

Kwartalnik NTM

The background of the cover is a photograph of three surgeons in an operating room. They are wearing green surgical gowns, blue bouffant caps, and white face masks. The surgeon on the right is wearing glasses. They are all looking down, focused on a surgical procedure. The lighting is bright, typical of an operating room.

ISSN 1733-2826

nr 2 (13) 2005
cena: 9.50 zł
(w tym 0% VAT)

LECZENIE OPERACYJNE NTM

Zaopatrzenie poprawia się
Ministerstwo Zdrowia znowu się spóźnia

4 lata - mogło być lepiej, ale i tak jest lepiej

Mijające 4 lata były jednym z najbardziej burzliwych okresów w dziejach służby zdrowia. Koalicja SLD-PSL, a później już samotnie SLD zapowiadała nam uspokojenie sytuacji, a w rzeczywistości zafundowali jeszcze większą karuzelę zdarzeń niż to miało miejsce w poprzedniej kadencji parlamentu.

Najważniejsza zmiana to z pewnością powołanie 31 marca 2003 r. Narodowego Funduszu Zdrowia w miejsce 16 regionalnych i 1 branżowej kasy chorych. Główną ideą, pomijając polityczne aspekty tej zmiany, była chęć scentralizowania budżetu oraz wyrównania poziomu świadczeń państwa wobec obywateli naszego kraju. Większość z nas z pewnością stwierdzi, że idea została wypaczona i trudno z nimi polemizować. Tym bardziej, że sami rządzący zachowywali się w sposób daleki od spokoju i konsekwencji działania. Przez ostatnie 4 lata Polska miała 7 ministrów zdrowia, w tym jeden był jednocześnie ministrem gospodarki i pracy (wicepremier Jerzy Hauzner), a inny sprawował - a raczej nadal sprawuje - tę funkcję po raz drugi (minister Marek Balicki). Trudno zbudować cokolwiek sensownego w tak ogromnej materii jaką jest służba zdrowia, jeżeli średnia kadencja ministra trwała niecałe 7 miesięcy. Jeszcze większą rotację mieliśmy na fotelu prezesa NFZ. Sześciu prezesów w ciągu ostatnich 2,5 lat, to nie więcej jak średnio 5 miesięcy kadencji każdego z nich. Gdy dodamy do tego fakt zakwestionowania ustawy o NFZ przez Trybunał Konstytucyjny i co za tym idzie konieczność szybkiego uchwalenia nowych przepisów regulujących ochronę zdrowia w Polsce to można odnieść wrażenie, że wszystko się wali, że mamy czas kompletnego chaosu. W takiej sytuacji łatwo można sobie wyobrazić, gdzie w tym całym zamieszaniu jest pacjent.

Okazuje się jednak, że również w czasach tak burzliwych jakie przeżywamy od ponad 4 lat, można coś naprawić, można też coś zmienić na lepsze. Osoby niepełnosprawne i przewlekle chore, w tym również te borykające się z problemem NTM, powinny paradoksalnie uznać mijającą kadencję za niezłą ze swojego punktu widzenia. To przecież w tym okresie przyjęto argumenty środowiska niepełnosprawnych i wprowadzono przyjazny pacjentowi otwarty system zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze zastępując nim systemy regionalne, które w większości koncentrowały się na interesie urzędnika, dając mu olbrzymią władzę oraz narzędzia do ręcznego sterowania rynkiem i pole do korupcji. Innym pozytywnym efektem ostatnich czterech lat było poszerzenie refundowanych środków wchłaniających o podkłady i wkłady anatomiczne, tańsze i bardziej komfortowe dla osób z NTM. Gdy dodamy do tego wzrost nakładów na refundację środków ortopedycznych i środków pomocniczych z 254 mln zł w 2003 roku do 416 mln zł w roku obecnym (przy ogólnym budżecie NFZ na 2005 r. w wysokości 32,2 mld zł), można z dużym przekonaniem

stwierdzić, iż sytuacja osób szczególnie ciężko potraktowanych przez los nieznacznie - ale jednak - uległa poprawie. W tym miejscu wyrazy szacunku należą się ministrowi Leszkowi Sikorskiemu, gdyż to pod jego kierownictwem resort zdrowia wprowadził większość tych pozytywnych - nie tylko dla pacjenta, ale również dla budżetu państwa - zmian.

Oczywiście rzeczywistość nie jest tak różowa, gdy spojrzemy szerzej na problem osób z NTM. Nadal wybór refundowanych metod leczenia jest mniej niż skromny i co gorsza praktycznie nie zmienił się w tym okresie pomimo ciągłego postępu medycyny. Trudno zresztą pisać o postępie, skoro w ciągu ostatnich 6 lat żaden nowoczesny lek nie pojawił się na liście refundacyjnej. W dalszym ciągu państwo refunduje nie więcej niż 60 piełuch miesięcznie, tj. o 30 za mało, biorąc pod uwagę powszechne standardy obowiązujące przy osobach ze średnim i ciężkim NTM. I nadal środki wchłaniające nie są wypisywane na NTM pomimo jednoznacznej opinii, poproszonych o zajęcie stanowiska, siedmiu konsultantów krajowych przy ministrze zdrowia.

Tomasz Michałek



Spis treści

2 (13) 2005

LECZENIE OPERACYJNE NTM	4-13
Operacyjne leczenie nietrzymania moczu dr M. Zbrzeźniak	
Drożej czyli taniej E. Mamos	
Leczenie nietrzymania moczu z zastosowaniem hydraulicznego zwieracza cewki moczowej dr R. Górecki, prof. A. Borówka	
Kontrowersje wokół operacyjnego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu dr G. Surkont, dr E. Właźlak, prof. J. Suzin	
OPINIE	14-15
Chora służba zdrowia J. Góralczyk	
Prawo do zdrowia M. Weber	
Jest lepiej K. Ciepiela	16
Na raport poczekamy - wywiad z W. Pisarskim z MZ	17
Historia jednej pacjentki M. Georgiew	18
AKTUALNOŚCI	20
Komu przysługują pieluchy? M. Kowalewska	21
LISTY	22

Do Czytelników

Tematem przewodnim bieżącego numeru *Kwartalnika NTM* są zabiegi operacyjne. W niektórych przypadkach stanowią one ostateczną formę pomocy osobom dotkniętym nietrzymaniem moczu. Stają się wielką nadzieją na zakończenie cierpienia i zarazem powrotem do normalnego życia. O przybliżenie tematyki operacji stosowanych w nietrzymaniu moczu poprosiliśmy kilku lekarzy praktyków w tej dziedzinie (urologów i ginekologów) - przekazali oni Państwu swoje doświadczenia, obserwacje i wnioski.

Na łamach naszego pisma staramy się również odpowiedzieć na pytanie czy refundacja zabiegów operacyjnych jest w Polsce wystarczająca. Problem właściwego rozdziału środków pieniężnych w polskiej służbie zdrowia poruszamy zresztą już tradycyjnie, ponieważ praktyka pokazuje nieefektywność tego podziału i niewystarczający poziom zaspokajania potrzeb pacjentów. O jednym z objawów choroby naszej służby zdrowia i możliwości jej wyleczenia pisze w swoim artykule J. Góralczyk.

Biorąc pod uwagę fakt, że NFZ nie prowadzi ewidencji wydatków na refundację środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych według kodów zaopatrzenia i w rozbiciu na poszczególne kwartały, można się spodziewać wszystkiego. „Jak bowiem leczyć, skoro nie wiadomo, które wyroby pochłaniają najwięcej pieniędzy i dlaczego“ (patrz komentarz M. Weber).

Pocieszający jest jednak fakt, że przynajmniej na razie w zaopatrzeniu w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne jest coraz lepiej - większość wniosków realizuje się na bieżąco, bez kolejek (patrz ranking wojewódzkich Oddziałów NFZ). Mamy nadzieję, że czas oczekiwania na realizację wniosków przez poszczególne oddziały będzie się dalej zmniejszać.

Publikujemy również fragment rozporządzenia ministra zdrowia w zakresie refundowanych środków wchłaniających. Dla przypomnienia i po to, aby rozwiązać wszelkie wątpliwości dotyczące możliwości korzystania z częściowej lub zerowej odpłatności za produkty higieniczne przystosowane dla osób z nietrzymaniem moczu.

Na końcu *Kwartalnika NTM* zamieszczamy tradycyjnie odpowiedzi naszych konsultantów medycznych na listy od czytelników, i zarazem pacjentów. Listów od osób dotkniętych NTM otrzymujemy coraz więcej i cieszymy się, że fachowe porady naszych konsultantów pomagają rozwiązać wiele wątpliwości.

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 Ciepiela, Iza Marcisz, Elżbieta Mamos
Komentatorzy: Józef Góralczyk,
 Elżbieta Szwalkiewicz, Maria Weber
Zdjęcia: Dominik Skurzak
Rysunek: 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

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń oraz zastrzega sobie prawo skracania tekstów i zmiany ich tytułów.
 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

Operacyjne leczenie nietrzymania moczu

dr n. med. Maciej Zbrzeźniak
Klinika Urologii CMKP w Warszawie



Leczenie zabiegowe nietrzymania moczu wykonuje się głównie u kobiet. Dotyczy to przypadków, kiedy u pacjentek występuje większe nasilenie wysiłkowego NTM (np. gubienie moczu podczas chodzenia czy bez większego wysiłku) i/lub zawiodło leczenie zachowawcze. Operacje wykonuje się również u niektórych pacjentów cierpiących na choroby neurologiczne, a także u mężczyzn z wysiłkowym NTM po zabiegach na gruczoł krokowy oraz u chorych po niepowodzeniu leczenia nietrzymania moczu z parę wszystkimi metodami zachowawczymi. Obecnie operacyjne leczenie nietrzymania moczu dotyczy praktycznie prawie wyłącznie wysiłkowego nietrzymania moczu.

Decyzja

Decyzja o operacji powinna być świadomym wyborem pacjenta poinformowanego o odsetku niepowodzeń zwiększającym się w czasie, a także o możliwych powikłaniach i następstwach (przedłużające się zatrzymanie moczu, konieczność wytworzenia czasowej cystostomii lub samocewnikowania). Przed kwalifikacją do zabiegu konieczne jest wykonanie badania

urodynamicznego celem wykluczenia przeciwwskazań do operacji, a także dla wyboru odpowiedniego jej typu. Badanie ma na celu:

- * potwierdzić wysiłkowe nietrzymanie moczu wykazując ujemne ciśnienia zamknięcia cewki w profilometrii wysiłkowej i/lub określić ciśnienie w jamie brzusznej, przy którym dochodzi do bezwiednego wypływania moczu;
- * wykluczyć nadreaktywność wypieracza jako jedyną patologię (przy towarzyszącym prawdziwym nietrzymaniu moczu, nadreaktywność wypieracza o niskiej amplitudzie nie jest przeciwwskazaniem do leczenia operacyjnego);
- * wykluczyć istnienie przeszkody podpęcherzowej wykonując test przepływowo-ciśnieniowy.

Blaivas i Olsson podzielili przypadki wysiłkowego nietrzymania moczu na trzy typy. W typie I i II występuje zwiększona ruchomość szyi pęcherza moczowego i cewki. Typ III dotyczy przypadków niewydolności zwieracza wewnętrznego cewki (ISD) przy zmieniającej się pozycji szyi pęcherza i cewki. Dochodzi wtedy do bezwiednego wycieknięcia moczu przy małym wzroście ciśnienia w jamie brzusznej poniżej 60 cm H₂O.

Rodzaje zabiegów

Operacje w przypadkach zwiększonej ruchomości szyi pęcherza i cewki mają na celu odtworzenie prawidłowych stosunków anatomicznych i podwieszenie cewki i szyi pęcherza. Wprowadzenie tych struktur w obręb jamy brzusznej i ich stabilizacja pozwalają na prawidłowy rozkład ciśnień i zwiększanie ciśnienia wewnątrzcewkowego przy wzroście ciśnienia śródbrzuszego.

I. Najbardziej rozpowszechnionym zabiegiem w opisywanych przypadkach jest implantacja taśmy podcewkowej. Potoczne nazwy zabiegów pochodzą od skrótów IVS (intravaginal sling - sling przezpochwowy) lub TVT (tension-free vaginal tape - beznapięciowa taśma pochwowa). Na polskim rynku jest wiele firm, które oferują różne typy taśm podcewkowych działających na podobnej zasadzie. Implantacja taśmy podcewkowej ma na celu ustabilizowanie cewki i szyi pęcherza (wytwarza nowe więzadło pomiędzy środkowym odcinkiem cewki i spojeniem łonowym).

Taśmę wprowadza się od strony przedniej ściany pochwy poprzez nacięcie długości ok. 2 cm, przeciągając ją za spojenie łonowe prowadnicami przechodzącymi

GYNECARE odwraca dostęp zaślony „od wewnątrz na zewnątrz”

Za pomocą...

