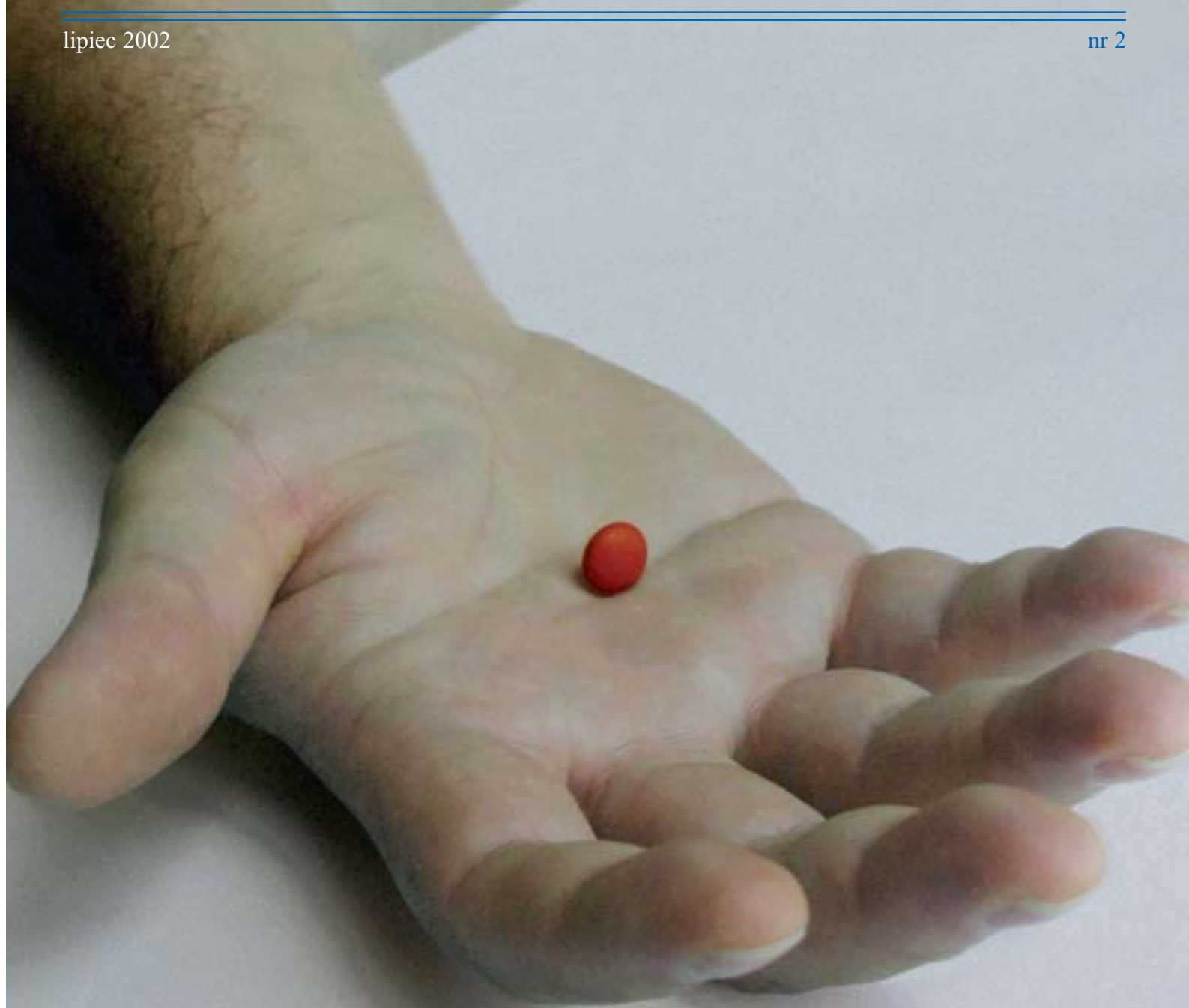


Kwartalnik **ntm**

lipiec 2002

nr 2



Jak leczyć
Rola lekarza domowego
Bydgoskie inicjatywy

PROBLEMY FARMAKOTERAPII

Prawdopodobieństwo wystąpienia nietrzymania moczu zwiększa się wraz z wiekiem, a prognozy demograficzne przemawiają za starzeniem się społeczeństw, dlatego też nietrzymanie moczu staje się stopniowo narastającym problemem społecznym wymagającym właściwego rozwiązania.

Różnorodność przyczyn nietrzymania moczu sprawia, że jest to problem często wymagający oceny wielospecjalistycznej. Kontrola czynności pęcherza moczowego polega na świadomym oddawaniu moczu, ale wpływ na kontrolę nad świadomym oddawaniem moczu zależy od wielu czynników, np. od harmonijnie skoordynowanej czynności mięśnia pęcherza moczowego, zwieracza cewki moczowej i mięśni dna miednicy malej.

Przyczyny nietrzymania moczu są wieloczynnikowe i złożone i dopiero ustalenie przyczyny tej dolegliwości umożliwia wybór właściwego sposobu leczenia. Dlatego przed rozpoczęciem leczenia należy zróżnicować i rozpoznać przyczynę, oraz ustalić stopień zaawansowania tej dolegliwości. Ma to szczególne znaczenie zwłaszcza, gdy rozważane jest leczenie chirurgiczne. Ustalenie właściwej przyczyny jest jednak często możliwe dopiero po wykonaniu badań specjalistycznych, takich jak badanie ultrasonograficzne, rentgenowskie i urodynamiczne, w tym profilometria cewkowa.

Leczenie farmakologiczne pozostaje jednym z bardziej skutecznych sposobów terapii tego schorzenia. Bardzo trudno jest jednak uzyskać lek, którego wpływ na centralny układ nerwowy byłby wybiórczy w stosunku do dystalnej części układu moczowego, a ponadto nie wywoływałby objawów ubocznych.

Korzystny wynik farmakoterapii nie zawsze jest wynikiem satysfakcjonującym zarówno chorego jak i lekarza. Efekt działania leku nie musi okazać się natychmiastowy. Niekiedy potrzebny jest czas na uzyskanie wyniku optymalnego. Dlatego nie należy ani zbyt pośpiesznie odstawiać leku, ani też zwiększać jego dawki (np. oksybutyniny).

Nietrzymanie moczu z parcia naglącego, określane jest jako niestabilność pęcherza wynikające ze wzrostu śródpecherzowego ciśnienia w fazie jego wypełniania moczem, co wiąże się z jego nadreaktywnością. Objawia się to częstomoczem i nietrzymaniem moczu typu parcia naglącego. Ustalając rozpoznanie trzeba wykluczyć miejscowe zmiany patologiczne takie jak zakażenie i nowotwór mogące również być przyczyną tej dolegliwości. Nadreaktywność wypieracza jest jednym z najczęstszych przyczyn nietrzymania moczu u osób starszych. U kobiet częste jest też wysiłkowe nietrzymanie moczu.

Przyczyna nadreaktywności pęcherza nie jest dokładnie poznana. Mogą to być przyczyny neurologiczne. Istnieje też pojęcie nadreaktywności idiopatycznej pęcherza, gdy przyczyny dolegliwości nie udaje się wykryć. Badania urodynamiczne rzucają jednak światło na różnice czynnościowe zarówno mięśnia wypieracza jak i czynności zwieracza. Badania zmierzające do bardzo precyzyjnego wyjaśnienia mechanizmu działania mięśnia wypieracza oparte są na metodach molekularnych i biochemicznych.

W leczeniu nadpobudliwości mięśnia wypieracza przeprowadzono wiele wielośrodkowych badań. Farmakoterapia jest najczęściej stosowaną metodą leczenia. Leki wywołują hamujący wpływ na czynność skurczową mięśni pęcherza moczowego.

Kontynuacja na str. 4

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



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

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



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

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



Spis treści

lipiec 2002

Problemy farmakoterapii - wstęp	2
Problemy farmakoterapii - prof. dr hab.med. Tadeusz Tołłoczko	4 - 5
Jak leczyć farmakologicznie	
- prof. dr hab.med. Andrzej Borkowski, dr med. Piotr Radziszewski	6 - 7
Rola lekarza domowego	8 - 11
Przybywa cierpiących - Maria Weber	12
Pod "Niebieskim Parasolem" - wywiad z Elżbietą Szwałkiewicz	13
Zmusić lekarza do rozmowy - wywiad z Edwinem Barczyńskim	14
Partner dla lekarza - wywiad z dr P. Jarzemskim	15
UROSTO - pierwsze Stowarzyszenie w kraju	15
Prawo a leki - Rafał Zgórzak	16 - 17
Testowanie produktów absorbujących	17
Wspomaganie ruchem	18 - 19
Inauguracja programu NTM	20
Na XXXII Kongresie Urologów	21
Listy	22 - 23
Pijmy sok żurawinowy	23

Do Czytelników,

Pierwszy numer kwartalnika spotkał się z waszym uznaniem. Przyszły listy i e-maile. Odezwali się zarówno młodzi jak i starsi czytelnicy, poszukujący dogodnego dla nich rozwiązania dręczącego ich schorzenia. Część listów znalazła swoje miejsce na łamach pisma. W niektórych z nich zadajecie Państwo pytania, na które na razie nie potrafimy znaleźć odpowiedzi. Pytacie na przykład, dlaczego tylko pewna ilość pieluch jest refundowana? Rozwiązanie tego problemu zależy od decyzji urzędów centralnych, na przykład Ministerstwa Zdrowia. Ale po to stworzyliśmy kwartalnik, aby informować decydentów i zmieniać w interesie chorych, nieżyciowe przepisy. Odezwały się do nas też różne instytucje, z którymi zamierzamy współpracować.

W numerze drugim kwartalnika przekazujemy sporą dawkę wiedzy o farmakologii NTM. Publikujemy na ten temat trójgłos znanych specjalistów. Artykuły te zainteresują zarówno lekarzy, zwłaszcza pierwszego kontaktu jak też czytelników, którzy mogą się przekonać, że walka z NTM nie jest beznadziejna. Ale trzeba też pamiętać, że zanim sięgniemy po tabletkę, warto pomyśleć o prostszych metodach leczenia, na przykład systematycznej gimnastyce. Prezentujemy w tym numerze zestaw odpowiednich ćwiczeń.

Z problemem NTM spotykają się w pracy codziennej domy opieki zdrowotnej. Odwiedziliśmy jeden z nich, olsztyński "Niebieski Parasol". Dowiedzieliśmy się także, czego mogą dokonać uparci pacjenci Wojewódzkiego Szpitala w Bydgoszczy.

Poza tym w numerze prawo i komunikaty. Czekamy na listy.

Redakcja

Kwartalnik **NTM****Redaktor wydania**

Maria Weber

Sekretarz redakcji

Sylwia Milczarek

Opracowanie graficzne

Magda Jonas

Korekta

Aleksandra Sienkiewicz

Adres redakcji

ul. Księcia Janusza 64

01 452 Warszawa

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

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

e-mail:

sylwia.milczarek@warsawvoice.pl

www.ntm.pl



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

Problemy farmakoterapii

Prof. dr hab med
Tadeusz Tołłeczko
Akademia Medyczna
w Warszawie



W pewnym uproszczeniu wszystkie stosowane leki można sklasyfikować jako: leki antymuskarynowe, blokery kanału wapniowego, preparaty przeciwdepresyjne oraz szereg rzadziej stosowanych leków.

Za skurcz pęcherza od strony fizjologicznej jak i patologicznej odpowiedzialna jest acetylocholina mająca swój punkt uchwytu w receptorach muskarynowych pęcherza moczowego. Receptory muskarynowe znajdują się również w przewodzie pokarmowym, śliniankach, mózgu i sercu.

Obecność receptorów muskarynowych w tych narządach tłumaczy występowanie nieraz bardzo dokuczliwych objawów ubocznych po zastosowaniu leków o działaniu antycholinergicznym. W trakcie leczenia występować więc mogą bardzo dokuczliwe ob-

nych. Dlatego też terapeutyczny skutek działania tych leków należy ocenić w powiązaniu z występującymi objawami ubocznymi. Należy pamiętać, że stosowanie leków antycholinergicznym nie jest leczeniem przyczynowym, lecz tylko objawowym. Chorzy przyjmujący te leki powinni wykazywać dużą ostrożność przy prowadzeniu pojazdów mechanicznych.

Najczęściej stosowanym lekiem jest **oksybutynina**, od lat stosowana jako lek "pierwszego rzutu". Mechanizm działania oksybutyniny jest bardzo złożony i nie wynika tylko z jej antycholinergicznymi właściwościami, lecz również z wpływu na zwiotczenie mięśni gładkich, oraz wpływu na czynność kanału wapniowego.

Tolterodyna - jest również antagonistą receptora muskarynowego. Na pod-

zgowo - rdzeniowego, co zmniejsza jego wpływ na centralny układ nerwowy.

Dawkowanie wszystkich antymuskarynowych leków powinno być indywidualizowane i ustalone na podstawie skutku leczniczego i objawów ubocznych. Chorzy powinni być uprzedzeni, że chorobę charakteryzują okresy poprawy i nawrotów objawów i do nich dostosowane powinno być leczenie.

W leczeniu nadpobudliwości pęcherza leki o działaniu antymuskarynowym (**propantheline**, **emepromium**, i **tolterodine**) znalazły szerokie zastosowanie i zaaprobowane zostały przez US- Food and Drug Administration.

