami budowy anatomicznej i w razie nasilenia objawów chorobowych, konieczne staje się leczenie operacyjne. Zabieg operacyjny polega na podciągnięciu cewki i szyi pęcherza moczowego do spojenia łonowego oraz plastyce ściany pochwy. W szeregu przypadków możliwe jest też endoskopowe umocowanie szyi pęcherza.

Obecnie otwarte operacje, wykonywane w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet, zastępowane są operacjami laparoskopowymi. Wprawdzie żadna ze stosowanych metod nie jest doskonała, jednak ich skuteczność oceniona została na około 80%.

U kobiet planujących zajście w ciążę, które cierpią na samoistne wysiłkowe

nietrzymanie moczu, stosuje się zachowawcze metody leczenia, ponieważ ciąża i poród spowodować mogą nawrót choroby.

Nietrzymanie moczu z przepełnienia

U chorych z tą dolegliwością pęcherz moczowy nie traci zdolności magazynowania moczu, lecz są kłopoty z jego wydalaniem z powodu osłabienia mięśnia wypieracza, podpęcherzowej przeszkody oraz nakładania się obu tych czynników. Dochodzi do mimowolnego oddawania moczu przy przepełnionym lub rozciągniętym pęcherzu.

Przyczyną trudności w opróżnianiu pęcherza może być niedrożność cewki lub upośledzenie czynności skurczowej mięśnia wypierającego. U dzieci najczęstszą przyczyną uropatii zaporowej w dolnych drogach moczowych są zwężenia ujścia cewki, zwężenia i zastawki cewki moczowej, rzadziej natomiast występuje skurcz szyi pęcherza. U dorosłych niedrożność ujścia pęcherzowego cewki związana jest zazwyczaj z chorobą szyi pęcherza, łagodnym przerostem lub rakiem gruczołu krokowego, czy też zwężeniem cewki moczowej. Dochodzi wówczas do wzrostu ciśnienia śródpecherzowego z powodu rozciągnięcia elementów włókno-sprężystych pęcherza. Ciśnienie to przekracza ciśnienie zamknięcia cewki moczowej, bez skurczu mięśnia wypieracza. W ten sposób dochodzi do bezwiednego, samoistnego biernego gubienia moczu.

Nietrzymanie moczu z przepełnienia występuje u kobiet znacznie rzadziej niż u mężczyzn, zwykle towarzyszy ono cukrzycy lub neuropatii, niekiedy występuje po operacyjnym leczeniu innego typu nietrzymania moczu.

W neuropatii dochodzi do zaburzenia koordynacji czynnościowej mięśnia wypieracza i cewki moczowej. U chorych z przepukliną oponowo - rdzeniową, rozszczepem kręgosłupa, po udarze mózgu i po długotrwałym leczeniu preparatami antycholinergicznymi mogą się pojawić zaburzenia czynności motorycznej pęcherza z upośledzeniem skurczu wypieracza podczas mikcji.

Objawem klinicznym może być częste oddawanie moczu w małych porcjach, osłabienie strumienia moczu, a nawet

kroplowe wyciekanie moczu po mikcji. Dochodzi do zalegania moczu w pęcherzu. Ponadto nawet nieznaczny wzrost ciśnienia w jamie brzusznej (przy kaszlu, śmiechu, a nawet przy zmianie pozycji ciała) może również spowodować wyciek moczu. W przypadkach długo trwającej choroby i przewlekłego zalegania moczu może dojść do nietrzymania moczu z przepełnienia bez wyraźnych objawów parcia.

Stosuje się wiele technik inwazyjnych do usunięcia przeszkody, spowodowanej przez łagodny przerost stercza u mężczyzn. Gdy „dolny odcinek pęcherza” jest niedrożny, lekarze pierwszego kontaktu przepisują niekiedy leki, które są antagonistami receptorów układu alfa-adrenergicznego, co ma zapobiegać nagłej retencji moczu.

Nietrzymanie pozazwieraczowe

W tych przypadkach dochodzi do bezwiednego oddawania moczu z powodu nieanatomicznego przepływu moczu z pominięciem mechanizmu zwieraczowego, który może być sprawny. Przyczyną tego mogą być wady nabyte lub wrodzone.

Przetoki moczowe powodują mimowolne wydalanie moczu najczęściej przez pochwę, a niekiedy również przez cewkę moczową. Przetoki te są najczęściej następstwem powikłania operacyjnego, nowotworów w obrębie miednicy małej, radioterapii, urazów związanych z porodem, wypadków komunikacyjnych, jak też ran postrałowych prowadzących do powstania nieanatomicznego kanału, przez który mocz przedostaje się z moczowodu, pęcherza moczowego lub cewki moczowej do pochwy. W wywiadzie można ustalić związek czasowy między urazem lub operacją a początkiem wyciekania moczu.

Chore z przetokami moczowymi (moczowodowo-pochwowymi, pęcherzowo-pochwowymi, oraz cewkowo-pochwowymi) skarżą się na stały niekontrolowany wyciek moczu z pochwy. Ilość wyciekającego moczu zależy od wielkości przetoki i od jej lokalizacji. Wyciek moczu przez przetokę może mieć charakter stały. Zmienna niekiedy może być objętość wyciekającego moczu. Czasami zwiększone wydalanie

moczu przez przetokę towarzyszyć może mikcji.

W ustaleniu i rozpoznaniu przetoki i jej lokalizacji pomocne są: urografia, cystouretrografia mikcyjna, waginoskopia i uretrocystoskopia. Oglądanie pochwy z wykonaniem prób barwnych, polegających na wypełnieniu pęcherza czerwienią indygo, błękitem metylenowym, ułatwia rozpoznanie, określające czy przetoka łączy się z cewką moczową, pęcherzem, czy moczowodem.

Leczenie polega na operacyjnym zamknięciu kanału przetoki. Jeśli przetoka jest następstwem nowotworu lub napromieniania, konieczne może się okazać pozaanatomiczne odprowadzenie moczu.

Małe przetoki mogą ulec samoistnemu wyleczeniu. Jeśli rozpoznanie przetoki nastąpi w ciągu 48 godzin od operacji i nie ma rozległego nacieku zapalnego, martwicy, albo ropowicy otaczających tkanek, należy natychmiast przystąpić do reperacji i zamknąć ujścia przetoki. Jeśli wywiązał się rozległy stan zapalny, definitywną operację naprawczą należy odłożyć do chwili ustąpienia zakażenia, zapewniając jednak skuteczne odprowadzenie moczu na zewnątrz.

Wady rozwojowe. Ektopowe położenie i ujście moczowodu zlokalizowane w okolicy szyi pęcherza, w cewce moczowej lub w obrębie pochwy wywołuje objawy utrzymującego się od urodzenia wyciekania moczu zarówno w dzień, jak i w nocy pomimo prawidłowych objętości moczu oddawanych w ciągu dnia.

Badania pochwy i jej przedsionka (cystoskopia, urografia i cystouretrografia mikcyjna) pozwalają na ustalenie rozpoznania.

Mieszane postaci nietrzymania moczu

U dzieci - czynniki neurogenne nakładają się na czynniki psychogenne. U dorosłych mężczyzn może występować jednocześnie nietrzymanie z wyciekaniem moczu z przepełnionego pęcherza w następstwie przerostu stercza oraz neurogenne zaburzenia czynności pęcherza, związane z neuropatią cukrzycową lub niewydolnością naczyń mózgowych. W tego typu mieszanych postaciach nietrzymania moczu konieczne może być wykonanie pełnego zestawu

badan urodynamicznych, urografii, cystouretrografii mikcyjnej, uretrografii wstępującej, cystoskopii, pomiarów ciśnienia wewnątrzpęcherzowego i w cewce oraz pełnego badania neurologicznego.

Badania decydują o leczeniu

Na podstawie dokładnego podmiotowego i przedmiotowego badania ogólnego chorego, ustala się „robocze rozpoznanie” i najbardziej prawdopodobne przyczyny nietrzymania moczu. Decyduje to o dalszym trybie postępowania diagnostycznego. Szczególnie cenne mogą być informacje dotyczące okoliczności, w których dochodzi do mimowolnego gubienia moczu.

Należy pamiętać, że nietrzymanie moczu może być objawem albo powikłaniem szeregu poważnych chorób, nie tylko narządów miednicy małej i układu moczowego, ale również pośrednim objawem choroby narządów odległych i innych układów, na przykład układu nerwowego. Dlatego dokładnie zebrany wywiad ma tu, jak i zawsze, szczególne znaczenie. Nietrzymanie moczu może bowiem wyprzedzać klinicznie uchwytne objawy guza mózgu, choroby Parkinsona, czy też stwardnienia rozsianego i innych chorób zwyrodnieniowych, zapalnych i naczyniowych układu nerwowego.

Szczególną wagę ma uzyskanie informacji, dotyczących rodzaju i zakresu przebytych operacji brzusznych, zwłaszcza w obrębie miednicy małej, w tym - operacji naczyń brzusznych (tętniaki, niedrożności). Podczas rozległych operacji brzusznych może dojść do uszkodzenia spłotu miednicznego oraz włókien nerwowych układu sympatycznego i parasympatycznego.

Badanie fizykalne objąć musi badanie per rectum z oceną gruczołu krokowego i wykluczeniem guzów odbytu oraz badanie per vaginam z oceną zewnętrznych (zmiany zanikowe sromu i pochwy) i wewnętrznych części narządów płciowych. Próba Valsalvy i „próba kucania” może wykazać wypadanie macicy, pęcherza i odbytnicy.

Do ustalenia wstępnego rozpoznania konieczne jest wykonanie badania ogólnego moczu, określenie paramet-

trów wydolności nerek oraz pomiar ilości moczu wydalanego i zalegającego po mikcji w pęcherzu. Pomocna jest tu ultrasonografia, która ponadto pozwoli na ocenę stanu nerek, pęcherza moczowego i narządów jamy brzusznej.

Precyzyjne badania, ustalające rozpoznanie powinny być wykonywane w wysoko wyspecjalizowanych ośrodkach. Rozpowszechnione ostatnio badania urodynamiczne wskazane są wtedy, gdy leczenie zachowawcze nie przynosi wystarczającej poprawy, gdy rozważana jest możliwość leczenia operacyjnego oraz w przypadku neuropatii jako przyczyny nietrzymania moczu.

Całkowita niewydolność zwieraczy moczowych charakteryzuje się stałym mimowolnym wyciekaniem moczu z cewki moczowej zarówno w dzień, jak i w nocy, bez przepelnienia pęcherza moczowego, na co wskazuje badanie brzucha i pomiar objętości zalegają-

cego moczu. U dzieci może być następstwem wady wrodzonej polegającej na niewłaściwym zamknięciu cewki moczowej. U kobiet zaburzenie to rozwija się najczęściej wskutek urazu okolicy szyi pęcherza i cewki moczowej. U mężczyzn najczęstszą przyczyną jest uraz chirurgiczny okolicy szyi pęcherza i błonistej części cewki moczowej. Nietrzymanie moczu po usunięciu gruczołu krokowego, zwłaszcza po zabiegu radykalnym z powodu raka, jest następstwem uszkodzenia zwieraczy moczowych. W leczeniu takiej postaci nietrzymania moczu opracowano wiele metod chirurgicznych, w tym implantacje sztucznych zwieraczy.

Nietrzymanie moczu można leczyć

Etiopatogeneza nietrzymania moczu jest wieloczynnikowa i złożona. Dlatego przed rozpoczęciem leczenia trzeba

zróżnicować przyczyny nietrzymania moczu i ustalić stopień zaawansowania tej dolegliwości. Różne jest bowiem leczenie tych stanów chorobowych. Ma to szczególne znaczenie, gdy rozważane jest leczenie chirurgiczne. Należy zawsze dążyć do tego, aby planowane leczenie było pierwotnie leczeniem przyczynowym w skojarzeniu z leczeniem wspomagającym. Dopiero wtedy, gdy nie można osiągnąć efektu terapeutycznego, trzeba stosować leczenie objawowe i paliatywne.

Przyczynę dolegliwości ustalić można na podstawie wnikliwego wywiadu oraz na podstawie nieraz trudnej - zarówno w wykonaniu, jak i nawet w interpretacji - procedury diagnostyki różnicowej, wykonywanej w wyspecjalizowanych ośrodkach. Bardzo istotne jest ustalenie przyczyny wysiłkowego nietrzymania moczu oraz odróżnienie go od naglącego nietrzymania moczu, jak też wykrycie form mieszanych. Aby



precyzyjnie ustalić przyczyny nietrzymania moczu, trzeba wykonać szereg specjalistycznych badań urodynamicznych. Wynik tych badań w dużej mierze determinuje najbardziej odpowiedni sposób leczenia, po uwzględnieniu przeciwwskazań.

Materiały informacyjne, omawiające problemy nietrzymania moczu powinny być dostępne choremu - w gabinecie lekarza rodzinnego i w każdej przychodni specjalistycznej. Ludzie, dotychczas wstydliwie ukrywający swe dolegliwości, zostaną wówczas przekonani o konieczności skorzystania z porady lekarskiej i możliwościach leczniczych. Rozpoznanie we wczesnym stadium rozwoju choroby, jeszcze przed wystąpieniem wtórnych powikłań powoduje, że zastosowane leczenie jest bardziej skuteczne. Wykrycie odwracalnych przyczyn dolegliwości zwiększa szanse uzyskania lepszego wyniku leczenia oraz wyleczenia pacjenta. Natomiast w późnych stadiach rozwoju choroby przyczyny odwracalne stopniowo stają się przyczynami nieodwracalnymi.

Leczenie zachowawcze

Warto pamiętać, że już samo leczenie zachowawcze może zmniejszyć lub wyeliminować szereg dolegliwości, związanych z nietrzymaniem moczu nawet u ponad 70% chorych. Leczenie rehabilitacyjne ma na celu zwiększenie amplitudy skurczu i zwiększenie napięcia mięśni dna miednicy i wzmocnienie odruchowego napięcia mięśni zwieraczy cewki moczowej, gdy wzrasta ciśnienie śródbrzuszne.

W nagłym nietrzymaniu moczu oraz we wczesnej fazie wysiłkowego nietrzymania moczu stosuje się leczenie zachowawcze, polegające na ćwiczeniu mięśni dna miednicy, treningu pę-

cherza moczowego, stosowaniu elektrostymulacji.

Leki ...

We wspomagającym leczeniu farmakologicznym stosowane są alfadrenomimetyki, leki antycholinergiczne, przeciwzapalne oraz estrogeny. Leczenie farmakologiczne może ułatwić wypełnianie i opróżnianie się pęcherza oraz usprawnić kontrolę jego czynności wydalniczej. Stosując leki o działaniu rozkurczowym lub antycho-

linergicznym, udaje się zmniejszyć lub zlikwidować mimowolne skurcze i wzmożone napięcie pęcherza. Dyssynergia zwieraczy może ustąpić po podaniu metanosulfonianu doksazosyny, chlorowodoru fenoksybenzaminy. Występują jednak objawy uboczne w postaci ortostatycznego spadku ciśnienia. W przypadku obniżenia napięcia mięśnia wypieracza najczęściej stosowany jest chlorowodorek betanecholu - pobudza on jednak układ przywspółczulny.

U kobiet zbliżających się do menopauzy i po menopauzie stosuje się terapie estrogenowe jako leczenie uzupełniające zarówno w stosunku do leczenia zachowawczego, jak i operacyjnego. Kliniczna skuteczność stosowania estrogenów w leczeniu nietrzymania moczu u kobiet po menopauzie jest jednak przedmiotem kontrowersji.

... albo operacja

Brak poprawy po zastosowanym leczeniu zachowawczym, choroby innych układów, zaburzenia neurologiczne, zaburzenia statyki narządów miednicy małej są wskazaniem do rozważenia leczenia operacyjnego.

Wybór rodzaju i zakresu leczenia operacyjnego zależy od natężenia dolegliwości, ich przyczyny, wyników badań urodynamicznych oraz charakteru i stopnia istniejących anatomicznych odchyleń od normy, warunkujących wydolność czynnościową mięśni i powięzi dna miednicy. Celem operacji jest rekonstrukcja nieprawidłowego układu anatomicznego, pozwalająca na prawidłową transmisję ciśnienia śródbrzuszego na połączenie cewkowo-pęcherzowe.



Więcej chętnych na pieluchy

W 1999 roku Mazowiecka Regionalna Kasa Chorych miała w swej ewidencji około 7000 ubezpieczonych, korzystających z pieluch różnego typu, a w tej chwili ma ponad 10 000 osób. Grupa ta stale rośnie. Przybywa też punktów, w których można się zaopatrzyć w pieluchy na zlecenie lekarskie. Sieć dystrybucji jest rozwinięta: z Kasą współpracuje 7 producentów.

Pieluchy - na zlecenie

„Jeżeli lekarz uzna, że pacjent wymaga takiego zaopatrzenia - zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem ministra zdrowia i jednostkami chorobowymi - to pacjent dostaje zlecenie od lekarza i albo on sam, albo ktoś z rodziny realizuje je w specjalnych punktach dystrybucyjnych, które mają podpisane umowy z Mazowiecką Regionalną Kasą Chorych. Są to głównie apteki lub punkty z materiałami medycznymi. Sieć dystrybucji została rozwinięta”, mówi Jolanta Górecka, naczelnik Wydziału Środków Pomocniczych tej kasy.

Na życzenie pacjenta niektóre firmy dostarczają pieluchy do domu. Ale nie można mu tego narzucać: nie wszyscy chcą, żeby sąsiedzi oglądali pod ich domem firmowy samochód rozwijający pieluchy. Jeśli zaś pacjent domu pomocy społecznej potrzebuje pieluch, to uprawniony lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, który ma umowę z kasą chorych, wypisuje mu zlecenie.

Rozporządzenia ministra zdrowia z 10 października 2001 roku (Dziennik Ustaw nr 121, pozycja 1313, 1314) ustalają zasady wystawiania zleceń ma środki pomocnicze i limity cenowe. Zlecenie wystawia pacjentowi lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, który ma podpisaną umowę z kasą chorych. Zlecenie na pieluchy dla chorych na nowotwory może również wypisać onkolog lub chirurg, a dla osób z chorobami

neurologicznymi, wadami rozwojowymi i upośledzeniem umysłowym - neurolog, urolog lub chirurg.

Komu za darmo, kto musi płacić

Przepisy precyzują, kiedy pacjent może otrzymać pieluchomajtki i pieluchy anatomiczne bezpłatnie i kiedy musi sam za nie płacić częściowo lub w całości. Bezpłatnie chory może otrzymać pieluchy anatomiczne, jeżeli ma rozpoznane dotychczas nowotworów, natomiast przy nietrzymaniu moczu z innych przyczyn przysługują pieluchomajtki z odpłatnością 30 proc. Pacjenci z nowotworami mogą zamiennie stosować pieluchomajtki zamiast pieluch anatomicznych, ale wtedy również płacą 30%. Ten, kto stale używa pieluch z refundacją, musi przedstawiać co miesiąc nowe zlecenie od lekarza.

Pieluchy mogą być zapisywane nie tylko dorosłym z nietrzymaniem moczu, ale także dzieciom powyżej 3 roku życia. Są dzieci z różnymi schorzeniami, które moczą się niezależnie od wieku. Potrzebują one więcej pieluch niż dzieci z moczeniem nocnym, którym wystarcza zazwyczaj 30 pieluch miesięcznie, stosowanych tylko na noc. O wielkości „przydziału” dla każdego pacjenta decyduje lekarz w zależności od schorzenia.

Na refundowane pieluchomajtki i pieluchy anatomiczne ustalono limity wartościowe i ilościowe. Limit wartościowy za komplet do 60 sztuk pieluchomajtek wynosi 90 zł, a dla pieluch

anatomicznych 77 zł. Jeśli weźmie się pod uwagę 30-procentowy udział własny pacjenta, to okazuje się, że musi on zapłacić 53,90 zł za pieluchy anatomiczne i 63 zł za pieluchomajtki.

Pieluchomajtki wydawane są w Polsce pacjentom od grudnia 1996 roku. Przed reformą służby zdrowia, zapoczątkowaną w 1999 roku, istniała refundacja pieluch, ale system działał inaczej, a obszar województwa wokół Warszawy był inny niż obszar obecnego województwa mazowieckiego. Początkowo pieluchy były wydawane w Zakładach Opieki Zdrowotnej (ZOZ). Każdy ZOZ ogłaszał przetarg, ale wybierał tylko jedną firmę dostarczającą pieluch. Zaopatrywał pacjentów wyłącznie na swoim terenie. Nowy system zaczął funk-

cjonować dopiero po reformie. „W pierwszym półroczu 1999 roku działaliśmy jeszcze według starego systemu. Do końca lipca 2000 zaopatrzenie prowadziły nadal ZOZ, a pacjenci byli informowani, że od sierpnia system się zmieni”, mówi Górecka.

Po reformie Mazowiecka Regionalna Kasa Chorych wybierała jednego dostawcę pieluch na zasadzie przetargu. Ponieważ pacjenci narzekali, że nie mają możliwości wyboru różnych produktów, ogłoszony został konkurs i od 2000 roku Kasa ma więcej partnerów. Umowy z Kasą podpisało w 2002 roku siedmiu dostawców: Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych SA,

Paul Hartmann Polska Sp. z o.o., SCA Hygiene Products Sp. z o.o., Sanimax, Roko, Gespar oraz Pofam Poznań.

Na terenie działania Mazowieckiej Regionalnej Kasy Chorych jest

materiały refundowane



pieluchomajtki



pieluchy anatomiczne

materiały nierefundowane

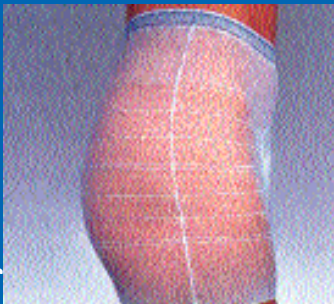
anatomicznie uformowany
wkład dla kobiet



anatomicznie uformowany
wkład dla mężczyzn



elastyczne majtki do
trzymania wkładów



majtki chłonne



podkłady chłonne



obecnie 400 punktów sprzedaży refundowanej pieluch. „Firmy zgłosiły, że zaopatrują łącznie 485 punktów sprzedaży, jednak niektóre apteki i sklepy mogą mieć asortyment kilku firm, a producenci liczą każdy taki adres oddzielnie”, mówi Górecka.

Przybywa zleceń na pieluchy

Liczba zleceń na pieluchomajtki i pieluchy anatomiczne zwiększyła się o 29 proc. w 2000 roku w porównaniu z 1999 rokiem, ale środki wydane na refundację przez Mazowiecką Regionalną Kasę Chorych wzrosły o 46 proc., ponieważ od października 1999 nastąpiła redukcja wysokości udziału własnego pacjenta z 50 proc. do 30 proc. Rosnąca liczba zleceń i wyższa refundacja dały tę większą kwotę. Z kolei w 2001 roku zlecenia wzrosły o 9 proc. w stosunku do 2000 roku, a wydatkowane środki finansowe wzrosły o 26 proc., ponieważ w lipcu 2000 roku nastąpiła zmiana limitów. Uchwałą Rady Kasy podniesiono je z 84 do 92 zł dla pieluchomajtek i z 73 do 75 dla pieluch anatomicznych.

W 2002 roku z pewnością będzie więcej zleceń na środki pomocnicze, jednak od 1 stycznia 2002 roku, rozporządzeniem ministra zdrowia, limity zostały obniżone: w tej chwili jest to 90 zł na pieluchomajtki i 77 zł na pieluchy anatomiczne, więc lekko wzrośnie udział własny pacjentów w zaopatrzeniu w te produkty.

Skąd pułap 60 pieluch dla pacjenta na miesiąc?

Ustawodawca przyjął założenie, że pacjent musi sam częściowo płacić za finansowanie środków pomocniczych. Całościowego zaopatrzenia pacjenta w pieluchy nie udźwignąłby budżet kas chorych. Od początku w przepisach przewija się limit do 60 sztuk pieluch miesięcznie.

„Zapewne ustalając ten limit założono, że taka liczba pieluch może pomóc pacjentowi, ale oczywiście nie jesteśmy w stanie zaspokoić w pełni potrzeb pacjenta”, mówi Górecka. To

jest tylko dodatkowa pomoc dla chorego - albo na noc, albo gdy wychodzi z domu. Górecka zwraca uwagę na to, że wprawdzie ludzie w Polsce są ubożsi niż na Zachodzie, gdzie te środki łatwiej kupić pacjentom za własne pieniądze, ale też budżety polskich kas chorych są mniejsze niż w innych krajach i nie wystarcza na refundację środków pomocniczych w takiej ilości, jaką faktycznie zużywa pacjent.

Wydatki Mazowieckiej Kasy Chorych na ten cel rosną z roku na rok, ponieważ coraz więcej pacjentów wie, że takie środki im przysługują i coraz więcej lekarzy wypisuje zlecenia na pieluchy i wkłady anatomiczne.

Dostępne statystyki publikowane przez Mazowiecką Regionalną Kasę Chorych nie wyodrębniają wydatków na środki pomocnicze. Wiadomo tylko, że w 2000 roku kasa wydała łącznie na świadczenia zdrowotne dla ubezpieczonych 2,8 mld zł, w tym wydatki na rozmaite środki pomocnicze (włącznie ze sprzętem ortopedycznym, protezami, okularami) stanowiły zaledwie 0,8 proc. Brak jest ostatecznych danych za 2001 rok. Plan na rok 2002 zakłada, że łączne wydatki na świadczenia zdrowotne wzrosną do 3,7 mld zł, z czego na wszystkie środki pomocnicze pójdzie 0,99 proc. tej sumy.

„Jeśli kasa chorych ma ograniczoną pulę pieniędzy na dofinansowanie pieluch, to zapewne lepiej byłoby przeznaczyć ją na pieluchy anatomiczne, które są tańsze od pieluchomajtek. Ale pacjent musi być przekonany, że tego chce”, mówi Górecka.

Na świecie ludzie chętniej używają pieluch anatomicznych, a nie pieluchomajtek. Te pierwsze są mniej widoczne pod ubraniem. W Polsce jest odwrotnie: chętniej są używane pieluchomajtki, być może dlatego, że u chorych leżących stanowią one skuteczniejsze zabezpieczenie.

Na początku 2000 roku Mazowiecka Regionalna Kasa Chorych wydała w nakładzie 10 000 egzemplarzy informator z przepisami dla osób korzystających z przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, adresowany do lekarzy i do pacjentów. Przygotowywana jest zaktualizowana edycja tego vademecum. W nowym wydaniu znajdą się

Wzrost liczby zleceń na pieluchomajtki i pieluchy anatomiczne w Mazowieckiej Regionalnej Kasie Chorych

Rok	1999	2000	2001	2002
liczba zleceń	86 592	121 483	133 461	-
wzrost procentowy zrealizowanych zleceń		29 %	9 %	-
wzrost procentowy wydatków		46 %	26 %	-
udział tych wydatków w budżecie Wydziału	20 %	27%	30 %	-
dystribucja	ZOZ do lipca 1999	3 firmy	5 firm	7 firm
	od lipca 1999 TZMO*	96 punktów	268 punktów	465 punktów

* Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych

Źródło: dane Mazowieckiej Regionalnej Kasy Chorych

wskazówki dla pacjentów, gdzie mogą szukać pomocy, wykaz firm dostarczających pieluchy na rynek oraz informacje o dostępnych środkach absorcyjnych i innych środkach pomocniczych. Górecka uważa, że coraz więcej ludzi wie o przysługujących jej uprawnieniach. Mogą nie znać nowych limitów lub wysokości udziału własnego, ale są świadomi, że takie świadczenie im się należy.

Zlecenia na pieluchy - z nadmiarem informacji o pacjentach

Bez zlecenia od lekarza chory nie może odebrać pieluch. „Zlecenie zawiera dane potrzebne do statystyk, ilu pacjentów i z jakim schorzeniem skorzystało z poszczególnych środ-

ków pomocniczych. Obecnie receptę na lek może wypisać również lekarz, który nie ma umowy z kasą chorych, natomiast nasze zlecenie może wypisać tylko lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, a więc musi być identyfikacja tego, kto je wystawił”, tłumaczy Górecka. Zlecenie Mazowieckiej Regionalnej Kasy Chorych zawiera szereg szczegółowych informacji o pacjencie. Niektórzy twierdzą, że jest ich zbyt wiele. Jeśli informacje o chorym trafią w niepowołane ręce, to tajemnica lekarska stanie się fikcją.

Część pacjentów nie wie jednak w ogóle, że takie świadczenie im przysługuje, część się wstydi i woli kupować pieluchy za własne pieniądze. Niektóre kobiety ratują się podpaskami stosowanymi podczas miesiączki, które nie zawsze zdają ega-

zamin. Pacjentki nie wiedzą o tym, że w aptece można kupić specjalne wkładki zbierające moc, które zawierają odpowiednie absorbenty.

Dla osób z problemem nietrzymania moczu przydatne są również cewniki. „Cewniki zewnętrzne, zakładane jak prezerwatywa, są chętnie stosowane przez młodych ludzi jeżdżących na wózku. Dla mężczyzn są one nawet wygodniejsze niż pieluchy. Do cewnika dołączany jest worek na moc, który w dogodnym momencie można opróżnić. Worki są różnej wielkości. Zaopatrzone w dłuższy dren i umocowane do uda albo do łydki chorego, są one niewidoczne pod ubraniem. Nawet niektórzy pacjenci chodzący z tego korzystają”, mówi Górecka.

Są dwa rodzaje worków: samoprzylepne i z paskiem mocującym - zależnie od tego, co pacjent wybierze. Worki są również dostępne na zlecenie - do 30 sztuk miesięcznie.

Operacje przywracające normalne funkcjonowanie pęcherza są finansowane przez kasy chorych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Brak jest zbiorczych informacji, ile przeznaczają na opłacanie tych operacji Mazowiecka Regionalna Kasa Chorych.

Wanda Jelonekiewicz

Jak wygląda współpłacenie pacjenta?

Limit na 60 pieluchomajtek (wyglądają jak pampersy dla dorosłych) wynosi 90 zł, jeśli udział Kasy w finansowaniu pieluch wynosi 70 proc., a pacjenta 30 proc., to pacjent płaci 27 zł, a Kasa 63 zł.

Pieluchy mogą być tańsze i droższe. Jeśli 60 sztuk kosztuje 105 zł (1 sztuka po 1,75 zł), to kasa nadal dopłaca 63 zł, a pacjent płaci 27 proc. oraz nadwyżkę wobec 90 zł, czyli 27 zł + 15 zł = 42 zł.

Jeśli 60 sztuk kosztuje 72 zł (1 sztuka po 1,20 zł), to pacjent płaci 21,60 zł, a kasa 50,40 zł.

warant 1	(cena 60 szt. pieluchomajtek)	90zł.	→	27zł	(cena dla pacjenta)
warant 2	(cena 60 szt. pieluchomajtek)	105zł.	→	42zł	(cena dla pacjenta)

Medycyna może pomóc pacjentom



Nietrzymanie moczu staje się w Polsce problemem społecznym. Część chorych ze wstydu i z niewiedzy nie leczy tej dolegliwości, mimo że medycyna zna skuteczne środki zaradcze.

Wielu pacjentów cierpi fizycznie i psychicznie. Kłopoty z pęcherzem mogą utrudniać wychodzenie z domu i uniemożliwiać pracę. Są starsze panie, które przez pół dnia nie piją żadnych płynów, jeśli muszą coś załatwić poza domem. Zażenowanie i skrępowanie towarzyszy chorym na co dzień. Alkoholizm i choroby nowotworowe przestały być tematem tabu. Nietrzymanie moczu jest nim nadal.

Nie wiadomo dokładnie, jaka jest skala problemu nietrzymania moczu w Polsce i jaki odsetek ludzi cierpi na tę dolegliwość. Wbrew potocznemu mniemaniu nie dotyczy ona wyłącznie zgrzybiałych staruszków. „Zajmujemy się nie tylko dorosłymi, ale także dziećmi z moczeniem nocnym i dziennym, dlatego mamy pacjentów w wieku od 3 lat do późnej starości”, mówi dr Piotr Radziszewski.

„Ocenia się, że nietrzymanie moczu (NTM) w różnej formie i nasileniu w krajach rozwiniętych dotyczy 10% populacji. Badania przeprowadzone w Anglii wykazały, że każda kobieta w ciągu swojego życia ma przynajmniej jeden epizod nietrzymania moczu”, dodaje dr Radziszewski. W Polsce nie były prowadzone badania epidemiologiczne, dotyczące tej dolegliwości.

Szacunkowe dane mówią o chorobowości rzędu 5%. Oznacza to, że taki odsetek Polaków cierpi na tę chorobę. Opierając się na danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) - według „Consultations on Urinary Incontinence”, WHO 2001 - trzeba brać pod uwagę czynniki ryzyka NTM, takie jak przede wszystkim płeć i wiek badanych oraz rodzaj badanej populacji. Istnieją też różnice między pacjentami z zakła-

dów opieki zdrowotnej i osobami mieszkającymi w domu. Wielu chorych trafia do domów opieki właśnie z powodu takich dolegliwości.

Wiadomo, że zapadalność, czyli liczba nowych przypadków na 100 000 mieszkańców przypadająca na rok wzrasta wraz z wiekiem: nietrzymanie moczu jest na przykład 2-3-krotnie częstsze u kobiet niż u mężczyzn. W ekstremalnych grupach badanych populacji, na przykład wśród kobiet w wieku powyżej 60 lat przebywających w zakładach opieki, NTM występuje w 60-70% przypadków. „Racjonalnie należy przyjąć, że około 30% kobiet i 5% mężczyzn po 60 roku życia ma problemy z NTM. Myślę, że ogólnie ta dolegliwość może dotyczyć około miliona pacjentów w naszym kraju”, ocenia dr Piotr Dobroński.

Pacjenci nie wiedzą, gdzie szukać pomocy, lekarze twierdzą, że wszystkiemu winna jest starość

Dane światowe wskazują, że świadomość chorych co do możliwości leczenia jest bardzo niska. Wielu z nich, podobnie jak w przypadku przerostu prostaty, sądzi, że jest to problem nieuchronnie związany z wiekiem. Są przekonani, że nie ma skutecznego sposobu leczenia NTM.

„Nietrzymanie moczu jest problemem marginalizowanym przez pacjentów”, mówi dr Radziszewski. Na dodatek bardzo często lekarze pierwszego kontaktu informują, że jest to problem nierozzerwalnie związany ze starzeniem i przekonują, że należy go zaakceptować i pogodzić się z tą dolegliwością. Według badań opublikowanych w „British Medical Journal”, 42 proc. lekarzy ogólnych nigdy nie korzysta

z konsultacji urologicznych. Zdaniem dr Radziszewskiego, więcej wiedzą o tym problemie mężczyźni niż kobiety, ponieważ mężczyźni częściej zgłaszają się do urologa.

Stosunek do nietrzymania moczu jest też jest bardzo silnie uwarunkowany kulturowo, niemniej jednak na ogół jest to schorzenie postrzegane jako wstydlive. Wpływa ono znacząco na obniżenie jakości życia, utrudnia lub uniemożliwia pracę zawodową, odcina ludzi od kontaktów towarzyskich, rozrywek kulturalnych i w ostateczności nieleczone prowadzi do całkowitej alienacji. Sytuację pogarsza fakt, że chorzy - a głównie chore - mówią szczerze lekarzowi o tej dolegliwości dopiero w okresie dużego nasilenia objawów i znacznego pogorszenia jakości życia. Wtedy trudniej jest im pomóc, niż we wczesnym okresie choroby.

Ile osób i w jakim wieku szuka pomocy specjalisty urologa lub ginekologa?

Kłopoty z pęcherzem - to częsty problem w ogólnej ambulatoryjnej praktyce urologicznej i ginekologicznej. „Na tego rodzaju dolegliwości skarżą się około 10-15% badanych pacjentów. Natomiast w przychodniach, do których zgłaszają się pacjenci ze schorzeniami neurologicznymi, odsetek ten jest znacznie wyższy”, mówi dr Dobroński. Najczęściej są to kobiety w wieku ponad 50 lat, cierpiące na tak zwane wysiłkowe nietrzymanie moczu (WNM).

Rzadsze jest nietrzymanie moczu z parć naglających, jednakże powoduje ono większe upośledzenie jakości życia. Ta dolegliwość występuje także u młod-

szych chorych, a jej częstość występowania wzrasta wraz z wiekiem. U mężczyzn przyczyną nietrzymania moczu jest zazwyczaj schorzenie gruczołu krokowego (prostaty) lub wcześniejsza operacja tego narządu, bądź też schorzenia neurologiczne.

Do pracowni Urodynamicznej Kliniki Urologii Akademii Medycznej w Warszawie każdego

Nietrzymanie moczu typu parcia naglącego, czyli tak zwany pęcherz nadreaktywny, leczone jest różnymi lekami doustnymi o działaniu antycholinergicznym, toksynami - na przykład toksyną botulinową, czy też odpowiednio dobranymi elektrostymulacjami mięśni pęcherza.

Z kolei wysiłkowe nietrzymanie moczu, czyli brak kontroli nad zwieraczami pęcherza

Alkoholizm i choroby nowotworowe przestały być tematem tabu. Nietrzymanie moczu jest nim nadal.

miesiąca zgłasza się 15-20 pacjentów z takimi dolegliwościami, z tego 75% stanowią kobiety.

Dr Radziszewski zwraca jednak uwagę na to, że wywiad w diagnostyce nietrzymania moczu ma bardzo niską czułość, wynoszącą około 60%. Tylko tyle osób przyznaje się lekarzowi do tej dolegliwości.

Co może zaproponować urolog?

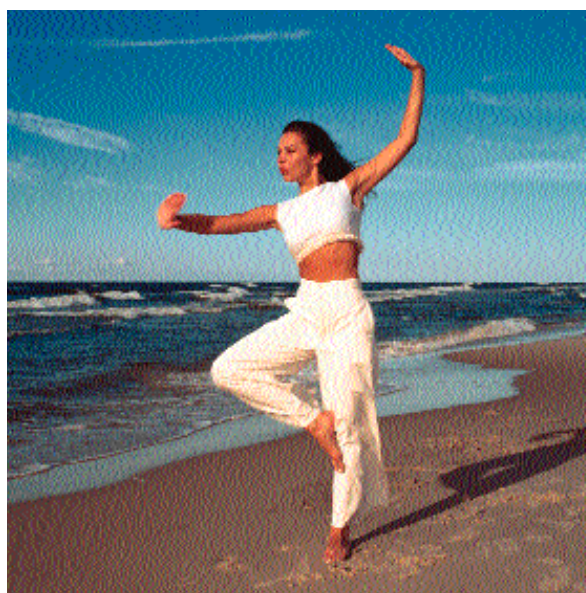
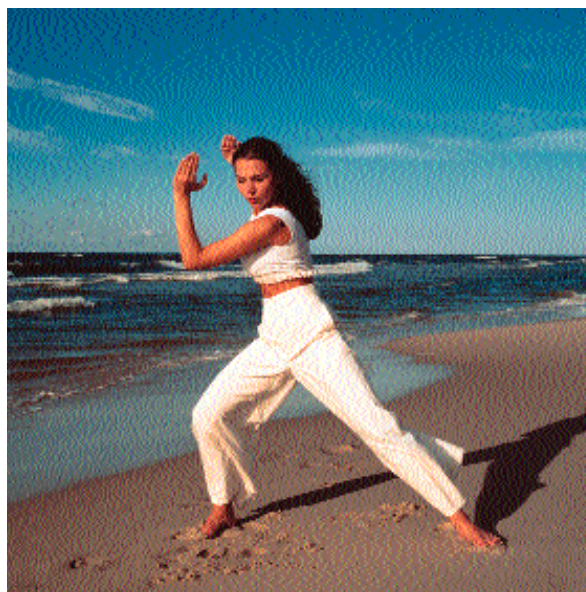
Dobór metod leczenia jest ściśle zależny od typu nietrzymania moczu, rodzaju nietrzymania moczu i jego stopnia nasilenia, a także od skuteczności wcześniejszego lub wcześniejszych sposobów leczenia. Punkt wyjścia - to oczywiście dokładna diagnostyka przyczyn nietrzymania moczu. „Inne leczenie proponujemy chorym z pierwotnym nietrzymaniem moczu z parć - kiedy dużą szansę powodzenia ma leczenie farmakologiczne, inne - chorym z pierwotnym wysiłkowym nietrzymaniem moczu (WNM) małego nasilenia, gdzie mogą być pomocne leki i ćwiczenia rehabilitacyjne, a jeszcze inne - chorym z niedomogą zwieracza i ciężkim nietrzymaniem moczu, kiedy tylko agresywne leczenie operacyjne może zagwarantować sukces w 70-80 procentach”, tłumaczy dr Dobroński.

w czasie kaszlu, kichania, ćwiczeń fizycznych wymaga leczenia operacyjnego, a jedynie w najłagodniejszej formie można podjąć próbę leczenia zachowawczego przy pomocy ćwiczeń mięśni dna miednicy i stymulacji elektrycznej. Pojawiły się też nowe leki doustne - obecnie na etapie prób klinicznych - które mogą być stosowane w leczeniu bardziej zaawansowanych postaci wysiłkowego nietrzymania moczu.

Refundacja leków i operacji przez kasy chorych - nie dla wszystkich

Obecnie chorzy ubezpieczeni mają zagwarantowane opłacenie przez kasy chorych operacji, usuwającej nietrzymanie moczu. Nie dotyczy to wykonania u pacjenta sztucznego zwieracza: w wypadku takiej operacji należy się ubiegać o import docelowy, po jego uzyskaniu operacja jest refundowana.

W 2002 roku kasy chorych rozpoczęły także rozsądną - dla placówek służby zdrowia - refundację kosztów najpopularniejszej obecnie metody lecze-



Nietrzymanie moczu - to objaw różnych chorób. Istnieją różne rodzaje nietrzymania moczu, które mogą być spowodowane przez rozmaite schorzenia, na przykład uraz rdzenia kręgowego, stwardnienie rozsiane, osłabienie dna miednicy.



nia wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet, zwanej TVT (*tension-free vaginal tape*). Polega ona na podparciu cewki moczowej za pomocą specjalnej elastycznej taśmy, która jest zakładana operacyjnie.

O ile refundacja leczenia operacyjnego przedstawia się nienajgorzej, bowiem refundowane są rozmaite zabiegi, w tym - minimalnie inwazyjne, o tyle refundacja leków stosowanych jako leczenie z wyboru w nietrzymaniu moczu typu parcia naglącego zdaniem dr Radziszewskiego wygląda tragicznie. „Żaden z leków antycholinergicznych nie jest refundowany, a mówimy przecież o leczeniu schorzenia przewlekłego, kosztującym od 50 do 200 zł miesięcznie. Jeśli chodzi o choroby neurologiczne, jedynie w stwardnieniu rozsianym jeden preparat antycholinergiczny jest objęty 50-procentową refundacją”, mówi dr Radziszewski.

Ta sytuacja powoduje, że pacjenci wolą stosować środki zabezpieczające, niż kupować drogie leki. Wybierają więc pieluchy zamiast leczenia. A tymczasem w badaniach farmakoekonomicznych przeprowadzonych w USA wykazano, że takie postępowanie jest znacznie droższe, niż właściwe leczenie przyczynowe.

Na ogół chorzy wiedzą o środkach pomocniczych, które mogą otrzymać na zlecenie lekarza, z refundacją kasy chorych. O możliwości ich refundacji wiedzą sporo głównie pacjenci z tak zwanymi neurogennymi zaburzeniami oddawania moczu, a także rodziny pacjentów z domów opieki. Natomiast znacznie mniej chorych w młodszy wiek zdaje sobie sprawę, że istnieją produkty zabezpieczające przed skutkami „awarii” pęcherza.

W odczuciu lekarzy, limity środków zabezpieczających, przyznawanych do pełnej refundacji są zbyt małe. „W ostatnich miesiącach dotarły do mnie także głosy chorych, że istnieją trudności w realizacji zleceń na standardowe miesięczne ilości zabezpieczeń, jeśli pacjent nie ma wyczerpującego uzasadnienia lekarz ogólnego i szczegółowego rozpoznania urologa”, mówi dr Dobroński.

Wanda Jelonekiewicz

Jak prawo reguluje dostęp pacjenta do środków pomocniczych?



Rafał Zgórza

Kancelaria M. Mazurek i Partnerzy

Na podstawie zlecenia uprawnionego lekarza ludzie ciężko chorzy mogą dostać raz na miesiąc bezpłatnie lub z częściową odpłatnością do 60 pieluch. Pozostali ubezpieczeni mogą je kupować tylko za pełną cenę.

Przepisy prawne i praktyka kas chorych

Pacjent cierpiący na nietrzymanie moczu lub kału może korzystać z rozmaitych produktów, służących do usuwania skutków tych dolegliwości. Są to pieluchy anatomiczne, pieluchomajtki, cewniki, specjalne worki. System zaopatrzenia we wszystkie te produkty w Polsce regulowany jest obecnie przez wiele ustaw i aktów wykonawczych, których spójności niekiedy trudno się dopatrzeć. Tworzy się niejasne i utrudniające życie przepisy, które komplikują życie ubezpieczonym pacjentom i producentom. Niebagatelną sprawą jest również praktyka kas chorych, które rozmaicie interpretując przepisy, kreują w praktyce własne „regionalne” prawo, odmienne na obszarze działania każdej z kas.

Kłopoty z definicją

Obecnie produkty dla chorych z nietrzymaniem moczu traktowane są jak środki pomocnicze. Ale problem polega na tym, że brakuje definicji środka pomocniczego. Produkty, które są uznawane za środki pomocnicze, ustalił minister zdrowia w załączniku nr 3 do rozporządzenia z 10 października 2001 roku w sprawie limitu cen dla przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych i leczniczych środków technicznych. (Dz. U. Nr 121, poz. 1313). W grupach od 8 do 16 wymieniono rodzaje

produktów dla chorych z nietrzymaniem moczu i kału. Rozporządzenie to jest jedyną podstawą prawną do uznania określonych produktów za środki pomocnicze.

Materiały służące zapobieganiu skutkom wadliwej mikcji zwieraczy nie mogą być uznane za materiały medyczne, gdyż zdaniem Ministerstwa nie spełniają przesłanek „Ustawy z dnia 10 czerwca 1991 roku o środkach farma-

one z powłokami ciała, nie można ich uznać za materiały medyczne, gdyż nie stosuje się ich dla celów leczniczych, zapobiegawczych bądź diagnostycznych, a takie warunki stawia art. 2 ust. 2 pkt 5 „Ustawy o materiałach medycznych”.

Produkty te nie służą leczeniu ani diagnostyce, nie są też materiałem, który pomaga zapobiegać powstawaniu choroby. Zgodnie z art. 31 „Ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku o po-

„Ustawa z dnia 10 czerwca 1991 roku o środkach farmaceutycznych, materiałach medycznych, aptekach, hurtowniach i Inspekcji Farmaceutycznej” definiuje w art. 2 ust. 2 materiały medyczne.

Wymieniono w niej:

- 1) materiały i preparaty opatrunkowe przeznaczone dla celów medycznych i weterynaryjnych oraz środki ich mocowania,
- 2) chirurgiczne materiały szewne,
- 3) materiały stomatologiczne,
- 4) środki dezynfekcyjne stosowane w medycynie i weterynarii,
- 5) surowce, półprodukty i wyroby przeznaczone do czasowego lub trwałego stykania się z powłokami ciała (w tym środki antykoncepcyjne) lub do pozostawiania w tkankach w związku z ich stosowaniem dla celów leczniczych, zapobiegawczych bądź diagnostycznych u ludzi i zwierząt (z wyjątkiem instrumentów chirurgicznych i weterynaryjnych),
- 6) opakowania bezpośrednie środków farmaceutycznych i materiałów medycznych.

ceutycznych, materiałach medycznych, aptekach, hurtowniach i Inspekcji Farmaceutycznej” (Dz. U. Nr 105, poz. 452 ze zmianami). Dalej nazywamy ją „Ustawą o materiałach medycznych”.

Produkty dla chorych z nietrzymaniem moczu nie należą do żadnej z wymienionych grup. Mimo że stykają się

wszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym” (Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zmianami), środki pomocnicze mają na celu zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie, a więc służą pacjentom do zapewnienia komfortu fizycznego i psychicznego. Tym samym pomagają w łagodzeniu skutków istniejących

defektów stanu zdrowia pacjenta. Dla pełnej informacji podać należy, że na przykład pieluchomajtki uznawane są przez niektórych specjalistów za wyroby służące również zapobieganiu zakażeniom dróg moczowych. Teza ta została jednak negatywnie oceniona przez twórców przepisów i w efekcie pieluchomajtki oraz inne środki pomocnicze znalazły się - co kuriozalne - w tej grupie, co soczewki, protezy i materace odleżynowe. Samo to zestawienie uwidocznia brak jakichkolwiek cech wspólnych między środkami niezbędnymi przy nietrzymaniu moczu, stosowanymi kilka razy dziennie i wymagającymi troski i obsługi własnej ubezpieczonego, a materiałami takimi, jak okulary czy protezy, w które ubezpieczony zaopatruje się nie częściej niż raz na rok.

Tej różnicy nie widzi ustawodawca, a może raczej minister zdrowia i ciska do jednego worka produkty o rozmaitym zastosowaniu, narzucając równocześnie jednolity dla wszystkich model dystrybucji. Ustawodawca pośrednio przyjmuje, że ubezpieczony nie potrafi sam sobie dobrać odpowiednich pieluch. Dodatkowo zakłada się, że dobór ten następuje co miesiąc, tak jakby co miesiąc istotnie zmieniały się rozmiary i zapotrzebowania ubezpieczonego.

Produkty ułatwiające funkcjonowanie chorym z nietrzymaniem moczu mogłyby zostać uznane za materiały medyczne, mimo że nie spełniają wymogów „Ustawy o materiałach medycznych”. Kompetencje do takiego uznania ma minister zdrowia na podstawie art. 2 ust. 3 tejże ustawy. Po zasięgnięciu opinii samorządu lekarskiego, aptekarskiego i lekarzy weterynarii może on uznać za środki farmaceutyczne i materiały medyczne inne środki i materiały, niż wymienione w tej ustawie. Minister nie skorzystał dotychczas z tego upoważnienia.

Bałagan w nazewnictwie

Podczas prób określenia asortymentu wyrobów, który przysługuje pacjentom z nietrzymaniem moczu, pojawiają się problemy. Producentom

pozostawiono dosyć dużą swobodę w nadawaniu nazw swoim produktom. Brak jest ogólnych kryteriów, które charakteryzowałyby każdy z nich. I tak na przykład niektórzy używają na określenie pewnych produktów nazwy „wkłady”, podczas gdy inni identyczny przedmiot mianują „pieluchą anatomiczną”. W konsekwencji jeden produkt przeznaczony dla osób z problemem nietrzymania moczu, które są sprawne ruchowo, będzie traktowany przez kasę chorych jako środek pomocniczy, a inny nie. Decydować będzie nazwa nadana przez producenta.

Jeszcze inne zdanie na temat pieluchomajtek ma Główny Inspektor Farmaceutyczny. Jego zdaniem pieluchomajtki i pieluchy anatomiczne są materiałami medycznymi (a nie środkami pomocniczymi). Główny Inspektor Farmaceutyczny w piśmie z 23. 04. 1999 r. dokonał interpretacji przepisów na własne potrzeby, kierując się wyłącznie kryterium jakości dystrybucji, która powinna być prowadzona wyłącznie w aptekach i placówkach sieci pozaaptecznej. Podobne stanowisko zajmuje Instytut Leków i Izba Gospodarcza „Apteka Polska”.

Pieluchy - dostępne głównie w aptekach

Produkty dla osób z nietrzymaniem moczu traktowane są przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego jako materiały medyczne, dlatego są one dostępne przede wszystkim w aptekach. Sprawę obrotu pozaaptecznego reguluje obecnie rozporządzenie ministra zdrowia z 21 września 2001 r. w sprawie obrotu detalicznego środkami farmaceutycznymi i materiałami medycznymi poza aptekami (Dz. U. Nr 116, poz. 1249). Na podstawie tego rozporządzenia obrót omawianymi produktami dopuszczony jest w sklepach zielarsko - drogowych i w sklepach specjalistycznych zaopatrzenia medycznego. Jednocześnie to samo rozporządzenie wyłącza prowadzenie sprzedaży w supermarketach. Tyle na ten temat mówi prawo. Odrębną sprawą jest dostępność produktów dla pacjentów. Niektóre kasy chorych dopuszczają sprzedaż we

wszystkich aptekach - jest to tak zwany system otwarty. Inne wymagają, aby sprzedaż odbywała się jedynie w wybranych punktach na terenie województwa.

Ulgowe pieluchy raz na miesiąc

Środki pomocnicze przysługują ubezpieczonemu bezpłatnie, za częściową odpłatnością albo odpłatnie na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (art. 47 „Ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym”). Wspomniane wyżej rozporządzenie ministra zdrowia mówi, że przy określonych chorobach osobom ubezpieczonym przysługują bezpłatnie lub za częściową odpłatnością środki pomocnicze w liczbie określonej na miesiąc, na przykład do 90 sztuk worków jednorazowego użycia i do 60 pieluch anatomicznych. Te dosyć lakoniczne regulacje powodują, że kasy chorych mają szeroki wachlarz możliwości interpretowania przepisów w sposób dla nich najbardziej dogodny.

Problem praktyczny stwarza zapis rozporządzenia ministra zdrowia, który wprowadził miesięczną częstotliwość nabywania środków pomocniczych. Zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego jest ważne z reguły przez 30 dni. Jeżeli przyjmiemy, że pacjent otrzymał jedno zlecenie 20 stycznia (więc jest ważne do 19 lutego), a drugie - 14 lutego, to teoretycznie może on 15 lutego zrealizować oba zlecenia równocześnie. Sprawa, z pozoru prosta, jest różnie interpretowana przez kasy chorych. Niektóre kasy przyjmują, że zlecenie może być zrealizowane do końca miesiąca, w którym zostało wystawione. Pacjent może więc zrealizować zlecenie wystawione 15 stycznia tylko do 31 stycznia. Inne kasy przyjmują, że nie jest możliwe zrealizowanie dwóch zleceń w jednym miesiącu. Nie informują jednak o tym pacjentów. Dopiero pacjent pojawiający się w aptece dowiadyuje się, że nie może odebrać dwóch zleceń w jednym miesiącu, gdyż kasa honoruje tylko jedno zlecenie na miesiąc.

Prawo pacjenta do ochrony informacji o stanie zdrowia a treść zleceń

Uprawnienie do bezpłatnego otrzymania środków pomocniczych przysługuje jedynie pacjentom cierpiącym na niektóre rodzaje schorzeń. Lekarz ma obowiązek określić w zleceniu, co jest podstawą wystawienia dokumentu na zaopatrzenie w te produkty. W praktyce powstaje zagadnienie, jak bardzo szczegółowa musi to być informacja. Niektóre kasy wymagają jedynie użycia kodu z klasyfikacji chorób ICD - 10. Oznacza to, że na zleceniu będzie widniała jedynie informacja w postaci jednej litery i dwóch cyfr (np. C17). Inne wymagają szczegółowego opisu choroby. Wtedy lekarze muszą zastąpić oznaczenie kodowe - informacją słowną, że pacjent cierpi na przykład na nowotwór złośliwy jelita cienkiego.

Oczywiście użycie tylko kodu zapewnia pacjentowi o wiele większy komfort i dyskrecję, niż wpisanie na zleceniu pełnej informacji o chorobie. Ze zleceniem udaje się on przecież do apteki. Poza tym inne wymagania kas naruszają obowiązujące prawo. Dane dotyczące stanu zdrowia objęte są tajemnicą lekarską i jako takie mogą być ujawniane jedynie wąskiemu kręgowi osób: pacjentowi i jego najbliższej rodzinie (art. 31 „Ustawy o zawodzie lekarza”, Dz. U. Nr 28, poz. 152 ze zmianami). Inne osoby mogą uzyskać taką informację jedynie za zgodą pacjenta.

Zakres danych, które przetwarzają świadczeniodawcy, czyli w tym wypadku producenci i dystrybutorzy, określa rozporządzenie ministra zdrowia z 11 października 2001 roku w sprawie zakresu niezbędnych danych gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych danych oraz ich udostępniania kasom chorych (Dz. U. nr 121, poz. 1318). Pozwala ono podmiotom, które udzielają świadczeń zdrowotnych, na posługiwanie się jedynie kodem ICD - 10 (β 2 ust. 1 pkt 10 tego rozporządzenia). Świadczeniodawcy nie są więc uprawnieni do przetwarzania szczegółowych informacji o chorobach pacjentów. Tym bardziej nie ma podstaw, aby

takie dane uzyskiwała od nich kasa chorych. Przeciwno takiej praktyce opowiada się również Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych.

Wszystkie kasy chorych stosują procedury potwierdzeń prawa do nabywania środków pomocniczych, czyli de facto potwierdzenia ubezpieczenia. Oznacza to, że pacjent musi regularnie chodzić do kasy chorych i potwierdzać swoje prawo do nabycia środków pomocniczych. Tylko w jednej kasie chorych zlecenie jest ważne cały rok. W innych kasach okres ważności zlecenia waha się od 1 do 6 miesięcy. Z taką też częstotliwością pacjent musi potwierdzać w kasie chorych swe uprawnienia do kupna środków pomocniczych.

Trudności producentów

Niezbędna sytuacja prawna sprawia dość dużo kłopotów producentom i dystrybutorom. Obowiązujące prawo nakłada na nich obowiązki, których spełnienie powoduje tworzenie sztucznych tworów prawnych. Zgodnie z art. 3 pkt 14 „Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej” (Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zmianami), zaopatrzenie w środki pomocnicze uznaje się za świadczenia zdrowotne. Świadczenia te mogą być wykonywane jedynie przez zakłady opieki zdrowotnej lub osoby wykonujące zawód medyczny. Oznacza to, że producent (dystrybutor), który przeważnie jest spółką prawa handlowego, musi powołać zakład opieki zdrowotnej do prowadzenia dystrybucji. Z założenia zakłady opieki zdrowotnej powoływane są do udzielania typowych świadczeń zdrowotnych. W takiej formie działają więc szpitale, przychodnie, ośrodki zdrowia. Zakład opieki zdrowotnej musi spełniać pewne wymagania szczególne. Jego pomieszczenia muszą być odpowiednio wyposażone. Rozporządzenie ministra zdrowia i opieki społecznej z dnia 21.09.1992 roku wymaga, aby zakład opieki zdrowotnej spełniał surowe wymagania sanitarne. Konieczne jest także przystosowanie architektoniczne pomieszczeń do wykonywania świadczeń zdrowotnych.

Świadczeń zdrowotnych w zakładzie mogą udzielać jedynie osoby wykonujące zawód medyczny, czyli np. lekarz

lub pielęgniarka. W wypadku dystrybucji środków pomocniczych ta norma nie jest oczywiście spełniana, skoro większość asortymentu jest sprzedawana w aptekach.

Będzie zmiana obowiązującego prawa

Prawdopodobnie z dniem 1 października 2002 roku wejdzie w życie dwukrotnie odroczony w czasie pakiet ustaw farmaceutycznych, w tym „Ustawa z dnia 27 lipca 2001 roku o wyrobach medycznych” (Dz. U. Nr 126, poz. 1380). Wyroby obecnie klasyfikowane jako środki pomocnicze, należałyby po wprowadzeniu nowych ustaw traktować jako wyroby medyczne i tylko jako takie powinny być dostępne ubezpieczonym, w ramach świadczeń zdrowotnych.

Zgodnie z nową regulacją, przez wyrób medyczny należy rozumieć wszelkie narzędzia, przyrządy, aparaty, sprzęt, materiały i inne artykuły stosowane samodzielnie lub w połączeniu z niezbędnym wyposażeniem i oprogramowaniem.

Wyroby medyczne muszą służyć do jednego z podanych niżej zadań:

- 1) diagnozowania, zapobiegania, monitorowania, leczenia lub łagodzenia przebiegu chorób,
- 2) diagnozowania, monitorowania, leczenia, łagodzenia skutków urazów lub upośledzeń,
- 3) prowadzenia badań, korygowania budowy anatomicznej lub procesów fizjologicznych,
- 4) regulacji poczęć.

O wprowadzeniu produktu do kręgu wyrobów medycznych zadecyduje producent, który nadaje swojemu produktowi odpowiednie przeznaczenie. Wyroby medyczne muszą zostać wpisane do Rejestru Wytwórców i Wyrobów Medycznych. Według obecnie obowiązującej wersji „Ustawy o wyrobach medycznych”, przedsiębiorca będzie musiał zgłosić swoje produkty do Rejestru niezwłocznie po wprowadzeniu ich do obrotu. W jednym z projektów nowelizacji tej ustawy wprowadza się zmianę tego przepisu i obowiązek zgłoszenia produktów do rejestru przed wprowadzeniem ich do obrotu. Tak

więc warunkiem koniecznym uznania produktu za wyrób medyczny prawdopodobnie będzie zgłoszenie go do Rejestru Wytwórców i Wyrobów Medycznych.

Zgodnie z art. 26 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 roku „Przepisy wprowadzające ustawę - Prawo farmaceutyczne”, „Ustawę o wyrobach medycznych” oraz „Ustawę o Urzędzie Rejestracji Wyrobów Medycznych, Produktów Leczniczych i Produktów Biobójczych” (Dz. U. Nr 126, poz. 1382 ze zmianami) ilekroć w obowiązujących przepisach jest mowa o materiałach medycznych należy przez to rozumieć wyroby medyczne. Na podstawie tego przepisu, środki pomocnicze uznane za wyrób medyczny otrzymają taki status, jaki obecnie posiadają materiały medyczne. Spowoduje to diametralną zmianę w sposobie ich dystrybucji.

Zasadą jest, że dystrybucja leków i materiałów medycznych odbywa się z reguły bezpośrednio do ubezpieczonych (art. 35 „Ustawy z 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym”). Artykuły te mogą być również dostarczane przy okazji realizacji świadczeń zdrowotnych (art. 36 tejże ustawy). Zaopatrzenie w leki i materiały medyczne przysługuje ubezpieczonemu na podstawie recepty wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Ten system znacznie zwiększy dostępność produktów dla osób potrzebujących. Producent lub dystrybutor sam zadecyduje, w których aptekach czy punktach obrotu pozaaptecznego zechce umieścić swoje produkty. Znikną istniejące w tej chwili odgórne ustalenia kas chorych odnośnie miejsc nabywania środków pomocniczych.

Ponadto o konieczności zastosowania środków ułatwiających funkcjonowanie chorym z nietrzymaniem moczu będzie decydował jedynie lekarz. Pacjenci nie będą już musieli za każdym razem potwierdzać swojego prawa do ich nabycia w kasie chorych. Nowe uregulowania zwiększą więc znacznie dostępność tych produktów dla pacjentów.

Przy dystrybucji bezpośredniej apteka otrzymuje refundację ceny sprzedanego materiału medycznego. A więc uznanie produktów dla osób z nietrzymaniem moczu za wyrób medyczny (i tym samym za materiał medyczny) może spowodować, że produkty te będą sprzedawane bezpośrednio w aptekach, bez kontraktu z Regionalną Kasą Chorych, bez konieczności prowadzenia ZOZ przez producenta lub dystrybutora.

Dla zapewnienia dystrybucji bezpośredniej, niezbędne jest ustalenie kwot refundacyjnych na te artykuły. Takie określenie powinno nastąpić na podstawie art. 39 „Ustawy z 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym”. Zgodnie z tym przepisem, minister zdrowia, po zasięgnięciu opinii kas chorych, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Aptekarskiej, wyda rozporządzenie, zawierające wy-

punktu widzenia nie ma różnicy, czy zaopatruje się ubezpieczonych w strzykawki, test paskowy do oznaczania poziomu glukozy we krwi, czy w cewniki. Po każdy z tych produktów pacjent musi się udać do apteki. Jednak dwa pierwsze uznawane są już dziś za materiały medyczne. Pacjent przebywa jedynie drogę do lekarza i do apteki. Jeśli natomiast jest zmuszony do posługiwania się środkami pomocniczymi, musi się w nie zaopatrywać w skomplikowany sposób, opisany powyżej.

Postulat umieszczenia w rozporządzeniu ministra zdrowia środków pomocniczych na liście wyrobów, które ze względu na określone choroby mogą być przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością, nie jest fanaberią. Środki te zapewniają osobom przewlekle chorym możliwość funkcjonowania w społeczeństwie z zachowaniem godności. W za-

leżności od nasilenia choroby, środki pomocnicze mogą umożliwiać aktywne funkcjonowanie, czy odpowiednie utrzymanie higieny. Przede wszystkim jednak chronią zdrowie pacjentów, gdyż nie dopuszczają do powstania kolejnych zakażeń i pogorszenia przez to stanu zdrowia. Zadania środków pomocniczych w niczym nie ustępują wspomnianym wyżej produktom dla osób cierpiących na cukrzycę.

Zostały jednak potraktowane przez ustawodawcę po macoszemu. Ostatnio przygotowano nowy projekt rozporządzenia pomija środki pomocnicze.

Obecnie trudno powiedzieć, jaki będzie stosunek nowego prawa farmaceutycznego do prawa dotychczas istniejącego. Przede wszystkim nasuwa się pytanie, w jaki sposób ubezpieczeni będą mieli dostęp do wyrobów medycznych. Należy tylko mieć nadzieję, że ustawodawca postara się przy okazji przeprowadzania „remanentu” w przepisach wprowadzić do obowiązującego prawa medycznego więcej ładu.

WYROBY MEDYCZNE MUSZĄ SŁUŻYĆ DO:

- 1) diagnozowania, zapobiegania, monitorowania, leczenia lub łagodzenia przebiegu chorób,
- 2) diagnozowania, monitorowania, leczenia, łagodzenia skutków urazów lub upośledzeń,
- 3) prowadzenia badań, korygowania budowy anatomicznej lub procesów fizjologicznych,
- 4) regulacji poczęć.

kaz chorób i spis materiałów medycznych, które ze względu na choroby określone w wykazie, mogą być przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością, uwzględniając konieczność zapewnienia ochrony zdrowia społeczeństwa, a także możliwości płatnicze systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Włączenie produktów dla chorych na nietrzymanie moczu do systemu dystrybucji ogólnodostępnej musi mieć podstawę w podanym wyżej rozporządzeniu.

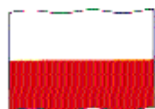
Takie rozwiązanie znacznie uprościłoby system zaopatrzenia i nadało mu większą przejrzystość. Z praktycznego

Refundacja pieluch w innych krajach

W Polsce limit dla jednego pacjenta wynosi do 60 sztuk miesięcznie, czyli 2 pieluchy dziennie, co jest liczbą niewystarczającą. Według standardów międzynarodowych chory powinien mieć do dyspozycji ze względów higienicznych przynajmniej 2 pieluchy na dzień i jedną o zwiększonej chłonności na noc, czyli 90 sztuk miesięcznie.

Tak oceniają zapotrzebowanie pacjentów cztery stowarzyszenia: *International Continence Society, Continence Promotion Committee, Association for Continence Advisors, Inco Forum*.

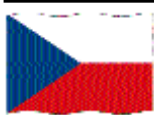
Najbardziej znane są u nas dwa ty-



py wyrobów: pieluchomajtki jak dla dzieci, od strony zewnętrznej pokryte plastikiem, z „rzepami“ do zapinania z boku oraz pieluchy anatomiczne, przypominające powiększone podpaski dla kobiet. Pieluchy dla dorosłych, podobnie jak dziecięce, sprzedawane są w kilku rozmiarach, zależnie od wagi ciała. W aptekach można też znaleźć - już nie objęte refundacją - nieduże wkładki dla kobiet o mniej nasilonych dolegliwościach i specjalne trójkątne małe pieluchy dla mężczyzn.

Poszukiwanie oszczędności budżetowych może spowodować tendencję do cięcia wydatków na pieluchy. Tymczasem w innych krajach wychodzi się z założenia, że dostęp do materiałów absorpcyjnych nie powinien być ograniczany, ponieważ chronią one pacjentów przed następnymi schorzeniami i umożliwiają im w miarę normalne funkcjonowanie.

W Czechach lekarz podstawowej opieki zdrowotnej przepisuje odpowied-



nie środki pomocnicze choremu cierpiącemu na nietrzymanie moczu. Wszystkie środki absorpcyjne objęte są systemem refundacji, a więc pomoc obejmuje pacjentów o różnym nasileniu dolegliwości. System refundacji umożliwia pacjentowi zakup produktów o określonej wartości: za limit wartościowy chory może otrzymać około 80 bezpłatnych pieluchomajtek miesięcznie.

Na Słowacji lekarz pierwszego kon-



taktu przepisuje środki pomocnicze. Istnieje jeden system refundacji w całym kraju. Pacjent nic nie dopłaca do produktów refundowanych, przysługuje mu do 60 pieluch miesięcznie w cenie od stanowiącej ekwiwalent od 2,6 do 4,9 zł za sztukę, albo do 150



sztuk innych produktów.

Na Węgrzech wszystkie produkty refundowane są w liczbie do 120 sztuk, przy czym pacjent płaci za nie 15 proc. ceny. Najubożsi otrzymują je za darmo.



W Holandii pacjent otrzymuje bezpłatnie 5 sztuk wybranych produktów dziennie. Lekarz jest odpowiedzialny za diagnozę schorzenia i dobranie grupy produktów najlepszej dla pa-

cjenta. Za dobór produktu o właściwych rozmiarach i chłonności odpowiada personel apteki.



W Szwecji chory otrzymuje bezpłatnie potrzebne produkty, bez żadnych ograniczeń ilościowych. Pielęgniarki środowiskowe odpowiedzialne są za dobór odpowiednich środków absorpcyjnych. Szwedzi obliczyli w 1995 roku, że opieka nad pacjentem z NTM kosztuje w domu 15 dolarów dziennie, a w szpitalu aż 980 dolarów dziennie.

W Wielkiej Brytanii funkcjonuje



stabilny system NHS (National Health Service), w którym poszczególne wydziały opieki zdrowotnej w urzędach lokalnych ewidencjonują przebywające w domu osoby z nietrzymaniem moczu lub stolca. Do systemu komputerowego wprowadzane są informacje lekarza o tym, że danemu pacjentowi potrzebne są środki pomocnicze. Do pacjenta zostaje również przypisana specjalna pielęgniarka środowiskowa, która jest odpowiedzialna za ocenę skali jego dolegliwości. Opiekuje się ona chorym i szkoli go w oszczędnym korzystaniu z materiałów absorpcyjnych. Taki system umożliwia zbieranie informacji o przepisanych i wykorzystanych produktach pomocniczych. Dane te przesyłane są do dostawcy, który zapewnia dostawę tych produktów pacjentowi do domu. W tym systemie nie wykorzystuje się aptek.

W. J.

Tak trudno o pomoc

Moje życie zmieniło się całkowicie, odkąd pojawiły się napady padaczkowe. Przekonałem się z własnego doświadczenia, że nie wszyscy rozumieją tę chorobę i problemy, jakie się z nią wiążą. Nie zawsze pomoc nadchodzi na czas i nie zawsze jest chętnie udzielana.

Zanim lekarze dostosowali się do nowego systemu wynikającego z reformy służby zdrowia, zapoczątkowanej w 1999 roku, niektórzy - co odczułem na własnej skórze - zapomnieli o swoich obowiązkach lekarskich. Trzy lata temu nie byłem jeszcze zdiagnozowany, nie wiedziałem, że mam padaczkę. Objawy mojej choroby zaostrzały się, podczas napadów miałem

problemy z nietrzymaniem zawartości pęcherza, a czasem również - jelit. Lekarzowi, do którego się zgłosiłem, nasunęło to podejrzenia, że cierpię na zaburzenia psychiczne, poradził mi więc leczenie w Poradni Zdrowia Psychicznego. Lekarz ten nie miał dla mnie czasu, nie zlecał żadnych dodatkowych badań, jego "kuracja" nie przynosiła żadnych rezultatów.

Gdy zapytałem, czy może mi przynajmniej wypisać jakieś środki pomocnicze przeciw nietrzymaniu moczu, powiedział, że to niemożliwe. Twierdził, że według przepisów Ministerstwa Zdrowia o refundację pieluchomajtek czy pieluch anatomicznych mogą się ubiegać pacjenci tylko w niektórych krytycznych wypadkach,

a ja do tej grupy się nie zaliczam. Powiedział, że nie mogę się spodziewać nawet częściowej refundacji. Tłumaczyłem mu, że studiuję, prowadzę aktywne życie i nie mogę sobie pozwolić na to, żeby coś takiego przydarzyło mi się w miejscu publicznym.

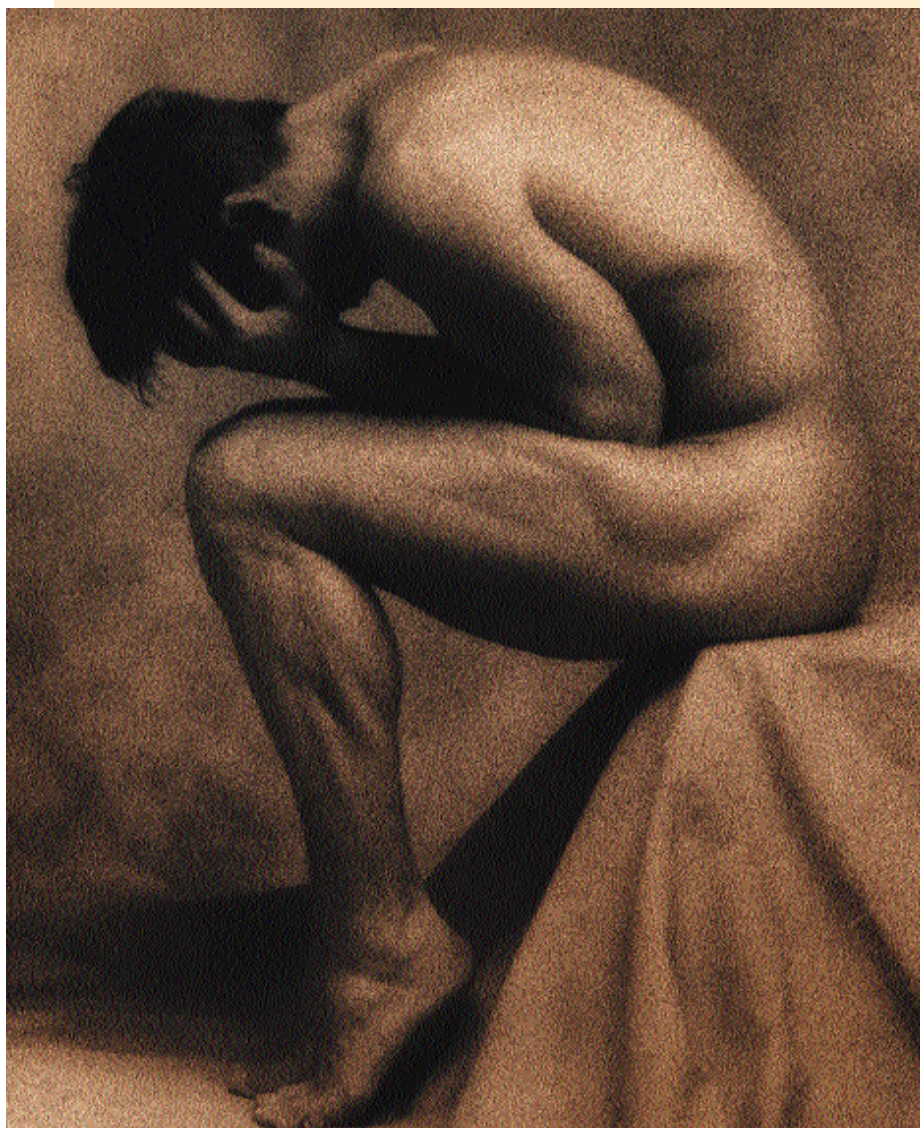
Ten lekarz poradził mi, żebym się udał do apteki, gdzie zaproponują mi asortyment produktów i wybiorę sobie to, co dla mnie najlepsze. Rozmowa w pierwszej aptece była dla mnie żenująca, przysłuchiwali się jej ludzie w kolejce. Odwiedziłem następne apteki i sklepy medyczne. Młode osoby z obsługi najpierw okazywały zdziwienie, a potem nie były w stanie nic mi doradzić. Okazało się, że pieluchomajtki pakowane są po 10-30 sztuk, a nie pojedynczo, więc ten, kto kupuje je pierwszy raz i nie jest pewien, co dla niego będzie najwygodniejsze, musi ponieść spory wydatek kupując całą paczkę.

Kiedy zacząłem się leczyć prywatnie, po przeprowadzeniu badań postawiono mi diagnozę: okazało się, że cierpię na padaczkę skroniową. Leczenie farmakologiczne poprawiło mój stan. Liczba napadów zmalała, udało mi się skończyć studia. Wiele zawdzięczam fundacjom i stowarzyszeniom wspierającym chorych na padaczkę oraz firmie produkującej pieluchomajtki. Dopiero z pomocą jej pracowników dobrałem odpowiednie dla mnie produkty mogę teraz uprawiać sport, pracować, prowadzić życie towarzyskie.

W powszechnej opinii nietrzymanie moczu - to problem wstydlivy, a padaczka jest czymś nienaturalnym. Tymczasem takie problemy zdrowotne dotyczą wielu mężczyzn i kobiet - ludzi w różnym wieku, a choroba jest częścią ich życia.

Uważam też, że tworzenie wokół pewnych tematów atmosfery tabu jest jednym ze sposobów oszczędzania na pacjentach. Nie wszyscy chorzy mówią o swych dolegliwościach lekarzowi, a rząd woli ograniczać wydatki na ten cel.

(Autor chce zachować anonimowość)





Jak sobie z tym radzić?

Opowiada 30-letnia Małgorzata:

Wysiłkowe nietrzymanie moczu u kobiet - to często cena, płacona za macierzyństwo. To nie musi się zdarzyć wszystkim kobietom. Ale mnie się zdarzyło. Należę do grupy kobiet mających problem z nietrzymaniem moczu z powodu przeżytych ciąż i porodów. Ta dolegliwość pojawia się najczęściej około 40-50 roku życia. Towarzyszy przekwitaniu. U mnie wystąpiła wcześniej - być może zadecydowała o tym skłonność dziedziczna. Moja mama w wieku 36 lat musiała się poddać operacji z tego samego powodu.

Leczenie farmakologiczne bywa przydatne, ponieważ odsuwa w czasie operację chirurgiczną. U mnie leki nie zdały egzaminu: skończyło się poważną infekcją układu moczowego, dlatego musiałam je odstawić.

Ćwiczenia rehabilitacyjne nie zlikwidują problemu, natomiast mogą

odsunąć w czasie konieczność przeprowadzenia zabiegu operacyjnego. Hamują postęp choroby.

Jeśli leki nie dają poprawy, rozwiązaniem jest operacja. Ale ja jestem na to za młoda. Przez medycynę jestem zaliczana do kobiet w wieku rozrodczym. Wprawdzie nie planuję kolejnych dzieci, ale może się zdarzyć następna ciąża. Tymczasem wykonanie zabiegu podnoszącego pęcherz powinno ciężę eliminować. Drugi powód jest taki, że taką operację powinno się robić tylko raz. W moim wypadku nie ma pewności, że za 30 lat wszystko będzie równie dobrze funkcjonować, jak tuż po operacji, tym bardziej, że jest to u mnie w tej chwili problem niewielki. Nie ogranicza mnie on w żaden sposób. Na razie opieram się na ćwiczeniach. Znalazłam odpowiednie dla mnie produkty absorpcyjne. Mogę żyć normalnie, bez jakiegokolwiek dyskomfortu.

Najczęściej pierwszą osobą stwierdzającą problem z nietrzymaniem moczu - o ile nie uświadomi sobie tego sama kobieta - jest jej lekarz ginekolog. Ma on największe szanse zauważenia, że narządy rodne pacjentki są obniżone na skutek ciąż i porodów. Niektórym kobietom udaje się wrócić do wspaniałej sylwetki po urodzeniu dziecka, są szczupłe, mają sprawne mięśnie. U mnie tak nie było. Chociaż ostatnie dziecko urodziłam 4 lata temu, nadal mam rozciągnięte mięśnie.

Moje kłopoty trwają ponad rok. Dolegliwości wystąpiły się w 3 lata po urodzeniu drugiego dziecka. Początkowo nie zorientowałam się, co mi dolega.

Myślałam, że to jakaś infekcja dróg rodnych. Okazało się, że nie ma żadnej infekcji. W moczu były bakterie. To mnie zastanowiło. Moja lekarka powiedziała mi: „Zaczyna się. Bakterie w moczu i wrażenie wilgotności przez cały czas - to jest właśnie pierwszy objaw nietrzymania moczu”. Najpierw zdarzało się to sporadycznie: podczas kaszlu, kichania, gwałtownego śmiechu, biegania, aerobiku. Okazało się,

że potrzebuję wtedy podpaski. W kilka miesięcy później, jesienią 2001 stwierdziłam, że już nie tylko podczas wysiłku, ale nawet wtedy, kiedy siedzę w pracy na fotelu, czuję, że dzieje się coś złego, że dolegliwości się nasiliły.

Rada mojej lekarki - ginekologa była taka: mam zeszczupłeć, ćwiczyć, wzmocnić mięśnie, jeść potrawy z dużą zawartością błonnika, pić dużo napojów po to, żeby układ moczowy cały czas był filtrowany i regularnie wykonywać specjalne ćwiczenia mięśni zwieraczy. Bardzo ważne jest wzmacnianie gimnastyką mięśni całego ciała, a przede wszystkim mięśni brzucha, aby macica i wszystkie narządy rodne były trzymane na właściwym miejscu i nie obniżały się.

Początkowo byłam strasznie skrupowana, gdy się to u mnie zaczęło. Bałam się, jak wejść między ludzi. Wydawało mi się, że wszyscy będą wiedzieć o mojej dolegliwości. Ratunkiem okazały się specjalne wkładki. Z ręką na sercu - to działa!

O ile są programy przeciwdziałania cukrzycy czy stowarzyszenia wspomagające chorych na cukrzycę i wiele innych chorób, o tyle problem nietrzymania moczu jest zupełnie nieznany, niepopularny, otoczony wstydem.

Czasami kobiety same się orientują, że coś jest nie tak. Ale czasami nie wiedzą, z jakiego powodu mają kłopoty z pęcherzem, kojarzą swe dolegliwości z przebiegiem, wstydzą się wprost przyznać lekarzowi, co się z nimi dzieje. Najczęściej nie zdają sobie sprawy z tego, że to jest choroba. Trudno im rozmawiać o tym z lekarzem-mężczyzną.

Kobietom byłoby łatwiej, gdyby dzięki jakiejś powszechnej akcji edukacyjnej dowiedziały się, jakiej są przyczyny tej choroby, gdzie mogą znaleźć wskazówki na temat ćwiczeń rehabilitacyjnych, jak powinny ćwiczyć. Byłoby im łatwiej, gdyby ktoś im powiedział, że to nie jest nic strasznego, że takie kłopoty występuje u 10 proc. kobiet w pewnym wieku. Ja się nie wstydzę tego problemu, ale wiem, że inni się wstydzą.

NTM

normalnie żyć

problem NTM

ankieta

metody leczenia

produkty absorpcyjne

diagnostyka NTM

społeczne aspekty
problemu NTM

refundacja

publikacje

informacja dla prasy

zespół d/s NTM

www.ntm.pl



Nietrzymanie moczu (NTM) jest jednym z bardziej rozpowszechnionych problemów współczesnego społeczeństwa.

Europejskie statystyki pokazują, że około 10% populacji cierpi na tę dolegliwość, a jej częstość wzrasta wraz z wiekiem.

Liczba mieszkańców Polski z problemem nietrzymania moczu, to około 4 miliona osób. 400 tysięcy osób to grupa z ciężkim problemem. Pozostali dotknięci są tą dolegliwością w mniejszym stopniu. Nietrzymanie moczu występuje dwa razy częściej u kobiet niż u mężczyzn.