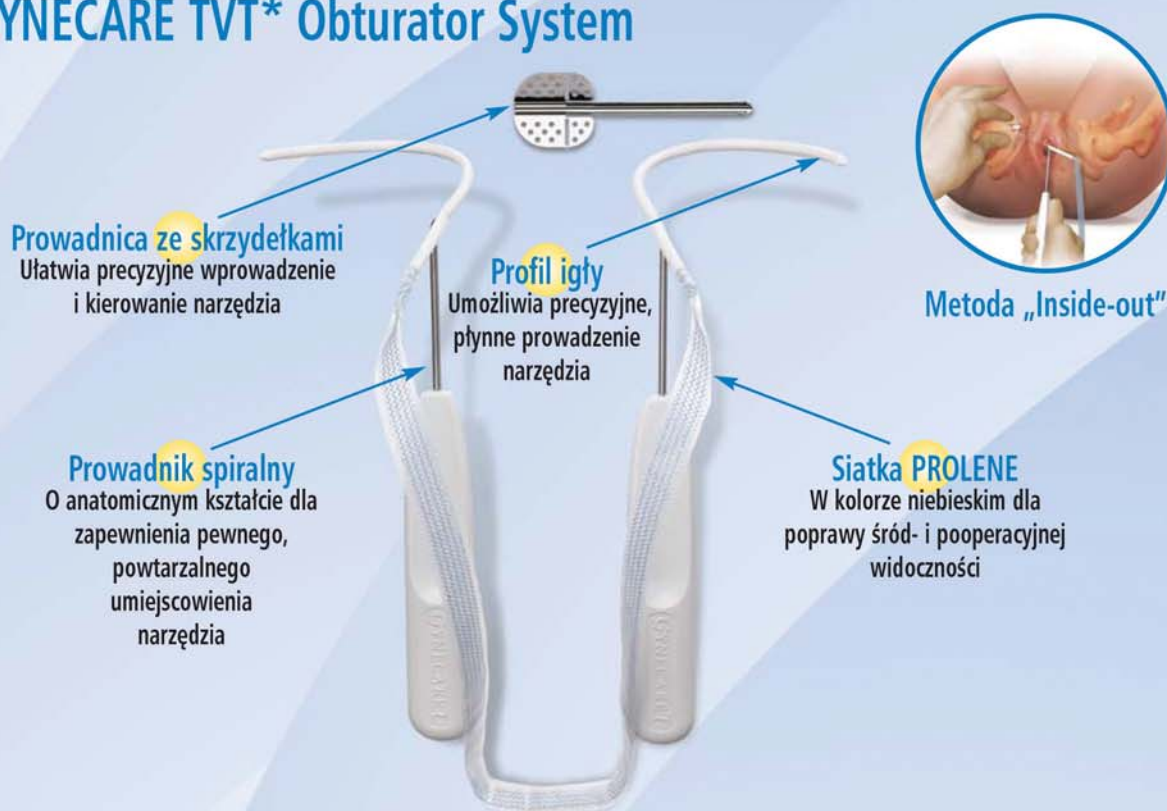
Systemu GYNECARE TVT* Obturator

do beznapięciowego podparcia cewki w leczeniu nietrzymania moczu

Zaprojektowany dla maksymalnego bezpieczeństwa

- **Unika ingerencji w przestrzeń załonową**
 - Korzystny dla wybranej grupy pacjentek
- **Porównanie z innymi produktami wykorzystującymi dostęp zaślony**
 - GYNECARE TVT* Obturator System zakładany jest techniką „od wewnątrz na zewnątrz” („inside-out”), polegającą na prowadzeniu narzędzia z dala od cewki moczowej i pęcherza moczowego, co zmniejsza ryzyko uszkodzenia cewki lub pęcherza
 - Posiada wszystkie zalety GYNECARE TVT*
 - Niewielkie nacięcie umożliwiające precyzyjne umieszczenie taśmy w okolicy środkowej części cewki moczowej
 - Stosowana jest ta sama siatka polypropylenowa (PROLENE*) o udowodnionym bezpieczeństwie i efektywności w ciągu 7 lat doświadczeń klinicznych
 - Anatomicznie ukształtowane narzędzia o profilu bezpieczeństwa nie spotykanym wśród innych narzędzi zaślony

GYNECARE TVT* Obturator System



GYNECARE TVT* – Złoty standard postępowania o udokumentowanej długotrwałej skuteczności i bezpieczeństwie

- 7 lat klinicznego doświadczenia opisanego zgodnie z najwyższymi standardami EBM¹
 - 81% pacjentek całkowicie wyleczonych
 - znacząca poprawa u 16% pacjentek
- Ponad 500 000 leczonych pacjentek na całym świecie
- Najbardziej opłacalna metoda spośród współcześnie stosowanych metod leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet³

Piśmiennictwo:

1. De Leval. Novel surgical technique for the treatment of female stress urinary incontinence: transobturator vagina tape inside-out. *Eur Urol.* 2003; 44 (6): 724-730. 2. Nilsson GC, Rezapour M, Falconer C. 7 year follow-up of the tension-free vaginal tape (TVT) procedure. *International Urogynecology Journal*, IUGA Abstract#116 (89); October 2003. 3. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia: Porównawcza ocena technologii chirurgicznego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet – Ocena Technologii Medycznych, 2001.

* Znak handlowy

Gynecare
TVT* Obturator System

Johnson & Johnson Poland Sp. z o.o.
ul. Szyszkowa 20, 02-285 Warszawa,
tel. (48-22) 668 00 00, faks: (48-22) 668 00 01
www.gynecare.com

przez dwa małe nacięcia skóry (dostęp załonowy). Do pęcherza wprowadza się cewnik, który jest usuwany w momencie, gdy chora może wstać (po kilku, kilkunastu godzinach w zależności od sposobu znieczulenia). Jeżeli chora oddaje swobodnie mocz może być zwolniona do domu. Rzadko, ale zdarzają się przejściowe problemy z opróżnianiem pęcherza wymagające przez pewien czas po operacji stosowania przerywanego cewnikowania pęcherza. Skuteczność tego typu leczenia zabiegowego jest oceniana na 75-90%, a odsetek powikłań jest niewielki. Od kilku lat stosowane jest też wprowadzanie taśm z dostępu przez otwory zasłonowe (TOT, transobturator tape). Taśma przebiega wówczas bardziej poziomo i unika się powikłań związanych z przeprowadzaniem igieł lub prowadników za spojeniem łonowym bez kontroli wzroku.

2. Z uwagi na długi okres obserwacji operowanych chorych złotym standardem leczenia zabiegowego wysiłkowego nietrzymania moczu pozostaje kolposuspensja (podwieszenie ściany pochwy) sposobem Burcha. Polega ona na podszyciu przedniej ściany pochwy za spojeniem łonowym do więzadeł pachwinowych. W wyniku tego zabiegu cewka moczowa zostaje zawieszona w hamaku tworzoną przez ścianę pochwy. Odsetek powodzeń tej operacji w obserwacji wieloletniej wynosi 80%. Dla dobrego efektu pooperacyjnego w przypadkach dobrze zakwalifikowanych do tego typu operacji wystarczy stabilizacja cewki i szyi pęcherza. W praktyce oznacza to pozostawienie przy zawiązywaniu ok. 2 cm wolnego odcinka szwu pomiędzy ścianą pochwy i więzadłem pachwinowym.

Ten rodzaj zabiegu wiąże się z wykonaniem cięcia nad spojeniem łonowym długości ok. 10-15 cm. Pobyt w szpitalu trwa zwykle 4-7 dni.

Od czasu wprowadzenia kolposuspensji laparoskopowej w 1991 roku, z uwagi na jej mniejszą inwazyjność, cieszy się ona powodzeniem. Metody laparoskopowe i otwarte mają podobny odsetek powodzeń w krótkiej paroletniej obserwacji, lecz zmniejsza się na niekorzyść laparoskopii w obserwacji powyżej 10 lat.

3. Załonowe podwieszenie szyi pęcherza zostało opisane przez Pereyra w 1959 i Stameya w 1981. Polega ono na podwieszeniu cewki na przedniej ścianie pochwy przy pomocy szwów, które są przeciągane za spojeniem łonowym przy pomocy specjalnej igły i zawiązywane pod skórą poniżej pępka. Procedury załonowe podwieszające cewkę i szyję pęcherza za przypochwia mają podobny odsetek powodzeń jak operacja Burcha. Niestety, w długoletniej obserwacji ten odsetek może znacznie się obniżać, według niektórych opracowań nawet do 33%. Złe

odległe wyniki leczenia spowodowały zaniechanie tego typu operacji.

4. Przednia plastyka pochwy (redukcja nadmiaru przedniej ściany pochwy wraz z zeszcieniem rozstępu mięśni krocza) nie powinna być uważana za operację naprawczą w przypadku wysiłkowego nietrzymania moczu. W odległej obserwacji w 79% dochodzi do nawrotu WNM w przypadkach poddanych tylko przedniej plastyce. W przypadkach wysiłkowego nietrzymania moczu i konieczności wykonania przedniej plastyki pochwy zachodzi konieczność łączenia jej z odpowiednią procedurą odtwarzającą stosunki anatomiczne szyi pęcherza i cewki.

Postępowanie zabiegowe w przypadku stwierdzenia niewydolności zwieracza wewnętrznego cewki ma na celu wytworzenie sztucznej przeszkody podpęcherzowej. Uszkodzenie zwieracza cewki nie jest proste do zdiagnozowania i jest najczęstszą przyczyną niepowodzeń w leczeniu operacyjnym wysiłkowego nietrzymania moczu.

1. Iniekcje pod śluzówkę cewki takich substancji jak teflon lub kolagen przynoszą pożądany efekt w 60% przypadków w krótkiej obserwacji. 40% chorych wymaga powtórzenia zabiegu. Zabieg może być wykonywany w znieczuleniu miejscowym i wielokrotnie powtarzany, co czyni go postępowaniem z wyboru u pacjentek w gorszym stanie ogólnym i osób w podeszłym wieku, także w przypadkach wzmożonej ruchomości szyi pęcherza.

2. Sling podcewkowy z użyciem różnych materiałów jest wykonywany z powodzeniem od 80 lat. Materiały wykorzystywane jako podwieszenie cewki mogą być autologiczne (powięź mięśnia prostego) jak i sztuczne (siatki). Częstość powodzenia zabiegu może przekraczać 90%, ale występują częste problemy mikcyjne po zabiegu związane z trudnością dostosowania napięcia slingu. Sling podcewkowy jest uważany za zabieg wywołujący największą przeszkodę podpęcherzową. Całkowite zatrzymanie moczu występuje po tym zabiegu w 2,2-16% przypadków. Pooperacyjne trudności w opróżnianiu pęcherza występują u 12,8% pacjentek (w zakresie od 2 do 37% w zależności od opracowania). Uciążliwym powikłaniem pooperacyjnym jest także erozja cewki w miejscu podwieszenia. Powikłanie to dotyczy od 1 do 30% przypadków zależnie od używanego materiału.

Sztuczne zwieracze cewkowe są urządzeniami kosztownymi, a ich implantacja należy do skomplikowanych zabiegów. Są zarezerwowane dla przypadków wielokrotnych niepowodzeń operacji wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet i u mężczyzn z wysiłkowym NTM po zabiegach na gruczoł krokowy. Sztuczny zwieracz składa

się z mankietu zakładanego na cewkę lub szyję pęcherza, zaworka zawiadującego przepompowywaniem płynu z mankieta i zbiorniczka wyrównawczego (*więcej na ten temat piszemy w osobnym artykule na stronie 10*).

Leczenie operacyjne nadreaktywności wypieracza jest rozpatrywane w przypadkach znacznie nasilonych objawów, gdy leczenie zachowawcze i farmakologiczne nie przynosi efektu, a także w przypadkach występowania i postępowania odpływu pęcherzowo-moczowodowego i/lub pogarszającej się funkcji nerek.

1. Ileocystoplastyka (powiększenie objętości pęcherza przy pomocy wstawki jelitowej) jest najczęściej wykonywanym zabiegiem chirurgicznym w nasilonej nadreaktywności wypieracza. Materiałem wykorzystywanym do plastyki jest zwykle esica lub dystalny odcinek jelita krętego. Wyleczenie nietrzymania moczu z parcia uzyskuje się w 90% przypadków. Często spotykane są trudności w opróżnianiu pęcherza i nawracające zakażenia. Samocewnikowanie wymaga 25% pacjentek po tego typu operacji.

2. Autoaugmentacja pęcherza polega na przecięciu i odwarstwieniu samej śluzówki szczytu pęcherza. Pozostała śluzówka uwypuklając się powiększa objętość pęcherza.

Leczenie operacyjne nietrzymania moczu u chorych z neurologicznie uszkodzoną czynnością dolnych dróg moczowych jest uzależnione od typu tego uszkodzenia. W przypadku zaburzeń neurogennych może dochodzić do niewydolności aparatu zwieraczowego cewki moczowej lub nadreaktywności wypieracza (zmniejszenie pojemności pęcherza). W przypadku niewydolności cewki choremu można proponować implantację sztucznego zwieracza cewki (zarówno mężczyźnie jak i kobiecie). Zmniejszona pojemność pęcherza może wymagać ileocystoplastyki.

Podsumowanie

Ilość metod leczenia nietrzymania moczu świadczy o tym, że nadal poszukujemy tej najlepszej. Wydaje się, iż obecne sposoby leczenia zabiegowego wysiłkowego nietrzymania moczu wiążą się z dużym odsetkiem powodzeń i niewielką możliwością powikłań, co umożliwia coraz szersze propagowanie ich wśród kobiet z WNM.

Przed leczeniem operacyjnym nietrzymania moczu konieczne jest wykonanie badania urodynamicznego. Zaniechanie tej diagnostyki jest błędem i może prowadzić do niewłaściwego zakwalifikowania chorego do operacji, a nawet do spowodowania kalectwa pacjenta.

Drożej czyli taniej

Elżbieta Mamos

W Polsce na nietrzymanie moczu cierpi ponad 3 miliony osób. Według światowej Organizacji Zdrowia (WHO), ta dolegliwość należy do dziesięciu najpoważniejszych problemów społeczno-zdrowotnych współczesnego świata. Ponieważ wiele dolegliwości związanych z NTM można leczyć, w tym także operacyjnie, najpierw przypomnę listę zabiegów dla chorych z NTM refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia:

- * nietrzymanie moczu wysiłkowe - operacje pochwowe lub nadłonowe z użyciem taśmy (zawiera koszt taśmy), po uprzednim przeprowadzeniu badania urodynamicznego kompleksowego - 250 pkt.;
- * nietrzymanie moczu wysiłkowe - operacje pochwowa lub nadłonowa bez użycia taśmy, po uprzednim przeprowadzeniu badania urodynamicznego kompleksowego - 220 pkt.;
- * nietrzymanie moczu u dzieci - rekonstrukcja szyi pęcherza - 650 pkt.;
- * operacja wysiłkowego nietrzymania moczu - 240 pkt.

Nietrzymanie moczu może dotyczyć chorych w każdym wieku. Chociaż dolegliwość ta występuje zarówno u kobiet jak i u mężczyzn, to jednak częstość jej występowania u obu płci jest różna. Cierpi na nią dwa razy więcej kobiet niż mężczyzn. Spowodowane jest to głównie dwoma przyczynami występowania NTM u kobiet: wpływem porodu i menopauzy.

Częstotliwość występowania tej dolegliwości nasila się wraz z wiekiem. Po 65 roku życia występuje u 35% populacji, ale u osób po 80 roku życia to już problem dla około 60 - 80% ludzi. W jeszcze większym stopniu, bo 90% - 95% NTM dotyczy osób, które przebywają w domach pomocy społecznej czy domach starców.

NTM jest chorobą progresywną tzn. stale postępuje, a nigdy samoistnie się nie cofa. Dlatego tak ważne bywa w niektórych uzasadnionych przypadkach przeprowadzenie operacji, która w sposób radykalny poprawia stan zdrowia i komfort życia pacjenta. Taką opinię wyrazili zarówno prof. Leszek Jeromin (Kierownik Kliniki Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi) jak i prof. Włodzimierz Baranowski z Kliniki Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie.



Ekonomiczny aspekt NTM

NTM to również poważny problem ekonomiczny zarówno dla chorego oraz jego rodziny jak i dla służby zdrowia. Częstość występowania NTM wzrasta wraz z wiekiem. Dlatego starzenie się społeczeństw, w tym także społeczeństwa polskiego, powoduje, że coraz bardziej zwiększa się liczba osób z tym problemem. Wpływa to na stopniowy, ale znaczący wzrost kosztów leczenia i opieki nad osobami z tą dolegliwością. Są to wydatki na ustalenie przyczyny dolegliwości, optymalnej metody leczenia, utrzymanie higieny osobistej, zapobieganie i leczenie większej zapadalności na zakażenia dróg moczowych, hospitalizację i pobyt w domach opieki. Do kosztów pośrednich można też zaliczyć utratę zdolności zarobkowania przez osoby dotknięte tą dolegliwością.

W tabeli przedstawiamy wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie leczenia szpitalnego związane z nietrzymaniem moczu w roku 2004. Niestety dane dotyczące wszystkich łącznych kosztów ponoszonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w Polsce na terapię pacjentów z NTM nie są dostępne, podobnie jak nie ma danych określających łączną liczbę wykonywanych w kraju zabiegów.

