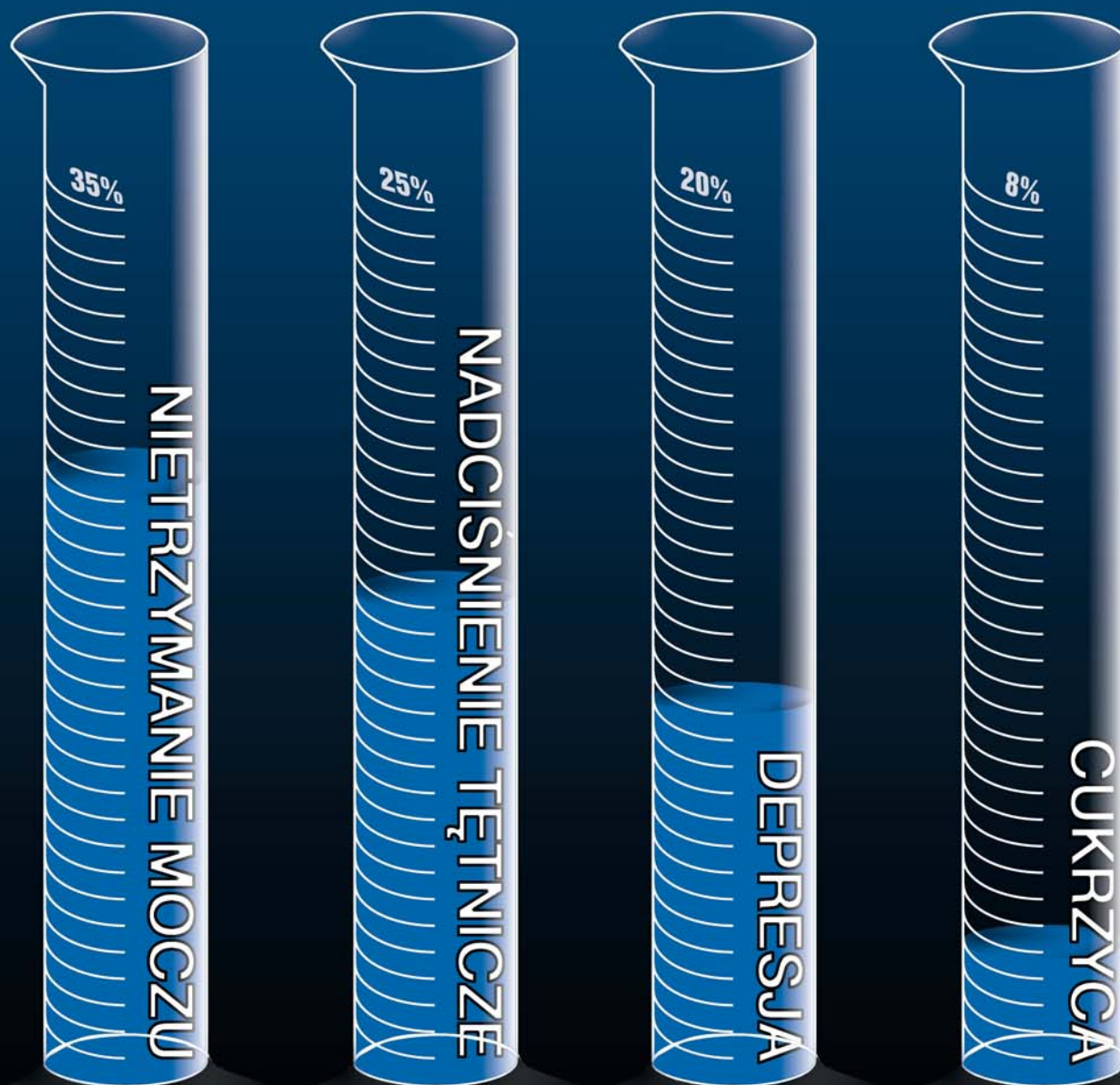


Spółeczny aspekt NTM

Neurologiczne przyczyny NTM

Pracownie urodynamiczne w woj. dolnośląskim
Leczenie z użyciem taśm w Małopolsce



CHOROBY CYWILIZACYJNE KOBIEC

COLPEXIN
WKŁADKA DOPOCHWOWA

Terapia zachowawcza
obniżenia narządu rodnego



Wsparcie w kobiecych sprawach

Skrócona informacja o produkcie:

Colpexin to wkładka dopochwowa przeznaczona do zachowawczego leczenia wypadania narządów miednicy mniejszej oraz do wspomagania ćwiczeń mięśni dna miednicy mniejszej. Wkładka wykonana jest z poliwęglanowego tworzywa sztucznego o medycznym stopniu czystości i dostępna jest w sześciu rozmiarach: 28 mm, 32 mm, 36 mm, 39 mm, 42 mm i 44 mm. Wkładka Colpexin jest symetrycznie kulista z przytwierdzonym sznurkiem z plecionego nylonu umożliwiającym łatwe wyjęcie. **Wskazania:** Colpexin jest wkładką dopochwową przeznaczoną do zachowawczego leczenia wypadania narządów miednicy mniejszej i osłabienia mięśni dna miednicy mniejszej. **Przeciwwskazania:** Pacjentki nie powinny używać wkładki Colpexin w następujących wypadkach: infekcji pochwy, laceracji lub nieprawidłowego krwawienia pochwowego/macicznego, niedawno przebytego zabiegu chirurgicznego w obrębie pochwy, ciężkiej neuropatii w obrębie miednicy z utratą czucia w obszarze kroczka, klinicznie jawnego zapalenia narządów miednicy mniejszej, endometrizy, guza przydatków, złośliwej retrocele 4. stopnia lub tytopochylenia macicy, ciąży, stosowania wkładki wewnętrzznacicznej, podczas stosunku płciowego, podczas miesiączki. **Ostrzeżenia:** Pacjentki powinny natychmiast zgłaszać jakiegokolwiek zmiany w barwie, ilości, woni lub konsystencji upływów z pochwy i/lub krwawienia, dyskomfort, pieczenie przy oddawaniu moczu i/lub świąd pochwy. Stosowanie Colpexinu u kobiet z atrofią pochwy może powodować nadżerki i owrzodzenia. Lekarz przepisujący Colpexin powinien rozważyć miejscową suplementację estrogenów lub środków nawilżających na bazie wody u pacjentek z atrofią pochwy, jeżeli jest to konieczne. **Środki ostrożności:** Wkładka Colpexin nie powinna być noszona bez przerwy przez ponad 24 godziny, bez wyjmowania i odpowiedniego czyszczenia wkładki. **Działania niepożądane:** Najczęstszymi działaniami niepożądanymi, które zgłaszały pacjentki podczas badań klinicznych, były: tkliwość pochwy, pieczenie, podrażnienie, dyskomfort, pieczenie, infekcja drożdżakami, owrzodzenia, dolegliwości ze strony cewki moczowej i przy oddawaniu moczu, zakażenia dróg moczowych i zaparcia. Większość działań niepożądanych była łagodna i przejściowa. Rozmiar wkładki dobiera lekarz. Przed zastosowaniem należy zapoznać się z instrukcją użytkowania i higieny wkładki, które znajdują się w ulotce dołączonej do opakowania. **Podmiot odpowiedzialny:** Adamed Sp. z o.o., Pierzków 149, 05-152 Czoszów k/Warszawy, Pozwolenie MZ na dopuszczenie do obrotu Nr 11670. Adamed Sp. z o.o. Pierzków 149, 05-152 Czoszów k/Warszawy, tel.: (22) 751 85 17, e-mail: adamed@adamed.pl, www.adamed.com.pl

CE 0044


ADAMED

Spis treści

4 (23) 2007

SPOŁECZNY ASPEKT NTM

NTM - choroba społeczna J. Kamińska	5
Psycholog o NTM T. Ostaszewska-Mosak	7

LECZENIE NTM

Nowości w leczeniu farmakologicznym dr K. Jankiewicz, dr A. Wróbel, prof. T. Rechberger	8
NTM a choroby neurologiczne dr J. Zaborski	9
Polska uroginekologia na wysokim poziomie - wywiad z dr K. Jankiewicz	11
Iniekcje okołocewkowe dr P. Dobroński	12
Projekt ustawy pielęgnacyjnej G. Śmiarowska	13
Leczenie zachowawcze M. Banaszak- Osiewicz	14

PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

Nowelizacja rozporządzeń - podsumowanie M. Kowalewska	5
Jaki był ten rok? J. Góralczyk	16
Ranking Wojewódzkich Oddziałów NFZ	16

ORGANIZACJE Świętokrzyski Konwent... M. Żeglińska

Podwójne kolejki J. Kamińska	18
Plan finansowy NFZ na 2008 rok K. Ciepela	19

Operacje z użyciem taśm w Małopolsce	20
Badanie urodynamiczne - woj. dolnośląskie	21
Hiszpania - kolejny kraj przed Polską	21

LISTY	22
-------------	----

Do Czytelników

■ Oddajemy do Państwa rąk ostatni w tym roku numer Kwartalnika NTM. Tym razem pragniemy zwrócić szczególną uwagę na społeczny aspekt nietrzymania moczu. Nie ma bowiem najmniejszych wątpliwości, że NTM można zaliczyć do chorób cywilizacyjnych współczesnego społeczeństwa. Informacje na temat skali problemu oraz polityki zdrowotnej naszego rządu wobec osób z NTM znajdziecie Państwo na stronach 5-6. Następny artykuł przedstawia problem nietrzymania moczu z punktu widzenia psychologa.

W dalszej części numeru prezentujemy różne sposoby leczenia NTM. O nowościach w farmakologii pisze dr Katarzyna Jankiewicz. Z kolei dr Piotr Dobroński przedstawia informacje na temat iniekcji okołocewkowych w leczeniu wysiłkowego NTM u kobiet - wskazania, technikę zabiegu, skuteczność i powikłania. Natomiast o zachowawczym leczeniu NTM przeczytamy w artykule Marty Banaszak.

W tekście neurologa - dra Jacka Zaborskiego znajdziemy informacje na temat zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych w chorobach neurologicznych.

Magdalena Kowalewska dokona podsumowania ostatnich lat historii rozporządzeń regulujących zaopatrzenie w refundowane przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Ponadto w tym numerze znajdziecie Państwo wywiad z dr Katarzyną Jankiewicz - laureatką konkursu na Kongresie IUGA. W cyklu prezentującym sylwetki organizacji pacjentek przedstawiamy Świętokrzyski Konwent Organizacji Osób Niepełnosprawnych i Pacjentów. Powracamy również do tematu refundacji aparatów słuchowych i problemów z refundacją ze środków NFZ i PFRON.

W tym numerze przedstawimy również analizę planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2008. Ile pieniędzy w przyszłym roku zostanie przeznaczonych na grupę przedmiotów i środków pomocniczych dowiemy się z tekstu Karoliny Ciepeli.

Ponadto zapraszamy do lektury naszych stałych rubryk: wykazu placówek wykonujących operacje z użyciem taśm w Małopolsce, wykazu pracowni urodynamicznych w województwie dolnośląskim, rankingu wojewódzkich oddziałów NFZ pod względem zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz listów od czytelników.

Z okazji zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia oraz Nowego Roku pragniemy złożyć naszym Czytelnikom najserdeczniejsze życzenia. Niech ten rok będzie dla nas wszystkich - pacjentów, lekarzy, polityków - rokiem pełnym korzystnych zmian, w których dobro osoby chorej będzie zawsze na pierwszym miejscu.

Joanna Kamińska

Kwartalnik NTM



Program Prospołeczny „NTM - Normalnie Życie”

Wydawca:
Studio PRRealizacja wydawnicza:
Warsaw Voice SA**Redaktor naczelny:** Tomasz Michałek**Redaktor wydania:** Joanna Kamińska**Sekretarz redakcji:** Karolina Ciepela**Komitet redakcyjny:**

dr med. Piotr Dobroński, dr hab. med. Piotr Radziszewski

Klinika Urologii Akademii Medycznej w Warszawie

Zespół redakcyjny: Marta Banaszak, Magdalena

Kowalewska, Elżbieta Mamos, Karolina Oleksiak

Komentatorzy: Tomasz Bochenek, Józef Góralczyk,

Elżbieta Szwajkiewicz, Grażyna Śmiarowska

Korekta: Marzena Michałek**Zdjęcia:** Dominik Skurzak**Rysunek:** Dariusz Pietrzak**Dyrektor ds. produkcji:** Stanisław Mazur**Opracowanie graficzne:** Dariusz Bochniak

Adres redakcji:

ul. Ciołka 13, 01-445 Warszawa

tel.: (22) 46 36 401, fax: (22) 533 62 93

e-mail: ntm@ntm.pl, joanna.kaminska@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.

Nakład 3000 egzemplarzy.

Nadchodzi przetłom?



Jest nowa koalicja rządząca, jest nowy rząd i jest nowy Minister Zdrowia. Czy oznacza to zmiany dla pacjentów? Zapewne tak. Nowa Pani Minister Zdrowia zapowiada rewolucję w systemie ubezpieczeń zdrowotnych. Pomysł likwidacji NFZ i zbudowania na jego fundamentach 5-6 niezależnych funduszy, wzorujący się na doświadczeniach reformy emerytalnej, jest interesujący. Dla nas pacjentów, ponieważ będziemy mogli wybrać jeden z konkurujących ze sobą funduszy, a nie być skazanym na monopolistę. Dla lekarzy i ośrodków w których pracują, ponieważ nie będą skazani na stawki dyktowane przez NFZ, co w perspektywie może oznaczać podniesienie ich płac.

To są na razie pomysły. Polskie społeczeństwo po doświadczeniach ostatnich lat jest coraz mniej entuzjastycznie nastawione do kolejnych głębokich reform w służbie zdrowia. Realizacja tak ambitnego planu będzie więc wymagała od Ministerstwa Zdrowia ogromnej determinacji, perfekcyjnego zorganizowania i skutecznej polityki informacyjnej.

Z pewnością należy wspierać rząd w tych planach. Monopol NFZ wielokrotnie był krytykowany zarówno przez środowiska pacjentów jak i środowiska medyczne, a także grupy producentów i dystrybutorów. Przykład reformy emerytalnej dobitnie udowodnił, że Polacy chcą mieć konkurencję na rynku i chcą mieć prawo wyboru komu powierzyć swoją składkę emerytalną czy też zdrowotną.

Warto się zastanowić jak przygotowanie i wdrożenie tak głębokich zmian wpłynie na pracę resortu w innych dziedzinach, w których zmiany są również niezbędne. Refundacja leków po dwóch latach rządów poprzedniej ekipy nadal pozostaje bez kontroli, a sposób w jaki umieszcza się nowe preparaty na liście, w dalszym ciągu jest owiany tajemnicą. Skutkuje to brakiem nowoczesnych leków refundowanych i nagłym pojawianiem się preparatów kontrolowanych, co zawsze będzie budziło podejrzenia i wątpliwości. Jeżeli ministrom brakuje determinacji w przygotowaniu czytelnich i przejrzystych regulacji, to w ten sposób wysyłają sygnał zachęcający do korupcji. Najboleśniej przekonał się o tym były Wiceminister Zdrowia Bolesław Piecha, który teraz musi odpiierać zarzuty w sprawie nieprawidłowości przy wprowadzeniu leku na listę refundowanych preparatów.

Przez dwa lata nie udało się również znowelizować rozporządzenia Ministra Zdrowia dotyczącego refundacji przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych. Co prawda prace w resorcie były już mocno zaawansowane ale projekt nie trafił nawet do spo-

łecznych konsultacji. A zmiany są konieczne. Niejednokrotnie pisaliśmy o nich na łamach Kwartalnika. Rząd Prawa i Sprawiedliwości nie wprowadził żadnej głębokiej reformy w służbie zdrowia, a dwóch lat nie wystarczyło nawet na to, by przygotować projekt nowelizacji tego rozporządzenia. Czy to oznacza, że obecny rząd będzie potrzebował jeszcze więcej czasu? Przetłomem dla zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze był rok 2003, kiedy to przy dużym wsparciu ówczesnej poseł Ewy Kopacz zjednoczone środowiska pacjentów, lekarzy, pielęgniarów oraz części producentów i dystrybutorów zdołało przekonać Ministra Zdrowia oraz Prezesa NFZ do likwidacji korupcyjnych przetargów i przekazania prawa decydowania o wyborze produktów samym pacjentom.

Przez kolejne trzy lata mimo apeli wielu środowisk, żaden Minister Zdrowia nie zdecydował się na dalsze zmiany. Wszyscy wiemy jak wiele jest jeszcze do zrobienia. Miejmy nadzieję, że nowa Minister Zdrowia wróci do czasów, kiedy wsłuchiwała się w głosy różnych środowisk i przy ich wsparciu doprowadzi do jakże oczekiwanego przetłomu.

Tomasz Michałek

Nadzieja jest dobrym śniadaniem, lecz kiepską wieczerzą.

Francis Bacon

■ Nietrzymanie moczu to problem społeczny. To zdanie jest co jakiś czas odmieniane na różne sposoby. I niestety nadal niewiele z tego wynika. Nadal zdarzają się historie jak ta opisywana przez panią Barbarę. Nadal pacjentki nie wiedzą, że nietrzymanie moczu można leczyć. Co gorsza nie wiedzą o tym lekarze.

Mija kolejny rok. Na temat NTM powiedziano wiele, odbyło się kilka kongresów. Mamy w Polsce bardzo dobrze wykształconą grupę specjalistów, stosujących najnowsze osiągnięcia medycyny w leczeniu nietrzymania moczu. Ktoś powie świetnie. Ale ja uważam, że to nadal mało. Nadal mamy ograniczone możliwości leczenia skomplikowanego, nawrotowego nietrzymania moczu, głównie z uwagi na brak refundacji odpowiednich procedur. Sytuacja w zakresie leczenia pęcherza nadreaktywnego nadal nie zmieniła się.

Oczywiście, medycyna jest w stanie skosztować każde pieniądze, nawet te największe.

Ale przy minimalnym wysiłku, przy wykorzystaniu wytycznych organizacji międzynarodowych takich jak ICI czy ICS można wydatkowanie pieniędzy zrationalizować, stosując choćby oksfordzki system stopni rekomendacji (czyli refundację tylko sprawdzonych metod leczenia).

Ale niedługo Nowy 2008 Rok, myślę że przyniesie wiele zmian w zakresie ochrony zdrowia.

Być może problemem nietrzymania moczu, jego kosztami społecznymi, jego wpływem na efektywność pracy zainteresuje się wreszcie Ministerstwo Zdrowia.

Tego, a także spełnienia marzeń tych wielkich i tych najmniejszych życzę Wszystkim Czytelnikom w Nowym 2008 Roku.

Dr hab. Piotr Radziszewski

NTM choroba społeczna

Joanna Kamińska

“Mam 52 lata, kilka lat temu przeszłam operację ginekologiczną, której skutkiem jest nietrzymanie moczu. Nie jestem już tą samą zdrową, radosną i silną kobietą co kiedyś. Zostałam okaleczona, a miało być tak cudownie

Nie pomagają mi żadne leki ani ćwiczenia. Tnę sobie pampersy i jestem zrozpaczona, a każdy lekarz tj. ginekolog, urolog, neurolog mówią, że tak musi być. To wszystko jest takie okrutne, lepiej byłoby umrzeć niż to wszystko niepotrzebnie przechodzić. Muszę jednak jakoś żyć i pracować, bo mam uczące się dzieci, ale nie żyję takiej tragedii nawet najgorszemu wrogowi...”

Anna

- To jeden z dramatycznych listów, który przyszedł do naszej redakcji - podobnych otrzymujemy wiele. Problem nietrzymania moczu nie zabija, ale potrafi zupełnie zrujnować życie. NTM to jeden z bardziej po-

wszechnych problemów współczesnego społeczeństwa. Zgodnie z definicją - choroba społeczna to schorzenie przewlekłe, szeroko rozpowszechnione w społeczności, które ogranicza możliwości wykonywania podstawowych zadań życiowych np. pracy, wymaga dłuższej regularnej opieki lekarskiej, jest trudno wyleczalne, stanowi problem dla całego społeczeństwa. Nietrzymanie moczu z całą pewnością można zaliczyć do chorób społecznych.

Skala problemu

O NTM mało się mówi. Nie oznacza to jednak, że problem nie istnieje, wręcz przeciwnie. Nietrzymanie moczu dotyka większej grupy osób niż niejedna choroba przewlekła. Szacuje się, że na NTM cierpi ok. 10 - 15 % każdego społeczeństwa. Na dolegliwość tą narażeni są wszyscy, bez względu na wiek i płeć. Grupy szczególnie narażone to kobiety po porodach i w okresie menopauzalnym oraz osoby w podeszłym wieku.

Wśród kobiet NTM występuje znacznie częściej niż inne - bardziej “popularne” choroby przewlekłe. Cukrzyca - powszechnie uważana za chorobę społeczną - dotyka ok. 8 % pań; depresja - ok. 20 %; nadciśnienie tętnicze - ok. 25 %; zaś nietrzymanie moczu to problem, na który cierpi ok. 35 % kobiet. A zatem co trzecia kobieta ma większy lub mniejszy problem związany z nietrzymaniem moczu. Wiele z nich nigdy nie konsultowała tego z lekarzem. A duża część tych, które zdecydowały się na rozmowę ze specjalistą zwlekała z tym nawet kilka lat.

Częstotliwość występowania NTM wzrasta wraz z wiekiem. Szacuje się, że problem ten dotyka ok. 50 % osób (zarówno kobiet jak i mężczyzn) powyżej 70 roku życia. Od pewnego czasu obserwujemy proces starzenia się społeczeństwa. Wraz ze wzrostem liczby osób w podeszłym wieku wzrasta również skala problemu NTM.

Jakość życia

Nietrzymanie moczu to nie tylko problem medyczny ale także psychiczny, który może zupełnie zdezorganizować życie osoby nim dotkniętej. Wstyd, bezradność, obniżenie poczucia własnej godności oraz poczucie niepełnej wartości społecznej - to uczucia, które często towarzyszą osobom dotkniętym NTM. Pogorszeniu ulega ich jakość życia - zarówno osobistego jak i zawodowego. W skrajnych przypadkach dochodzi do zupełnej izolacji społecznej, a nawet depresji. Pani Maria, która na NTM cierpi od kilkunastu lat, tak opisuje swoją historię: - *Zaczęłam stopniowo odsuwać się od znajomych, przestałam chodzić na spotkania i imprezy. Ponieważ śmiech powodował wyciek moczu - przestałam się śmiać. Nikt, nawet moi najbliżsi, nie wiedział dlaczego się tak zachowuję.*

Nietrzymanie moczu często wpływa na pogorszenie jakości życia nie tylko osób dotkniętych tą dolegliwością, ale także ich rodzin. Dotyczy to zwłaszcza opieki nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi ruchowo.

Koszty dla państwa

NTM to nie tylko problem medyczny i psychiczny, ale także ekonomiczny. W Polsce nigdy nie były przeprowadzane żadne badania dotyczące kosztów opieki i leczenia pa-



▶ cjentów z NTM. Wiadomo jednak, że sumy te są ogromne. Największe wydatki stanowi opieka nad pacjentami i leczenie powikłań (infekcje, zakażenia i podrażnienia skóry) oraz stosowanie produktów wchłaniających. Szacuje się, że koszty leczenia przyczynowego NTM (leki, operacje) kształtują się na poziomie 10 - letniego używania produktów wchłaniających.

NTM można leczyć, ale nie każde leczenie jest refundowane przez państwo. Refundacji nie podlega m.in. leczenie zachowawcze, leki antycholinergiczne, materiały wstrzykiwane, czy taśmy wszczepiane mężczyznom.

- *Koszty ponoszone przez pacjentów i przez system opieki zdrowotnej dotyczą samej diagnostyki dolegliwości, wyboru optymalnych metod leczenia, utrzymania higieny osobistej, zapobiegania i leczenia zwiększonej zapadalności na powikłania związane z tą dolegliwością, głównie zakażenie dróg moczowych, a co za tym idzie dotyczą zwiększonej hospitalizacji, jak również kosztów związanych z pobytem w domach pomocy społecznej* - zauważa Janusz Opolski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia w Rządzie Leszka Millera.

- *Należy stwierdzić, że racjonalizację wydatków związanych z tą dolegliwością można osiągnąć przede wszystkim przez położenie większego nacisku na opiekę podstawową - właściwą kwalifikację pacjentów do odpowiedniego sposobu postępowania, a także zastosowanie leczenia ukierunkowanego na odpowiedni rodzaj tego schorzenia* - dodaje Janusz Opolski.

Duża grupa osób, która cierpi na NTM, w ogóle nie używa środków wchłaniających. Sytuacja taka powoduje powstawanie różnego rodzaju schorzeń, a w rezultacie hospitalizację chorego. Koszt wyleczenia pacjenta z odleżyn to kwota równoważności samochodu osobowego (ok. 20-30 tys. zł).

W Polsce potrzeba długotrwałego i kompleksowego systemu, który doprowadziłby do zmniejszenia liczby osób, które z powodu nietrzymania moczu zapadają na inne choroby. Osoby takie zwiększają bowiem koszty państwa - przestają pracować i udają się na rentę, czyli zostają na utrzymaniu państwa.

Programy zdrowotne

W Polsce funkcjonują różne programy polityki zdrowotnej np. narodowy program profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo - naczyniowego, narodowy program zapobiegania nadwadze i otyłości, program prewencji i leczenia cukrzycy. Za ich realizację odpowiedzialny jest Minister Zdrowia lub Minister Pracy i Polityki Społecznej. Programy te zostały przygotowane w celu wsparcia osób chorych i ich rodzin. Zawierają one wytyczne postępowania z osobami chorymi m.in. sposób opieki i organizację lecznictwa.

Elżbieta Szałkiewicz

Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych

NTM to problem wieloaspektowy, który nie tylko utrudnia codzienne funkcjonowanie ale także obniża samopoczucie i jakość życia człowieka. Pod uwagę należy także brać skutki zdrowotne i koszt leczenia powikłań. Liczba osób z NTM jest tak duża, że rzeczywiście można mówić o społecznym wymiarze problemu nietrzymania moczu i ograniczonych możliwościach państwowego systemu wsparcia osób z NTM.

Obserwując dzisiejszą kondycję polskiego systemu ochrony zdrowia, trudno wśród kreatorów polityki zdrowotnej wywołać zainteresowanie tym tematem i doprowadzić do przekonania, że ten problem wymaga systemowego rozwiązania. Jeszcze trudniejsze wydaje się być przygotowanie i wdrożenie narodowego programu na rzecz poprawy jakości leczenia i życia osób z NTM.

To co jest obecnie możliwe do zrobienia, to właściwe podejście do kwestii refundacji środków pomocniczych i sprzętu medycznego, które mogą skutecznie zmniejszyć zdrowotne i psychiczne skutki nietrzymania moczu. Oznacza to istotne ograniczenie liczby powikłań spowodowanych niewłaściwym zabezpieczeniem skóry przed drażniącym oddziaływaniem moczu i poprawę jakości życia osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Ochrona skóry, zabezpieczenie bielizny i odzieży przed przemoczeniem oraz wyeliminowanie przykrego zapachu to nieustająca potrzeba osób z NTM. Tak więc refundacja zakupu środków pomocniczych czy sprzętu medycznego ma istotny wpływ na życie człowieka w sferze biologicznej, psychicznej i społecznej. Z tego powodu zasady refundacji ustalane przez Ministerstwo Zdrowia są przedmiotem zainteresowania wszystkich podmiotów związanych z rynkiem usług zdrowotnych na rzecz osób niepełnosprawnych. Niestety, przy ustalaniu reguł refundacyjnych, nie są brane pod uwagę opinie profesjonalistów, a jedynie dąży się do ustalenia reguł chroniących budżet NFZ przed nadmiernym obciążeniem finansowym.

Przewlekle chorzy i niepełnosprawni Polacy mają z reguły bardzo niskie dochody, a ich aktywność społeczna i zawodowa zależy od wsparcia społecznego. W tym kontekście, jako konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych uważam, że pierwszorzędne znaczenie w wymiarze indywidualnym i społecznym mogłoby mieć przyjęcie rozwiązań stosowanych w innych krajach Unii Europejskiej.

Niestety osoby borykające się z problemem nietrzymania moczu nie mogą liczyć na pomoc państwa. Nie istnieje żaden państwowy program zdrowotny, który wspierałyby osoby chore. Na pytanie, czy taki program zostanie kiedyś stworzony nikt w Ministerstwie nie umie udzielić odpowiedzi.

Polityka zdrowotna

Pocieszający jest fakt, że problem NTM został już raz zauważony przez naszych polityków. 3 marca 2005 roku odbyło się posiedzenie Sejmowej Komisji Zdrowia, które w całości zostało poświęcone analizie społecznego aspektu tego problemu. Podczas spotkania politycy dyskutowali nad sytuacją osób z problemem nietrzymania moczu w naszym kraju.

NTM to problem wieloaspektowy, dlatego jego leczenie powinno mieć charakter wielokierunkowy, a opieka nad pacjentem musi być intensywna i kompleksowa. Nietrzymanie moczu, tak jak każda choroba społeczna wymaga stworzenia kompleksowego systemu działań obejmującego profilaktykę, leczenie i edukację (lekarzy, chorych i ich rodzin oraz całego społeczeństwa).

Na spotkaniu w Sejmowej Komisji Zdrowia padły konkretne zobowiązania. Podsekretarz stanu w MZ, Janusz Opolski, obiecał wówczas przygotowanie specjalnego raportu poświęconego polityce zdrowotnej państwa wobec osób z NTM. *Uzgodniliśmy z kolegami, którzy są specjalistami w tym zakresie, zarówno z punktu widzenia urologii, jak i ginekologii i położnictwa, bo rzeczywiście jest to podstawowy problem tej dziedziny medycyny, że w ciągu trzech-czterech najbliższych miesięcy przygotujemy raport w tej sprawie. Będzie to jednak raport poświęcony nie sprawom klinicznym, tylko aspektom polityki zdrowotnej, czyli temu, jakie elementy i w jakim miejscu systemu, jakie środki powinny być wykorzystane, na co należy zwrócić uwagę, aby ten problem mógł być rozwiązywany kompleksowo.* Niestety raport taki nigdy nie powstał...

Czy zatem nasze Państwo zapomniało o ludziach dotkniętych problemem nietrzymania moczu? Pozostaje nam liczyć na to, że sytuacja tych osób nie będzie obojętna nowym władzom. Musimy również wierzyć w to, że w końcu kiedyś powstanie kompleksowy system opieki nad osobami z NTM. Ciekawe tylko kiedy?

Psycholog o NTM

Tatiana Ostaszewska-Mosak
Psycholog kliniczny zdrowia

Współczesna psychologia to dziedzina interdyscyplinarna, ściśle współpracująca z innymi naukami o człowieku i jego środowisku. Obecnie stara się ona być tak blisko jego problemów jak to tylko możliwe i aktywnie szuka praktycznych rozwiązań najtrudniejszych i nawet najbardziej "dziwnych" i wstydliwych kłopotów.

Psychologia zdrowia

Silną i szybko rozwijającą się gałęzią tej nowoczesnej psychologii jest psychologia zdrowia zajmująca się powiązaniem pomiędzy psychiką a ciałem. Jej częściami są psychosomatyka i somatopsychologia. Najprościej mówiąc - są to dziedziny badające relacje pomiędzy zdrowiem, chorobą, a sferą poznawczą, emocjonalną i społeczną człowieka. Próbuje znaleźć między innymi odpowiedzi na pytania jakie są czynniki ryzyka zapadnięcia na daną chorobę, czy i jak psychika wpływa na możliwość wystąpienia jakiegoś schorzenia oraz jak sytuacja zachorowania wpływa na całość funkcjonowania jednostki i jej otoczenia.

Wszystko to oczywiście dotyczy także tak specyficznego problemu jak nietrzymanie moczu. Truizmem będzie stwierdzenie, że jest to problem bardzo złożony i zawierający w sobie wiele poziomów możliwych rozważań. Przede wszystkim, jak w każdej chorobie, poza aspektem czysto medycznym pojawiają się inne, tak indywidualne i specyficzne jak aspekt emocjonalny, międzyludzki, rodzinny.

Każdy reaguje inaczej

Każdy z nas reaguje na trudności życia codziennego w trochę odmienny sposób. To rozumieliśmy i oczywiście, choć czasem w momencie kryzysu zapominamy o tym. Różnimy się od siebie w sposobie oceny zagrożenia, w jakości i natężeniu przeżywanych emocji, a także w wyborze metod, które mają nam pomóc w uporaniu się z kłopotami. Nie inaczej sprawa się ma w ciężkiej próbie jaką stanowią kłopoty z nietrzymaniem moczu.

Niektórzy ludzie potrafią przez bardzo długi czas, pomimo niepowodzeń czy choroby wytrwać w dobrym nastroju i ogólnym

niezłym stanie psychofizycznym. Udaje im się zachować przez bardzo długi czas optymizm, pogodę ducha i nadzieję. Nastroje te, oczywiście ulegają pewnym wahaniom, nieznacznym lub czasowym załamaniom, ale po niedługim czasie wracają prawie do punktu wyjściowego. Piszę prawie, ponieważ w momencie przedłużających się problemów np. z prawidłowym diagnozowaniem lub skutecznym leczeniem, naprawę praktycznie niemożliwe jest utrzymanie nadziei i dobrego samopoczucia na tym samym niezmiennym poziomie.



Inni chorzy natomiast szybko się załamują, wpadają w długotrwałe stany przygnębienia, wydaje się, że cała ich dotychczasowa radość życia czy umiejętność radzenia sobie legła w gruzach. Optymizm zmienia się w stałe czarnowidztwo, które zaczyna obejmować coraz to inne obszary życia. Kwestia choroby i powodowanych przez nią niedogodności powoli przysłania wszystkie inne aspekty funkcjonowania, a życie powoli sprowadza się tylko do tego jednego zagadnienia.

Skąd tak różne reakcje?

Dlaczego tak różnie reagujemy na tę specyficzną trudność, jaką jest przewlekła choroba? Przyczyn jest bardzo wiele. Wymieńmy

choćby kilka, takich jak: biologiczne wyposażenie jednostki, temperament, jej wcześniejsze doświadczenia, sposób wychowywania, cechy osobowości, czy na przykład elastyczność poznawcza, przejawiająca się w sposobie i szybkości uczenia się nowych reakcji.

Istnieje także jeszcze jeden aspekt naszego życia wewnętrznego mający podstawowy praktycznie wpływ na wszystko, co dzieje się w naszym życiu. Jest to charakterystyczny dla danej osoby sposób rozumienia świata, własnej osoby i innych ludzi zwany w psychologii przekonaniami poznawczymi. To właśnie od tej wewnętrznej interpretacji zależy jak odbieramy i jak reagujemy na wszystko co nas w życiu spotyka. Szczególnie mocno uaktywniają się one w sytuacji kryzysu czy przedłużających się trudności, a taką przecież sytuacją jest choroba.

Trzeba tu jednak zrozumieć jedną podstawową zasadę, że nie sama obiektywna sytuacja (choćby z pozoru osobom postronnym wydawała się tragiczna) jest najistotniejsza, ale nasza indywidualna ocena tej sytuacji. To co my o niej myślimy, jak ją oceniamy, jak szacujemy niedogodność lub wręcz niebezpieczeństwo, jak postrzegamy własne zasoby i umiejętności do radzenia sobie. Są to elementy decydujące o tym, jaka będzie reakcja na problem. Te oceny dokonują się w nas bardzo szybko, praktycznie automatycznie, dlatego najczęściej nie potrafimy odpowiedzieć na pytanie: dlaczego w danej chwili (czy też zazwyczaj i generalnie) reagujemy tak czy inaczej.

Nie potrafimy także odpowiedzieć na pytanie dlaczego takie uczucia jak zniecierpliwienie, smutek, złość, brak nadziei przedłużają się i nie chcą nas opuścić. Nie bardzo zdajemy sobie bowiem sprawę, że najczęściej sami te uczucia wywołujemy i pielęgnujemy. A czasem pomimo, że pozornie coś staramy się robić aby je odsunąć jakaś wewnętrzna siła nie pozwala im odejść. To właśnie owe tajemnicze przekonania, myśli automatyczne, powtarzane ciągle i na nowo nakręcają tę nieprzyjemną spiralę nie pozwalając na dokonanie upragnionych i prawdziwych zmian.

Te informacje są dla nas wszystkich - i zdrowych i chorych - dobrymi wiadomościami. Wskazują bowiem na naszą odpowiedzialność zarówno w chwilach dobrych jak i złych i na fakt, że możemy mieć wpływ na swój stan psychofizyczny. Może nie bardzo wiemy jak możemy przejąć tę kontrolę (no ale od czego są specjaliści?), ale jest to z całą pewnością - przy odpowiednim zaangażowaniu - możliwe. Nawet jeśli dotyka nas coś tak nieprzyjemnego i kłopotliwego jak problem nietrzymania moczu. ■

Nowości w leczeniu farmakologicznym nietrzymania moczu

dr n. med. Katarzyna Jankiewicz, dr n. med. Andrzej Wróbel, prof. dr hab. n. med. Tomasz Rechberger
II Katedra i Klinika Ginekologii AM w Lublinie

Farmakologiczne leczenie pęcherza nadreaktywnego (OAB) skupia się na zmniejszeniu kurczliwości mięśnia wypieracza pęcherza moczowego w trakcie jego napęnlania oraz na oddziaływaniu na nerwy czuciowe, informujące mózg o wypełnieniu się pęcherza. Lekami pierwszego rzutu w farmakoterapii OAB są antagoniści receptorów muskarynowych. Redukują one uczucie parcia na moc, stabilizują nadaktywność mięśnia wypieracza oraz zwiększają objętość pęcherza moczowego. Ich zastosowanie kliniczne jest jednak ograniczone poprzez dobrze znane efekty uboczne - suchość w jamie ustnej, zaburzenia widzenia, zaparcia, senność, upośledzenie funkcji poznawczych, a także nie zawsze satysfakcjonujący efekt kliniczny. Najczęściej stosowane leki z tej grupy - nieselektywni antagoniści receptorów muskarynowych - ze względu na krótki okres półtrwania dawkowane są kilka razy dziennie, ale dużą ich zaletę stanowi stosunkowo niska cena. Są to preparaty oxybutyniny (Driptane, Ditropan, Cystrin - tabletki po 5 mg), Tolterodyna (Detrusitol - tabletki po 1 i 2 mg) jest również nieselektywnym antagonistą receptorów muskarynowych, preparatem nowszym od oxybutyniny, lepiej tolerowanym, ale wydaje się, w oparciu o badania kliniczne, że niestety mniej skuteczna.

Dlatego też ciągle trwają poszukiwania leku idealnego w OAB, który przy maksymalnej skuteczności selektywnie wpływając na funkcje układu moczowego, pozbawiony będzie antycholinergicznymi działaniami ubocznymi. W pęcherzu moczowym zidentyfikowano receptory M1, M2 oraz M3. Mimo, że dominującym receptorem pod względem gęstości jest M2, to właśnie receptory M3 pośredniczą głównie w skurczu wypieracza. Ze względu na objawy atropinopodobne, które towarzyszą stosowaniu nieselektywnych antagonistów receptorów muskarynowych, poszukuje się leków wykazujących selektywność wobec pęcherza (selektywność narządową) oraz działających wybiórczo na receptory M2 i M3. Całkowita bowiem selektywność wobec receptorów M3 wydaje się niewskazana, ze względu na brak działania takich leków na przedpołączeniowe receptory M2. Do związków o wspomnianym profilu farmakologicznym należą darifenacyna, solifenacyna i fesoterodyna.

Darifenacyna jest selektywnym antagonistą receptorów M3. Posiada 11-krotnie wyższe

powinowactwo do receptorów M3 niż M2. Hamuje skurcze pęcherza z siłą porównywalną do atropiny, natomiast wykazuje 5-krotnie niższe powinowactwo do receptorów muskarynowych w śliniankach. Przeprowadzone badania kliniczne potwierdziły korzystny wpływ darifenacyny na parametry urodynamiczne u pacjentów z OAB i nie wykazały charakterystycznych dla nieselektywnych leków antymuskarynowych działań niepożądanych. Badania porównawcze darifenacyny i oxybutyniny potwierdziły, że darifenacyna stosowana w dawce 15 mg wykazywała porównywalną



efektywność (zmniejszenie liczby epizodów nietrzymania moczu, częstości parć nagłych i mikcji) przy jednocześnie rzadszym występowaniu efektów ubocznych pod postacią uczucia suchości w ustach, zaburzeń widzenia czy zawrotów głowy. Wydaje się, że selektywność darifenacyny w stosunku do receptorów M3 pozwoli zmniejszyć ryzyko wystąpienia efektów ubocznych ze strony CUN, takich jak upośledzenie funkcji poznawczych, które wiążą się głównie z blokowaniem receptorów M1. Preparat darifenacyny - Emselex (tabletki po 7,5 i 15 mg) - od niedawna dostępny jest w polskich aptekach. Dawkowany jest raz dziennie, początkowo w dawce 7,5 mg, którą przy braku pełnej skuteczności można zwiększyć do 15 mg/dobę.

Solifenacyna (Vesicare - tabletki po 5 i 10mg), jest bardziej selektywna wobec receptorów M3 niż M2, wykazuje większą selektywność wobec pęcherza moczowego zarówno in vitro jak i in vivo. Okres półtrwania wynosi 52 godziny, w związku z czym jest przyjmowana raz dziennie. W badaniach klinicznych wykazano, że solifenacyna wykazuje bardzo dużą skuteczność (74% pacjentów oceniło ją jako satysfakcjonującą) w leczeniu ob-

jawów nadreaktywności wypieracza przy niewielkich objawach ubocznych (tylko 1.3% pacjentów oceniło objawy uboczne związane z przyjmowanym lekiem jako nie do zaakceptowania).

Kolejną obiecującą substancją - fesoterodyna - to pierwszy aktywny metabolit tolterodyny. Wyniki badań III fazy wykazały jej skuteczność i bezpieczeństwo w dawkach 4 i 8 mg oraz większą skuteczność w porównaniu z tolterodyną.

Nową opcję terapeutyczną w OAB, oprócz leczenia lekami doustnymi, stanowią neurotoksyny. Ostrzykiwanie pęcherza moczowego toksyną botulinową (BTX) obniża napięcie wypieracza pęcherza moczowego, wpływa też prawdopodobnie na zakończenia czuciowe zlokalizowane w pęcherzu, zmniejsza napięcie zwieracza zewnętrznego cewki i ułatwia opróżnianie pęcherza u pacjentów z dyssynergią między wypieraczem pęcherza a zwieraczem cewki moczowej. Potencjalnymi wskazaniami do leczenia toksyną botulinową są: dyssynergizm wypieraczowo-zwieraczowy, neurogenna oraz nieneurogenna nadreaktywność wypieracza, śródmiąższowe zapalenie pęcherza moczowego, przeszkoda podpęcherzowa oraz nadreaktywność wypieracza na tle idiopatycznym.

Ograniczenia w zastosowaniu obecnie wykorzystywanych leków stanowią impuls do poszukiwania nowych kierunków leczenia farmakologicznego tego schorzenia oraz do zgłębiania wiedzy dotyczącej podstaw fizjologicznych oraz dysfunkcji dolnych dróg moczowych. Szczególne zainteresowanie budzą możliwości oddziaływania na aferentne (czuciowe) mechanizmy regulujące odruch mikcji. Dlatego trwają badania i próby zsyntetyzowania oraz wykorzystania klinicznego w leczeniu OAB nowych substancji o zupełnie innych punktach uchwytu niż opisane powyżej.

W leczeniu farmakologicznym wysiłkowego NTM arsenał środków jest stosunkowo ograniczony. Zasadą jest tu zwiększenie ciśnienia zamykającego cewkę moczową. Dotychczas wykorzystywano do tego leki α -adrenergiczne, trójpierscieniowe leki przeciwdepresyjne oraz estrogeny. Nowym lekiem jest duloksetyna - nieselektywny inhibitor wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (preparat Yentreve - kapsułki po 20 i 40 mg) - niedostępny niestety w polskich aptekach. ■

Zaburzenia czynności dolnych dróg moczowych w chorobach neurologicznych

dr Jacek Zaborski

Oddział Neurologii Międzyleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie

Układ nerwowy i dolne drogi moczowe stanowią nierozdzielny związek strukturalno-czynnościowy. To powiązanie zapewnia sprawną i świadomą kontrolę procesu napełniania i opróżniania pęcherza moczowego. Układ nerwowy kontrolujący dolne drogi moczowe, a także pęcherz moczowy i okolica podpęcherzowa są bardzo wrażliwe na jakiegokolwiek zmiany zachodzące w ich strukturze i funkcjach. W móście znajdują się dwa niezależnie zorganizowane ośrodki odpowiedzialne za mikcję oraz za trzymanie moczu. Ośrodek mikcji (tzw. region M) jest zlokalizowany w środkowej części grzbietowo-bocznej mostu. Drugi ośrodek odpowiadający za trzymanie moczu (tzw. region L) znajduje się w móście bardziej brzusznie i bocznie od ośrodka mikcji. U pacjentów ze schorzeniami neurologicznymi bardzo istotne jest odróżnienie przeszkody anatomicznej od czynnościowej (wywołanej uszkodzeniem ośrodków kontrolujących mikcję).

W oparciu o kryteria topograficzne, można wyróżnić zaburzenia czynności dolnych dróg moczowych powstałe w wyniku uszkodzenia:

1. okolicy krzyżowej: ogona końskiego oraz neuropatie obwodowej;
2. rdzenia kręgowego;
3. mostu;
4. struktur zlokalizowanych ponad mostowymi ośrodkami kontroli mikcji (półkule mózgowie).

Uszkodzenia zlokalizowane w okolicy krzyżowej

Rdzeń kręgowy kończy się na wysokości L2, ale nerwy rdzeniowe odcinka krzyżowego: S2-S4, opuszczają kanał kręgowy dopiero przez otwory w kości krzyżowej. Urazy należą do najczęstszych przyczyn uszkodzenia nerwów rdzeniowych w tym odcinku. Przeważnie powodują one uszkodzenia nieselektywne, obejmujące zarówno korzenie przednie, jak i tylne nerwów rdzeniowych. Często towarzyszą im zaburzenia czynności płciowych. Druga grupa schorzeń, to te, które powodują wybiórcze upośledzenie czynności włókien niezmielinizowanych typu C (neuropatie w przebiegu cu-

krzycy, amyloidozy oraz inne rzadsze, przeważnie neuropatie wrodzone). W przypadku tych schorzeń objawy pęcherzowe występują przeważnie dopiero wtedy, gdy nasilone są objawy neuropatii ze strony kończyn dolnych.

Uszkodzenia rdzenia kręgowego

Zaburzenia czynności pęcherza moczowego stanowią jeden z najbardziej istotnych problemów pacjentów z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Schorzenia powodujące czynnościowe uszkodzenie rdzenia można podzielić na dwie zasadnicze grupy: ostre, które w wyniku jednorazowego urazu doprowadzają do trwałego lub częściowo odwracalnego uszkodzenia rdzenia. Należą do nich przede wszystkim urazy rdzenia kręgowego. Natychmiast po uszkodzeniu rdzenia pojawia się wstrząs rdzeniowy i atonia pęcherza z następnym zatrzymaniem moczu. Po ustąpieniu wstrząsu rdzeniowego rozwija się czynnościowa przeszkoda podpęcherzowa oraz nadreaktywność wypieracza. Mikcja jest wówczas inicjowana w sposób odruchowy, pozbawiony hamowania ośrodkowego. Niekiedy, w przypadku uszkodzeń wielopoziomowych lub wtórnie do przeszkody, może dochodzić do niedoczynności mięśnia wypieracza.

Drugą grupę chorób stanowią przewlekłe schorzenia rdzenia, w których zaburzenia czynności pęcherza powoli narastają i ich natężenie jest proporcjonalne do uszkodzenia rdzenia. Najczęstszą przyczyną jest stwardnienie rozsiane, w którym częstość występowania zaburzeń pęcherzowych ocenia się na 70-96% przypadków. W przypadkach poprzecznego zapalenia rdzenia, rokowanie może być w części przypadków dobre, a zaburzenia czynności pęcherza przemijające. Mogą jednak być jedyną pozostałością po przebytych procesie chorobowym. Guzy rdzenia, zarówno wewnątrz- jak i zewnątrzrdzeniowe, są również częstą przyczyną narastających zaburzeń czynności pęcherza, które mogą być pierwszymi objawami klinicznymi choroby. Przeważnie współistnieją objawy neurologiczne zależne od lokalizacji guza.



Uszkodzenia zlokalizowane w móście

Czasami zmiany chorobowe zlokalizowane są bezpośrednio w móście i mogą w sposób istotny zaburzać czynność pęcherza moczowego. Jeżeli uszkodzenie powstaje nagle, np. w wyniku udaru pnia mózgu i obejmuje znaczny obszar ważnych dla życia ośrodków, zaś pacjent jest przeważnie w stanie ciężkim, to wiarygodna ocena zaburzeń pęcherzowych jest niemożliwa. Natomiast jeżeli schorzenie rozwija się powoli i zmiana nie jest duża, to możemy zaobserwować różnorodne zaburzenia pęcherzowe. W zależności od uszkodzonego ośrodka mogą to być hiperrefleksja wypieracza bądź jego hiporefleksja, czynnościowa przeszkoda podpęcherzowa lub NTM związane z niedoczynnością zwieracza. ▶

► Uszkodzenia zlokalizowane w strukturach ponad mostowymi ośrodkami mikcji-półkule mózgowe

Zasadniczo rola struktur ponadmostowych polega na kontroli czynności mostowych ośrodków mikcji. Uszkodzenia płata czołowego odpowiedzialne za zaburzenia czynności pęcherza są zlokalizowane w kolanie ciała modzelowatego. Klinicznie objawiają się one parciaми nagłymi i częstomoczem. Jeżeli schorzeniu nie towarzyszy otępienie, to zaburzenia te znacznym stopniu upośledzają społecznie chorego. W pourazowych uszkodzeniach płata czołowego problem wydaje się być bardziej złożony. Do opisanych wcześniej uszkodzeń dołącza się często niedobór ADH i związana z nim poliuria (moczówka prosta).

Osobną grupę stanowią pacjenci, którzy przeżyli udar mózgu. W okresie trzech miesięcy po incydencie naczyniowym zaburzenia pęcherzowe dotyczą ok. 50% chorych. Dominuje konieczność częstego oddawania moczu w godzinach nocnych. W ostrej fazie choroby u ok. 6% pacjentów stwierdza się zaleganie moczu.

W przypadku chorych z parkinsonizmem należy zastanowić się czy mamy do czynienia z idiopatyczną chorobą Parkinsona, czy też zespołem parkinsonowskim w przebiegu innej choroby. Jeżeli u pacjenta z nieznacznie nasilonym zespołem parkinsonowskim występują nasilone, a czasami wręcz dominujące objawy ze strony pęcherza, należy rozważyć rozpoznanie zaniku wieloukładowego. W przypadkach tego schorzenia objawy neurologiczne czasami na wiele lat poprzedzają rozwinięcie się pełnego obrazu klinicznego (zazwyczaj na 4-5 lat przed ustaleniem rozpoznania). Na obraz kliniczny składają się: zespół parkinsonowski poprzedzony wystąpieniem zaburzeń pęcherzowych, nietrzymanie moczu na tle nadreaktywności wypieracza, zaleganie moczu po mikcji (czynnościowa przeszkoda podpęcherzowa, znaczne pogorszenie czynności pęcherza po chirurgicznych zabiegach urologicznych). Trzeba o tym pamiętać i nie kwalifikować tych chorych do leczenia operacyjnego. U chorych z idiopatyczną chorobą Parkinsona dominuje NTM z parcia i występuje ono raczej w zaawansowanych postaciach choroby.

Podsumowując można stwierdzić, że "pacjenci neurologiczni", u których występują zaburzenia czynności dolnych dróg moczowych mogą być dotknięci bardzo różnorodną patologią. Dlatego istnieje u nich konieczność przeprowadzenia pełnej diagnostyki z dwóch zasadniczych powodów: po pierwsze - pozwala na zrozumienie szczegółowego mechanizmu powstałych zmian, a po drugie - umożliwia prawidłowe, coraz bardziej skuteczne postępowanie terapeutyczne. ■

CHOROBY NEUROLOGICZNE

Choroby okolicy krzyżowej upośledzające czynność pęcherza moczowego

* USZKODZENIA OGONA KOŃSKIEGO

Urazy: złamania, rany, w tym postrzałowe

Centralna przepuklina dyskowa

Guzy: przerzuty, wyściółczaki

* NEUROPATIA SPOWODOWANA USZKODZENIEM DROBNYCH WŁÓKIEN

Cukrzyca

Amyloidozą: wrodzona i wtórna

Neuropatia pochodzenia immunologicznego (ASMAN)

Dystalna neuropatia autonomiczna

* NEUROPATIE WRODZONE (NP. HSAN)

* USZKODZENIE NERWÓW MIEDNICY LUB NERWU SROMOWEGO

* USZKODZENIE OPERACYJNE: CHIRURGIA ODBYTU, CAŁKOWITE USUNIĘCIE GRUCZOŁU KROKOWEGO LUB MACICY

Schorzenia na poziomie rdzenia upośledzające czynność pęcherza moczowego (uszkodzenia typu B)

* URAZOWE USZKODZENIE RDZENIA

* STWARDNIENIE ROZSIANE

* POPRZECZNE ZAPALENIE RDZENIA KRĘGOWEGO

* TROPICALNY SPASTYCZNY NIEDOWŁAD KOŃCZYN DOLNYCH (ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM WIRUSEM HTLV I)

* GUZY RDZENIA KRĘGOWEGO (ZEWNĄTRZ I WEWNĄTRZRDZENIOWE)

* MALFORMACJE TĘTNICZO-ŻYLNIE W OBRĘBIE KANAŁU KRĘGOWEGO

* ZAKOTWICZONY RDZEŃ (WADA ROZWOJOWA)

* WADY ROZWOJOWE CEWY NERWOWEJ (TARŃ DWUDZIELNA)

* PRZEPUKLINA OPONOWO-RDZENIOWA

Choroby zlokalizowane w strukturach mostu

* STWARDNIENIE ROZSIANE (ŚCIŚLE ZLOKALIZOWANA ZMIANA DEMIELINIZACYJNA)

* ZAPALENIE PNIA MÓZGU

* GUZY PNIA MÓZGU

* ZMIANY ROZWOJOWE

* UDAR

Choroby zlokalizowane w strukturach ponad mostowymi ośrodkami mikcji upośledzające czynność pęcherza moczowego

* USZKODZENIE PŁATA CZOŁOWEGO - GUZY

Zapalenie mózgu

Udary mózgu

Urazy głowy

Wodogłowie

Choroby zwyrodnieniowe, procesy otępienne

* PARKINSONIZM

Idiopatyczna choroba Parkinsona

Zanik wieloukładowy (MSA - multisystem atrophy)

Polska uroginekologia na wysokim poziomie

Z dr n. med. Katarzyną Jankiewicz,
laureatką Kongresu IUGA,
pracownikiem II Kliniki Ginekologii Akademii
Medycznej w Lublinie
rozmawia Joanna Kamińska

■ Otrzymała Pani pierwszą nagrodę w zakresie nauk podstawowych przyznaną przez jury naukowe 32 spotkania Międzynarodowego Towarzystwa Uroginekologicznego (IUGA), które odbyło się w Cancun w Meksyku - to ogromne wyróżnienie zarówno dla Pani, jak i dla całej polskiej uroginekologii. Jak czuje się Pani w roli laureatki?

- Rzeczywiście jest to ogromne wyróżnienie dla całego naszego zespołu, który pod kierownictwem prof. Tomasza Rechbergera zgłębia od wielu lat tajniki uroginekologii. Praca wyróżniona w Cancun na temat immunologicznych mechanizmów odrzucania siatek polipropylenowych powstawała przez ostatnie 3 lata, badania były możliwe dzięki wsparciu finansowemu Komitetu Badań Naukowych, wymagały dużego wysiłku i nakładów pracy. Wyróżnienie to stanowi zatem dla mnie i moich współpracowników duże osiągnięcie i sprawiło nam wszystkim ogromną satysfakcję.

Czy może Pani przybliżyć naszym czytelnikom czym jest IUGA?

- IUGA czyli International Urogynecological Association, to grupa naukowców oraz lekarzy praktyków ginekologów i urologów, w większości - autorzy i twórcy uroginekologii, którzy dzielą się swoimi doświadczeniami, tworzą standardy i szkołę. Temu właśnie służą coroczne spotkania.

Co zdecydowało, Pani zdaniem, że jury naukowe wybrało pracę właśnie z Polski?

- Wydaje mi się, że o wyborze pracy decydowały względy merytoryczne, bo na podjęty przez nasz zespół temat istnieje niewiele doniesień literaturowych, nie ma randomizowanych badań, nie do końca poznano mechanizmy i przyczyny erozji biomateriałów. Jednocześnie problem odrzucania siatek stosowanych w chirurgii zaburzeń statyki i nietrzymania moczu w związku z ich ogromnym rozpowszechnieniem, staje się jednym z najbardziej kluczowych problemów w uroginekologii.

Leczeniem nietrzymania moczu w Polsce zajmują się zarówno ginekolodzy, jak i urologi, brakuje jednak wyspecjalizowanej grupy uroginekologów. Jak Pani ocenia tę sytuację w Polsce?

- W mojej ocenie, nie ma znaczenia, czy dany specjalista posiada tytuł uroginekologa, choć od pewnego czasu planuje się

stworzenie dodatkowej podspecjalizacji z uroginekologii. Moim zdaniem, doskonale wykształcony ginekolog czy urolog, posiadający znakomite umiejętności chirurgiczne oraz wiedzę z zakresu anatomii, fizjologii i zasad funkcjonowania i rekonstrukcji struktur dna miednicy, może z powodzeniem zajmować się zarówno leczeniem zachowawczym jak i zabiegowym w uroginekologii. I takich specjalistów w Polsce posiadamy. A mam nadzieję, że obecnie kształcący się posiadają potrzebną wiedzę i będą również pracować zgodnie z najnowszymi standardami w uroginekologii wytyczanymi m.in. przez międzynarodowe towarzystwa naukowe takie jak IUGA czy ICS.

Czy fakt, że przedstawicielka polskiej medycyny otrzymuje nagrodę na międzynarodowym kongresie oznacza, że polska uroginekologia jest na porównywalnym poziomie co najbardziej zaawansowane cywilizacyjnie państwa na świecie?

- Mimo stanowczo mniejszych nakładów finansowych zarówno na działalność naukową jak i na leczenie, polska uroginekologia stoi na wysokim poziomie i na szczęście nie mamy się czego wstydić. Na międzynarodowych kongresach z zakresu uroginekologii z przyjemnością przekonujemy się o tym, że nasze doniesienia naukowe są zauważane i doceniane, a nasi pacjenci mają dostęp do takich samych metod leczenia jakie są trendem światowym, stosuje się podobne techniki, dostępne są te same leki. Jedyny problem z punktu widzenia pacjenta stanowi zapewne dostępność (choćaby finansowa) do najlepszych i najnowszych leków, środków higienicznych, dostęp do lekarzy specjalistów oraz ograniczenia narzucane przez NFZ w kwestii ilości wykonywanych badań i zabiegów limitowanych warunkami kontraktu danej placówki z NFZ.

Czy ciągły rozwój technologii i wytwarzanie coraz to nowszych i lepszych taśm oraz zestawów do ich implantacji może spowodować, że operacyjne leczenie NTM będzie miało w przyszłości stu procentową skuteczność?

- Skuteczność w operacyjnym leczeniu wysiłkowego NTM pod warunkiem prawidłowej kwalifikacji pacjentki, wykluczenia innych przyczyn nie pozwalających na leczenie zabiegowe oraz zgodnego z zasadami wykonania zabiegu jest w tej chwili bardzo wysoka i sięga w zależności od metody, ośrodku i czasu obserwacji nawet 90%. Gdy dodatkowo z tej grupy wykluczyć prawidłowo zdiagnozowane urodynamicznie pacjentki z cewką niskociśnieniową (u których



klasyczne slingi mają stosunkowo niską skuteczność i dla nich zarezerwowane są specjalne metody i systemy lecznicze) można osiągnąć wartości oscylujące powyżej 90%. Natomiast osiągnięcie 100% skuteczności w medycynie jest marzeniem każdego lekarza, ale wydaje się niemożliwe, nawet przy zastosowaniu najnowszych i najlepszych taśm oraz zestawów do ich implantacji.

Czy operacje z użyciem taśm mogą całkowicie wyprzeć inne metody leczenia NTM?

- Uważam, że nie dojdzie do takiej sytuacji gdzie jedna metoda leczenia NTM będzie uniwersalna, właściwa i idealna dla wszystkich pacjentek. W terapii NTM najważniejsze jest dobranie właściwego sposobu leczenia do rodzaju schorzenia, oczekiwań pacjenta i możliwości leczenia. W wysiłkowym NTM alternatywą dla zabiegów pętlowych z użyciem taśm polipropylenowych stanowią pojawiające się nowe opcje farmakoterapii, a kiedy wprzeć je jeszcze systematyczną gimnastyką mięśni dna miednicy oraz treningiem pęcherza moczowego, mogą stanowić idealne wyjście dla pacjentek, które nie chcą lub nie mogą być operowane. Możliwe też, że ogromny postęp jaki dokonuje się w uroginekologii w ostatnich kilkunastu latach pozwoli wprowadzić zupełnie nowe materiały albo metody leczenia chirurgicznego NTM.

Iniekcje okołocewkowe w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet

Dr n. med. Piotr Dobroński

Katedra i Klinika Urologii Akademii Medycznej w Warszawie



dealna substancja do iniekcji okołocewkowych powinna być łatwo dostępna, tania, nie mieć własności antygenowych, uczulających, toksycznych, kancerogennych, nie powinna migrować, powinna być dobrze tolerowana przez tkanki (bezpieczna), być łatwo wstrzykiwalna, dawać dobry wynik wczesny i odległy. Żadna z obecnie dostępnych substancji nie spełnia tych wszystkich wymogów. Próby wstrzykiwania substancji wywołujących włóknienie w okolicę podcewkową w leczeniu nietrzymania moczu zostały podjęte w końcu lat 30-tych XX wieku. Niestety stosowane w tym celu substancje (np. parafina) powodowały bliznowacenie o nieprzewidywalnym zasięgu. Inne substancje, jak np. autologiczna krew miały bardzo niską skuteczność. W latach 70-tych zaczęto stosować pastę teflonową (politetrafluoroetylen PTFE, Polytetef). Ze względu na migrację cząstek teflonu i powstawanie ziarniaków w odległych narządach (wątroba, płuca, ośrodkowy układ nerwowy), poszukiwano lepszego materiału do wstrzyknięć. Przełom stanowiło wprowadzenie zawiesiny kolagenu wołowego o wiązaniach krzyżowych (Contigen) pod koniec lat 80-tych. Kolagen był najszerzej stosowanym materiałem, jednak ze względu na to, że jest dla człowieka białkiem obcogatunkowym, może powodować uczulenia. W 1989 r. doniesiono o zastosowaniu taniej i łatwo dostępnej autologicznej tkanki tłuszczowej. Wyniki jej zastosowania były jednak złe. Poszukiwanie idealnego materiału w latach 90-tych zaowocowało wprowadzeniem mikroim-

plantów z gumy silikonowej (Macroplastique) i kopolimeru dekstranomeru z kwasem hialuronowym (Zuidex). W 2000 r. po raz pierwszy zastosowano pirolitycznie pokrywane węglem mikrogranulki z tlenku cyrkonu (Durasphere). Jednym z najnowszych materiałów jest kopolimer fluoru alkoholu etyleno-winylowego (Uryx, Tegress)

Zabieg podania materiału wstrzykiwalnego nie znajduje się na liście zabiegów kontraktowanych przez NFZ, a materiały wstrzykiwalne nie są refundowane.

W latach 90-tych stosowano krótko system mikrobalonów (Urovive) zastąpiony przez balony o regulowanej objętości (ACT, Adjustable Continence Technique, ProACT), co umożliwia optymalizację efektu leczniczego. Implantuje się 2 balony poprzez małe nacięcia tkanek kroczca, a regulację ich objętości przeprowadza się dodając lub ujmując wypełniający je płyn poprzez nakłuwalne zastawki.

Zaletą iniekcji okołocewkowych jest ich minimalna inwazyjność, możliwość wykonania zabiegu w znieczuleniu miejscowym w warunkach ambulatoryjnych i możliwości powtarzania zabiegu. Podstawową wadą jest ich niska skuteczność odległa. Tylko około połowy leczonych uzyskuje dobry

efekt po jednym wstrzyknięciu. Najczęściej stosowany i najlepiej zbadany kolagen wołowy dla utrzymania kontynencji podawany jest co 3-36 miesięcy. Za inne wady iniekcji uważa się trudną do przewidzenia konieczną ilość materiału i niebezpieczeństwo stosowania materiału allo- lub ksenogenicznego. W Polsce problem stanowi dostępność środków do wstrzyknięć. Każdy jest praktycznie sprowadzany indywidualnie, gdyż dystrybutorzy nie mają ich w stałej ofercie dla naszego kraju.

Wskazania

Iniekcje okołocewkowe stosowane są w typie III (ISD, intrinsic sphincter deficiency) wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet. Można je także stosować z współistniejącą z typem III nadmierną ruchomością cewki i szyi pęcherza (typ anatomiczny, typ II). Oba typy współistnieją w 30-60% przypadków kobiet z wysiłkowym NTM. Typ III najczęściej spowodowany jest odnervieniem pooperacyjnym, zwłóknieniem tkanek okołocewkowych po przebytych operacjach, radioterapii czy urazach oraz pomenopauzalnym zanikiem tkanek.

Iniekcje mogą być stosowane jako uzupełnienie leczenia po uprzednim leczeniu zabiegowym, które nie zakończyło się wyleczeniem. Celem jest uzyskanie dalszej poprawy kontynencji. Przeciwwskazaniami do zabiegu wstrzyknięcia są: czyste nietrzymanie moczu z parcia, aktywne zakażenie dróg moczowych i nadwrażliwość na wstrzykiwaną substancję.

Technika zabiegu

Zabieg wykonuje się w znieczuleniu miejscowym przez cystoskop. Iniekcję wykonuje się podając materiał przez cewkę podśluzówkowo tuż pod szyją pęcherza moczowego. Iglę można wprowadzić na dwa sposoby: przezcewkowo przez kanał roboczy cystoskopu lub okołocewkowo, bocznie od cystoskopu. Ilość materiału wstrzykiwanego zależy od jego rodzaju i wynosi kilka do 20 ml. Na ogół wykonuje się wstrzyknięcie na godzinie 9 i 3, czasem dodatkowo na godzinie 6 i/lub 12. Należy uzyskać uwypuklenie śluzówki cewki do linii pośrodkowej po każdej ze stron. Substancja uszczelniająca musi być podana podśluzówkowo i tam pozostać. Jej wyciek do światła dróg moczowych (przez uszkodzenie śluzówki lub miejsce po igle) prowadzi do nieskuteczności zabiegu.

Obecnie do podawania 2 najpopularniejszych materiałów (Zuidex i Macroplastique), stosowane są aplikatory pozwalające na iniekcje bez użycia cystoskopu.

Wstrzyknięcia balonów okołocewkowych są szczególnie wymagające technicznie. ACT i ProACT stosowane są także w nawrotowym NTM oraz u mężczyzn. Za-

Prace nad projektem ustawy pielęgnacyjnej zakończone

Grażyna Śmiarowska
Prezes Stowarzyszenia Organizatorów i Promotorów Opieki Długoterminowej

W sierpniu bieżącego roku zakończone zostały prace nad projektem ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym. W tworzeniu, początkowo, projektu założeń, a następnie projektu ustawy, uczestniczyli przedstawiciele środowisk naukowych, Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Pracy, osoby zajmujące się w praktyce opieką długoterminową, a także reprezentanci środowisk pozarządowych zajmujących się osobami niepełnosprawnymi. Prace prowadzone były pod przewodnictwem Ministra Zdrowia.

Wprowadzenie systemu ubezpieczenia się na wypadek niesamodzielnosci jest niekwestionowaną potrzebą. Trzeba mieć świadomość, że wszyscy jesteśmy zagrożeni ryzykiem niesamodzielnosci, niezależnie od wieku, wykształcenia czy pozycji zawodowej. Założeniem planowanej ustawy będzie zapewnienie w stopniu podstawowym potrzeb osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, czyli osób, które w wyniku utraty niezależności fizycznej, psychicznej

lub umysłowej, w następstwie chorób lub urazów, wymagają niezbędnej opieki i pomocy w codziennych czynnościach życiowych.

Ustawa pielęgnacyjna nie przejmie odpowiedzialności za świadczenia z zakresu profilaktyki, leczenia chorych czy rehabilitacji; pozostanie to nadal w gestii Narodowego Funduszu Zdrowia. Jej założeniem będzie tak skorelować działania, aby potrzebę opieki i pielęgnacji maksymalnie zminimalizować. Celem pielęgnacji będzie także aktywizacja osób wymagających opieki, aby utrzymać stan ich zdrowia lub zrekomensować utracone umiejętności.

Podstawą ubezpieczenia pielęgnacyjnego jest zasada solidaryzmu społecznego, podobnie jak w ubezpieczeniu zdrowotnym, rentowym czy wypadkowym. Poza tym, każdy ubezpieczony będzie miał prawo wyboru świadczeniodawcy. Obowiązywać będzie zasada prymatu opieki i pielęgnacji domowej nad innymi formami udzielania świadczeń z ubezpieczenia pielęgnacyjnego.

go. Samorządność, samofinansowanie, zapewnienie równego traktowania, jak i zasada gospodarności i celowości działania, to pozostałe niezbędne cechy przyszłego systemu.

Projekt ustawy zakłada dwa rodzaje świadczeń; rzeczowe i finansowe. Rzeczowe, to świadczenie pielęgnacyjne i opiekuńcze. Finansowe zaś, to świadczenie pieniężne zróżnicowane w zależności od stopnia niesamodzielnosci, a także pokrycie kosztów składek na ubezpieczenie emerytalno-rentowe i chorobowe członka rodziny osoby niesamodzielnej sprawującego funkcję opiekuna w stosunku do tej osoby, który nie podlega temu ubezpieczeniu z innego tytułu.

Projekt ustawy określa trzy stopnie niesamodzielnosci, o których orzekać będą lekarze orzecznicy przy współpracy z pielęgniarkami. Stopień niesamodzielnosci uzależniony będzie od możliwości chorego w wykonywaniu czynności dnia codziennego związanych z pielęgnacją ciała, odżywianiem i przemieszczaniem się.

Wejście w życie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym stworzy nadzieję nie tylko dla całej rzeszy osób przewlekle chorych (szacuje się obecnie, że bezwzględnie pomocy wymaga ok. 1 mln 200 tys. ludzi), ale także dla obecnie funkcjonujących instytucji zajmujących się osobami niezdolnymi do samodzielnej egzystencji. ■

bieg trwa 15-20 minut, a regulacji objętości balonów wymaga 60-90% operowanych. Efektem zabiegu jest zbliżenie (uszczelnienie) cewki proksymalnej, być może też zwiększenie czynnościowej długości cewki i maksymalnego ciśnienia jej zamknięcia.

Skuteczność i powikłania

Problemem związanym ze skutecznością wszystkich stosowanych substancji jest drastyczny jej spadek z czasem i tak np. dla kolagenu wczesna skuteczność jest oceniana na 40-60% (zakres 7-83%) po 12-24 miesiącach, ale już po 5 latach spada nawet do około 30% popraw i 0,5% wyleczeń. Teflon pozwala na uzyskanie do 80% wyleczeń wczesnych, 27-50% po 2-3 latach i 11% po 5 latach. Kolejne podania nie poprawiają wyników. Durasphere charakteryzuje ok. 33-54% wyleczeń po roku, jednak materiał może migrować. Macroplastique daje 70%-82% dobrych wyników wczesnych i 31-48% wyleczeń po 2-3 latach. Najczęściej obecnie stosowany Zuidex w obserwacji wczesnej daje 21%-45% wyleczeń, w innym badaniu 25% wyleczeń i 60% popraw po 7 latach.

Niedawno wprowadzoną do kliniki substancją jest Hydroksyapatyt wapniowy (Co-

aptite, CaHA). W 2006 r. przedstawiono wyniki randomizowanej, pojedynczo ślepej, prospektywnej, wielośrodkowej pracy z USA porównującej kolagen wołowy z CaH u prawie 300 pacjentek. W 12-miesięcznym okresie obserwacji skuteczność obu materiałów jest podobna (ok. 60% wyleczeń i popraw po roku u 230 chorych), jednak CaHA wymagał mniejszych ilości początkowych i łącznych wstrzykiwanego materiału (4,4cc vs 6,6cc), ponownych wstrzyknięć u mniejszej liczby chorych (26% vs 73%) i nie wymagał wcześniejszej próby uczuleniowej.

Skuteczność ProACT w nawrotowym, wysiłkowym NTM kobiet oceniono w grupie 49 pacjentek, w średnim okresie obserwacji 40 miesięcy. Uzyskano 65% wyleczeń i 16% znacznych popraw, 64% chorych wymagało regulacji objętości balonów, a 19% usunięcia z powodu głównie migracji (12%) oraz erozji do cewki, awarii urządzenia i infekcji.

Wcześniejsze kontrowersje dotyczące skuteczności iniekcji w przypadkach współistnienia typu II wysiłkowego nietrzymania moczu w chwili obecnej zostały rozwiązane. Większość badań wskazuje, że typ II (nadmierna ruchomość cewki i szyi pęcherza, typ anatomiczny) współistniejący z III nie

powoduje pogorszenia wyników iniekcji. W badaniach tych wstrzykiwaną substancją był kolagen wołowy.

Powikłania iniekcji są na ogół niewielkiego nasilenia (u 3/4 chorych) i przejściowe. Powikłania wczesne mogą występować nawet u 30-50% pacjentów. Najczęstsze są: zatrzymanie moczu (15-25%), dysuria, objawy podrażnieniowe ze strony pęcherza, ból w miejscu wstrzyknięcia, krwawienia, zakażenia dróg moczowych i zapalenie cewki. W przypadkach iniekcji tkanki tłuszczowej opisywano zatorowość i zgon.

Nowe substancje

Trwają poszukiwania idealnej substancji do iniekcji. Poszukuje się zarówno substancji organicznych (autogennych, allogennych, ksenogennych) jak i nieorganicznych. W różnych fazach badań znajdują się: ludzki kolagen allogenny, autologiczne chondrocyty z chrząstki ucha, polimery białkowe (Prolastin), zawiesina kolagenu ze skóry świni (Permacol), "szkło biologiczne" (mieszanka tlenków sodu, wapnia i krzemu), hydrożel alginianowy, mikrokulki PLGA (Poly(DL-lactide-co-glicolide) w żelu karoksymetylowo-celulozowym. ■

Trenuj mięśnie

Marta Banaszak-Osiewicz

Leczenie zachowawcze nietrzymania moczu zdobywa coraz większe uznanie zarówno wśród specjalistów, jak również pacjentów. Dzieje się tak między innymi dlatego, iż zakres metod nieinwazyjnych stosowanych w leczeniu objawów NTM jest ciągle uzupełniany o nowe sposoby postępowania. Ich efekty trudno na razie jednoznacznie ocenić: wiele zależy między innymi od rodzaju schorzenia, objawów towarzyszących, wieku pacjentki. Specjaliści są jednak zdania, iż odpowiednie dostosowanie terapii do indywidualnych potrzeb pacjentki, jak również jej zaangażowanie w skrupulatne wykonywanie zaleceń lekarza, w wielu przypadkach przynosi satysfakcjonujące rezultaty.

- *Z naszych obserwacji i doświadczeń wynika, że leczenie zachowawcze nietrzymania moczu przynosi najlepsze efekty u młodszych pacjentek, będących w okresie przedmenopauzalnym, u których stwierdza się łżejsze postaci NTM* - wyjaśnia profesor Włodzimierz Baranowski, kierownik Kliniki Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie. - *Kobieta decydując się na leczenie nieinwazyjne objawów NTM musi mieć świadomość, iż efekty terapii wymagają czasu i w dużym stopniu zależą od jej dyscyplinowania. A z tym bywa różnie. Pacjentki zazwyczaj chcą odczuwać poprawę od razu i to bez konieczności podejmowania przez nie określonego wysiłku.*

Potrzeba poprawy w dostępie pacjentek do rzetelnych informacji na temat dostępnych i możliwych w danym przypadku metod leczenia NTM, z uwzględnieniem ewentualnych skutków ubocznych, zasad stosowania, przewidywanego czasu, po którym odczuwalne będą efekty terapii.

- *Podejmowanie leczenia nietrzymania moczu u kobiet powinno być zgodne z zasadą, iż najpierw próbujemy metod najmniej inwazyjnych i jak najbardziej bezpiecznych* - twierdzi doktor Jacek Tomaszewski, z II Katedry i Kliniki Ginekologii AM w Lublinie

- *U pacjentek bez złożonego wywiadu w kierunku NTM i z prawidłową statyką narządu płciowego zalecanymi formami leczenia wstępnego jest między innymi: stymulacja mięśni dna miednicy, używanie kulek i stożków douchowowych o zmiennej wielkości i ciężarze, zastosowanie elektrostymulacji zewnętrznej lub zmiennego pola magnetycznego, trening pęcherza moczowego. Istotna jest również zmiana stylu życia poprzez, przede wszystkim, eliminację używek, ograniczenie podaży płynów, redukcję masy ciała, rezygnację z palenia tytoniu oraz unikanie zaparc.*

Zacznij od gimnastyki

Do sprawdzonych i zalecanych przez specjalistów metod nieinwazyjnych leczenia wysiłkowego NTM należą przede wszystkim ćwiczenia mięśni dna miednicy. Regularny trening uszkodzonych mięśni prowadzi do poprawy ich koordynacji oraz wzrostu siły ich skurczu. Dzięki temu możliwe jest kompensowanie nadmiernej ruchomości cewki moczowej oraz możliwa jest lepsza kompresja cewki moczowej podczas wzrostu ciśnienia śródbrzusznego w trakcie wysiłku.

- *Początkowo zaleca się dziennie trzy serie ćwiczeń mięśni dna miednicy* - wyjaśnia profesor Jan Kotarski, prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. - *Powinny one obejmować od ośmiu do dwunastu krótkich skurczów mięśni dna miednicy, szczególnie mięśni łonowo-odbytniczych. Po uzyskaniu zadowalających rezultatów ćwiczenia należy kontynuować dwa, trzy razy w tygodniu.* (Według prostego schematu Karen Bø wykonuje się 3 serie po 12 skurczów: codziennie przez 3 pierwsze miesiące, a następnie przez kolejne 3 miesiące co drugi dzień - przyp. red.)

Rolę rehabilitacji mięśni dna miednicy podkreśla między innymi Polskie Towarzystwo Ginekologiczne w swoich rekomendacjach dotyczących diagnostyki i leczenia nietrzymania moczu u kobiet. Zdaniem jego przedstawicieli ćwiczenia mięśni dna miednicy powinny być stosowane jako leczenie pierwszego rzutu u kobiet ze wszystkimi postaciami NTM.

- *Istnieje coraz więcej doniesień wskazujących na rolę ćwiczeń mięśni dna miednicy w prewencji i leczeniu zaburzeń statyki narządów miednicy mniejszej* - dodaje profesor Jan Kotarski. - *Ćwiczenia mięśni dna miednicy wdrożone po porodzie, szczególnie przy użyciu douchowowych przyrządów wspomagających tę rehabilitację, przyczyniają się do obniżenia ryzyka wystąpienia nietrzymania moczu i zaburzeń statyki narządów miednicy mniejszej. Natomiast u pacjentek z istniejącą już dysfunkcją mięśni dna miednicy zastosowanie rehabilitacji tych mięśni okazuje się pomocne zwłaszcza u kobiet ze znacznym stopniem obniżenia lub wypadania narządów miednicy mniejszej.*

Pomocna kulka

Szacuje się, że co trzecia pacjentka nie wie jak prawidłowo skurczyć mięśnie dna miednicy. Jeszcze większy odsetek kobiet w trakcie treningu napina nieprawidłowo grupy mięśni.



W takiej sytuacji trudno oczekiwać satysfakcjonujących efektów terapii. W rozwiązaniu tego problemu pomocne okazują się przyrządy douchowowe, o kształcie stożka, krążka lub kuli. W przeszłości dość powszechnie stosowaną w Polsce wkładką do leczenia zaburzeń statyki narządów miednicy mniejszej oraz nietrzymania moczu był Colpexin występujący w postaciach ortostatycznej oraz terapeutycznej. Najnowszym modelem tego przyrządu, dostępnym od niedawna na rynku polskim jest Colpexin.

- *Colpexin jest pustą w środku kulistą wkładką o gładkiej powierzchni, zbudowaną z poliwęglanu, do której przymocowana jest nie z nylonu służąca do łatwego usuwania wkładki. Colpexin dostępny jest w sześciu rozmiarach* - wyjaśnia profesor Tomasz Rechberger, kierownik II Katedry i Kliniki Ginekologii Akademii Medycznej w Lublinie. - *Kulka umieszczona ponad mięśniami dźwigaczami odbytu wywiera niewielki ucisk na tylną ścianę cewki moczowej stymulując jednocześnie mięśnie dna miednicy do odruchowego skurczu.*

Skuteczność Colpexinu w zachowawczym leczeniu zaburzeń statyki narządów płciowych jest dość wysoka. Z badań przeprowadzonych w USA wynika, że u ponad 80 procent pacjentek z obniżeniem lub wypadaniem narządów miednicy mniejszej, które stosowały przez 16 tygodni Colpexin stwierdzono poprawę.

Wkładka douchowa Colpexin jest łatwym w stosowaniu i dobrze tolerowanym przez pacjentki przyrządem poprawiającym skuteczność rehabilitacji mięśni dna miednicy - twierdzi prof. Tomasz Rechberger. *Dlatego też należy rozważyć jego zastosowanie między innymi w prewencji skutków dysfunkcji mięśni dna miednicy związanych z ciążą i porodem, leczeniu zachowawczym w przypadkach wysiłkowego, naglącego i mieszanego nietrzymania moczu oraz wypadania narządów miednicy mniejszej oraz utrwalaniu wyników leczenia operacyjnego wspomnianych dolegliwości.*

Niechciana nowelizacja pożądanych rozporządzeń

Magdalena Kowalewska



Rok 1974: powstaje pierwszy wykaz refundowanych przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych. Rok 1996: wykaz poszerzany jest o pieluchomajtki. Rok 1997: w wykazie pojawia się sprzęt stomijny. Rok 1998: następuje ograniczenie dostępu do refundowanych środków wchłaniających poprzez ustanowienie wąskich grup pacjentów. Przed rokiem 1998 refundowane pieluchy były dostępne dla wszystkich dotkniętych schorzeniem nietrzymania moczu.

Rok 1999: zmniejszeniu ulega poziom udziału finansowego pacjenta z 50% na 30% w dokonywanym zakupie. Rok 2003: do wykazu wprowadza się nowe produkty (podkłady i wkłady anatomiczne), które zwiększają możliwość wyboru, w zależności od potrzeb osoby z NTM. Rok 2004: światło dzienne ogląda nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia, które nie wprowadza praktycznie żadnych istotnych zmian.

Rok 2005: wybory i nowy Minister Zdrowia - prof. Zbigniew Religa, a zarazem wielkie nadzieje na zmiany ze strony osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych. W Ministerstwie nieoficjalnie mówiło się o tworzeniu nowych projektów rozporządzeń dotyczących zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne. Do października 2007 r., a więc do czasu nowych wyborów do parlamentu, żaden nowy projekt w tej dziedzinie nie został przedstawiony opinii publicznej.

Tak pokrótce przedstawia się historia rozporządzeń regulujących zaopatrzenie w refundowane przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Mijają lata, zmieniają się kolejni ministrowie, a widocznych zmian w rozporządzeniach nie ma. A zmiany w zaopatrzeniu są potrzebne - świadczą o tym m.in. standardy utrzymywane z powodzeniem w krajach zachodnich, wytyczne czołowych - międzynarodowych oraz krajowych - towarzystw naukowych. Wydaje się, że kolejni decydenci traktują tę dziedzinę jako "pomocniczą", czyli mniej istotną. Jednakże ilość osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych, oczekujących na wsparcie, mówi sama za siebie - tej grupy nie wolno traktować jako mniej ważną.

Środowisko osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych samo przedstawia kolejnym ministrom propozycje, których wdrożenie w życie - zdaniem tego środowiska - polepszyłoby jakość życia pacjentów. Rada Naukowa ds. Problemu NTM kilkakrotnie przedstawiała kolejnym ministrom propozycje zmian

zasad w dziedzinie środków wchłaniających, o czym wielokrotnie pisaliśmy na łamach Kwartalnika NTM. Do chwili obecnej projekt uzyskał poparcie sześciu konsultantów krajowych, trzech konsultantów wojewódzkich, dwóch naczelnych izb medycznych i ponad czterdziestu innych organizacji.

Jerzy Kasprzak, Przewodniczący Polskiego Towarzystwa Opieki nad Chorymi ze Stomią POL-ILKO, tak wypowiada się na temat współpracy z ostatnim ministrem, prof. Zbigniewem Religą:

- Pod koniec drugiej dekady września 2007 r. do środowiska stomików dotarła nieoficjalna informacja o niekorzystnych zmianach w przygotowywanym projekcie rozporządzenia MZ w zakresie zasad zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Wprowadzenie częściowej odpłatności za sprzęt stomijny byłoby zaprzeczeniem dotychczasowych osiągnięć naszego systemu w zakresie opieki nad pacjentem ze stomią.

Byliśmy w stałym kontakcie z Departamentem Polityki Lekowej i Farmacji przedstawiając urzędnikom problemy z jakimi musi borykać się pacjent ze stomią. Efektem tych działań było stwierdzenie, że nasze postulaty będą wnikliwie przeanalizowane i rozważone podczas trwających prac nad nowym rozporządzeniem, w zakresie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Do października projekt rozporządzenia nie ukazał się, a kiedy nowa ekipa Ministerstwa Zdrowia powróci do tematu, nie wiadomo. W każdym razie wprowadzenie proponowanej odpłatności znacznie pogorszy jakość życia pacjentów ze stomią i cofnie poziom opieki stomijnej do poziomu sprzed kilkunastu lat.

Wydaje się, że Ministerstwo nie do końca "słucha" organizacji i często traktuje problemy pacjentów jako "płytkie", nie mające związku z rzeczywistością zadania do wykonania, które traktuje się pobieżnie i odkłada w czasie z powodu ważniejszych priorytetów. Według Danuty Jankowskiej, prezes Stowarzyszenia Osób z NTM "UroConti": - W resorcie zdrowia były częste zmiany na stanowiskach ministra zdrowia, co też źle wpływa na działalność ministerstwa. Panuje ogólny chaos i pewne bardzo ważne sprawy wymykają się z rąk.

Wydaje mi się, że w tym wszystkim nie są najważniejsze nawet pieniądze, które zagospodarowane w racjonalny i przemyślany sposób mogłyby wystarczyć, ale najważniejsza jest wrażliwość, chęć dostrzeżenia problemu, kom-

petencje, umiejętność rozwiązywania problemów i odważna ich realizacja.

Uważam, że ustalone limity ilościowe i cenowe na środki wchłaniające nie odpowiadają potrzebom pacjentów i ich możliwościom finansowym. Potrzeby chorych są o wiele większe niż mówi o tym rozporządzenie Ministra Zdrowia i uzależnione są od stanu zdrowia pacjenta. Mam nadzieję, że obecna Minister Zdrowia jako kobieta, dostrzeże uciążliwy i wstydlivy problem związany z NTM i zrobi wszystko, aby pomóc chorym, wprowadzając skuteczne rozwiązania w dziedzinie finansowania i zaopatrzenia w środki wchłaniające, wzorując się na doświadczeniach np. naszych południowych sąsiadów, gdzie środki wchłaniające pacjent może otrzymać ze 100% refundacją.

Przed nami rok 2008 - nowe nadzieje na nowe zmiany. Janina Bojda, Prezes Małopolskiego Sejmiku Organizacji Osób Niepełnosprawnych, wspomina współpracę z Ewą Kopacz, ówczesną posłanką opozycji do Rządu SLD, a obecną Minister Zdrowia: - MSSON już w 2003 r. rozpoczął batalię o zmianę zasad zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Rozpoczęliśmy ją przy pomocy i dużym zaangażowaniu Klubu Parlamentarnej Platformy Obywatelskiej.

Nasz udział w konferencji przygotowany był po konsultacjach z posłami PO, Janem Rokitą i Ewą Kopacz. W czerwcu 2004 r. odbyła się Konferencja w Sejmie z udziałem organizacji pozarządowych, w tym licznej grupy przedstawicieli organizacji członkowskich MSSON.

Liczymy na to, że Pani Minister Kopacz zna problem z wcześniejszych naszych wspólnych przedsięwzięć i sprawa nowelizacji rozporządzeń nabierze należytego tempa. Będziemy o to usilnie i uporczywie zabiegać.

Na reaktywację prac nad nowelizacją rozporządzeń regulujących zasady zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze liczy wiele, jeśli nie całe środowisko osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych. Bez wątpienia nowelizacja jest potrzebna i - niezależnie od posunięć poprzednich ministrów zdrowia - teraz od nowej władzy zależeć będzie czy ten palący problem zostanie rozwiązany. ■

Jaki był ten rok?



Józef Góralczyk

Małopolski Sejmik Organizacji Osób Niepełnosprawnych

Zbliża się koniec 2007 roku, czas więc na kolejne podsumowanie sytuacji życiowej osób niepełnosprawnych w Polsce. Był to rok, o którym należy jak najszybciej zapomnieć. Ktoś spyta, dlaczego? Bo tak naprawdę poza lepszymi perspektywami zdobycia pracy, dzięki ogromnej rzeszy Polaków, którzy wyjechali za pracę poza granice Polski, nic pozytywnego nie można napisać.

Był to rok, w którym władza nadal niechętnie współpracowała z organizacjami pozarządowymi uważając je za stronę przeciwną, którą raczej należy zwalczać czy też ignorować, przy okazji pokazując swoją urzędniczą "mądrość" oraz brak samokrytycyzmu.

Przykładem całkowitej indolencji i głupoty, np. Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie jest jej zarządzenie, w którym warunkiem prowadzenia rehabilitacji domowej jest konieczność posiadania sali rehabilitacyjnej.

Tą "genialną" decyzją spowodowano, że bardzo wielu ludzi po urazach mózgu w tym

wylewach, zatorach, wypadkach komunikacyjnych, chorych na stwardnienie rozsiane, zostało praktycznie pozbawionych możliwości rehabilitacji. Urzędnicy NFZ w Małopolsce są wyjątkowo usatysfakcjonowani, bo pokazali, "kto tu rządzi", likwidując tę działalność na swoim terenie, mimo wielu protestów organizacji pozarządowych.

Nadal, od dziesięciu lat, nierozwiązany jest problem Rozporządzenia Ministra Zdrowia dotyczącego zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne oraz środki pomocnicze. Od dwóch lat Ministerstwo zastanawia się nad problemem bez skutków. W tym zakresie jedynie Bangladesz znajduje się za nami w rankingach, a naszym niepełnosprawnym przyjdzie niedługo strugać szczudła zamiast protez. W wypowiedziach byłego Ministra Zdrowia, Zbigniewa Religi, padały określenia "mercedesów" zaopatrzenia ortopedycznego, za które trzeba płacić samemu. Ale przecież rodzimy, tańszy przemysł ortopedyczny został już daw-

no zniszczony, a więc nie za bardzo jest co proponować tańszego - może jedynie chińskie wyroby, które jak przykłady z życia pokazują, w wielu przypadkach są wręcz niebezpieczne.

I to ma być troska o środowisko osób niepełnosprawnych? Takich przykładów mógłbym podać wiele np. ludzi obustronnie niedoświadczających z jednym aparatem słuchowym, braku jakiegokolwiek koordynacji działania pomiędzy wojewódzkimi centralami NFZ, braku koncepcji rozliczania przydzielanego sprzętu ortopedycznego oraz odpowiedzialności i współpracy na płaszczyźnie NFZ - lekarz - pacjent - producent lub dystrybutor. Wielokrotnie o tym pisaliśmy przedstawiając propozycje rozwiązań jednak jest to nadal wołanie głuche na pustyni.

Mamy znów nowy rząd, wymiana urzędników trwa. Zobaczymy co z tego wyniknie. Obawiam się żeby nie było znów jak zwykle, czyli po staremu.

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	e) CPAP
Lubuskie	51	20	1024	62	nb	nb	nb	5 mc	nb	nb
Opolskie	73	15	1088	79	14 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Małopolskie	140	23	3223	481	14 dni	22 dni	nb	22 dni	nb	22 dni
Podkarpackie	236	9	2126	174	14 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Podlaskie	246	5	1228	78	30 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Świętokrzyskie	331	4	1325	298	14 dni	3 mc	nb	nb**	nb	nb
Śląskie	348	14	4866	650	nb	nb	nb	nb	nb	nb
Warmińsko-mazurskie	367	4	1466	124	30 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Kujawsko-pomorskie	525	4	2101	79	nb	nb	nb	nb	nb	nb
Łódzkie	531	5	2653	160	14-21 dni	7 mc	nb	2 mc	nb	2 mc
Lubelskie	559	4	2235	236	30 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Wielkopolskie	559	6	3355	228	14 dni	1 mc	nb	nb	nb	nb
Dolnośląskie	745	4	2978	155	14 dni	7 mc***	nb	nb****	nb	nb
Mazowieckie	845	6	5067	245	14 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Zachodniopomorskie	867	2	1733	119	14 dni	3 mc*****	nb	1 mc	nb	nb
Pomorskie	2192	1	2192	140	nb	nb	nb	nb	nb	nb

AS - aparat słuchowy; PM - pieluchy i pieluchomajtki; PO - przedmioty ortopedyczne; WS - worki stomijne, CPAP - aparaty do leczenia obturacyjnego bezdechu sennego; nb - na bieżąco; * dzieci - nb; pozostali 10 mc; ** wózki i pionizatory do 8 mc; *** dzieci - nb; **** wózki dla dorosłych 4 mc; ***** pozostali - nb.

Opr. K. Oleksiak na podstawie danych z oddziałów NFZ

Świętokrzyski Konwent Osób Niepełnosprawnych i Pacjentów

Kielce miastem przychylnym osobom niepełnosprawnym

Marta Żeglińska

Tym razem w poszukiwaniu organizacji działających na rzecz osób niepełnosprawnych przenosimy się do województwa świętokrzyskiego. Na jego terenie w 2003 roku został powołany Świętokrzyski Konwent Osób Niepełnosprawnych i Pacjentów. Powstał on z inicjatywy organizacji i stowarzyszeń zajmujących się problemami osób niepełnosprawnych, zamieszkujących teren regionu świętokrzyskiego - Kielce, Ostrowiec Świętokrzyski, Starachowice, Połaniec i Gnojno. W zarządzie Konwentu znaleźli się przedstawiciele każdej organizacji wchodzącej w jego skład.

Cele i działalność Konwentu

Konwent tworzą m.in. takie organizacje, jak Polski Związek Niewidomych, Fundacja Aktywnej Rehabilitacji, Świętokrzyskie Stowarzyszenie Reumatyków, Stowarzyszenie Osób z NTM, Polskie Towarzystwo Opieki nad Chorymi ze Stomią, Kieleckie Stowarzyszenie Chorych na Stwardnienie Rozsiane, Polski Związek Głuchych, Stowarzyszenie Diabetyków, Stowarzyszenie Osób z Niewydolnością Nerek.

Do głównych celów tej organizacji należy integrowanie środowiska niepełnosprawnych: pacjentów, stowarzyszeń oraz grup samopomocy. Ich wspólnym celem jest obrona interesów osób niepełnosprawnych. To również przeciwdziałanie wszelkim przejawom dyskryminacji, inicjowanie, opiniowanie i współpraca z administracją rządową, samorządową, organizacjami społecznymi i gospodarczymi przy pracach legislacyjnych dotyczących życia niepełnosprawnych. Integracja stowarzyszeń i fundacji działających na terenie województwa przyczyniła się do ich zaistnienia w świadomości władz samorządowych.

Powstanie Konwentu rozbudziło wzajemną świadomość istnienia wśród tych największych organizacji, a także tych liczących zaledwie kilkanaście osób. Wsparcie i chęć podejmowania wspólnych decyzji zapewniła Konwentowi dużą przychylność władz wojewódzkich i zaangażowanie prezydenta Kielce.



Jerzy Pyrek, wiceprezes Świętokrzyskiego Konwentu Osób Niepełnosprawnych i Pacjentów

Centrum Niepełnosprawnych

Pan Jerzy Pyrek, wiceprezes Konwentu, opowiedział nam o działalności tej organizacji, a w szczególności o projekcie budowy Kieleckiego Centrum Niepełnosprawnych. - *Ankieta przeprowadzona wśród organizacji działających na rzecz osób niepełnosprawnych z inicjatywy władz miasta, pokazała jakie są ich zapotrzebowania. W ten sposób zrodził się pomysł stworzenia Centrum.* W spotkaniu dotyczącym tego przedsięwzięcia wziął udział prezydent miasta, a także przedstawiciele PFRON-u, Zarządu Województwa Świętokrzyskiego, Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie oraz Świętokrzyskiego Konwentu Osób Niepełnosprawnych i Pacjentów. Władze przeznaczyły na budowę Centrum działkę w środku miasta. Inwestycja ma być dofinansowana z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego. Budowa budynku potrwa około dwóch lat. Jego struktura ma być wzorem przystosowania dla osób niepełnosprawnych. Rozproszone dziś po Kielcach siedziby takich podmiotów, jak: Oddział Świętokrzyskiego Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i Dział Adaptacji Osób Niepełnosprawnych Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie, znajdują się pod jednym

dachem, co pomoże rozwiązać wszystkie problemy w jednym miejscu. Takie udogodnienie usprawni także pracę poszczególnych organizacji. Zaplecze administracyjne zyska również sam Konwent.

Przeznaczeniem Centrum ma być nie tylko zapewnienie pomocy lekarskiej i rehabilitacyjnej. Ma ono także sprzyjać integracji i zaktywizowaniu środowiska niepełnosprawnych. Znajdzie się tam Centrum Informacji Społecznej, pracownie komputerowe, sale konferencyjne i szkoleniowo-warsztatowe, sala gimnastyczna i pomieszczenia rehabilitacyjne, gabinety lekarskie oraz gabinet stomatologiczny. W kolejnej części Centrum znajdzie się hotel, kawiarnia oraz pomieszczenia biurowe (siedziby stowarzyszeń). Centrum ma mieć kompleksowe zaplecze zarówno dla organizacji, jak i pacjentów.

Zasady utrzymania Kieleckiego Centrum Niepełnosprawnych są w fazie przygotowywania. Pan Pyrek podaje przykłady rozwiązania tej kwestii. - *Fundusze będą czerpane między innymi z zasobów poszczególnych stowarzyszeń i fundacji, a także z wynajmu kilku pokoi dla MOPR, PFRON. W planach Konwentu jest również wygospodarowanie w Centrum powierzchni na zakład pracy chronionej. Miałyby tu znaleźć zatrudnienie osoby niepełnosprawne z województwa.*

Tak było do tej pory

- *Na wieść o powołaniu Konwentu, osoby niepełnosprawne oraz pacjenci z województwa świętokrzyskiego zareagowali bardzo entuzjastycznie. Liczyli na duże zmiany w sytuacji osób niepełnosprawnych* - opowiada pan Jerzy Pyrek. Konwent miał plany, z których wielu nie dało się zrealizować z prostej przyczyny. Zabrakło dobrego zaplecza administracyjno-biurowego, czy choćby przytulnego pokoju, w którym można spokojnie porozmawiać. Spotkania Konwentu odbywały się w wynajmowanej stolówce szkoły. Zapraszano na nie przedstawicieli NFZ, samorządu, prezydenta miasta. Konferencje organizowane przez Konwent również odbywały się w wynajętych pomieszczeniach, chociażby Urzędu Wojewódzkiego. Konwent podejmował takie akcje, jak dotycząca barier architektonicznych w Kielcach, czy też akcja na rzecz transplantacji narządów. Zorganizowano konferencje m.in. na temat roli osób niepełnosprawnych w rodzinie.

Działania Konwentu zaowocowały sukcesem w postaci projektu Kieleckiego Centrum Niepełnosprawnych. Kielce są przykładem miasta, w którym władze samorządowe potrafią w słuchać się w potrzeby niepełnosprawnych oraz aktywnie współpracować z organizacjami pozarządowymi. ■

APARATY SŁUCHOWE

Podwójne kolejki

Joanna Kamińska

Już od ponad roku poruszamy na łamach Kwartalnika problemy osób niedosłyszących. Przedstawiamy różne paradoksy prawne, które nie pozwalają im na normalne funkcjonowanie. Pisaliśmy już o nierównym traktowaniu osób niedosłyszących aktywnych i nieaktywnych zawodowo oraz o ogromnych dysproporcjach pomiędzy oddziałami NFZ w kwestii dotyczącej realizacji zleceń na aparaty słuchowe. Tym razem chcieliśmy zwrócić uwagę na jeszcze inne problemy proceduralne, z którymi stykają się osoby niedosłyszące. Są one związane z kwestią dofinansowania zakupu aparatu słuchowego przez Państwo - Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Osoby niedosłyszące, które spełniają określone wymogi socjalne mogą starać się o dofinansowanie zakupu aparatu ze środków PFRON-u. Pieniądze pochodzące z tej instytucji rozprowadzane są za pośrednictwem Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie (PCPR) oraz Miejskich Ośrodków Pomocy Społecznej (MOPS). Jednak z powodu różnicowanej interpretacji przepisów wytworzyły się dwie grupy PCPR i MOPS, które przyjęły dwie różne procedury dofinansowania.

Podwójne kolejkowanie

Większość PCPR i MOPS przyjmuje wnioski o refundację aparatu dopiero po dokonaniu dofinansowania ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia. A zatem osoba niepełnosprawna musi stać w dwóch kolejkach, jedna po drugiej. Najpierw po dofinansowaniu z NFZ i po dokonaniu płatności z tej instytucji (nawet po roku oczekiwania)

i w drugiej, po refundację z PCPR albo MOPS. W skrajnych wypadkach okres oczekiwania wydłuża się do dwóch lat.

Pozostałe PCPR-y i MOPS-y rozpoczynają rozpatrywanie wniosków na podstawie zaświadczenia o przyjęciu "zlecenia na zaopatrzenie" do kolejki na realizację w NFZ. Przyjęcie zlecenia do kolejki oznacza bowiem, że pacjent jest osobą uprawnioną do refundacji z punktu widzenia prawa. Takie postępowanie znacznie skraca czas oczekiwania na zaopatrzenie w aparat słuchowy. Obydwie procedury (dofinansowanie z NFZ i PFRON) przebiegają bowiem równolegle.

Fakturowanie

Jednak kolejki to nie wszystko. Osoby niedosłyszące ubiegające się o refundację aparatu ze środków PFRON napotykają na jeszcze jeden problem. Wynika on ze specyficznych zasad fakturowania. PCPR-y i MOPS-y wymagają do rozpatrzenia wniosku przedstawienia faktury za zakup aparatu. Tu również wytworzyły się dwie grupy ośrodków, w których funkcjonują różne procedury fakturowania.

Większość PCPR i MOPS przed rozpoczęciem procedury rozpatrywania wniosku o refundację wymaga przedstawienia fiskalnej faktury zakupu towaru. Aby spełnione zostały wymogi prawa podatkowego świadczeniodawca zmuszony jest do natychmiastowego wydania aparatu słuchowego pacjentowi. Przeciętny okres rozpatrywania wniosku wynosi kilka miesięcy (średnio ok. 6). Osoba niedosłysząca w tym czasie już używa tego aparatu. W przypadku odmowy refundacji, co zdarza się stosunkowo często



(ok. 20% wszystkich składanych wniosków), ryzyko pokrycia kwoty refundacji w wysokości 1 609 zł, z punktu widzenia prawa, w całości spoczywa na osobie niedosłyszącej.

Druga grupa PCPR i MOPS rozpoczyna procedurę rozpatrywania wniosków na podstawie kosztorysów lub faktur niefiskalnych. Dopiero po podjęciu decyzji o przyznaniu refundacji pacjent musi dostarczyć fakturę fiskalną. Taka praktyka powoduje, że ani osoba niedosłysząca ani świadczeniodawca nie ponoszą ryzyka negatywnych skutków odmowy refundacji. Zachowana jest przy tym zgodność z prawem całej procedury.

Apel MSOON

Małopolski Sejmik Organizacji Osób Niepełnosprawnych wystosował w tej sprawie apel do Ministra Pracy i Polityki Społecznej, któremu podlega PFRON. W apelu tym została zawarta prośba o uporządkowanie, uproszczenie i ujednolicenie procedur regulujących zasady dofinansowania ze środków PFRON do zakupu aparatów słuchowych. Według Janiny Bojdy - Prezes MSOON - *uporządkowanie zasad dofinansowania skróci czas oczekiwania osób niepełnosprawnych, ułatwi im normalne funkcjonowanie w społeczeństwie oraz ograniczy ryzyko konieczności dopłaty pełnej sumy.*

O swojej historii oczekiwania na refundację aparatu słuchowego opowiada Pani Danuta z Łodzi (I.76):

■ *O refundację aparatu słuchowego zaczęłam się starać już półtora roku temu. W maju 2006 złożyłam wniosek o przyznanie orzeczenia o niepełnosprawności. Na komisję wezwano mnie po pięciu miesiącach - w październiku ubiegłego roku. Po kilku tygodniach oczekiwania w kolejce do lekarza laryngologa otrzymałam wniosek na wydanie aparatu słuchowego.*

W marcu 2007 złożyłam wniosek o refundację aparatu do Narodowego Funduszu Zdrowia. W Funduszu powiedzieli mi, że na dofinansowanie będę musiała czekać dziewięć miesięcy. Cóż miałam robić? Trzeba było czekać. Dofinansowanie w wysokości 560 zł otrzymałam trochę wcześniej - po ośmiu miesiącach. Złożyłam również wniosek o refundację aparatu w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej. Tam czas oczekiwania był znacznie krótszy - po kilku tygodniach dostałam refundację w kwocie 1560 zł. Do aparatu - po refundacji z NFZ i MOPS musiałam jeszcze dopłacić z własnej kieszeni 488 zł. Po przyznaniu refundacji udałam się do jednego z punktów protetycznych w Łodzi i tutaj od razu wydano mi aparat. Był to koniec listopada tego roku.

Od początku rozpoczęcia starań o refundację aparatu upłynęło półtora roku. To stanowczo za długi czas. Ja już wcześniej miałam aparat, od ośmiu lat. Ale ktoś, kto dopiero pierwszy raz stara się o refundację musi przez ten czas radzić sobie bez aparatu. A to naprawdę jest ciężkie. Ja w tym czasie używałam jeszcze starego, zużytego aparatu, ale słyszałam dużo gorzej niż teraz, gdy mam nowy.

Kiedy po raz pierwszy kupowałam aparat, osiem lat temu, czekałam na refundację ok. jednego miesiąca. Nie wiem co się teraz porobiło, ale to jest straszne, żeby osoba niedosłysząca musiała tak długo czekać.

Plan finansowy NFZ na 2008 rok

Więcej czy mniej pieniędzy na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze?

Karolina Ciepela

We wrześniu br. Minister Zdrowia zatwierdził Plan Finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2008 rok. Sprawdziliśmy czy urzędnicy ministerstwa przygotowali jakiegokolwiek zmiany w zakresie finansowania świadczeń dla osób niepełnosprawnych, w tym dla cierpiących na nietrzymanie moczu.

Z analizy planu wynika, że ministerstwo planuje przeznaczyć na refundację zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze kwotę 542 761 000 zł. Oznacza to 16% wzrost nakładów na tę grupę świadczeń w stosunku do pierwotnego planu finansowego na rok 2007 (z dnia 30.08.2006). W ciągu tego roku cztery razy wprowadzano zmiany do planu finansowego i w rezultacie ostatecznie, kwota przeznaczona na refundację przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wzrosła do 559 528 000 zł (19% wzrostu od początku roku). Jak informuje Biuro Komunikacji Społecznej NFZ, plan na 2007 r. zmieniano dzięki lepszemu spływowi składki, co pozwoliło w znaczącym stopniu rozładować kolejki oczekujących na sprzęt. W chwili planowania pieniędzy na przyszły rok plan

na 2007 rok wynosił 509 498 000 zł. W związku z tym kwota 542 761 000 dawała wówczas wzrost o ponad 33 mln zł. Dobrze, że Ministerstwo Zdrowia od kilku lat regularnie zwiększa wysokość kwoty przeznaczonej na refundację środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych, choć nadal stanowi ona zaledwie 1,2% wydatków na wszystkie świadczenia zdrowotne.

Zwiększenie ogólnej kwoty na refundację oznacza jednocześnie zwiększenie kwot, którymi dysponują poszczególne Oddziały Wojewódzkie NFZ. Największy wzrost - o ponad połowę - zaplanowano w woj. świętokrzyskim, zaś w woj. podkarpackim, jako jedynym, planuje się 5% obniżenie kwoty na refundację tej grupy świadczeń. O blisko 18% wzrosną nakłady w woj. dolnośląskim. Rzecznik prasowy oddziału dolnośląskiego - Joanna Mierzwińska twierdzi, że jeśli chodzi o refundację środków przy inkontynencji nie ulega zmianie czyli (zlecenia będą realizowane - red.) bez ograniczeń i na bieżąco. Podobnie jest w woj. lubelskim, gdzie nie zmienia się kwestia refundacji na środki wchłaniające, badania urodynamiczne i operacje z użyciem taśm. Kwoty

przeznaczone na refundację wzrosną również w woj. wielkopolskim (do 48 mln zł) i warmińsko-mazurskim (do 20 mln zł), co - jak twierdzi przedstawicielka tamtejszego oddziału NFZ - jest kwotą wystarczającą na zabezpieczenie potrzeb pacjentów w roku 2008.

W ramach swojego budżetu w ciągu roku oddziały mogą dokonać przesunięć środków finansowych, mając na względzie głównie zapotrzebowanie pacjentów na refundację danego świadczenia. Dokładnych kwot, jakie zostaną w Wielkopolsce przeznaczone na refundację poszczególnych rodzajów środków pomocniczych nie znamy, gdyż refundacja odbywa się w zależności od potrzeb pacjentów. W tym roku nie ma kolejek i wszystkie zlecenia na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze realizujemy na bieżąco - informuje biuro rzecznika prasowego. Podobnie jest w innych oddziałach, gdzie również nie rozplanowano jeszcze środków na poszczególne świadczenia z tej grupy, a zaplanowanie konkretnych środków finansowych na poszczególne rodzaje świadczeń nie powoduje sztywnego trzymania się założeń. ■

ZAOPIATRZENIE W SPRZĘT ORTOPEDYCZNY I ŚRODKI POMOCNICZE - PLANY FINANSOWE NFZ

Lp.	Wojewódzki Oddział NFZ	Plan Finansowy na 2007 rok z dnia 30.08.2006*	Zmiana Planu Finansowego na 2007 rok z dnia 10.10.2007**	Dynamika zmian mies. - mies.	Zmiana Planu Finansowego na 2008 rok z dnia 13.11.2007***	Dynamika zmian 2007** vs 2008
1	Dolnośląski	33 946	41 500	+22%	40 000	-4%
2	Kujawsko-Pomorski	21 245	31 552	+49%	25 272	-20%
3	Lubelski	25 791	28 291	+10%	27 911	-1%
4	Lubuski	12 645	16 209	+28%	13 500	-17%
5	Łódzki	31 873	40 786	+28%	38 090	-7%
6	Małopolski	47 025	54 025	+15%	53 303	-1%
7	Mazowiecki	68 977	68 977	0%	71 046	+3%
8	Opolski	12 540	13 540	+8%	13 987	+3%
9	Podkarpacki	28 178	30 218	+7%	26 411	-13%
10	Podlaski	15 012	16 811	+12%	17 000	+1%
11	Pomorski	25 080	29 480	+18%	29 086	-1%
12	Śląski	58 173	74 457	+28%	73 935	-1%
13	Świętokrzyski	11 913	19 113	+60%	18 700	-2%
14	Warmińsko-Mazurski	15 571	22 471	+44%	20 000	-11%
15	Wielkopolski	39 377	46 500	+18%	48 000	+3%
16	Zachodniopomorski	21 598	25 598	+19%	26 520	+4%
	RAZEM	468 944	559 528	+19%	542 761	-3%

*Źródło: Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2006 r. w sprawie zatwierdzenia Planu Finansowego NFZ na 2007 rok;

**Źródło: Zmiana Planu Finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2007 rok z dnia 10 października 2007 r.

***Źródło: Zmiana Planu Finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2008 rok z dnia 13 listopada 2007 r.

Operacje z użyciem taśm w Małopolsce

Karolina Oleksiak

W tym numerze Kwartalnika NTM przedstawiamy placówki na terenie województwa małopolskiego, w których przeprowadza się zabiegi z użyciem taśm.

Zebrane dane pokazują, że sytuacja z roku na rok się poprawia, a na przyszły rok planowanych jest jeszcze więcej zabiegów. Przybywa również placówek, które wykonują te zabiegi. O skomentowanie sytuacji w regionie poprosiliśmy dra Marcina Opławskiego, lekarza ginekologa ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie:

- W województwie małopolskim procedury związane z operacyjnym leczeniem nietrzymania moczu są wykonywane w 15 ośrodkach związa-

nych oraz niezwiązanych kontraktem z NFZ, głównie w oddziałach ginekologicznych.

Według poniższych danych, uzyskanych od świadczeniodawców, wykonuje się około 700 zabiegów rocznie. Najwięcej zabiegów wykonywanych jest w Klinice Ginekologii, Położnictwa i Onkologii CMUJ, w której, jako jedynej w województwie małopolskim, są wykonywane wszystkie typy tych zabiegów.

Dostęp do świadczeń jest wystarczający, gdyż oczekiwanie na zabieg najczęściej nie przekracza 1 miesiąca. Jednak podobnie jak w pozostałych regionach ilość wykonywanych procedur nie odpowiada rzeczywistym potrzebom, głównie ze względu na brak świadomości



pacjentów oraz personelu medycznego. Ten problem najbardziej zauważalny jest na terenach nisko zurbanizowanych.

Nazwa szpitala	Adres	Oddział	L. wykonanych zabiegów w 2005	L. wykonanych zabiegów w 2006	L. zaplanowanych zabiegów w 2007	Czas oczekiwania na zabieg refundowany	Wykonywanie zabiegu płatnego
Szpital im. S. Patrycego	Szpitalna 1 Dąbrowa Tarnowska	gin.	15	20	25	nie ma	tylko refundowane
Woj. Szpital Specjal. im. L. Rydygiera	Złotej Jesieni 1 Kraków	urol.	30	30	40	1 tydz.	tylko refundowane
Szpital MSWiA	Kronikarza Galla 25 Kraków	gin.	20	35	20	nie ma	tylko refundowane
NZOZ	Raławicka 48 Kraków	urol.	nie było	35	40	nie ma	nie ma
NZOZ Specjalistyczne Gabinety Lekarskie POPIELA	Witkowice Nowe 53 Kraków	urol.	3	3	3	nie ma	nie ma
NZOZ SCAMED	Pokoju 2 A Kraków	urol.	2	20	20	nie ma	nie ma
5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką	Wrocławska 1/3 Kraków	gin.	80	80	100	4 tyg.	nie ma
Szpital Miejski Specjalist. im. G. Narutowicza	Pradnicka 35/37 Kraków	gin.	nie było	20	150	1,5 tyg.	tylko refundowane
Szpital Uniwersytecki	ul Kopernika 23 Kraków	gin.	120	150	150	8 tyg.	tylko refundowane
NZOZ Prywatna "SPES"	Królowej Jadwigi 15 Kraków	gin.	90	90	120	nie ma	nie ma Klinika
SPZOZ Szpital im dr J. Dietla	Kraszewskiego 142 Krynica Zdrój	gin.	30	70	200	nie ma	nie ma
Szpital Specjalist. J. Sniadeckiego	Młyńska 5 Nowy Sącz	gin.	nie było	15	20	nie ma	tylko refundowane
Centrum Medyczne Nowy Targ	Witosa 16 Nowy Targ	gin.	nie było	30	30	tylko płatne	nie ma
Szpital Powiatowy	1000-lecia Olkusz	gin.	nie było	70	80	nie ma	tylko refundowane
ZOZ	Szpitalna 22 Sucha Beskidzka	urol.	2	4	5	nie ma	tylko refundowane

Opracowanie własne na podstawie informacji zebranych z poszczególnych ośrodków

Badanie urodynamiczne woj. dolnośląskie

Karolina Oleksiak

W bieżącym numerze Kwartalnika NTM przedstawiamy listę placówek, w których można wykonać badanie urodynamiczne na terenie woj. dolnośląskiego. Jest to już dziesiąte prezentowane przez nas województwo.

W woj. dolnośląskim badanie urodynamiczne można wykonać tylko w trzech placówkach. Wszystkie znajdują się we Wrocławiu. Każda z prezentowanych pracowni wykonuje badania urodynamiczne w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdro-

wia. W Klinice Chirurgii i Urologii Dziecięcej badania wykonywane są także u dzieci.

W następnym numerze Kwartalnika NTM zaprezentujemy listę pracowni, w których można wykonać badanie urodynamiczne na terenie woj. podkarpackiego. Mapa placówek z całego kraju dostępna jest na stronie internetowej www.ntm.pl.

Jeśli mają Państwo jakiegokolwiek sugestie dotyczące listy pracowni urodynamicznych w poszczególnych województwach prosimy o kontakt na adres mailowy: ntm@ntm.pl.



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Wrocław, ul. Kamieńskiego 73a

Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej AM, Wrocław, ul. Skłodowskiej-Curie 50/52

NZOZ Prywatna Poliklinika "Na grobli", Wrocław, ul. Hirszfelda 1

Hiszpania - kolejny kraj przed Polską

■ Po Czechach, Słowacji oraz Węgrzech chcielibyśmy przybliżyć Państwu system refundacji środków wchłaniających w Hiszpanii. Zarówno w Polsce jak i w Hiszpanii istnieje refundacja produktów higienicznych dla osób z NTM. Podstawowa różnica w systemie - podobnie jak w trzech poprzednich krajach - to wskazania medyczne uprawniające do refundacji: w Polsce - nowotwory i choroby układu nerwowego, w Hiszpanii - nietrzymanie moczu.

Pacjent w Hiszpanii za zakup refundowanych pieluchomajtek nie musi nic dopłacać - państwo w 100% pokrywa wydatki. Limit ilościowy w Hiszpanii występuje, ale jest on wyższy od polskiego i wynosi 90-120 sztuk miesięcznie. Hiszpania może także pochwalić się brakiem limitu cenowego. W Polsce limity cenowe występują i kształtują się na poziomie 77 zł lub 90 zł, w zależności od wysokości refundacji.

MK

Refundacja środków wchłaniających: Hiszpania vs. Polska

	HISZPANIA	POLSKA
Liczba mieszkańców	43 mln	38 mln
Refundacja środków wchłaniających	tak	tak
Wskazania medyczne do przyznania refundacji	nietrzymanie moczu	choroby nowotworowe, upośledzenie umysłowe, zespoły ośpiewne, choroby układu nerwowego, wady rozwojowe
Klasyfikacja refundacji w oparciu o stopień nietrzymania moczu	w zależności od stopnia NTM refundacja wkładów anatomicznych, pieluch anatomicznych, pieluchomajtek i prześcieradeł	dla w/w kryteriów chorobowych refundacja wkładów anatomicznych, pieluch anatomicznych, pieluchomajtek i podkładów
Ilość refundowanych sztuk / m-c	90-120 szt. w zależności od rodzaju produktu	do 60 szt.
Limit cenowy / m-c	brak	w zależności od wysokości refundacji (100% lub 70 %) odpowiednio: 77 lub 90 zł
Współpłacenie przez pacjenta	0% odpłatności	0% przy nowotworach lub 30% przy pozostałych wskazaniach medycznych



NTM przy pionizacji ciała

Nietrzymanie moczu występuje u mnie tylko po śnie przy wstawaniu z łóżka, czyli przy pionizacji ciała. Doraźnie stosuję podpaski higieniczne, ale chcę się pozbyć tej dolegliwości. Mój lekarz rodzinny wiąże to z moimi przewlekłymi chorobami (zaburzenia hormonalne i spowodowana tym nadmierna otyłość). Jestem panną, wiek 54 lata i nigdy nie rodziłam.

Maria

Z opisu Pani dolegliwości wynika, że być może ma Pani początki wysiłkowego nietrzymania moczu. Sytuacja pionizacji z pełnym (po nocy) pęcherzem i wyciek w tej sytuacji są dość typową skargą w wysiłkowym NTM. Zaburzenia hormonalne (niedobór estrogenów) i nadwaga mogą mieć swój negatywny udział w Pani problemie. Poprawę może przynieść zastosowanie ćwiczeń Kegla, estrogenów miejscowo, redukcja masy ciała oraz ograniczenie spożycia płynów przed snem. W razie braku poprawy wskazana jest konsultacja ginekologa lub urologa.

NTM na tle nerwowym

Mój problem polega na częstym oddawaniu moczu poza domem. Gdy jestem w domu wszystko jest dobrze, gdy tylko gdzieś pojedę to muszę najpierw szukać toalety, a dopiero później robić zakupy. Dochodzi do tego, że boję się iść do kościoła. Parcie na mocz przychodzi nagle. Gdy to przetrzymam, przyjadę do domu i zapomnę to nie muszę iść przez godzinę. Zauważyłam, że dolegliwości te pojawiają się na tle nerwowym.

Objawy te świadczą o tzw. pęcherzu nadreaktywnym. Aby rozpocząć leczenie pęcherza nadreaktywnego należy zgłosić się do lekarza pierwszego kontaktu, urologa lub ginekologa. Zleci on wykonanie podstawowych badań: badanie ogólne i posiew moczu, usg dróg moczowych z oceną zalegania moczu po mikcji. Gdy ich wyniki będą prawidłowe można rozpocząć leczenie lekami antycholinergicznymi (np. Emselex, Vesicare, Ditropan, Detrusitol). Leczenie należy kontynuować minimum przez 3 miesiące. Gdy po miesiącu nie będzie poprawy konieczne będzie wykonanie badania oceniającego czynność dolnych dróg moczowych - tzw. badania urodynamicznego.

Częste oddawanie moczu

Mój problem polega na tym, że często muszę oddawać mocz. Zdarza mi się to do 12 razy dziennie. Taki stan utrzymuje się od pół roku. A wszystko zaczęło się podczas jednej z podróży. Gdy jechałem samochodem nagle zachciało mi się gwałtownie do toalety. To było ciężkie pół godziny. Od tamtej pory mam cały czas wrażenie pełnego pęcherza. Myślałem, że spowodowane jest to stresem i ciągle myśleniem o tym. Ale tak nie jest - przecież nie mam powodów do stresu jadąc samochodem. Nie wiem też, czy stres może powodować takie objawy. Czy istnieją na to jakieś leki? Wykonałem badania moczu: posiew, mocznik, kreatynina, badanie usg (przy pełnym pęcherzu). Wszystkie badania wyszły bez zarzutu.

Lekarz rodzinny przepisał mi ditropan, ale wydaje mi się, że ten lek jest dla mnie za mocny i ma dużo skutków ubocznych. Dodam jeszcze, że mam uczucie mokrej cewki moczowej po oddaniu moczu i uczucie, że muszę się jeszcze załatwić, ale nie odczuwam żadnego bólu.

Nie muszę chyba dodawać jakie to jest dla mnie uciążliwe. Od października zaczynam studia - inne miasto, inne otoczenie. Boję się tego, że nie zawsze będę miał dostęp do toalety.

Opisywane przez Pana dolegliwości mogą być związane z pęcherzem nadreaktywnym (szczegółowy opis tego schorzenia na naszej stronie www.ntm.pl). Píše Pan, że badania dodatkowe nie wykazały odchyżeń od normy. Jeśli tak, jeśli w badaniu USG nie ma zalegania moczu po mikcji, to może Pan rozpocząć leczenie lekami anicholinergicznymi takimi jak np. oksybutynina (Ditropan, Driptane) lub darifenacyna i solifenacyna, które wywołują mniej objawów ubocznych (Emselex, Vesicare). Jeśli po ok. 3 miesiącach leczenia nie zauważy Pan poprawy wówczas wskazane będzie wykonanie badań dodatkowych (w tym badania urodynamicznego).

Czy istnieją leki na moczenie nocne?

Mam 21 i odkąd pamiętam nocne moczenie towarzyszy mi raz z większymi, a raz z mniejszymi przerwami. Już nie będę pisała jakie to stresujące, gdy noc spędza się po-

za domem, bo już nie jedna osoba to Wam pisała. Chciałam się zapytać, czy są jakieś tabletki, które bierze się przed snem i wstrzymują moczenie się?

Ania

Takim lekiem jest syntetyczny analog wazopresyny, desmopresyna (Minirin). Zmniejsza on produkcję moczu. Powinien być przyjmowany w dawce 100-200 mg ok. pół godziny przed snem. Wydawany jest z przepisu lekarza. Innym niż farmakoterapia rozwiązaniem jest nastawianie budzika.

Jeśli nie przechodziła Pani badań urologicznych, to powinna Pani zostać im poddana, choć w ponad 95% przypadków nie stwierdza się w tego typu schorzeniu żadnych zaburzeń anatomicznych. Pociągające powinno być natomiast to, że u większości pacjentów problem mija samistnie.

Gdzie leczyć córkę?

Moja córka Zuzia ma 7 lat. Jest leczona z powodu nietrzymania moczu i stolca w CZMP w Łodzi. Poza tym jest zdrowym ruchliwym dzieckiem. Diagnoza to pęcherz neurogeny, agenezja kości krzyżowej. Próby leczenia nie przynoszą poprawy. Kolejny raz miała wykonany zabieg podania botuliny do ściany pęcherza. Też ze skutkiem zerowym. Prosiłabym o podanie mi ośrodka specjalizującego się w tej dziedzinie abym mogła skonsultować tę dolegliwość.

Mama Zuzi

Proponujemy Klinikę Urologii Dziecięcej Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie-Międzylesiu.

Na listy odpowiadali dr Piotr Dobroński oraz dr hab. Piotr Radziszewski z Kliniki Urologii Akademii Medycznej w Warszawie.

Zachęcamy do konsultacji telefonicznych z naszymi specjalistami:

infolinia 0 801 800 038

(całkowity koszt połączenia 0,29 zł + VAT)

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

Chcesz otrzymywać wszystkie numery Kwartalnika NTM?

Zamów roczną prenumeratę! (4 kolejne numery)

Kwartalnik NTM

STUDIO PR,
ul. Ciołka 13, 01-445 Warszawa

Nr rachunku odbiorcy
20 1140 2017 0000 4902 0451 3842

kwota
38.00

Imię, nazwisko i adres wpłacającego

Tytułem
krajowa 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 13, 01-445 WARSZAWA	
l.k.	nr rachunku odbiorcy	2 0 1 1 4 0 2 0 1 7 0 0 0 0 4 9 0 2 0 4 5 1 3 8 4 2	
nr rachunku zlecienniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)		W P P L N 3 8 , 0 0	
nazwa zlecienniodawcy			
nazwa zlecienniodawcy cd.			
tytułem		krajowa prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“	
tytułem cd.			
pieczęć, data i podpis(y) zlecienniodawcy		Oplata:	

Zagraniczna prenumerata roczna Kwartalnika NTM - cena: 25 EUR / 20 USD

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 godz. 8.00 - 20.00 oraz w soboty w godz. 8.00-16.00.

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 Tołłoczko
1974 - 1999 Kierownik II Kliniki Chirurgicznej I Wydziału Lekarskiego oraz Kliniki Naczyń i Transplantologii Akademii Medycznej w Warszawie



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



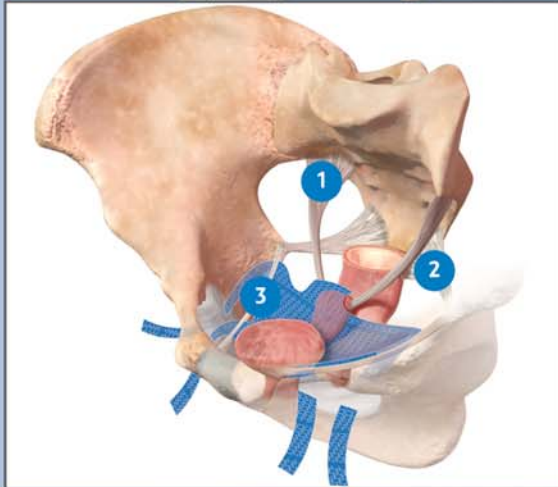
KONSULTANT MEDYCZNY
dr med. Piotr Dobroński
Katedra i Klinika Urologii Akademii Medycznej w Warszawie

Gynecare PROLIFT*

Systemy rekonstrukcji dna miednicy

Optymalna technika umożliwiająca dostęp do kluczowych punktów anatomicznych

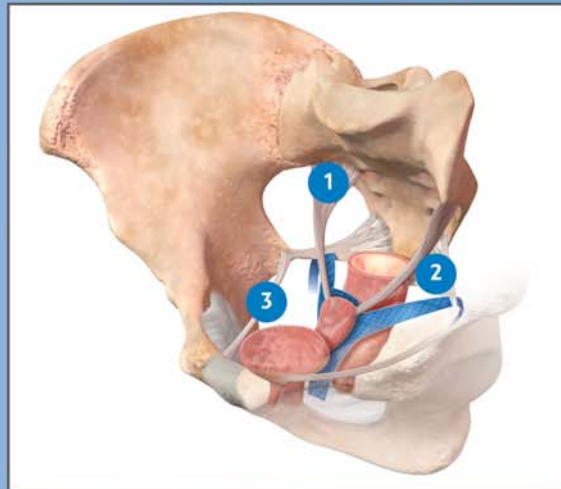
Położenie siatki do rekonstrukcji przedniej



Dwa pasy siatki umieszczone są - poprzez otwór zasłonowy - na łuku ścięgniściej powięzi miednicy

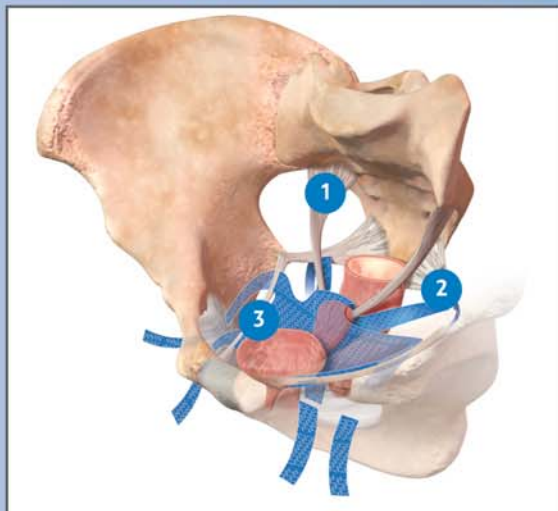
- 1 Wiązadło krzyżowo-maciczne
- 2 Wiązadło krzyżowo-kolcowe
- 3 Łuk ścięgniściej powięzi miedniczej

Położenie siatki do rekonstrukcji tylnej



Jeden pas siatki przeprowadzony został przez wiązadło krzyżowo-kolcowe

Położenie siatki do rekonstrukcji całkowitej



Połączenie elementów rekonstrukcji przedniej i tylnej

Innowacyjny kształt wszczepianej siatki oraz jej rozmiar zapewniają optymalne pokrycie ubytku

WSKAZANIA: Zastosowanie systemów całkowitej, przedniej i tylnej rekonstrukcji dna miednicy GYNECARE PROLIFT wskazane jest w przypadku operacyjnego leczenia obniżenia i wypadania narządów rodnych, do wzmocnienia i długotrwałej stabilizacji struktur powięziowych dna miednicy oraz w przypadku leczenia innych ubytków powięziowych, jako mechaniczna podpora i mostowanie. **PRZECIWWSKAZANIA:** W przypadku zastosowania siatki GYNEMESH PS u dzieci, kobiet w ciąży lub kobiet planujących ciążę chirurg musi być świadomy, że materiał ten nie będzie w sposób istotny rozciągał się w trakcie wzrostu pacjenta. **DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE:** Możliwe działania niepożądane są typowe dla chirurgicznie wszczepianych materiałów, włącznie z możliwością wystąpienia infekcji, reakcji zapalnej, zrostów, przetoki, nadżerki, odrzucenia i bliznowacenia na skutek kurczenia się implantu. W trakcie przechodzenia przewodnicy GYNECARE PROLIFT może dojść do przedziurawienia lub rozdarcia naczyń, nerwów, pęcherza, cewki moczowej lub jelita, co może wymagać interwencji chirurgicznej. **UWAGA:** Niestosowanie się do instrukcji oraz nieprzestrzeganie uwag i ostrzeżeń może prowadzić do poważnego urazu pacjenta. **Dodatkowe informacje o produkcie znajdują się w ulotce dołączonej do opakowania.** Zalecane i dostępne są szkolenia w zakresie zastosowania systemów rekonstrukcji dna miednicy GYNECARE PROLIFT. W celu zorganizowania takiego szkolenia należy skontaktować się z lokalnym przedstawicielem firmy. Aby uzyskać więcej informacji na temat zabiegu z GYNECARE PROLIFT należy zapoznać się z zalecaną techniką operacyjną systemów do rekonstrukcji dna miednicy GYNECARE PROLIFT

JOHNSON & JOHNSON Poland Sp.z o.o., ul. Szyszkowa 20, 02-285 Warszawa, tel.022 668 00 64, fax.022 668 00 55, www.Gynecare.com

*Znak handlowy