Na idiopatyczną postać nietrzymania moczu u dorosłych najlepiej oddziałują leki antycholinergiczne takie jak **propanthelina** 15 mg, **imipramina** 50 mg lub **oksybutynina** 5 mg x 3 /dziennie. Dalsze, prowadzone współcześnie, prace badawcze dotyczą receptorów muskarynowych oraz poszukiwań ich antagonistów. Farmakolodzy zidentyfikowali trzy podgrupy muskarynowych receptorów - M1, M2, and M3.

W leczeniu nadreaktywnego pęcherza stosowany też bywa analog wazopresyny- **desmopressyna**, oraz preparat przeciwdepresyjny **imipraminą**. Skuteczność kliniczna skojarzonego leczenia oksybutyniną i imipraminą została empirycznie potwierdzona.

Wśród badanych ostatnio leków należy wymienić **duloksetynę**, która poza działaniem antycholinergicznym wykazuje właściwości hamujące wchłanianie zwrotne serotoniny i norepinefryny, działa też antyhistaminowo, oraz zmniejsza wrażliwość receptorów adrenergicznych α i β . Lek ten zwiększa również napięcie zwieracza i pojemność pęcherza działając poprzez układ nerwowy.

W przyczynowym leczeniu zaburzeń czynnościowych procesu mikcji stosowane są resiniferatoksyna oraz toksyna botulinowa. Skuteczność toksyny botu-

Leki stosowane w nadpobudliwości mięśnia wypieracza

Oksybutynina	zwiotczają mięśniówkę gładką	działa przeciwcholinergicznie
Propanthelina	działa przeciwcholinergicznie	
Dicyklomina	zwiotczają mięśniówkę gładką	działa przeciwcholinergicznie
Tolterodyna	antagonista receptora muskarynowego M3	
Imipramina	lek przeciwdepresyjny	
Doksepina	lek przeciwdepresyjny	
Nifedypina	bloker kanału wapniowego	
Diltiazem	bloker kanału wapniowego	
Flawoksat	zwiotczają mięśniówkę gładką	

Źródło: C. DuBeau. Nietrzymanie moczu. The Merck Manual, wyd.2.Urban&Partner, Wrocław 2001

jawy uboczne takie jak suchość ust, zarzucanie żołądkowo - przełykowe, oraz zaparcia. Nasilenie tych powikłań może być tak męczące, że chory wstrzymuje przyjmowanie leków tej grupy.

Większość dotychczas stosowanych leków wykazuje działanie muskarynowe i wywołuje szereg objawów ubocz-

stawie szeregu obserwacji klinicznych stwierdzono i potwierdzono jej mniejszy wpływ na receptory muskarynowe ślinianek niż oksybutyniny. Dlatego objawy uboczne mają bardziej łagodny charakter, a lek jest lepiej tolerowany przez chorych. Wynika to również z faktu, że nie przenika on do płynu mó-

linowej sięga 81%, z efektem działania wynoszącym do 1 roku.

Bardziej szczegółowy wykaz leków i sposób ich stosowania został przedstawiony w numerze specjalnym "Terapii" 4/2002.

Wysiłkowe nietrzymanie moczu.

Oznacza mimowolne moczenie się w czasie kaszlu, kichania, dźwigania ciężarów, lub jakiejkolwiek czynności wymagającej wysiłku fizycznego, podczas którego gwałtownie wzrasta ciśnienie w jamie brzusznej, bez jednoczesnego skurczu pęcherza moczowego.

Przyczyną tej dolegliwości jest niewystarczająca wydolność zwieraczy dróg moczowych nie będących w stanie zrównoważyć zwiększonego ciśnienia w pęcherzu moczowym w wyniku zwiększenia ciśnienia wewnątrzbrzuszego. U mężczyzn pojawia się po usunięciu gruczołu krokowego w wyniku uszkodzenia zewnętrznego zwieracza cewki, lub po urazie błoniastej części cewki czy szyi pęcherza.

Leczenie zależne jest od stopnia nietrzymania moczu u niektórych chorych konieczne jest przeprowadzenie badania urodynamicznego. W każdym przypadku wysiłkowego nietrzymania moczu przeprowadzić należy próbę leczenia zachowawczego.

Przy niezbyt nasilonych objawach dobre wyniki dają ćwiczenia mięśnia łonowo - guziczowego, ćwiczenia mięśni przepony miednicowej dna miednicy poprzez stosowanie odpowiednich stożków pochwowych. Leczenie uzupełniające polega na stosowaniu leków (alfa-sympatykomimetycznych) powodujących wzrost oporu proksymalnej części cewki. Wkładki dopochwowe (pessarium), poprzez podniesienie szyi pęcherza moczowego, zmniejszają stopień tej dolegliwości.

Badania kliniczne potwierdziły skuteczność zastosowania **duloksetyny**, leku hamującego wchłanianie zwrotne serotoniny i noerepinephryny, co zwiększa siłę skurczu zwieraczy. Lek ten zmniejsza o 64% częstość występowania incydentów wysiłkowego nietrzymania moczu w przypadku stresu.

Hormonalna terapia zastępcza

Przyjmuje się, że zastosowanie estrogenów jako hormonalnego leczenia uzupełniającego wzmacnia siłę skurczu przepony miednicowej i poprzez wzmocnienie włókien kolagenowych wpływa na skuteczniejsze podtrzymywanie szyi pęcherza i samego pęcherza moczowego.



U kobiet po menopauzie znaczny wpływ mają estrogeny na ustępowanie zaniku śluzówki pęcherza moczowego. Powoduje to stopniowo coraz bardziej sprawne uszczelnianie cewki moczowej. Hormonalna terapia zastępcza u kobiet po menopauzie nie wykazuje jednak pozytywnego działania w przypadku stresowego nietrzymania moczu.

Inne przyczyny

Lista znanych powszechnie przyczyn nietrzymania moczu jako objawu chorobowego musi być uzupełniona również o inne przyczyny czynnościowego nietrzymania moczu. Bywają one często następstwem innych schorzeń, lub działania ubocznego stosowanych leków. Zdarza się, że przyjmowane lekarstwa z powodu innych, współistniejących schorzeń, powodują utratę kontroli nad świadomym oddawaniem moczu. W takich przypadkach nie należy przerywać przyjmowania stosowanego

leku bez porozumienia się z lekarzem prowadzącym.

Jeśli przyjmowane lekarstwo powoduje problemy z oddawaniem moczu to należy przepisać inny lek o tym samym działaniu i skuteczności, a pozbawiony wpływu na pęcherz moczowy. Jeśli jednak zaistnieje bezwzględna konieczność dalszego stosowania tego leku, to należy dokonać próby zastosowania innego, dodatkowego leczenia w celu

przywrócenia kontroli nad czynnością pęcherza moczowego. Na przykład niektóre leki stosowane w leczeniu nadciśnienia tętniczego mogą powodować albo zwiększone napięcie zwieraczy, albo też wpływać na ich zwiotczenie. Niektóre leki stosowane w leczeniu przeziębienia mogą wywrzeć taki sam efekt.

Picie alkoholu również zaburza mechanizm wydalania moczu. Kofeina zawarta w herbacie i Coca-Coli wywiera efekt podobny. Leki diuretyczne zwiększają pojemność łóżyska naczyniowego przez odciagniecie wody z miejsc "przewodniowych" - obręgniętych i powodują zwiększane wydalanie moczu wpływającego do pęcherza.

Przed wizytą u lekarza, pacjent powinien przygotować spis przyjmowanych leków zarówno przyjmowanych z przepisu lekarza jak i stosowanych bez recepty. Należy wówczas ocenić czy przyjmowane leki nie powodują problemów z oddawaniem moczu.

Jak leczyć farmakologicznie

**Dr med
Piotr Radziszewski**

Katedra i Klinika
Urologii AM
w Warszawie



**Prof. dr hab. med
Andrzej Borkowski**

Katedra i Klinika
Urologii AM
w Warszawie



Nietrzymanie moczu jest objawem, a nie chorobą.

W związku z tym brak jest jednej metody leczenia dla nietrzymania moczu. Wybór sposobu leczenia zależy od przyczyny nietrzymania moczu.

Nietrzymanie moczu spowodowane osłabieniem mięśni miednicy, niewydolnością zwieracza, pojawiające się w trakcie kaszlu, kichania, uprawiania sportu czy też innej formy wysiłku fizycznego nazywamy wysiłkowym nietrzymaniem moczu.

Kiedy popuszczenie moczu występuje w trakcie silnego, niepożądanego parcia na mocz, gdy występuje częsta potrzeba oddania moczu, konieczność kilkukrotnego wstawania w nocy, wówczas mówimy o nietrzymaniu moczu spowodowanym nadreaktywnością pęcherza moczowego.

Przyczyną nadreaktywności może być choroba neurologiczna (stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, uraz rdzenia kręgowego, udar mózgu). Jest to wówczas nadreaktywność na tle neurogennym. Jednakże w większości przypadków przyczyna nadreaktywności nie jest znana.

Zdarza się też, że wysiłkowe nietrzymanie moczu współistnieje z nadreaktywnością pęcherza moczowego – jest to tzw. mieszany typ nietrzymania moczu.

Inne, rzadsze przyczyny obejmują wady wrodzone (np. nieprawidłowe ujęście moczowodu poza mięśniami zwieracza), przetoki pęcherzowo-pochwowe (popromienne, po zabiegach operacyjnych), nietrzymanie moczu z prze-

pełnienia (występuje wówczas gdy upośledzone jest czucie wewnętrzno-pęcherzowe oraz gdy brak jest prawidłowego odruchu inicjacji mikcji). Pęcherz napęśnia się wtedy znacznie ponad normę, aż do granic swojej elastyczności. Wyciek moczu pojawia się, gdy mechanizmy zwieraczowe nie są w stanie dłużej skompensować naporu moczu w nadmiernie przepełnionym pęcherzu.

W tego typu przypadku zaleca się odpowiedni zabieg operacyjny (wady, przetoki) lub usunięcie przeszkody pod pęcherzowej poprzez odpowiednią farmakoterapię czy też zabieg operacyjny.

Wysiłkowe nietrzymanie moczu można leczyć zachowawczo tylko w najlżejszej postaci, stosując odpowiednie ćwiczenia mięśni krocza. W pozosta-

łych przypadkach wybiera się leczenie operacyjne, które może być uzupełnione ćwiczeniem mięśni krocza, elektro-stymulacją lub biofeedbackiem.

W chwili obecnej trwają badania nad przydatnością kliniczną pierwszego doustnego leku mającego zastosowanie w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu. Lek ten, o nazwie **duloksetyna**, zwiększa napięcie zwieracza cewki moczowej zapobiegając w ten sposób wyciekowi moczu na zewnątrz. Rejestracja duloksetyny planowana jest na rok 2003.

W przypadku nadreaktywności pęcherza moczowego (idiopatyczną bądź neurogenną), leczeniem z wyboru jest odpowiednia farmakoterapia.

W celu rozpoznania nadreaktywno-

ści pęcherza moczowego, należy wykluczyć miejscowe czynniki, które mogą powodować podrażnienie pęcherza i występowanie parć nagłych. Należą do nich: zaleganie moczu powyżej 100 ml, infekcja dróg moczowych, nowotwory układu moczowego. Konieczna jest też ocena wydolności nerek w zakresie podstawowym (mocz-nik, kreatynina) oraz badanie przez kışkę stolcową u mężczyzn i przez pochwę u kobiet. Jeżeli te badania potwierdzą nadreaktywność pęcherza i jednocześnie wykluczą inne patologie, można przystąpić do pierwszej próby leczenia pęcherza nadreaktywnego. Czasami trzeba skierować pacjenta na specjalistyczne badanie czynności dolnych dróg moczowych – badanie urodynamiczne. Konieczność ta występuje w przypadku zaburzeń mikcji z towarzyszącymi nawracającymi infekcjami dróg moczowych, zalegania po mikcji, trudności w oddawaniu moczu, podejrzenie schorzenia neurologicznego, wpływu pęcherzowo-moczowodowy, zaburzenia czynności nerek, wysiłkowego nietrzymania moczu opornego na leczenie zachowawcze (zawsze badanie urodynamiczne przed zabiegiem operacyjnym) a także, gdy leczenie zachowawcze nadreaktywności pęcherza nie przynosi efektów.

Leki antycholinergiczne

W leczeniu nadreaktywności pęcherza stosuje się preparaty antycholinergiczne. Obecnie lekiem pierwszego rzutu w leczeniu nadreaktywności pęcherza moczowego jest **tolterodyna** (Detrusitol tab. a 1 i 2 mg), która należy do preparatów antycholinergicznych nowej generacji, selektywnych wobec pęcherza moczowego, w odróżnieniu od stosowanych do tej pory leków antycholinergicznych, które są niespecyficznymi antagonistami receptora muskarynowego. Z uwagi na wybiórcze działanie na pęcherz moczowy tol-

Do rozpoznania pęcherza nadreaktywnego konieczne jest występowanie objawów takich jak parcia nagłe z, lub bez nietrzymania moczu, częstomocz nocny powyżej 2 razy, częstomocz dzienny powyżej 8 razy.

terodyna wywołuje mniejsze działania uboczne, które są charakterystyczne dla innych leków antycholinergicznych (suchość w ustach, zaburzenia żołądkowo-jelitowe). Ponadto wykazuje też słabszą penetrację do ośrodkowego układu nerwowego (brak wpływu na czynność bioelektryczną mózgu) oraz nie zaburza w sposób istotny akomodacji oka. Działanie terapeutyczne tolterodyny polega na zmniejszaniu pobudzenia pęcherza moczowego, przez co zmniejszeniu ulega nasilenie objawów nadreaktywnego pęcherza. Zwiększa się pojemność czynnościowa pęcherza zmniejsza się amplituda skurczów niestabilnego wypieracza. Detrusitol jest dawkowany od 1-2mg 2 razy dziennie.

W końcowym stadium oceny przydatności klinicznej znajdują się też inne leki antycholinergiczne nowej generacji takie jak: **darifenacyna**, **solifenacyna** oraz **YM-905**. Ich rejestrację planuje się na najbliższe lata.

Klasyčnym przedstawicielem nieselektywnych leków antycholinergicznych jest **atropina**, jednakże ze względu na silnie wyrażone objawy uboczne ze strony ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego (zaburzenia widzenia, suchość w ustach, zaburzenia rytmu serca, zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego) nie znajduje praktycznego zastosowania w terapii pęcherza nadreaktywnego.

Bardzo znanym przedstawicielem tej grupy leków jest **chlorowodorek oxybutyniny** (Driptane, Ditropan-tab a 5mg). Jednak ze względu na brak selektywnego działania wobec receptorów muskarynowych stosowanie oxybutyniny jest obarczone znacznymi efektami ubocznymi takimi jak: suchość w ustach, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, zaburzenia widzenia. Skuteczna maksymalna dawka dobową oxybutyniny to 15mg.

Do syntetycznych preparatów o nieselektywnym działaniu antymuskarynowym należy też **bromek propanteliny** (Pro-Banthine dawkovanie 3x15-30mg) oraz jest **bromek emepronium** (Cetiprin, Uro-Riprin, dawkovanie: 3x200mg). Jest to preparat o tzw. mieszczonym mechanizmie działania, tj. oprócz działania antycholinergicznego zmniejsza on napięcie mięśni poprzez blokowanie kanałów wapniowych.

Chlorek tropsium (Spasmolyt) nie wykazuje selektywności wobec receptorów cholinergicznych, ale ze względu na niską dostępność biologiczną poniżej 5%, wywołuje nieznaczne efekty uboczne (patrz wyżej) przy zachowanym działaniu terapeutycznym na nadreaktywny pęcherz moczowy.

Omawiając leki zwiotczające pęcherz moczowy należy wspomnieć o preparacie pod nazwą **Flavoxat** (Urispass, Spasuret). Jeszcze kilka lat temu był on lekiem bardzo popularnym w leczeniu nadreaktywnego pęcherza. Jednakże badania kliniczne wykazały, że ma on skuteczność porównywalną z placebo. Brak też jest przekonującego mechanizmu działania tego preparatu.

Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne były stosowane w zaburzeniach oddawania moczu i moczeniu nocnym już od dawna. Ich główne działanie spowodowane jest silnymi właściwościami antycholinergicznymi w ośrodkowym układzie nerwowym i częściowo na obwodzie. Do tej grupy należą **imipramina** (Imipramina drg. a 10 i 25mg, dawkovanie 10-50mg/dobę w dawkach podzielonych lub jednorazowo na noc), **doxepina** (Doxepin kaps. a 10 i 25mg, dawkovanie 2x10mg, lub jednorazowo 25mg na noc).

Leki antycholinergiczne są przeciwwskazane w przypadku jaskry z wąskim kątem przesączania, męczliwości mięśni (miastenia) oraz w przypadku stosowania niektórych leków przeciwparkinsonowskich (nasilają ich działanie).

Neurotoksyny

Preparaty antycholinergiczne to nie jedyny sposób leczenia pęcherza nadreaktywnego.

Bardzo obiecującą grupę leków stanowią **neurotoksyny**. Zalicza się do nich **resiniferatoksynę** oraz **toksynę botulinową**.

Resiniferatoksyna (żywica z kaktusa marokańskiego z rodziny Euphorbia) jest

stosowana w marokańskiej medycynie naturalnej, w przypadku dolegliwości bólowych o charakterze reumatoidalnym, od ponad 2000 lat.

W przypadku nadreaktywności pęcherza moczowego resiniferatoksyna działa na unerwienie czuciowe pęcherza, porażając je w sposób odwracalny. Dzięki temu nie są odczuwane parcia naglące, a pęcherz moczowy nie kurczy się w sposób niepohamowany w trakcie jego napełniania. Resiniferatoksynę stosuje się w postaci wlewk dopęcherzowych. Jednokrotne podanie wystarcza na około 3-8 miesięcy.

W badaniach klinicznych, przeprowadzonych u pacjentów z nadreaktywnością pęcherza moczowego, skuteczność resiniferatoksyny wynosiła 46%.

Toksyna botulinowa jest kolejną neurotoksyną, która znalazła swoje zastosowanie w urologii. Podana do mięśnia pęcherza moczowego w formie wstrzyknięcia wywołuje jego odnerwienie. Odnerwiony mięsień słabiej się kurczy, zmniejszeniu ulega też

intensywność przewodzonych bodźców czuciowych. Odnerwienie nie jest zjawiskiem nieodwracalnym. Po około 7 dniach od podania toksyny botulinowej dochodzi do procesu reinerwacji mięśnia. Dzięki temu być może dochodzi do odtworzenia prawidłowych połączeń neuronalnych. Efekt działania toksyny botulinowej w przypadku

pęcherza nadreaktywnego wynosi około 8 miesięcy.

Z przeglądu dostępnych preparatów wynika, że zespół objawów pęcherza nadreaktywnego można i trzeba leczyć. Wybór właściwej metody leczenia zależy od nasilenia objawów i współistniejących schorzeń (np. neurologicznych, jaskry).

W przypadku niewrażliwości na leczenie antycholinergiczne należy rozważyć inne alternatywne metody leczenia.

Leczenie preparatami antycholinergicznymi powinno trwać minimum 3 miesiące. Gdy po tym okresie brak jest poprawy klinicznej należy pacjenta skierować na specjalistyczne badania, w tym badanie urodynamiczne.

Rola lekarza domowego

Agencja Polityki Zdrowia i Badań (AHCPR) w Stanach Zjednoczonych wytypowała zaburzenie nietrzymania moczu jako jedno z siedmiu wymagających opracowania postępowania w praktyce klinicznej. Stwierdzono też, że w celu poprawy zdrowia społeczeństwa co najmniej 60% placówek podstawowej opieki zdrowotnej powinno do roku 2005 rutynowo prowadzić u osób starszych badania przesiewowe, wykrywające nietrzymanie moczu.

Jak rozpoznać NTM

Niestety już 10 lat temu tygodnik "Time" określał nietrzymanie moczu mianem ostatniego z ukrytych (closed-closet) tematów. Wielu chorych nadal niechętnie zgłasza ten problem swojemu lekarzowi. Blisko połowa cierpiących nie inicjuje rozmowy z lekarzem na ten temat, ponieważ czuje się zażenowana lub nie wierzy

trzymania moczu powinien stać się stałym elementem badania w gabinecie lekarza pierwszego kontaktu. Winien on wprost zapytać, czy pacjentowi zdarza się popuszczanie moczu. Jeśli odpowiedź jest pozytywna, należy przeprowadzić diagnostykę i leczenie. Stwierdzono, że zwiększając liczbę kobiet omawiających ten problem z lekarzem o 30% (z 41% do 71%) można wyeliminować aż 50000 przypadków umiarkowanego i ciężkiego nietrzymania moczu rocznie. W rozmowie z pacjentem warto podkreślać fakt, że nietrzymanie moczu jest zwykle przejawem uleczalnego zaburzenia.

Rodzaje nietrzymania moczu

Terminem nietrzymanie moczu określa się niekontrolowane wyciekanie moczu w takim nasileniu, iż jest to postrzegane jako problem. Wyróżnia się następujące rodzaje: nietrzymania moczu towarzyszące

skojarzonego z parciem na mocz, nietrzymanie z przepełnienia pęcherza moczowego. Czynnościowe występuje jeśli nietrzymanie moczu nie jest związane ze zmianami dolnego odcinka dróg moczowych. Leczenie zależy od rodzaju nietrzymania moczu.

Czysta postać, czyli nietrzymanie wysiłkowe właściwe pojawia się w momencie nagłego wzrostu ciśnienia w jamie brzusznej, np. kichania, śmiechu, schylania się i innych czynności. W warunkach prawidłowych niekontrolowanemu wpływaniu moczu podczas pracy tłoczni brzusznej zapobiega jednoczesny wzrost oporu w cewce moczowej. Wysiłkowe nietrzymanie moczu jest zwykle spowodowane nadmierną ruchomością szyi pęcherza, czasami wraz z niedomogą zwieracza cewki moczowej. Uruchomienie tłoczni brzusznej powoduje wypchnięcie szyi pęcherza w dół poza obręb miednicy. Część bliższa cewki moczowej poddana jest przeniesionemu z jamy brzusznej ciśnieniu wewnątrz pęcherzowemu, które przewyższa opór cewki moczowej. Niektórzy pacjenci mają pierwotną niedomogę cewki moczowej, co powoduje wyciekanie moczu już przy minimalnym zwiększeniu ciśnienia w jamie brzusznej i minimalnie zwiększonej ruchomości szyi pęcherza.

Typ mieszany nietrzymania moczu ma cechy nietrzymania wysiłkowego i z parciem na mocz. Występuje najczęściej u kobiet w podeszłym wieku. Jednoczesne występowanie objawów nietrzymania wysiłkowego i z parciem na mocz zgłasza około 40% chorych z tą dolegliwością. Lekarze pierwszego kontaktu najlepiej radzą sobie z leczeniem czystej postaci wysiłkowego nietrzymania moczu oraz postaci mieszanej.

Do nietrzymania z przepełnienia dochodzi w następstwie nadmiernego rozciągnięcia ścian pęcherza na skutek upośledzenia kurczliwości mięśnia wypieracza. Wśród wielorakich przyczyn tego zaburzenia można wymienić uszkodzenie pęcherza spowodowane przewlekłym przepełnieniem u chorych na cukrzycę lub



w możliwość pomocy. Próbuje zaradzić kłopotom używając wkładek higienicznych lub absorbujących podpasek.

Tymczasem wywiad dotyczący nie-

chorobom dolnego odcinka dróg moczowych, wysiłkowe nietrzymanie moczu, nietrzymanie z parciem na mocz, mieszana postać wysiłkowego nietrzymania moczu

łagodny rozrost stercza. Pacjenci mogą zgłaszać, iż mocz wypływa podczas mikcji cienkim strumieniem, skarżyć się na wyciek kroplami, objawy nietrzymania wysiłkowego lub z parciem na mocz.

Nietrzymanie może też mieć charakter nieustannego wypływania moczu, co zdarza się w przypadku niewydolności zwieracza cewki moczowej lub przetówki cewki moczowej u chorych po napromieniowaniu, zabiegu chirurgicznym albo urazie.

Wywiad

Badanie chorego z nietrzymaniem moczu należy rozpocząć od wnikliwego zebrania wywiadów internistycznych, neurologicznych i dotyczących układu moczowo-płciowego. Należy uzyskać informacje na temat czynników ryzyka, chorób towarzyszących, przebytych operacji i przyjmowanych leków. Aby określić rodzaj nietrzymania moczu, lekarz powinien poznać szczegółowy opis odczuwanych przez pacjenta dolegliwości. Rozpoczynając rozmowę można zadać kilka pytań, które pozwolą odróżnić nietrzymanie wysiłkowe od nietrzymania z parciem na mocz. Należy również zapytać o inne dolegliwości ze strony układu moczowego (moczenie nocne, objawy dyzuryczne, oddawanie moczu poprzedzone okresem nietrzymania, moczenie mimowolne, konieczność uruchomienia tłoczni brzusznej, słaby lub przerywany strumień moczu, bolesne oddawanie moczu), ilość wypijanych płynów, rytm wypróżnień, zmiany aktywności seksualnej i wcześniejsze leczenie nietrzymania moczu. Konieczne jest również dokonanie oceny czynników środowiskowych i społecznych takich jak warunki bytowania, sprawność chodu i możliwość dotarcia na czas do toalety. Czas trwania oraz częstota epizodów nietrzymania moczu pomaga określić dziennik oddawania moczu. Wywiady pomogą lekarzowi wykluczenie czynnościowego i ciągłego nietrzymania moczu.

Badanie specjalistyczne

W każdym przypadku należy przeprowadzić badanie brzucha i narządów płciowych. Przed badaniem pacjent po-

Pytania przydatne w diagnostyce nietrzymania moczu

Czy ma pan(i) jakieś kłopoty z pęcherzem moczowym ?

Od jak dawna ?

Czy mówił(a) pana(i) o nich wcześniej lekarzowi ?

Jak często zdarza się niemożność nietrzymania moczu, jak dużo moczu wypływa ?

Kiedy dochodzi u pana(i) do mimowolnego oddawania moczu ?

Czy zauważył(a) pan(i), jakie zajęcia i sytuacje sprzyjają nietrzymaniu moczu ?

Czy nietrzymanie przeszkadza panu(i) w tych zajęciach, jak często ?

Czy nietrzymanie zdarza się podczas śmiechu, kaszlu, w drodze do toalety ?

Czy nietrzymanie moczu często sprawia, że rezygnuje pan(i) z robienia tego, na co miał(a)by pan(i) ochotę ?

Jak często nosi pan(i) wkładkę higieniczną ?

Czy stosuje pan(i) środki zabezpieczające przed moczeniem się ?

Czy chciał(a)by pan(i) spróbować leczenia zachowawczego przed skierowaniem do specjalisty ?

winien oddać mocz, który należy poddać analizie laboratoryjnej. Aby wykluczyć uszkodzenie korzeni nerwów S1-S2 należy przeprowadzić badanie neurologiczne okolicy krocza, oceniając czucie bólu, napięcie zwieracza cewki moczowej oraz odruch opuszkowo-jamisty.

Ilość moczu zalegającego w pęcherzu należy określić ewakuując mocz przez cewnik Foleya. Jeśli objętość moczu przekracza 100 ml lub 20% moczu oddanego podczas mikcji, jest to objaw nieprawidłowy.

Podczas badania narządów miednicy trzeba określić zwiotczenie przedniej, tylnej i górnej ściany pochwy, do której może wpuklać się pęcherz moczowy, odbytnica albo inne części jelita. Należy zwrócić szczególną uwagę na przednią ścianę pochwy w miejscu, gdzie sąsiaduje ona z szyją pęcherza i cewką moczową. Nadmierna ruchomość cewki moczowej, którą można stwierdzić przy badaniu miednicy polecając pacjentce mocno zakaszać lub wykonując próbę Valsavy, występuje zwykle u kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu. Po wprowadzeniu cewnika Foleya i wypełnieniu balonika można wy badać go palpacyjnie przez pochwę i ocenić ruchomość szyi pęcherza oraz cewki moczowej. Inną metodą jest wprowadzenie do cewki moczowej zwilżonego żelem ułatwiającym poślizg albo parafiną wacika na pręciku. Zarówno w spoczynku, jak i podczas próby Valsavy pręcik powinien pozostawać w położeniu równoległym do dna miednicy. Unoszenie się pręcika ku górze wskazuje

na nadmierną ruchomość cewki moczowej i szyi pęcherza.

Następnie można podać do pęcherza moczowego przez cewnik odmierzoną ilość sterylnej wody o temperaturze pokojowej, aby uchwycić pierwsze odczucie wypełnienia pęcherza, uczucie całkowitego wypełnienia i określić maksymalną pojemność. Po usunięciu cewnika powtórnie ocenia się wydolność zwieracza podczas pracy tłoczni brzusznej, kaszlu i innych prób prowokacyjnych. Nieprowokowany wpływ moczu przemawia za nietrzymaniem z parciem na mocz połączonym z niestabilnością mięśnia wypieracza, natomiast możliwość sprowokowania wycieku moczu sugeruje czystą postać wysiłkowego nietrzymania moczu.

Dokładne określenie przyczyny nietrzymania moczu może wymagać wykonania szczegółowych badań diagnostycznych. Należą do nich: cystometria, badanie usg pęcherza moczowego i nerek, badanie elektrofizjologiczne zwieracza cewki moczowej, cystoureteroskopia, pomiar przepływu moczu i badanie urodynamiczne z wykorzystaniem techniki wideo. Badania te wykonują specjaliści.

Terapia

Niektóre stany, powodujące lub nasilające nietrzymanie moczu, są odwracalne i powinny być leczone równocześnie z prowadzeniem innych badań terapeutycznych. Należą do nich: otyłość, zakażenie dróg moczowych, zanikowe zapalenie cewki moczowej lub pochwy, zalega-

nie zbitych mas kałowych. Możliwym do uniknięcia czynnikiem wyzwalającym nietrzymanie moczu jest stosowanie niektórych leków (w tym również dostępnych bez recepty), używanie kofeiny i innych środków moczopędnych.

U kobiet z nietrzymaniem wysiłkowym oraz związanym z parciem na mocz można zastosować jedną z kilku metod leczenia, np. chirurgiczną korektę ruchomości szyi pęcherza. Większość lekarzy zaleca w pierwszym rzędzie leczenie zachowawcze (terapia behawioralna, fizjoterapia, leczenie farmakologiczne, anatomiczne wkładki podporowe i mechaniczne) stosowane samodzielnie lub w skojarzeniu. Kobiety decydują się początkowo na jedną z niezabiegowych metod leczenia, choć zabiegi chirurgiczne cechuje wysoki wskaźnik wyleczeń. Również u kobiet, które poddano zabiegowi chirurgicznemu, ale nadal zgłaszają dolegliwości związane z nietrzymaniem moczu, można prowadzić leczenie zachowawcze.

Terapia behawioralna i fizjoterapia polegają na ćwiczeniu mięśni dna miednicy (ćwiczenia Kegla), ćwiczeniach z wykorzystaniem obciążonych wkładek dopochwowych, zastosowaniu urządzeń wykorzystujących biologiczne sprzężenie zwrotne (redukcja mięśni miednicy), modyfikacji behawioralnej i stymulacji elektrycznej. Lekarz pierwszego kontaktu może bez trudu nauczyć pacjentkę wykonywania ćwiczeń mięśni dna miednicy (skurcze mięśni otaczających pochwę), które stanowią efektywne uzupełnienie innych metod leczniczych. Biologiczne sprzężenie zwrotne polega na rejestracji siły skurczu mięśni okółopochwowych za pomocą perineometrów i dostarczeniu pacjentce informacji o pracy tych mięśni; stanowi to pozytywne wzmocnienie zwiększające skuteczność wykonywanych ćwiczeń. Dostępność tej metody jest



jednak ograniczona, gdyż wiąże się z koniecznością specjalistycznego wyposażenia gabinetu. Terapia behawioralna to techniki ćwiczeń pęcherza moczowego (np. częste oddawanie moczu, ustalenie harmonogramu wypróżnień), zmniejszenie ilości przyjmowanych płynów, wykluczenie z diety kofeiny i innych środków o działaniu moczopędnym. Stymulację elektryczną wykorzystuje się w celu wywołania biernych skurczów mięśni otaczających cewkę moczową oraz mięśni dna miednicy za pomocą sondy wprowadzonej do odbytnicy lub do pochwy.

Leczenie farmakologiczne sprawdza się jedynie w przypadku nietrzymania z parciem na mocz. Zastosowanie znajdują leki cholinolityczne, jak chlorek oksybutyniony (Ditropan), lub trójpierścieniowe leki antydepresyjne, które hamują mimowolne skurcze pęcherza moczowego. Do innych zalecanych należą leki z grupy agonistów receptorów α -adrenergicznych, które zwiększają opór cewki moczowej, oraz u kobiet po menopauzie estrogeny, które wpływają korzystnie na

stan narządów miednicy.

Do anatomicznych i mechanicznych wkładek zalecanych kobietom z nietrzymaniem moczu należą pesaria, tampony, standardowe kapturki antykoncepcyjne, wkładki podpierające szyję pęcherza moczowego i stosowane czasowo wkładki zamykające cewkę moczową. Stwierdzono, że właściwie dopasowane wkładki przywracają u niektórych kobiet zdolność trzymania moczu. Wkładki te mogą jednak spowodować uciśnięcie lub niedrożność cewki moczowej, odleżyny pochwy i być przyczyną dyskomfortu pacjentki, która może mieć także trudności z ich wkładaniem i wyjmowaniem. Pesarium podpierające szyję pęcherza unosi okolicę ujścia cewki moczowej z pęcherza. Nabłonek pochwy u kandydatek do tego rodzaju terapii powinien zo-

stać przygotowany aparatem estrogenowym, a ze względu na konieczność okresowego usuwania i czyszczenia wkładek niezbędne są wizyty kontrolne.

Zamiast wkładek dopochwowych z dobrym skutkiem stosowane są wkładki przeznaczone do czasowego zamykania cewki moczowej. Wewnętrzna wkładka kontrolująca oddawanie moczu - to wkładka jednorazowego użytku, którą pacjentka umieszcza w cewce moczowej w sytuacjach zwiększonego ryzyka wystąpienia wysiłkowego nietrzymania moczu (np. podczas ćwiczeń fizycznych) i w innych wymagających tego okolicznościach. Przed oddaniem moczu wkładkę wyjmuje się, wypuszczając powietrze z balonika utrzymującego wkładkę w cewce. W 80% przypadków wkładka jest w pełni skuteczna; u niewielkiego odsetka kobiet występuje przemijająca objawowa bakteriuria lub krótkotrwały krwimocz. W celu zamknięcia ujścia cewki moczowej można używać także małych jednorazowych nakładek piankowych (Impress). Są one skuteczne u kobiet

z wysiłkowym nietrzymaniem moczu o łagodnym oraz umiarkowanym nasileniu, nie powodują przy tym istotnych objawów niepożądanych.

Kiedy do specjalisty

Uzasadnieniem do skierowania chorego do specjalisty mogą być trudności w ustaleniu rozpoznania, gdy np. objawy stwierdzone w badaniu klinicznym nie odpowiadają zgłaszanym dolegliwościom. Do innych wskazań należy niepowodzenie leczenia farmakologicznego i fizjoterapii, krwimocz oraz schorzenia współistniejące (np. nawracające objawowe zakażenie dróg moczowych, objawy znacznych

trudności z opróżnianiem pęcherza moczowego, objawowe wypadanie narządów miednicy małej, zatrzymanie dużej ilości moczu w pęcherzu po mikcji).

Lekarze pierwszego kontaktu mogą również określić prawidłowość samej mikcji, np. stwierdzając objawy podrażnienia lub zaporowe. Objawy zaporowe wymagają natychmiastowego skierowania pacjenta do urologa. Natomiast objawy podrażnienia mogą być związane z niestabilnością mięśnia wypieracza lub z nietrzymaniem z parciem na mocz, które z powodzeniem może leczyć lekarz pierwszego kontaktu. Do specjalisty należy także skierować chorego w przypadku niepowodzenia leczenia zachowawczego.

Opracowała **Maria Weber**
na podstawie piśmiennictwa:

Peter M. Knapp - *Posgraduate Medicine* 4/1998; *US Agency for Health Care Policy and Research. Urinary Incontinence in adults. Publication AHCPR no 92-0038*; Ouslander JG. *Urinary incontinence: out of the closet. JAMA* 1989; Palmer MH, German PS, Ouslander JG. *Risk factors for urinary incontinence one year after nursing home admission. Res. Nurs Health.* 1991; Marshall S. *Conservative management of stress urinary incontinence. Urology* 3/1991.

Rodzaje nietrzymania moczu

Rodzaj	Objawy kliniczne	Patofizjologia	Stany towarzyszące
CZYSTA POSTAĆ WYSIŁKOWEGO NIETRZYMANIA MOCZU	Wypływanie moczu przy kichaniu, śmiechu, kaszlu, schylaniu się i innych czynnościach	Nadmierna ruchomość szyi pęcherza, niedomoga zwieracza cewki moczowej (wrodzona lub nabyta)	Stan po operacji stercza, uraz, poród, napromienianie, liczne zabiegi na układzie moczowym niedobór estrogenów
NIETRZYMANIE Z PARCIEM NA MOCZ	Nagła, niepowstrzymana potrzeba oddania moczu; do objawów należy oddawanie moczu w nocy i moczenie nocne; częste u osób w podeszłym wieku	Mimowolne skurcze pęcherza (nadraktywność mięśnia wypieracza)	Uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (udar, choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, guzy, stwardnienie rozsiane, poszerzenie komór mózgu bez wzrostu ciśnienia wewnątrzczaszkowego, uszkodzenia rdzenia kręgowego), objawy po napromienianiu
NIETRZYMANIE Z PRZEPEŁNIENIA	Cienki strumień moczu, opróżnianie pęcherza kroplami, objawy nietrzymania wysiłkowego lub z parciem na mocz	Nadmierne rozciągnięcie pęcherza moczowego spowodowane upośledzeniem kurczliwości mięśnia wypieracza	Zamknięcie odpływu moczu, stosowanie niektórych leków, przewlekłe nadmierne wypełnianie pęcherza moczowego, unieruchomienie, ciężkie uszkodzenie funkcji poznawczych

Przybywa cierpiących

Maria Weber

W Śląskiej Kasie Chorych zanotowano ponad 30000 ubezpieczonych i korzystających z różnego typu pieluch. Podobnie jak w Mazowieckiej Kasie Chorych również na Śląsku przybywa ich co roku. Oznacza to zarówno wzrost osób cierpiących na NTM jak też zwiększoną świadomość i przekonanie, że warto troszczyć się o własne zdrowie.

Jak powiedział nam Marian Ziółko, dyrektor wydziału zaopatrzenia ortopedycznego i środków pomocniczych, kontrakt ze Śląska Kasą Chorych podpisało 18 648 lekarzy. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia wnioski na pieluchy anatomiczne mogą wypisać onkolodzy, chirurdzy, lekarze podstawowego kontaktu oraz felcerzy. Natomiast na pieluchomajtki dodatkowo neurologi i urologi.