Całościowe koszty terapii chorych cierpiących na NTM są natomiast skrupulatnie liczo-

ne w krajach znacznie od nas bogatszych. W Stanach Zjednoczonych koszt opieki, leczenia, rehabilitacji, pielęgnacji, absencji zawodowej chorych z NTM wzrósł w latach 1984-1999 z 10,3 mld dolarów do 29 mld dolarów rocznie.

W Szwecji wydatki te oceniono w 1999 roku na 2% łącznych nakładów na ochronę zdrowia, w Wielkiej Brytanii rocznie wydaje się na ten cel około 424 mln funtów (prof. dr hab. med. T. Tołłeczko „Nietrzymanie moczu - problem społeczny i kliniczny“, *Terapia*, nr 4, z. 3/2002). Ponośzone koszty dotyczą zarówno diagnostyki dolegliwości, doboru optymalnej metody leczenia, a także utrzymania higieny osobistej, zapobiegania i leczenia zwiększonej zapadalności na zakażenia dróg moczowych, hospitalizację, pobyt w domach opieki. Największe kwoty pochłania opieka nad pacjentami z NTM oraz na stosowanie produktów wchłaniających i leczenie powikłań (infekcje, zakażenia i podrażnienia skóry). Dane, które tutaj przedstawiamy, wyraźnie pokazują, że wydatki ponoszone na leczenie i opiekę nad chorymi z NTM mają we wszystkich tych krajach silną tendencję wzrostową.

Szacunki Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji (ICS) mówią, że koszty leczenia przyczyn NTM (zabieg operacyjny, leki antycholinergiczne) kształtują się na poziomie 10-letniego używania produktów wchłaniających (bez uwzględnienia powikłań NTM). Trzeba



tutaj do-
dać, że koszty
leczenia zach-
owawczego i farmakolo-
gicznego osoby z NTM są
kosztami z reguły stałymi, pono-
szonymi do końca życia pacjenta, podczas gdy
koszty leczenia chirurgicznego są kosztami
jednorazowymi.

Substancje chemiczne stosowane w lecze-
niu NTM nie są refundowane, z wyjątkiem an-
tycholinergicznego działającego chlorowodoru
oxybutyniny, refundowanego w 80% w wy-
padkach stwardnienia rozsianego.

Racjonalizację wydatków związanych
z NTM można osiągnąć przede wszystkim po-
przez zmiany w opiece podstawowej, właści-
wą kwalifikację pacjentów do leczenia oraz
zastosowanie leczenia ukierunkowanego na
odpowiedni rodzaj, typ oraz stopień NTM.

Najczęściej wykonywanym zabiegiem
u cierpiących na NTM kobiet jest operacja
podwieszenia cewki pętlą z tworzywa sztucz-
nego. Godzi się przypomnieć, że pionierem ta-
kich operacji w Polsce był zmarły niedawno,
znakomity polski urolog, profesor Ludwik
Mazurek, który tego typu operacje robił już 40
lat temu. Nie stosował on wtedy pętli z tworzy-
wa sztucznego, co praktykuje się obecnie, lecz
tworzył pętle z powięzi mięśnia prostego.
W tej chwili operacje z zastosowaniem taśmy
są standardem i jak twierdzi profesor Leszek
Jeromin u niego w klinice robi się takich ope-
racji kilka miesięcznie. Pacjentki nie czekają
na operację dłużej niż dwa, trzy tygodnie. Pro-
fesor Jeromin uważa, że nie istnieje sytuacja,
by popyt na te operacje przewyższał możliwo-
ści jego kliniki.

- Być może taka sytuacja jest tylko w Łodzi,
mówi profesor Jeromin, ale w naszym regionie
jest kilkanaście oddziałów urologicznych
i u nas generalnie pacjenci z problemami uro-
logicznymi oraz z NTM nie czekają długo na
operację.

Profesor Włodzimierz Baranowski potwier-
dza, że w przypadku kobiet cierpiących na
NTM operacje z użyciem taśmy są w Polsce
i na świecie złotym standardem:

- Te zabiegi mają ponad 90 procentową sku-
teczność. W Polsce robione są na szeroką ska-
łę od kilku lat, a ich efekty są bardzo pozytywne.
W mojej klinice pacjentki czekają na taką
operację od 2 do 4 tygodni i choć operacja zo-
stała dość oszczędnie skalkulowana przez

NFZ (przydałoby się dodać jej 20-
50 punktów więcej), to na pewno
klinika wykonując te zabiegi nie do-
kłada do nich finansowo.

Profesor Baranowski ubolewa, że
nie może w swojej klinice ze wzglę-
dów finansowych właśnie wykony-
wać jednocześnie operacji np. zwią-
zanych z zaburzeniami statyki
i NTM. Kasy nie refundują takich łącz-
nych zabiegów, co jest z oczywistą szko-
dą dla pacjenta, którego trzeba operować
dwukrotnie.

Profesor Jeromin zwraca uwagę na niere-
fundowane w Polsce operacje z zastoso-
waniem sztucznego tworzywa, które można wy-
konywać zarówno u mężczyzn jak i u kobiet.

- Operacja polega na wstrzyknięciu w 3-4
miejscach w zwieracz pacjenta gruboziarni-
stego tworzywa, które wypełnia zwieracz
cewki i chory nieomal zaraz po operacji
może normalnie trzymać moczu. Jest to za-
bieg endoskopowy, trwający
15 minut, w znieczule-
niu dożylnym i tak da-
lece przyjazny dla pa-
cjenta, że operowany
na drugi dzień po ope-
racji jest w pełni sprawny.

Ten zabieg nie należy
jednak do katalogu ope-
racji refundowanych
przez NFZ. Z punk-
tu widzenia pacjentów jest on
drogi. Pacjent musi wyłożyć
około 6 tysięcy złotych na zakup
tworzywa, plus koszty samego za-
biegu powodują, że chory musi liczyć się
z wydatkiem rzędu 10 tysięcy złotych. To
dla większości z nas bardzo duży wydatek.
Poza tym należy dodać, że tego typu zabiegi
mają tylko 50 procentową skuteczność.

Jest jeszcze jeden aspekt NTM. Względy

społeczne, związane z cierpieniem psychicz-
nym chorego i pogorszeniem jakości jego ży-
cia oraz jego rodziny. Obawa przed sprostre-
żeniem skutków dolegliwości przez innych
wymusza zmianę stylu życia. Powoduje ogra-
niczenie kontaktów towarzyskich, izolację,
a co za tym idzie - obniżenie poczucia godno-
ści i wartości własnej, spadek pozycji społecz-
nej, depresję. Wspominam o tym w artykule
dotyczącym kosztów, ponieważ wszyscy lu-
dzie odczuwający dyskomfort psychiczny
z powodu NTM nie są w pełni sprawnymi pra-
cownikami i także z tego powodu gospodarka
ponosi wymierne straty.

Zapytałam profesora Leszka Jeromina dla-
czego w takim razie NFZ nie popiera i nie re-
funduje takich zabiegów chirurgicznych, mi-
mo iż ewidentnie są one ko-
rzystne dla pacjentów
i dłuższej perspektywie dla
budżetu polskiej służby
zdrowia:

- No cóż, chyba przede
wszystkim, dlatego, że de-
cydenci nie planują budże-
tu na 5 czy 10 lat do przo-
du, lecz co najwyżej na
rok. Korzyści ekono-
miczne takich działań by-
łyby widoczne za lat kil-
ka, a od wielu, wielu lat
żaden polski mini-
ster zdrowia nie
pozostał na swoim
stanowisku dłużej
niż rok. Każdy
z nich zmagają się z pre-
sją swojego środowiska, pa-
cjentów i umownie ministra
finansów, który wymusza na
nim oszczędności dziś i teraz. Przyszłość uro-
logii to w ogóle zabiegi małoinwazyjne.



WYDATKI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA W ZAKRESIE LECZNICTWA SZPITALNEGO ZWIĄZANE Z NIETRZYMANIEM MOCZU W 2004 R.

Rodzaj świadczenia zdrowotnego

Wysiłkowe nietrzymanie moczu
- operacje pochwowe lub nadłonowe
z użyciem taśmy (zawiera koszt taśmy),
po uprzednim przeprowadzeniu kompleksowego
badania urodynamicznego

Wysiłkowe nietrzymanie moczu - operacje
pochwowe lub nadłonowe bez użycia taśmy,
po uprzednim przeprowadzeniu kompleksowego
badania urodynamicznego

Nietrzymanie moczu u dzieci
- rekonstrukcja szyi pęcherza

Wydatkowana kwota

30 234 007,50 złotych

3 386 232, 20 złotych

53 300 złotych

Źródło: Raport MZ dla sejmowej komisji zdrowia na temat NTM, luty 2005.

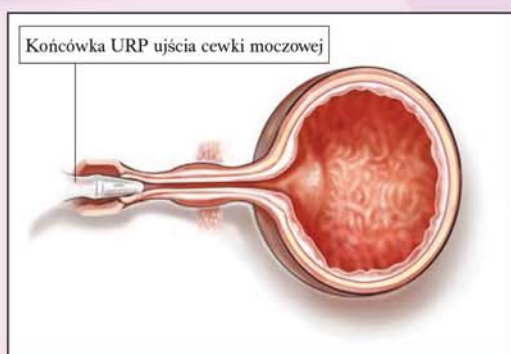
Nowe spojrzenie na badanie przesiewowe nietrzymania moczu u kobiet



Nowy sposób oceny czynności cewki moczowej u kobiety

Ciśnienie cewkowego oporu wstecznego (URP)

- URP pozwala określić ciśnienie potrzebne do otwarcia zamkniętej cewki moczowej, tzn. do zapoczątkowania i utrzymania otwarcia zwieracza
- URP umożliwia mniej inwazyjną, niż obecne metody urodynamiczne, diagnostykę wysiłkowego nietrzymania moczu — badanie bez cewnika opracowane w celu zwiększenia komfortu pacjentki
- URP zapewnia powtarzalność wyników



Już dostępny

Nowy zestaw GYNECARE MoniTorr* do pomiarów urodynamicznych

Przyjazne dla użytkownika pomiary urodynamiczne
w diagnostyce wstępnej

- System GYNECARE MONITRORR* został stworzony dla ułatwienia diagnostyki różnicowej wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet w dowolnych warunkach klinicznych/ambulatoryjnych
 - prosty system menu dla użytkownika
 - badanie wymaga tylko jednego operatora i trwa od 20 do 30 minut
 - zasilany bateriami – przenośny i wygodny
- System GYNECARE MONITRORR* jest jedynym zestawem umożliwiającym pomiar parametru URP
- System GYNECARE MONITRORR* wykonuje 3 testy urodynamiczne — URP, CMG, opcjonalnie LPP
- Łatwy do zastosowania w codziennej praktyce klinicznej
- System GYNECARE MONITRORR* umożliwia wykonanie badania urodynamicznego wymaganego przez NFZ**



* Znak handlowy

** Zgodnie ze zgłoszeniem do rejestru wyrobów medycznych

Johnson & Johnson Poland Sp. z o.o.

ul. Szyszkowa 20, 02-285 Warszawa,
tel. (48-22) 668 00 00, faks: (48-22) 668 00 01
www.gynecare.com

Gynecare
MoniTorr*
URODYNAMIC MEASUREMENT SYSTEM

Leczenie nietrzymania moczu z zastosowaniem hydraulicznego zwieracza cewki moczowej

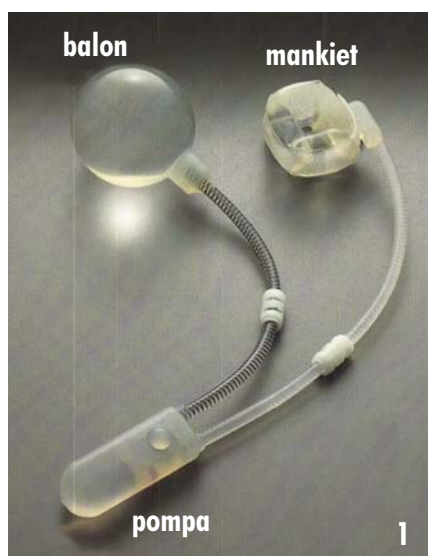
dr n. med. Robert Górecki, prof. dr hab. med. Andrzej Borówka (Kierownik Kliniki i Ordynator Oddziału)
I Zespół Dydaktyki Urologicznej Kliniki Urologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego
Oddział Urologii Międzyzleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie

Nietrzymanie moczu (incontinentia urinae - urinary incontinence) jest ciężkim inwalidztwem, które powoduje konieczność stosowania różnego rodzaju zabezpieczeń higienicznych (pieluch, cewników lub innych urządzeń zewnętrznych) i często zmusza chorego do ograniczenia aktywności fizycznej i społecznej. Wielu chorych dotkniętych zupełnym nietrzymaniem moczu można skutecznie wyleczyć stosując u nich zwieracz hydrauliczny cewki moczowej. Dzięki temu chorzy odzyskują możliwość pełnego powrotu do aktywności zawodowej i życia społecznego.

Hydrauliczny zwieracz cewki moczowej, albo sztuczny zwieracz moczowy (AUS - artificial urinary sphincter) jest endoprotezą, czyli protezą wewnętrzną, którą wszczepia się operacyjnie. Sztuczny zwieracz moczowy AMS 800 jest protezą czynnościową, która w określonym zakresie zastępuje czynność uszkodzonego lub niewydolnego naturalnego zwieracza cewki moczowej.

Czynnikami decydującymi istotnie o powodzeniu leczenia z zastosowaniem protezy zwieracza cewki są:

1. prawidłowe określenie wskazań do wszczęcia AUS;
2. zastosowanie protezy dobranej indywidualnie dla konkretnego chorego - protezy zwieracza dostarczane są przez producenta w zestawie, który zawiera wiele różnych elementów, przy czym niektóre z nich, takie jak mankiet zwieracza cewki i balon do regulacji ciśnienia, różnią się wielkością i są



dobierane w czasie operacji po dokonaniu odpowiednich pomiarów; pozostałe elementy zwieracza, tj. pompa kontrolna zwieracza hydraulicznego i łączniki przewodów hydraulicznych mają jednakową wielkość;

3. odpowiednie przygotowanie chorego do operacji i prawidłowa opieka nad chorym po implantacji zwieracza.

Pierwszy hydrauliczny zwieracz moczowy opracował Brantley Scott, znany urolog amerykański, w 1972 roku. Sztuczny zwieracz moczowy, w okresie przeszło 30 lat, poddano licznym modyfikacjom i udoskonaleniom technicznym wynikającym z doświadczeń klinicznych, w wyniku których

w roku 1986 wprowadzono stosowany do dnia dzisiejszego model zwieracza AMS 800. Zwieracz AMS 800 uznaje się za standardową endoprotezę stosowaną do leczenia ciężkich postaci nietrzymania moczu.

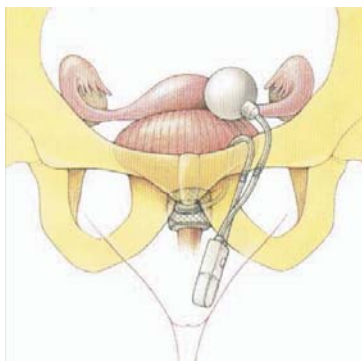
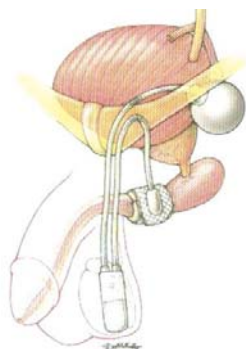
Zastosowanie zwieracza hydraulicznego cewki moczowej

Podstawowymi wskazaniami do zastosowania zwieracza hydraulicznego cewki są:

- nietrzymanie moczu w wyniku urazowego lub jatrogennego uszkodzenia aparatu zwieraczowego cewki, najczęściej podczas operacji urologicznych na sterzu (np. prostatektomia radykalna, operacyjne usunięcie gruczolaka sterza, przezcewkowa elektresekcja sterza - TURP, przezcewkowa elektrowaporyzacja sterza - EVAP);
- nietrzymanie moczu z powodu zaburzeń unerwienia dolnych dróg moczowych w następstwie przepukliny oponowo-rdzeniowej (myelomeningocoele), urazowego uszkodzenia rdzenia kręgowego itp.;
- nietrzymanie moczu w wyniku rozerwania błoniastego odcinka cewki (i ewentualnie uszkodzenia pni nerwowych w obrębie miednicy) w następstwie złamań kości miednicy;
- ciężkie postaci wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet.

Podstawą wyboru implantacji zwieracza hydraulicznego jako metody leczenia nietrzymania moczu jest szczegółowe zbadanie chorego (zebranie danych z wywiadu świadczących o okolicznościach, w jakich doszło do nietrzymania moczu oraz o stopniu nietrzymania moczu i czynnikach je nasilających, a także szczegółowe badanie fizykalne z elementami badania neurologicznego). Ponadto, przed podjęciem decyzji o implantacji zwieracza trzeba przeprowadzić kompleksowe badanie urodynamiczne i inne szczegółowe badania w celu wyłączenia okoliczności mogących stanowić przeciwwskazania do implantacji zwieracza.

Zwieracz hydrauliczny imituje działanie naturalnego zwieracza - w warunkach uaktywnienia (mankiet wypełniony) zwieracz





jest zamknięty i zaciska cewkę moczową (podobnie jak zwieracz zewnętrzny cewki) lub szyję pęcherza moczowego (podobnie jak zwieracz wewnętrzny) i tym samym zapewnia trzymanie moczu. Z chwilą wystąpienia uczucia parcia na mocz, chory uruchamia zwieracz wciskając odpowiedni element pompy. Mankiet ulega wówczas opróżnieniu i otwiera się, co umożliwia choremu swobodne oddanie moczu. Czas otwarcia zwieracza, regulowany automatycznie, jest wystarczająco długi dla całkowitego opróżnienia pęcherza.

Podstawowymi elementami zwieracza hydraulicznego są (zdjęcie 1):

- 1) mankiet;
- 2) zbiornik - balon regulujący ciśnienie w układzie hydraulicznym zwieracza;
- 3) pompa z układem zastawek, regulująca przepływ płynu pomiędzy mankietem i balonem.

Mankiet, balon i pompa są połączone ze sobą przewodami hydraulicznymi, których długość dostosowuje się w czasie operacji w zależności od warunków anatomicznych. Cały układ jest wypełniony płynem.

Technika operacyjna

Mankiet zwieracza umieszcza się okężnie wokół opuszkowego odcinka cewki moczowej lub wokół szyi pęcherza. Wybór miejsca implantacji mankieta zależy od poci

chorego i etiologii nietrzymania moczu. U kobiet mankiet wszczepia się wyłącznie wokół szyi pęcherza. U mężczyzn można go umieścić wokół szyi pęcherza lub wokół opuszkowego odcinka cewki, jeśli nietrzymanie moczu wystąpiło po prostatektomii radykalnej lub po operacyjnym wyluszczeniu gruczolaka stercza. Balon regulujący ciśnienie w układzie hydraulicznym zwieracza umieszcza się w przestrzeni okołopęcherzowej lub w jamie otrzewnej. Pompę zwieracza wszczepia się do moszny lub w obręb wargi sromowej większej (patrz: ryciny). Poszczególne elementy zwieracza łączy się przewodami za pomocą specjalnych zacisków (window quick connectors) lub łączników zabezpieczanych nicią niewchłaniającą.

Zwieracz pozostawia się w stanie nieaktywnym (mankiet otwarty) przez 6-8 tygodni, jeśli mankiet znajduje się wokół opuszkowego odcinka cewki, lub przez 1-4 tygodnie, jeśli mankiet umieszczono wokół szyi pęcherza. Utrzymanie mankieta w stanie otwarcia ma na celu stworzenie najkorzystniejszych warunków dla zagojenia rany operacyjnej i pełnej rewaskularyzacji tkanek wokół mankieta. W tym okresie (do czasu aktywacji zwieracza) chory nie trzyma moczu. Uruchomienie zwieracza powoduje wypełnienie mankieta płynem i przywrócenie trzymania moczu i kontrolowanego przez chorego oddawania moczu.

Dobre wyniki odległe leczenia nietrzymania moczu z zastosowaniem hydraulicznego

zwieracza moczowego potwierdzają dużą skuteczność tej metody. Z obszernych analiz klinicznych obejmujących duże liczby chorych obserwowanych przez długi czas po operacji wynika, że pełne trzymanie moczu lub trzymanie satysfakcjonujące chorych uzyskuje się u około 90% operowanych.

Obecnie w Polsce praktycznie jedynym ośrodkiem, w którym wykonuje się implantację zwieracza jest Klinika Urologii CMKP mieszcząca się w Międzyzleskim Szpitalu Specjalistycznym (dawniej Centralny Szpital Kolejowy). W ubiegłym roku implantację zwieracza rozpoczęto także w Klinice Urologii Collegium Medicum (dawniej Akademia Medyczna) w Bydgoszczy.

Czynnikiem ograniczającym możliwości szerszego zastosowania tej metody leczenia jest jej stosunkowo duży koszt. Według obecnie przyjętych rozwiązań możliwe jest wykonanie implantacji zwieracza jako tzw. procedury za zgodą płatnika finansowanej przez NFZ w ramach kontraktu zawartego przez szpital.

Implantacja AUS jest u wielu chorych dotkniętych nietrzymaniem moczu jedyną metodą pozwalającą na wyeliminowanie tego ciężkiego kalectwa. Nie ma żadnego powodu, aby pozbawiać ich szansy wyleczenia.

Ryciny i zdjęcie nr 1 wykorzystano dzięki uprzejmości AMS

Kontrowersje wokół operacyjnego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu

dr n. med. Grzegorz Surkont, dr n. med. Edyta Wlaźlak, prof. dr hab. med. Jacek Suzin (Kierownik Kliniki)
I Katedra Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Zdaniem prof. B. Jacquetin współczesny uroginekolog stoi przed dylematem czy stosować sztuczne materiały, bardzo nowoczesne, ale nie idealne, czy stosować tkanki własne pacjentki, które są niepełnowartościowe.

Przeglądając artykuły w bazie medline, z internetu oraz w czasopismach i gazetach można odnieść wrażenie, że dużą grupę uroginekologów opanowała niemalże histeryczna euforia w zakresie stosowania najprzeróżniejszych

włączonych do praktyki klinicznej, stwarzając ogromne ryzyko wywołania szkód u poszczególnych pacjentów lub pozbawienia ich istotnych korzyści. Jako klinicyści musimy zachować czujność, aby zrównoważyć osobiste uprzedzenia z obiektywnymi danymi, ponieważ naszym myśleniem i nauczaniem jesteśmy zobowiązani przynosić pacjentom korzyści, a nie szkodę. Musimy zawsze zajmować jak najbardziej słuszne, sprawiedliwe i wyważone

doniesień dotyczących odległych wyników leczenia nowymi metodami operacyjnymi (np. TVT, IVS, Sparc) nie pozwala określić, która z nich jest najkorzystniejsza. Mogą występować duże różnice pomiędzy różnymi taśmami i systemami ich zakładania w zakresie skuteczności i odsetka powikłań. Konieczne jest także uzyskanie odległych wyników klinicznych w różnych podgrupach chorych, takich jak kobiety z ISD (ang. intrinsic sphincter deficiency - niewydolność wewnętrznego zwieracza pochwy) lub/i nadmierną ruchomością cewki. Należy zwrócić uwagę, że pomimo całkowitego wyparcia kolposuspensji w niektórych ośrodkach uroginekologicznych na świecie, Cochrane Collaboration Group nadal uważa zabieg metodą Burcha za „złoty standard” w operacyjnym leczeniu WNM. W wielu ośrodkach uroginekologicznych operacja sposobem Burcha jest nadal często wykonywanym zabiegiem. Jednocześnie należy podkreślić, że pomimo braku odległych wyników, nowe generacje taśm podcewkowych stanowią rewolucyjny postęp w operacyjnym leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu. Natomiast naszym zdaniem zbyt mało posiadamy danych na temat taśm, by uznać, że operacja sposobem Burcha jest już tylko zabiegiem historycznym. W naszym ośrodku jest to nadal najczęściej wykonywany zabieg u kobiet z WNM oraz z „ukrytym” nietrzymaniem moczu*.



taśm podcewkowych oraz różnych sposobów ich zakładania. Natomiast wydaje się nam, że w obecnej dobie bardzo aktualne są przemyslenia prof. L. Speroffa, które pojawiły się w związku z emocjonalną i polityczną reakcją na badanie WHI. Ostatnio stwierdził on, że wielokrotnie słuchał mówców przedstawiających publiczności wyniki badania, które były zgodne z założonymi tezami, jednak bez wymaganych przedziałów ufności. W związku z tym wnioski nie miały istotności statystycznej. Wnioski niemające podstaw, które zostaną

stanowisko - a na to potrzeba czasu. Wydaje się nam, że obecny moment jest dobry do obiektywnego spojrzenia na miejsce kolposuspensji sposobem Burcha oraz taśm podcewkowych we współczesnej uroginekologii. Zdaniem B. Bemmelmansa i C. Chapple wskazana jest ostrożność przy zastępowaniu dotychczasowych sposobów operowania nowymi metodami, dla których wyniki powyżej 5 lat są ograniczone. Dla określenia trwałości rozmaitych systemów z użyciem taśm konieczne są badania z długotrwałą obserwacją. Niewielka ilość

Wskazania do kolposuspensji sposobem Burcha

Poniżej wymienione zostały kluczowe zasady, które obowiązują w naszym ośrodku przy kwalifikowaniu pacjentek do zabiegu sposobem Burcha.

1. Podstawowym wskazaniem do kolposuspensji jest WNM II i III stopnia występujące u kobiet z odpowiednią ruchomością pochwy (przede wszystkim przy uszkodzeniu bocznym), gdzie technicznie możliwa jest naprawa czynnościowego i anatomicznego defektu.
2. Podczas operacji brzusznej wykonywanej z innych powodów niż WNM, gdy stwierdzamy współistniejące uszkodzenie boczne i WNM lub objawy niestabilności pęcherza moczowego wywołane anatomicznym uszkodzeniem, po zamknięciu otrzewnej przyszywamy pochwę do więzadła Coopera.

3. W przypadkach występowania parć nagłych, mogących mieć związek z uszkodzeniami anatomicznymi, przedoperacyjny test z pesarem (imitujący efekt kolposuspensji) jest pomocny w doborze odpowiedniego sposobu leczenia.
4. U pacjentek z niskimi wartościami maksymalnego ciśnienia zamknięcia cewki (MUCP poniżej 20 cm H₂O), czyli z niewydolnością zwieracza zewnętrznego cewki moczowej, skuteczność kolposuspensji jest niska.
5. W przypadku nietrzymania moczu występującego po stosunku, gdy stwierdzamy uszkodzenie boczne pochwy, zalecamy operację sposobem Burcha.
6. U kobiet operowanych z powodu zaburzeń statyki narządu płciowego z objawami „ukrytego” nietrzymania moczu i uszkodzeniem bocznym poszerzamy zakres zabiegu o kolposuspensję.
7. Ze względu na brak odległych, 10-20-letnich wyników z dużą ostrożnością podchodzimy do zakładania sztucznych taśm u młodych kobiet, przed 40-50 rokiem życia - preferujemy u nich wykonywanie kolposuspensji.

W naszym ośrodku u kobiet z objawami WNM oraz „ukrytego” nietrzymania moczu wykonaliśmy ponad 400 kolposuspensji (około 80% operacji) oraz ponad 100 zabiegów z użyciem taśm beznapięciowych TVT lub IVS (około 20% operacji). Okres obserwacji tych pacjentek wynosi od 3 miesięcy do 3 lat. Wyniki naszych analiz można podsumować tak, że powyższe zasady kwalifikowania do zabiegu metodą Burcha pozwalają na uzyskanie dobrych wyników w zakresie skuteczności i niskiego odsetka powikłań zarówno w stosunku do kolposuspensji, jak i do operacji z użyciem TVT lub IVS.

Podsumowanie

Analizy dotyczące powikłań po kolposuspensji pochodzące z różnych ośrodków sugerują występowanie dużych różnic w technice operacyjnej. Już proste porównanie średniego czasu trwania operacji, który wynosi według różnych autorów, od 132 do 30 minut, wskazuje na istotne odrębności. Petri opisuje, że wykonał ponad 250 reoperacji u pacjentek poddanych zabiegowi metodą Burcha w różnych szpitalach w Niemczech. W ponad 90% przypadków były to jakieś rodzaje podwieszenia pochwy, ale na pewno nie sposobem Burcha. Podczas brytyjskich, randomizowanych analiz porównujących kolposuspensję z TVT przeprowadzono ujednolicenie techniki zakładania taśmy podcewkowej przez uczestników badania. Nie dokonano natomiast standaryzacji wykonywania kolposuspensji. Odmienne postąpienie podczas niemieckich, prospektywnych, randomizowanych badań porównujących kolposuspensję i TVT, gdzie analizowano wyniki operacji przeprowadzonych przez

osoby, które wykonały w swoim życiu po minimum 50 zabiegów metodą Burcha i TVT. Te różnice metodyczne mogą być przyczyną uzyskania odmiennych wyników. Podczas brytyjskich obserwacji krótkoterminowych stwierdzono nieco lepsze wyniki po TVT. Materiał niemiecki wskazuje na bardzo podobne efekty kolposuspensji i TVT. Koelbl i wsp. wykluczyli z obserwacji pacjentki ze znacznym uszkodzeniem bocznym, traktując je jako wskazanie tylko do kolposuspensji. Randomizacja i porównanie efektów dotyczyło kobiet z miernym obniżeniem ścian pochwy (niepublikowane dane).

Ogólnie można podsumować, że dostępne dane wskazują na to, że otwarta kolposuspensja jest zabiegiem dającym wysoką skuteczność terapeutyczną, zarówno krótko-, jak i długoterminową (10-20-letnią), przy niskim ryzy-

ku wystąpienia powikłań. Po roku odsetek kobiet trzymających mocznę wynosi 85-90%. Po 5 latach około 70% kobiet nie popuszcza moczu. Dlatego, gdy są wskazania, zabieg ten powinien być wykonywany. Natomiast naszym zdaniem celowe byłoby dążenie do unifikacji techniki wykonywania kolposuspensji.

**Ukryte nietrzymanie moczu - u niektórych pacjentek obniżenie przedniej ściany pochwy paradoksalnie powoduje brak występowania objawów WNM w związku z załamaniem cewki. Jeżeli naprawiamy zaburzenia statyki przedniej ściany pochwy u tych pacjentek, to po udanej operacji pojawiają się objawy WNM. W związku z tym wszystkie przypadki zaburzeń cystocele u pacjentek bez objawów NTM powinny być zdiagnozowane w kierunku ukrytego wysiłkowego NTM. Pozwala to na jednoczesne zastosowanie operacji leczącej WNM.*

I Katedra Ginekologii i Położnictwa
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne
Sekcja Diagnostyki i Terapii Płodu
Sekcja Dydaktyki

Zaprasza na:

II Sympozjum Postępy w diagnostyce i terapii w położnictwie i ginekologii

oraz

Kurs położniczy „Hot topics in fetal medicine“

(40 pkt sekcji USG PTG)

prof. Kypros Nicolaides

Fetal Medicine Foundation - London, UK

6-8.X.2005

Wykładowcy zagraniczni:

Położnictwo - prof. K. Nicolaides, prof. J. Deutinger,

Ginekologia - prof. E. Petri, prof. M. Whitehead

Organizator:

I Katedra Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

94-029 Łódź, ul. Wileńska 37, tel./fax.: (+48) 42 - 686 04 71

e-mail: advances@csk.umed.lodz.pl

Udział w konferencji premiowany jest:

16 PUNKTAMI EDUKACYJNYMI Akademii Kształcenia Podyplomowego PTG

akredytacja NRL

oraz 40 Punktami akredytacyjnymi Sekcji USG PTG

INFORMACJE BIEŻĄCE NA STRONIE: www.umed.lodz.pl/advances

Chora służba zdrowia

Józef Góralczyk
Małopolski Sejmik Organizacji Osób Niepełnosprawnych



Właściwie ocenę tę można by zamknąć w kilku zdaniach. Niestety, smutnych, nie wnoszących żadnego optymizmu. Stan służby zdrowia w Polsce doprowadzono już na samo dno, a kolejne reanimacje wprowadzane przez zmieniających się Ministrów Zdrowia wnoszą doraźne zmiany nie gwarantujące właściwie niczego, a zwłaszcza osiągnięcia minimalnego sukcesu. Tak się dzieje, ponieważ uważaliśmy i uważamy nadal, że przyjęte założenia do systemu zdrowia od początku były złe. Założenia te opierały się o zamknięty system zarządzania i dysponowania środkami finansowymi przeznaczonymi w Polsce na służbę zdrowia. Wprowadzając również scentralizowanie systemu zarządzania, doprowadzono do całkowitej niewydolności oraz gigantycznej korupcji praktycznie w każdej placówce i dziedzinie dotyczącej zdrowia.

Dlaczego tak się dzieje? Ponieważ zamknięty system zarządzania powoduje, że urzędnik umiejscowiony w Narodowym Funduszu Zdrowia jako jedyny nieomylny decyduje komu przydzielić środki finansowe, a kogo ich pozbawić. Efektem takiego działania są złe sporządzone kontrakty, kierowanie nieograniczonych ilości pieniędzy tam, skąd można uzyskać osobiste korzyści w postaci wypełnionych kopert znikających w szufladach biurów wielu decydentów.

Przykład? Można ich przytoczyć wiele, ale może z własnego podwórka. Małopolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w ostatnim roku był niemal na ustach wszystkich Polaków nie dlatego, że jako jeden z pierwszych wprowadził otwarty system zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, ale jako kliniczny przykład skorumpowania prawie wszystkich decydentów (prezesów i wiceprezesów) tego oddziału. Jak to było możliwe, że dzisiaj siedzi prawie cały zarząd na czele z prezesem małopolskiego Oddziału? Ponieważ środki finansowe przydzielano nie tam gdzie były faktycznie potrzebne, ale tym, którzy wykazywali wyjątkową wdzięczność. W czasie śledztwa jedynym spokojnym urzędnikiem w tym oddziale był szef wydziału,

w którym obowiązuje otwarty system, tj. wydziału zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. To jest jednostkowy przykład potwierdzający, że system zamknięty jest złym rozwiązaniem prowadzącym do powstawania kolejnych afer korupcyjnych i marnotrawienia środków bardzo brakujących w realizacji celów służby zdrowia.



Już chyba zapomnieliśmy o jedynej prostej podstawowej zasadzie, o której na początku wszyscy mówiliśmy - że środki finansowe powinny iść za pacjentem, tzn. tam gdzie uzyska on najlepszy zakres świadczonych usług. Natomiast rzeczywistość to złe rozdzielone środki. Przykład: na jednym z oddziałów szpitala miejskiego w maju wykorzystano środki prawie w 100%, a na drugim w niewielkim zakresie. Co gorsza, dyrektor nie może w ramach podpisanego kontraktu przesunąć ich, a jedynie urzędnik Narodowego Funduszu Zdrowia, któremu znów trzeba być wdzięcznym.

Myślę, że to jest totalna paranoja obrazująca, jak prywatnie i cel posiadania władzy powoduje systematyczny rozkład ustroju zagrażając podstawom egzystencji naszych obywateli. Obecny system rozdziału środków finansowych doprowadził do takiej sytuacji, gdzie wysoko specjalistyczne i dobrze wyposażone w sprzęt medyczny szpitale mają z uwagi na szeroki zakres świadczonych usług oraz duży napływ pacjentów ogromne problemy finansowe. Natomiast jednostki, których zakres świadczonych usług nie zawsze odpowiada potrzebom społecznym poprzez dobre wypracowane stosunki z decydentami dobrze prosperują.

Zdaję sobie sprawę, że potrzeby społeczne w zakresie zdrowia są o wiele większe od wydolności ekonomicznej budżetu państwa. A więc czas najwyższy opracować wreszcie podstawowy koszyk świadczeń medycznych, które należą się każdemu obywatelowi w Polsce bezpłatnie. Należy również ustalić koszyk świadczeń odpłatnych z progresją terminów i uzależnionych od nich wysokością opłat. Bo przecież wszyscy o tym wiemy, że jeżeli nie zanieś się „koperty“, to niewiele można uzyskać w państwowej służbie zdrowia. Czas więc najwyższy oficjalnie wpłacać pieniądze za część usług w szpitalu, a nie - jak dotychczas - po kryjomu do kieszeni lekarza czy też ordynatora. Należy również doprowadzić do możliwie szybkiej zmiany obowiązującego prawa w zakresie wprowadzenia otwartego systemu w całej organizacji służby zdrowia. Trzeba wyeliminować obowiązujący system korupcyjny poprzez wyłączenie urzędników Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Ministerstwa Zdrowia od możliwości decydowania komu przydzielić środki, a komu je odebrać.

Wyeliminowanie obowiązującego dziś systemu korupcyjnego spowodowałoby, że pieniądze pójdą za pacjentem, a w służbie zdrowia naprawdę pozostaną jedynie ośrodki i szpitale, które odpowiadają społecznym potrzebom obecnego czasu. Taki system pozwoli na zwolnienie dużej rzeszy niepotrzebnych urzędników w NFZ. Ponadto Narodowy Fundusz Zdrowia powinien zmienić swoją organizację pracy z instytucji rozdzielającej „nieudolnie“ finanse na instytucję kontrolującą prawidłowość ich wydawania. Dzisiaj, niestety, system kontroli funkcjonuje bardzo słabo, ponieważ niejako w interesie urzędników Funduszu był właśnie brak kontroli.

Uważam, że dobrze opracowany system kontroli wydawanych pieniędzy na służbę zdrowia, oraz finansowanie części świadczeń zdrowotnych przez społeczeństwo, jak też wprowadzenie indywidualnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, zdecydowanie poprawiłby obecną sytuację w służbie zdrowia. Konieczne jest jak najszybsze zdecydowanie podjęcie działań w celu doprowadzenia do faktycznej poprawy sytuacji w służbie zdrowia.

Prawo do zdrowia

Maria Weber

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



Instrumentalne traktowanie pacjenta przez polską służbę zdrowia zrodziło w nas przekonanie, iż wiele usług medycznych nam się nie należy. W budżecie państwa brakuje pieniędzy, lekarze i pielęgniarki zarabiają mało, zaś leki i sprzęt kosztują coraz drożej, ponieważ postęp technologiczny wyprzedza naszą zamożność.

Chorzy często rezygnują z leczenia bowiem zdają sobie sprawę z gehenny, która ich czeka zanim dostaną się do gabinetu a potem na ewentualną rehabilitację. Powszechne są wielomiesięczne kolejki do niektórych lekarzy i usług medycznych. Owa rezygnacja oznacza zatem dla jednych zaniedbanie własnego zdrowia, dla innych natomiast świadomość, iż nie warto się o siebie troszczyć.

Stosować półśrodki

Wady polskiej służby zdrowia sprawiają też, że w zasadzie wszyscy uczestnicy tej branży - pacjenci, lekarze, producenci i urzędnicy - mają lekceważący stosunek do leczenia. Kiedy zaś zamiera świadomość własnych praw, stosuje się półśrodki, które utrzymują nas wszystkich w stagnacji.

Narodowy Fundusz Zdrowia refunduje w części wiele przedmiotów zaopatrzenia ortopedycznego i środków pomocniczych. Najczęściej jednak odbywa się to na zasadzie refundacji „jednej protezy”, podczas gdy pacjent pozbawiony jest obu nóg. Wiele na ten temat mogłyby też powiedzieć osoby cierpiące na nietrzymanie moczu. Dwie refundowane pieluchomajtki mają im wystarczyć na 24

godziny, podczas gdy uznane minimum wynosi 3 sztuki, a w niektórych przypadkach 4-5. Komu nie wystarczy jedna proteza czy 2 pieluchomajtki, musi dokupić produkt po pełnej cenie. Jeśli nie ma pieniędzy, musi zadowolić się półśrodkami.

Narodowy Fundusz Zdrowia w bieżącym roku przeznacza w skali kraju na refundację w zakresie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze 416 mln zł. To znacznie mniej niż na przykład w Czechach, gdzie wydatki na ten cel są sześciokrotnie większe, lub w Słowenii, która przeznacza 8 razy więcej, przy znacznie mniejszej liczbie ludności.

Wiedza lokalna

Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych POLMED wpadła na pomysł, aby dowiedzieć się jakie są rzeczywiste wydatki na refundację przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, według kodów zaopatrzenia i w rozbiciu na poszczególne kwartały. Okazało się, że NFZ nie dysponuje takimi danymi i odesłał Izbę do poszczególnych województw, skąd informacje spływają powoli do POLMEDu. W tej chwili wiadomo na przykład, że oddział warmińsko-mazurski NFZ wydał w 2004 roku na refundację aparatów słuchowych 1 213 825 zł, zaś na wózki inwalidzkie - 1 075 525 zł, a na pieluchomajtki - 3 288 167 zł. W województwie wielkopolskim na aparaty słuchowe wydano w ubiegłym roku 1 183 057 zł, na wózki - 763 791, zaś na pieluchomajtki ponad 2 mln zł.

Jeszcze inaczej kształtowały się wydatki w województwie pomorskim, gdzie koszt refundacji na aparaty słuchowe wyniósł 2 446 050 zł, na pieluchomajtki - 5 666 183 zł, zaś na wózki - 1 817 600.

Brak zainteresowania wydatkami na poszczególne kategorie zaopatrzenia ortopedycznego wpisuje w ogólne przekonanie, iż na leczenie nas nie stać. Jak bowiem leczyć, skoro nie wiadomo, które wyroby pochłaniają najwięcej pieniędzy i dlaczego. Informacja zbiorcza nie ma nie wspólnego z centralizacją zarządzania. Może natomiast służyć ustawodawcy do właściwego określenia refundacji. Obecnie trudno odpowiedzieć na pytanie, czy we wszystkich kategoriach wydatki właściwie służą pacjentom. Nie wiemy nawet, ile naprawdę NFZ powinien przeznaczać na refundację.

Akcja „Dbajmy o siebie”

Jak zatem się dowiedzieć? Może trzeba przekonać społeczeństwo, aby upomniało się o prawa do leczenia? O to, aby nie dać się zbywać lekarzom, którym wygodnie jest twierdzić, że z daną dolegliwością można żyć albo wydaje nam się, że na nią cierpimy. Powszechną dolegliwością staje się częściowa utrata słuchu. Przez jednych bagatelizowana, przez drugich uznana za wstydlivą, a jeszcze przez innych za nieistotną, ponieważ „tak uznał lekarz”. Podobnych przykładów można mnożyć.

Część środowiska medycznego i pacjentów uznała, że należy pobudzić świadomość społeczeństwa i zachęcić do dbania o własne zdrowie. Dotyczy to także Narodowego Funduszu Zdrowia, które w pewnym momencie będzie musiało przyznać, iż środki na refundację są za małe. W najbliższym czasie zostanie ogłoszona akcja edukacyjna, mająca uświadomić nam, iż nie należy lekceważyć własnych schorzeń, dolegliwości, cierpień, itd. Akcja potrwa kilka miesięcy a później jej efekty będą monitorowane. Niewykluczone, iż po jej zakończeniu wzrosną wydatki na refundację.

Przypomnijmy, że w tym samym czasie ministerstwo zdrowia ma powołać zespół ds. opracowania nowego rozporządzenia w zakresie refundacji przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych. Dla resortu akcja pod hasłem „Dbajmy o zdrowie” może być sprzymierzeńcem.



Jest lepiej

Karolina Ciepiela

Przed Państwem kolejny ranking dotyczący funkcjonującego od stycznia 2004 roku systemu otwartego w zaopatrzeniu w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Jak zawsze ranking przygotowaliśmy na podstawie informacji uzyskanych w wojewódzkich oddziałach Narodowego Funduszu Zdrowia.

Kolejność poszczególnych województw pozostaje bez zmian. W dalszym ciągu na pierwszym miejscu pozostaje woj. lubuskie. Lideruje ono pod względem liczby mieszkańców przypadających na jeden punkt ewidencyjny potwierdzający wnioski (49 osób na jeden punkt). Niemniej jednak w tym województwie nie wszystkie wnioski są realizowane na bieżąco. Na aparat słuchowy trzeba czekać do 6 miesięcy (znaczną poprawą w stosunku do ostatniego rankingu, według którego czas oczekiwania wynosił 12 miesięcy), a na przedmioty ortopedyczne połowę tego okresu. Stawkę nadal zamyka woj. pomorskie,

w którym co prawda jest tylko jeden punkt potwierdzania wniosków, ale jak twierdzą przedstawiciele tamtejszego NFZ nie było i nie ma kolejek oczekujących, ponieważ wnioski przesyłane są drogą pocztową. W innych województwach również zastosowano tę metodę (woj. opolskie, wielkopolskie, zachodniopomorskie). W większości województw obsługa osób oczekujących na potwierdzenie wniosku odbywa się płynnie i na bieżąco. W woj. podlaskim, gdzie występowały kolejki sytuacja się poprawiła i już ich nie ma. W woj. kujawsko-pomorskim kolejki oczekujących tworzą się okresowo między godz. 11 a 14, ale generalnie nie ma już tłumnego odwiedzania stanowisk.

W siedmiu województwach (dolnośląskie, kujawsko-pomorskie, lubelskie, mazowieckie, podlaskie, pomorskie i śląskie) podmioty realizujące wnioski mogą podpisać umowę z NFZ praktycznie „od ręki”, o ile wszystkie dokumenty są kompletne

i nie ma zastrzeżeń formalnych. W pozostałych trwa to kilka dni, a najdłuższy czas oczekiwania (do 30 dni) jest w woj. warmińsko-mazurskim. Czas oczekiwania pacjenta na realizację wniosku jest różny w zależności od przedmiotu. Generalnie na aparat słuchowy trzeba czekać najdłużej (od 3 miesięcy do ponad 2 lat), choć w ośmiu województwach sytuacja jest bardzo dobra i wnioski realizowane są na bieżąco (woj. lubelskie, małopolskie, mazowieckie, opolskie - tylko dzieci, podkarpackie, podlaskie, śląskie i wielkopolskie). W przypadku przedmiotów ortopedycznych jest lepiej. Maksymalny czas oczekiwania to 8 miesięcy (jedynie na wózek inwalidzki w woj. świętokrzyskim trzeba czekać 15 miesięcy). W najlepszej sytuacji są osoby oczekujące na realizację wniosku na worki stomijne i pieluchomajtki, ponieważ we wszystkich województwach są one realizowane na bieżąco.

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	57	do 14 dni	do 6 mc	nb	do 3 mc	nb
Opolskie	73	15	1088	75	do 14 dni	do 26 mc*	nb	nb	nb
Świętokrzyskie	95	14	1325	332	do 7 dni	do 15 mc	nb	nb**	nb
Małopolskie	128	25	3223	500	14-21 dni	nb	nb	nb	nb
Podkarpackie	354	6	2126	171	do 14 dni	nb	nb	nb	nb
Śląskie	374	13	4866	725	nb	nb	nb	nb	nb
Łódzkie	379	5	2653	156	14-21 dni	2 mc	nb	1 mc	nb
Podlaskie	409	3	1228	60	nb	nb	nb	nb	nb
Warmińsko-mazurskie	489	3	1466	120	do 30 dni	6 mc	nb	nb***	nb
Kujawsko-pomorskie	525	4	2101	76	nb	do 11 mc	nb	5 mc	nb
Lubelskie	559	4	2235	231	nb	nb	nb	nb	nb
Wielkopolskie	559	6	3355	220	14 dni	nb	nb	nb	nb
Mazowieckie	724	7	5067	258	nb	nb	nb	nb	nb
Dolnośląskie	745	4	2978	161	nb	4-8 mc	nb	nb	nb
Zachodniopomorskie	867	2	1733	108	do 7 dni	do 12 mc	nb	6-8 mc	nb
Pomorskie	2192	1	2192	150	nb	3 mc	nb	nb	nb

AS - aparat słuchowy; PM - pieluchy i pieluchomajtki; PO - przedmioty ortopedyczne; WS - worki stomijne; nb - na bieżąco; * dzieci na bieżąco; ** wózki inwalidzkie - 15 mc; *** wózki inwalidzkie do 5 mc.

Opr. K. Ciepiela na podstawie danych z oddziałów NFZ

Na raport poczekamy

**Z Włodzimierzem Pisarskim,
Zastępcą Dyrektora
Departamentu Organizacji
i Ochrony Zdrowia
w Ministerstwie Zdrowia
rozmawia Maria Weber**



Sejmowa Komisja Zdrowia zajęła się 3 marca 2005 roku sprawą nietrzymania moczu oraz konsekwencjami występowania tej dolegliwości wśród polskiego społeczeństwa. Ministerstwo Zdrowia przedstawiło wstępny raport na ten temat, obiecując całość w ciągu trzech miesięcy. Na raport czekają prawie wszyscy niepełnosprawni oraz wiele kobiet w różnym wieku, którym nietrzymanie moczu dezorganizuje życie. Raport ma stanowić podstawę do ustalenia w przyszłości najwłaściwszych metod leczenia. Panie Dyrektorze, kiedy Ministerstwo Zdrowia przedstawi pełny dokument?

W dalszym ciągu zbieramy do niego materiały. Część z nich, jak pani wspomniała, przekazaliśmy już Sejmowej Komisji Zdrowia. Potrzebujemy jednak dokładnych danych medycznych i finansowych z Narodowego Funduszu Zdrowia. Umożliwią nam one podjęcie w przyszłości decyzji o priorytetowych metodach leczenia NTM. Sprawa wydłuża się więc w czasie, zwłaszcza, że nie powstała do tej pory Agencja Technologii Medycznych, która powinna

ocenić, jakie metody są najbardziej skuteczne i ile przeznaczyć na nie środków finansowych. Proszę też nie zapominać, iż NTM ma wiele przyczyn i musi się wypowiedzieć wielu specjalistów. Myślę, że raport będzie gotowy we wrześniu.

Ministerstwo Zdrowia obiecało też powołanie zespołu, który miał przystąpić do opracowania nowych zasad refundacji przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych. Kiedy zespół zakończy pracę?

Zespołu jeszcze nie ma. Na razie zbieramy opinie konsultantów, co powinno podlegać refundacji, w jakim stopniu, itd. Sprawa nie jest prosta, ponieważ na zaopatrzenie ortopedyczne i środki pomocnicze składa się wiele produktów. Powołanie zespołu uzależniamy od przebiegu prowadzonych analiz, ale to kwestia najbliższego czasu.

Wygląda na to, że resort zdrowia wykazał dużo optymizmu, podając nierealne – jak się okazało – terminy ukończenia prac w obu przypadkach. Środowisko osób niepełnosprawnych i cierpiących na NTM z niecierpliwością czeka na rezultaty, a tymczasem Ministerstwo Zdrowia nie jest nawet w połowie drogi.

Rozumiem ich zniecierpliwienie, ale w ciągu ostatnich miesięcy borykaliśmy się z jeszcze wieloma innymi problemami, na przykład restrukturyzacją i oddłużeniem zakładów opieki zdrowotnej. Temat ten zdominował nasze prace w urzędzie. Po-

dobnie jak projekt nowego rozporządzenia dotyczącego warunków sanitarno-technicznych w zakładach opieki zdrowotnej. Rozporządzenie ma odpowiedzieć na przykład na pytanie, jak w budynkach jednopiętrowych umożliwiać dostęp do gabinetów wyżej położonych dla osób niepełnosprawnych. Czy muszą tam być instalowane dla nich windy oraz toalety? W projekcie rozporządzenia zostały postawione takie wymagania. Zdajemy sobie jednak sprawę, że kierownicy ZOZ-ów, zwłaszcza niepublicznych, będą się bronić przed dodatkowymi inwestycjami, ponieważ obciążą koszt ich działalności. W sprawie tego rozporządzenia spotkała się ostatnio komisja uzgodnienia. Rozpatrzyła ponad 100 stron maszynopisu i uwag. Tekst rozporządzenia pobrało ze strony internetowej ponad 7 tysięcy osób. Był to swoisty bestseller. Czytelników *Kwartalnika NTM* zainteresuje zapewne informacja, że w czerwcu rozporządzenie powinno uzyskać ostateczną wersję i wejść w życie.

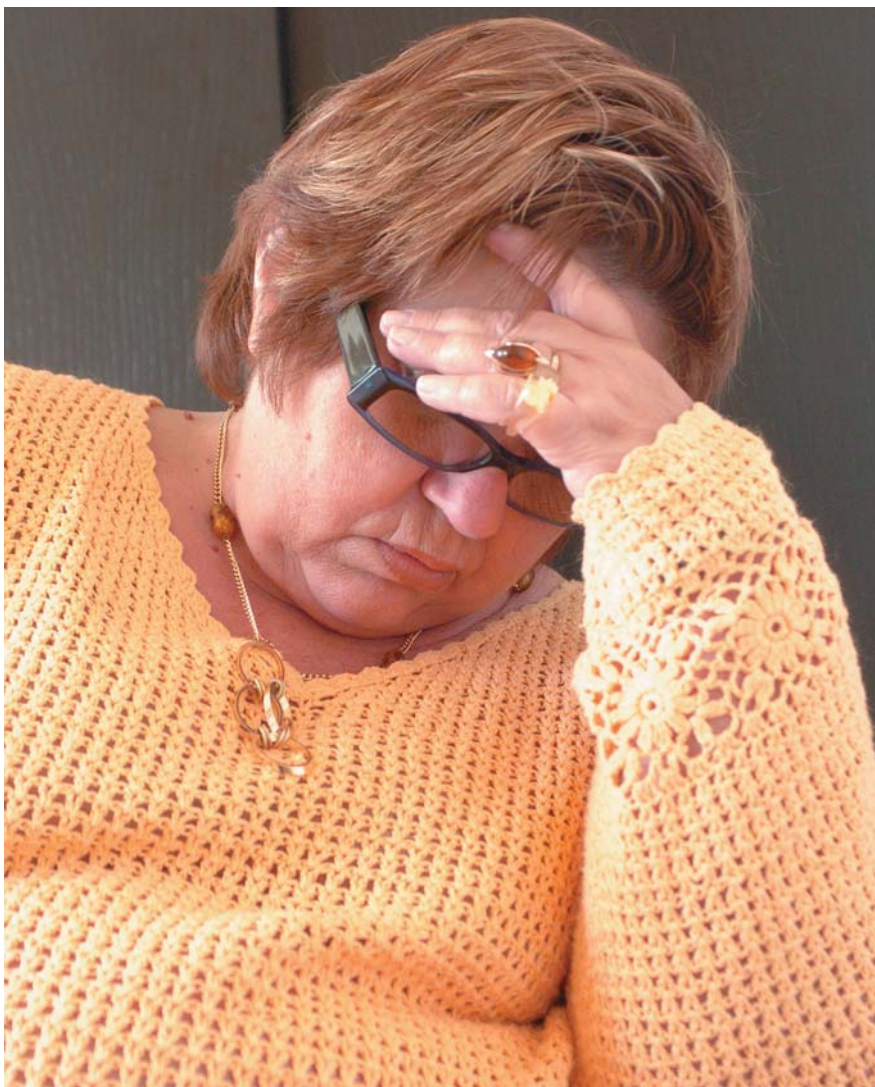
Windy, podjazdy, toalety ułatwią niewątpliwie życie osobom niepełnosprawnym, które na pewno dostrzegą, że ich spraw się nie lekceważy. Ale powinno nam też zależeć, aby w naszym społeczeństwie było ich jak najmniej. Toteż z niecierpliwością będziemy czekać na podobny bestseller w sprawie metod leczenia i refundacji w zakresie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Dziękuję Panu za rozmowę.



Historia jednej pacjentki

Małgorzata Georgiew



Anna mieszka w dużym mieście, jest emerytką. Kilkanaście lat temu, w 1981 r., zauważyła u siebie problem z nietrzymaniem moczu. Otrzymała skierowanie na zabieg. Wykonano operację polegającą na plastyce pochwy. Niestety, zabieg nie okazał się skuteczny i po dwóch latach znów zaczęła szukać rozwiązania problemu. Otrzymała skierowanie na zabieg, który został wykonany metodą brzuszna, ale niestety dolegliwości tylko się pogłębiły. Przekonana, że tak już być musi i że dalsze zabiegi tylko mogłyby pogorszyć i tak już zły stan, zre-

zygnowała z dalszego leczenia. Dolegliwości były jednak dotkliwe - przy chodzeniu, przy pracy (wtedy jeszcze pracowała) pojawiało się popuszczanie moczu. Ratowała się podpinkami, ale przy dużym natężeniu NTM nie było to pewne zabezpieczenie.

A jednak można leczyć

Tak było do 2002 r., kiedy to znalazła się w szpitalu z powodu reumatyzmu (obecnie Anna porusza się o kuli). I tu nastąpił przełom, pojawiła się szansa na zmianę jej stanu.

W szpitalu wykonano wszechstronne badania, które wykazały również jej problem z nietrzymaniem moczu. Lekarz, który sprawdzał wyniki badań, przeprowadził poważną rozmowę. Wy tłumaczył pacjentce, że nie powinna zostawiać tak tej dolegliwości, że NTM można wyliczyć, że nie musi tak żyć. Przekonał ją, że warto się leczyć i ona uwierzyła. Lekarz zapisał jej środki dopochwowe do stosowania przez pół roku, a potem zalecił operację - podwieszenie cewki moczowej taśmą.

Pierwsze badania

Po pół roku stosowania zaleconej kuracji, na początku 2003 r., Anna zgłosiła się do szpitala, w którym pracował „jej” lekarz specjalista, który zalecił operację. Ale niestety, powiedział jej, że z lekarzem nie może się skontaktować, ponieważ pracuje on w szpitalu, a ona powinna zgłosić się do przychodni, gdzie zalecono jej wykonanie badań: PVR- ślad i urodynamiczne. Anna zapisała się w kolejce na badania, ale pierwszy termin został przełożony, a następny był dość odległy, tak więc sprawę się przedłużyła. Ostatecznie wyniki badań były gotowe w sierpniu 2004 r.

W opisie badania podano, że stwierdzono wysiłkowe NTM II/III stopnia, parcia nagłace, nietrzymanie moczu z parcia. Lekarz podał również, że pacjentka zużywa 12 wkładek w ciągu dnia, częstomocz dzienny. We wnioskach badania: „Wysiłkowe nietrzymanie moczu (...), nie ma przeciwwskazań do TVT”.

Z badaniami w ręku Anna znowu próbuje dotrzeć do „swojego” lekarza, który kiedyś przekonał ją do leczenia. Jego życzliwość i zainteresowanie zmotywowały ją do leczenia i jego porady potrzebowała. Ale w recepcji poinformowano ją, że pracuje on w zupełnie innym szpitalu. Oczywiście pojechała do wskazanego jej szpitala, ale tam w recepcji sprawdzono, że lekarz ten z całą pewnością pracuje w szpitalu, z którego właśnie przyjechała. Zaczęło to wyglądać na zabawę „w kotka i myszkę”. I tak starsza kobieta poruszająca się o kuli pojechała z powrotem. Tutaj jednak personel przychodni przyszpitalnej okazał się murem nie do przebicia. Nikt nie chciał jej pomóc: zbywano ją, panowała zмова milczenia, wymieniano porozumiewawcze uśmiešky. Nikt nie chciał zrozumieć, że ona chciała tylko porozmawiać chwilę z lekarzem, do którego miała zaufanie.

Konsultacja z lekarzem

Anna kontynuowała jednak działania, które miały doprowadzić do zabiegu. Udała się z badaniami do lekarza w przychodni przyszpitalnej - pani ginekolog, która za punkt honoru postawiła sobie uniemożliwienie p. Annie skontaktowanie się z „jej” lekarzem. Anna wspomina ją szczególnie niemiło zwłaszcza, że od kobiety spodziewała się ciepła i zrozumienia. Pani ginekolog skierowała ją na kolejne badania, w sumie dziesięć, a po nich na konsultację do internisty.

Pomimo usilnych starań personelu przychodni, Anna w końcu dopięła swego. Udając odwiedzającą przeszła na trzecie piętro szpitala, gdzie pracował „jej” lekarz. Usiadła w korytarzu na ławeczce i cierpliwie czekała, czy aby nie pojawi się w korytarzu. Po godzinie udało się - lekarz szedł korytarzem. Poznał Annę, zamienili kilka słów. Powiedział jej, że aby została poddana zabiegowi, powinna zgłosić się do swojego rejonowego ginekologa, aby wypisał jej skierowanie do szpitala.

I tak po godzinie oczekiwania, siedząc na brzeźku ławki, bo czuła, że jest cała „zlana”, Anna ruszyła do domu. Na piechotę, o kuli - bała się wsiąść do autobusu, tym bardziej do taksówki, tak bardzo była przemoczona. Pomimo, że od tamtej pory minął prawie rok, Anna płacze kiedy to opowiada, tak poniżające dla niej było to przeżycie - jej stan, dyskomfort, bezsilność i zagubienie, obojętność personelu, odsyłanie z miejsca w miejsce.

Rezygnacja

Zgodnie z zaleceniem lekarza udała się do ginekologa rejonowego, który zalecił jej ponownie badania. Zaczęła je nawet robić, ale zapytała lekarza po co jej morfologia. Otrzymała odpowiedź, że będą jej przetaczać krew, że konieczna jest dodatkowa na to opłata (przewyższająca jej emeryturę) i kiedy przyniesie badania i ureguluje opłatę, dostanie skierowanie do szpitala.

I wtedy Anna się poddała i postanowiła, że jednak będzie TAK żyć. Nie ma pieniędzy, żeby tyle zapłacić za zabieg, do przychodni przyszpitalnej nie wróci, bo pani ginekolog była bardzo niemiła. I nie ma siły leczyć się dalej. W swoim otoczeniu nie czuje się gorzej - ma kilka sąsiadów, które też mają problem z nietrzymaniem moczu. Ale po wysłuchaniu jej historii nawet nie myślała o leczeniu. Anna boi się lekarzy i mimo zapisania jej na konsultację do urologa na kontynuację leczenia, na wizytę już nie przyszła.

Na ten wywiad umówiliśmy się z Anną w kawiarni, w południe. Przyszła na czczo, bez śniadania, bez herbaty na rozpoczęcie dnia, „tak na wszelki wypadek”. I nic nie zamówiła, ani ciastka, ani nic do picia, bo „tak lepiej”. Tylko od razu na wstępie sprawdziła, czy jest w lokalu toaleta. I tak już będzie żyć. ■

Dlaczego o tym piszemy? Jak łatwo zauważyć pokazujemy tu tylko jedną stronę medalu, tę od strony pacjenta. Nie mamy możliwości skonfrontować historii p. Anny z lekarzami, o których ona opowiada. Chcemy tylko pokazać jakie są odczucia pacjentów, którzy zgłaszają się z NTM, jak oni to przeżywają i skąd wynikają uprzedzenia. W przypadku pani Anny do leczenia zniechęciła ją postawa personelu przychodni, brak życzliwej rozmowy, zrozumienia. Zalecane badania, dość liczne, były owszem konieczne, ale pacjentka o tym nie wiedziała. Dziwiła ją konieczność robienia badania rentgenowskiego płuc, nie wiedziała ile jeszcze badań czeka ją przed zabiegiem. To dlatego tak konsekwentnie próbowała skontaktować się z lekarzem, który kiedyś okazał się tak zainteresowany jej zdrowiem - potrzebowała życzliwej rozmowy, a nie tylko odsyłania z miejsca w miejsce. Przez swój upór tylko zraziła do siebie personel przychodni. Ale dalej nie rozumie, dlaczego nie mogła porozmawiać z lekarzem, do którego miała zaufanie.

Przykry jest fakt, że przechodząc przez liczne badania, wizyty, rozmowy z lekarzami p. Anna ani słowa nie usłyszała na temat wkładek urologicznych. W opisie badania urologicznego jest uwaga, że zużywa dwanaście wkładek. Przy podaniu takiego zużycia dziennego każdy lekarz powinien zwrócić uwagę, że zapewne mówi o podpaskach. Mają one jednak zupełnie inne przeznaczenie i o wiele mniejszą chłonność. Nie zużywa się TYLKO wkładek urologicznych w ciągu jednego dnia. Pani Anna o wkładkach urologicznych dowiedziała się w biurze „Programu NTM - Normalnie Żyć”, do którego trafiła dzięki publikacji w *Tele Tygodniu*. Długa droga....

Dla lekarza jest oczywiste, że jak jest nietrzymanie moczu, to używa się wkładek urologicznych i jest dobrze. Dla pacjenta to już nie jest oczywiste. Bo skąd ma się o tym dowiedzieć? Kiedy p. Anna otrzymała na próbę kilka wkładek była nimi zachwycona. Czuje się pewniej i nie ma stałego uczucia „przemoczenia”, jak sama określiła nareszcie ma „suchutko”. Jak musiała czuć się przez te wszystkie lata, tylko ona jedna wie.

Dzisiaj p. Anna jest przekonana, że leczyć się już nie chce. Boi się lekarzy, ma trudności z chodzeniem, czuje się bezradna tak jak zapewne wielu innych, szczególnie tych starszych pacjentów. Bez życzliwego słowa ze strony lekarza, bez jego wsparcia trudno jest im podjąć wysiłek leczenia, zwłaszcza tak wstydlivej dolegliwości. Tu leczenie zaczyna się od głowy.

O czym do nas piszą?

Program NTM otrzymuje wiele telefonów i listów z prośbą o poradę od pacjentów z całej Polski. Część listów drukujemy w naszym *Kwartalniku*. Wiele przypadków wskazuje na to, że lekarze pierwszego kontaktu rozkładają bezradnie ręce nie wykorzystując wszystkich metod leczenia lub leczą nieskuteczne, ale nie kierują do urologa. Dlaczego? Czy to brak wiedzy lekarzy czy przeświadczenie, że to nie jest poważne schorzenie? Kontaktowali się z nami pacjenci, w podeszłym wieku, cierpiący na różne dolegliwości powszechnie uważane za poważniejsze niż NTM, ale BARDZO chcieli wyleczyć właśnie nietrzymanie moczu. Dla nich to sucha bielizna i suche łóżko. To przespana cała noc, bez wstawania w nocy do toalety po kilka razy (z chorymi nogami). To godne życie bez prześladowającego ich zapachu moczu.

Od dobrego kontaktu z lekarzem bardzo wiele zależy, tak jak w każdej chorobie. Ale w tej wstydlivej - szczególnie. Większość pacjentów na przykład nie wie, jak wyglądają badania urodynamiczne, jaką pozycję należy przyjąć. Jeżeli usłyszą wtedy „zartobliwe” komentarze lekarzy, czują się upokorzeni. Być może lekarz też czuje się niezręcznie i nie wie, jak w delikatny sposób zwrócić uwagę pacjentowi, ale powinien pamiętać, że on jest oswojony z chorobą, pacjentami - a chory nie. Ani z chorobą, ani z badaniami....

Utrudnieniem w leczeniu są też długie terminy wizyt i oczekiwanie na zabieg. Nie zawsze da się to wytłumaczyć brakiem pieniędzy. Rozmawiała z nami pani, która od początku 2003 roku jest dwunasta na liście oczekujących na zabieg. Cały czas na dwunastej pozycji. Badania urodynamiczne i urografię robiła dwukrotnie, bo były już nieaktualne. Na początku 2005 roku poinformowano ją, że będzie miała zabieg w maju, ale w maju dowiedziała się, że jeszcze nie zaczęto operować pacjentów zapisanych na ten rok. A ona na pewno będzie w drugiej połowie roku. Panie z recepcji tłumaczą to brakiem taśmy, lekarze koniecznością przyjmowania w pierwszej kolejności pacjentów z nowotworami. Zrezygnowała. Zapisła się do innego szpitala, ale pozostała świadomość, że straciła dwa lata. Jest młoda, ma 44 lata, pracuje.

To prawda, od nietrzymania moczu się nie umiera, ale wszystkim, którzy uważają, że NTM to banalny, drugorzędny problem cytuję zdanie z listu, który w całości został opublikowany w rubryce porad. To zdanie napisała kobieta, która wygrała z rakiem, ale w wyniku operacji cierpi na NTM: „Mam dopiero 53 lata i moje życie właśnie się skończyło”. **MG**



Symposium „Nowe trendy w uroginiekologii”

W dniach 12-14 maja 2005 w Lublinie odbyło się Ogólnopolskie Symposium naukowe Sekcji Uroginiekologii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, zatytułowane „Nowe trendy w uroginiekologii”. W spotkaniu udział wzięło około 1000 osób. Przewodniczącym Komitetu Naukowego Symposiumu był prof. dr hab. Jerzy Jakowicki, a pracami Komitetu Organizacyjnego Symposiumu kierował prof. dr hab. Tomasz Rechberger (II Klinika i Katedra Uro-

logii Akademii Medycznej w Lublinie). Wśród zaproszonych gości znaleźli się między innymi prof. Papa Petros (Australia), prof. Peter von Theobald (Francja), prof. Klaus Goeschen (Niemcy).

Podczas Symposiumu kilka sesji poświęconych zostało problemowi nietrzymania moczu, przede wszystkim pod kątem leczenia pęcherza nadreaktywnego i wysiłkowego NTM u kobiet. O nowych metodach leczenia pęcherza nadreaktywnego - między innymi o zastosowaniu neurotoksyn - mówił dr Piotr Radziszewski. Jeden z paneli został natomiast w całości poświęcony no-

wemu lekowi na wysiłkowe nietrzymanie moczu, czyli duloksetynie. **KC**

Nie będzie nowego leku na NTM

Działająca między innymi w Polsce chorwacka firma farmaceutyczna Pliva zrezygnowała z wprowadzenia na rynek nowego leku na nietrzymanie moczu.

Preparat o nazwie Sanctura jest lekiem antycholinergicznym, który miał być stosowany w leczeniu pęcherza nadreaktywnego. Substancja zawarta w leku (chlorek trospium) blokuje receptory cholinergiczne na ścianie pęcherza moczowego, dzięki czemu mięśnie pęcherza nie kurczą się w sposób niekontrolowany. Sanctura ma pewne skutki uboczne, te dotychczas poznane to: wysypka, ból brzucha, zaparcia, zaburzenia widzenia, osłabienie, młodości, przyspieszone bicie serca (tachykardia).

Pod koniec maja Prezes Plivy Željko Cović cytowany przez agencję Reuters mówił: „Wciąż wierzymy, że Sanctura w najbliższych latach okaże się dobrym produktem”. **KC**

Sięgnij teraz po Zdrowie!

Już za miesiąc w sierpniowym numerze „Zdrowia”

- Wielkie nawilżanie
- Letnie zatrucia pokarmowe
- Nowe metody leczenia nowotworów
- Mamo, boli mnie ucho
- Nie lekceważ nadżerki
- Dieta, która pokona wolne rodniki

SIERPNIOWY NUMER W KIOSKACH OD 14 LIPCA!



Komu przysługują pieluchy?

Magdalena Kowalewska

Otrzymujemy sygnały, że wiele osób cierpiących na nietrzymanie moczu nigdy nie korzystało z refundowanych środków wchłaniających. Kupują one produkty higieniczne za stuprocentową odpłatnością, ponieważ żaden lekarz nie poinformował ich, że mają prawo do refundacji. Docierają do nas również informacje o kobietach, które przy nietrzymaniu moczu używają tradycyjnych podpasiek. Niestety, tradycyjne podpaski nie są przystosowane do wchłaniania moczu (który ma zupełnie inną konsystencję niż krew) i nie potrafią zatrzymywać nieprzyjemnego zapachu tak jak robią to produkty przeznaczone właśnie do tego celu.

O rodzajach środków wchłaniających pisaliśmy już kilkakrotnie na łamach *Kwartalnika NTM* (ostatnio w numerze 11). Teraz chcielibyśmy przypomnieć znowelizowane w grudniu ubiegłego roku rozporządzenia ministra zdrowia regulujące zasady przyznawania refundowanych pieluch, pieluchomaj-

tek i wkładów urologicznych. Stanowią one podstawę dla lekarzy do wypisania pacjentom z nietrzymaniem moczu refundowanych pieluch czy pieluchomajtek, należących zgodnie z prawem do grupy środków pomocniczych. W rzeczywistości dokumenty te stały się powieleniem poprzednich aktów wykonawczych, z 10 maja 2003 r., co oznacza, że zasady refundacji nie uległy zmianie. Poniżej przedstawiamy tabelkę obrazującą kryteria przyznawania środków pomocniczych „na receptę” (czyli w rzeczywistości na zlecenie) wraz z limitami cen oraz ilością danego środka. Nowe rozporządzenie weszły w życie z dniem 1 stycznia br.

Po otrzymaniu od lekarza zlecenia na dany środek pomocniczy i potwierdzenia go w oddziale wojewódzkim NFZ (oraz otrzymaniu karty zaopatrzenia comiesięcznego) możemy zrealizować zakup w dowolnej aptece czy sklepie medycznym. Niestety, okazuje się, że nie każda apteka czy sklep medyczny posiada pełny asortyment produktów wchłania-

jących. Dlatego może się zdarzyć, że będziemy musieli dokonać zakupu w innym miejscu. Szukanie innego punktu może być konieczne również w sytuacji, kiedy w aptece / sklepie medycznym wygasną umowy z producentami środków pomocniczych lub takowe nie zostaną jeszcze podpisane.

I na koniec chcielibyśmy zaapelować do pacjentów, aby zawsze pytali się lekarza o możliwość wypisania zlecenia na refundowane środki wchłaniające. Do lekarzy - aby zawsze informowali swoich pacjentów o takiej możliwości. Pacjent ma prawo wiedzieć o istnieniu pomocy ze strony państwa, nawet w ramach refundacji na środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne.

To, że ilość sztuk przyznawanych w ramach refundacji jest niewystarczająca, jest oczywiste i nie wymaga komentarza. Natomiast nie pozbawiamy pacjentów ostatniej deski ratunku, jaką jest częściowa lub całkowita refundacja.

Wyszczególnienie	Odpłatność	Limit ceny	Okres	Lekarz upoważniony do wystawienia zlecenia
Pieluchy anatomiczne do 60 szt. miesięcznie w przypadku pacjentów (kod 9244): - z chorobą nowotworową przebiegającą w postaci owrzodziastych lub krwawiących guzów krocza lub okolicy krzyżowej, itp. (kod 9244.01) - z przetokami nowotworowymi lub popromiennymi (pęcherzowo-pochwowymi, pęcherzowo-pochwowo-odbytniczymi, pochwowo-odbytniczymi) (kod 9244.02) - z nietrzymaniem moczu lub stolca w wyniku chorób nowotworowych (kod 9244.03)	bezpłatnie	77 zł	1 raz na miesiąc	onkolog, chirurg, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, felczer ubezpieczenia zdrowotnego
- lub zamiennie pieluchomajtki do 60 szt. miesięcznie (kod 9244.04) - lub zamiennie podkłady do 60 szt. (kod 9244.05) - lub wkłady anatomiczne do 60 szt. (kod 9244.06)	30%	90 zł	1 raz na miesiąc	onkolog, chirurg, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, felczer ubezpieczenia zdrowotnego
Pieluchomajtki do 60 sztuk miesięcznie lub zamiennie pieluchy anatomiczne do 60 szt. miesięcznie dla dorosłych i dzieci powyżej 3 roku życia (kod 9245): - z głębokim upośledzeniem umysłowym, w zespołach otępiennych o różnej etiologii (kod 9245.01) - w postępujących chorobach układu nerwowego z pęcherzem neurogennym lub z zaburzeniami mikcji zwieraczy, - z wadami rozwojowymi: przepuklinami oponowo-rdzeniowymi, przepuklinami oponowo-mózgowymi, wyciśnięciem pęcherza (kod 9245.02) - lub zamiennie podkłady do 60 szt. (kod 9245.03) - lub wkłady anatomiczne do 60 szt. (kod 9245.04)	30%	90 zł	1 raz na miesiąc	neurolog, urolog, chirurg, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, felczer ubezpieczenia zdrowotnego

Na podstawie: rozporządzeń Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 r. w sprawie: - szczegółowego wykazu wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w cenie ich nabycia, kryteriów ich przyznawania, okresów użytkowania, a także wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi podlegającymi naprawie w zależności od wskazań medycznych oraz wzoru zlecenia na zaopatrzenie w te wyroby i środki; - limitu cen dla wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, o takim samym zastosowaniu, ale różnych cenach oraz limitu cen dla napraw przedmiotów ortopedycznych.



Czy jest szansa?

Jestem po operacji kręgosłupa. Miałem zmiażdżony krąg L3. Wykonano zabieg w postaci wstawienia 4 wkrętów i 2 blach, aby odbudował się ten krąg. Cewnikowano mnie 1 miesiąc, miałem problem z oddawaniem moczu, zażywałem lek ditropan, furalgin około 2 miesięcy i zwieracze nie trzymają moczu. Nie ma żadnej poprawy aż do tej pory, w związku z tym chciałem się dowiedzieć, co mam dalej robić.

Trudno o pełną wyczerpującą odpowiedź bez znajomości szczegółów przebiegu Pana choroby ani bez zbadania Pana. Wymaga Pan konsultacji urologicznej lub neurourologicznej i diagnostyki obrazowej (urografia) oraz badania urodynamicznego. Pozwoli to na ocenę stanu górnych i dolnych dróg moczowych. Bardzo ważna jest ocena mięśnia wypieracza pęcherza i zwieraczy. Być może ditropan w ogóle nie był dobrze dobranym lekiem, być może powinien Pan dodatkowo samocewnikować się. Postępowanie lecznicze zależy od wyniku badań. Nietrzymanie moczu w Pana przypadku może być spowodowane każdą kombinacją zaburzeń czynności pęcherza (nadreaktywność lub niedoczynność + nietrzymanie z przepełnienia pęcherza) i zwieracza (niedoczynność zwieracza lub nadczynność zwieracza i nietrzymanie z przepełnienia pęcherza).

Operacja nie pomogła

Jestem po operacji usunięcia macicy (rak), byłam na operacji założenia taśmy TZT (TVT - red.) w Warszawie na Madalińskiego. Niestety, operacja nie pomogła, występuje u mnie NTM zwieraczowe. Proszę mi napisać, gdzie mogę się leczyć i czy mam szansę na wyleczenie. Mieszkam w Wołominie, pracuję w Warszawie

Może się Pani leczyć w każdym mieście, które Pani sama wybierze. Myślę jednak, że wstępnie powinien zobaczyć Panią zespół, który Panią operował. Wymaga Pani badania zarówno przez lekarza jak i badań dodatkowych po przebytej operacji wszczepienia taśmy. Jeśli jedyną przyczyną Pani nietrzymania moczu jest przetrwałe zwieraczowe wysiłkowe nietrzymanie moczu (a nie dołączył zespół pęcherza nadreaktywnego lub zaleganie moczu w pęcherzu) to istnieją inne zabiegi operacyjne skuteczne także po nieskutecznym

leczeniu taśmą (np. sling powięziowy, sztuczny zwieracz albo wstrzyknięcia okołocewkowe).

Czy będę normalnie żyć?

W 2003 r. przeszłam całkowitą resekcję pęcherza moczowego, narządu rodowego i węzłów chłonnych ze względu na rozległe zmiany nowotworowe w pęcherzu. Wykonano mi pęcherz odtworczy z jelita grubego. Po tej operacji przeszłam na rentę. Mam dopiero 53 lata i moje życie właśnie się skończyło. W dzień popuszczam i noszę podpaski, w nocy śpię w pamperkach. Psychicznie jestem zniszczona. Ciągłe czuję od siebie moc, brzydzę się sobą, nie mogę normalnie funkcjonować. Poza tym prześladowują mnie nawracające stany zapalne w obrębie dróg moczowych. Chciałabym się dowiedzieć, czy jest dla mnie jakiś ratunek, leczenie takie, abym mogła normalnie żyć. Bardzo proszę o zbadanie mojej sprawy i pomoc jeżeli to tylko jest możliwe.

Mirosława

Pani sytuacja jest trudna, lecz z pewnością nie beznadziejna!!! Nietrzymanie moczu po takiej operacji, jaką Pani przeżyła jest raczej regułą niż wyjątkiem. Z Pani opisu wynika, że najprawdopodobniej była Pani leczona zgodnie ze stanem obecnej wiedzy chirurgicznej. NTM wynika najprawdopodobniej z istoty samej operacji tj. konieczności wycięcia (aby wyleczyć nowotwór) szyi pęcherza moczowego, która stanowi mechanizm kontynencji (trzymania moczu) oraz uszkodzenia unerwienia cewki i zwieracza cewki. W sumie powoduje to wystąpienia tzw. zwieraczowego NTM. Jego leczenie jest chirurgiczne. Oczywiście kwalifikacja do zabiegu i dobór jego rodzaju muszą poprzedzić specjalistyczne badania, lecz w literaturze fachowej opisywane są przypadki skutecznego leczenia NTM w przypadkach podobnych do Pani.

Czy mogę być operowana?

Mam 61 lat, jestem od czterech lat na emeryturze. Urodziłam dwoje dzieci, porody odbywały się siłami natury. Od bardzo wielu lat, trudno mi określić dokładnie od ilu, cierpię na częste oraz nagłe parcie na mocz. Uczucie parcia jest bardzo silne, na-

tomiast ilość oddanego moczu znikoma.

Bywają sytuacje, gdy przez dłuższy czas muszę wstrzymywać pójście do łazienki, wówczas czuję ból tępy o jednakowym nasileniu przez czas jego trwania. Z powodu zmian w zatokach, w okresie jesienno - zimowym często się przeziębam, mam katar i kaszel. Wtedy objawy, o których napisałam wcześniej nasilają się i przy kaszlu za każdym razem występuje zjawisko popuszczania. Jeśli chodzi o leczenie - to przez 3 lata brałam „Omnic 0,4“, a teraz mam przepisany „Zoxon 2“. Leki zawsze biorę wieczorem, mimo to w nocy przynajmniej 2 razy muszę wstawać do łazienki.

Czy w moim przypadku można wykonać zabieg, który chociaż w jakimś stopniu poprawiłoby mi komfort życia? Lekarz, u którego się leczę twierdzi, że zabieg wykonuje się tylko wtedy, gdy cały czas mocz ucieka.

Janina

Z opisu Pani dolegliwości można przypuszczać, że cierpi Pani na tzw. mieszane nietrzymanie moczu. Polega ono na współistnieniu NTM z parć (powodowane skurczami pęcherza, a do tego zespołu objawów należy też konieczność oddawania moczu w nocy) i wysiłkowego NTM (popuszczanie w czasie kaszlu, kichania, wysiłku fizycznego z użyciem mięśni brzucha). Dobór odpowiedniego leczenia dla Pani powinien odbyć się na podstawie badania przez urologa, USG i badania urodynamicznego. Warto byłoby spróbować leczenia nietrzymania z parć np. lekami z grupy antycholinergicznymi (ditropan, detrusitol). Co do Pani obecnego leczenia, to lek, który Pani przyjmuje może wręcz nasilać wysiłkowe NTM. Być może istnieją inne wskazania do jego stosowania (rozpoznane w badaniu urodynamicznym np. czynnościowa przeszkoda podpęcherzowa). Leczenie operacyjne nie jest zarezerwowane dla chorych ze stałym wyciekem moczu, lecz prawdą jest, że chętniej wdrażane jest w wyższych stopniach nasilenia i po niepowodzeniu leczenia zachowawczego. W Pani przypadku - jeśli badanie urodynamiczne potwierdzi rozpoznanie kliniczne mieszanego nietrzymania moczu - rozważenie leczenia operacyjnego powinno być uzależnione nie tylko od potwierdzenia obecności wysiłkowego nietrzymania moczu, ale także od nasilenia nietrzymania moczu z parć. W przypadku

bardzo silnych skurczów pęcherza (pomiar w badaniu urodynamicznym) konieczne jest wcześniejsze leczenie farmakologiczne tego rodzaju nietrzymania przed leczeniem operacyjnym nietrzymania wysiłkowego.

Wierchniactwo u dziecka

Jestem ciocią trzytygodniowego chłopca, u którego stwierdzono wierchniactwo. Bardzo proszę o jakieś wiadomości, bo moja siostra jest załamana. Czy lekarz mógł się pomylić? Czy u takiego malca wykonuje się zabieg? Czy z wiekiem on wyrośnie?

Wierchniactwo jest wadą wrodzoną występującą u chłopców z częstością ok. 1 na 100 000 urodzin polegającą na braku połączenia tkanek grzbietowej części prącia i cewki moczowej. Wadzie tej towarzyszy najczęściej nietrzymanie moczu (NTM) związane z osłabioną strukturą zwieracza. Dziecko nie wyrasta z tej wady. Leczenie jest wyłącznie operacyjne i polega na rekonstrukcji szyi pęcherza moczowego (co powinno przywrócić trzy-

manie moczu) oraz plastyce zewnętrznych narządów płciowych dla uzyskania najlepszego efektu kosmetycznego i czynnościowego. Trzecim celem jest ochrona górnych dróg moczowych czyli nerek. W odzyskaniu trzymania moczu duże znaczenie ma pojemność pęcherza moczowego. Musi być określona przedoperacyjnie i im jest większa tym lepszy wynik operacji. Nie ma nieomylnych lekarzy, nie mogę więc odpowiedzieć, że badający dziecko się nie pomylił. Z pewnością dziecko musi zbadać urolog dziecięcy i powinno być leczone w wysoce specjalistycznym, tzw. referencyjnym ośrodku mającym doświadczenie w postępowaniu w wierchniactwie.

Ten wiek

Piszę do Państwa w imieniu mojej mamy - lat 71. Już co najmniej od 7 lat cierpi ona na NTM. Problem ten się nasila wraz z upływem czasu, aktualnie używa tzw. pieluch anatomicznych. Syndrom NTM poważnie utrudnia życie mamy, powoduje rezygnację z dłuższych wyjść typu np. kino. Dotychczasowi lekarze, z którymi mia-

ła kontakt bagatelizują te dolegliwości, co sprowadza się do stwierdzenia: „kobiety w tym wieku już tak mają“.

Czy mogliby Państwo polecić ośrodek - lekarza specjalizującego się w leczeniu NTM w Krakowie? Może być prywatny, nie twierdzę, że koszty nie grają roli, ale...

Małgorzata

Nietrzymanie moczu można i trzeba leczyć. Oczywiście medycyna ma swoje ograniczenia, niemniej jednak nie sądzę, aby dotyczyło to Pani mamy. Przed ustaleniem sposobu leczenia należy stwierdzić z jaką postacią nietrzymania moczu mamy do czynienia (z parcia czy wysiłkowe). Konieczna w tym celu będzie wizyta u specjalisty urologa. W Krakowie tego typu problemami zajmuje się np. Klinika Urologii CMUJ, prowadzona przez prof. Zygmunta Dobrowolskiego.

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

Odpowiedzi na wszystkie Państwa listy publikujemy na stronie internetowej 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.
Anna Członkowska**
Kierownik II Kliniki
Neurologicznej
w Instytucie
Psychiatrii
i Neurologii
w Warszawie



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



**Prof. dr hab. med.
Tadeusz Tolłoczko**
1974 - 1999 Kierownik
II Kliniki Ginekologii
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

TRANS-OBTURATOR TAPE

BEZNAPIĘCIOWE PODPARCIE CEWKI MOCZOWEJ

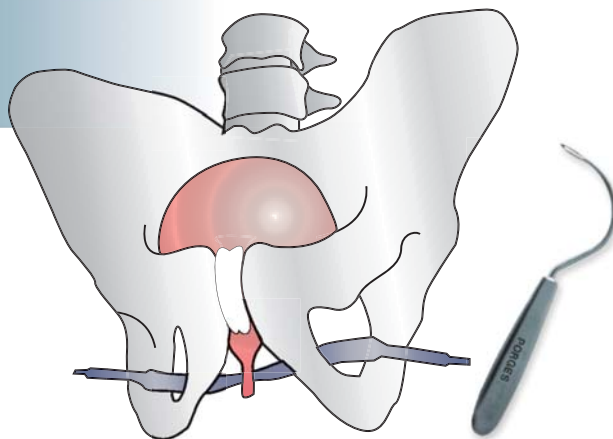
Obtape®

Nowoczesna metoda leczenia
wysiłkowego nietrzymania moczu.

Obserwacje kliniczne publikowane od 2001 roku.

Nietkane włókno polipropylenowe

- niska elastyczność umożliwiająca stabilne ufixowanie taśmy
- struktura zapewniająca właściwą kolonizację komórek tkanki łącznej i naczyń



Organizujemy regularne warsztaty dotyczące chirurgicznego leczenia WNM metodą TRANS-OBTURATOR TAPE (TOT).
Zainteresowanych prosimy o kontakt: tel. (0 42) 677 14 17, e-mail: tot@skamex.com.pl


SKAMEX®
Company Ltd.

Autoryzowany przedstawiciel w Polsce firmy PORGÉS

ul. Częstochowska 38/52, 93-121 Łódź
tel. (0 42) 677 14 11, 677 14 17
fax (0 42) 677 14 19
www.skamex.com.pl

 **MENTOR**



Chcesz otrzymywać wszystkie numery Kwartalnika NTM?
Zamów roczną prenumeratę! (4 kolejne numery)

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 wpłacającego

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

PODPIS

OPLATA

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.	
Oплата:	
pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy	