


# Kwartalnik NTM

ISSN 1733-2826

nr 4 (11) 2004  
cena: 9.50 zł  
(w tym 0% VAT)



PIELUCHY  
WYSTAWIAM  
TYLKO NA  
NOWOTWÓR

Kryteria medyczne  
warunkujące wypisywanie  
wniosków na środki  
wchłaniające bez zmian



# Cóż to był za rok!

**Z** pewnością dla osób z problemem NTM był to rok przełomowy. Od 1 stycznia zaczął obowiązywać w całym kraju nowy, otwarty system zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, w tym środki wchłaniające. Po raz pierwszy w historii refundacji pieluch anatomicznych i pieluchomajtek Polacy mogą korzystać w pełni ze swoich praw - otrzymali szansę swobodnego wyboru przy dynamicznie rozwijającej się sieci nowych punktów sprzedaży materiałów wchłaniających.

Rok 2004 to również rok nowej ustawy zdrowotnej. Ustawa, która była przygotowywana w pośpiechu, żeby tylko zdążyć z terminem narzuconym wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego. Dzięki wspólnej inicjatywie środowisk pacjentów oraz osób działających na ich rzecz zdołano przekonać najpierw urzędników Ministerstwa Zdrowia, a potem posłów do prawnego utrwalenia w nowej ustawie systemu otwartego. Teraz możliwość różnego interpretowania zapisów przez urzędników została zmniejszona do minimum. Jest więc szansa, że w 2005 roku więcej czasu będzie można poświęcić na rzecz poprawy systemu, a nie jego obrony.

Okazało się, że przy wszystkich słabościach polskiego systemu legislacyjnego można znaleźć - zarówno w Ministerstwie Zdrowia, jak i w sejmowej komisji zdrowia - obiektywnych i otwartych na argumenty ludzi. Dotyczy to urzędników Ministerstwa Zdrowia, którzy odważyli się stanąć przeciwko własnym oraz urzędników NFZ interesom, jak również dotyczy to posłów, którzy pomimo pojawiających się czasami sprzeczności (na tym polu szczególnie wyróżniały się posłanki Kocpac i Radziszewska z PO, które potrafiły głosować w komisji za zniesieniem w ustawie zdrowotnej zapisu wyodrębniającego podmioty realizujące zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, po czym następnie na kolejnych obradach komisji ją przywracały), ostatecznie przyjęli argumenty środowiska niepełnosprawnych i przewlekle chorych, przegłosowując ustawę blokującą w przyszłości próby narzucania sztucznych ograniczeń na otwarty system zaopatrzenia.

Rok 2004 to również czas testu dla tego systemu. Jeżeli jeszcze w pierwszym kwartale można było usłyszeć wiele słów krytyki pod adresem wprowadzonych rozwiązań, o tyle z czasem malała liczba krytyków systemu, a pojawiały się głosy domagające się wprowadzenia uspraw-

nień pozwalających ograniczyć pojawiające się sporadycznie nadużycia oraz żądające likwidacji kolejek, które powstały w niektórych województwach przy zaopatrzeniu w aparaty słuchowe i sprzęt ortopedyczny.

Ale rok 2004 to nie tylko zmiana systemu zaopatrzenia, to także realny wzrost środków finansowych na refundację. Przypomnijmy, iż cztery razy w ciągu tego roku Minister Zdrowia zwiększał kwotę na refundację sprzętu ortopedycznego i środków pomocniczych, zmniejszając lub wręcz likwidując w niektórych województwach kolejki. Pamiętajmy także, iż plan na 2005 przewiduje kolejny wzrost tych środków o 9,412 mln. Jest to dowód, iż powoli, ale jednak w Ministerstwie, zaczyna się dostrzegać problem niepełnosprawnych i przewlekle chorych.

Należy mieć więc nadzieję, że kolejne inicjatywy na rzecz poprawy jakości życia bardzo pokrzywdzonej przez los grupy ludzi znajdą również zrozumienie wśród naszych elit rządzących. Dodajmy elit, które najprawdopodobniej zamienią się w przyszłym roku miejscami. Ale to już zależy od wyborców, między innymi tych, którzy radząc sobie w różny sposób z problemem NTM (ponad 3 mln osób w Polsce), coraz uważniej przyglądają się politykom, ich deklaracjom i działaniom.

Tomasz Michałek



## Spis treści

4 (11) 2004

<b>WSTYD A NTM</b>	
<b>Wstyd się wstydzić</b> Wywiad z dr. Sz. Szczepańskim .....	4
<b>RADZIMY</b>	
<b>Środki wchłaniające: czy wiemy co wybrać?</b> M. Georgiew .....	6
<b>OPIEKA DŁUGOTERMINOWA</b>	
<b>Koszty profilaktyki i leczenia odleżyn</b> E. Szwałkiewicz .....	8
<b>PRAWO</b>	
<b>Budżet jest, problemy pozostały</b> J. Barańska .....	10
<b>Refundacja tylko na nowotwór?</b> M. Kowalewska .....	12
<b>OPINIE</b>	
<b>W chorobie jesteśmy równi</b> M. Weber .....	14
<b>Za mało pieniędzy w systemie</b> J. Góralczyk .....	15
<b>PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE</b>	
<b>Orteza - zło konieczne, czy nadzieja</b> dr P. Kliszcz .....	16
<b>WYSIŁKOWE NTM</b>	
<b>Czynniki ryzyka i zapobieganie występowania NTM u kobiet</b> prof. E. Miękoś, prof. M. Sosnowski .....	18
<b>Mechanizm działania duloksetyny z wysiłkowym NTM</b> prof. T. Rechberger, dr A. Adamiak .....	20
<b>LISTY</b> .....	22

## Do Czytelników

Oddajemy do Państwa rąk ostatni w tym roku numer Kwartalnika NTM. Tym razem skupiliśmy się przede wszystkim na różnych aspektach życia osób cierpiących na nietrzymanie moczu. Jest wiele problemów towarzyszących dolegliwości NTM, ale chyba najważniejsza z nich to wstyd i niewiedza - główne przyczyny unikania przez pacjenta wizyty u lekarza.

Wyniki międzynarodowego badania „Wysiłkowe Nietrzymanie Mocz u Kobiety: Odkrywając Prawdę“ zaprezentowanego podczas XXXIII konferencji Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji (International Continence Society) mówią wprost - prawie 2/3 kobiet z wysiłkowym NTM nigdy nie konsultowało się z lekarzem, a wśród tych, które się skonsultowało (38 %) jedna na pięć kobiet zwlekała z wizytą do trzech lat, natomiast jedna na dziesięć - cztery lata lub więcej. Prawie połowa kobiet z WNM natomiast czuje się niekomfortowo rozmawiając o symptomach tej dolegliwości, a około 1/3 kobiet z WNM wierzy, że nic nie da się poradzić na ich dolegliwość.

Dlatego czas najwyższy, abyśmy zerwali ze stereotypami i przestali wierzyć, że dolegliwość NTM sama minie. Prześniemy usprawiedliwiać się, że „to już ten wiek“, albo „tyle porodów“. Zaczniemy wierzyć, że NTM można wyleczyć.

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia w pełni skutecznie można wyleczyć około 60% osób z nietrzymaniem moczu. U 20% pacjentów występuje wyleczenie częściowe, a u pozostałych 20% nie uzyskuje się poprawy lub zastosowanie terapii jest niemożliwe. Od nas zależy czy podejmimy próbę rozpoczęcia leczenia - możemy przecież znaleźć się wśród tych 60%.

Okazuje się również, że wiele osób z NTM nie wie, że można korzystać z refundacji przy zakupie higienicznych środków wchłaniających. Dlatego postanowiliśmy zaprezentować Państwu wachlarz produktów ułatwiających terapię przy NTM.

Dostajemy wiele listów od Państwa, które świadczą o tym, że nasze pismo cieszy się zainteresowaniem i coraz większą popularnością. Wiele osób prosi nas o przesyłanie Kwartalnika - niestety, ze względów finansowych nie jesteśmy w stanie dostarczać wszystkim chętnym egzemplarzy naszego pisma. Dlatego postanowiliśmy z nowym rokiem wprowadzić prenumeratę, która - mamy nadzieję - przybliży zainteresowanym osobom tematykę problemu nietrzymania moczu. Wzór druku prenumeraty znajdziecie Państwo na końcu pisma.

I korzystając z okazji chciałabym w imieniu całej redakcji złożyć wszystkim Czytelnikom Kwartalnika NTM najserdeczniejsze życzenia z okazji Świąt Bożego Narodzenia i Nowego Roku. Pacjentom życzę odwagi w postanowieniu o leczeniu, lekarzom - cierpliwości i odpowiedniego podejścia do pacjentów, a decydom mądrych decyzji.

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  
**Rysunek na okładce:** Dariusz Pietrzak  
**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.  
 Nakład 4000 egzemplarzy.



Program  
 Prospołeczny  
 „NTM -  
 Normalnie  
 Życie”

**Wydawca:**  
**Studio PR**  
**Realizacja wydawnicza:**  
 Warsaw Voice SA

# Wstyd się wstydzic



## Z doktorem Szczepanem Szczepańskim z przychodni Medycyny Rodzinnej na warszawskich Bielanach, rozmawia Elżbieta Mamos

**Jak pan się dowiaduje, że pacjentka ma problem z nietrzymaniem moczu? Od niej samej czy dopiero podczas wywiadu?**

Najczęściej pacjentki w ogóle nie mówią o tym problemie, bo jest on uważany za mocno wstydlivy. Kobiety krępują się rozmawiać na ten temat. Natomiast dość często zdarzają mi się sytuacje, że moje pacjentki przychodzą i proszą o skierowanie do urologa. Wtedy staram się oczywiście zebrać wywiad, żeby dowiedzieć się dlaczego ten urolog jest tak pilnie potrzebny. Wtedy zwykle okazuje się, że pacjentka ma problem z nietrzymaniem moczu.

**W jakim wieku są najczęściej te kobiety?**

W bardzo różnym. Nietrzymanie moczu może występować w każdym wieku, ale naj-

częściej ujawnia się u kobiet po sześćdziesiątce. Ta dolegliwość jest silnie związana z procesem starzenia się, brakiem estrogenów, wiotczeniem ścianki pochwy, która podtrzymuje pęcherz. Tak więc jest to przede wszystkim choroba kobiet starszych. Choć nie tylko, bo przecież nietrzymanie moczu może być wywołane stwardnieniem rozsianym czy poważnymi problemami onkologicznymi. Te choroby wywołują podobne objawy.

**Przychodzi do pana stała pacjentka, osoba po sześćdziesiątce, którą opiekuje się pan od lat. Czy pan sam kontrolnie pyta ją o nietrzymanie moczu czy nie?**

Przyznam się szczerze, że nie zawsze, bo na ogół przy nawale pracy, zajmuję się tym problemem, z którym chora właśnie przyszła. Jeśli pacjentka nic nie mówi o swoim układzie moczowym to i ja nie rozwijam tej kwestii. Jeśli natomiast kobieta mówi mi, że ma jakieś kłopoty z oddawaniem moczu, że ma parcie na pęcherz, że zdarza się jej popuszczać mocz, wtedy robię wywiad, kieruję ją na badania bakteriologiczne. Bo nietrzymanie moczu może również być wywołane zakażeniem pęcherza, ale oczywiście

może także być syndromem NTM. I wtedy staram się zgłębić temat.

**Jeśli więc pacjentka przychodzi na przykład z gripą....**

...to wtedy zajmuję się przede wszystkim gripą, chociaż akurat przy grypie często zdarza się zapalenie pęcherza moczowego i chore miewają dolegliwości tego typu, co w przypadku NTM.

**Dlaczego kobiety tak rzadko sygnalizują lekarzowi, że cierpią z powodu nietrzymania moczu? Może uważają, że to samo przejdzie, a przecież z wiekiem sytuacja się tylko pogarsza.**

Te, u których NTM pojawiło się niedawno, bardzo często liczą właśnie na to, że dolegliwość sama przejdzie. Te, które cierpią z tego powodu od dłuższego czasu, krępują się o tym mówić, bo uważają, że jest to choroba wstydliva. Obawiają się reakcji otoczenia, koleżanek. Jeśli sytuacja trwa od dłuższego czasu, kobieta często ma problemy z utrzymaniem higieny, a wokół niej jest nieprzyjemny zapach. Ludzie się od niej odsuwają, bo uważają, że ona po prostu za rzadko się myje. Chore też zaczynają unikać dłuższego przebywania w miejscach pu-



blicznych, starają się mniej pić, zwłaszcza w sytuacjach kiedy muszą wyjść z domu. Długo cierpią w milczeniu. Po prostu wstydą się.

**Jaki jest najczęstszy sygnał dla Pana, że kobieta może mieć problem z nietrzymaniem moczu, nawet jeśli pacjentka nie jest do końca sama świadoma?**

Dla mnie takim dzwonkiem alarmowym jest pytanie o pampersy. Te pieluchy sporo kosztują i chorzy wolą je kupować na receptę. Jeśli pacjentka dopytuje się o to jakie są możliwości kupowania pieluch na receptę, to często oznacza, że ma ona tego typu problemy. Oczywiście są pacjentki świadome, które w miarę szybko orientują się w sytuacji i przychodzą do lekarza po radę, ale znacznie więcej kobiet czeka, zwleka i wstydzi się o tym mówić nawet z lekarzem.

**Kiedy, w jakiej sytuacji kobieta powinna zauważyć, że zaczyna się u niej problem z nietrzymaniem moczu? Wtedy, kiedy po jakimś wysiłku ma mokrą bieliznę?**

Tak, jeśli po jakimś wysiłku, po głośnym wybuchu śmiechu, przy pokasływaniu występuje nietrzymanie moczu, to sygnał, że trzeba się zgłosić do lekarza. Nie można czekać, nie należy oszukiwać się, że to zbieg okoliczności i przypadek. Trzeba przyjść i poradzić się lekarza. Zwieracz zdrowego człowieka powinien być na tyle sprawny, żeby nie zdarzało się owo popuszczanie. Jeśli zaś sytuacja się powtarza, to znaczy, że wizyta u lekarza jest absolutnie konieczna.

**Jak wiele osób cierpiących na NTM, według pana szacunków, zgłasza się świadomie do lekarza?**

Ja myślę, że nie więcej niż 50 procent kobiet, które wymagają terapii same zgłaszają się do lekarza. Reszta cierpi w milczeniu, próbuje sobie radzić na własną rękę.

**Jest Pan lekarzem rodzinnym w Warszawie, w dużej stołecznej przychodni. Pana pacjentki to na ogół kobiety światła i wykształcone. Tymczasem nawet u nich poczucie wstydu jest silniejsze od świadomości, że NTM to zwyczajna choroba, którą trzeba leczyć!**

Tak. Taka sytuacja dotyczy zresztą nie tylko kobiet cierpiących na NTM. Problem wstydu, fałszywego wstydu, dotyczy również mężczyzn. Panowie – pacjenci, na przykład mający problemy z prostatą, nągminnie nie zgłaszają się do lekarza. Mimo to, że jest to dolegliwość bardzo dla nich samych dokuczliwa.

**Jeżeli już pacjentka przynosi się do swoich kłopotów, to jaka jest dalsza procedura?**

Zaczynam terapię od skierowania pacjentki na badanie ogólne moczu i posiew bakteryjny. Jeśli to jest tylko zakażenie, to nie ma powodu, by kierować chorą do urologa. Jeśli jednak wyniki badań są prawidłowe, a mój wywiad potwierdza, że jest to NTM,

to oczywiście wypisuję skierowanie do specjalisty: do urologa, ginekologa, czasem do neurologa. Bo jest to schorzenie wymagające terapii na styku różnych specjalności.

**Skoro tak bardzo podkreśla pan, że pacjentki uważają, że jest to schorzenie wstydlive, może pomocna byłaby pomoc psychologa?**

Psycholog pewnie także by się przydał, ale moim zdaniem największą pomocą byłaby szeroka akcja uświadamiająca. Taka, która sprawi, że wszystkie kobiety dowiedzą się, że jest to normalna choroba, którą można leczyć. Mówimy wiele o konieczności prewencji kardiologicznej, onkologicznej, nawet osteoporoza jest coraz bardziej znana, a NTM pozostaje tabu. Trzeba zdjąć z tej choroby pewne piętno wstydlivosti. Najważniejsze jest jednak moim zdaniem jak najszersze informowanie o konieczności i skuteczności leczenia.