- Trudno nam ocenić zapotrzebowanie na pieluchy anatomiczne lub pieluchomajtki, ponieważ systematycznie limit 60 sztuk miesięcznie jest wyczerpywany - mówi M. Ziółko - z naszych doświadczeń wynika, że ponad 60 procent wniosków dotyczy pieluchomajtek. Ubezpieczeni stale narzekają na ich niewystarczającą liczbę. Mogą oczywiście ten limit uzupełnić pełnopłatnymi produktami, ale wówczas ponoszą spore koszty. Dlatego wydaje się, że limit ten powinien być większy.

Szansa dla wszystkich producentów

Śląska Kasa Chorych przyjęła inny system zaopatrywania pacjentów niż pozostałe kasy chorych. W odróżnieniu od reszty kraju w Śląskiej nie podpisuje się umów z producentami i dystrybutorami przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, w tym produktów chłonnych. Wybór miejsca realizacji wniosku pozostawia się całkowicie ubezpieczonemu. Jednak, jak zapewnia nas M. Ziółko, w trosce o jakość wykonywanych i oferowanych przedmiotów Śląska Kasa Chorych postawiła warunki realizatorom wniosków. W związku z tym, każdy dystrybutor produktów, który chce współpracować ze Śląską Kasą

Chorych, musi złożyć oświadczenie o spełnieniu wymogów. - Zależy nam, aby sprzedaż odbywała się w odpowiednich warunkach lokalowych, zaś niepełnosprawni mieli zapewniony dostęp do placówki. Pracownicy powinni być przeszkoleni. Sprzedawane produkty, w tym przypadku pieluchy powinny mieć odpowiednie certyfikaty. Oświadczeń wymagamy przede wszystkim od placówek pozaaptecznych, na przykład sklepów medycznych czy rehabilitacyjno-medycznych powiedział M. Ziółko - od aptek nie wymagamy oświadczeń, ponieważ one muszą i tak spełnić szereg warunków.

Łącznie z aptekami śląscy pacjenci mogą starać się o pieluchy i pieluchomajtki w 1700 placówkach, czyli praktycznie wszędzie. W praktyce odpada więc problem

skowa, członek rodziny czy siostra PCK. Potwierdzony wniosek można zrealizować w punktach, spełniających wymogi Śląskiej Kasy Chorych.

Powyższa procedura stanowi często barierę dla osób starszych. Trzeba jednocześnie pamiętać, że w najlepszym wypadku czynności powtarza się co 3 miesiące, a w najgorszym co miesiąc.

Kto płaci za pieluchy

Przypomnijmy, kiedy pacjent może otrzymać pieluchy lub pieluchomajtki a kiedy trzeba za nie częściowo lub w całości zapłacić.

Bezpłatne pieluchy anatomiczne należą się choremu z rozpoznaniem nowotworu.

	Kwota do refundacji	Liczba wniosków	Liczba sztuk
1999	3 659 525	62 179	4 929 545
2000	7 162 493	79 671	7 275 480
2001	9 807 973	90 515	9 236 840

utrudnionego dostępu do produktów, na co skarżą się mieszkańcy innych województw.

Wykaz tych podmiotów jest dostępny dla ubezpieczonych w Punktach ds. Zaopatrzenia Ortopedycznego i Środków Pomocniczych. Wymogi postawione przedsiębiorstwom siłą rzeczy ograniczają dostęp do produktów ale w przypadku Śląskiej Kasy Chorych, placówki, które ich nie spełniają, stanowią margines.

Biurokratyczne przeszkody

Pacjenci otrzymują, z kolei, od lekarza wniosek SP, który jest ważny jeden miesiąc. Może on opiewać na środki, które wystarczają maksymalnie na trzy miesiące. Ubezpieczony powinien udać się z wnioskiem do Punktu Śląskiej Kasy Chorych, gdzie pracownicy rejestrują go i potwierdzają prawo do refundacji. Formalności może dopełnić również, w imieniu ubezpieczonego, pielęgniarka środowi-

W pozostałych przypadkach nietrzymania moczu trzeba za nie zapłacić 30 procent. Jeśli chorzy z nowotworami wybierają pieluchomajtki wówczas także płacą 30 procent.

Na refundowane pieluchomajtki i pieluchy anatomiczne ustalono limity wartościowe i ilościowe. Limit wartościowy za 60 sztuk pieluchomajtek wynosi 90 zł a dla pieluch anatomicznych 77 zł. Jeśli ubezpieczony płaci 30 procent, wówczas musi wyłożyć 27 zł za pieluchomajtki. Producenci proponują chorym dwie wersje pieluchomajtek - tańsze za 90 zł i droższe za 105 zł. Jeśli pacjent wybierze droższy produkt, wówczas musi dopłacić nadwyżkę, powyżej 90 zł, czyli 15 zł.

Limit 60 sztuk pieluch na miesiąc stanowi skromną pomoc państwa dla pacjentów. Wobec stałej potrzeby ich użytkowania nie sposób obejść się bez dodatkowych sztuk. Niestety będzie to systematyczny wydatek, dlatego trudno się dziwić chorym, że upominają się o zwiększenie limitu.

Pod "Niebieskim Parasolem"

Elżbieta
Szwalkiewicz



Z Elżbietą Szwalkiewicz, prezesem "Niebieskiego Parasola" rozmawia Iza Marcisz

Co kryje się pod nazwą "Niebieski Parasol"?

Jest to stowarzyszenie na rzecz chorych, długotrwale unieruchomionych, które powstało w Olsztynie w 1995 roku. Moja inicjatywa zorganizowania tej nowej formy opieki została poparta przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych oraz przez Ministerstwo Zdrowia. "Niebieski Parasol" działa na podstawie ustawy o stowarzyszeniach i jest organem założycielskim dla niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej. Od momentu powstania prowadzi kompleksową opiekę długoterminową nad osobami przewlekle chorymi, niewymagającymi pobytu w szpitalu.

W jaki sposób stowarzyszenie realizuje świadczenia zdrowotno - pielęgnacyjne?

Utworzyliśmy Centrum Pielęgnacyjne "Niebieski Parasol", które obejmuje działy stacjonarnych świadczeń pielęgnacyjnych - opiekuńczych, pielęgniarstwie usług domowych, domowych usług opiekuńczych, rehabilitacji, wypożyczalnię sprzętu rehabilitacyjnego i pielęgnacyjnego, dział obsługi klientów, administracyjno-szkoleniowy i kadr oraz dział finansowo-księgowy. Organizując Centrum przyjęliśmy założenia programowe, których realizacja ma wprowadzić do polskiego systemu ochrony zdrowia nową formę świadczeń dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Opieka ta oparta na zasadach kompleksowości i humanitaryzmu, uwzględnia równocześnie ekonomizację świadczeń. Chcemy w ten sposób wdrożyć modelowy wzorzec opieki długoterminowej.

Czy duże jest zapotrzebowanie na świadczenia "Niebieskiego Parasola"?

Kilka lat temu, zorganizowaliśmy sondaż, z którego wynika, że na terenie byłego województwa olsztyńskiego wzmożonej opieki pielęgnacyjnej wymagało po-

nad 3,5 tysiąca osób. Program rozwoju Centrum przewiduje objęcie opieką około 500 mieszkańców województwa warmińsko - mazurskiego. Już obecne zapotrzebowanie jest tak duże, że np. do naszego zakładu stacjonarnego, przyjmującego pacjentów niezdolnych do samodzielnej egzystencji, utworzyła się długa kolejka. Podobnie jest w przypadku świadczeń pielęgniarstwie i opiekuńczych w domu. Jak z tego wynika, potrzeby przerastają możliwości ich zaspokojenia. W zakładzie stacjonarnym dysponujemy 39 łózkami. Pod opieką domową mieliśmy dotychczas około 100 podopiecznych, ale od pierwszego czerwca, kompleksową opieką obejmujemy również mieszkańców wsi.

Wydłuża się średni wiek życia i zwiększa liczba osób niezdolnych do samoopieki. Rośnie więc zapotrzebowanie na świadczenia pielęgniarstwie - opiekuńcze. Wśród osób w podeszłym wieku ponad 50 procent cierpi na dolegliwość nietrzymania moczu. Skutki zaniedbań pielęgnacyjnych są jednym z najczęstszych powodów starania się o miejsce w domu starców. Jak ten problem wygląda wśród podopiecznych Centrum?

Większość osób wymagających kompleksowej i długoterminowej opieki ma kłopot z nietrzymaniem moczu. Jest to nie tylko efekt starzenia się organizmu ale także wynik schorzeń pęcherza czy nerek jak i ubocznych skutków szeregu poważnych chorób na przykład nowotworowych czy neurologicznych.

Podstawowym elementem pielęgnacji chorych pozostają w takich przypadkach produkty chłonnae mocz czyli pieluchomajtki i pieluchy anatomiczne, przypominające powiększone podpaski dla kobiet. Pieluchy te sprzedawane są w kilku rozmiarach. W Polsce limit dla jednego pacjenta wynosi 60 sztuk miesięcznie, co daje 2 pieluchy na dobę. Tymczasem praktyka wykazuje, że potrzebna jest jeszcze trzecia na noc, o zwiększonej chłonności. Dlatego wydaje się konieczne zwiększenie tego limitu do 90 sztuk miesięcznie. Ponadto istnieje też problem natury praw-

nej. Zaopatrzenie chorych w artykuły chłonnae mocz odbywa się na podstawie kilku ustaw i rozporządzeń wykonawczych, co powoduje, że kasy chorych różnie te przepisy interpretują. Wiąże się to najczęściej z zakwalifikowaniem pieluch, pieluchomajtek i wkładek urologicznych do tzw. środków pomocniczych. Tymczasem, gdyby artykuły te zostały zaliczone do wyrobów medycznych, podobnie jak wata czy lignina, to powinny być dostępne we wszystkich aptekach a nie tylko we wskazanych przez kasy chorych.

Jest Pani nie tylko prezesem "Niebieskiego Parasola", ale również konsultantem krajowym w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Jakie jest stanowisko w tej sprawie konsultanta krajowego?

W imieniu pacjentów mających problem z nietrzymaniem moczu oraz ich opiekunów, a także pielęgniarek świadczących usługi w ramach domowej opieki długoterminowej oraz hospicyjnej, zabiegam o zmianę kwalifikacji prawnej i ujęcie produktów chłonnae mocz dla dorosłych, w wykazie materiałów medycznych.

W ciągu kilku lat działalności Centrum zdobyło już pewne doświadczenie. Proszę powiedzieć, na jakie trudności napotykać w swojej pracy?

Najpoważniejszym problemem jest brak środków finansowych na opłacenie świadczeń opiekuńczych. Usługi medyczne - pielęgnacyjne i rehabilitacyjne finansują kasy chorych na podstawie umów od września 2000-go roku. Od ubiegłego roku natomiast, za świadczenia rehabilitacyjne płaci Państwowy Fundusz Osób Niepełnosprawnych. Od września 2001 roku uruchomiliśmy opiekę stacjonarną i pacjenci przebywający w Centrum Pielęgnacyjnym współfinansują koszty zakwaterowania i wyżywienia.

Muszę również podkreślić, iż otrzymaliśmy znaczną pomoc od Zakonu Rycerzy Joannitów z Niemiec. Ich reprezentantka, baronowa Heidi von Rosenberg przywiozła nam sprzęt pielęgnacyjny i rehabilitacyjny, który wypełnił kilka tirów.

Dziękuję za rozmowę.

Zmusić lekarza do rozmowy

Edwin
Barczyński



Z Edwinem Barczyńskim, prezesem Stowarzyszenia Osób Przewlekłe Chorych z Chorobami Układu Moczowego UROSTO rozmawia Maria Weber

Co Pana skłoniło do założenia Stowarzyszenia?

W 1998 roku byłem trzykrotnie operowany na nowotwór pęcherza moczowego i guza prostaty. Ale zanim do tego doszło bagatelizowałem chorobę. Minęły trzy lata, zanim odwiedziłem specjalistę. Najpierw pojawiło się nietrzymanie moczu, później krwotoki z pęcherza moczowego. Dziś wiem, że 80 procent mężczyzn w świecie nie przywiązuje wagi do badań profilaktycznych, wychodząc z założenia, że będą się leczyć, kiedy choroba się ujawni. Ja należałem do tej grupy.

Ale w końcu został Pan zmuszony pójść do specjalisty?

Tak, właśnie w sytuacji już zaawansowanej choroby, kiedy pojawił się krwotok. To było pięć lat temu. W trakcie leczenia chciałem wiedzieć, jakie ponoszę ryzyko zastosowanej terapii i co mnie czeka, w związku z tym, w przyszłości. Chciałem znać prawdę, tym bardziej, że pierwsza operacja wycięcia raka z pęcherza nie udała się do końca. Krwawiłem, pojawił się stan zapalny. W miesiąc później operowano mnie po raz drugi. Tym razem operacja się udała. W cztery miesiące później poddałem się, z kolei, operacji guza prostaty.

Jednym z objawów choroby było nietrzymanie moczu. Jak pan sobie radził z tą dolegliwością w życiu codziennym?

Nietrzymanie moczu było pierwszym objawem mojej choroby. Musiałem często udawać się do toalety. W przeciwnym wypadku traciłem kontrolę nad pęcherzem. Lekarz pierwszego kontaktu stwierdził zapalenie pęcherza i przepisał

leki. Powiedział, że po nich nastąpi radykalna poprawa. Tymczasem to był błąd. Nie zastanowił się bowiem nad przyczynami dolegliwości, od razu założył, że cierpię na zapalenie. Dlatego leki niewiele pomogły. Po operacjach po raz drugi nastąpiło nietrzymanie moczu. Ale z biegiem czasu i poprawy stanu zdrowia niekontrolowany wyciek ustąpił.

Czyli doświadczenia związane z własną chorobą doprowadziły pana do założenia Stowarzyszenia?

Główną przyczyną okazała się moja własna nieustępliwość. Leżąc w szpitalu czytałem "Leki współczesnej terapii". Codzienne bowiem zażywałem porcję jakiś pastylek. Nie wiedziałem, co to za lekarstwa i czy nie jestem na nie uczulony. Pielęgniarki nie chciały mi powiedzieć. Pomogła interwencja u dr Piotra Jarzemskiego, ordynatora oddziału urologicznego. Okazało się, że jeden lek trzeba natychmiast wycofać, ponieważ byłem na niego uczulony. Ale wcześniej nikt się tym nie interesował. Zacząłem się wtedy zastanawiać, w jaki sposób zmusić lekarzy do mówienia i lepszej współpracy z pacjentem. Postanowiłem że po wyjściu ze szpitala, założę stowarzyszenie z czterema sekcjami: sekcją chorób prostaty, sekcją kamicy układu moczowego, chorób pęcherza i nietrzymania moczu oraz chorób nerek. Pierwszymi członkami zostali pacjenci ze szpitala. Rozmawiałem z nimi podczas swoich 6 pobyków. Zainteresowali się moim pomysłem. Dr Jarzemski zgodził się zostać generalnym konsultantem Stowarzyszenia.

Stowarzyszenie ma swoją siedzibę w szpitalu, co oznacza przychyłność ze strony jego władz. W jaki sposób organizacja działa?

W każdy pierwszy poniedziałek miesiąca odbywamy dyżury. Poza tym organizujemy w poszczególnych sekcjach wykłady, które prowadzą lekarze specjaliści ze szpitala. Odbywają się one również w szpitalu. Zapraszamy na nie nie tylko członków Stowarzyszenia ale także mieszkańców całego regionu.

Najwięcej osób przychodzi na wykłady dotyczące chorób prostaty, najmniej zaś na wyjaśnienia o nietrzymaniu moczu. Niestety bariera wstydu ciągle jest duża i ludzie nie chcą się przyznawać do tej dolegliwości. Z inicjatywy Stowarzyszenia odbywają się też "białe niedziele" w regionie, podczas których każdy chętny może poddać się bezpłatnemu badaniu. Ostatnio, na przykład, udało się przebadać ponad 100 osób w Świeciu. 6 z nich musiało poddać się natychmiastowemu leczeniu w szpitalu. Zresztą dzięki nam oddział urologii ma pełne ręce roboty. Ludzie przyzwyczaili się do akcji profilaktycznych, wykładów. Mają świadomość konsekwencji nie leczenia choroby. W efekcie działania Stowarzyszenia szpitalowi przybyło pacjentów.

Czy działalnością Stowarzyszenia interesują się chorzy z innych województw?

Zgłaszają się do nas zainteresowani z Krakowa, Szczecina i Gdańska z pytaniami, gdzie w ich miejscowości znajduje się nasz oddział. Tymczasem nie powołaliśmy do tej pory żadnego oddziału. Chętnie natomiast pomożemy przy założeniu podobnego stowarzyszenia. Nie możemy angażować się w rozwój terytorialny naszej organizacji, ponieważ borykamy się z trudnościami finansowymi i organizacyjnymi. Nasi członkowie to nie tylko ludzie schorowani ale najczęściej starsi, którym brakuje i odwagi i siły do działania w stowarzyszeniu. W dodatku wielu z nich jeszcze pracuje, dlatego właściwie ja ponoszę największą odpowiedzialność za prowadzenie organizacji. Borykamy się też z wieloma problemami finansowymi. Początkowo członkowie płacili składki w wysokości 10 zł rocznie. Ostatnio jednak coraz mniej osób wpłaca pieniądze. Na naszym koncie jest zaledwie 190 zł. Pomoc obiecało nam wiele instytucji: Urząd Marszałkowski, wydział zdrowia Urzędu Miasta, Kasa Chorych, PFRON ale skończyło się na obietnicach.

Dziękuję Panu za rozmowę.

UROSTO, pierwsze w Polsce Stowarzyszenie Osób Przewlekłe Chorych z Chorobami Układu Moczowego powstało inicjatywą pacjentów oddziału urologii w 1998 r. Jego siedzibą jest Wojewódzki Szpital im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy.

Obecnie skupia ponad 600 członków działających w czterech sekcjach:

1. sekcja chorób prostaty
2. sekcja kamicy układu moczowego
3. sekcja chorób pęcherza i nietrzymania moczu
4. sekcja chorób nerek

Stowarzyszenie prowadzi akcje informujące społeczeństwo o wszystkich chorobach układu moczowego. Raz na kwartał organizowane są spotkania w poszczególnych sekcjach, podczas których zaproszeni lekarze specjaliści urolodzy spotykają się z chorymi i wygłaszają prelekcje na temat chorób układu moczowego. Terminy wykładów podają lokalne media. W ten sposób ze spotkań korzystają nie tylko członkowie Stowarzyszenia ale również mieszkańcy Bydgoszczy i regionu. Celem Stowarzyszenia jest także troska o dostępność leków i artykułów sanitarnych, uzyskiwanie informacji o źródłach ich nabywania oraz wspieranie osób ciężko chorych.

Szczególną opieką obejmuje Stowarzyszenie osoby zamieszkałe na wsi i w małych miastach, gdzie dostęp do lekarza specjalisty jest znacznie trudniejszy. We współpracy z lekarzami oddziału urologii prowadzone są akcje profilaktyczne tzw. białe niedziele, mające na celu wczesne wykrywanie groźnych chorób układu moczowego, tzw. białe niedziele. W tym dniu wszystkie osoby mogą zgłaszać swoje problemy, są badani przez lekarza i otrzymują specjalistyczną poradę.

Niedawno Stowarzyszenie zwróciło się do rządu z prośbą o umożliwienie dostępu do zakupu produktów wchłaniających w każdej aptece. W Bydgoszczy, na przykład, tylko dwie apteki rozprawdzają pieluchy. Poza tym zaproponowało wprowadzenie na listę refundacji całego asortymentu materiałów chłonnych, które pozwolą dobrać indywidualnie odpowiedni produkt dla siebie. Sugeruje również zwiększenie limitu do 90 sztuk miesięcznie.

Partner dla lekarza

Z dr Piotrem Jarzemskim, ordynatorem oddziału urologii Wojewódzkiego Szpitala im. dr J. Biziela w Bydgoszczy rozmawia Maria Weber

Czy NTM jest problemem społecznym?

Tak. Zdecydowanie jest to problem społeczny, obejmujący swym zasięgiem ponad 10 procent ludzi. Jednocześnie należy on do tematów wstydlivych, o których mówi się z niechęcią. Dlatego sądzę, że inicjatywa wydawania kwartalnika, poświęconego tej dolegliwości, wydaje się ze wszech miar słuszną. Otwarta dyskusja na temat możliwości leczenia NTM pomoże w przełamaniu pewnego rodzaju tabu. Mamy już doświadczenie w tej dziedzinie. Od kilku lat prowadzimy w Bydgoszczy badania mężczyzn w kierunku rozpoznania chorób gruczołu krokowego, pod nazwą "Akcja prostata". W 1996 roku, kiedy rozpoczynaliśmy program, był to temat wstydlivy; wielu mężczyzn nie potrafiło mówić o swej chorobie. Ale prelekcje, publiczna dyskusja czy artykuły w prasie spowodowały, że udało się przełamać złą milczenie. Dziś panowie nie czują już oporów z głośnym mówieniem, w tym o kłopotach w oddawaniu moczu. Rozumieją, że jest to pierwszy objaw choroby, którą można i należy leczyć. Myślę, że tak samo będzie z NTM. Dokładne omówienie przyczyn i objawów przypadłości, źródeł jej pochodzenia i sposobów leczenia będzie stanowiło najlepsze "lekarstwo" na wstyd. NTM często dotyczy ludzi młodych, którzy chcą robić karierę zawodową. Przykre objawy zmuszają ich do wstrzemięźliwości w każdej dziedzinie życia a czasem rezygnacji z pracy. Ci natomiast, którzy nie rezygnują, stają się nerwowi i drażliwi.

Kiedy pacjenci po raz pierwszy przychodzą do Pana?

Na ogół pacjenci nie przychodzą z tym problemem. Najczęściej uważają, że jest to sprawa wieku i nie ma na to lekarstwa.

Zgłaszają się, gdy objawy ulegają znacznemu nasileniu. Kobiety początkowo leczą się same, stosując wkładki lub pieluchomajtki. Po pewnym jednak czasie dolegliwość staje się nie do zniesienia, zaburzając lub wręcz dyktując sposób życia. Wtedy zjawiają się u urologa. U mężczyzn problem pojawia się zwykle przy okazji prostaty. Ale, jak wspomniałem, łatwiej się dziś o niej mówi, szybciej też ujawnia się jej objawy, w tym NTM.

Czy nie uważa Pan, że pacjenci powinni najpierw skorzystać z wizyty u lekarza domowego?

Pacjent powinien skierować najpierw kroki do lekarza domowego, który wyjaśni mu na czym polega dolegliwość i jakie bywają konsekwencje nie leczenia. W początkowym okresie lekarz pierwszego kontaktu powinien śledzić przebieg leczenia, zalecić podstawowe leki i zestaw ćwiczeń. W razie braku poprawy lub wątpliwości, co do przyczyny zaburzeń w oddawaniu moczu, skierować do lekarza specjalisty urologa. Lekarz domowy powinien znać problematykę NTM i samemu zapytać o pojawienie się związanych z tym dolegliwości.

Czy chorzy mają kłopoty z leczeniem i lekami?

Leczenie NTM zależy od rodzaju i stopnia zaawansowania choroby. Niestety leczenie farmakologiczne jest drogie, barierą stanowi cena. W krajach Unii Europejskiej problem NTM traktuje się priorytetowo. Moim zdaniem niektóre leki powinny znaleźć się na liście leków refundowanych.

Czy w leczeniu chorych pomaga Panu współpraca ze Stowarzyszeniem UROSTO?

Współpraca ze Stowarzyszeniem pacjentów jest niezwykle pomocna, ponieważ nam jest potrzebny pacjent wyedukowany, który wie na co choruje i że musi się leczyć. Poza tym wyleczony pacjent jest wiarygodnym partnerem dla innego chorego. Dlatego wspólnie ze Stowarzyszeniem organizujemy spotkania i prelekcje. Myślę, że ugruntowało już ono swoją pozycję w mieście i w naszym środowisku.

Dziękuję Panu za rozmowę.

Prawo a leki

Rafał Zgórzak

Kancelaria
M. Mazurek i Partnerzy



Leczenie farmakologiczne jest jedną z podstawowych form terapii chorych, stosowaną w większości chorób. Środki farmakologiczne to nic innego jak specjalnie przygotowane substancje chemiczne, przetworzone w odpowiedni sposób i podawane w ściśle określonej ilości. Wyprodukowanie nowego leku jest niezwykle pracochłonne, wymaga przeprowadzenia szeregu

bań, szczególnie gdy znajdzie się on w trudnej sytuacji życiowej z powodu choroby. Dlatego też w finansowaniu leków uczestniczą instytucje ubezpieczenia zdrowotnego.

Zasady refundacji leków

W Polsce koszty nabywania leków przez osoby chore podzielone są pomiędzy kasy chorych oraz pacjentów. Uczestnictwo państwa w finansowaniu leków powoduje, że cały proces dystrybucji jest niezwykle sformalizowany i podlega wielu ograniczeniom. Obecnie, podstawowym aktem regulującym kwestie zaopatrzenia w leki jest ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm.).

Polskie prawo dzieli leki na podstawowe i recepturowe

oraz uzupełniające. Za leki podstawowe i recepturowe pacjent płaci opłatę ryczałtową. Opłata ta nie może przekroczyć 0,5% najniższego wynagrodzenia w przypadku leku podstawowego oraz 1,5% najniższego wynagrodzenia w przypadku leku recepturowego. Obecnie wynosi ona 2,50 zł za lek podstawowy oraz 5 zł za lek recepturowy. Jeśli jednak cena leku jest niższa niż podane kwoty opłata recepturowa jest równa cenie leku. Leki uzupełniające wydawane są za odpłatnością 30% lub 50%. Określenie jakie leki uznaje się za podstawowe, a jakie za uzupełniające pozostawiono Ministrowi Zdrowia.

Wykaz poszczególnych grup leków zawiera rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2002 roku w sprawie wykazu leków podstawowych i uzupełniających oraz wysokości odpłatności za leki uzupełniające (Dz. U. nr 28, poz. 272). Leki, które zostały dopuszczone do obrotu w Polsce, a które nie figurują w powyższych wykazach można nabyć tylko za pełną odpłatnością.

Wpisanie leków na listę stanowi o być albo nie być wielu środków farmaceutycznych. Decyduje bowiem o dostępności leków dla pacjentów. Szczególnie boleśnie mogą się o tym przekonać chorzy cierpiący z powodu NTM.

NTM poza listą

W zakresie chorób związanych z problemem NTM stosowane są różne środki farmakologiczne. Leczenie farmakologiczne dotyczy jednak wyłącznie pęcherza nadreaktywnego. W innych schorzeniach związanych z NTM leczenie farmakologiczne nie jest stosowane. Stosowane są natomiast zabiegi chirurgiczne.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2002 roku w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków i materiałów medycznych, które ze względu na te choroby mogą być przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością chorzy na stwardnienie rozsiane nabywają oksybutyninę z 30% odpłatnością. W obecnym systemie



prawnym jest to jedyny lek, który pacjenci mogą otrzymać za niepełną odpłatnością. Inne leki w leczeniu NTM nie są refundowane. Na rynku znajdują się też farmaceutyki nowszej generacji, tych leków kasy chorych nie refundują.

Polskie prawo przewiduje również limity cen leków. Wprowadzenie limitów oznacza, że kasa chorych refunduje koszt nabycia leków przez pacjenta tylko do ustalonego limitu. Jeśli cena leku przekracza wartość limitu, kwotę przekraczającą limit musi pokryć sam pacjent. Na farmaceutyce ciąży jednak obowiązek poinformowania pacjenta o możliwości nabycia odpowiednika przepisanego leku, którego cena nie przekracza wysokości limitu. Nie dotyczy to sytuacji, gdy lekarz zamieści na receptce adnotację, że przepisanego leku nie można zamieniać.

W gorsecie przepisów

Minister zdrowia określa również ceny urzędowe leków oraz marże hurtowe i detaliczne. Podstawą wprowadzenia cen urzędowych jest ustawa z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach (Dz. U. Nr 97, poz. 1050). Wprowadzenie cen urzędowych oznacza, że leki na które ustalono takie ceny nie mogą być sprzedawane po cenach wyższych. Zasady te dotyczą zarówno leków polskich jak również leków zagranicznych. Ceny urzędowe stosuje się tylko do farmaceutyków refundowanych przez kasy chorych. Producenci mogą więc swobodnie ustalać wysokość cen leków, które nie są objęte refundacją.

Refundacja leków jest procesem niezwykle sformalizowanym. Od wszystkich stron postępowania, przede wszystkim od lekarza i farmaceuty wymagana jest wyjątkowa precyzja przy przepisywaniu i wydawaniu produktów. W praktyce ostra konkurencja pomiędzy firmami farmaceutycznymi sprawia, że wiele z nich stara się pozyskać dla siebie lekarzy i skłonić ich do przepisywania tylko swoich specyfików. Chory jest więc zdany na wiedzę i uczciwość lekarzy, którzy ordynują konkretne środki. Z tych powodów nie może dziwić wprowadzenie surowych reguł i szczegółowej kontroli w zakresie sprzedawanych leków.

Przed wszystkim jednak wiele z przyszługujących chorym uprawnień zależy od ustawodawcy. Ma on pełną swobodę przy wpisywaniu środków farmakologicznych na listy produktów refundowanych. Należy mieć nadzieję, że będzie się przy tym kierować najwyższym dobrem pacjentów.

Testowanie produktów absorbujących

W centrum badawczym w szpitalu Whittington Hospital położonym w północnym Londynie grupa naukowców ocenia produkty przeznaczone dla osób z problemem nietrzymania moczu - nie tylko pod względem kosztów ich stosowania, ale także w kategoriach ich przydatności w poprawianiu jakości życia osób chorych.

Dr Alan Cottenden z wydziału fizyki medycyny i bioinżynierii uniwersytetu University College London (UCL) stoi na czele multidyscyplinarnego ośmioosobowego zespołu, który prowadzi testy i ocenia produkty higieny osobistej dla osób z nietrzymaniem moczu. W skład zespołu wchodzi również statystyk i matematyk.

Praca zespołu jest finansowana ze środków agencji Medical Devices Agency, będącej częścią National Health Service - instytucji zajmującej się ochroną zdrowia w Wielkiej Brytanii. National Health Service kupuje większość produktów higienicznych dla osób z nietrzymaniem moczu sprzedawanych w Wielkiej Brytanii. Choć głównym zadaniem zespołu jest ocena kliniczna produktów, prowadzone są także doświadczenia nad nowymi materiałami absorbującymi i stosowaniem opracowanych rozwiązań w rozwoju nowych technologii.

Typowy test wymaga udziału około 40 szpitali i domów opieki społecznej; niektóre testy obejmują także chorych przebywających we własnych domach. Dr Cottenden podkreśla, że użytkownikami produktów są nie tylko osoby chore, ale także ich rodziny i opiekunowie. Zespół chce uzyskać więcej informacji niż tylko dane techniczne - chce także poznać ogólną ocenę użytkowników dotyczącą wartości użytkowych produktów. Na przykład z technicznego punktu widzenia najważniejszą kwestią jest chłonność produktu i podatność na przeciekanie. Jednocześnie jednak badacze chcą zebrać

informacje na temat komfortu użytkownika produktu i łatwości jego zakładania.

Na rynku konkuruje ze sobą wiele firm oferujących tysiące produktów zaliczonych do 20 różnych kategorii. Wkłady, cewniki, pochewki przeznaczone dla mężczyzn, wkładki dla kobiet - to tylko nieliczne z setek środków higienicznych dostępnych w sprzedaży. Koszt zakupu samych tylko wkładów stanowi ponad połowę brytyjskich wydatków na produkty dla osób z nietrzymaniem moczu.

Nie zawsze sprawdza się reguła, że produkt droższy jest również produktem lepszym - wyjaśnia Cottenden. - Niektóre produkty - na przykład majtki chłonne - mogą wydawać się początkowo nieco droższe, jednak w dłuższym okresie okazują się rozwiązaniem tańszym. Jego zdaniem ograniczanie wydatków jest

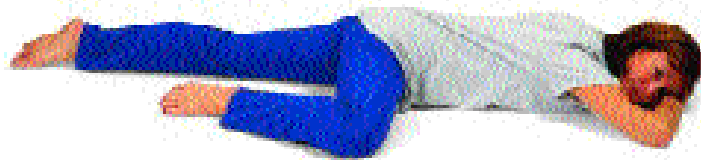
istotnym czynnikiem ale dodaje, że niektórzy urzędnicy odpowiedzialni za sprawy finansowe muszą być przekonani, że teoretyczna oszczędność będzie miała swoje odbicie w praktyce. - Założmy, że stosujemy wkłady, których nie trzeba zmieniać tak

często jak innych, ponieważ są one bardziej chłonne niż inne wkłady - mówi dr Cottenden. - Dzięki temu mogę w ciągu dnia zużyć tylko trzy wkłady zamiast czterech innych. Oczywiście mógłbym oszczędzić w ten sposób sporo pieniędzy, nawet jeśli nowe wkłady są nieco droższe - powiedzmy o 10% - od innych. Jednak jest to tylko teoria. W praktyce w wielu szpitalach i domach opieki wkłady i pieluchy są zmieniane zgodnie z ustalonym harmonogramem. Jeśli są one wymieniane na nowe o tych samych porach, niezależnie od tego jak bardzo są chłonne, zamierzone cele nie zostaną osiągnięte. W rezultacie będzie to rozwiązanie bardziej kosztowne, ponieważ za wkłady trzeba będzie zapłacić o 10% więcej, a będą one wykorzystywane w taki sam sposób jak dotychczas.

Opr. MAW



Ćwiczenia stosowane w zapobieganiu i wspomaganiu leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu (wzmacniają mięśnie przepony moczowo-płciowej).



1. Położyć się na brzuchu, zgiąć jedną nogę w kolanie, ręce pod głowę i napiąć mięśnie dolnej partii brzucha.

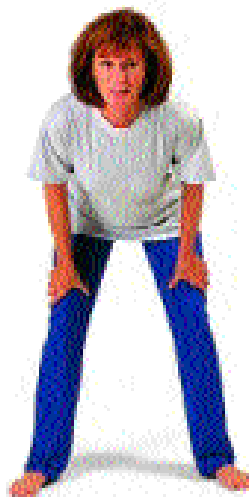


2. Uklęknąć, pochylić się ku przodowi i oprzeć się na łokciach. Duże palce u nóg powinny być razem, głowa położona na dłoniach. Starać się podciągnąć i opuścić mięśnie dolnej partii brzucha.



3. Stać w lekkim rozkroku, dłonie oprzeć na pośladkach. Partie mięśni dolnej części brzucha podciągnąć do góry i do wewnątrz.

- 4.** Stań w lekkim rozkroku i ugiąć nieco kolana. Ręce oprzeć na udach. Plecy trzymać prosto. Mięśnie dolnej partii brzucha podciągnąć do góry i do wewnątrz. To ćwiczenie zaleca się w późniejszym okresie ćwiczeń.



- 5.** Usiąść po "turecku", położyć dłonie na podłodze i wyprostować plecy. Ćwiczyć mięśnie dolnej partii brzucha jakby wciągając je do środka i wypychając na zewnątrz.



- 6.** Przyjąć pozycję leżącą na plecach, podciągnąć kolana ku górze. Stopy mają pozostać w rozkroku. Jedną dłoń położyć w górnej partii brzucha, a drugą przyłożyć do pośladka. Napinać mięśnie dolnej wewnętrznej partii brzucha a obiema rękami kontrolować, aby w tym ćwiczeniu nie brały udziału inne mięśnie. Ćwiczenia 3 i 6 zaleca się wykonywać na końcu tego treningu.



Zalecamy trenowanie 3 razy dziennie, powtarzając każde ćwiczenie 10 razy po 6-7 sekund.

Przełamać wstyd

Maria Weber

Pierwszy numer kwartalnika NTM, wraz ze specjalnym wydaniem miesięcznika "Terapia" został zaprezentowany podczas inauguracji naszego programu 14 maja, w Warszawie. Podczas konferencji prasowej spotkali się z Radą Naukową zespołu ds. problemu NTM dziennikarze i przedstawiciele



środowisk medycznych. - Pomysł powstał w naszej firmie, kiedy, wydając miesięcznik "Terapia" zorientowaliśmy się, iż problem NTM dotyczy znacznej części społeczeństwa a jednocześnie bywa nie doceniany zarówno przez cierpiących jak i lekarzy. Dlatego stworzyliśmy program, który ma za zadanie zmienić tę sytuację. Chcemy organizować seminaria, akcje promocyjne oraz wydawać kwartalnik, poświęcony problematyce NTM- mówił Tomasz Michałek, przedstawiciel WV Marketing, firmy nadzorującej program "NTM - normalnie żyć"

Na spotkaniu po raz pierwszy mówiono tak otwarcie o doległości dotyczącej ponad 10 procent Polaków. Do tej pory bowiem problem ten był traktowany wstydlivie, choć z punktu widzenia cierpiących, niedoceniany.

Pierwsza dyskusja toczyła się wokół przyczyn i różnych objawów NTM. U podłoża nietrzymania moczu leżą różne przyczyny, dlatego w zespole znaleźli się różni specjaliści - od urologów i ginekologa po neurologa. - Nie-

trzymanie moczu nie jest chorobą lecz objawem - wyjaśniła prof. dr Anna Członkowska, kierownik II Kliniki Neurologicznej w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Jednocześnie jest to objaw na tyle nieprzyjemny i traktowany wstydlivie, że, jak powiedział prof. dr Longin Marianowski, kierownik Katedry i Kliniki Położnictwa i Ginekologii AM w Warszawie, pacjentki zgłaszają się do lekarza po ponad 5 latach od pojawienia się pierwszych objawów. - Nic więc dziwnego, że na oddziale ginekologii operacyjnej 1/3 z nich jest leczona z powodu NTM. Tymczasem jest to problem, który narasta wśród kobiet. Według różnych statystyk dotyczy on od 17 do 60 procent populacji kobiet. - dodał.

O niskim stanie świadomości wśród społeczeństwa mówiła Elżbieta Szwalkiewicz krajowy konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, która zarządza Centrum Pielęgnacyjnym "Niebieski Parasol" w Olsztynie. - Do Centrum przyjmujemy osoby, które nawet nie

wiedzą o istnieniu pieluchomajtek. Ci zaś, którzy je stosują na co dzień, mają trudności z dostępem do wyznaczonych w województwach przez Kasę Chorych aptekach i ratują się jak potrafią, na przykład przez ich suszenie i ponowne używanie - opowiadała E. Szwalkiewicz - W Centrum Pielęgnacyjnym założyliśmy sobie pewne cele, na przykład utrzymanie czystej i suchej skóry pacjentki. Te cele wydają się nam banalne, ale z uwagi na zaniechania w tej dziedzinie, muszą się stać naszym standardem.

NTM można i trzeba leczyć. Potwierdzili to również pozostali rozmówcy. - W przypadku NTM leczenie jest zachowawcze i operacyjne. Zachowawcze polega na leczeniu farmakologicznym, ćwiczeniach i stosowaniu elektrostymulacji - mówił dr P. Radziszewski z Katedry i Kliniki Urologii AM w Warszawie.

Ze znaczenia problemu zdają sobie sprawę przedstawiciele środowisk medycznych. Część z nich już udzieliła wsparcia programowi NTM.

Nawiązane kontakty owocują współpracą i dzieleniem się z czytelnikami kwartalnika NTM swoją wiedzą. O pozytywnej reakcji środowiska świadczy też zaproszenie nas na XXXII Kongres Naukowy Polskiego Towarzystwa Urologicznego we Wrocławiu.



Na kongresie urologów

Sylvia Milczarek



Przedstawiciele programu prospołecznego "NTM - normalnie żyć" uczestniczyli od 13 do 15 czerwca w XXXII Kongresie Naukowym Polskiego Towarzystwa Urologicznego we Wrocławiu. Program naukowy kongresu został przygotowany przez komitet naukowy, któremu przewodniczył Jerzy Lorenz (kierownik Kliniki Urologii AM we Wrocławiu). Do programu włączono wiele interesujących wykładów wybitnych urologów polskich i europejskich. Szczególną uwagę zwróciła sesja Europejskiej Szkoły Urologii. Prowa-

dził ją przewodniczący ESU Christopher Chapple, brytyjski urolog, jeden z liderów Europejskiego Towarzystwa Urologicznego. Wykładowcami na tej sesji byli też dr Dymitry Pushkar z Moskwy i dr Piotr Radziszewski, który współpracuje z naszym programem.

W debatach, sesjach video i plakato- wych uczestniczyło ok. 1000 osób.

Uczestnictwo w sympozjum pozwoliło na zaistnienie programu "NTM - normalnie żyć" wśród największych specjalistów urologii w Polsce jak i z zagranicy.

Podczas spotkań przy stoisku lekarze mieli okazję zapoznać się z: plakatem, broszurą, stroną internetową www.ntm.pl, kwartalnikiem oraz specjalnym numerem miesięcznika "Terapia", który cieszył się dużym zainteresowaniem. Powiadomiliśmy również urologów o planach organizowania seminariów regionalnych.

Podczas Kongresu spotkaliśmy się z pozytywnymi opiniami na temat pomysłu realizacji programu "NTM - normalnie żyć".

ntm



ZAPROSZENIE

W związku z dużym zainteresowaniem działalnością sekcji NTM Stowarzyszenia Osób Przewlekłe Chorych z Chorobami Układu Moczowego UROSTO oraz inauguracją programu prospołecznego "NTM - normalnie żyć" zarząd Stowarzyszenia oraz kwartalnik NTM zapraszają wszystkich chętnych na ogólnopolskie spotkanie,

które odbędzie się

17 września 2002 r.

**w Wojewódzkim Szpitalu im. Dr Jana Bizuela
ul. Ujejskiego 75, 85 - 168 Bydgoszcz
Początek spotkania o godz. 13.00**

W programie m.in. wykład dr med. Piotra Jarzemskiego, ordynatora oddziału urologii w Wojewódzkim Szpitalu.

Bliższe informacje: Edwin Barczyński, prezes Stowarzyszenia UROSTO, 0-52 373 06 26

Czy rezygnować z życia

Mam 38 lat, jestem matką trójki dzieci. Od kilku lat mam problem z nietrzymaniem moczu. Lekarz ginekolog mówi, że ma to związek z przebytymi ciążami i porodami, z faktem rozluźnienia macicy. Na początku problem był niewielki i nie przeszkadzał mi w życiu codziennym. Z czasem jednak się nasilił. Ostatnio dowiedziałam się, że dla kobiet jak ja są specjalne wkładki, które pochłaniają mocz i pozwalają normalnie funkcjonować. Jestem aktywna zawodowo, muszę pracować, by utrzymać rodzinę, ponieważ mąż jest rencistą a dzieci wymagają sporych nakładów finansowych. Nie stać mnie na kupowanie wkładek anatomicznych po cenach rynkowych a niestety nie przysługuje mi refundacja na te produkty. Podobno moje schorzenie nie jest wymienione w rozporządzeniu ministra zdrowia. Czy pan minister ma pojęcie o mojej chorobie, o moim życiu? Dlaczego, choć wymaga to tak niewielkich nakładów ze strony państwa, muszę rezygnować z normalnego życia? Czy lepiej będzie utrzymywać moją rodzinę, jak zostanę bezrobotna? To wstydlivy problem, nikt o nim nie mówi otwarcie, trudno dotrzeć do jakichś materiałów informacyjnych. Moja koleżanka, która mieszka w Szwecji i ma ten sam problem, produkty odpowiednie dla siebie otrzymuje niemal za darmo. Ja wiem, że Polska to nie Szwecja, ale chociaż częściowa refundacja byłaby dla mnie dużym ułatwieniem. Mam nadzieję, że uda się państwu zabrać głos w dyskusji na tym problemem i głos ten zostanie usłyszany.

Łucja K
Ciechanów

Red. Czytelniczka nie napisała, jak sobie radziła wcześniej. Być może stosowała zwykłe wkładki lub podpaski. Nie pisze też, czy starała się o pieluchomajtki, które są dostępne dla niej w refundacji. Pieluchy anatomiczne są nieco droższe. Wydaje się, że powinna odwiedzić swojego lekarza podstawowego kontaktu i porozmawiać z nim na ten temat. Zleci on odpowiednie badania i skieruje ewentualnie do specjalisty. Być może nietrzymanie moczu będzie można wyleczyć. My ze swej strony postaramy się dowiedzieć, czy Ministerstwo Zdrowia zamierza, wobec ogromnych potrzeb społeczeństwa, zrewidować swą politykę w sprawie zwiększenia liczby refundowanych pieluchomajtek i pieluch anatomicznych na osobę.

Daleko do apteki

Jestem schorowaną rencistką i od lat cierpię na nietrzymanie moczu. Używam już bardzo długo pampersów dla dorosłych ale mam problem z kupowaniem ich w aptece koło mojego domu. Kasa Chorych wyznaczyła specjalne punkty i tylko tam można realizować wnioski na te pieluchy. Ja jestem niedołączna i nie mogę sama jeździć daleko a nie ma mi kto pomóc. Chciałabym, że Pań-

stwo wpłynęło na Kasę Chorych, po to aby można było realizować wnioski we wszystkich aptekach.

Barbara C.
Warszawa

Kasa Chorych się nie zgodziła

Z gazety dowiedziałam się o utworzeniu zespołu NTM. W związku z moim schorzeniem pokładałam w tym zespole duże nadzieje. Zwracałam się do mojej Kasy Chorych wielokrotnie z prośbą o wyznaczenie punktu odbioru produktów bliżej mojego domu. Dlaczego nie mogę ich odbierać w aptece, tak jak leków? Mam duże problemy z chodzeniem, poruszaniem się tramwajem czy autobusem. Ze względu na nietrzymanie moczu nie mogę na dłużej opuszczać domu. Kierownik pobliskiej apteki powiedział, że wielokrotnie starał się o zgodę na sprzedaż refundowanych produktów, ale Kasa Chorych się nie zgodziła. Bardzo proszę o pomoc.

Edward G.
Warszawa

Nie ma dostępu

Bardzo się cieszę, że wreszcie ktoś publicznie mówi o problemie, z którym borykam się od wielu lat. Życie z NTM jest bardzo trudne, szczególnie, że produkty chłonne są dostępne tylko w kilku wybranych punktach. Aby dojechać do najbliższej apteki muszę ponieść wydatek na bilety autobusowe, a najgorsze jest to, że poruszanie się po mieście i wsiadanie do autobusu jest dla mnie dużym problemem. Dlaczego po tylu latach reglamentacji nadal tkwimy w systemie, gdzie nie ma dostępności do produktu, który mi się prawnie należy? Może Państwo, dzięki swej aktywności, pomożecie ludziom takim jak ja?

Antonina T.
Białystok

Red. Większość listów, które nadesłali nasi Czytelnicy, dotyczy niewielkiej liczby aptek wydających pieluchomajtki. Wprawdzie ta liczba zwiększa się, jak wynika to z danych Kas Chorych, ale ciągle jest niewystarczająca. W następnym numerze kwartalnika NTM postaramy się wyjaśnić, dlaczego Kasy Chorych "reglamentują" punkty i jakie kryteria muszą spełnić te, które wydają lub sprzedają refundowane produkty.

Czy powiedzieć o NTM

Bardzo proszę o pomoc. Mam 32 lata i odkąd trzy lata temu z powodu raka macicy przeszedłam operację jej usunięcia, cierpię na nietrzymanie moczu.

Od tamtego momentu nie udawało mi się zbudować żadnego związku, ale ostatnio w klubie dla osób samotnych poznałam bardzo miłego mężczyznę. Przypadliśmy

sobie do serca i spotykam się z nim od czterech tygodni. Dostrzegam, że nasza znajomość staje się coraz bardziej zażyła, pojawiają się elementy seksu, ale z powodu mojego schorzenia czuję się pozbawiona swojej kobiecości. Naprawdę nie wiem co robić. Muszę cały czas nosić wkładkę ochronną, ponieważ podczas kaszlu, kichania lub w trakcie pogoni za autobusem popuszczam krople moczu. Jestem przerażona na samą myśl, że podobna rzecz mogłaby się zdarzyć podczas stosunku. Czy powinnam przestać spotykać się ze znajomym, ponieważ czuję, że nie potrafię opowiedzieć mu o moim problemie?

Zofia K.
Tarnów

Red. Czytelniczka niepotrzebnie zamartwia się problemem. Wiele kobiet ma podobne problemy. Na szczęście w większości przypadków do uzyskania świetnych rezultatów w zwalczaniu choroby wystarcza stosowanie programu ćwiczeń mięśni dna miednicy. Proponujemy złożyć wizytę u lekarza i omówić z nim ten problem. Istnieje też wiele sposobów, które pomagają kobietom i mężczyznom z mniej lub bardziej zaawansowanym schorzeniem cieszyć się udanym życiem seksualnym. W wieku 32 lat pod żadnym pozorem nie powinnaś myśleć o seksie jak o czymś, co na zawsze odeszło w przeszłość, ponieważ absolutnie nie jest to prawdą! Wiele par, w których jedna ze stron cierpi na dolegliwości poważnego nietrzymania moczu, kocha się pod prysznicem lub w wannie, ponieważ w ten sposób mogą unikać zbyt dużego zakłopotania. Na podstawie Twojego listu można jednak dojść do wniosku, że w tym przypadku mamy do czynienia z wysiłkowym nietrzymaniem moczu, które można całkowicie przezwyciężyć. Wystarczy poddać się leczeniu. Nie rozstawaj się też ze znajomym.

Objaw poważnej choroby

Bardzo się cieszę, że ktoś w końcu odważył się poruszyć ten temat, który do tej pory stanowił jakby tabu. Wydaje mi się, że problem ten może dotyczyć naprawdę wielu ludzi. Dopóki nie zachorowałam nawet nie zdawałam sobie sprawy, że taka dolegliwość może być chorobą, a co gorsza zwiastunem czegoś znacznie poważniejszego. Tak było właśnie w moim przypadku. Parę lat temu uległam wypadkowi samochodowemu i przez kilka miesięcy leżałam opuchnięta w łóżku. Gdy już w miarę wyzdrowiałam, zaczęły się problemy z popuszczaniem moczu. Kilka razy przydarzyło mi się to niespodziewanie, kiedy nie byłam na to w ogóle przygotowana. Co gorsza zdarzało się to w miejscach publicznych, i jak łatwo się domyślić, było to dla mnie niezwykle krępujące i stresujące. Nie mogłam siedzieć, ograniczyłam picie płynów, nawet ktoś mi polecił jakieś specjalne kompresy, ale nie przyniosły rezultatów. W końcu zdecydowałam się pójść do lekarza. Ten zbagatelizował objawy i stwierdził, że popuszczanie moczu może być spowodowane wiekiem, co mnie zdziwiło, ponieważ mam dopiero 45 lat. Dostałam specjalne tabletki i odpowiednie zalecenia. Tak przetrwałam rok i podczas zupełnie nie planowanej wizyty u ginekologa, wykryto u mnie raka szyjki macicy. Jestem już pół roku po operacji, ale nadal zastanawiam się, czy można to było go wcześniej wykryć, gdybym została od razu skierowana do odpowiedniego lekarza. Teraz chodzę na badania kontrolne i wszystko na szczęście jest w porządku. Moje problemy z nietrzymaniem moczu skończyły się, dlatego radzę innym - nie wstydźcie się o tym mówić, bo to nie jest po prostu "jakaś" dolegliwość, ale może stanowić objaw poważnej choroby.

Anna G.
Warszawa

Radzimy

Pijmy sok żurawinowy

W przypadku skłonności do zakażeń pęcherza moczowego wielu lekarzy zaleca picie soku żurawinowego. Żurawiny zawierają substancje pomagające oczyszczać układ moczowy z bakterii.

Są one wchłaniane podczas trawienia i nie zmienione przechodzą do moczu. Tam otaczają komórki ścian moczowodów i nie pozwalają drobnoustrojom przylegać do błony śluzowej. W ten sposób bakterie nie pozostają w układzie moczowym lecz z niego spływają.

Sok żurawinowy zapobiega nie tylko zakażeniom układu moczowego ale także neutralizuje zapach moczu i pomaga w utrzymaniu moczu. Zapobiega też kamicy moczowej.

