

Kwartalnik NTM

ISSN 1733-2826

nr 3(10) 2004

NTM dzieci

**Nowa ustawa zdrowotna
Pierwszy lek na wysiłkowe NTM**



Czy mamy szansę na dobrą ustawę zdrowotną?

Stało się! Niepełnosprawni mogą żyć w przekonaniu, że od 1 stycznia nie czeka ich kolejna rewolucja w systemie zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze. Oznacza to, że w polskim parlamencie większość posłów i senatorów popiera system otwarty. I jest to jedyna dobra wiadomość, gdyż w tym samym czasie dowiadujemy się o kolejnych aferach korupcyjnych, które już nieprzerwanie targają naszym systemem zdrowia. Co ciekawe, afery występują w tych częściach systemu, gdzie obowiązują konkursy ofert i uznanie urzędników. To co wyszło na światło dzienne w ostatnich tygodniach w Małopolskim Oddziale NFZ jest zapewne tylko wierzchołkiem góry lodowej. Tak naprawdę można tropić kolejne afery, ale nigdy się one nie skończą, jeżeli system będzie wręcz zachęcał do nadużyć.

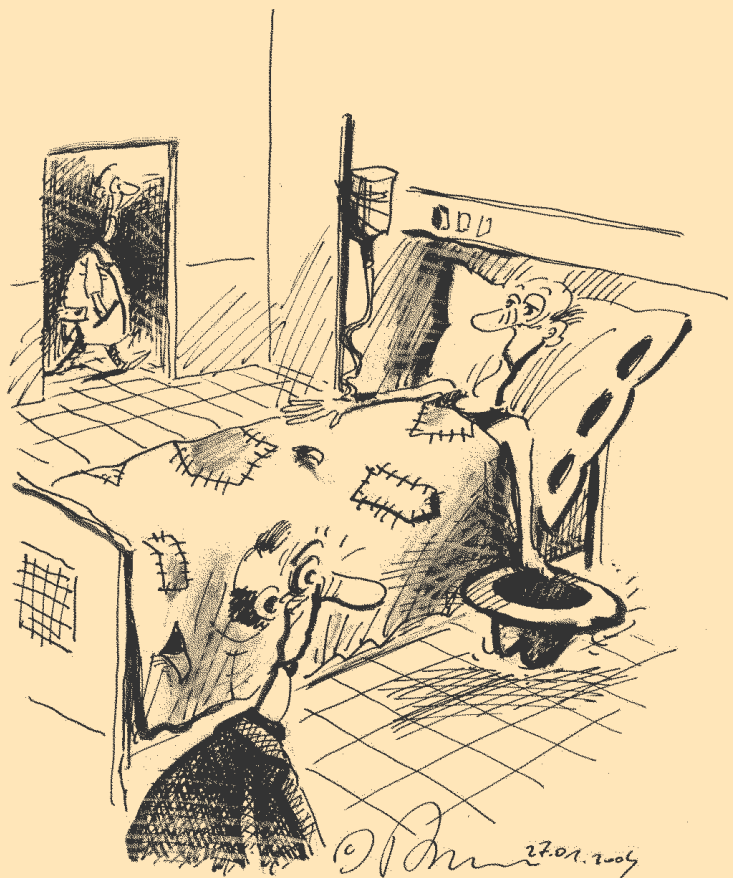
Dlaczego więc kolejne ustawy zdrowotne, które wychodzą z Sejmu są tak mizernej jakości? Pewnie dlatego, że są wynikiem kompromisów i interesów jakimi kierują się parlamentarzyści. Coraz bardziej przekonuję się, że problem z ustawą zdrowotną wymaga wręcz rewolucyjnego z punktu widzenia polskiego parlamentaryzmu podejścia. Osobiście nie wierzę, że ta, a także kolejne kadencje Sejmu uchwalą dobrą dla naszego kraju ustawę zdrowotną. Przyczyna leży w procesie jej powstawania. Gdy słyszymy o dwustu poprawkach głosowanych przez Sejm to tak naprawdę nikt nie jest w stanie przewidzieć jaki będzie końcowy efekt tych prac. Takim przykładem niech będzie los definicji świadczeniodawcy w nowej ustawie. Rząd odważnie zaproponował wyodrębnienie grupy podmiotów zaopatrujących w sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze. Jak rozumiem przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia chcieli w ten sposób uniknąć nadinterpretacji, z którą spotykaliśmy się w latach ubiegłych, gdy część kas chorych nakazywała firmom zaopatrującym w pieluchomajtki i inne środki zakładać fikcyjne ZOZ-y. Co zrobiła Komisja Sejmowa? Jednogłośnie usunęła z definicji tę grupę po to, aby podczas trzeciego czytania ustawy z powrotem wstawić ten punkt. Co spowodowało, że tak szybko większość posłów zmieniła diametralnie zdanie? Prawdopodobnie wsłuchali się w głosy osób, które znają ten system i które przeraziły się, że znowu wrócimy do stanu, z którego dopiero co zdołaliśmy wyjść. Tutaj posłowie z tego wybrnęli w ostatniej chwili, ale gdzie nie zdążyli poprawić własnych błędów to w większości dopiero okaże się po 1 stycznia. Szkoda tylko, że znowu królikiem doświadczalnym będzie pacjent.

Jeżeli chcemy uniknąć w przyszłości takich wpadek, posłowie i senatorowie muszą poświęcić więcej swojego cennego czasu na wsłuchanie się w to, co ma do powiedzenia środowisko funkcjonujące na co dzień w danym systemie. Dopóki polscy parlamentarzyści będą uni-

kali otwartych spotkań w szerokim gronie, dopóty możemy jedynie przygotowywać się na kolejne, zazwyczaj przykre niespodzianki. A nam pozostanie jedynie apelować wierząc, że jednak rozsądek i przyzwoitość zwyciężą.

Istnieje jednak druga możliwość poprawy jakości prawa. Jest to, jak już wspomniałem wcześniej rozwiązanie rewolucyjne, ale z pewnością najbardziej skuteczne. Ustawa zdrowotna nie powinna być poprawiana w Sejmie i Senacie, lecz jedynie głosowana. Wtedy istnieje realna szansa, że zaczniemy żyć w systemie zdrowia uporządkowanym i stanowiącym logiczną całość. Należałoby jednak spełnić jeszcze jeden warunek. Projekt lub najlepiej 2-3 konkurencyjne wobec siebie projekty powinny być opracowane przez małe zespoły ekspertów, które miałyby co najmniej rok na ich przygotowanie poprzez między innymi wsłuchanie się w głosy zainteresowanych środowisk. Politycy powinni zostawić sobie jedynie prawo wyboru. Tylko czy polityków stać na tak odważną decyzję?

Tomasz Michałek



Spis treści

3 (10) 2004

NTM U DZIECI	
Moczenie nocne Dr Grzegorz Paruszkiewicz	4
Wpływ nietrzymania moczu na rozwój psychospołeczny dzieci Dr Lidia Skobejko-Włodarska	6
NTM NEUROGENNE	
Leczenie zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych u pacjentów po urazie rdzenia kręgowego Prof. Andrzej Borkowski, Dr Piotr Radziszewski ...	9
PRAWO	
Pieluchy czy operacje? Wywiad z Wiceministrem Zdrowia Rafałem Niżankowskim - Maria Weber	11
OPINIE	
O bólach pewnego porodu Maria Weber	12
Konieczne zmiany w systemie Wywiad z Mirosławem Padjaskim z Izby POLMED - Tomasz Michałek	13
Nowy projekt ustawy Józef Góralczyk	14
PRAWO	
Jest ustawa... i co dalej? Joanna Barańska	15
WYSIŁKOWE NTM	
O wysiłkowym NTM podczas trzeciej konferencji ICI Tomasz Michałek	17
Ćwiczmy razem	18
Pierwszy lek na wysiłkowe nietrzymanie moczu Małgorzata Georgiew	20
LISTY	21
RADZIMY	
O ziołach w nietrzymaniu moczu Dr Leszek M. Krześniak	22

Do Czytelników

Oddajemy do rąk Państwa już dziesiąty numer Kwartalnika NTM. Tematem przewodnim bieżącego wydania jest nietrzymanie moczu u dzieci. Problem ten jest często bagatelizowany przez rodziców i opiekunów. Panuje powszechna opinia, że moczenie nocne jest spowodowane nieprawidłowym nawykiem lub lenistwem dziecka. Dlatego też wiele małych pacjentów nie trafia w ogóle do specjalisty lub pojawia się tam zbyt późno. Efektem takiego postępowania może być nieprawidłowy rozwój psychofizyczny dziecka i w konsekwencji izolacja społeczna. Dlatego, tak jak w przypadku dorosłych, nietrzymanie moczu należy leczyć. O przyczynach NTM u małych pacjentów i sposobach postępowania piszą w dalszej części naszego pisma dr G. Paruszkiewicz oraz dr L. Skobejko-Włodarska.

Pod wpływem prośb wielu czytelników naszego pisma postanowiliśmy powtórzyć serię ćwiczeń dla osób w wysiłkowym nietrzymaniu moczu. Ćwiczenia te zalecane są nie tylko osobom już cierpiącym na tą dolegliwość, ale również wszystkim tym, którzy chcieliby zadbać o profilaktykę. Dlatego wszystkich serdecznie namawiamy - ćwiczyć z nami! Czy to przy pomocy Kwartalnika NTM, czy też zapisując się na gimnastykę wraz z innymi członkami Stowarzyszenia UROSTO. Bo przecież sport to zdrowie.

W sekcji wysiłkowego NTM znajdziecie Państwo również więcej informacji na temat rewolucji w leczeniu tego typu nietrzymania moczu. W sierpniu tego roku został zarejestrowany przez Komisję Europejską pierwszy lek stosowany w leczeniu kobiet z umiarkowanym lub ciężkim wysiłkowym nietrzymaniem moczu.

Obok części medycznej stałą pozycją Kwartalnika NTM jest poruszanie drażniących problemów związanych z rozwiązaniami stosowanymi w naszym państwie, dotyczącymi leczenia oraz zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne. Publikujemy ranking wojewódzkich oddziałów NFZ pod względem organizacji zaopatrzenia w te środki. Mamy nadzieję, że zwrócimy w ten sposób uwagę decydentów i może przekonamy ich do wdrożenia lepszych zmian. Nowa ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym nie daje większych nadziei na lepsze jutro dla osób niepełnosprawnych, czy też w ogóle pacjentów. Poprosiliśmy o odpowiedzi przedstawicieli władz - na dalszych stronach znajdziecie Państwo komentarze, a także wywiad z Wiceministrem Zdrowia.

Dlatego serdecznie zachęcamy Państwa do polemiki. Piszcie do nas. Czekamy na Wasze opinie, wątpliwości i spostrzeżenia.

Magdalena Kowalewska

Kwartalnik NTM

Redaktor Naczelny: Tomasz Michałek
Sekretarz Redakcji: Magdalena Kowalewska
Z-ca Sekretarza Redakcji: Małgorzata Georgiew
Komitet redakcyjny:
 dr med. Piotr Dobroński
 dr med. Piotr Radziszewski
 Klinika Urologii Akademii Medycznej w Warszawie
Zespół redakcyjny:
 Joanna Barańska, Karolina Ciepela, Iza Marcisz
Komentatorzy: Józef Góralczyk,
 Elżbieta Szwałkiewicz, Maria Weber
Zdjęcia: Dominik Skurzak
Dyrektor ds. produkcji: Stanisław Mazur
Opracowanie graficzne: Dariusz Bochniak
 Adres redakcji:
 ul. Ciołka 10, 01-402 Warszawa
 tel.: (22) 46 36 400
 fax: (22) 877 25 22
 e-mail: ntm@ntm.pl
 magdalena.kowalewska@ntm.pl

Infolinia: 0 801 800 038
www.ntm.pl

Wydawca wyraża zgodę na przedruk i tłumaczenie tekstów z zastrzeżeniem podania źródła.



Program
 Prospołeczny
 „NTM -
 Normalnie
 Życie”

Wydawca:
Studio PR
Realizacja wydawnicza:
 Warsaw Voice SA



Moczenie nocne

dr n. med. Grzegorz Paruszkiewicz

Prezes Zarządu Stowarzyszenia Pomocy Dzieciom z Moczaniem Nocnym "Dobra Nocka"

Moczenie nocne jest najczęstszym - po schorzeniach alergicznych - przewlekłym problemem zdrowotnym u dzieci. Jest on często bagatelizowany, gdyż nie stanowi zagrożenia dla zdrowia bądź życia pacjenta. Panuje pogląd, że jest jedynie niewinną dolegliwością i chyba właśnie dlatego nie poświęca mu się należytej uwagi. Z raportu firmy SMG KRC analizującej problem moczenia nocnego w Polsce wynika, że w naszym kraju moczenie nocne występuje u około 300 000 dzieci, w wieku od 5 do 14 lat.

Powszechna jest opinia, że moczenie nocne jest tylko nieprawidłowym nawykiem lub nawet lenistwem dziecka. Takie podejście opóźnia uzyskanie fachowej porady. W chwili obecnej duża liczba moczących się dzieci nie trafia do lekarza lub zgłasza się zbyt późno. Jest to spowodowane przeświadczeniem, że można spokojnie czekać, aż moczenie samo przejdzie. Rzeczywiście, w większości wypadków dzieci „wyrastają” samoistnie z moczenia nocnego. Nie wiadomo jednak, kiedy to nastąpi. A przecież utrzymujące się moczenie powoduje u dziecka wtórne zaburzenia emocjonalne, jest przyczyną nieprawidłowych kontaktów z rówieśnikami i konfliktów w rodzinie. Moczenie nocne, nieleczone, powoduje nieprawidłowy rozwój dziecka, które obawia się poniżenia i izolacji. Według badań przeprowadzonych z użyciem Skali Postaw Dziecka Wobec Choroby (CATIS), dzieci moczące się czują się bardziej chore i ograniczone przez swoją chorobę niż dzieci z astmą, czy chorobą serca. Dlatego z pewnością nie powinno się przyjmować postawy biernego oczekiwania.

Rodzice martwią się, że ich moczące się dziecko jest wyjątkiem wśród rówieśników. Jednak z danych statystycznych wynika, że w przeciętnej pierwszej klasie szkoły podstawowej trójce dzieci moczy się nadal w nocy.

Przyczyny moczenia nocnego

Do niedawna moczenie nocne u dziecka było traktowane jako zaburzenie pochodzenia emocjonalnego i zwykle w takich sytuacjach stawiano rozpoznanie „moczenie na tle psychogennym”. Badania epidemiologiczne prowadzone na dużych grupach dzieci nie potwierdziły związku między pierwot-



nym moczeniem nocnym a stresem psychicznym u dziecka. Istnieje natomiast współzależność między pojawieniem się wtórnego moczenia nocnego (tzn. gdy moczenie nocne pojawiło się u dziecka po okresie, kiedy w nocy już nie moczyło się) a stanem emocjonalnym. Jednak nawet w takich sytuacjach należy w pierwszej kolejności wykluczyć inne przyczyny moczenia.

Obecnie wiadomo, że najczęstszą przyczyną moczenia nocnego są zaburzenia czynnościowe układu moczowego prowadzące do dysproporcji dwóch parametrów: pojemności pęcherza moczowego i objętości moczu „nocnego”. W prawidłowych warunkach pęcherz moczowy powinien do rana utrzymać mocz spływający z nerek w godzinach nocnych. Jeżeli te dwie wielkości są nieproporcjonalne, dochodzi do przepełnienia pęcherza i zmoczenia łóżka.

W związku z tym można wydzielić dwie grupy dzieci z moczeniem nocnym.

W pierwszej grupie pęcherz o prawidłowej pojemności nie jest w stanie utrzymać do rana zbyt dużej ilości moczu „nocnego”. Natomiast u drugiej grupy dzieci pęcherz o zmniejszonej pojemności nie jest w stanie przyjąć moczu „nocnego”. Są to dzieci, u których zwykle współistnieje moczenie dzienne.

Badania prowadzone w Skandynawii wykazały, że u dzieci z pierwotnym izolowanym moczeniem nocnym, czyli moczeniem występującym tylko w nocy, bez współistnienia innych schorzeń układu moczowego oraz bez dłuższej przerwy w moczeniu, nerki w czasie snu nie zagęszczają odpowiednio moczu i produkują jego nadmierną ilość. Jest to spowodowane brakiem wzrostu wydzielania wazopresyny w godzinach nocnych.

Konsekwencje moczenia nocnego

Ostatnie badania wykazały, że starsze dzieci, u których nadal utrzymuje się moczenie są nerwowe, mają trudności z koncentracją, gorszy kontakt z rówieśnikami, izolują się w środowisku i dochodzi do stopniowego pogarszania samooceny. Często w takich sytuacjach moczenie nocne jest traktowane jako moczenie na tle psychogennym. W rzeczywistości jest odwrotnie - zaburzenia emocjonalne należy traktować jako skutek moczenia, a nie przyczynę. Świadczy o tym najlepiej fakt, że u dziecka, u którego udało się opanować moczenie ustępują wszelkie problemy natury psychogennej. Istnieje oczywiście grupa pacjentów z moczeniem nocnym na tle psychogennym, ale nie jest ona tak liczna, jak do niedawna sądzono. Dlatego też nie należy traktować moczenia nocnego jako schorzenia mającego swoją pierwotną przyczynę w zaburzeniach emocjonalnych dziecka.

Kiedy do lekarza?

Rodzice powinni zgłosić się do lekarza, jeżeli po ukończeniu 4 roku życia dziecko nadal się moczy w nocy (w tygodniu jest przeciętnie więcej „nocy mokrych” niż suchych). Natomiast wizyta u lekarza jest z pewnością konieczna bez względu na wiek dziecka, gdy:

- * moczeniu nocnemu towarzyszy moczenie dzienne,
- * dziecko ma okresowo zwyżki temperatury ciała bez wyraźnej przyczyny,
- * moczenie nocne pojawia się po okresie prawidłowej kontroli oddawania moczu.

Leczenie

W grupie pacjentów z moczeniem nocnym każdego roku moczenie ustępuje samoistnie u ok. 15% dzieci bez stosowania leczenia. Jednak utrzymywanie się moczenia nocnego - nawet jeżeli jest ono tylko „niewinnym“, przejściowym zaburzeniem - jest dla dziecka i całej rodziny bardzo dużym stresem. W związku z tym nie powinno się zalecać „czekania, aż moczenie nocne samo ustąpi“ u dziecka, które skończyło 6 lat i moczy się nadal w nocy.

Aktualne metody leczenia moczenia noc-

ny jako objaw utrzymywania się zaburzeń czynnościowych w obrębie układu moczowego. W takiej sytuacji powtarza się cykl leczenia i po 3-4 miesiącach podejmuje następną próbę zakończenia kuracji. Leki obecnie stosowane w leczeniu moczenia nocnego są dobrze tolerowane przez dzieci i co najważniejsze bezpieczne - jeżeli podawane zgodnie z zaleceniami lekarza.

Stowarzyszenie

Mimo, że moczenie nocne jest tak częstym schorzeniem, to bardzo rzadko temat ten pojawia się w prasie medycznej, w czasopiśmie kierowanych do rodziców, w audycjach radiowych, czy programach telewizyjnych poświęconych zagadnieniom zdrowotnym. Brak informacji sprzyja utrwalaniu się różnorodnych mitów i pojawianiu się błędnych koncepcji odnośnie przyczyn

Przygotowania do powołania stowarzyszenia rozpoczęły się już w 2002 roku. Początkowo było to grono kilku lekarzy, którzy nakreślili cele działania oraz opracowali statut Stowarzyszenia. Liczba lekarzy zainteresowanych czynnym udziałem w pracach Stowarzyszenia stopniowo zwiększała się. Do Stowarzyszenia dołączyli także psycholog szkolny oraz pielęgniarki. 13 października 2003 r. odbyło się Zebranie Założycielskie. Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w dniu 10 lutego 2004 r. wpisał Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom z Moczeniem Nocnym „Dobra Nocka“ do Krajowego Rejestru Sądowego. Obecnie Stowarzyszenie ubiega się o uzyskanie statusu organizacji pożytku publicznego.

Głównym zadaniem naszego Stowarzyszenia jest zwrócenie uwagi na przyczyny, skutki oraz sposoby leczenia moczenia nocnego. Cele, jakie postawiliśmy przed sobą to między innymi:

- * rozwijanie i propagowanie działań sprzyjających nagłośnieniu problemu moczenia nocnego u dzieci,
- * pomoc dzieciom i ich rodzinom za pomocą upowszechniania wiedzy na temat przyczyn oraz konieczności leczenia nocnego,
- * pomoc dla lekarzy wszystkich specjalności zajmujących się moczeniem nocnym u dzieci (organizowanie kursów, szkoleń, warsztatów, konsultacji internetowych na temat przyczyn tej choroby i aktualnych metod leczenia).

W realizacji naszych celów jesteśmy wspierani przez tak zasłużone i uznane placówki medyczne jak Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi oraz Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, które objęły honorowy patronat nad organizacją. W celu aktywizacji różnych środowisk zamierzamy nawiązać współpracę z instytucjami państwowymi (Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Edukacji Narodowej), towarzystwami naukowymi (Polskie Towarzystwo Pediatryczne, Polskie Towarzystwo Urologiczne, Polskie Towarzystwo Nefrologii Dziecięcej, Polskie Towarzystwo Chirurgów Dziecięcych) oraz organizacjami społecznymi zajmującymi się medycyną szkolną, a także promocją i ochroną zdrowia całej rodziny.

Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom z Moczeniem Nocnym „Dobra Nocka“ jest otwarte dla nowych członków. Serdecznie zapraszamy do współpracy wszystkich - nie tylko przedstawicieli środowisk medycznych - którzy chcą pomóc dzieciom z tym problemem.

Każdej nocy 300 tysięcy dzieci w Polsce kładzie się spać z obawą, że znowu rano obudzi się w mokrym łóżku.

U większości tych dzieci moczenie nocne powoduje izolację w środowisku.

Dzieci czują się poniżone, upokorzone, mają niską samoocenę.

Moczenie nocne prowadzi do izolacji dziecka w środowisku, ma negatywny wpływ na jego samoocenę oraz jest przyczyną konfliktów w rodzinie.

Dlatego moczenie nocne należy leczyć!

Obecna wiedza lekarska pozwala na zastosowanie skutecznych metod leczenia moczenia nocnego.

Widoczny efekt leczenia moczenia nocnego uzyskuje się już po 2-3 dniach. Całkowity sukces można osiągnąć po 3 miesiącach!

Właściwe leczenie moczenia nocnego wyraźnie poprawia samoocenę dziecka i prowadzi do szybkiego ustąpienia zaburzeń emocjonalnych.

Odpowiednia diagnostyka i prawidłowo prowadzone leczenie moczenia nocnego są szansą dla dziecka i całej rodziny na normalne życie.

negu wynikają z przyczyn moczenia. U dzieci z moczeniem nocnym związanym ze zmniejszoną pojemnością pęcherza moczowego i współistniejącymi zaburzeniami czynności dolnych dróg moczowych bardzo dobre efekty leczenia uzyskuje się stosując leki regulujące czynność pęcherza moczowego. Z kolei u dzieci ze zwiększoną ilością moczu nocnego stosuje się leki poprawiające zagęszczanie moczu w godzinach nocnych. Podanie leku wieczorem przed snem uzupełnia niedobór naturalnej substancji w organizmie dziecka w godzinach nocnych, która jest odpowiedzialna za zagęszczanie moczu. Leczenie jest zwykle kontynuowane przez 3 - 4 miesiące. Widoczny efekt leczenia uzyskuje się już po 2 - 3 dniach. W trakcie leczenia farmakologicznego uzyskuje się ustąpienie moczenia u 70-90% dzieci. Po zakończeniu podawania leku u części dzieci może wystąpić nawrót moczenia. Nie należy tego jednak traktować jako brak efektu kuracji, a je-

noczenia nocnego oraz postępowania z moczącym się dzieckiem. Problem moczenia nocnego jest wyjątkowo wstydlivy nie tylko dla dzieci, ale również ich rodziców. Zagadnienie nie jest poruszane w szkole, a informacja ze strony służb medycznych jest niewystarczająca. Grupa lekarzy od wielu lat zajmujących się leczeniem dzieci z moczeniem nocnym postanowiła założyć stowarzyszenie, które integrując działania środowiska medycznego przyczyniłoby się do zmiany panujących stereotypów i nagłośnienia problemu moczenia w społeczeństwie.

Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom z Moczeniem Nocnym „Dobra Nocka“:

Adres Stowarzyszenia: ul. Belgradzka 8 lok. 57, 02-793 Warszawa

Adres do korespondencji: skrytka pocztowa 65, 02-919 Warszawa 76.

Infolinia 0801 35 35 00, czynna w poniedziałki i środy w godz. 18.00-20.00, koszt jak za połączenie lokalne

www.moczenienocne.pl, e-mail: dobranocka@moczenienocne.pl

Wpływ nietrzymania moczu na rozwój psychospołeczny dzieci

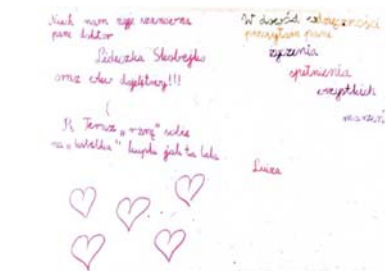
dr n. med. Lidia Skobejko-Włodarska

Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie



Zadaniem tak zwanych dolnych dróg moczowych, czyli pęcherza i cewki moczowej, jest gromadzenie moczu i jego wydalanie określane mianem mikcji (oddawania moczu). Obie te czynności pojawiają się cyklicznie i są nadzorowane przez Ośrodkowy Układ Nerwowy z ośrodkiem odruchu mikcji w odcinku krzyżowym rdzenia kręgowego, w segmentach S1 - S4, oraz ośrodkiem świadomej kontroli mikcji znajdującym się w płacie czołowym kory mózgowej. Pęcherz moczowy w fazie gromadzenia moczu spełnia rolę zbiornika, a cewka moczowa zapewnia utrzymanie moczu. Natomiast w fazie mikcji zadaniem pęcherza jest aktywne opróżnienie moczu przez cewkę, która jest przewodem wyprowadzającym mocz na zewnątrz. Prawidłowe trzymanie moczu jest zwykle procesem podświadomym i niejako automatycznym. Długo trwająca faza gromadzenia moczu jest możliwa dzięki korowemu hamowaniu ośrodka odruchu mikcji położonego w rdzeniu kręgowym. W tej fazie dodatkowo impulsy wysyłane przez układ nerwowy (współczulny) zwiększają dodatkowo napięcie mięśni szyi pęcherza i cewki moczowej oraz hamują dodatkowo aktywność skurczową mięśnia wypieracza. W czasie fazy gromadzenia moczu ściana pęcherza adaptuje się do stopniowo wzrastającej ilości moczu bez wyraźnego zwiększenia wysokości ciśnienia śródpecherzowego i to

zjawisko jest nazywane podatnością ściany pęcherza. Ma ona podstawowe znaczenie dla prawidłowej czynności pęcherza moczowego. Szczególnie intensywne impulsy z receptorów pęcherza świadczą o konieczności opróżnienia przepełnionego pęcherza co może nastąpić tylko wówczas, gdy okoliczności pozwalają na świadome oddanie moczu. W normalnych warunkach czas jaki upływa od pojawienia się pierwszego uczucia wypełnienia pęcherza do konieczności oddania moczu jest wystarczająco długi, aby opróżnić pęcherz w warunkach i miejscu społecznie akceptowanym. Do pierwszego roku życia mikcja jest prostym odruchem rdzeniowym. Korowa kontrola nad odruchowym oddawaniem moczu rozwija się stopniowo i zazwyczaj ostatecznie utrwała pomiędzy 3 a 5 rokiem życia. W miarę dorastania dziecko zyskuje coraz większą kontrolę nad podstawowymi czyn-



Spontaniczne podziękowanie dziecka 10-letniego z nietrzymaniem moczu i stolca pochodzenia neurogennego po udanym zabiegu.

nościami fizjologicznymi takimi jak oddawanie moczu czy defekacja. Szczególnie ważne jest to dla dziecka w wieku szkolnym, gdyż pojawienie się nawet niewielkich nieprawidłowości o charakterze popuszczania moczu lub/i brudzenia stolcem wywołuje ostry atak ze strony rówieśników dumnych z uzyskania przez siebie pełnej kontroli. Moczenie czy nietrzymanie moczu różni się między sobą w sposób zasadniczy i w różnym stopniu będzie wpływać na psychikę dziecka obciążonego tą dolegliwością.

Według nomenklatury podanej przez International Continence Society moczenie mimowolne (enuresis) jest to mimowolne oddanie moczu pojawiające się w nieprawi-

dłowym lub socjalnie nieakceptowanym miejscu i czasie, w wieku, w którym czynność ta powinna być świadomie kontrolowana przez dziecko. Moczenie może pojawić się tylko w nocy, tylko w dzień lub zarówno w nocy i w dzień. Moczenie nocne występuje u 15-20% dzieci w wieku 5 lat, u 5% w wieku 10 lat, 2-3% nastolatków i u 1% dorosłych. Dziecko dotknięte moczeniem nocnym, zwłaszcza powyżej 5 roku życia, doskonale zdaje sobie sprawę ze swojej odmienności. Frustrację takiego dziecka często pogłębiają niekompetentni rodzice stosujący przymus nakładania pampersa na noc, nawet u dzieci powyżej 10 roku życia. Dziecko czy nastolatek zostaje w sposób przykry i bolesny upokorzony, i to ze strony najbliższych osób w sytuacji, która sama w sobie budzi jego wstyd. Im głębiej dziecko przeżywa sytuację wymykającą się jego kontroli tym bardziej może nasilić się moczenie nocne. Powstaje zamknięte koło, dziecko zamyka się w sobie, udaje, że ta sytuacja go zupełnie nie obchodzi, nie chce o niej rozmawiać i staje się bardziej nerwowe, drażliwe i niegrzeczne. Moczenie nocne, zarówno sam delikwent, jak i rodzina starają się ukryć poprzez nieuczestniczenie w wycieczkach, które trwają dłużej niż jeden dzień i wiążą się z noclegiem poza domem, podobnie niewyjeżdżanie z rówieśnikami ani na kolonie ani na obozy. Ta sytuacja staje się szczególnie dotkliwa dla dziecka w okresie letnim, kiedy rówieśnicy rozjeżdżają się na wakacje. Utrata kontaktu z rówieśnikami, a jednocześnie niemożność wytłumaczenia im jaka jest tego przyczyna pogłębia frustrację dziecka moczącego się w nocy i jego osamotnienie. Może to wywierać niekorzystny wpływ na wyniki w nauce, agresję wobec rówieśników, poczucie mniejszej wartości, kompleksy w kontaktach z rówieśnikami i otoczeniem, brak wiary w siebie. Przerwać to błędne koło może dopiero odpowiednie i skuteczne leczenie.

Moczenie dzienne czy moczenie nocne i dzienne trudno ukryć. Rówieśnicy są zdziwieni i zaskoczeni, że między nimi znajdują się koledzy nie panujący nad fizjologicznymi potrzebami. Wyśmiewane i wyszydzane dziecko popuszczające mocz w dzień

nie chce iść do szkoły, przestaje przyjmować płyny w okresie pobytu w szkole, nawet jeśli takie postępowanie może być dla niego szkodliwe. Odrzucone przez rówieśników staje się samotne i zakompleksione. Utrzymywanie się tej sytuacji dłużej, zwłaszcza w okresie dojrzewania utrudnia kontakty z płcią przeciwną i może doprowadzić do osamotnienia w wieku dorosłym. Sytuacja taka może być tak trudna dla młodego człowieka, że może wpłynąć nawet na powstanie myśli samobójczych czy nawet doprowadzić do prób samobójczych.

Sytuacja dzieci moczących się, ale bez wad wrodzonych pęcherza i cewki jest trudna, ale nie beznadziejna. Te dolegliwości trzeba skutecznie rozpoznawać i leczyć, a wtedy unikniemy wszelkich powikłań ze strony psychiki dzieci i młodzieży. Natomiast ignorowanie takiego stanu, brak rozpoznania i skutecznego leczenia prowadzi do takich zaburzeń osobowości, że często wymagają one oceny i poprowadzenia przez psychologa czy psychiatrę.

Znacznie bardziej obciążone są dzieci czy młodzież obciążona nie moczeniem, a nietrzymaniem moczu. Według terminologii International Continence Society nietrzymaniem moczu (incontinentio) nazywamy niekontrolowany, obiektywnie demonstrowany wyciek moczu. Jego pojawienie się stwarza poważne problemy natury socjalnej i higienicznej oraz wywiera wyraźny wpływ na jakość życia pacjenta. Nietrzymanie moczu może mieć swoją przyczynę w anatomicznych nieprawidłowościach układu moczowego z powodu wad wrodzonych. Może powstać także z przyczyn neurogennych wskutek wrodzonego uszkodzenia Centralnego Układu Nerwowego z powodu wad wrodzonych, stanów zapalnych, guzów i urazów. W ostatnich latach wzrasta liczba pacjentów z nietrzymaniem moczu wskutek urazowego uszkodzenia układu nerwowego.

Jedną z ciężkich wad rozwojowych powodujących nieprawidłowości budowy zewnętrznych narządów płciowych i nietrzy-

manie moczu z powodu nieprawidłowej anatomii pęcherza oraz cewki, jest wycięta kloaka czy zespół wycięcia i wierzchniactwa. W tych zespołach wymagane są mnogie operacje rekonstrukcyjne zewnętrznych narządów płciowych oraz operacje poprawiające trzymanie moczu takie jak płytyka szyi pęcherza. Problemy z trzymaniem moczu pogłębia, zwłaszcza u dorastającej młodzieży, niezadowolający wygląd zewnętrznych narządów płciowych. Szczególnie boleśnie odczuwają to chłopcy zwłaszcza w wieku dorastania. Związane to również jest ze specyfiką oddawania moczu przez mężczyzn, gdzie niedoskonałości budowy zewnętrznych narządów płciowych trudno ukryć. Izolowanie się chłopca i korzystanie z zamkniętej kabiny przy oddawaniu moczu budzi podejrzenia rówieśników. Odkrycie jego problemu naraża go na drwiny i pogłębia jego kompleksy. Pacjenci tacy często potrzebują pomocy ze strony psychologa dla uzyskania większej swobody czy odwagi w kontaktach z płcią przeciwną.

III Warszawskie Seminarium Neurourologii pt. „Farmakoterapia nietrzymania moczu - co nowego?” 4 grudnia 2004, Hotel Sofitel Victoria Warszawa



To już trzecie z kolei Warszawskie Seminarium Neurourologii poświęcone tej dynamicznie rozwijającej się gałęzi medycyny, która ekspansywnie zatacza kręgi wokół działań urologów, ginekologów, neurologów oraz chirurgów dziecięcych.

4 grudnia skoncentrujemy się nad problemem leczenia farmakologicznego nietrzymania moczu. W trakcie Seminarium oprócz wykładów zaproszonych gości, światowej sławy ekspertów z dziedziny neurourologii, zaplanowano interaktywną dyskusję okrągłego stołu poświęconą wypracowaniu standardów leczenia farmakologicznego pacjentów z nietrzymaniem moczu z udziałem Prezesów Towarzystw oraz Konsultantów Krajowych PTU, PTG oraz PTN. Patronat, jak co roku, nad Sympozjum objęły: Polskie Towarzystwo Urologiczne, Polskie Towarzystwo Neurologiczne oraz Polskie Towarzystwo Ginekologiczne.

Powstanie cyklicznego Seminarium jest wynikiem zapotrzebowania środowiska specjalistów z ww. dziedzin, w celu wymiany poglądów, wiedzy i doświadczeń dotyczących nietrzymania moczu, zaburzeń czynnościowych mikcji, zaburzeń erekcji, leczenia zespołów bólowych miednicy, chirurgii rekonstrukcyjnej. Wśród prelegentów prowadzących poszczególne sesje będą zarówno uznane w tej dziedzinie autorytety w Polsce jak również zaproszeni goście ze znanych ośrodków zagranicznych.

Doświadczenia z poprzednich lat pokazują, że Seminarium cieszy się ogromnym zainteresowaniem. Świadczy o tym zarówno frekwencja jak i pochlebne opinie uczestników.

Serdecznie zapraszamy do ponownego wzięcia udziału w Neurourologii, a także witamy serdecznie tych z Państwa, którzy zdecydowali się po raz pierwszy uczestniczyć w tym przedsięwzięciu.

Przewodniczący Sympozjum - prof. dr med. Andrzej Borkowski
Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego - dr med. Piotr Radziszewski
Organizator: Katedra i Klinika Urologii AM w Warszawie

Komitet Honorowy:

Prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego - prof. Andrzej Borówka
Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego - prof. Zbigniew Stelmasiak
Prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego - prof. Marek Spaczyński

Wykładowcy:

Karl Erik Andersson (Lund, Szwecja), Andrzej Borkowski (Warszawa), Andrzej Borówka (Warszawa), David Castro (Santa Cruz, Hiszpania), Hubert Kwieciński (Warszawa), Mariusz Majewski (Olsztyn), Anders Mattiasson (Lund, Szwecja), Jorgen Nordling (Bagsvaerd, Dania), Stanisław Radowski (Warszawa), Piotr Radziszewski (Warszawa), Tomasz Rechberger (Lublin), Marek Spaczyński (Poznań), Zbigniew Stelmasiak (Lublin), Karl Thor (Boston, USA)

Więcej informacji: www.neurouro.remedy.com.pl



Sytuację w przypadku takich wad jak wycięta kłoka czy zespół wierzchniactwa i wycięcia pogarsza fakt niemożności uzyskania trzymania moczu oraz konieczność wytworzenia dla ochrony czynności nerek tak zwanego nieszczelnego nadpęcherzowego odprowadzenia moczu z wytworzeniem urostomii zaopatrzonej workiem na mocz. To wpływa na jeszcze większe poczucie znacznego okaleczenia własnego ciała. Kontakty z rówieśnikami i płcią przeciwną ułatwia im spotkanie innych osób z podobnymi problemami. Wówczas taki pacjent zaczyna rozumieć, że nie tylko jego spotkało „niezasłużone nieszczęście“, ale jest dużo takich osób podobnie jak on borykających się z wrodzonymi schorzeniami i, podobnie jak on, buntujących się przeciw swojemu losowi. Ułatwia to zawiązanie nowych przyjaźni, wpływa na ustąpienie poczucia osamotnienia.

Znacznie bardziej obciążającą przyczyną nietrzymania moczu jest uszkodzenie Centralnego Układu Nerwowego i rozwój pęcherza neurogenego. Ci chorzy nie tylko demonstrowują nietrzymanie moczu wskutek neurogenego porażenia zwieraczy, ale również w tej grupie częściej rozwija się uszkodzenie nerek jako wyraz neurogennej dysfunkcji pęcherzowo-cewkowej. Dodatkowo sprawę pogłębia fakt nieprawidłowego uczucia wypełnienia pęcherza i zupełny brak kontroli nad prawidłowym oddawaniem moczu wynikający z uszkodzenia układu nerwowego. U ponad 30 % pacjentów rozwijają się przewlekłe zaparcia i nietrzymanie stolca pochodzenia neurogenego. Nietrzymanie moczu i stolca, całkowity brak kontroli nad czynnością oddawania moczu oraz defekacją wpływa na osamotnienie tych ludzi i zwykle odrzucenie przez środowisko rówieśników, przez których nie są akceptowani. Brak kontroli nad fizjologicznymi czynnościami, nie-

dołądy kończyn dolnych i konieczność poruszania się na wózku znacznie ograniczają ich autonomię.

Możliwość uzyskania trzymania moczu poprzez okresowe cewnikowanie i opróżnianie pęcherza u dzieci poruszających się na wózku powoduje uzależnienie, szczególnie dziewczynek, od pomocy otoczenia. Podstawowe czynności higieniczne (mycie) jak i opróżnienie pęcherza, ubranie się i przeniesienie z łóżka czy tapczanu na wózek inwalidzki wymagają pomocy innych osób.

Z tego względu tacy chorzy wymagają wytworzenia szczelnych przetok moczowych do opróżniania pęcherza w celu uniezależnienia się od otoczenia w kontroli nad swoim pęcherzem. Nietrzymanie stolca i zaparcia wymagają ułatwienia wykonywania wlewów dojelitowych z wytworzeniem szczelnej przetoki kałowej metodą Malone dla uzyskania oczyszczenia całego jelita grubego z zalegających mas kałowych. Dzięki takim metodom operacyjnym ulega poprawie jakość życia tych pacjentów, ich uniezależnienie od otoczenia z możliwością uzyskania czystości i suchości. Operacje rekonstrukcyjne tego typu to ciężkie i długie zabiegi wykorzystujące do tego celu jelito. Mimo tego i mimo cierpienia jakie ze sobą niosą nie odstraszały młodych pacjentów, którzy chcą uzyskać samodzielność i namiastkę kontroli nad własnym ciałem zgłaszają się tego typu leczenia. Powinniśmy zdać sobie sprawę jak potężna jest ich motywacja. Uzyskanie samodzielności, suchości i czystości pozwala chorym na podjęcie nauki w szkole, w której stawiana jest jako podstawowy warunek samodzielność. Część chorych uzyskuje dzięki takim operacyjnym rozwiązaniom możliwość podjęcia studiów wyższych. Wskazania do tego typu operacji są jak widać czysto społeczne.

Młodzi chorzy niepełnosprawni odzyskują dzięki operacjom poprawiającym ich jakość życia pewność i wiarę w siebie, podejmują wyzwania takie jak nauka w wyższych uczelniach, stają się mistrzami w tańcach na wózku czy mistrzami sportowymi. Nie chcą być gorsi od zdrowych członków społeczeństwa, chcą być tak samo jak inni szczęśliwi, realizować i osiągać postawione przed sobą cele. Młodzież zadaje pytania o współżycie seksualne, które przy ich schorzeniach może być utrudnione czy też niemożliwe.

Poprawa jakości życia poprzez uzyskanie trzymania moczu i stolca zmniejsza osamotnienie tych osób i pozwala im godnie spędzić życie. Musimy zdawać sobie sprawę, że ich sytuację dodatkowo pogarsza fakt braku przystosowania mieszkań, ulic, szkół i wyższych uczelni na przyjęcie pacjenta niepełnosprawnego, poruszającego się na wózku. Wstyd powiedzieć, ale niektóre szpitale dziecięce również nie mają takiego przystosowania i nie wychodzą naprzeciw takim pacjentom. Metody operacyjne wytwarzania szczelnych przetok i szczelnych zbiorników na mocz ułatwiają chorym z neurogenymi zaburzeniami pęcherza i jelita przerwanie izolacji społecznej, związanej również z nauczaniem indywidualnym i zintegrowanie się ze środowiskiem rówieśników.

Ponadto wszelkie zabiegi chirurgiczne poprawiające jakość życia osób z neurogenymi zaburzeniami pęcherza i jelita wpływają również na poprawę jakości życia rodziców obarczonych dzieckiem z takim schorzeniem. Ten aspekt jest również ważnym elementem społecznym i socjalnym. Rodzice zostają odciążeni, dziecko zyskuje samodzielność, może uczestniczyć w obozach dla niepełnosprawnych, poznawać rówieśników i realizować się w różnych dziedzinach życia. Wszystko to pozwala zarówno rodzinie, jak i choremu na odetchnięcie od siebie, wypoczęcie i nabranie zdrowego dystansu do swojego życia. Chory wykształcony mimo swojego kalectwa odciąża społeczeństwo, gdyż może znaleźć pracę, a nie zasilić grupę bezrobotnych.

Mimo obserwowanej poprawy, ciągle jeszcze w naszym kraju brakuje wykształconych w tych problemach seksuologów oraz uropsychologów pomagających przejść dzieciom z moczeniem oraz nietrzymaniem moczu przez trudny okres dojrzewania i wchodzenia w dorosłe życie.

Brak przystosowania ulic i budynków użyteczności publicznej powoduje, że nadal najczęściej spotykamy niepełnosprawnych na ulicach, w urzędach i szkołach.

Miejmy nadzieję, że sytuacja ta ulegnie poprawie w jak najszybszym czasie.

Leczenie zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych u pacjentów po urazie rdzenia kręgowego

dr n. med. Piotr Radziszewski
prof. dr n. med. Andrzej Borkowski (Kierownik Kliniki)
Katedra i Klinika Urologii AM w Warszawie



Uraz rdzenia kręgowego powstaje na skutek pośredniego bądź bezpośredniego urazu kręgosłupa. Liczbę nowych przypadków ocenia się na 1,5-4/100000/rok. Częściej uraz rdzenia kręgowego dotyczy mężczyzn niż kobiet.

Do urazu rdzenia kręgowego dochodzi najczęściej w wieku 15-34 lat (z wyjątkiem urazu rdzenia w następstwie upadku - tutaj przeważają pacjenci w starszym wieku z uwagi na częstsze występowanie osteoporozy).

Przeżywalność pacjentów po urazie rdzenia wydłużyła się znacznie na przestrzeni ostatnich lat i obecnie wynosi średnio 18 lat (dla wszystkich rodzajów urazów i porażeni).

Najbardziej krytyczny okres po urazie rdzenia kręgowego to pierwsze 3 miesiące, po których 10-letnie przeżycie jest osiągane odpowiednio przez 86 % pacjentów z paraplegią i 80% pacjentów z tetraplegią.

Zaburzenia czynności dolnych dróg moczowych są bezpośrednią przyczyną rozwoju przewlekłej niewydolności nerek u pa-

centów po urazie rdzenia kręgowego. Stwierdza się, że 61% pacjentów po urazie ma je w momencie wypisu ze szpitala. Z praktycznego i czynnościowego punktu widzenia zaburzenia te można podzielić na zaburzenia górnego neuronu, dolnego neuronu oraz mieszane. Ocenia się że przy urazie na poziomie Th7-Th9 7.3% urazów dotyczy dolnego neuronu, 7.2% ma charakter mieszany, a 85.5% dotyczy górnego neuronu. W grupie pacjentów po urazie na poziomie Th10-Th12 te liczby przedstawiają się następująco: 17.7% górny neuron, 25.3% charakter mieszany i 57% dolny neuron, a u pacjentów po urazie na poziomie L1-L3 95.5% zaburzeń dotyczy dolnego neuronu, a 4.5% ma charakter mieszany.

Uraz rdzenia kręgowego powoduje całkowite lub częściowe odnerwienie narządu docelowego. Skutkuje to reorganizacją odruchów i wytworzeniem się nowych szlaków przewodnictwa nerwowego. Jakiego skutki w odniesieniu do czynności dolnych dróg moczowych?

W pierwszym okresie bezpośrednio po urazie rdzenia kręgowego mamy do czynienia z tzw. szokiem rdzeniowym. Jest to okres, w którym dochodzi do reorganizacji unerwienia.

W okresie szoku rdzeniowego nie wdraża się żadnego postępowania leczniczego i rehabilitacyjnego. Należy zwrócić uwagę na skuteczne odprowadzenie moczu z pęcherza, postępowaniem z wyboru jest tu cystostomia nadłonowa z uwagi na mniejszą liczbę powikłań infekcyjnych oraz mniejszy odsetek powikłań pod postacią dysrefleksji autonomicznej.

Gdy ustąpi okres szoku rdzeniowego należy ustalić zakres i skalę uszkodzenia unerwienia dróg moczowych oraz określić rodzaj dysfunkcji.

Najważniejsze jest zachowanie zasady, aby dolne drogi moczowe stanowiły niskociśnieniowy zbiornik, opróżniający się bez zalegania, bowiem wysokie ciśnienia w pęcherzu predysponują do uszkodzenia górnych dróg moczowych (nerek) w mechani-

zmie filtracji przeciw gradientowi ciśnień oraz w następstwie odpływu pęcherzowomoczowodowego. Z kolei zaleganie moczu po mikcji predysponuje do rozwoju nawracających infekcji dróg moczowych.

Ocenia się, że zmiany w obrębie górnych dróg moczowych występują aż u 30% pacjentów po urazie rdzenia kręgowego. Neurogenne zaburzenia czynności pęcherza i cewki moczowej można scharakteryzować następująco:

- dotyczące wypieracza,
- dotyczące zwieracza,
- współistnienie obu tych zaburzeń.

Pęcherz neurogenny może mieć postać nadreaktywności wypieracza, czyli skurczów pęcherza w fazie jego napełniania. Doprowadza to z jednej strony do nietrzymania moczu, z drugiej zaś w trakcie skurczu wytwarzane są wysokie ciśnienia, które powodują systematyczne uszkodzanie górnych dróg moczowych. Z nadreaktywnością wypieracza mamy najczęściej do czynienia w uszkodzeniu typu górnego neuronu i mieszanym.

Kolejną postać neurogennego uszkodzenia pęcherza to niedoczynność lub brak czynności pęcherza moczowego. W tym typie uszkodzenia pęcherz kurczy się zbyt słabo lub nie kurczy się w ogóle, co doprowadza do zalegania moczu w pęcherzu i infekcji dróg moczowych

W odniesieniu do zwieraczy również możemy mieć do czynienia z ich wzmocnionym lub osłabionym napięciem. W przypadku wzmoczonego napięcia zwieraczy, w trakcie mikcji nie dochodzi do ich relaksacji, pęcherz starając się pokonać ten opór kurczy się z coraz większą siłą i wytwarza wysokie ciśnienia. Ten typ dysfunkcji określanymi jest mianem dyssynergizmu wypieraczowo-zwieraczowego i najczęściej (nieleczony) doprowadza do uszkodzenia nerek.

W przypadku zmniejszonego napięcia zwieraczy, w trakcie napełniania pęcherza dochodzi do wycieku moczu np. w trakcie kaszlu, zmiany pozycji itp. Mamy wówczas do czynienia z wysiłkowym nietrzymaniem moczu spowodowanym niewydolnością zwieraczy.

Omówione powyżej problemy mogą współistnieć ze sobą, tzn. wypieracz może być nadreaktywny w fazie napełniania, a niedoczynny w fazie opróżniania. Dysfunkcja wypieracza może też współistnieć z dysfunkcją zwieracza (dyssynergizm).

Leczenie

Leczenie neurogennych zaburzeń oddawania moczu jest w pierwszym rzędzie zachowawcze. Jak już wspomniano powyżej ma ono przede wszystkim na celu ochronę górnych dróg moczowych.

Warunkami skutecznego leczenia są: kontrolowanie ilości przyjmowanych plyn-

nów, opróżnianie pęcherza „według zegara” oraz zapobieganie infekcjom dróg moczowych.

Uszkodzenie typu „górnego neuronu”

Na ogół możliwe jest oddawanie moczu, jednakże jest ono niekontrolowane, co doprowadza do tzw. odruchowego nietrzymania moczu. Na ogół współistnieją też dyssynergizm wypieracz-zwieracz co powoduje nie zrównoważone oddawanie moczu (zaleganie i wysokie ciśnienia w pęcherzu w trakcie mikcji).

Dwie dość powszechnie stosowane w Polsce metody opróżniania pęcherza: inicjacja mikcji poprzez wywoływanie odruchu z dermatomów skórnych (np. opukiwanie brzucha), wyciskanie ręczne moczu z pęcherza - nie są zalecane i mogą być stosowane jedynie, gdy zostało potwierdzone w badaniach urodynamicznych, że nie wywołują zbyt wysokich ciśnień w pęcherzu, a także gdy pozwalają na satysfakcjonujące kontrolowanie nietrzymania moczu.

Należy zdecydowanie podkreślić, że metodą z wyboru w leczeniu zarówno odruchowego nietrzymania moczu jak i nietrzymania moczu z przepełnienia (w przypadku niedostatecznej/braku czynności skurczowej wypieracza) jest samocewnikowanie.

Samocewnikowanie jest bezpieczne, pozwala na kontrolę ciśnień w pęcherzu (jeśli jest wykonywane według ścisłego harmonogramu czasowego) oraz kontrolę zakażeń dróg moczowych.

Niejednokrotnie, aby skutecznie kontrolować ciśnienia panujące w pęcherzu konieczne jest wdrożenie odpowiedniej farmakoterapii (np. leki antycholinergiczne) pęcherza nadreaktywnego.

Jeśli leczenie farmakologiczne nadreaktywności nie jest skuteczne lub jest źle tolerowane alternatywą pozostają neurotoksyny (resiniferatoksyna lub toksyna botulinowa), elektrostymulacje (w tym implanty wszczepiane na stałe do rdzenia kręgowego), a w ostateczności leczenie operacyjne (zabiegi powiększające pęcherz moczowy).

Osobny problem stanowi leczenie spastyczności zwieraczy, będącej jednym z czynników składowych dyssynergizmu wypieraczowo-zwieraczowego. Spastyczność o niewielkim nasileniu można kontrolować poprzez farmakoterapię (leki relaksujące mięśnie, blokery receptorów alfa). Gdy mamy do czynienia ze znacznym dyssynergizmem lub farmakoterapia nie przynosi efektów, postępowaniem z wyboru jest ostrzykiwanie zwieracza toksyną botulinową, implantacja stymulatora do rdzenia kręgowego, a w ostateczności stenty docewnkowe i rozcięcie zwieraczy (sfinkterotomia).

Oczywiście zawsze alternatywą są środki wchłaniające (wkładki, pieluchomajtki) lub cewniki zewnętrzne (u mężczyzn), jednakże należy je traktować jako rozwiązanie ostateczne z uwagi na to, że w sposób istotny obniżają one komfort życia i nie stanowią sposobu leczenia, zapobiegając jedynie skutkom socjalnym i higienicznym nietrzymania moczu.

Uszkodzenie typu „dolnego neuronu”

W uszkodzeniach typu dolnego neuronu mamy do czynienia z niewydolnością zarówno wypieracza połączoną z niewydolnością zwieracza bądź też jego nadreaktywnością.

W tym pierwszym przypadku trzymanie moczu można osiągnąć poprzez regularne „wyciskanie moczu” z pęcherza połączone ze stosowaniem zabezpieczeń zewnętrznych (pieluchomajtki, cewniki zewnętrzne). Jednakże kontynencja nigdy nie jest pełna, a „wyciskanie moczu” z pęcherza stanowi potencjalne zagrożenie dla górnych dróg moczowych. Dlatego lepsze jest leczenie chirurgiczne niewydolności zwieraczowej (np. wstrzyknięcia okołocewkowe, sztuczny zwieracz) połączone z samocewnikowaniem.

Gdy niewydolność wypieracza współistnieje z nadmiernym napięciem zwieracza postępowaniem z wyboru jest samocewnikowanie.

Dla rzadkich przypadków niedoczynności zwieracza połączonych z nadreaktywnością wypieracza, postępowaniem z wyboru jest leczenie farmakologiczne lub ostrzyknięcie toksyną botulinową wypieracza (w ostateczności implantacja stymulatora lub operacyjne powiększenie pęcherza) połączone z leczeniem niewydolności zwieracza i samocewnikowaniem.

Powyższe sposoby postępowania zostały schematycznie zaprezentowane w tabeli na stronie 9.

Szczegółowe omówienie farmakoterapii pęcherza nadreaktywnego przedstawiono w poprzednim numerze Kwartalnika NTM. Należy zauważyć, że cały czas trwają prace badawcze nad opracowaniem nowych, bardziej skutecznych i o mniejszych działaniach ubocznych leków stosowanych w terapii pęcherza nadreaktywnego. Ma to niebagatelne znaczenie, jeżeli weźmie się pod uwagę, że u pacjentów po urazie rdzenia kręgowego leki te muszą być stosowane przez całe życie.

Dr n. med. Piotr Radziszewski jest członkiem XII Komitetu ICI 2004 (Międzynarodowych Konsultacji nt. Nietrzymania Moczu) zajmującego się opracowaniem standardów diagnostyki i leczenia neurogennych zaburzeń oddawania moczu oraz stolca.

Wykorzystanie tekstu tylko za zgodą autora.

Pieluchy czy operacje?

z Wiceministrem Zdrowia Rafałem Niżankowskim rozmawia Maria Weber



Panie Ministrze, od początku 2004 roku obowiązuje w zakresie zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne tzw. system otwarty. W stosunku do innych działań zaopatrzenia medycznego jest to system nowatorski. Czy Pana zdaniem system ten się sprawdził?

Myślę, że osoby korzystające z tego systemu są zadowolone. Problemy, które występowały na początku roku zostały przezwyciężone i obecnie zaopatrzenie odbywa się już właściwie. Fakt, iż system otwarty został wpisany do nowej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, świadczy, że został on pozytywnie oceniony przez ustawodawcę. Istnieje jednak drugi aspekt tej sprawy. Cokolwiek można powiedzieć o nowym systemie zaopatrzenia, brakuje jego oceny działania, na przykład skutków na budżet państwa, funduszu zdrowia, na budżety domowe, itp. Do ekspertów powinna należeć ocena, jak racjonalnie wydawać pieniądze, aby uzyskać lepszy efekt dla pacjentów. Wprowadzając pewne rozwiązania nie dokonujemy prognozy jego realizacji. Nie zamawiamy oceny u niezależnych ekspertów. Najczęściej składamy ją na barki osób, które bezpośrednio odpowiadają za wdrożenie. Występuje więc typowy konflikt interesu. W wielu krajach zleca się badania jednostkom typu healthservice research, czyli niezależnym ośrodkom. W Polsce nadal nie ma tego obyczaju. U nas dominują badania biomedyczne. Dlatego każdej grupie pacjentów wydaje się, że może naciskać i decydować o podziale pieniędzy.

W przypadku systemu otwartego w zakresie zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne skarb państwa nie ucierpiał, ponieważ przeznaczono na nie tyle samo ile w poprzednim roku, czyli w systemie zamkniętym. Można więc nawet stwierdzić, że pieniądze na ten cel jest mniej, ponieważ powiększył się krąg pacjentów. Wchodząc do Unii Europejskiej oddalamy się zatem od jej standardów. Nawet rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego wykazu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych... nadal stosuje określenia, które nie pozwalają na jednoznaczne przypisanie konkretnej jednostki chorobowej. Jest to terminologia opisowa, a nie fachowa, zalecana przez International Continence Society i International Consultations on Incontinence. Inny problem to zwiększenie dostępu do środków pomocniczych. W wielu krajach są one rozdawane bezpłatnie lub przynajmniej w liczbie zapewniającej codzienną higienę osobistą.

Na razie za wcześnie mówić o zmianach. Nadal obowiązują rozporządzenia z 13 maja 2003 roku. Nowe muszą zostać wydane do końca 2004 roku. W trakcie prac nad nimi zostaną rozpatrzone propozycje zmiany kryteriów przyznawania przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych.

Udział pacjenta w cenie produktu jest zdecydowanie wyższy niż w innych krajach Unii Europejskiej. Czy Ministerstwo Zdrowia rozważa możliwość podniesienia refundacji choćby o 5 procent?

Odpowiedź na to pytanie wymaga przypomnienia, że świadczenia zdrowotne są finansowane w dwojaki sposób: poprzez samych zainteresowanych, którzy płacą za leki i świadczenia oraz pozostałych, którzy wnoszą opłaty na zasadzie solidaryzmu społecznego. Decydując zatem o finansowaniu świadczeń trzeba pamiętać o interesach obu stron. Na razie reprezentowany jest interes pacjentów poprzez przedstawicieli różnych stowarzyszeń. Brakuje natomiast obrony interesu zdrowych, którzy płacą składki i nie korzystają ze świadczeń. Każdy wzrost wysokości składki przede wszystkim ich dotyka. Zwiększenie refundacji wymaga zwiększenia składki wnoszonej przez zdrowych obywateli. W bogatych krajach Unii Europejskiej to właśnie dzięki nim można refundować

produkty w całości lub prawie w 100 procentach. Polska zmierza również do podobnej refundacji, ale na razie musimy ustabilizować system opieki zdrowotnej, rozwiązać problemy zadłużonych szpitali, itd. Myślę, że przyjdzie czas, aby zastanowić się nad mechanizmem finansowania niektórych świadczeń w drodze solidaryzmu społecznego.

Ale wzrost wysokości składki jest już przesądzony. Czy nie powinny z niej skorzystać osoby niepełnosprawne czy cierpiące na nietrzymanie moczu? Przydział refundowanych 60 sztuk pieluch czy pieluchomajtek miesięcznie jest poza standardem europejskim.

Być może, po analizie finansowej, okaże się to możliwe, ale zastanawiam się czy zastosowanie tej technologii, w porównaniu z metodami operacyjnymi, jest słuszne ekonomicznie i bardziej racjonalne. Być może gdyby więcej pieniędzy przeznaczyć na zabiegi, u większości pacjentów nastąpiłaby radykalna poprawa i nie musieliby zakładać niewygodnych i wstydliwych dla nich pieluch. Ale ten punkt widzenia wymaga również analizy. Dlatego jednym z moich celów w Ministerstwie Zdrowia jest stworzenie systemu oceny technologii medycznych i przygotowanie projektu powołania Agencji Oceny Technologii Medycznych. Agencja zajmie się między innymi zagadnieniem ewentualnego zwiększenia liczby operacji czy wszczepiania stymulatorów kosztem wydatków na pieluchomajtki. Być może też okaże się, że pieluchomajtki są najtańszym rozwiązaniem. Ale tego właśnie nie wiemy. Agencja powinna ruszyć w połowie 2005 roku. Wydaje mi się, że organizacje reprezentujące pacjentów dotkniętych nietrzymaniem moczu będą się upominać, aby taka analiza powstała jako jedna z pierwszych.

Czy Ministerstwo Zdrowia zamierza zmienić kryteria w stosunku do oferty prezentowanej przez producentów?

Nowa ustawa przewiduje wydanie przez ministra właściwego do spraw zdrowia rozporządzenia regulującego wymagania, jakim powinien podlegać lokal podmiotu świadczącego usługi zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne, określając przede wszystkim jego organizację i wyposażenie. Pozwoli to na uniknięcie pojawienia się na rynku podmiotów nierzetelnych.

Dziękuję Panu za rozmowę.

O bólach pewnego porodu



Maria Weber

Rada Społeczna przy Wojewódzkim Zespole Specjalistycznej Rehabilitacji Niepełnosprawnych i Zaopatrzenia Ortopedycznego w Warszawie

Uchwalona w piątek, 28 sierpnia 2004 roku, ustawa o świadczeniach zdrowotnych ze środków publicznych niczego na razie nie zmienia w sytuacji osób niepełnosprawnych i dotkniętych nietrzymaniem moczu. Utrzymała w mocy system otwarty w dziedzinie zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne aczkolwiek nie bez trudności. Wielu posłów uważało bowiem, iż nie należy robić wyjątków dla tych produktów i odstępować od konkursów ofert. Zdecydowana postawa posłów Komisji Zdrowia reprezentujących Platformę Obywatelską przekonała większość i rządowy zapis pozostał. Minister Marek Balicki nie odważył się niestety na powielenie tego systemu w innych dziedzinach świadczeń zdrowotnych, jak proponował to w swoim czasie jego poprzednik Leszek Sikorski. Obecnie pozostaje mu opracowanie rozporządzeń do końca roku. Czy mogą one przynieść pewne zmiany dla naszych czytelników? Czy mogą oni liczyć na znikomą chociażby poprawę swego stanu w przyszłym roku? Chcieliśmy prosić ministra Marka Balickiego o wstępne opinie na ten temat. Chcieliśmy zapytać go o perspektywy dla osób niepełnosprawnych. Szef resortu niestety nie znalazł, zajęty poprawkami do nowej ustawy, dla nas czasu i odesłał do swego zastępcy Rafała Niżankowskiego, którego zadaniem jest porządkowanie rynku świadczeń zdrowotnych między innymi w tej dziedzinie. Co wyniknęło z tej rozmowy, można się samemu przekonać. Publikujemy ją na stronie 11.

Ze słów pana ministra przebija duża ostrożność, co świadczy, iż resort nie ma pojęcia, w którym kierunku powinny one zmierzać. Brak rozeznania finansowego i sposobu podziału środków na świadczenia zdrowotne nie sprzyja poprawie przyszłej sytuacji naszych czytelników. Dlatego ministrowi Niżankowskiemu wygodniej mówić o Agencji Oceny Technologii Medycznej, która nawet nie wiadomo, czy powstanie. Zapis o jej założeniu w pierwotnej rządowej wersji ustawy został

wykreślony przez posłów już na początku dyskusji. Byli oni oburzeni, iż wobec twierdzeń o braku środków w służbie zdrowia, resort znajduje pie-



niądze na nowy biurokratyczny twór, który nie wiadomo jakim celem będzie służył. Na razie powstanie projekt wprowadzenia agencji do resortu „kuchennymi drzwiami”, czyli założenia zakładu budżetowego. Leszek Sikorski, były minister i zwolennik powołania tej Agencji, twierdzi, iż zajęłaby się ona tworzeniem tzw. pozytywnego koszyka świadczeń. Zwolennikiem powstania tej agencji jest również Platforma Obywatelska, pod warunkiem jednak, iż instytucja ta okaże się niezależna, a sam pomysł jej założenia nie będzie przypominał wyważania otwartych drzwi. O stosowanych technologiach mogą wypowiedzieć się środowiska medyczne, a nie urzędnicze. Jeśli agencja miałaby działać w strukturach ministerstwa zdrowia, trudno będzie o obiektywizm. Dodajmy, że na przykład w stosunku do pewnych przypadków nietrzymania moczu trudno zastosować właściwy sposób postępowania leczniczego. Z kolei w wieku podeszłym agresywne

metody postępowania w przypadku NTM nie są wskazane. Co stanie się więc, gdy Agencja zaleci stosowanie jednej metody kosztem drugiej. Czy niektóre osoby z NTM zostaną pozbawione możliwości leczenia? Dlatego urzędnicy powinni jedynie określić granice możliwości finansowych, ale nie stosowanie pewnych świadczeń.

Rodzi się także inna wątpliwość. Czy Agencja będzie potrafiła prognozować wydatki, na przykład w stosunku do osób niepełnosprawnych, gdzie zaniechanie pewnych technologii medycznych z powodów finansowych może okazać się dla państwa znacznie bardziej kosztowne? Minister Niżankowski skłonny jest zaszukawać pewne rozwiązania, podczas gdy życie tego nie znosi. Oczekiwanie zatem, że Agencja pomoże osiągnąć oszczędności, przypomina uganianie się za złudzeniami. Minister bardzo zdecydowanie występuje w obronie składek płatnych przez ludzi zdrowych, ale zapomina, iż w ustawie zapisano jej wzrost. Czemu wobec tego nie przeznaczyć dodatkowych pieniędzy dla tych, którzy ich najbardziej potrzebują? Tu w odpowiedzi można się dowiedzieć, że rząd poszerzył krąg osób uprawnionych do przedmiotów ortopedycznych oraz środków pomocniczych o nieubezpieczonych obywateli i spełniających kryteria z ustawy o pomocy społecznej. Nie zapominajmy, że krąg tych osób jest niewielki w stosunku do ogółu niepełnosprawnych i nie wszyscy skorzystają z tych uprawnień.

Pomimo braku wyraźnych deklaracji w sprawie pozytywnych zmian zapisanych w nowych rozporządzeniach, należy liczyć, iż jednak znajdują się możliwości poprawy sytuacji osób niepełnosprawnych i dotkniętych NTM. Być może ostrożność w słowach ministra Niżankowskiego jest jednak zapowiedzią pewnych zmian. Miejmy też nadzieję, że projekty rozporządzeń powstaną we współpracy z zainteresowanymi organizacjami, czego domagają się nie tylko te ostatnie, ale również opozycja. Zapowiada się jednak na ciężki poród.

Konieczne zmiany w systemie

z Mirosławem Padjaskiem

Przewodniczącym Sekcji ds. Rehabilitacji i Ortopedii Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED rozmawia Tomasz Michałek



Od 1 stycznia br. obowiązuje nowy system zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, czyli tzw. system otwarty. Jak pan ocenia funkcjonowanie tego systemu z punktu widzenia firm zaopatrujących osoby niepełnosprawne i przewlekle chore w te produkty?

Wszystkie firmy zaopatrujące osoby niepełnosprawne liczyły na to, że wprowadzenie tzw. systemu otwartego spowoduje, że będzie to system bardziej dla nich przyjazny, czyli prostszy, bardziej ekonomiczny, mniej zbiurokratyzowany i -co bardzo dla wszystkich ważne - jednolity w skali całego kraju.

Niestety, oceniając jego funkcjonowanie z perspektywy prawie III kwartałów, mogę stwierdzić, że nowy system nie sprostął stawianym mu oczekiwaniom. Zamiast usprawnić dostępność do całego refundowanego zaopatrzenia poprawił jedynie zaopatrzenie w cykliczne środki pomocnicze: pieluchomajtki i stomię. Natomiast znacznie utrudnił pacjentom dostępność do realizacji zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i pozostałe środki pomocnicze, takie jak: wózki inwalidzkie, kule i laski, protezy i gorsety, buty ortopedyczne, ortozy, materace przeciwoleżynowe, aparaty słuchowe, protezy piersi i peruki.

Czy należy wprowadzić jakieś zmiany do funkcjonującego systemu? Jakie są propozycje Izby POLMED?

Widzielibyśmy taki system otwarty, w którym zagwarantowana będzie natychmiastowa realizacja zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze - tak jak recepty na leki. Uważamy, że NFZ nie stać na generowanie, z powodu braku natychmiastowego zaopatrzenia, dodatkowych kosztów związanych z powtórą operacją lub dodatkowym leczeniem. Niezbędne jest odbiurokratyzowanie procesu refundowania zleceń.

Każda firma w Polsce poświęca obecnie 20-25% czasu na przygotowanie rozliczeń do wojewódzkich oddziałów NFZ, zmuszając, czy pacjent się prawidłowo podpisał, czy naniesiono na zleceniu numer dowodu osobistego, czy ceny są zgodne z ofertą, czy jest odpowiednie upoważnienie itd. Na dodatek każdy z oddziałów ma szczegółowe wymagania, niejednolite programy do rozliczeń i różne wzory zleceń. Niepotrzebnie wszyscy tracimy czas na zbędne czynności biurowo-administracyjne. Za przykład podam konieczność mozolnego kserowania przez pracowników zleceń (NFZ pomimo naszych próśb do tej pory nie wydrukował formularzy zleceń na druku samokopiującym) oraz dokumentu upoważnienia do odbioru, który jest całkowicie zbędny, gdyż ten, kto włada zleceniem, może sobie sam wypisać upoważnienie, pozostając w zgodzie z wydanymi przez NFZ zasadami realizacji zleceń. Można by wprowadzić stosowny zapis na druku zlecenia lub - przez analogię do recept - z wymogu upoważnienia w ogóle zrezygnować.

System musi być jednolity w skali całego kraju. Oznacza to dla nas jeden wzór umowy oraz stworzenie przez Prezesa NFZ warunków dla zapewnienia systematycznych kontroli jej przestrzegania przez dystrybutorów sprzętu ortopedycznego i pomocniczego. Obecnie mamy taką sytuację, że tyle, ile jest oddziałów NFZ, tyle różnych interpretacji dotyczących prawidłowej dystrybucji. Niezbędna jest również weryfikacja specyfikacji limitowej w zakresie jej archaicznej zawartości, jak i samych limitów.

Mija prawie 6 lat, a w zaopatrzeniu osób

niepełnosprawnych sytuacja nie dość, że się nie poprawia, to z każdym rokiem staje się gorsza. Ustalone pod koniec 1998 roku limity nie drgnęły ani o złotówkę. W tym czasie wzrost wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych wyniósł ponad 30%, wzrosły ceny podstawowych surowców do produkcji sprzętu ortopedycznego - stali i aluminium - o 50 do 80%. Od 1 maja zwiększono z 0 na 7% stawkę VAT na sprzęt ortopedyczny. Argumenty można by mnożyć, ale już przywołane są w zupełności wystarczające.

Uważamy również, że należy zintensyfikować prace nad wprowadzeniem elektronicznych kart ubezpieczeniowych, które umożliwiłyby błyskawiczne sprawdzenie prawa pacjenta do danego rodzaju sprzętu. Wylimitowałyby to konieczność uzyskiwania przez pacjenta w wojewódzkim oddziale NFZ potwierdzenia zlecenia. Mógłby to sprawdzić lekarz w trakcie pierwszej wizyty. Co za oszczędność czasu pacjenta i pracowników NFZ! Co za oszczędności dla budżetu NFZ!

Jesteśmy pewni, że wprowadzenie jednolitego systemu w skali całego kraju oparte go - jak przystało na XXI wiek - na przekazie elektronicznym, jest niezbędne. Ręczne administrowanie jest z oczywistych powodów trudniejsze i nieuzasadnione ekonomicznie. Jeżeli urzędnicy nie są przekonani do naszych propozycji, to radzimy wprowadzenie programu pilotażowego.

Proponujemy również rozpocząć starania o pozyskanie, zgodnie z ustawą, dodatkowych źródeł finansowania. Mamy na myśli środki, którymi dysponuje PFRON. Uważamy, że na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne w PFRON mógłby przekazywać co roku poważne kwoty, które wspomagałyby budżet NFZ.

Dlaczego osoby niepełnosprawne muszą czekać wiele miesięcy na realizację zlecenia na zakup sprzętu ortopedycznego? Co powoduje, że jest ona tak różnicowana w poszczególnych województwach?

Niepełnosprawni czekają w wielomiesięcznych kolejkach, gdyż środki przeznaczone od 1999 roku są niewystarczające.

dokończenie str. 14

► Poza Śląskiem kolejki są w całej Polsce, co przekłada się nie tylko na rozgorzenie niepełnosprawnych pacjentów, ale także często na powikłania zdrowotne. Odwlekanie w czasie zaopatrzenia generuje przeważnie dodatkowe koszty związane z leczeniem, za które oczywiście płaci szpitalom NFZ. Należy pamiętać, że zawsze leczenie szpitalne będzie wielokrotnie droższe niż zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny.

Czy można sobie wyobrazić, że chirurg kończy operację przed zszyciem rany pacjenta z powodu braku nici chirurgicznych? Oczywiście, że nie! Ale nie wszyscy rozumieją, że proces leczenia nie kończy się w szpitalu! Zaopatrzenie w pooperacyjną ortezę czy materac przeciwośluzowy jest tak samo niezbędne, jak operacja czy leki, aby leczenie uwieńczyć sukcesem. Czy dlatego, że pacjenci niepełnosprawni głośno nie krzyczą o swoje prawa, mają być traktowani jak pacjenci II kategorii?

Odpowiadając na drugie pytanie, zmuszony jestem wrócić do roku 1998, czyli czasu, kiedy zaopatrzeniem ortopedycznym zajmowały się Wojewódzkie Poradnie Zaopatrzenia Ortopedycznego. Jednostki te na zlecenie Wydziałów Zdrowia Urzędów Wojewódzkich realizowały zaopatrzenie ortopedyczne. Zaopatrzenie realizowane było w poszczególnych województwach

bardzo nierównomiernie. Regionalne kasy chorych nie otrzymały pod koniec 1998 roku żadnych danych co do poziomu zaspokojenia potrzeb osób niepełnosprawnych, przeznaczając na ten rodzaj zaopatrzenia od 0,6 do 1 % ogólnego budżetu. Naszym zdaniem są to podstawowe przyczyny istniejących różnic. Uważamy, że warto by przeanalizować przykład Śląska, który do dzisiaj funkcjonuje bez kolejek. Mogłoby się okazać, że na błyskawiczną likwidację kolejek w skali kraju wystarczy kilkadziesiąt milionów złotych.

Czy możemy liczyć na poprawę systemu zaopatrzenia, a przez to sytuacji osób korzystających ze środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych, w kontekście nowej ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym?

Nie tylko możemy, ale wręcz musimy liczyć na poprawę. Nowa ustawa w ustępie 2 art. 159 dała Prezesowi NFZ delegację do skonstruowania na nowo zasad dotyczących zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Mamy nadzieję, że decydenci dostrzegą konieczność stworzenia systemu „prawdziwie otwartego”, rozumianego przez nas jako zaspokojenie przynajmniej podstawowych potrzeb osób niepełnosprawnych. Obowiązujące w Polsce zasady, wykazy i limity daleko odbiegają od

rozwiązań stosowanych w Europie - dobrym przykładem mogą być rozwiązania stosowane u naszych sąsiadów Czechów.

Liczymy na zrozumienie dramatycznej sytuacji osób niepełnosprawnych i niezbędną w związku z tym systematyczną poprawę w sferze finansowej oraz natychmiastową poprawę w sferze organizacyjnej całego systemu.

Jakie rozwiązania proponuje Izba POLMED polskiemu rządowi, aby podnieść jakość funkcjonowania tego systemu?

Proponujemy za każdym razem to samo: konsultacje ze środowiskami, których dotyczy regulacje prawne. W trakcie roku na bieżąco zwracamy się z propozycjami usprawniania funkcjonującego systemu. Do najważniejszych spraw z ostatnich 12 miesięcy zaliczyłbym stoczone przez Sekcję ds. Rehabilitacji i Ortopedii Izby Polmed batalie w sprawach:

- obniżonej stawki VAT na wyroby medyczne,
- nowego kształtu ustawy o wyrobach medycznych,
- utrzymania wersji rządowej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Mamy nadzieję, że obecna batalia, podobnie jak wyszczególnione powyżej, zostanie zakończona znalezieniem korzystnych dla wszystkich rozwiązań.

Nowy projekt ustawy

Józef Góralczyk, Małopolski Sejmik Organizacji Osób Niepełnosprawnych



Doświadczenia ostatnich dwóch lat organizacji pozarządowych zajmujących się problematyką osób niepełnosprawnych w zakresie walki o otwarty system zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze upewniły nas, że tak jak w przysłówiu należy obawiać się Greka nawet wtedy kiedy przynosi dary, tak i my musimy być czujni zwłaszcza, kiedy urzędnicy tworzący nową ustawę zdrowotną deklarują najlepsze intencje w tworzeniu nowego prawa.

Nie wiem czy doczekam kiedyś czasów, kiedy w Polsce ktoś wreszcie zrozumie, że prawo należy tworzyć dla obywateli, a nie przeciwko nim. Niestety, nie jesteśmy jeszcze na tym etapie. Ponieważ organizacje osób niepełnosprawnych nie były proszone do współpracy, więc jedynie z boku mogliśmy obserwować w jakim kierunku zmierzają prace przy nowej ustawie. Czujność nasza została wynagrodzona, bo kiedy w artykule 5 punkt 41 próbowano zlikwidować podpunkt „d”, stwarzając tym samym duże zagrożenie wyeliminowania ogromnej rzeszy drobnych produ-

centów i dystrybutorów sprzętu ortopedycznego oraz materiałów pomocniczych, podjęte natychmiastowe działanie informujące wielu posłów o powstałym zagrożeniu spowodowało, że podpunkt ten został w Sejmie przywrócony. Mam nadzieję, że w tej wersji projekt ustawy zostanie ostatecznie zatwierdzony.

Generalnie oceniam, że w tej postaci ustawa zdrowotna wprowadza ostatecznie system otwartego zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne oraz środki pomocnicze, jednak wiele zależeć będzie teraz od rozporządzeń. Wszyscy znamy dobrze jaka jest obecna sytuacja w zaopatrzeniu w przedmioty ortopedyczne oraz środki pomocnicze. Nowa ustawa ostatecznie wprowadza w wielu dziedzinach zdrowia kolejki, wprowadza je również w zaopatrzeniu ortopedycznym. Jest to problem nie do zaakceptowania, bo nie wyobrażam sobie, aby osoba, która ulega wypadkowi i amputują jej nogę musiała czekać w kolejce na protezę. Spytacie dlaczego: ponieważ jeżeli nie dostanie tej protezy natychmiast, już nigdy nie będzie chodzić o własnych siłach.

To samo z urazami kręgosłupa - gdyby premier Miller nie dostał po wypadku lotniczym gorsetu oraz wózka inwalidzkiego dzisiaj może nie byłby człowiekiem czynnym zawodowo.

Wspomnieć należy również o ogromnej rzeszy chorych korzystających ze sprzętu stomijnego czy też pieluchomajtek, brak tego sprzętu natychmiast doprowadzić może do powstawania głębokich odleżyn, których leczenie kosztować będzie państwo dziesięciokrotnie więcej niż ten sprzęt. Tak mógłbym uzasadnić każdą pozycję sprzętu ortopedycznego, aparatów słuchowych i materiałów pomocniczych.

Jedno jest pewne, że dzisiaj musimy zrobić wszystko, aby oszczędności jakie są wprowadzane w systemie zdrowotnym jak najmniej dotyczyły zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne oraz środki pomocnicze. W tym wypadku kolejka będzie często skazaniem na niebyt wielu ludzi, którzy aby istnieć będą potrzebować sprzętu natychmiast. I to jest nasze na dzisiaj najważniejsze zadanie.

Jest ustawa... i co dalej?

Joanna Barańska

Senat uchwalił ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, zwaną powszechnie ustawą zdrowotną, która ma zastąpić skompromitowaną i uchyloną ustawę o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Jeśli Sejm, do którego po poprawkach Senatu ustawa musi wrócić, nie będzie przewlekał dalszych prac (tekst powstaje w połowie sierpnia), jest szansa na wejście ustawy w życie w październiku. Taki termin jest konieczny, aby NFZ mógł zakontraktować świadczenia na przyszły rok. Nie jest jednak powiedziane, że ustawa poprawi sytuację w służbie zdrowia. I posłowie, i rząd, i środowiska medyczne zgadzają się, że jest to jedynie prowizorka, wprowadzenie zmian kosmetycznych takich, aby opieka zdrowotna mogła od przyszłego roku jako tako funkcjonować bez narażania się na zarzut niekonstytucyjności.

- Wprowadzane regulacje muszą zapewnić niezbędne warunki do rozwiązania problemów w ochronie zdrowia w taki sposób, by społeczeństwo polskie mogło mieć zapewnioną opiekę zdrowotną z dniem 1 stycznia 2005 r. To oznacza rezygnację z forsowania własnej propozycji reform zdrowotnych przez poszczególne ugrupowania za cenę skonstruowania projektu możliwego do wdrożenia z Nowym Rokiem. Na przykład klub Platformy Obywatelskiej przedstawił poprawki do projektu ustawy, które większością głosów w całości zostały odrzucone przez Komisję Zdrowia po długiej dyskusji na ten temat. Przeważała opinia, że tak dogłębnych, słusznych zmian komisja nie jest w stanie uchwalić w tak krótkim czasie - tłumaczy poseł Andrzej Wojtyła, który był w Sejmie sprawozdawcą nowej ustawy.

I tak Narodowy Fundusz Zdrowia pozostaje. Wypracowano tylko pewną jego decentralizację: dyrektorzy wojewódzkich oddziałów NFZ otrzymają więcej samodzielności. Sami, a nie na mocy pełnomocnictwa udzielonego przez prezesa Funduszu, będą kontraktować świadczenia na terenie swoich oddziałów, finansować świadczenia dla nieubezpieczonych, refundować aptekom koszty leków, wyrobów medycznych i materiałów pomocniczych. Ewentualne nadwyżki finansowe w oddziale pozostaną do dyspozycji dyrektora funduszu - to nie centrala będzie decydować o ich rozdzieleniu. Dyrektor oddziału będzie mógł przeznaczyć nadwyżki na dodatkowe świadczenia zdrowotne. Wzmocniono też kompetencje nadzorcze oraz kontrolne rad NFZ i rad oddziałów, a nieprzedstawienie przez dyrektora oddziału sprawozdania z wykonania planu

finansowego czy sprawozdania z bieżącej działalności może skutkować odwołaniem dyrektora.

Chorych i niepełnosprawnych mniej jednak obchodzą techniczne szczegóły zarządzania opieką zdrowotną, a bardziej to, co za swoją składkę będą w stanie otrzymać. Nawiasem mówiąc, Senat pozostawił sejmową wersję utrzymującą wysokość składki na dotychczasowym poziomie - tzn. z dotychczasowych 8,25 proc. podstawy wymiaru składka ma rosnąć corocznie o 0,25 punktu procentowego aż do 2007 r., kiedy osiągnie wartość 9 proc. Oznacza to większe wydatki z kieszeni obywatela, bo tylko 7,75 proc. będzie odliczane od podatku dochodowego. Senator Krzysztof Jurgiel z PiS chciał jednak, aby składka wynosiła 9-proc. już od przyszłego roku.

Nadal nie wypełniono jednego z podstawowych nakazów Trybunału Konstytucyjnego: nie określono precyzyjnie, jakie świadczenia są należne za składkę. Wprowadzono tylko bardzo ogólny katalog, który obejmuje badania diagnostyczne, w tym medyczną diagnostykę laboratoryjną; świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób, w tym obowiązkowe szczepienia ochronne; podstawową opiekę zdrowotną; świadczenia w środowisku nauczania i wychowania; ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne; rehabilitację leczniczą; świadczenia stomatologiczne; leczenie szpitalne; świadczenia wysokospecjalistyczne; leczenie w domu chorego; badanie i terapię psychologiczną; badanie i terapię logopedyczną; świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w tym opiekę paliatywno-hospicyjną; pielęgnację niepełnosprawnych i opiekę nad nimi; opiekę nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu i karmienia piersią; opiekę prenatalną nad płodem i opiekę nad noworodkiem oraz wstępną ocenę stanu zdrowia i rozwoju niemowlęcia; opiekę nad zdrowym dzieckiem, w tym ocenę stanu zdrowia i rozwoju dziecka do lat 18; leczenie uzdrowiskowe; zaopatrzenie w produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki pomocnicze; transport sanitarny; ratownictwo medyczne. Uchwalono koszyk negatywny, czyli wiadomo, czego pacjent na pewno nie dostanie w ramach ubezpieczenia. Jest to np. badanie tomografem z wyjątkiem niektórych nowotworów, endoskopia, leczenie otyłości czy problemów seksuologicznych.



Rodzaj świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu państwa ma określić w rozporządzeniu minister zdrowia po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Minister ma też ustalić wykaz chorób przewlekłych, chorzy na które otrzymają leki i wyroby medyczne bezpłatnie, za opłatą ryczałtową za częściową odpłatnością, oraz wykaz takich leków i wyrobów. Na razie nie wiadomo, jakie leki i wyroby proponuje się umieścić w wykazie. Wnioskować o umieszczenie w nim wyrobu będzie mógł wytwórca, jego autoryzowany przedstawiciel albo importer, a decyzja ministra będzie podlegała skarżeniu do sądu administracyjnego.

Podobnie na ministra przerzucano cały ciężar określenia zasad zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Określi on szczegółowy wykaz przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, wysokość udziału własnego pacjenta w cenie ich nabycia, kryteria ich przyznawania, okresy użytkowania, a także przedmioty ortopedyczne podlegające naprawie w zależności od wskazań medycznych. Również w tej chwili nie wiadomo,

dokończenie str. 16

jakie są plany Ministerstwa Zdrowia w tym zakresie. Jest jednak przynajmniej jedna wiadomość dobra dla pacjentów. To ustawa, a nie widzimy urzędników NFZ, ma od przyszłego roku określać system zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze i będzie to - miejmy nadzieję - system otwarty we wszystkich województwach. Zaopatrzenie będzie przysługiwać pacjentom na podstawie zlecenia lekarza lub felczera. Refundowane będzie co najmniej 50 proc. ceny środka albo jego limitu ceny określonego przez szefa resortu zdrowia. Określony limit ceny może być wykorzystany dla naprawy użytkowanego przedmiotu ortopedycznego.

Dlaczego jednak nadal można mieć tylko nadzieję na system otwarty? Otóż jeśli chodzi o świadczeniodawców „wykonujących czynności w zakresie zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi”, warunki do zawarcia umowy, które będą musieli oni spełnić, określi prezes NFZ. Istnieje więc realne niebezpieczeństwo, że zła wola prezesa pozwoli na zawieranie umów tylko z tymi producentami, importerami, sprzedawcami, którzy będą dla niego wygodni.

- Bardzo bym chciała, panie ministrze, żeby pan się przyjrzał, kto namieszał przy materiałach pomocniczych i środkach ortopedycznych, bo to będzie bardzo dobra lekcja uprawiania lobbingu wewnątrz Sejmu. Chcemy

przywrócić zapisy z przedłożenia rządowego. Mam nadzieję, że pan minister do naszej poprawki w tej kwestii się przychyli. Przywracamy brzmienie z przedłożenia rządowego tej ustawy – mówiła podczas debaty o ustawie zdrowotnej poseł Elżbieta Radziszewska z PO.

Przedłożenie rządowe m.in. wprowadzało ministerialny nadzór nad świadczeniodawcami w celu zapobieżenia znowom cenowym, praktykom dumpingowym i monopolistycznym. Minister miałby prawo stwierdzać nieważność takich porozumień, a ich strony karać grzywną.

Co się zaś tyczy kolejek po refundowane materiały pomocnicze i środki ortopedyczne - na razie w niektórych województwach na np. aparat słuchowy można czekać i dwa lata - jest dla pacjentów wiadomość pocieszająca. Kolejki może od razu nie znikną, ale zostaną ujęte w karby. Otóż świadczeniodawcy będą prowadzić listy oczekujących na świadczenia, a pacjent będzie pisemnie informowany o przypadającym na niego terminie i przyczynach określenia takiego, a nie innego czasu oczekiwania. Na liście ma się znaleźć m.in. data i godzina wpisu, imię i nazwisko pacjenta, numer PESEL, rozpoznanie lub powód przyjęcia, adres i numer telefonu pacjenta i termin udzielenia świadczenia. Listy oczekujących będą podlegać okresowej, nie rzadszej niż comiesięcznej, weryfikacji przez zespół składający się z dwóch lekarzy i pielęgniarki. Będzie też je nadzorował minister i NFZ.

- Bardzo dobrze, tylko kiedy ja mam leczyć? - pyta jeden ze znanych warszawskich urologów.

Rząd zapowiada kompleksową reformę służby zdrowia.

- Od początku mówiłem, że to nie jest cała reforma w tej jednej ustawie. To jest pierwszy etap procesu naprawy systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Nie znajdziemy w historii przykładu, żeby system ochrony zdrowia został radykalnie zmieniony jednym aktem prawnym. Celem tego pierwszego etapu jest stabilizacja sytuacji i porządkowanie jej w takim zakresie, w jakim jest to potrzebne do tego, żeby styczeń mógł być miesiącem spokoju i normalnego funkcjonowania placówek opieki zdrowotnej. Dzisiaj bowiem mamy taką sytuację, że na terenie niektórych regionów nie wszystkie placówki opieki zdrowotnej mają podpisane kontrakty, albo te kontrakty są zawierane na okres terminowy i w najbliższych tygodniach część z nich traci swoją moc i trzeba będzie podpisywać nowe. Musimy więc dzisiaj porządkować, i to robimy, i jednocześnie przygotować w taki sposób proces kontraktowania, żeby styczeń przyszłego roku był miesiącem spokoju - wyjaśnia minister zdrowia Marek Balicki. Reforma jest jednak zależna od woli politycznej, od terminu następnego wyborów parlamentarnych i od kształtu przyszłego Sejmu.

Ranking wojewódzkich oddziałów NFZ - organizacja zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne (kolejność w rankingu wg liczby mieszkańców przypadających na jeden punkt ewidencyjny)

	1. Liczba mieszkańców na 1 punkt ewidencyjny (w tys.)	2. Liczba punktów ewidencyjnych	3. Liczba mieszkańców (w tys.)	4. Liczba podmiotów realizujących wnioski	5. Czas podpisania umowy z podmiotami realizującymi wnioski	6. Okres oczekiwania na realizację wniosku na			
						a) AS	b) PM	c) PO	d) WS
Lubuskie	51	20	1024	71	nb	do 3 lat	nb	do 6 mc	nb
Opolskie	73	15	1088	74	do 14 dni	do 2 lat*	nb	nb	nb
Świętokrzyskie	95	14	1325	329	7 dni	do 3 lat	7 dni	1 mc**	7 dni
Małopolskie	124	26	3223	560	7 dni	3-6 mc	nb	3-6 mc	nb
Wielkopolskie	224	15	3355	210	nb	2 mc*	nb	2 mc	nb
Podkarpackie	354	6	2126	154	do 14 dni	nb	nb	nb	nb
Śląskie	374	13	4866	767	nb	nb	nb	nb	nb
Łódzkie	379	5	2653	148	do 30 dni	7 mc	nb	2 mc	nb
Podlaskie	409	3	1228	60	nb	6 mc	nb	do 3 mc	nb
Warmińsko-mazurskie	489	3	1466	106	14 dni	6 mc	nb	nb	nb
Kujawsko-pomorskie	525	4	2101	78	3 dni	8 mc*	nb	8 mc*	nb
Lubelskie	559	4	2235	228	nb	5 mc*	nb	1-5 mc*	nb
Mazowieckie	724	7	5067	237	7 dni	nb	nb	nb	nb
Dolnośląskie****	745	4	2978	153	nb	2 lata*	nb	do 4 mc**	nb
Zachodniopomorskie	867	2	1733	112	nb	do 6 mc	nb	do 3 mc	nb
Pomorskie	2192	1	2192	131	2 dni	1 rok	nb	do 12 mc	nb

AS - aparat słuchowy, PM - pieluchy i pieluchomajtki, PO - przedmioty ortopedyczne, WS - worki stomijne, nb - na bieżąco, * dzieci na bieżąco, **wózki inwalidzkie 24 miesięcy

Oto kolejny ranking dotyczący organizacji zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne. Ostateczna kolejność nie zmieniła się od naszych ostatnich badań (Kwartalnik NTM nr 9/2004). Nadal na czele jest woj. lubuskie, a stawkę zamyka woj. pomorskie. Liczba punktów ewidencyjnych nie zwiększyła się w żadnym z województw. W ponad połowie województw możemy odnotować wzrost liczby podmiotów realizujących wnioski (woj. łódzkie, małopolskie, opolskie, świętokrzyskie, śląskie, lubelskie, mazowieckie, pomorskie, wielkopolskie i zachodniopomorskie). Czas oczekiwania na realizację wniosków oddziały NFZ starają się skracać, ale w niektórych województwach ciągle jeszcze trwa to za długo.

opr. K. Ciepła

O wysiłkowym NTM podczas trzeciej konferencji ICI



Prof. Tomasz Rechberger, ginekolog

Już po raz trzeci odbyło się spotkanie ekspertów medycznych w dziedzinie leczenia NTM pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Konferencje znane pod nazwą International Consultation on Incontinence (ICI), czyli Międzynarodowej Konsultacji na temat Nietrzymania Moczu mają na celu podniesienie świadomości istnienia tego problemu oraz to co najbardziej istotne dla osób borykających się z NTM, wypracowanie uniwersalnych metod postępowania w leczeniu tej społecznej choroby.

Podczas pierwszego spotkania ICI, które odbyło się 6 lat temu zaprezentowano wyniki badań na temat możliwych diagnoz i metod leczenia NTM jakie przeprowadzono wśród lekarzy pierwszego kontaktu. Wyniki tego badania, które objęło ponad 2,5 tys. lekarzy z Ameryki, Europy i Japonii wykazały, iż 96% z nich jest przekonanych, że to przede wszystkim wstyd i niska znajomość problemu są głównymi barierami hamującymi pacjentów przed poddaniem się szybkiej diagnozie lekarskiej, a następnie leczeniu. Co znamienne, większość osób z problemem NTM jest przekonana, że problem, który ich dotknął pojawia się w wyniku starzenia i jest naturalnym procesem, z którym nie można praktycznie nic zrobić.

Zeby walczyć z tym stereotypem ICI opracowuje standardowe metody postępowania w leczeniu NTM, z którego powinni korzystać przede wszystkim lekarze pierwszego kontaktu, urolodzy, ginekolodzy, a także położne i pielęgniarki.

Trzeciej konferencji ICI towarzyszyła prezentacja bardzo obiecujących wyników badań

wykonanych nad nowym lekiem na wysiłkowe NTM. Kobiety, których zdecydowanie częściej niż mężczyźni dotyka problem wysiłkowego NTM powinny być tym faktem bardzo zainteresowane, gdyż mamy do czynienia z rewolucją w leczeniu ich schorzenia. Najbardziej popularna w ostatnich latach metoda polegająca na operacyjnym użyciu taśm IVS lubTVT może zostać zastąpiona przez farmakologiczne leczenie duloksetyną. Takie przekonanie wynika z za-



Dr Piotr Radziszewski, urolog

prezentowanych w Monaco rezultatów przeprowadzonych badań. Wyniki światowej metaanalizy 4 badań, porównujących skuteczność duloksetyny versus placebo w leczeniu ponad 1900 kobiet z wysiłkowym NTM, wykazały statystycznie znaczną poprawę po 12 tygodniach terapii w grupie kobiet leczonych tym specyfikiem, w porównaniu z placebo. Poprawa była widoczna w licznych analizach, obejmujących zmniejszenie częstości epizodów NTM oraz poprawy wyników oceny jakości życia.

Przemawiając podczas tegorocznej konferencji ICI, profesor Philip van Kerrebroeck ze

Szpitala Uniwersyteckiego w Maastricht w Holandii stwierdził, że, chociaż powszechne, wysiłkowe NTM nie jest normalne w żadnym wieku i wywiera głęboko negatywny wpływ na jakość życia kobiety, a zaprezentowane wyniki badań duloksetyny dają lekarzom nadzieję, że po raz pierwszy będzie możliwe farmakologiczne leczenie, które skutecznie zmniejszy objawy tej choroby i poprawi jakość życia.

Wyniki trwającej 12 tygodni próby wykazały, że około dwie trzecie kobiet leczonych duloksetyną zgłosiło poprawę samopoczucia. 82 procent kobiet, które kontynuowały leczenie w trwającej rok fazie próby otwartej stwierdziło poprawę (w obu użyto narzędzia, polegającego na ocenie ogólnego wrażenia poprawy u pacjenta).

Dodatkowe zaprezentowane dane potwierdzają bezpieczeństwo duloksetyny w leczeniu kobiet z wysiłkowym NTM. Objawy niepożądane były łagodne lub umiarkowanie nasilone i pojawiały się na wczesnym etapie leczenia, nie nasilając się i z natury ustępując samoistnie. Najczęstszym objawem niepożądanym były nudności. Inne rzadziej występujące działania niepożądane obejmują suchotę w ustach, zmęczenie, bezsenność, zaparcie, bóle i zawroty głowy, senność i biegunkę.

Występujące blisko dwa razy częściej niż nietrzymanie moczu wywołane nagłym parciem, wysiłkowe NTM jest najczęstszą postacią nietrzymania moczu u kobiet. Do czynników ryzyka i przyczyniających się do rozwoju wysiłkowego NTM należą: poród, otyłość, wypadanie narządów miednicy oraz przewlekły kaszel. Dostępne obecnie metody terapii obejmują terapię behawioralną, ćwiczenia mięśni dna miednicy oraz wspomniane już wyżej leczenie chirurgiczne.

Tomasz Michałek

Ćwiczenia zalecane w nietrzymaniu moczu typu wysiłkowego i mieszanego



I. Kładziemy się plecami na podłodze. Obie nogi ułożyć blisko siebie, ugięte kolana się dotykają.

- Ia. Przy wydechu:**
prostujemy prawą nogę w kolanie, zaciskając mięśnie wokół odbytu i cewki moczowej.
- Ib. Przy wdechu:**
rozluźniamy mięśnie, zginamy nogę w kolanie.
- Powtarzamy to samo ćwiczenie z drugą nogą.**



II. Wstajemy. Wykorzystując stołek lub krzesło wykonujemy następane ćwiczenie.

- IIa. Przy wydechu:** opieramy się o stołek pośladkami, stopy skrzyżowane, brzegi stóp połączone z sobą naciskają jeden na drugi. Napinamy mięśnie nóg.
- IIb. Przy wdechu:** rozluźniamy mięśnie.

Ćwiczmy razem

Gimnastyka to jeden ze skutecznych sposobów radzenia sobie z wysiłkowym nietrzymaniem moczu. Ponieważ zaobserwowaliśmy ogromne zainteresowanie zajęciami

gimnastycznymi organizowanymi przez Stowarzyszenie Urosto i Program Społeczny „NTM - Normalnie Życie”, w tym numerze ponownie zamieszczamy opis ćwiczeń zalecanych dla osób z wysiłkowym nietrzymaniem moczu.

Opisane ćwiczenia zalecane są nie tylko osobom cierpiącym na tę dolegliwość, ale także osobom zdrowym, które dbają o profilaktykę. Mają one na celu wzmocnienie mięśni przepony moczowo-płciowej poprawiając tym samym trzymanie moczu. Aby

III. W kolejnym ćwiczeniu przyda nam się także niewielki stabilny stołek. Stopy i kolana złączone, plecy proste, ręce z tyłu opierają się na stołku.



IIIb. Przy wdechu: rozluźniamy mięśnie i stawiamy stopy na ziemi.

IIIa. Przy wydechu: mocno napinamy mięśnie brzucha, unosimy nogi i trzymamy w powietrzu 2-3 sekundy.



ćwiczenia przyniosły pozytywne efekty konieczna jest jednak systematyczność i wytrwałość. Ćwiczenia należy wykonywać codziennie, po kilka serii, przez okres kilku miesięcy. Ponieważ ćwiczenia poruszają mięśnie głębokie, które trudno jest wyczuć,

bardzo ważne jest dokładne stosowanie się do opisu i zwracanie uwagi na oddech.

Dla osób, które chciałyby wykonać pierwsze serie ćwiczeń pod okiem instruktora istnieje możliwość zapisania się na nieodpłatne ćwiczenia organizowane w grupach

przez Stowarzyszenie Urosto i Program Prospołeczny "NTM - Normalnie Żyć". Zajęcia organizowane są w Warszawie i Bydgoszczy, kontakt w poniedziałki i wtorki, tel.: 22- 46 36 400 (Warszawa), 52 - 373 06 26 (Bydgoszcz).

Pierwszy lek na wysiłkowe nietrzymanie moczu

Lek Yentreve został zarejestrowany w Polsce i innych krajach Unii Europejskiej

Małgorzata Georgiew



Od lewej: prof. Linda Cardozo (Wielka Brytania) i prof. Peggy Norton (USA) podczas sesji na temat wysiłkowego NTM, która odbyła się przy okazji kongresu ICI w Monte Carlo w czerwcu 2004.

Firmy Eli Lilly and Company i Boehringer Ingelheim poinformowały, że w sierpniu tego roku lek Yentreve (chlorowodorek duloksetyny) został zarejestrowany przez Komisję Europejską do stosowania w leczeniu kobiet z umiarkowanym lub ciężkim wysiłkowym nietrzymaniem moczu (NTM). To pierwszy i jedyny lek szeroko dopuszczony do stosowania w leczeniu dolegliwości, na którą cierpią miliony kobiet na całym świecie.

„Rejestracja leku Yentreve to bardzo dobra wiadomość dla polskich pacjentek z wysiłkowym nietrzymaniem moczu. Yentreve to pierwszy na świecie lek opracowany specjalnie z myślą o leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet. Yentreve stanowi alternatywę dla leczenia chirurgicznego i jest bez wątpienia przełomowym rozwiązaniem w terapii wysiłkowego NTM, które przyczyni się do poprawy jakości życia wielu kobiet. Lek ten będzie dostępny wyłącznie na receptę i zostanie wprowadzony na polski rynek pod koniec br. Warto dodać, że pacjentki z Unii Europejskiej, w tym z Polski, jako pierwsze na świecie będą miały dostęp do tego innowacyjnego leku.“ - powiedziała dr Barbara

Możejko-Pastewka, dyrektor ds. medycznych Lilly Polska.

Wysiłkowe NTM występuje u co siódmej kobiety na świecie w wieku powyżej 20 lat. Jest to najczęstsza postać NTM, polegająca na mimowolnym wyciekaniu moczu podczas wysiłku związanego np. z kichaniem, kaszlem, podnoszeniem przedmiotów lub ćwiczeniami fizycznymi. Wysiłkowe NTM ma znaczący wpływ na jakość życia, odbierając wielu kobietom radość z wykonywania codziennych czynności. Kłopotliwy staje się śmiech i dźwiganie nawet niewielkich ciężarów, a wraz z natężeniem dolegliwości może nastąpić lęk przed przebywaniem wśród ludzi, a co za tym idzie - izolacja i nawet depresja. Zdaniem producentów Yentreve, wprowadzenie nowego leku powinno zmniejszyć liczbę osób z problemem NTM i poprawić jakość ich życia.

Z przeprowadzonych badań wynika, że Yentreve to zrównoważony inhibitor wychwytu zwrotnego dwóch neurotransmiterów: serotoniny i noradrenaliny, które, jak się uważa, odgrywają ważną rolę w fizjologii skurczu mięśnia zwieracza cewki moczowej, którego

osłabienie może być przyczyną wysiłkowego NTM. Yentreve zwiększa stężenie neurotransmiterów, co prowadzi do wzrostu napięcia i siły skurczu zwieracza cewki moczowej, zapobiegając popuszczaniu moczu podczas wysiłku związanego z kichaniem, kaszlem, śmiechem, podnoszeniem przedmiotów lub ćwiczeniami fizycznymi.

Obecnie najskuteczniejszą, stosowaną metodą leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu jest zabieg operacyjny, indywidualnie dobierany dla każdej pacjentki. Leczenie farmakologiczne wprowadza nową jakość: szybsze podjęcie leczenia dzięki temu, że można je podjąć niezależnie od zabiegu, na który często trzeba czekać. Yentreve zmniejszając ilość epizodów NTM pozwala spokojnie oczekiwać na zabieg, redukując ograniczenia narzucone przez dolegliwość. W przypadkach lżejszych może czasami okazać się rozwiązaniem problemu - regularne zażywanie leku pozwoli na powrót do normalnego życia.

Już za kilka miesięcy lek Yentreve powinien być dostępny w krajach Unii Europejskiej. W Grecji, Włoszech i Hiszpanii lek będzie sprzedawany również pod nazwą Ariclaim.



Czy mam się nie śmiać?

Cierpię na nietrzymanie moczu, jednak objawia się ono nietypowo. Mam 15 lat i bardzo cierpię z powodu tej upokarzającej dolegliwości. Mocz popuszczam w dużych ilościach podczas śmiechu. Nawet po wyjściu dopiero co z toalety, śmiejąc się mimowolnie się moczę. Co mam robić? Cierpię na to chyba od 8 lat. Próbuję się nie śmiać, ale jestem nastolatką, a w szkole dzieje się wiele zabawnych rzeczy. Kupuję wkładki Tena i one nawet mi pomagają normalnie żyć. Dolegliwość łagodnieje latem, ale nigdy nie jest tak, abym czuła się bezpiecznie. Bardzo proszę o pomoc. Czy można to leczyć? Nie mam na temat mojej dolegliwości żadnych informacji. Czekam z niecierpliwością na odpowiedź i z góry dziękuję.

Olga

Red. Opisany przez Ciebie problem ma związek z nadmierną pobudliwością pęcherza /pęcherzem nadreaktywnym/. W tym przypadku śmiech jest czynnikiem wywołującym skurcz pęcherza. Jest to najprawdopodobniej spowodowane opóźnionym dojrzewaniem tych części układu nerwowego, które są odpowiedzialne za kontrolę pęcherza. Najważniejsze więc jest to, że nie jest to najpewniej objaw żadnej choroby. Dolegliwość ta ustąpi z czasem (niestety nawet za kilka lat). W chwili obecnej można zastosować leczenie lekami antycholinergicznymi (hamującymi czynność skurczową pęcherza moczowego). Leki takie może przepisać lekarz urolog lub ginekolog, po wykonaniu kilku podstawowych badań (USG, badanie moczu).

Czy gimnastyka pomoże?

Mój mąż jest po operacji prostaty (w listopadzie 2003 roku) i od tego czasu cierpi na nietrzymanie moczu. W klinice, gdzie był operowany, widzieliśmy tablice z ćwiczeniami Kegla. Czy w jego przypadku ćwiczenia mogą przynieść poprawę? Będę wdzięczna za pomoc.

Anna

Red. Ćwiczenia Kegla zostały zasadniczo opracowane dla kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu. Nie oznacza to jednak, że nie są one przydatne dla mężczyzn z tym rodzajem nietrzymania moczu. Wzmacniają one mięśnie przepony moczowo-płciowej i poprawiają trzymanie moczu. Oczywiście warunkiem koniecznym jest ich regularność

(kilka serii dziennie przez kilka miesięcy). Są one ponadto doskonałym narzędziem profilaktycznym - wzmacniają mięśnie jeszcze przed wystąpieniem objawów nietrzymania moczu i mogą mu zapobiegać. W przypadku Pani Męża konieczne jest najpierw ustalenie czy mamy do czynienia z wysiłkowym nietrzymaniem moczu czy też z nadreaktywnością pęcherza moczowego. Leczenie tych dwóch rodzajów nietrzymania moczu jest odmienne - wysiłkowe nietrzymanie moczu leczy się np. ćwiczeniami (w łagodnej postaci) lub też trzeba wykonać korygujący zabieg operacyjny (patrz artykuł w poprzednim numerze NTM), pęcherz nadreaktywny leczy się farmakologicznie (również omówione w poprzednim numerze NTM). Niestety nie podała Pani jakiego rodzaju operację prostaty miał wykonaną Mąż (operację przezcewkową, prostektomię radykalną, czy może operację otwartą prostaty). Proponuję zgłosić się do urologa, który wykonywał zabieg - zleci on odpowiednie badania (w tym badanie urodynamiczne) i w oparciu o nie zaproponuje właściwe leczenie.

Na listy odpowiadał dr med. Piotr Radziszewski z Kliniki Urologii Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Dotyczy: artykułu Pani Joanny Barańskiej „Unia nie pomoże w sprzątaniu własnego podwórka” Kwartalnik NTM (wydanie specjalne, 04/2004)

Rzeczywistość nasza polska po wejściu do Unii Europejskiej nie jest w moim odczuciu euforyczna, aczkolwiek nie zgadzam się z adnotacją Pani Joanny Barańskiej, t.j. (cyt.):

„Niedawno okazało się np., że pensjonariusze domów pomocy społecznej mogą pozostawać w nim przez pół roku. Warunkowo mogą uzyskać przedłużenie pobytu na kolejne sześć miesięcy, ale tylko wtedy, gdy okaże się, że ich stan zdrowia nie uległ poprawie, czyli placówka im nie pomogła! Ludzie ci często, zamierzając dożyć w spokoju dni swoich, posprzedawali mieszkania czy sędowali je na rodzinę. Teraz nie mają dokąd wrócić.“

Parafraza autorki artykułu jest dalece nieautentyczna co do istniejących przepisów prawnych, a mianowicie:

- pensjonariusze domu pomocy społecznej mogą przebywać w nim na pobyt stały lub czasowy, nie ma obwarowań dotyczących „sześciu miesięcy“

- mieszkaniec domu przebywa w nim na okres taki jaki sobie życzy - co jest jego

własnym wyborem i prawem do samostanowienia

- domy pomocy społecznej świadczą swoje usługi w realizacji potrzeb opiekuńczych, bytowych, wspomagających i edukacyjnych na poziomie obowiązującego standardu i nikt z osób „fachowo pomagających“ nie pokusiłby się o pozostawienie osoby bez należytej opieki, a co dopiero na odesłanie „donikąd“.

Odsyłam Panią Barańską do Ustawy z dnia 12 marca 2004 o pomocy społecznej (Dz.U. Nr 64 poz.593). Jestem dalece zbulwersowana stwierdzeniami w tym artykule gdyż pracuję jako jedna z osób fachowo pomagających tj. jestem pracownikiem w domu pomocy społecznej w województwie opolskim. Problemy środowiska osób starych i niepełnosprawnych są mi bardzo dobrze znane i mogłabym się pokusić o polemikę na ten temat. Nadmieniam, iż jestem stałą czytelniczką Waszego pisma, wiele informacji zawartych w nim jest naprawdę dobra. Problemy pielęgnacji osób niepełnosprawnych, w tym również z nietrzymaniem moczu są mi nader bliskie, gdyż wymagają podejścia podmiotowego ukierunkowanego na poprawę sytuacji socjalno-bytowej tej grupy osób.

Maria Klimowicz

Członek Zarządu Wojewódzkiego

PTPS Oddziału Opolskiego

Pracownik Socjalny Domu Pomocy Społecznej

Szanowna Pani,

Ma Pani niewątpliwie rację, że ustawa o pomocy społecznej nic nie mówi na temat odsyłania pacjentów domów opieki po pół roku „donikąd“. Wspomniana przeze mnie sprawa dotyczyła jednego z domów w woj. mazowieckim, którego pracownicy - również zresztą jak Pani zbulwersowani - pokazywali mi wewnętrzne zarządzenie nakazujące badać po pół roku sytuację pensjonariusza i ewentualnie namawiać go na powrót do rodzinnego domu. Wskutek niefortunnego być może sformułowania można było odnieść wrażenie, że mam na myśli sytuację we wszystkich domach opieki w całej Polsce.

Cieszę się, że w woj. opolskim nie wydaje się tego typu zarządzeń.

Pozdrawiam Panią serdecznie i życzę dalszych sukcesów w niesieniu pomocy potrzebującym

Joanna Barańska

Odpowiedzi na wszystkie Państwa listy publikujemy na stronie internetowej www.ntm.pl

O ziołach w nietrzymaniu moczu

dr n. med. Leszek Marek Krześniak

Niezależnie od przyczyny nietrzymania moczu zdarza się, że stanom tym towarzyszą bardzo długo utrzymujące się lub często nawracające infekcje dróg moczowych. Działanie antybiotyków i innych substancji przeciwbakteryjnych wyczerpuje się, bowiem drobnoustroje nabywają odporności na stosowane leki.

W takich sytuacjach niezwykle przydatne są zioła i inne preparaty zawierające w swoim składzie wyciągi roślinne, które zastosowane często razem z lekami dezynfekującymi drogi moczowe wzmagają siłę ich działania i przeciwdziałają wytwarzaniu lekooporności u drobnoustrojów. W przypadku infekcji dróg moczowych bakteriami, które są już odporne na większość antybiotyków, wyciągi roślinne mogą być jedynymi środkami, które znoszą objawy zakażeń, przeciwdziałają tworzeniu się złożeń w drogach moczowych.

Nie bez znaczenia jest korzystny wpływ wielu roślin na stan ogólnej i miejscowej odporności. Zresztą przewlekłe i nawracające infekcje, także dróg moczowych, są najlepszym dowodem osłabienia mechanizmów odporności organizmu.

Rośliny wykorzystywane do zwalczania zakażeń dróg moczowych znane są od wieków. W okresie burzliwego rozwoju chemii farmaceutycznej poszły trochę w zapomnienie. Ale kiedy problem lekooporności zaczął narastać coraz więcej lekarzy i pacjentów interesuje się właściwościami ziół.

Wśród najważniejszych roślin wykorzystywanych w leczeniu zakażeń dróg moczowych wymienić trzeba następujące: skrzyp polny, pokrzywę, perz, pietruszkę, jesion, żurawinę, wilżynę, taminę, bez czarny, wrzos, borówkę brusznicę, mącznicę, brzozę, porzeczkę czarną, poziomkę, czarnuszkę, robinie akacjową, fasolę indyjską, jałowiec, rdest ptasi, fiołek trójbarwny, lebidkę, nawłoc, bylicę pospolitą, ostrożeń warzywny, połoncznik, kukurydź i wiele innych.

Skrzyp polny (*Equisetum arvense*)

Ziele skrzypu zawiera saponiny, flawonole, rozpuszczalne w wodzie związki krzemu, alkaloidy, kwasy organiczne i garbniki. Napary i odwary ziele skrzypu są polecane w przypadku zakażeń dróg moczowych oraz w kamicy moczowej. Działają moczopędnie i dezynfekująco na drogi moczowe, a w związku z zawartością krzemionki przeciwdziałają tworzeniu się złożeń w drogach moczowych. Skrzyp jest zalecany zwłaszcza osobom w wieku podeszłym



i osobom z obniżoną odpornością. Odwar z ziele przygotowuje się przez zalanie 2-3 łyżek 2 szklankami wody. Wypija się go w 2-3 porcjach w ciągu dnia. Napary najłatwiej przygotowywać wrzucając torebkę ziół do szklanki wrzątku i pozostawienie pod przykryciem na 10-15 min. Ziele skrzypu wchodzi skład wielu mieszanek ziołowych przygotowywanych przez przemysł zielarski o takich nazwach, jak: Reumosan, Cardiosan, Urosan, Pulmosan.

Rdest ptasi (*Polygonum aviculare*)



Ziele rdestu ptasiego zawiera flawonoidy, fenolokwasy, garbniki i kwas krzemowy. Odwary z ziele mają właściwości moczopędne i są polecane w przewlekłych stanach zapalnych dróg moczowych. Są także pomocne w skazie moczanowej i przeciwdziałają tworzeniu się kamieni w drogach moczowych zbudowanych z kwasu moczowego. Ziele to jest także pomocne w przypadku schorzeń przewodu pokarmowego takich jak nieżyty, biegunki, nadżerki błony śluzowej żołądka.

Ziele rdestu ptasiego wchodzi w skład mieszanek o nazwach: Reumosan, Sklerosan, Pulmosan, Vagosan. Odwary przygotowuje się przez zalanie 1-2 łyżek ziele i gotowanie przez 5-10 minut. Po ostygnięciu należy pić po 1/2-1/3 szklanki 2-3 razy dziennie.

Mącznica lekarska (*Uva ursi*)

Liść mącznicy lekarskiej zawiera glikozydy fenolowe, flawonoidy, garbniki hydrolizujące, kwasy polifenolowe. Odwary z liści mącznicy mają właściwości przeciwbakteryjne i dlatego



stosuje się je w zakażeniach dróg moczowych, ponadto wykazują właściwości moczopędne i korzystnie działają w przypadku kamicy moczowej.

Odwar z liści przygotowuje się przez zalanie 1 łyżki liści 1,5 szklanki wrzątku i gotowanie przez 5 minut. Po ostygnięciu i precedzeniu należy go pić po 1/4 - 1/3 szklanki 2/3 razy dziennie. Przy nasilonych dolegliwościach po 1-3 łyżki co 2-3 godziny.

Wrzos (*Calluna vulgaris*)



W leczeniu zakażeń dróg moczowych wykorzystuje się kwiaty wrzosu, które zawierają dużo bo aż 7% garbników, arbutynę, flawonoidy, olejek eteryczny, kwasy organiczne, związek goryczowy, sole mineralne i dość dużo krzemionki. Napary z kwiatów wrzosu są polecane w stanach zapalnych pęcherza, w przypadkach obecności bakterii w moczu (co mogą potwierdzić posiewy moczu).

Napary takie przygotowuje się przez zalanie 1 lub 1,5 łyżki wysuszonych kwiatów wrzosu 2 szklankami wrzątku i odstawienie pod przykryciem na 10-15 minut. Po ostygnięciu i precedzeniu należy pić po 1/3-1/2 szklanki naparu po posiłkach, jeśli chcemy uzyskać efekt moczopędny i dezynfekujący drogi moczowe. Napary z kwiatów wrzosu korzystnie działają na przewod pokarmowy, zwiększają apetyt, mogą być polecane w niezbyt nasilonych biegunkach. W takich przypadkach należy je pić 30 minut przed jedzeniem.

Napary takie przygotowuje się przez zalanie 1 lub 1,5 łyżki wysuszonych kwiatów wrzosu 2 szklankami wrzątku i odstawienie pod przykryciem na 10-15 minut. Po ostygnięciu i precedzeniu należy pić po 1/3-1/2 szklanki naparu po posiłkach, jeśli chcemy uzyskać efekt moczopędny i dezynfekujący drogi moczowe. Napary z kwiatów wrzosu korzystnie działają na przewod pokarmowy, zwiększają apetyt, mogą być polecane w niezbyt nasilonych biegunkach. W takich przypadkach należy je pić 30 minut przed jedzeniem.

Pokrzywa zwyczajna (*Urtica dioica*)

W leczeniu schorzeń układu moczowego mają znaczenie przede wszystkim korzenie pokrzywy, które zawierają garbniki, kwasy organiczne, krzemiany, fitosterole, śluz i sole wapnia. Związki zawarte w korzeniach pokrzywy działają moczopędnie i są zalecane w przypadku skazy moczanowej (dny) oraz kamicy moczanowej. Zapobiegają też przerostowi prostaty i przynoszą ulgę u osób cierpiących na schorzenia gruczołu krokowego.

Odwary z korzeni przygotowuje się przez zalanie 1 łyżki korzeni 1,5 szklanki wrzątku i gotowanie na wolnym ogniu przez ok. 10 minut. Po wystudzeniu i precedzeniu należy pić w 2-3 porcjach w ciągu dnia.



foto: autor

INFOLINIA

0 801 800 038

Od 3 lutego 2003 r. działa ogólnopolska infolinia 0 801 800 038, pod którą wszyscy zainteresowani mogą uzyskać informacje na temat problemu nietrzymania moczu. Telefon jest czynny w dni powszednie w godzinach 8.00 - 20.00.
Całkowity koszt połączenia wynosi 0,29zł plus VAT.

RADA NAUKOWA DS. PROBLEMU NTM:



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

*Prof. dr hab. med.
Tomasz Rechberger*
Kierownik II Katedry
i Kliniki Ginekologii
Akademii Medycznej
w Lublinie



*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 Akademii
Medycznej w Warszawie



**KONSULTANT
MEDYCZNY DS.
WSPÓŁPRACY
ZAGRANICZNEJ
dr med.
Piotr Radziszewski**
Katedra i Klinika Urologii
Akademii Medycznej
w Warszawie

**KONSULTANT
MEDYCZNY
dr med.
Piotr Dobroński**
Katedra i Klinika
Urologii
Akademii Medycznej
w Warszawie



Chcesz cieszyć się dobrym zdrowiem?

Czytaj co miesiąc miesięcznik „ZDROWIE”

Zdrowie przez całe życie!



NTM

normalnie żyć 0 801 800 038

- problem NTM
- sprawdź swój stan
- diagnostyka
- metody leczenia
- produkty absorpcyjne
- społeczne aspekty problemu NTM
- refundacja
- publikacje
- informacja dla prasy
- linki
- zespół d/s NTM
- English version

www.ntm.pl



Nietrzymanie moczu (NTM)

jest jednym z bardziej rozpowszechnionych problemów współczesnego społeczeństwa. Europejskie statystyki pokazują, że około 10 proc. populacji cierpi na tę dolegliwość, a jej częstota wzrasta wraz z wiekiem. Liczba mieszkańców Polski z problemem nietrzymania moczu to ponad 3 miliony osób. 300 tysięcy osób to grupa z ciężkim problemem. Pozostali dotknięci są tą dolegliwością w mniejszym stopniu.

- **Listy od pacjentów**
- **Mazowieckie UROSTO już działa!**