**Mówi się, że Polacy lubią się leczyć. A tu okazuje się, że nawet w przypadku rzeczywistych dolegliwości unikają lekarza.**

Polacy lubią leczyć... ale innych. Natomiast bardzo często zaniedbują swoje problemy zdrowotne, czego często doświadczają także lekarze innych specjalności. Albo biegają po radę do znachora. Nie mam kłopotów z przekonaniem swoich pacjentek, by podjęły terapię i zaczęły leczyć nietrzymanie moczu. Podstawowym problemem jest to, żeby w ogóle do mnie z tym problemem przyszły. Poza tym wiele kobiet uważa, że to taka choroba, na którą się nie umiera. Owszem, przykra, ale przecież nie śmiertelna. Wielu pacjentów jeszcze nie widzi problemu w tym, że pogarsza się im komfort życia, uważają, że tak być musi. Przecież na starość każdy musi mieć jakieś dolegliwości! Takie panuje u nas powszechne przekonanie.

**Wróćmy jeszcze do tego poczucia wstydu. Przecież NTM nie jest chorobą „zawinioną” przez pacjenta, więc skąd ten wstyd?**

Mnie też trudno zrozumieć, czego pacjentki się wstydzą. Ale jednak te bariery psychiczne są faktem. Generalnie wiemy, że ludzie wstydzą się mówić o dolegliwościach związanych z układem moczowo-płciowym. Jest jeszcze kłopot jak o tym opowiedzieć lekarzowi. „Panie doktorze, ja posikuję, ja popuszczam, ja nawet teraz mam mokre majtki”? Takie stwierdzenia wielu kobietom

wydają się nie na miejscu, w ich opinii są zbyt wulgarnie.

**Może kobiety lekarki mają więcej pacjentek, które chętniej im powierzą tego typu problemy?**

Pewnie tak, bo z kolei do mnie chętniej przychodzą pacjenci mający problem z prostatą. Łatwiej im o tych kłopotach rozmawiać z mężczyzną. Nie przypuszczam jednak, by była jakaś dramatyczna różnica na korzyść kobiet - lekarek, bo nie słyszałem od swoich koleżanek z przychodni, by miały tabuny pacjentek cierpiących na NTM. W mojej ocenie najpoważniejszą przyczyną owego wstydu jest niewiedza, ale ja ostatnio miałem pacjentkę zawodowo związaną ze służbą zdrowia, która także z ogromnym opóźnieniem zaczęła się leczyć. Dlaczego? Bo się wstydziła. Pytałem dlaczego i nie użyła jasnej odpowiedzi, chociaż ona zdawała sobie sprawę,

co jej dolega i jakie mogą być konsekwencje zaniedbań. Teraz jest ogromnie zadowolona, bo pozytywne efekty terapii już są.

Uważam, że należy cały czas uświadamiać kobietom, że NTM to dolegliwość, którą trzeba leczyć i która poddaje się terapii. Wstyd nie jest dobrą metodą medyczną. A w przypadku NTM, tak jak w przypadku każdej choroby, im później zaczniemy leczenie, tym mniejsze są szanse na to, że terapia będzie skuteczna.

*Nie tak dawno obchodziłam pięćdziesiąte urodziny, jestem w dobrej kondycji fizycznej, raczej nie choruję. Staram się dbać o siebie, ale już jakiś czas temu zauważyłam, że kiedy usiłuję dogonić autobus, to potem mam mokrą bieliznę. Nie palę, mam dosyć dobry węch i zaczęło mnie prześladować, że cały czas czuję wokół siebie zapach moczu. Usiłowałam sprawę bagatelizować, bo przecież nie jestem zgrzybiałą staruszką i nigdy nie miałam kłopotów urologicznych ani ginekologicznych. Ale jednak sytuacja pogarszała się. Popuszczalam, kiedy po jakimś zaziębieniu nie mogłam do końca pozbyć się kaszlu. Gwałtowny i szczery śmiech także stał się dla mnie niewygodny. Wysilek fizyczny, nawet podniesienie cięższej paczki, mógł stać się przyczyną katastrofy. Czulałam się obrzydliwie i na dodatek cały czas miałam wrażenie, że ludzie odsuwają się ode mnie, bo śmierdzę. Myłam się 10 razy dziennie i używałam mocniejszych perfum, wreszcie zdecydowałam się. Idę do lekarza! W gabinecie okazało się, że takich jak ja są setki, a może i tysiące, a medycyna, choć może nie w 100 procentach, ale jednak może mi pomóc. Opowiedam o tym wszystkim, by uświadomić innym kobietom, że warto podjąć męską decyzję i zacząć się leczyć. A dlaczego opowiedam o tym anonimowo - no cóż, to taka nieelegancka dolegliwość!*

**Maria, anonimowa pacjentka**

# Środki wchłaniające: czy wiemy co wybrać?

Małgorzata Georgiew

**D**olegliwość nietrzymania moczu stawia dotknięte nią osoby przed licznymi problemami: jak prowadzić normalne życie według dawnych przyzwyczajęń? Jak z dolegliwością poradzić sobie w miejscach publicznych, co z pracą, kinem, sportem i zainteresowaniami? W takich sytuacjach niezbędne w zapewnieniu normalnego funkcjonowania są nowoczesne środki wchłaniające. Aby należycie spełniały swoją funkcję i zapewniły komfort ważne jest, aby były odpowiednio dobrane.

Celem tego artykułu jest omówienie produktów chłonnych dostępnych na naszym rynku. Nie chodzi nam o wskazanie konkretnych producentów, ale opisanie kategorii produktów stosowanych w zależności od stopnia nietrzymania moczu. W zależności od producenta produkty mogą się różnić, ale ważne jest, aby wiedzieć o co pytać. To istotne, ponieważ w aptekach nie ma żadnych ulotek o produktach wchłaniających, a i nie wszyscy pracownicy aptek wiedzą czym różnią się poszczególne kategorie. Na miejscu dostępne są przeważnie tylko dwa – trzy rodzaje środków, ponieważ apteki wolą zamawiać je według zgłoszonego zapotrzebowania. Ale skąd pacjent ma wiedzieć, jakie środki są mu potrzebne? I nie każdy ma tyle samozaparcia, aby mając za sobą przytupującą kolejkę drażyć cechy poszczególnych produktów dla osób z nietrzymaniem moczu. Dlatego robimy to my.

## Lekki i średni stopień NTM

Zalecane przy tym stopniu NTM środki to wkładki urologiczne (anatomiczne). Dostępne są w kilku rozmiarach odpowiednio do chłonności: od mini (chłonność pracująca nawet ponad 100 ml) do wkładek super (chłonność ponad 500 ml).

Chłonność pracująca oznacza ilość płynu, który może wchłonąć wkładka nie pozwalając jednocześnie na jego przeciekanie.

Wkładka mini wygląda jak cienka podpaska i może mieć tylko 4 mm grubości. Zakłada się ją podobnie, przykładając spodnią część z przylepcem do bielizny. Ale tutaj podobieństwa się kończą.

Wkładki anatomiczne mają o wiele większą chłonność. Przeciętna podpaska może wchłonąć do 10 ml. Dostępne w aptekach wkładki mini mogą mieć chłonność nawet 10 razy większą niż podpaski. Nawet przy



wkładka anatomiczna

ich wyższym koszcie jednostkowym może więc okazać się, że używanie ich jest tańsze. Dodatkowo wkładka magazynuje mocz z dala od skóry poprzez zastosowanie absorbentu, który pod wpływem płynu zamienia się w galaretkę. W ten sposób wiąże mocz zabezpieczając przed przykrymi niespodziankami, oczywiście do granicy chłonności pracującej.



wkład anatomiczny dla mężczyzn

Wkładki anatomiczne przeważnie mają system ograniczania powstawania nieprzyjemnego zapachu. Mocz po wydaleniu zmienia swoje pH, co jest przyczyną przykrego

zapachu. System zapobiegający polega na utrzymaniu tego samego pH moczu, a tym samym ogranicza proces rozkładu i powstawanie zapachu. Właściwość ta sprawia, że korzystając z wkładki urologicznej można w pełni wykorzystać jej możliwości chłonne. Osoby z niewielkim NTM mogą zużywać np. jedną wkładkę dziennie nie obawiając się, że powstanie przykry zapach. W przypadku podpasek trzeba pamiętać o ich częstej wymianie nie tylko w związku z ich mniejszą chłonnością, ale i powstawaniem właśnie przykrego zapachu.

Wkładki urologiczne dostępne są w czterech rozmiarach zależnie od ich chłonności: mini, midi (normal), extra (maxi), super (plus). Ilość w opakowaniu w zależności od producenta, po 10, 12, 15, 24, 28, 30 sztuk i należy o tym pamiętać pytając o cenę jednego opakowania. Przeważnie stosowane jest pakowanie każdej sztuki pojedynczo, co zapewnia wygodę i dyskrecję. Cena jednej wkładki ok. 0,6 – 1,2 zł w zależności od rozmiaru, producenta i cen w danej aptece.

Trzech producentów wprowadziło na rynek również wkłady anatomiczne dla mężczyzn. Są one albo specjalnie wyprofilowane ze ściągaczami z boku - dla utrzymania wkładu we właściwej pozycji i miejscu, albo są to tzw. kieszonki pracujące. Panowie czę-

sto jednak korzystają z wkładów anatomicznych dla kobiet, ponieważ dają one wystarczające zabezpieczenie.

## Średni i ciężki stopień NTM

Dla osób z cięższymi objawami nietrzymania moczu jest kilka produktów, które można podzielić ze względu na chłonność i wykorzystane materiały. Do tej grupy produktów zaliczamy majtki chłonne, pieluchy anatomiczne i pieluchomajtki.

Majtki chłonne to produkt cieńszy niż pieluchy anatomiczne czy pieluchomajtki, ale ma chłonność już ponad 1000 ml. Są to przewiewne majtki z przymocowaną w kroku wkładką chłonną. Zakłada się je jak zwykłą bieliznę, są więc bardzo wygodne w użyciu. Są całkowicie oddychające ponieważ nie zastosowano w nich folii jak w pieluchomajtkach i to jest ich ogromną zaletą. Doskonale nadają się dla osób, które prowadzą aktywny tryb życia.

Majtki chłonne produkowane są w dwóch rozmiarach, w opakowaniach po 14 sztuk, ale ich wygoda okupiona jest stosunkowo wysoką ceną - ok. 4 zł za sztukę. Przy zamawianiu ich należy wyraźnie zaznaczyć, że nie chodzi o pieluchomajtki, ponieważ produkty te mogą być mylone przez pracowników aptek. Na rynku polskim majtki chłonne produkowane są przez trzech producentów.

## Pieluchy anatomiczne

To produkty o większej chłonności, nawet do ok. 1800 ml. Pielucha anatomiczna wygląda jak duża wkładka, ale ma o wiele więk-



szą powierzchnię zabezpieczającą przed przepuszczaniem moczu (również kału). Ze względu na konieczność utrzymania tak dużej chłonności zastosowano tu folię i zarówno pieluchy anatomiczne jak i pieluchomajtki zazwyczaj nie są produktami oddychającymi. Efekt ten w przypadku pieluch anatomicznych jest zminimalizowany poprzez

stosowanie specjalnych, bardzo elastycznych i przewiewnych majtek wielokrotnego użytku do przytrzymywania pieluch. Produkt ten zalecany jest pacjentom, którzy mają podrażnioną skórę ze skłonnościami do alergii, ponieważ zapewni skórze lepsze oddychanie niż pieluchomajtki. Pieluchy anatomiczne przeważnie mają wskaźnik wilgotności, dzięki czemu można łatwo określić kiedy trzeba pieluchę zmienić i maksymalnie wykorzystać jej możliwości chłonne przy jednoczesnym komforcie pacjenta.

Produkowane są w czterech rozmiarach zależnie od ich chłonności. Opakowania po 10, 20, 30 i 40 sztuk.

Cena ok. 1,2 - 1,4 zł za sztukę.

## Pieluchomajtki



To również produkt o dużej chłonności, bardzo wygodny w stosowaniu zarówno przez osoby prowadzące aktywny tryb życia jak i osoby o ograniczonej sprawności fizycznej. Są praktyczne przy nakładaniu ich w pozycji siedzącej lub leżącej, przeważnie mają też wskaźnik wilgotności. Po stronie wewnętrznej mają barierki dodatkowo zabezpieczające przed wyciekami.

Przy tym produkcie bardzo ważne jest właściwe jego założenie. W przypadku pieluchomajtek z produktów naturalnie przetworzonych nie stosuje się kleju (minimalizowanie ryzyka podrażnienia skóry) do przymocowania wewnętrznej warstwy chłonnej. Stanowi ona sprasowaną, równomiernie rozłożoną warstwę. Wiele osób jednak przy rozkładaniu pieluchomajtki strzepuje ją, aby się „lepiej ułożyła”. Powoduje to przesunięcie się warstwy chłonnej i w tych miejscach mocz może przeciekać.

W większości pieluchomajtek warstwy chłonne wykonane są z celulozy, która ma takie właściwości, że nie chłonie natychmiast. Dlatego bardzo ważne jest, aby przed założeniem pieluchy nadać jej odpowiedni kształt i poprzez złożenie jej wzdłuż uformować rynienkę. Zakładając pieluchomajtkę, należy zwrócić uwagę, aby barierki boczne znajdowały się w pachwinach, co pozwoli zacho-

wać kształt rynienki i zabezpieczy przed wyciekami z boku. Taka pielucha nie powinna przylegać swoją powierzchnią do kroczka. W pierwszej sekundzie po mikcji mocz zostanie zatrzymany właśnie w tej rynience, co pozwoli na jego całkowite wchłonięcie i zapobiegnie jego wyciekowi np. z boku.

W zależności od producenta pieluchomajtki produkowane są nawet w sześciu rozmiarach, co pozwala je dopasować zarówno pod względem chłonności jak i wielkości. Opakowania różnej wielkości: 10, 14, 20, 25, 30 i 40 sztuk. Cena od ok. 1,5 - 1,9 zł za sztukę.

## Inne zabezpieczenia - podkłady chłonne i prześcieradła

Nieprzemakalne podkłady i prześcieradła stanowią uzupełnienie do innych produktów wchłaniających ponieważ nie zatrzymują one moczu w głębszych warstwach, przez co nie izolują od niego skóry.

Podkłady produkowane są w trzech rozmiarach: 40/60, 60/90, 80/180, prześcieradła: 210/75.

Cena ok. 1,4 - 1,9 zł za sztukę.

Środki wchłaniające z wyjątkiem najmniejszych wkładek anatomicznych (mini) objęte są refundacją NFZ. Pacjent może starać się o refundację u lekarza pierwszego kontaktu lub specjalisty urologa. To, jaki środek można zakupić w konkretnej aptece zależy od tego, z jaką firmą apteka ma podpisaną umowę na realizację wniosków o refundację. W jednej aptece możemy np. kupić ze zniżką wkładki anatomiczne firmy A, a te firmy B będą bez refundacji. Ale już w aptece za rogiem może okazać się, że właśnie wkładki firmy B są refundowane. Dlatego należy sprawdzić ofertę środków refundowanych w poszczególnych aptekach.

Wszystkie dostępne na rynku środki wchłaniające to produkty jednorazowego użytku. Nie wolno suszyć ich do ponownego użycia, co tylko przyczynia się do kolejnych problemów zdrowotnych, infekcji i pogorszenia stanu skóry.

Niestety, znane są przypadki z prywatnych ośrodków opieki, że pensjonariusze na noc mają zakładane po dwie, a nawet trzy pieluchomajtki. Personel oszczędza czas potrzebny na wymianę pieluchomajtki, ale pacjent całą noc leży we własnym moczu. Jego pielucha (ta druga!) nie przecieka, ale jego skóra po wyczerpaniu chłonności tej pierwszej pieluchy jest cały czas w kontakcie z moczem, a więc narażona na podrażnienie, macerację i infekcję. Właściwe stosowanie środków wchłaniających powinno być przestrzegane zarówno przez tych, którzy sami decydują o sobie jak i osoby, które decydują za innych. Stosowanie się do zaleceń producenta zapewni skórze maksymalną ochronę. ■



# Koszty profilaktyki i leczenia odleżyn

Elżbieta Szwałkiewicz  
Krajowy konsultant ds. pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych

**O** poziomie jakości opieki długoterminowej decydują przede wszystkim standardy postępowania w zakresie:

- \* profilaktyki i leczenia odleżyn,
- \* pielęgnowania osób z problemem nietrzymania moczu,
- \* podnoszenia i przemieszczania pacjentów z dysfunkcjami narządu ruchu.

Wszystkie wymienione zakresy działań łączą się ze sobą i ich komplementarność ma zasadnicze znaczenie dla skuteczności zapobiegania odleżynom.

Na temat odleżyn ukazało się wiele publikacji powołujących się na liczne badania medyczne i statystyczne. Powtarzają się w nich te same informacje kluczowe, że:

- \* głównym czynnikiem etiologicznym jest ucisk tkanek położonych ponad wyniosłościami kostnymi, prowadzący do rozwoju martwicy, a następnie owrzodzenia,
- \* do uszkodzenia skóry dochodzi w wyniku powtarzającego się ucisku przekraczającego średnie ciśnienie w naczyniach włosowatych skóry (32 mmHg), czynnikiem sprzyjającym jest zaburzenie czucia,
- \* powstawanie odleżyn przyspiesza maceracja skóry, będąca następstwem zwiększonej wilgotności w związku z nietrzymaniem moczu i stolca lub poceniem się,
- \* najczęstsza lokalizacja to okolice kości krzyżowej, guzów kulszowych, krętarzy, kostek i pięt,
- \* każdy chory unieruchomiony jest zagrożony powstaniem odleżyn,
- \* należy stosować nowoczesne technologie służące do zmniejszania ucisku na skórę np. materace, poduszki, tkaniny i urządzenia do ślizgowego przemieszczania, opatrunki ochronne i lecznicze, środki pomocnicze chłonnae mocz,
- \* nie można się koncentrować wyłącznie na miejscowym leczeniu odleżyny.

## Zasady profilaktyki

### 1. Prawidłowe odżywianie

Odpowiednia podaż białka, kalorii i płynów zapobiegnie wystąpieniu ujemnego bilansu azotowego, osłabieniu oraz odwodnieniu.



### 2. Zmniejszenie lub wyeliminowanie ucisku i tarcia na skórę.

Efekt ten uzyska się poprzez stosowanie materacy i poduszek przeciwoleżynowych, częstą zmianę pozycji ciała, stosowanie prawidłowych zasad podnoszenia i przemieszczania pacjenta.

### 3. Bezwzględne przestrzeganie podstawowych zasad pielęgnacji osób z NTM, szczególnie u osób, które w związku ze współistniejącym ograniczeniem zdolności do samodzielnej zmiany pozycji są w I grupie zagrożenia odleżynami. Przed wszystkim należy:

- \* systematycznie sprawdzać stan skóry w miejscach narażonych na wilgoć,
- \* jak najbardziej skracać czas kontaktu skóry z moczem,
- \* nie dopuszczać do stanów zapalnych skóry,
- \* chronić skórę przed przesuszeniem i czynnikami drażniącymi (moczem oraz potem).

Pożądaný efekt można osiągnąć stosując jednorazowe materiały chłonne, zestawy do zbiórki moczu, specjalistyczne środki higieniczne oraz kosmetyczne preparaty ochronne i pielęgnacyjne. Oferta na rynku jest bardzo bogata.

O wyborze pieluchomatek, pieluchy anatomicznej lub wkładki urologicznej powinny decydować takie cechy produktu jak duża chłonność i zawartość substancji wiążącej mocz, zabezpieczenia przed jego wyciekaniem z pieluchy, możliwość redukcji nieprzyjemnego zapachu i możliwość ściśle dopasowania do ciała. Istotne jest tak-

że by wkład chłonny był pokryty specjalną włókniną, która dodatkowo odgranicza wchłonięty mocz od skóry.

Należy pamiętać, że mocz w kontakcie ze skórą jest zewnętrznym czynnikiem drażniącym, powodującym stan zapalny. Skóra objęta stanem zapalnym jest czerwona, podrażniona i bolesna. Często występuje jednocześnie obrzęk, świąd i łuszczenie naskórka. Chorzy starają się zmniejszyć dokuczliwe swędzenie i drapią, a w efekcie przerywają ciągłość skóry, doprowadzając do powstania ran. Te rozdrapania są miejscem infekcji bakteryjnej, a w efekcie rozwoju powikłanych, zakażonych odleżyn.

## Koszty profilaktyki

1) Wyżywienie – dieta osoby narażonej na wystąpienie odleżyn jest uzależniona od towarzyszących jednostek chorobowych, a także od pomocy osób trzecich w przygotowaniu i spożywaniu posiłków, wpływa to w sposób oczywisty na podwyższenie stałych kosztów związanych z tą dziedziną życia. Różnice w kosztach wyżywienia osoby zdrowej i chorej są niewielkie (za wyjątkiem kosztów żywienia pozajelitowego i stosowania specjalistycznych odżywek) i jako takie nie są w tym artykule uwzględnione.

2) Zmniejszenie lub wyeliminowanie ucisku i tarcia na skórę – łóżko osoby unieruchomionej powinno być wyposażone w dynamiczny materac przeciwoleżynowy (silniczek pompuje powietrze do poszczególnych komór materaca, wypełniając je segmentami,



pozwała to na czasowe odciążenie kolejnych partii ciała) – średni koszt około 800,00 zł. Materac, może być używany średnio przez okres 5 lat. Koszt poduszki przeciwoślizgowej na wózek inwalidzki – około 600,00 zł. Czas używania co najmniej 5 lat. Zmiana pozycji ciała jest uzależniona od pomocy osób trzecich, rodziny, opiekunek, pielęgniarek.

3) Przestrzeganie podstawowych zasad pielęgnacji osób niezdolnych do samoopieki z NTM.

Do pielęgnacji podstawowej zalicza się higienę osobistą, odżywianie i podtrzymanie mobilności (zmiana pozycji ciała, przemieszczanie). Podstawą do wyliczenia zaangażowania pracownika (koszty osobowe) jest czas trwania czynności, która w całości jest wykonywana przez osobę pielęgnującą. Podstawowa pielęgnacja jednego pacjenta w okresie dobowym wynosi około 240 minut. Z praktyki wynika, że można ten czas po połowie podzielić między pielęgniarki i opiekunki. Godzina pracy pielęgniarki to około 20,00 zł, a opiekunki około 10,00 zł - 60,00 zł na dobę.

#### Stale koszty rzeczowe:

- pieluchomajtki - średnia cena 1,40 zł x 4 sztuki na dobę = 5,60 zł,
- pranie bielizny pościelowej, w tym podkładów wielorazowych – ok. 3,50 zł na dobę,
- zużycie środków pielęgnacyjnych, wody i innych, niż pieluchomajtki, materiałów chłonących – ok. 4,00 zł na dobę.

Opierając się na uśrednionych kosztach z kilku lat działalności można obliczyć, że podstawowe koszty profilaktyki odleżyn w zakładach stacjonarnych wynoszą średnio 73,00 zł.

Nieprzestrzeganie zasad prawidłowej pielęgnacji i ograniczenie środków przeznaczonych na ten cel skutkuje wystąpieniem odleżyn. W efekcie zamiast oszczędności generujemy koszty, gdyż poza podstawową pielęgnacją musimy dodatkowo ponosić koszty leczenia odleżyn. W przypadku takich ran leczenie jest długotrwałe i bardzo drogie.

### Zasady leczenia i jego koszt

Nowoczesne podejście do leczenia odleżyn preferuje leczenie ran w środowisku wilgotnym z użyciem różnorodnych specjalistycznych opatrunków, które stosuje się w zależności od rodzaju rany i miejsca usytuowania.

Badania naukowe jak i doświadczenia praktyczne wykazały, że zwiększona wilgotność w ranie pobudza naskórkowanie, a to z kolei pobudza wzrost leżącej pod naskórkiem tkanki łącznej. Znaczenie ma także mniejsze uszkodzenia młodego naskórka podczas zdejmowania specjalistycznych opatrunków w porównaniu z opatrunkami z gazy.

Podczas każdej zmiany opatrunku konieczne jest oczyszczanie rany z tkanek martwiczych oraz wydzieliny. Może być zastosowana hydroterapia, preparaty zawierające enzymy proteolityczne, metody chirurgiczne lub laseroterapia.

Chirurgiczne opracowanie rany stosuje się najczęściej, gdy nie ma reakcji na leczenie po upływie 4 tygodni.

Postępowanie lecznicze i jego koszt uzależnione są od tzw. stopnia (stadium zaawansowania) odleżyny - tabela.

<b>Stopień I</b>	Nie ulegający zblednięciu rumień, skóra nieuszkodzona, miejscowe zdarcie naskórka
<b>Stopień II</b>	Uszkodzenie i częściowe zmniejszenie grubości skóry w obrębie naskórka i (lub) warstw skóry właściwej
<b>Stopień III</b>	Wytworzona odleżyna sięgająca powięzi
<b>Stopień IV</b>	Odsłonięcie bądź zniszczenie mięśni lub kości

Koszt leczenia odleżyn wielokrotnie jest w miarę występowania wyższego stopnia i wynosi od kilkuset złotych do około dziesięciu tysięcy. Podobnie od stopnia odleży-

ny uzależniony jest czas trwania wyleczenia. Niektóre z odleżyn leczy się wiele miesięcy, niekiedy ponad rok.

Często występują zaburzenia w procesie gojenia odleżyn. Najgroźniejsze z nich powodują infekcje. Niezabezpieczona rana może zostać zakażona bakteriami, wirusami lub grzybami. Mnożą się one żywotowo i zatrują tkanki swoją wydzieliną. Infekcja rany może się szybko rozszerzać aż do postaci posocznicy, która zagraża życiu chorego.

Koszt leczenia odleżyn zakażonych znacznie wzrasta głównie z powodu konieczności zużycia większej ilości opatrunków specjalistycznych, a także stosowania drogich antybiotyków.

W opatrywaniu odleżyn obowiązuje taki sam reżim jak przy innych ranach, m.in. mycia i dezynfekcji rąk, używania rękawiczek i odzieży ochronnej. Opatrunki wchodzące w kontakt z raną muszą być sterylne. Materiały i narzędzia stosowane przy zmianie opatrunków muszą być jałowe. To wszystko kosztuje.

Pisząc o kosztach profilaktyki i leczenia odleżyn odniosłam się do osobistych doświadczeń zawodowych. Miałam możliwość zaobserwować niezwykle wręcz skuteczność nowoczesnych, specjalistycznych opatrunków w leczeniu odleżyn aseptycznych i zakażonych. Oczywistym jest, że pielęgniarki powinny mieć wiedzę na temat wszystkich znanych metod leczenia odleżyn, ale najważniejsze jest to, żebyśmy wszyscy wiedzieli, że niedopuszczalne jest nieprzestrzeganie podstawowych zasad profilaktyki i narażanie pacjenta na powstanie odleżyn. Zdrowotne i finansowe konsekwencje fałszywego oszczędzania np. na środkach pomocniczych chłonących moc, są bardzo poważne, nie tylko pacjenta, ale także dla pielęgniarek i zakładu, w którym pracują. ■



# Budżet jest, problemy pozostały

Joanna Barańska

**Na** początku listopada, a więc o jakiś miesiąc później niż w zeszłym roku, powstał plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2005 r. Opóźnienie można by nawet wybaczyć, bo przecież w pocie czoła produkowano ustawę zdrowotną i długo nie było wiadomo, czy i na jakich zasadach NFZ w ogóle będzie istniał, gdyby nie to, że początkowo minister zdrowia odmówił zatwierdzenia planu. Stwierdził, że prognoza przychodów i kosztów ma się nijak do rzeczywistości. To ma prawo budzić niepokój; w każdym razie póki co, plan jest.

Co się tyczy pieniędzy, w przyszłorocznym planie na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przewidziano 403,022 mln zł. Nominalnie oznacza to wzrost. W porównaniu z pierwotnym planem na 2004 r. to o ponad 50 mln zł więcej, a że w ciągu roku zmieniano ten plan trzykrotnie, oznacza to sześcioprocentową podwyżkę w stosunku do tego roku. Pytanie jednak nadal brzmi: dlaczego tak mało i na co to wystarczy.

Wszelkie budżety najlepiej oceniać nie patrząc na same liczby, lecz na ich relację do innych wskaźników. Spójrzmy więc, jak to wygląda w wybranych krajach naszego regionu o porównywalnym z naszym produkcie krajowym brutto.



Kilkumilionowa – jeśli chodzi o liczbę ludności – Chorwacja na PKB rządu 4.480 USD na głowę, a na środki ortopedyczne i materiały pomocnicze przeznaczyła w zeszłym roku 73,3 mln euro. Niewielkie Węgry, z PKB 4,6 tys. USD na obywatela, ponad dwa razy więcej: 160 mln euro. Jeszcze bogatsze Czechy – PKB 4,8 tys. USD na głowę i 132,5 mln euro na środki ortopedyczne i materiały pomocnicze. Polska ma 38 mln mieszkańców, PKB w granicach 4,1 tys. USD, a na refundację tego sprzętu wyłożyła ledwie 84 mln euro. Gdyby przedstawić te dane w postaci słupków, gdzie nakłady te narysujemy obok liczby ludności, środki przeznaczone na refundację przez Polskę byłyby naprawdę bardzo mało widoczne.

Ale i tak, jak utrzymują głosy dobiegające ze środowisk medycznych, to nie tyle brak

pieniędzy jest prawdziwą przeszkodą w ulżeniu doli niepełnosprawnego pacjenta, ile kiepska organizacja i niezrozumiałe procedury NFZ. Nowa ustawa zdrowotna nałożyła nań obowiązek prowadzenia list kolejek oczekujących na zabiegi szpitalne, NFZ zrobił to i dołożył też kolejki oczekujących na materiały pomocnicze. W efekcie są oddziały, gdzie np. na aparat słuchowy nadal czeka się dwa lata, są i takie, gdzie dostaje się go niemal od ręki. Do tego dochodzi konieczność poświadczania zapotrzebowania na sprzęt w oddziałach NFZ.

- Powinno być tak: przyjmuję na oddział pacjenta z pękniętym kręgiem szyjnym, zakładam mu gorset i po paru godzinach wypuszczam do domu. Ale nie każdy jest premierem Millerem (aluzja do słynnego wypadku byłego premiera w helikopterze), więc jest tak: proponuję pacjentowi śmierdzący tymczasowy gorset po kimś innym, pacjent jedzie w nim do NFZ, dostaje pieczętkę, zaczyna obdzwaniać pracownię ortopedyczne i dowiadyuje się, że gorset na miarę dostanie za pieniądze, tymczasem ten tymczasowy zaczyna uwierać. Dalszej drogi pacjenta nawet nie będę opisywać – mówi jeden ze znanych ortopedów.

W połowie listopada Ministerstwo Zdrowia skierowało do uzgodnień zewnętrznych projekt rozporządzenia ustanawiającego nowy wykaz przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych przysługujących pacjentom, okresy ich użytkowania i wysokość udziału własnego pacjenta. I tak:

- aparaty słuchowe mają przysługiwać raz na pięć lat przy udziale własnym pacjenta 30 proc.;
- cewniki zewnętrzne lub kieszonki do zbiórki moczu do 30 sztuk na miesiąc, udział własny 30 proc.;
- cewniki urologiczne, 6 sztuk miesięcznie, udział własny 30 proc.;







- cewniki jednorazowe, 180 sztuk miesięcznie, 30 proc.;
- worki do zbiórki moczu, 6 sztuk miesięcznie, 30 proc.;
- worki dla nefrostomików, 12 sztuk miesięcznie, bezpłatnie;
- pas do zbiornika na kał raz na rok i 180 worków do pasa miesięcznie bezpłatnie;
- jednorazowe worki samoprzylepne dla stomików, 90 sztuk miesięcznie bezpłatnie;
- pieluchy, 60 sztuk miesięcznie bezpłatnie lub pieluchomajtki płatne 30 proc.

Jak widać zatem, ani dla cierpiących na NTM, ani dla stomików, ani dla pacjentów ze schorzeniami słuchu nic się nie zmienia. Plany na przyszły rok są zatem następujące: limity refundacji, jakie są, takie pozostają, pieniądze będzie niewiele więcej, kolejki urosną, a na horyzoncie co chwila pojawiają się nowe problemy z Funduszem. Najnowszy to bezpłatne leki dla małżonków inwalidów wojennych i wojskowych – wymieniono legitymacje inwalidów dla kombatanów, nie określono, na podstawie jakich dokumentów leki mają otrzymywać ich współmałżonkowie. Na razie czekamy też na „Zieloną Księgę“ zapowiedzianą przez Ministerstwo Zdrowia, która ma dać „kompleksowy obraz sytuacji w zakresie podstawowych problemów finansowych związanych z zależnością między poziomem środków w systemie (istniejącym i możliwym do uzyskania) a kosztami wytwarzania usług zdrowotnych oraz potrzebami zdrowotnymi ludności“.

#### Leszek Wierzowiecki Polskie Stowarzyszenie Protetyków Słuchu

Budżet przewiduje trochę więcej pieniędzy, ale cały czas nie wiadomo, jak te pieniądze się podzielią. Są przecież takie środki, które pacjent otrzymuje od razu: cewniki, pieluchomajtki, a po pozostałe ustawia się kolejka. Powiem od razu, że aczkolwiek system otwarty funkcjonuje dobrze, to właśnie zasada kolejkowania nam się nie podoba. Teraz wymyślono, że trzeba potwierdzać dofinansowanie sprzętu przez NFZ, a ponieważ organizacja w różnych oddziałach NFZ jest różna, to potrafią się tworzyć trzyletnie kolejki. Najgorzej jest, zdaje się, w Kielcach i w Opolu. Kolejki powinny być

jawne, a nie są, urzędnicy nie potwierdzają i nie chcą powiedzieć, dlaczego nie potwierdzają, a do kolejek zapisuje się o wiele więcej osób niż rzeczywiście kupuje sprzęt. Trudno nam więc jest oszacować, jakie pieniądze są rzeczywiście potrzebne na protetykę słuchu. Będziemy postulować, żeby ten, komu aparat przysługuje, a nie brał go przez ostatnie pięć lat – bo aparat słuchowy można dostać raz na pięć lat – mógł go wziąć od razu i bez kolejki. Można by też zwiększyć limit dopłaty. Teraz NFZ refunduje 560 zł, a wszystkie aparaty słuchowe są przecież droższe.

#### Donald Tusk wicemarszałek Sejmu, Platforma Obywatelska

Niepełnosprawni nauczyli się mieć ograniczone zaufanie do polityków i prawodawcy, bo ich doświadczenia to nie są dobre doświadczenia. Kiedy rozmawiamy o pieniądzach i o tym, jak je dzielić z korzyścią dla środowisk niepełnosprawnych, przyjeżdża na rozmowy jakiś podejrzan typ za świata polityki i potem okazuje się, że efekty są dokładnie odwrotne. Potrzebna jest rozmowa, a ta może być skuteczna tylko wtedy, gdy niepełnosprawni rozmawiają orientując się także na finansowy punkt widzenia, a nie tylko na własne potrzeby. Druga zaś strona musi mówić nie tylko o zaciskaniu pasa i zdać sobie sprawę, że czasem lepiej wydać więcej na potrzeby niepełnosprawnych, bo per saldo przyniesie to oszczędności. To wymaga poważnego traktowania się nawzajem i bardzo dużo dobrej woli. Jeśli ludzie zaczynają się rozumieć i mówić do siebie wspólnym językiem, to na pewno dojdziemy do porozumienia. Z drugiej strony nie jest najlepszym pomysłem wygarnianie jak naj-

większych pieniędzy na potrzeby niepełnosprawnych, a potem ich marnotrawienie. Ze swojej strony mogą obiecać, że będą się wywiązywać z tego, co leży w moich kompetencjach.

#### prof. Wanda Stryła Klinika Rehabilitacji w Poznaniu

Trzeba zmienić system finansowania i dofinansować pacjentów. Na przykład do obuwia ortopedycznego pacjent dopłaca z własnej kieszeni co najmniej 200 zł. Niektórych zupełnie na to nie stać. Trzeba też zmienić bzdurne zarządzenia: NFZ zarządził, że recepty na środki ortopedyczne nie można wystawić w oddziale szpitala, dopiero po wypisaniu pacjenta z kliniki. W efekcie pacjent czeka, a rehabilitacja bierze w łeb. A przecież rehabilitacja przynosi wymierne korzyści.



# Refundacja pieluch tylko z nowotworem?

Magdalena Kowalewska

**M**inisterstwo Zdrowia w listopadzie br. opublikowało nowe projekty rozporządzeń dotyczących zasad przyznawania refundowanych środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych. Niestety, Ministerstwo opracowując nowe projekty nie wzięło pod uwagę wielu propozycji wychodzących od organizacji reprezentujących pacjentów i środowiska medyczne. W efekcie nowe projekt rozporządzenia z listopada br. regulujący zasady przyznawania refundowanych środków wchłaniających stał się praktycznie powieleniem stosowanych do tej pory rozwiązań. Wnioski nasuwają się same - projekt powstał dlatego, że została zatwierdzona nowa ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym narzucająca konieczność nowelizacji aktów wykonawczych.

Tymczasem Rada Naukowa ds. Problemu NTM, w skład której wchodzi prof. Andrzej Borkowski, prof. Anna Członkowska, prof. Tadeusz Tołłoczko oraz prof. Tomasz Rechberger, stworzyła nowe propozycje pozwalające uporządkować zapisy regulujące kryteria medyczne przy wypisywaniu wniosków na refundowane środki wchłaniające (np. pieluchy anatomiczne, pieluchomajtki). Projekt nowelizacji rozporządzenia w tym zakresie został przekazany do Ministerstwa Zdrowia już w kwietniu br. - zanim rozpoczęto prace nad dostosowywaniem aktów wykonawczych do nieistniejącej jeszcze nowej ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Na podjęcie inicjatywy ze strony Rady Naukowej miała wpływ niejednoznaczna sytuacja w zakresie przyznawania refundowanych środków wchłaniających. Aktualnie obowiązujące rozporządzenie z 10 maja 2003 r. stosuje nadal określenia, które nie pozwalają na jednoznaczne przypisanie konkretnej jednostki chorobowej. Przypomnijmy - aby obecnie uzyskać prawo do refundowanych środków wchłaniających należy mieć:

\* chorobę nowotworową przebiegającą w postaci owrzodziały lub krwawiących guzów krocza lub okolicy krzyżo-

wej, przetoki nowotworowe lub popromienne, nietrzymanie moczu lub stolca w wyniku chorób nowotworowych, \* (dorośli i dzieci powyżej 3 roku życia) głębokie upośledzenie umysłowe, zespół otepienny o różnej etiologii, postępującą chorobę układu nerwowego z pęcherzem neurogennym lub z zaburzeniami mikcji



zwieraczy, wady rozwojowe (przepukliny oponowo-rdzeniowe lub oponowo-mózgowe, wynicowanie pęcherza).

Wg opinii Rady Naukowej ta terminologia - zastosowana w obowiązującym rozporządzeniu oraz proponowanym projekcie ministra zdrowia - jest niefachowa i niezgodna z międzynarodowymi standardami. Mnogość schorzeń powodujących nietrzymanie moczu, a co za tym idzie problem odpowiedniej klasyfikacji jednostek chorobowych zostały już wcześniej zauważone przez czołowe organizacje światowe zajmujące się NTM - International Continence Society oraz International Consultations on Incontinence (ICI), i stały się przyczyną ostatnich zmian w terminologii nietrzymania moczu. Według ICS i ICI należy rozgraniczać dwie grupy NTM: spowodowane przyczynami neurogennymi oraz nieneurogennymi, plus dodatkowo nietrzymanie moczu z przyczyn jatrogennych (najczę-

ściej po zabiegach operacyjnych z powodu nowotworów). Dlatego nowelizację rozporządzenia w kontekście osób z problemem nietrzymania moczu należy oprzeć na dwóch zasadniczych zmianach:

\* punktu 15 określeniem „neurogenne i nieneurogenne nietrzymanie moczu jako następstwo chorób nowotworowych“;

\* punktu 16 określeniem „neurogenne i nieneurogenne nietrzymanie moczu jako choroba podstawowa i/lub następstwo chorób ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, urazów i zabiegów“.

Dlatego doprecyzowanie kryteriów przyznawania refundowanych środków wchłaniających jest tak ważne? Ponieważ tylko środki pomocnicze mogą choremu zapewnić odpowiednią jakość życia w okresie leczenia lub w sytuacji, kiedy wyleczenie jest niemożliwe. Ma to ogromne znaczenie również dla samej terapii - pacjent aktywizuje się i nie dochodzi do rozwoju chorób towarzyszących, alienacji ze społeczeństwa i rodziny.

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia w pełni skutecznie można wyleczyć około 60% osób z nietrzymaniem moczu. U 20% pacjentów występuje wyleczenie częściowe, a u pozostałych 20% nie uzyskuje się poprawy lub zastosowanie terapii jest niemożliwe. Skoro na NTM cierpi 10-15% każdego społeczeństwa, to możemy założyć, że w Polsce przynajmniej raz w życiu 2,4 mln osób korzysta ze środków wchłaniających, a 1,6 mln z tych środków korzystać musi. Przynajmniej teoretycznie, ponieważ rzeczywistość wygląda trochę inaczej.

Dotychczasowe zapisy powodują, że w różnych regionach różnie interpretuje się zasady przyznawania refundowanych środków wchłaniających. Skutkuje to sytuacją, że w jednym województwie pacjent otrzymuje refundowane pieluchy i pieluchomajtki, a w innym województwie już nie. Dodatkowo wśród części lekarzy wystawiających wnioski panuje opinia, że aby pacjent kwalifikował się do refundacji musi mieć chorobę nowotworową. W efekcie schorzeniem, na które wystawiane są



pieluchy i pieluchomajtki stał się - paradoksalnie - nowotwór, a nie nietrzymanie moczu.

O tym do jakich bezsensownych sytuacji dochodzi w naszym kraju świadczą opinie samych pacjentów. Jedną z naszych czytelniczek napisała: „Lekarz rodzinny leczący moją babcię (80 lat), która od ponad 15 lat nie trzyma moczu i ma problemy z tym związane, odmówił wypisania jej refundowanych pieluch. Czy podstawą do refundacji jest fakt stwierdzenia, że dana osoba nie trzyma moczu poprzez jakieś medyczne badania, czy wystarczy tylko wywiad lekarski?“. Wątpliwości towarzyszące interpretowaniu zasad przyznawania refundowanych środków wchłaniających powodują, że wielu lekarzy unika odpowiedzialności w wypisywaniu zleceń na te produkty. W efekcie wielu pacjentów nie zdaje sobie w ogóle sprawy, że mają prawo do refundacji pieluch czy pieluchomajtek.

Propozycja Rady Naukowej ds. Problemu NTM uzyskała akceptację czołowych przedstawicieli środowisk medycznych. Swoje poparcie wyrazili: Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Aptekarska, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, prof. A. Borówka (Konsultant krajowy

w dziedzinie urologii), prof. S. Radowski (Konsultant krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii), E. Szwalkiewicz (Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych), G. Kruk-Kupiec (Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa), A. Koper (Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego), L. Jędrzejewska (Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego).

#### Elżbieta Buczkowska

**Prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych**  
Zaproponowane zmiany wynikają z codziennego doświadczenia osób niepełnosprawnych i są odpowiedzią na ich potrzeby.

#### Anna Koper

**Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego**

W każdej dziedzinie medycyny współczesnej włącznie z opieką paliatywną bardzo ważna jest możliwość zapewnienia pacjentom w miarę godnych warunków egzystencji w społeczeństwie. Pacjentów dotkniętych problemem NTM dotyczy to w szczególności. Nie można z tej przyczyny doprowadzić do wyłączenia

tych ludzi ze społeczeństwa oraz ich aktywizacji.

#### Elżbieta Szwalkiewicz

**Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych**

Przedstawiony do konsultacji projekt rozporządzenia nie uwzględnia znaczącej zmiany jaka nastąpiła w Polsce w podejściu do problematyki nietrzymania moczu. Zarówno skala problemu oraz mnogie i złożone przyczyny jego występowania wskazują na potrzebę uogólnienia podstawowych kryteriów przyznawania środków pomocniczych.

#### Leokadia Jędrzejewska

**Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego**

Wskazana w opinii terminologia będzie zgodna z obowiązującą terminologią w krajach unijnych.

Na razie Ministerstwo ponownie zebrało opinie środowisk zewnętrznych na temat projektów rozporządzeń i jest w trakcie analizowania propozycji. A pacjenci z niepokojem zadają sobie pytanie, czy Minister Zdrowia weźmie pod uwagę ich potrzeby.

## 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	49	21	1024	71	nb	do 3 lat	nb	do 6 mc	nb
Opolskie	73	15	1088	76	do 14 dni	do 2 lat*	nb	nb	nb
Świętokrzyskie	95	14	1325	332	7 dni	do 3 lat*	7 dni	14 dni***	7 dni
Małopolskie	124	26	3223	560	7 dni	nb	nb	nb	nb
Podkarpackie	354	6	2126	166	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	74	nb	3 mc	nb	2 mc	nb
Warmińsko-mazurskie	489	3	1466	106	14 dni	6 mc	nb	nb	nb
Kujawsko-pomorskie	525	4	2101	86	nb	11 mc	nb	8 mc*	nb
Lubelskie	559	4	2235	249	nb	5 mc*	nb	5 mc*	nb
Wielkopolskie	559	6	3355	215	nb	2 mc*	nb	do 2 mc	nb
Mazowieckie	724	7	5067	237	7 dni	nb	nb	nb	nb
Dolnośląskie	745	4	2978	156	nb	15 mc*	nb	nb**	nb
Zachodniopomorskie	867	2	1733	113	nb	do 8 mc	nb	do 2 mc	nb
Pomorskie	2192	1	2192	138	nb	12 mc	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 11 miesięcy, protezy stałe 4 mc; \*\*\*materace przeciwośluzynowe do 3 mc, wózki inwalidzkie do dwóch lat.

Oto kolejny ranking dotyczący zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne. Kolejność nadal pozostaje bez zmian. Na czele jest woj. lubuskie, w którym w ostatnim czasie powstał jeszcze jeden punkt ewidencyjny (obecnie 21). Stawkę zamyka woj. pomorskie. W większości województw nie ma kolejek w punktach ewidencyjnych. Wojewódzkie NFZ albo zwiększają liczbę osób potwierdzających zlecenia (woj. mazowieckie), albo wprowadziły pocztową wysyłkę kart zaopatrzenia (woj. opolskie, pomorskie, zachodniopomorskie). Nadal tłumnie odwiedzane są punkty w woj. kujawsko-pomorskim i podlaskim. W większości województw możemy odnotować wzrost liczby podmiotów realizujących wnioski (najwięcej w woj. lubelskim - 19 nowych podmiotów). Czas oczekiwania na realizację wniosków oddziały NFZ starają się skracać, ale w niektórych województwach ciągle jeszcze trwa to za długo.

Opr. K. Ciepela na podstawie danych z oddziałów NFZ

# W chorobie jesteśmy równi

Maria Weber

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



**B**ylły wiceminister zdrowia Rafał Niżankowski zaproponował w prywatnym liście do Davida Byrne'a, członka Komisji Europejskiej odpowiedzialnego za sprawy zdrowia, acz napisanym na firmowym papierze Ministerstwa Zdrowia, prosty sposób uleczenia społeczeństw Unii. Otóż uznał on, iż oferowanie warunków leczenia nie powinno dotyczyć każdego mieszkańca Europy. Wielu z nich nie chce być zdrowym, jak pisał, ze względu na swoje społeczne role. Inni natomiast mają bardzo złe geny, albo zabrakło im szczęścia w życiu. O innych chorych nie było mowy toteż można się domyślać, iż Niżankowski miał na myśli już tylko zdrową resztę społeczeństwa, której nie należy się opieka.

Swoje poglądy na temat leczenia były wiceminister wyłożył także w wywiadzie w poprzednim numerze Kwartalnika NTM, zadziwiająca wszystkich wiedzą i wizją na temat leczenia w Polsce.

Były wiceminister jest już tylko byłym wiceministrem. Szkoda, że

minister Marek Balicki tak późno się zreflektował, iż zatrudnia człowieka z dość anachronicznymi poglądami. Niestety, wzbudzają one groźne wspomnienia. Żyją jeszcze ludzie, którzy pamiętają faszystów dokonujących pomiarów czaszki oraz twarzy i na tej podstawie klasyfikujących ludzi na aryjczyków i niearyjczyków. Podobne poglądy wyrażało wielu naukowców amerykańskich w stosunku do czarnych obywateli Stanów Zjednoczonych. Część z tych pseudoteorii pozostała w społeczeństwach w postaci stereotypów, które każą dzielić chorych na „lepszych“ i „gorszych“. Ci „lepsi“ mogą cierpieć na chorobę wieńcową, nerwicę, astmę i wiele innych. Ci „gorsi“ z reguły mają AIDS, cierpią na Alzheimera, stomię, nietrzymanie moczu i jeszcze parę innych

schorzeń, które powodują, iż część społeczeństwa się od nich odwraca.

Niedługo upłyną trzy lata od chwili rozpoczęcia działalności przez Program Społeczny „NTM- Normalnie Życ“. Osoby zaangażowane w realizację programu podjęły trud zlikwidowania uprzedzeń i wyjaśnienia, iż NTM to takie samo schorzenie jak każde inne. W ciągu tego okresu odbyło się wiele spotkań, konferencji; ukazały się artykuły o NTM, nadano kilka programów telewizyjnych i audycji na ten temat. Poprzez systematyczne działanie i publiczne przedstawianie problemu udało się zminimalizo-



wać barierę dzielącą osoby dotknięte tym schorzeniem a resztą społeczeństwa. Dziś śmieiej oni mówią o swojej przypadłości, nie boją się wstydu, proszą o informacje i zgłaszają się na leczenie. Nie dotyczy to wszystkich, toteż Program NTM ma jeszcze sporo do zrobienia. Wyobraźmy sobie jednak, iż R. Niżankowski pozostaje nadal wiceministrem zdrowia. Pewnego dnia mógłby podobnie poszufladkować polskie społeczeństwo, wyrzucając na margines „chorych“. Ciekawe jednak, co by uczynił, gdyby się okazało, iż wyrzuca większość społeczeństwa. Problem zdrowia dotyczy bowiem wszystkich. Większość z nas na coś choruje albo w przyszłości zachoruje. Ludzi cieszących się prawdziwym zdrowiem jest garstka i możemy jedynie im zazdrościć.

Dlatego w chorobie powinna panować demokracja; nie wiemy, jakie nas dotknie schorzenie i związane z nim upokorzenia. Wiemy jedynie, że będziemy się domagać dostępu oraz właściwych warunków leczenia. Dobrze się więc stało, iż za polityką zdrowotną w Polsce nie będzie stała osoba z tak kontrowersyjnymi poglądami jak Rafał Niżankowski.

W Stanach Zjednoczonych, które przeżyły kilka okresów rasizmu i uprzedzeń do przedstawicieli różnych narodowości, nastąpiła epoka zrozumienia „inności“. Dobrze to ujął znany amerykański pisarz John Gri-

sham w książce pod tytułem „Obrońca ulicy“. Bohaterem opowieści uczynił prawnika, który pomaga i chroni prawa ludzi biednych, bezdomnych i bezbronych. Część z nich znalazła się w trudnej sytuacji na własne życzenie, ale to nikogo nie zwalnia od pomocy, jakiej w danym momencie oczekują. Bezdomny, który nabawił się zapalenia płuc, śpiąc na ulicy może oczekiwać opieki szpitalnej tak jak „normalni“ oby-

wa-tele. Będzie to nieco gorsza opieka, ale dająca nadzieję powrotu na ulicę po wyleczeniu.

W polskim społeczeństwie brakuje jeszcze takiego zrozumienia, czego dowodzi kuriozalny list Niżankowskiego do komisarza UE. Pół biedy, gdyby swoje poglądy wiceminister pozostawił w domu. Ale niestety, przekładają się one później na politykę zdrowotną kraju, w wyniku której polski bezdomny raczej nie ma czego szukać w szpitalu.

Minister Marek Balicki odciął się od treści listu, ale dopiero w 3 miesiące po jego wysłaniu. Gdyby nie Financial Times, który opublikował jako „ciekawostkę“ stanowisko polskiego resortu zdrowia pod koniec listopada 2004 roku, Rafał Niżankowski cieszyłby się nadal fotelem ministerialnym.



# Za mało pieniędzy w systemie



Józef Góralczyk

Małopolski Sejmik Organizacji Osób Niepełnosprawnych

Otwarty system zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Już prawie rok mija od jego wprowadzenia na terenie całego kraju. Pora więc na pierwsze podsumowanie i oceny. Ponieważ byłem jednym z tych, który walczył o ten system, moja ocena będzie się opierała na całorocznej wnikliwej obserwacji faktów, które potwierdzają jego pozytywne cechy. Również postaram się przedstawić zagrożenia, jakie wystąpiły i utrudniały realizację systemu otwartego w bieżącym roku.

Pierwszym pozytywnym objawem był fakt, że na rynku zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne oraz środki pomocnicze rozpoczęła się zdecydowana walka konkurencyjna firm, które starały się zaistnieć i zdobyć jak największy jego obszar. Walka ta nie zawsze jest uczciwa, ale z tym należało się liczyć i myślę, że w dłuższej perspektywie nieuczciwe firmy wyeliminuje życie. Natomiast zdecydowanym zagrożeniem jest nadal brak jednolitych przepisów obowiązujących na terenie całego kraju. Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia nadal wykazuje dużą beztroskę i brak zainteresowania systemem. Kolejnym zagrożeniem systemu otwartego jest brak środków finansowych. Powiecie Państwo: „to normalne, przecież wszędzie brakuje”. To prawda, ale tutaj zaniedbania są wyjątkowo odległe. Już w roku 1999 przestano korygować środki finansowe o występującą inflację. Biorąc średnio 3% rocznie to dzisiaj mamy ich około 18% mniej. Dodając wprowadzony w tym roku 7% podatek VAT to w obecnej chwili mamy tych środków mniej w stosunku do 1999 r. o 25%. A przecież dla przykładu podam, że z roku na rok przybywa w naszym społeczeństwie samochodów. Nie będę w błędzie jak przyjmę około 700 tys. samochodów rocznie. Brak właściwej infrastruktury drogowej oraz tak duża ilość samochodów powoduje stale zwiększającą się ilość wypadków. W roku to około 70 tys. ludzi, którzy wymagają bardzo często natychmiastowego zaopatrzenia ortopedycznego. Dodając do tego choroby cywilizacyjne w tym rozprzestrzeniające się choroby onkologiczne, zbierające ogromne żniwo nie tylko śmiertelne, zwiększając zapotrzebowanie na stomię i wiele innych przedmiotów ortopedycznych. Powyższe przykłady pokazują jak znaczny jest wzrost zapotrzebowania na

przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Nie zawsze urzędnicy centrali NFZ oraz poszczególnych oddziałów mają tego świadomość. Według aktualnych ocen w systemie brakuje około 100 mln zł. Dalsze pogłębianie tego stanu spowoduje nieprzewidywalne konsekwencje, a osoby niepełnosprawne będą pozbawione podstawowych warunków egzystencji, a nawet w wielu wypadkach narażeni na zagrożenie życia.

Brak środków finansowych dotyczy przede wszystkim zakłady produkujące zaopatrzenie ortopedyczne. Konsekwencją tego jest likwidacja zakładów ortopedycznych. Zakłady te w niedalekiej przeszłości były filarami polskiej ortopedii. Likwidacji uległy Katowickie Zakłady Sprzętu Ortopedycznego, a ostatnio Poznańskie Zakłady Sprzętu Ortopedycznego, krajowy producent półfabrykatów do protez. Jak wiemy nie może być próżni, a więc w miejsce ich wchodziły firmy zachodnie oferujące półfabrykaty 10-cio krotnie droższe. Efektem tego jest koszt protezy, który również nieprawdopodobnie rośnie.

Jak się to ma do ustalonych przed paru laty limitów cenowych mogą sobie państwo wyobrazić. Dla przykładu podam, że proteza uda tubularna wg limitu może kosztować 2800 zł, a w rzeczywistości kosztuje pomiędzy 13 – 25 tys. złotych. Powiecie państwo, że opowiadam dowcipy, nie - to są realia i czarna rzeczywistość osoby, która np. uległa wypadkowi i amputowano jej nogę. Jej los decyduje się w okresie 12 miesięcy, jeżeli w tym okresie nie przejdzie właściwej rehabilitacji i nie otrzyma protezy to nigdy nie będzie miała szans wrócić do pracy, do godnego życia. Fakty, które w dużym skrócie podałem powodują dzisiaj wielomiesięczne kolejki na otrzymanie zaopatrzenia ortope-

dycznego i to jest największe zagrożenie otwartego systemu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Sytuacja ta powoduje wiele nieporozumień pomiędzy producentami i dystrybutorami sprzętu ortopedycznego, a producentami materiałów pomocniczych. Dzisiaj jedni do drugich mają pretensję o to, że konsumują im około 80% środków finansowych pozostawiając niewiele na sprzęt ortopedyczny. Myślę, że przyczyną jest głębokie niedofinansowanie systemu zaopatrzenia i ten fakt musi się zmienić, bo inaczej nie będziemy mieli już o czym mówić.

Uważam, że najważniejszą sprawą na dzisiaj jest właściwe zaplanowanie środków przez poszczególne Oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2005 oraz bezwarunkową akceptację tych planów przez Centralę NFZ.

## UROSTO rośnie

W październiku zostały podjęte pierwsze działania na rzecz powołania Lubelskiego Oddziału Stowarzyszenia UROSTO. Lubelskie UROSTO powstaje przy Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Al. Kraśnickiej 100. Dzięki przychylności władz szpitala w Poradni Urologicznej prowadzony jest nabór członków stowarzyszenia, a w najbliższej przyszłości właśnie tam odbywać się będą spotkania Oddziału Lubelskiego.

Wszystkich chętnych z województwa lubelskiego, którzy chcieliby przystąpić do stowarzyszenia UROSTO zapraszamy do wypełnienia deklaracji członkowskiej w Poradni Urologicznej w Al. Kraśnickiej 100, pokój 133, w godzinach 8:00-14:00. Tam również można zapoznać się statutem Stowarzyszenia, jego celami i formami działalności. Dla internautów informacje o Stowarzyszeniu UROSTO znajdują się na stronie [www.ntm.pl](http://www.ntm.pl).

Stowarzyszenie UROSTO zrzesza osoby z przewlekłymi chorobami układu moczowego. Celem głównym jest popularyzowanie wiedzy na temat przyczyn chorób układu moczowego, metod leczenia i profilaktyki. Od 1997 r. UROSTO istnieje w Bydgoszczy, a w roku 2004 powstał tam jeszcze jeden oddział w szpitalu wojewódzkim. Oddział lubelski będzie już trzecim oddziałem, po mazowieckim, który działa od 2003 roku w Warszawie.

# Orteza – zło konieczne, czy nadzieja

Lek. med. ortopeda-traumatolog Piotr Kliszcz,  
specjalista rehabilitacji medycznej, Poradnia Rehabilitacji w Przeworsku

**N**iepełnosprawność ze względu na ilość osób których dotyczy (wg różnych statystyk od 10 do 30% społeczeństwa) uważa się za znaczący problem społeczny. Szczególnie problem jakości życia i stopnia samodzielności osób niepełnosprawnych jest coraz częściej podejmowany przez samych zainteresowanych. Nieodłącznym elementem kompleksowego leczenia i rehabilitacji pacjentów niepełnosprawnych ruchowo jest odpowiedni dobór prawidłowego i skutecznego zaopatrzenia ortopedycznego ze wewnątrznie wspomagającego funkcję narządu ruchu.

W okresie ostatnich 20 lat doszło do wykorzystania najnowszych osiągnięć technologicznych stosowanych wcześniej jedynie w medycynie sportowej (włókna węglowe, tworzywa sztuczne, nowych materiałów, stopów metali, zawiasów wieloosiowych) w masowej produkcji nowych generacji wyrobów ortopedycznych. Pozwoliło to na poprawę skuteczności, wytrzymałości i funkcjonalności, zmniejszenie ciężaru produkowanych aparatów. Wybitna poprawa estetyki wykonania i możliwość szybkiego indywidualnego dopasowania spowodowała zwiększenie stopnia akceptacji przez pacjentów i lekarzy. Stosowanie najnowszej generacji materiałów i jednocześnie kompleksowe leczenie rehabilitacyjne pozwoliło na wyeliminowanie w znacznym stopniu istniejących wcześniej wad. Na świecie pojawiło się wiele firm zajmujących się produkcją i dystrybucją nowoczesnego zaopatrzenia ortopedycznego.

## Ortezy w Polsce

Na rynek Polski nowoczesne ortezy dotarły na początku lat 90, jednak praktycznie dopiero ostatnie 5 lat przyniosło ich upowszechnienie. Wcześniej ortezy były konstruowane w oparciu o Zakłady Ortopedyczne – długi czas oczekiwania, niska jakość wykonania i użytych materiałów sprawiała, że były stosowane niechętnie zarówno przez lekarzy jak i pacjentów, i traktowane jako zło konieczne. Schorzenia stosunkowo małe (np. niewielkie niestabilności stawu kolanowego) nie były zaopatrywane, co prowadziło do szybkiej progresji zmian i znacznego ograniczenia sprawności. Niechęć do stosowania różnego typu ortezy (stabilizatorów, gorsetów) utrzymuje się wśród środowiska medycznego i pacjentów do chwili obecnej. Często dopiero przymierzenie przez chorego określonego gotowego aparatu powodu-

je, że przekonuje się on o korzyściach płynących z jego użytkowania.

## Rodzaje

Współcześnie stosowane ortezy można podzielić praktycznie na trzy grupy

**1.** Stosowane profilaktycznie u osób zdrowych - do tej grupy zaliczyć można ortezy stosowane u pracowników wykonujących ciężkie prace fizyczne lub prace w pozycjach wymuszono-



nych – stosowanie odpowiednich pasów lędźwiowych, stabilizatorów nadgarstka i różnego typu stabilizatorów w sposób istotny zmniejsza wypadkowość i absencję chorobową. W tym wypadku wpływ na stosowanie tego typu zabezpieczeń przez pracodawców mają również firmy ubezpieczeniowe. Koszty spowodowane absencją chorobową, odszkodowaniami z tytułu następstw wypadków i trwałego upośledzenia sprawności sprawiają, że stają się one coraz bardziej zainteresowane maksymalnie szybkim i skutecznym leczeniem osób ubezpieczonych. W przypadku sportowców stosowane ortezy spełniają dwie funkcje – ochraniają przed urazami i pozwalają na maksymalnie szybki powrót do aktywnego treningu po przebytych urazach.

**2.** Stosowane u osób aktywnych, pracujących, u których doszło do czasowego lub trwałego upośledzenia funkcji narządu ruchu. Zastosowanie profesjonalnie dobranych ortezy umożliwia skrócenie okresu niezdolności do pracy, utrzymanie zatrudnienia na dotychczasowym stanowisku, pozwala na aktywne uprawianie ulubionych sportów czy rekreację (np. jazda na nartach, taniec, chodzenie po górach, praca

na działce). Nowoczesne ortezy są lekkie, wytrzymałe, umożliwiające wykonywanie pełnego zakresu ruchów w stawie. Stosowane są zwykle okresowo i oprócz profesjonalnego doboru przez lekarza, istotną sprawą jest ich akceptacja przez pacjenta. Dzięki szerokiej gamie ortezy dostępnych obecnie na polskim rynku jest możliwy wybór (stwierdzenie pań - „aby nie wystawała spod spódnicy” - stało się już standardem w większości specjalistycznych sklepów zaopatrzenia medycznego)

**3.** Stosowane u osób niepełnosprawnych ruchowo, u których nastąpiło trwałe lub czasowe upośledzenie sprawności ruchowej w stopniu znacznym. Zastosowanie ortezy i aparatów u tych pacjentów umożliwia poprawę sprawności ruchowej i osiągnięcie większego stopnia samodzielności. Dla tej grupy chorych większość zaopatrzenia ortopedycznego jest częściowo lub całkowicie refundowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia, na wniosek lekarza prowadzącego. Dobór prawidłowych ortezy odbywa się pod nadzorem lekarza specjalisty – dobiera się nie tylko rodzaj i typ ortezy, ale również określa czas i warunki jej stosowania. Istotną rolę w powodzeniu stosowania przedmiotowego zaopatrzenia odgrywa również akceptacja i zdyscyplinowanie pacjenta. Dobrze dobrana orteza poprawia komfort życia, zmniejsza i zapobiega występowaniu dolegliwości bólowych, pozwalając na zmniejszenie dawek leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych, często umożliwia samodzielne poruszanie.

Orteza jest wyrobem medycznym powodującym określone skutki, i w tym aspekcie niezwykle istotna jest kompetentna pomoc technika lub magistra rehabilitacji w dopasowaniu i nauce samodzielnego zakładania jej przez pacjenta w punkcie wydawania zaopatrzenia ortopedycznego. Niedopasowanie prawidłowej ortezy może spowodować powikłania (zbyt luźna nie spełni swojego zadania, zbyt ciasna może spowodować obrzęki, niedokrwienie, zapalenie żył z zakrzepicą, otarcia) i zniechęcić pacjenta do jej stosowania. Wydanie pacjentowi nieodpowiedniej ortezy może spowodować podobne skutki, a nawet doprowadzić do uszkodzenia stawu i tkanek otaczających. W przypadku stosowania stabilizatorów kolana i stawu skokowego przy współistnieniu zmian zylakowych lub obrzęków naczyniowych niezbędne jest stosowanie u chorego dobrej jakości pończoch przeciwyżłakowych. Rolą osoby dopasowującej określony aparat jest nauka pacjenta prawidłowego zakładania.



Problem ten, często lekceważony, może spowodować niepotrzebne komplikacje i powikłania (możliwe jest odwrotne zakładanie aparatu, nieprawidłowe dociąganie pasów regulujących, wyciąganie bolców regulujących ustawienia kątowe lub elementów wzmacniających konstrukcję). Fachowość personelu w punktach zaopatrzenia ortopedycznego może niejednokrotnie zadecydować o końcowym sukcesie całego procesu terapeutycznego (wydając aparaty tego samego typu różnych firm – mogą się one w bardzo dużym stopniu różnić jakością użytych materiałów, trwałością i skutecznością). Końcowym etapem doboru określonej ortyzy jest sprawdzenie przez lekarza prowadzącego prawidłowości użytkowania zleconego zaopatrzenia ortopedycznego. Niestety, producenci ortez i aparatów ortopedycznych nie zawsze o tym pamiętają. W dokumencie towarzyszącym wyrobowi nie ma informacji na temat sposobu zakładania i użytkowania produktu, firmy nie prowadzą szkoleń swoich odbiorców ani okresowych prezentacji dla środowisk medycznych. Stanowisko takie należy potraktować jako naganne, nastawione głównie na maksymalną sprzedaż przy minimalnym jej koszcie. Powinno preferować się producentów pamiętających o tym, że orteza czy aparat jest wyrobem medycznym klasy I i wiąże się z tym określone bezpieczeństwo.

Zaopatrzenie ortotyczne jest jednym z elementów kompleksowego postępowania terapeutycznego. Stosowane ortyzy kontrolując ruchy określonych stawów zastępują układ uszkodzonych stabilizatorów fizjologicznych – czynnych, czyli mięśni i biernych – aparatu więzadłowo torebkowego. Zabezpieczając przed pogłębianiem się istniejących uszkodzeń pozwalają na skuteczniejsze działanie naturalnych dla organizmu procesów naprawczych, jednak zastępując częściowo funkcję układu mięśniowego powodują jego zaniki. Problem ten, często wyolbrzymiany, zniechęca znaczną część lekarzy i pacjentów do stosowania ortez we wczesnych i średnio zaawansowanych stadiach chorobowych. Nawet najlepsza orteza nie jest panaceum na wszystko, a jedynie istotnym elementem złożonego procesu leczenia. Warunkiem koniecznym prawidłowego i bezpiecznego stosowania jest systematyczne i prawidłowe wykonywanie odpowiednio dobranych dla danego schorzenia ćwiczeń wzmacniających układ mięśniowy. Nauka ćwiczeń odbywa się pod opieką magistra lub technika rehabilitacji na zlecenie lekarza prowadzącego. Odpowiedni dobór ćwiczeń i zdyscyplinowanie pacjenta w ich systematycznym wykonywaniu wzmacnia układ mięśniowy zapobiegając zanikom i niejednokrotnie pozwala na ograniczanie czasu stosowania ortyzy (a nawet pozwala na rezygnację z jej użytkowania).

Do najczęściej używanych ortez należą stabilizatory stawu kolanowego. Używane są aparaty różnego rodzaju, których zadaniem

jest kontrola ruchów w stawie i zapobieganie ruchom patologicznym. W zależności od stanu miejscowego i stopnia aktywności ruchowej pacjenta mają one zastosowanie profilaktyczne, są stosowane na różnych etapach leczenia zachowawczego i operacyjnego, lub też przeznaczone są do użytku stałego (stanowiąc często jedyną alternatywę przy braku możliwości lub wskazań leczenia operacyjnego). Ze względu na to, że o końcowym wyniku leczenia w istotnym stopniu decyduje chęć współpracy i stopień zaangażowania ze strony chorego, stabilizatory zewnętrzne oprócz swojej funkcji podstawowej, poprawiającej lub zabezpieczającej stabilność stawu, powinny posiadać dodatkowe cechy zachęcające do stosowania ich zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego.

## Stabilizatory

Stabilizator powinien być:

- \* możliwy do samodzielnego stosowania przez pacjenta, łatwy w dopasowaniu, wygodny, nie powodujący traumatyzacji tkanek miękkich i stawu (stosowanie nowej generacji materiałów paraprzepuszczalnych zapobiega odparzeniom, jednak zbyt skomplikowane układy zapięć, ograniczenia zakresu ruchów w stawach sąsiednich, zniekształcenia i zmiany w tkankach otaczających staw kolanowy uniemożliwiają zastosowanie niektórych typów dobrych ortez);
- \* dostępny w krótkim czasie od momentu zamówienia – szybkie dostarczenie choremu skraca niejednokrotnie czas leczenia umożliwiając przyspieszenia procesów gojenia, zapobiega dalszej traumatyzacji stawu, często umożliwia samodzielne poruszanie się i jazdy na zabiegi rehabilitacyjne;
- \* lekki i estetycznie wykonany - możliwy do akceptacji przez chorego (akceptacja i aktywny udział pacjenta w prowadzonym postępowaniu terapeutycznym jest jednym z podstawowych czynników dla końcowego sukcesu);
- \* umożliwiający wykonywanie ruchów fizjologicznych w posiadanym przez pacjenta zakresie – ruch w stawie kolanowym jest złożony (obrotowo-przesuwowy) - w przypadku stabilizatorów z szynami bocznymi konieczne jest stosowanie zawiasów dwuosiowych, aby nie dochodziło do traumatyzacji tkanek i stawu. Idealnie by było, gdyby posiadały mechanizm zębatkowy wspomagający symetryczne zginanie szyn;
- \* ze względu na rodzaj użytych materiałów, długość, konstrukcję szyn bocznych, rodzaj zawiasu - dobrany do rodzaju, stopnia zaawansowania schorzenia i aktywności pacjenta.

Dodatkowo konieczne jest określenie zasad używania przez chorego (czasu użytkowania i rodzaju sytuacji niektórych jakich jest stosowany) i dobranie odpowiedniego zestawu ćwiczeń

zapobiegających zanikom mięśni i wzmacniających czynną (mięśniową) kontrolę ruchów w stawie.

## Stosowanie ortez

Ortezy należy stosować:

- \* okresowo - tylko przy czynnościach maksymalnie stresujących kolano (jazda na nartach, chodzenie po górach, gra w tenisa, piłkę nożną);
- \* okresowo w postępowaniu pooperacyjnym i we wczesnych etapach leczenia rehabilitacyjnego (skracają konieczny czas stosowania sztywnych opatrunków gipsowych czy żywicowych niejednokrotnie całkowicie je zastępując, stabilizują staw w okresie gojenia, umożliwiając jednocześnie wykonywanie ruchów biernych i czynnych w wybranym zakresie zgięcia i wyprostu (stabilizatory z regulacją kąta zgięcia), umożliwiają wczesną pionizację i naukę chodzenia), zmniejszają nasilenie dolegliwości bólowych, zapobiegają powstawaniu wysięków w stawie;
- \* w leczeniu przykurczów (po zabiegach operacyjnych, w przebiegu chorób reumatycznych, po unieruchomieniu, z przyczyn neurologicznych) jako element postępowania rehabilitacyjnego umożliwiają wykonywanie powolnych redresji i pozwalają na utrwalanie uzyskanych wyników;
- \* u pacjentów z różnymi przyczynami nie kwalifikujących się lub nie wyrażających zgody na leczenie operacyjne - oprócz poprawy stabilności stawu, powodują zmniejszenie dolegliwości bólowych i umożliwiają bierną korekcję koślawości lub szpotawości z odciążeniem przeciążonego przedziału kolana (ortyzy jednoszynowe), umożliwiają wydolny chód bez pomocy kuli czy laski. Jedynie w wyjątkowych sytuacjach stabilizator jest używany przez cały okres aktywności pacjenta.

Urynkowanie sfery usług medycznych, wzrost świadomości medycznej pacjentów, wpływ firm ubezpieczeniowych na polskim rynku (możliwość procesów o odszkodowania za zaniechanie określonych procedur medycznych) sprawi, że najbliższych latach znajomość aktualnego rynku dostępnych ortez i ich stosowanie w środowisku medycznym stanie się równie istotne jak znajomość rynku farmaceutycznego.

Reasumując: nowoczesne ortyzy w sposób istotny podnoszą jakość życia i stopień sprawności pacjentów, stanowiąc jeden z istotnych elementów kompleksowego leczenia. Warunkiem powodzenia jest odpowiednie dobranie aparatu z określeniem zasad jego stosowania przez doświadczonego lekarza specjalistę, odpowiednie dopasowanie przez technika rehabilitacji w punkcie zaopatrzenia ortopedycznego i prawidłowe użytkowanie przez pacjenta z uwzględnieniem systematycznego wykonywania zaleconych ćwiczeń.

# Czynniki ryzyka i zapobieganie występowania nietrzymania moczu u kobiet

prof. Eugeniusz Miękoś, dr hab. med. Marek Sosnowski prof. nadzw. UM (Kierownik Kliniki)  
Klinika Urologii i Rehabilitacji Urologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

**D**otyychczas opisano wiele różnych klasyfikacji czynników ryzyka występowania nietrzymania moczu u kobiet. Czynniki predysponujące występowanie NTM u kobiet można traktować jako trzy nachodzące na siebie pola odzwierciedlające czynniki genetyczne, środowiskowe oraz sposób życia, które oddziałują pojedynczo - albo w kombinacji - przyczyniają się do występowania nietrzymania moczu u kobiet.

(badano czynniki i typ nietrzymania moczu, otyłość, cukrzycę, obniżenie narządów miednicy i liczbę porodów). Kobiety czarne z NTM były znacząco cięższe, przeżyły większą liczbę porodów, częściej chorowały na cukrzycę i posiadały większą nadreaktywność pęcherza i cewki moczowej. Według Coxa NTM występuje 2,3 razy częściej u kobiet białych. Podkreślane są różnice w występowaniu NTM u różnych ras: w Singapurze na 1,1%, w Malezji na 1,6%, w Indiach 5,2%. Różnice rasowe w wy-

szanej postaci NTM. Od 15% do 80% kobiet z obniżeniem dna miednicy może mieć objawy nietrzymania moczu. Patofizjologia NTM w obniżeniu dna miednicy jest nadal mało poznana.

Niedomoga dna miednicy powoduje zaburzenie czynności narządów miednicy (pęcherza, narządu rodowego, jelita grubego) i zaburzenia seksualne.

## Kolagen

Obniżenie dna miednicy, defekty okółpochwowe u kobiet z wysiłkowym NTM związane jest z anomalią budowy kolagenu. Kolagen jest głównym składnikiem powięzi wewnątrzmiędnicy (Steyer). Nieródki z NTM miały mniej kolagenu w biopsjach powięzi wewnątrzmiędnicy w porównaniu do grupy kontrolnej (Keane). W NTM zwiększony jest stosunek kolagenu typu I do III, stwierdzono również zmniejszenie syntezy kolagenu przez fibroblasty w NTM oraz zwiększenie stężenia kolagenazy w surowicy.

## Operacje chirurgiczne w miednicy a nietrzymanie moczu

Wielu autorów łączy występowanie nietrzymania moczu u kobiet z przebytymi zabiegami na narządach miednicy. Histerektomia jest często wymieniana jako czynnik ryzyka NTM. Objawy nietrzymania moczu z powodu parć nagłych mogą być związane z uszkodzeniem spłotu miedniczego. W badaniach Mommsena operacje ginekologiczne i urologiczne przepochwowe są większym czynnikiem ryzyka w porównaniu z operacjami brzuszными. Analiza retrospektywna przeprowadzona przez Milsona wykazała NTM po operacjach przepochwowych u 20,8%, brzusznych u 16,4%.

## Uszkodzenie nerwów i mięśni

Neurogenna hipoteza występowania NTM była podawana po demonstracji chorych, u których stwierdzono odnerwienie i reinerwację mięśni dna miednicy po okresie ciąży. Allen w grupie kobiet w trzecim tryestrze ustalił zmiany w dnie miednicy związane z porodem siłami natury zmniejszenie dna miednicy w pelwimetrii u 80% pacjentek, zaburzenie unerwienia mięśni dna miednicy w badaniu EMG, co doprowadziło go do wniosku o uszkodzeniu nerwów podczas porodu. Bartnick i Cardozo w swoich badaniach na podobnym modelu w oparciu o EMG zwieracza odbytu wykazali, że zaburzenia unerwienia mięśni dna miednicy mają związek z wiekiem i porodem, i nie są dużym

## Klasyfikacja czynników ryzyka NTM

<b>Predysponujące</b>	rasowe, neurologiczne, anatomiczne, kolagen i jego rola, układ mięśniowy i jego rola, kulturowe, środowiskowe
<b>Promujące</b>	otyłość, wykonywany zawód, rekreacja, przebyte operacje, palenie papierosów, przewlekły kaszel, zakażenie dróg moczowych, nieregularne miesiączkowanie, polekowe, dietetyczne, menopauza.
<b>Wywołujące</b>	porody, uszkodzenia mięśni, napromienienie, uszkodzenie tkanek, operacje radykalne narządów miednicy
<b>Dekompensacyjne</b>	wiek, demencja, niedorozwój umysłowy, inne schorzenia, polekowe, środowiskowe

## Czynniki predysponujące

### Płeć

Bez względu na wiek, mimowolne oddawanie moczu dla wszystkich grup wiekowych jest większe u kobiet niż u mężczyzn. Wysiłkowe NTM przeważa u młodych kobiet jako następstwo licznych czynników ryzyka, które zostaną poniżej omówione. Wraz z wiekiem wzrost liczby incydentów NTM z powodu parć nagłych zmniejsza różnicę między występowaniem ich u kobiet i u mężczyzn.

### Czynniki genetyczne

Stwierdzono trzykrotny wzrost zachorowania wśród krewnych I stopnia.

Częściej na NTM zapadają kobiety z chorobami wrodzonymi (choroba Ehlers - Danlosa).

Dziecięce moczenie bezwiedne łączone jest z genami chromosomu 12 q.

W biopsjach powięzi wewnątrzmiędnicy u chorych z nietrzymaniem moczu stwierdzono znacząco mniej kolagenu oraz zmniejszony stosunek kolagenu typu I do III.

### Rasa

Wpływ rasy na rozwój nietrzymania moczu jest różny w odniesieniu do wysiłkowego NTM i parć nagłych z popuszczaniem. Bump ocenił 200 kobiet w tym 54 rasy czarnej

stępowaniu NTM są prawdopodobnie w większości wieloczynnikowe i obejmują czynniki genetyczne, sposób życia, różnice kulturowe oraz środowiskowe i społeczne.

### Czynniki neurologiczne

Zmiany przewodnictwa impulsów nerwowych do dolnych dróg moczowych mogą być „mechanizmem spustowym“ nietrzymania moczu w wyniku parć nagłych lub wysiłkowego NTM:

- 85% chorych na chorobę Parkinsona skarży się na parcia nagłe i częstomocz;
- choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa / zwężenie kanału kręgowego, dyskopatia lędźwiowo - krzyżowa powodują parcia nagłe i/lub NTM w okresie podrażnienia korzenia z następową hipotonią mięśnia wypieracza, co będzie skutkowało nietrzymaniem moczu z przepelnienia;
- 30% chorych z miażdżycą rozsianą może mieć w wywiadzie nietrzymanie moczu;
- 70% chorych po udarze mózgu zgłasza nietrzymanie w wyniku parć nagłych, jednak po upływie roku ich liczba spada do około 10%.

### Czynniki anatomiczne

Pacjenci z różnymi formami i stopniami zwiotczenia dna miednicy i niedomogą zwieracza cewki mogą mieć wysiłkową lub mie-



czynnikiem etiologicznym w powstawaniu nietrzymania moczu.

### Choroba promienna

Efekty naświetlania narządów miednicy są oparte na zmianach naczyniowych dolnych dróg moczowych. Nie udokumentowano popromiennego uszkodzenia nerwów. Niestabilność wypieracza, zmniejszona pojemność pęcherza moczowego może powodować parcia naglące jak i wysiłkowe nietrzymanie moczu.

## Czynniki promujące

Czynniki powodujące występowanie NTM są w większości otwarte na terapię. Często są to zagadnienia dotyczące stylu życia, które mogą być zmienione przez chorego lub wprowadzone czynniki ochronne.

### Dysfunkcja jelit

Od dawna wiadano, że dysfunkcja jelit ma wpływ na trzymanie moczu i może w rezultacie prowadzić do nietrzymania moczu. Ponadto zaburzenie czynności jelit i pęcherza mogą mieć wspólną etiologię. Przewlekłe zaparcia bez względu na przyczynę mają wpływ na trzymanie moczu.

### Menopauza

Wpływ pomenopauzalnego niedoboru estrogenów na NTM u kobiet był przedmiotem wielu badań. Badania porównawcze prowadzone przez Milsona dwóch grup kobiet przed i po menopauzie nie wykazały wpływu tego procesu na częstsze występowanie NTM.

### Zakażenie

Przebyte lub nawracające zakażenie dolnych dróg moczowych i ich wpływ na występowanie NTM zostało dowiedzione przez wielu autorów, chociaż patomechanizm tego nie został wyjaśniony.

### Czynniki polekowe

Leki mogą powodować zarówno wysiłkowe nietrzymanie moczu jak i parć naglących. Leki, które powodują zwiększoną diurezę oraz inne leki z efektem diuretycznym mogą powodować niestabilność pęcherza moczowego, co w rezultacie daje parcia naglące oraz nietrzymanie moczu. Niektóre leki psychiatryczne mogą wpływać na neurotransmitery hamujące, co także powoduje niestabilność pęcherza moczowego. Antyestrogeny i blokery alfa-adrenergiczne mają możliwość wpływu na mechanizm zamykania cewki moczowej i powodować przez to wysiłkowe NTM. Lista leków prowadzących do nietrzymania moczu jest długa.

### Drażniące produkty odżywcze

Rodzaj i ilość przyjmowanych pewnych produktów spożywczych może się przyczynić do wystąpienia nietrzymania moczu. Kofeina i alkohol są opisywane jako czynniki zwiększające występowanie NTM, jednak nie do końca poznany jest mechanizm działania. Niektóre pokarmy są kwasopochodne i wymagają przyjmowania dużej ilości płynów, aby zredukować ich drażniący wpływ, a to powoduje częstsze oddawanie moczu.



### Choroby płuc

Choroby płuc, bezdech nocny i palenie papierosów mają związek z nietrzymaniem moczu. Palenie może hamować produkcję kolagenu osłabiając tym samym dno miednicy lub powodować przewlekły kaszel skutkujący nagłymi wzrostami ciśnienia w jamie brzusznej, co może powodować wysiłkowe NTM. Zmniejszona produkcja kolagenu jako wynik hipoksji jest prawdopodobną przyczyną wysiłkowego NTM u pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP). U chorych z bezdechem wykazano wzrost natriuretycznego peptydu przedsionkowego (ANF), który powoduje NTM z powodu parć naglących, alternatywnie zmniejszając prężność tlenu i względną hipoksję ośrodkowego układu nerwowego (OUN), co może powodować pobudzenie układu autonomicznego.

### Aktywność fizyczna a NTM

Niski poziom aktywności fizycznej jest czynnikiem występowania NTM z powodu niedoczynności lub zaniku mięśni dna miednicy z następowym obniżeniem narządu rodnego, nadmiernej ruchomości cewki moczowej i narastającej masy ciała.

Wyższe poziomy aktywności fizycznej związane z uprawianiem sportu oraz z pewnymi zawodami mogą predysponować aktywne kobiety w młodszym wieku do wystąpienia nietrzymania moczu.

Nygaard w grupie olimpijczyków w latach 1960 - 1976 uprawiających sporty stwierdził wysiłkowe nietrzymanie moczu w 41% u zawodników małej aktywności (pływanie) i w 50% w grupie zawodniczek dużej aktywności (biegi, gimnastyka wyczynowa).

### Otyłość

Wskaźnik masy ciała (BMI) jest czynnikiem rozwoju i występowania NTM u kobiet. U kobiet otyłych obserwuje się tylko 10% dobrych wyników po suspensji igłowej (Burgio). Otyłość zwiększa zachorowalność o 1,6 w ciągu 5 lat (Bump). Jest niezależnym od innych czynnikiem ryzyka występowania nietrzymania moczu. Jest dodatkowym czynnikiem do liczby porodów i wzrastającego wieku. Aż 25% chorych z wypadaniem narządu rodowego i NTM posiada BMI > 30kg/m<sup>2</sup>.

### Psychiczne

Mimo, że ryzyko NTM u pacjentów z kliniczną depresją jest dyskutowane, ostatnie badania wykazały związek i prawdopodobne psychopatologiczne podłoże. Ostatnio testowano hipotezę, według której idiopatyczne nietrzymanie moczu z powodu parć naglących może być sprawą wtórną do zmniejszonego hamowania OUN.

W depresji występuje zmniejszony poziom serotoniny, a ta jest neurotransmiterem hamującym.

## Czynniki dekompensujące

Większość badaczy opisuje wzrost liczby chorych z nietrzymaniem moczu wraz z wiekiem, problem ten ma trudności wynikające z różnorodnych definicji NTM i stosowanych metod pomiarów. Hampel w oparciu o przegląd opublikowanych badań wykazał, że w dwóch badaniach młodych zdrowych kobiet poniżej 30 roku życia aż u 51% badanych występowało sporadyczne nietrzymanie moczu, a 5 do 16% zgłaszało duże albo regularne popuszczanie moczu. Kobiety pomiędzy 30 a 60 rokiem życia ujawniały średnie występowanie NTM na poziomie 24,5%. Kobiety samotne lub pracujące częściej aż w 55,7% chorują na nietrzymanie moczu.

## Wnioski

1. Istnieje potrzeba prowadzenia badań na szeroką skalę wszystkich mogących mieć wpływ czynników ryzyka występowania NTM u kobiet.

2. Wnikliwa analiza czynników ryzyka występowania nietrzymania moczu pozwoli na poznanie etiopatogenezy i wpływu czynników genetycznych i środowiskowych, co pozwoli na opracowanie metod zapobiegania występowaniu choroby i poprawy wyników leczenia.

3. Zapobieganie występowaniu wysiłkowego nietrzymania moczu możliwe jest poprzez wyłączenie czynników ryzyka i dbanie o kondycję fizyczną kobiet, natomiast nietrzymanie z parć naglących zależne jest od stanu ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego. ■

*Piśmiennictwo w liczbie 38 pozycji u autorów lub w urologialodz@poczta.onet.pl*

# Mechanizm działania duloksetyny u kobiet z wysiłkowym NTM

Prof. Tomasz Rechberger (Kierownik Kliniki), dr Aneta Adamiak  
II Katedra i Klinika Ginekologii AM w Lublinie im. F. Skubiszewskiego

**M**innasian i współpracownicy w roku 2003 analizując dane epidemiologiczne pochodzące z 35 badań i obejmujące aż 230 tys. osób stwierdzili, że częstość występowania nietrzymania moczu wynosi średnio 27,6% w populacji kobiet oraz 10,5% u mężczyzn, przy czym dominującym typem NTM była jego postać wysiłkowa (50%), następnie mieszana (32%) i wreszcie postać nagląca (14%).

Badania neurourologiczne oraz stałe pogłębianie wiedzy na temat patofizjologii wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet spowodowało odkrycie innowacyjnej i obiecującej metody farmakologicznego leczenia tego schorzenia u kobiet. Nowy lek - duloksetyna - jest silnym inhibitorem wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny w synapsach nerwowych. Duloksetyna poprzez swój mechanizm działania na układ nerwowy kontroluje odruch zamknięcia cewki moczowej. Uważa się, że wzmacnia ona napięcie i skurcz mięśni poprzecznie prążkowanych zwieracza cewki moczowej poprzez zwiększenie aktywności nerwu sromowego.

Prawidłowe funkcjonowanie dolnego odcinka dróg moczowych u kobiet zależne jest od właściwej koordynacji procesów gromadzenia i wydalania moczu. U kobiet mięśniami zaangażowanymi w pełnienie tych funkcji są: wypieracz pęcherza moczowego, mięśnie gładkie cewki moczowej, mię-

śnie poprzecznie prążkowane zwieracza cewki moczowej oraz mięśnie dna miednicy. Proces koordynacji pracy tych mięśni jest złożony i wymaga współpracy zarówno centralnego układu nerwowego, jak również wstępujących i zstępujących włókien somatycznych i autonomicznych obwodowego układu nerwowego. Na różnych poziomach kontroli nerwowej zaangażowane są różne drogi nerwowe oraz neurotransmitery. Badania na zwierzętach oraz u ludzi wykazały, że kluczową rolę w centralnej kontroli dolnego odcinka dróg moczowych u kobiet odgrywają neuroprzekazniki jak: serotonina, noradrenalina, acetylocholina oraz kwas glutaminowy.

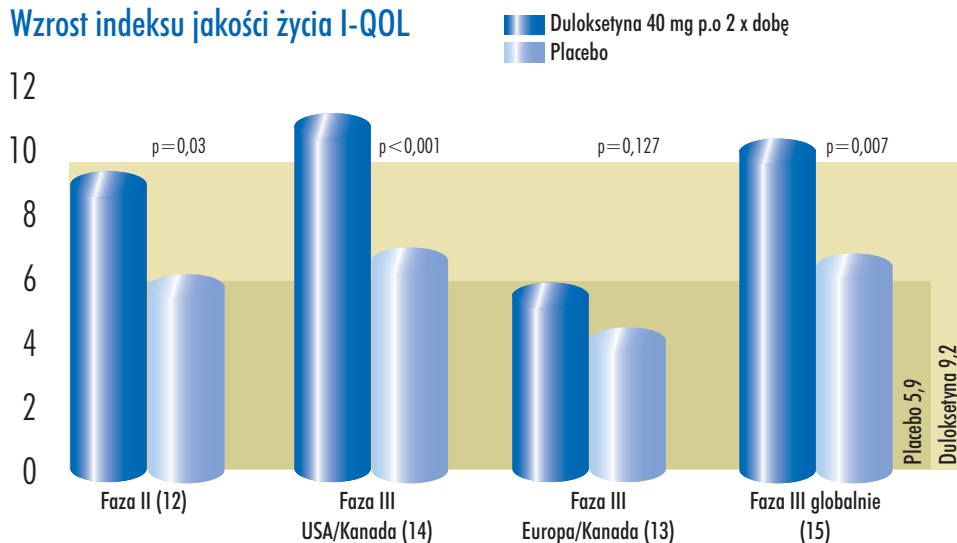
Nerw sromowy, który jest częścią obwodowego układu nerwowego somatycznego, unerwia mięśnie poprzecznie prążkowane zwieracza cewki moczowej. Podczas fazy wypełniania pęcherza moczowego somatyczne włókna ruchowe nerwu sromowego są aktywowane i wydzielają acetylocholinę, która z kolei poprzez receptor nikotynowy indukuje skurcz mięśni zwieracza cewki moczowej. Włókna ruchowe nerwu sromowego wychodzą z obszaru zwanego jądrem Onuffa mieszczącego się w rogu brzuszonym krzyżowego odcinka rdzenia kręgowego. Jądro Onuffa pozostaje z kolei pod pobudzającą kontrolą wyższych pięt centralnego układu nerwowego mieszczących się w rdzeniu kręgowym i w móście. Badania

przedkliniczne wykazały, że jądro Onuffa w porównaniu do innych jąder ruchowych w krzyżowym odcinku rdzenia kręgowego ma unikalną budowę morfologiczną i właściwości nerwowo-chemiczne. Za pomocą metod immunocytochemicznych wykazano, że ciało ruchowej komórki nerwowej w jądrze Onuffa jest otoczone przez gęsto ułożone zakończenia włókien serotonergicznych i noradrenergicznych. Sugeruje to, że serotonina i noradrenalina pełnią ważną rolę jako neurotransmitery na tym poziomie. Równolegle prowadzone badania na zwierzętach potwierdziły, że aktywacja receptorów serotonergicznych (5-HT<sub>2</sub>) i  $\alpha_1$ -adrenergicznych umożliwia skurcz mięśni zwieraczy cewki moczowej, przypuszczalnie poprzez jądro Onuffa. Antagoniści, którzy stymulują te receptory stymulują odruch trzymania moczu, natomiast antagoniści blokujący te receptory jednocześnie hamują ten odruch.

Duloksetyna powodując nagromadzenie serotoniny i noradrenaliny w synapsach nerwowych w jądrze Onuffa stymuluje neurony ruchowe nerwu sromowego. Efekt działania duloksetyny in vivo wykazano na znieczulonych kociach, u których aktywność pęcherza zmieniano dopęcherzowym podaniem 0,5% kwasu octowego. Powodowało to zmniejszenie pojemności pęcherza moczowego do 20% kontrolnych wartości, bez większego wpływu na mięśnie zwieracza cewki moczowej (potwierdzone za pomocą elektromiografii). Podanie duloksetyny takim kociom powodowało wzrost aktywności mięśni zwieraczy cewki moczowej w sposób zależny od dawki (około 8-krotny), w porównaniu do grupy kontrolnej. Zwiększone napięcie i skurcz mięśni zwieraczy cewki moczowej zaobserwowano podczas wypełniania pęcherza moczowego, aż do momentu odczucia potrzeby oddania moczu, kiedy to odruch ten był hamowany i kocice swobodnie oddawały mocz.

Wpływ duloksetyny na mięśnie zwieracza cewki moczowej podlega również pobudzającej kontroli glutamatergicznej w jądrze Onuffa. Kwas glutaminowy jest ważnym trans-

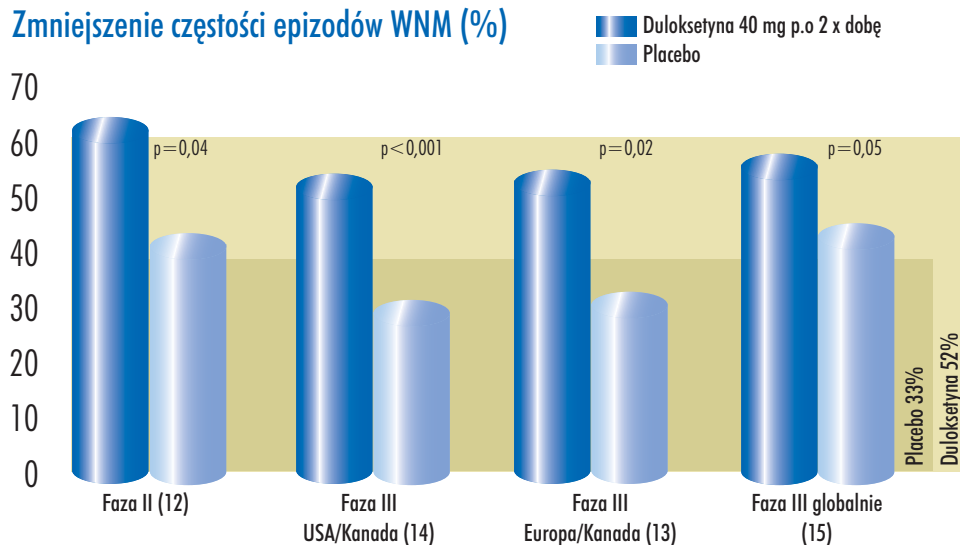
## Wzrost indeksu jakości życia I-QOL



Rycina 1



## Zmniejszenie częstości epizodów WNM (%)



Rycina 2

mitterem centralnego układu nerwowego biorącym udział w kontroli odruchu mikcji. Dzięki niemu skurcz mięśni zwieraczy cewki moczowej może być zapoczątkowany. Brak kwasu glutaminowego w synapsie jest z kolei sygnałem do rozkurczu tych mięśni podczas oddawania moczu. Opierając się na badaniach farmakologicznych dotyczących neuronów ruchowych twarzy można przypuszczać, że aktywacja receptorów serotonergicznych i  $\alpha 1$ -adrenergicznych nie wywiera bezpośredniego efektu pobudzającego na neurony ruchowe zwieraczy cewki moczowej, ale wzmacnia pobudzający wpływ receptorów glutamatergicznych i w ten sposób aktywuje mięśnie. Wynika z tego, że duloksetyna może wzmacniać napięcie i skurcz mięśni zwieraczy cewki moczowej podczas fazy gromadzenia moczu w pęcherzu moczowym, kiedy synapsy glutamatergiczne są aktywne. Natomiast nie wpływa na fazę opróżniania pęcherza moczowego, kiedy synapsa ta się wyłącza.

Ostatnio wykazano, że duloksetyna wpływa na funkcję dolnego odcinka dróg moczowych u kobiet poprzez równoczesne i zrównoważone hamowanie wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny, ale jej działanie nie ulega wzmocnieniu przy równoczesnym leczeniu pacjentek lekami wybiórczo hamującymi wychwyt zwrotny tych monoamin (serotoniny bądź noradrenaliny).

## Randomizowane badania kliniczne z użyciem placebo

Kliniczna efektywność duloksetyny zweryfikowana została w 4 randomizowanych badaniach (1 badanie II fazy i 3 badania III fazy), które objęły łącznie 1913 pacjentek, u których stwierdzono wysiłkowe

nietrzymanie moczu (WNM). Kryteria włączenia pacjentek do badania we wszystkich 4 próbach klinicznych były takie same i obejmowały kobiety z potwierdzonym wysiłkowym nietrzymaniem moczu bez istotnych zaburzeń statyki dna miednicy. U pacjentek zakwalifikowanych do wspomnianych prób klinicznych ilość epizodów wysiłkowego nietrzymania moczu wynosiła 7 lub więcej tygodniowo, dzienna ilość mikcji  $< 8$ , nykturia  $< 2$  oraz brak było klinicznych wykładników pęcherza nadreaktywnego. Ponadto u wszystkich pacjentek przeprowadzono badanie cystometryczne, które wykluczało z prób pacjentki niezdolne tolerować wypełnienie pęcherza do objętości 400 ml oraz te, u których pierwsza potrzeba oddania moczu pojawiała się przy wypełnieniu mniejszym niż 100 ml. Po randomizacji 955 pacjentek otrzymywało placebo, a 958 duloksetynę w dawce 2 x 40 mg dziennie. Duloksetyna w sposób istotny statystycznie zmniejszyła ilość epizodów nietrzymania moczu już po 4 tygodniach jej stosowania. U połowy pacjentek leczonych duloksetyną nastąpiło zmniejszenie epizodów NTM o 50-58% w stosunku do wartości wyjściowych, zaś u pozostałych odsetek zmniejszenia epizodów NTM wyniósł 50%. We wszystkich 4 próbach klinicznych duloksetyna wykazywała istotnie statystycznie większą efektywność terapeutyczną w stosunku do placebo. Dodatkowo duloksetyna poprawiła istotnie jakość życia leczonych kobiet. Średnia zmiana wskaźnika jakości życia (I-QOL) wynosiła pomiędzy 5,5 a 11,1 punktów w grupie pacjentek leczonych w porównaniu do 4,1 do 6,8 w grupie placebo. W badaniu europejsko-kanadyjskim I-QOL nie różnił się pomiędzy pacjentkami otrzymującymi dulok-

setynę i tymi, które otrzymały placebo, najprawdopodobniej dlatego, że pacjentki które przerwały przyjmowanie leku z powodu objawów ubocznych dalej wypełniały kwestionariusz I-QOL, co oczywiście musiało wpłynąć na końcowe rezultaty w sposób negatywny - Ryc. 1. Z drugiej jednak strony subanaliza pacjentek leczonych, które kontynuowały przyjmowanie leku przez okres 12 tygodni wykazała jednoznacznie pozytywny i istotny statystycznie wpływ na jakość życia analizowanych grup. W kwestionariuszu oceniającym percepcję terapii przez pacjentki (PGI-I) 56 do 74% kobiet leczonych duloksetyną twierdziło, że czuje się lepiej w porównaniu do 40-

64% otrzymujących placebo. Ponadto we wszystkich opublikowanych badaniach u pacjentek leczonych duloksetyną nastąpiło wydłużenie okresu czasu pomiędzy mikcjami, co oczywiście pozwala na wyciągnięcie wniosku, że zmniejszony odsetek epizodów wysiłkowego nietrzymania moczu nie był wynikiem zwiększenia częstości mikcji. Analiza zbiorcza pozwoliła na wyciągnięcie wniosku, że mediana ilości epizodów WNM w grupie leczonej, w stosunku do placebo, zmniejszyła się po 4 tygodniach (54% vs 22%), po 8 tygodniach (52% vs 29%) i 12 tygodniach (52% vs 33%;  $p<0,001$ ) - Ryc. 2. Globalna ocena leku przez pacjentki we wszystkich 4 badaniach (czuję się lepiej lub dużo lepiej) była istotnie lepsza w grupie leczonej w stosunku do placebo (65% vs 50%;  $p<0,001$ ). Efekty leczenia pojawiały się już po 4 tygodniach stosowania leku i utrzymywały się na tym samym poziomie przez cały 12-tygodniowy okres obserwacji. Ponadto we wszystkich 4 badaniach weryfikowano także efektywność kliniczną duloksetyny w grupach pacjentek leczonych przednio operacyjnie z powodu WNM lub tych, które objęte były programem ćwiczeń mięśni dna miednicy. Przebyte przednio operacje, czy też programy ćwiczeniowe nie wpływały na skuteczność leczenia duloksetyną. Biorąc powyższe pod uwagę wydaje się, że duloksetyna jest nową alternatywną formą terapii WNM zwłaszcza, że podczas III Międzynarodowej Konferencji poświęconej problemom nietrzymania moczu w Monaco (III WHO International Consultation on Incontinence - Monaco, June 26-29, 2004) duloksetyna otrzymała poziom referencyjności A jako efektywna i bezpieczna farmakoterapia WNM u kobiet. ■

**Na pytania odpowiadają  
dr Piotr Radziszewski i dr Piotr Dobroński  
z Kliniki Urologii AM w Warszawie**

## Sztuczny zwieracz

Mam 24 lata i z powodu porażenia rdzenia mój pęcherz jest neurogeny. Ostatnio lekarz powiedział mi, że istnieje możliwość wstawienia sztucznego zwieracza. Mam w związku z tym pytanie: czy w Polsce którakolwiek klinika podjęłaby się takiego zabiegu? Jakie są koszty takiego zabiegu?

*Zabiegi wszczepiania sztucznego zwieracza w zaburzeniach neurogennych dolnych dróg moczowych wymagają badań poprzedzających, mających na celu potwierdzenie wskazań i wykluczenie przeciwwskazań do tego zabiegu. Według mojej najlepszej wiedzy największą liczbę tych operacji wykonano w Oddziale Neurourologii Szpitala STOCER w Konstancinie koło Warszawy (kierownik dr Andrzej Buczyński) i Oddziale Urologii Centralnego Szpitala Kolejowego w Międzylesiu (kierownik prof. Andrzej Borówka). Realny koszt zwieracza to ok. 6000 \$ (AMS 800). Może być zamówiony na tzw. import docelowy/zamówienie indywidualne i jest wtedy finansowany przez NFZ. Sama procedura jest finansowana przez NFZ.*

## NTM i nastolatka

W ostatnim numerze czasopisma Polityki ukazał się artykuł pana Pawła Walewskiego pt. „To nie wstyd to choroba”. Artykuł dotyczy kobiet, które mają problem z nietrzymaniem moczu. Także w mojej rodzinie jest taki przypadek i dotyczy 16-letniej nastolatki. Problem polega na moczeniu nocnym. Dziecko przeszło komplet badań urologicznych i wszystkie wyniki były poprawne. Choroba była leczona przez wiele lat. Były podawane leki homeopatyczne. Nie przyniosły efektów. Lekarz zaproponował pełną kontrolę i obserwację dziecka w jakich okolicznościach następuje nocne moczenie. Czy to skutek stanu emocjonalnego, czy zbyt późne wypijanie płynów. Skończyło się na tym, że dziecko ma przyjmować płyny nie później niż do 18 godziny. Staramy się tego przestrzegać, ale to przeszkadza w normalnym funkcjonowaniu. Niemniej jednak nadal czasami to się zdarza.

**Halina**

*W tzw. idiopatycznym moczeniu nocnym żadnymi badaniami nie udaje się wykryć nieprawidłowości anatomicznych w układzie moczowym, podobnie jak w przypadku opisanego przez Panią dziecka. Ograniczenie płynów ma swoje*

*miejsce w postępowaniu leczniczym, podobnie budzik, psychoterapia i inne metody. Bardzo skuteczne jest stosowanie leków syntetycznych pochodnych hormonu antydiuretycznego (wazopresyny), które przyjęte przed snem zmniejszają produkcję moczu przez nerki w nocy. Dostępne w Polsce preparaty to np. adiuretin (krople do nosa) lub minirin (tabletki). Konsultacja urologa lub urologa dziecięcego pozwoli Państwu na rozpoczęcie skutecznego postępowania.*

## Czy tylko współczucie?

Mam bardzo poważny i jednocześnie wstydlivy problem, z którym borykam się do dziś. Otóż cierpię na bardzo silny i częsty ucisk na pęcherz moczowy oraz popuszczanie moczu. Niestety już od dziecka, choć byłam leczona od małości na tą chorobę, to niestety nie przyniosło to oczekiwanych rezultatów. Mam prawie 32 lata i ten problem ogranicza bardzo moje życie. Kiedyś przełamalam się i poszłam do lekarza rodzinnego z tym problemem, a pani doktor powiedziała mi, że bardzo mi współczuje, że coś takiego mam i zapytała jeszcze czy rodziłam dzieci. Ja niestety nie rodziłam jeszcze, więc pani doktor powiedziała, że pomóc mi nie może...i współczuje mi... Poza tym niestety ten problem jest także w nocy, gdyż muszę wstawać kilka razy w ciągu nocy do toalety, a co za tym idzie nie mogę się wyspać.

Jestem osobą prowadzącą aktywny tryb życia i bardzo chciałabym, aby ktoś kompetentny mógł mi pomóc. Ta przypadłość niestety bardzo ogranicza moje życie, mam obawy, aby to nie „wydało się” i niestety bardzo obciąża mnie to psychicznie. Dziś przez przypadek weszłam na stronę w internecie na ten temat i od razu przeczytałam wszystko chyba na ten temat.... Czy jest choćby jakakolwiek szansa na pozbycie się tego schorzenia (nadmienię, że nie choruję na nic, ginekologicznie badam się w miarę regularnie)?

**Ewita**

*Pani problem MOŻE być rozwiązany! Z wywiadu wynika, że cierpi pani najprawdopodobniej na zespół pęcherza nadreaktywnego, w którym zawierają się: częstomocz dzienny i nocny, parcia na pęcherz i nietrzymanie moczu z parcia. Oczywiście rozpoznanie musi potwierdzić urolog na podstawie wykonanych badań (które mają na celu wykluczenie innych przyczyn dolegliwości). Leczeniem pierwszego rzutu jest farmakoterapia lekami hamującymi skurcze pęcherza z grupy tzw. antycholinergicznym (np. ditropane, detrusitol) i trening pęcherza. Proszę udać się na konsultację do urologa lub uzyskać skierowanie od lekarza rodzinnego.*

## Czy będzie lepiej?

Mam 58 lat. Jestem po zabiegu prostatektomii radykalnej. Jestem w drugim dniu po zdjęciu cewnika. Zaraz po zdjęciu cewnika miałem niekontrolowany wyciek moczu. Zdaniem pielęgniarki zabiegowej taki wyciek nie powinien mieć miejsca. Lekarz prowadzący wraz z ordynatorem oświadczył mi, że to jest normalne po zdjęciu cewnika i że po 2-3 dniach wszystko wróci do normy. Ta sytuacja utrzymuje się w dalszym ciągu. Można powiedzieć, że w czasie chodzenia mam cały czas wyciek. Do tej pory prowadziłem intensywny tryb życia. Niepokoję się bardzo, co będzie dalej. Proszę bardzo o odpowiedź, co mam dalej robić. Czekać - aż samo wróci do normy czy udać się na konsultację do lekarza. Wizytę mam wyznaczoną za 14 dni. Jaka może być przyczyna nietrzymania przeze mnie moczu i czy jest nadzieja na wyleczenie? To były początki raka, poziom PSA - 5,2. Bardzo proszę odpowiedź - jest to dla mnie bardzo ważne.

**Chory**

*Problem trzymania moczu po prostatektomii radykalnej wymaga dokładnej dyskusji chorego z lekarzem przed operacją. W najlepszych ośrodkach 10% operowanych chorych nie odzyskuje kontroli nad zwieraczem i po operacji nie trzyma moczu. W wielu miejscach odsetek ten sięga 30%. Jest to ryzyko, które chory i operujący urolog wspólnie podejmują.*

*Kolejną odpowiadając na Pana pytania: opinia pielęgniarki, że wyciek nie powinien mieć miejsca jest błędna, bezpośrednio po usunięciu cewnika właściwie żaden chory nie trzyma moczu. Kontrola na zwieraczem powraca w różnym czasie po operacji. Większość chorych jest w stanie utrzymać pewną ilość moczu już po kilku dniach. Pańscy lekarze mieli więc rację, że sytuacja może się poprawić po 2-3 dniach. Jednak czas ten bywa dłuższy, stan kontynencji (tj. trzymania moczu) może się poprawiać do 6 a nawet 12 miesięcy. Przyczyną nietrzymania moczu jest u 2/3 chorych osłabienie zwieracza zewnętrznego po operacji, który otacza szczyt prostaty. U części chorych przyczyną jest nadreaktywność mięśnia wypieracza pęcherza. Obie postaci mogą współistnieć i obie można leczyć. Ważne jest, czy jest Pan w stanie przerwać strumień moczu w czasie oddawania go i czy w ogóle Pan oddaje moczu czy cały wycieka z pęcherza. Myślę, żeby zaczął Pan do wyznaczonej na 2 tyg. po operacji wizyty u urologa. Musi Pan dokładnie z nim porozmawiać na ten temat.*

*Odpowiedzi na wszystkie Państwa listy publikujemy na stronie internetowej [www.ntm.pl](http://www.ntm.pl)*



## 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?

- Porady lekarzy
- Nowości medyczne
- Uroda, dieta
- Psychologia i seks

Zdrowie przez całe życie!

Zamówienia: tel. (22) 590 55 55, klienci@murator.com.pl, www.poradnikzdrowie.com.pl



## Chcesz otrzymywać wszystkie numery Kwartalnika NTM w 2005 roku? Zamów prenumeratę!

**Kwartalnik NTM**

STUDIO PR,  
ul. Ciołka 10, 01-402 Warszawa

Nr rachunku odbiorcy  
50 1020 5558 1111 1108 5550 0139

kwota  
**38.00**

Imię, nazwisko i adres wplacającego

Tytułem  
prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“

•Wyrażam zgodę na zamieszczenie i przetwarzanie moich danych w bazie adresowej Studia PR. Dane podlegają ochronie zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883)  
•Upoważniam firmę Studio PR do wystawienia faktury VAT bez mojego podpisu

STEMPEL  
DZIENNY

PÓDPIS

OPŁATA

**Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa**

nazwa odbiorcy  
**STUDIO PR**

nazwa odbiorcy cd.  
**UL. CIOŁKA 10, 01-402 WARSZAWA**

I.k. nr rachunku odbiorcy  
**5 0 1 0 2 0 5 5 5 8 1 1 1 1 1 0 8 5 5 5 0 0 1 3 9**

**W P P L N** **3 8 , 0 0**

nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)

nazwa zleceniodawcy

nazwa zleceniodawcy cd.

tytułem  
**prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“**

tytułem cd.

pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy

Opłata: