

# Kwartalnik NTM

styczeń 2003

nr 4



**NTM w ginekologii**  
**Konstytucja zdrowia**  
**Problemy producentów**



WSZYSTKIM CZYTELNIKOM I WSPÓŁPRACOWNIKOM

życzymy

SZCZĘŚLIWEGO NOWEGO ROKU!

Redakcja Kwartalnika NTM

## NTM w SCHORZENIACH GINEKOLOGICZNYCH

Nietrzymanie moczu u kobiet według nowej definicji International Continence Society (ICS) polega na niekontrolowanym wycieku moczu. Cierpi na nie od 17 do 30% populacji kobiet. Rzeczywiste rozpowszechnienie choroby jest większe, ponieważ znaczna część kobiet ukrywa objawy, traktując je jako wstydlive.

Nietrzymanie moczu jest dolegliwością nie tylko starszych kobiet. Badania ostatnich lat wykazały, że kobiety w wieku 35 - 50 lat są grupą wiekową o większej chorobowości (25-30%), szczególnie w populacjach miejskich. Wśród kobiet w wieku ponad 65 lat nietrzymanie moczu występuje u 15%-30% populacji. Ponad 90% przypadków wynika z prawdziwego wysiłkowego nietrzymania moczu i/lub niestabilności wyprężacza. Inne przyczyny to nie-

trzymanie moczu z przepełnienia, w czasie śmiechu, orgazmu i z powodu wad anatomicznych i infekcji. Należy zaznaczyć, że tylko 15-20% kobiet cierpiących na nietrzymanie moczu zgłasza się do lekarza.

Pacjentki unikają badań profilaktycznych. Boją się badań o skomplikowanych dla nich nazwach: rektoskopia, kolonoskopia, laparoscopia, urografia, cystoureterografia mikcyjna, itd. Odnosi się to również do rzadko podejmowanego problemu nietrzymania moczu. Brak jest łatwo dostępnej informacji o możliwościach leczenia oraz o oferowanych na rynku środkach pomocniczych i możliwościach ich nabycia. Nietrzymanie moczu u kobiet stało się problemem społecznym.

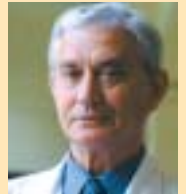
kontynuacja na str 4

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



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

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



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

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



## Spis treści

styczeń 2003

NTM w schorzeniach ginekologicznych - wstęp .....	2
Diagnostyka i leczenie nietrzymania moczu u kobiet - prof. dr hab.med. Longin Marianowski .....	4
Każdy lekarz powinien o to pytać - wywiad z dr med. Robertem Bartkowiakiem .....	8
Po operacji - jak nowo narodzona - wywiad z pacjentką, panią Barbarą .....	10
Od tego się nie umiera - wywiad z Martą Solecką, sekretarzem Stołecznego	
Stowarzyszenia Osób Chorych na Parkinsona.....	11
Zakażenia w ginekologii - Teresa Góral.....	12
Konstytucja zdrowia - Rafał Zgórzak .....	13
Za mało i za drogo (wyniki ankiety) - Maria Weber .....	14
Porównanie działania systemu Kas Chorych z systemem opartym na Funduszu Ochrony Zdrowia - Rafał Rzepka .....	15
Jak usprawnić system zaopatrzenia - Andrzej Witkowski .....	16
Pacjent czy limit - Maria Weber .....	17
Wspomaganie ruchem.....	18
Ze świata - Stabilny system w Czechach.....	20
Listy .....	21
Radzimy .....	21
Aktualności .....	22

**Do Czytelników,**

Pierwszy numer Kwartalnika NTM w 2003 roku otwieramy artykułem znanego ginekologa, prof. Longina Marianowskiego, który wyjaśnia przyczyny nietrzymania moczu u kobiet. Cierpi na nie tysiące pań, które z tego powodu przeżywają lęki i kompleksy, nie mówiąc o dezorganizacji ich życia zawodowego i prywatnego. Wstyd przed ujawnieniem się ich schorzenia jest tak duży, że bronią się przed wizytą u lekarza i jego ujawnieniem. Niechaj zatem tekst ten stanie się dla nich zachętą do odwiedzenia lekarza i rozpoczęcia leczenia. Na następnych łamach zresztą pokazujemy problem nietrzymania moczu od strony praktyka ginekologa dr Roberta Bartkowiaka i pacjentki, pani Barbary, która odważyła się poszukać pomocy w gabinecie lekarskim oraz opowiedzieć o swoich doświadczeniach i terapii.

Sporo miejsca zajmują również w tym numerze teksty poświęcone ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia. Ustawa znalazła się w Senacie i dyskusja nad nią nadal trwa. Tymczasem nowy rok się rozpoczął a czytelnicy nadal nie wiedzą, gdzie będą mogli nabywać materiały absorbcyjne i ile sztuk będzie im przysługiwało miesięcznie w ramach refundacji. Niektóre dotychczasowe sposoby dystrybucji produktów chłonnych zdały egzamin tylko częściowo. Inne, bardziej liberalne wprowadzone przez dwie kasy chorych - Małopolską i Śląską, są chwalone przez pacjentów. Jaki system przyjmą oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia? Czy zapowiadane jednolite umowy z dystrybutorami będą miały więcej elementów systemu liberalnego czy też ograniczającego dostęp do produktów? O plusach i minusach dotychczasowych systemów pisze Andrzej Witkowski, pracownik jednej z kas chorych. Nie tylko pacjenci mają kłopoty z kasami chorych. Przeżywają je również niektórzy producenci, którym skończyły się kwartalnie lub pod koniec roku umowy na dostawę refundowanych pieluch i pieluchomajtek. Konsekwencje tego ponoszą ich użytkownicy, zmuszeni do zmiany produktu. Niestety, nie potrafimy jeszcze odpowiedzieć, czy umowy podpisywane z oddziałami NFZ rozwiążą problem limitowania produktów.

W kwartalniku, jak zwykle też, czytelnicy znajdą porcję ćwiczeń, korespondencję oraz aktualności.

Zachęcamy do współpracy. Piszcie Państwo o swoich problemach z nietrzymaniem moczu oraz o kłopotach z nabyciem produktów czy też uzyskaniem porady.

Redakcja

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

Maria Weber

**Sekretarz redakcji**

Sylwia Milczarek

**Komitet redakcyjny:**

dr med. Piotr Radziszewski

dr med Piotr Dobroński

Klinika Urologii Akademii Medycznej w Warszawie

**Adres redakcji**

ul. Księcia Janusza 64

01 452 Warszawa

tel. 0 (prefiks) 22 335 97 00, 335 97 63

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

**e-mail:**

sylwia.milczarek@ntm.pl

maria.weber@ntm.pl

**www.ntm.pl**

Program  
Prospołeczny  
"NTM -  
normalnie  
żyć"

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



# Diagnostyka i leczenie nietrzymania moczu u kobiet

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



Problem nietrzymania moczu, tak jak wiele innych dziedzin życia, jest w Polsce tematem wstydlivym. Choroba ta dotyka dwa razy częściej kobiety niż mężczyzn. Przeciętny czas, jaki upływa od pojawienia się zaburzeń do chwili szukania pomocy medycznej, wynosi 9 lat. W Polsce problem ten dotyczy około 5% populacji, a więc ponad dwa miliony mężczyzn i kobiet ma problemy związane z nietrzymaniem moczu. Na 2 tys. pacjentek i pacjentów zgłaszających się do lekarza rejonowego 120 ma problemy z nietrzymaniem moczu, ale tylko co 12 osoba mówi o tym lekarzowi. Można więc przyjąć, że liczba osób, których dotyka ten problem, jest znacznie wyższa niż wynika to z danych statystycznych. Często osoby te nie rozmawiają na ten temat nawet z najbliższymi. Niektórzy myślą wręcz, iż mimowolne oddawanie małej ilości moczu podczas kaszlu czy śmiechu jest normą i nie ma powodów do niepokoju. Przy braku odpowiednich środków higienicznych czy też możliwości ich nabycia, nietrzymanie moczu może uniemożliwić prowadzenie normalnego życia. Niestety wśród wielu środowisk pokutuje wciąż przekonanie, że choroba jest nieuleczalna i spowodowana starzeniem się, dlatego nic nie można na nią poradzić.

Tymczasem prostym, tanim i skutecznym sposobem profilaktyki nietrzymania moczu jest systematyczne wykonywanie ćwiczeń mięśni dna miednicy. Stanowią one grupę mięśni przyczepioną z przodu do kości łonowej, a z tyłu do dolnej części kręgosłupa. Przez zaciskanie ich i unoszenie kontrolowane jest zamykanie odbytu, pochwy oraz cewki moczowej czyli ujścia pęcherza. Mięśnie słabną, gdy nie wykonują pracy. Głównym powodem ich osłabienia jest znaczny wysiłek i rozciągnięcie w czasie porodu, szczególnie w drugiej fazie. Osłabienie mięśni wywołują także długotrwałe zaparcia. Skutkiem osłabienia mię-

śni może być mimowolne wyciekanie moczu z pęcherza w czasie wzrostu ciśnienia w jamie brzusznej (kaszel, śmiech, bieg). Może ono też doprowadzić do wypadnięcia macicy, a także do utraty kontroli nad oddawaniem stolca.

W przypadku zaobserwowania u siebie opisanych powyżej objawów należy udać się na konsultację do urologa, a w przypadku kobiet - do ginekologa. Tylko wówczas będzie można dobrać odpowiednią terapię, by nie doprowadzić do ostateczności, tzn. do leczenia operacyjnego. W większości przypadków leczenie likwiduje objawy bądź powoduje ich wyraźne ograniczenie. Ważna jest również promocja środków higienicznych stosowanych przy tej chorobie. Z braku informacji o tych środ-

**Poród choćby jednego dziecka zwiększa ryzyko nietrzymania moczu, które jest największe po urodzeniu trójki dzieci. Poród jest znaczącym czynnikiem ryzyka nietrzymania moczu. W jego trakcie dochodzi do nadmiernego rozciągnięcia więzadeł, przyczepów mięśni, rozciągnięcia powięzi dna miednicy nasilającego się wraz z wiekiem pacjentki.**

kach albo w wyniku ich niewystarczającej dostępności stosuje się często niezbyt komfortowe rozwiązania, takie jak wkładki higieniczne, podpaski czy chusteczki higieniczne.

Jednym ze sposobów dotarcia do osób potrzebujących pomocy jest współpraca organizacji zajmujących się tym problemem, uświadamiania społeczeństwu skali tego zjawiska i jego konsekwencji oraz informowania o możliwościach profesjonalnej pomocy.

Utrzymanie moczu zależy od relaksacji pęcherza podczas wypełniania, pod-

trzymującego mechanizmu dna miednicy, ciągłego skurczu zwieracza prążkowanego cewki podczas odpoczynku i w trakcie wzrostu ciśnienia tłoczni brzusznej. Ważną rolę pełnią również podśluzówkowe spłoty żyłne cewki moczowej zwężające jej światło. Prawidłowa budowa dna miednicy u kobiet warunkuje mechanizm utrzymywania moczu w pęcherzu.

Pochwa i szyja pęcherza są podtrzymywane przez różne struktury anatomiczne na trzech poziomach (Rys. 1). Pochwa u nieródek ma na przekroju charakterystyczny kształt litery H. Górna 1/3 pochwy (poziom I) jest podtrzymywana przez więzadła krzyżowo - maciczne i więzadła szyjkowe boczne. Środkowa 1/3 (poziom II), co odpowiada wysokości cewki proksymalnej, jest przytwierdzona do łuku ścięgniętego (zgrubienie powięzi zasłonowej) przez powięź łonowo - cewkową i szyjkową. Cewka dystalna (poziom III) jest połączona z przylegającymi strukturami i przechodzi przez błonę kroczoową łącząc się z mięśniami łonowo-guzicznymi. Przerwanie, rozciągnięcie, naderwanie czy skręcenie przednich lub bocznych struktur podtrzymujących może być przyczyną nietrzymania moczu.

Mikcja polega na świadomym, kontrolowanym i efektywnym opróżnieniu pęcherza moczowego. W trakcie mikcji pęcherz moczowy, który do tej pory był izobarycznym zbiornikiem o wysokiej pojemności musi przekształcić się w mięsień generujący dużą siłę skurczu. Ale efektywna mikcja to nie tylko sprawny skurcz pęcherza moczowego. To również praca mięśnia wypieracza wobec możliwie najmniejszego oporu podpęcherzowego. Dlatego sam skurcz pęcherza moczowego jest poprzedzany przygotowaniem drogi odpływu moczu na zewnątrz - relaksacją zwieracza w cewce moczowej.

Kora mózgu jedynie moduluje mikcję i zapewnia świadomą kontrolę nad nią; w moście znajduje się ośrodek mikcji odpowiedzialny za bezwarun-

kowy odruch mikcji. Ośrodek ten podlega modulującemu wpływowi kory mózgu. Ośrodek krzyżowy mikcji, znajdujący się na poziomie S2-S4 rdzenia kręgowego, jest odpowiedzialny za generowanie skurczu wypieracza (unerwienie przywspółczulne). Na poziomie kręgow T10-Th12 znajduje się z kolei ośrodek współczulny, odpowiedzialny za relaksację pęcherza moczowego. Również na poziomie S2-S4 znajduje się tzw. jądro Onufa, odpowiedzialne za kontrolę zwieracza zewnętrznego (poprzecznie prążkowanego) cewki moczowej.

Prawidłowe rozpoznanie i ocena wpływu choroby na jakość życia jest zadaniem podstawowym przed wdrożeniem jakiegokolwiek leczenia. Postawienie diagnozy opiera się na badaniu podmiotowym, przedmiotowym i badaniach dodatkowych.

## Czynniki ryzyka

Dokładny wywiad chorobowy, nie zawsze odpowiada wynikom badań urodynamicznych, szczególnie jeśli wysiłkowe nietrzymanie moczu jest związane z objawami niestabilności wypieracza (parcie nagłace, częste oddawanie moczu i nocturia). Użycie karty mikcyjnej dostarcza dokładnych informacji o częstotliwości mikcji, nocturii, objętości gubionego lub oddawanego moczu, ilości przyjętych płynów, o okolicznościach towarzyszących epizodom nietrzymania moczu i o konieczności używania podpasek. Dla prawidłowej oceny stanu pacjentki ważne są również informacje dotyczące liczby odbytych porodów, sposobu ich ukończenia, ewentualnych powikłań, masy urodzeniowej dzieci. Niezależnie od wieku chorych, mniejszy odsetek pacjentek zgłaszających dolegliwości związane z nietrzymaniem moczu występuje w grupie nieródek.

Ponad 30% pacjentek w pierwszych trzech miesiącach po porodzie narzeka na pewien stopień nietrzymania moczu. Cięcie cesarskie nie chroni w 100% przed nietrzymaniem moczu. Dolegliwość ta występuje u 10% kobiet rodzących drogą cięcia cesarskiego. Wygaśnięcie czynności hormonalnej jajników lub przedwczesna kastracja chirurgiczna mogą być przyczyną dolegliwości związanych z nietrzymaniem moczu. Spowodowane są one, jak się wy-

daje, zanikiem błony śluzowej cewki, zapadnięciem jej podśluzówkowych spłotów żylnych, przebudową tkanki łącznej ze zmniejszeniem zawartości włókien elastyny i niektórych typów kolagenu, zmniejszeniem liczby receptorów adrenergicznych w cewce moczowej. Nie bez znaczenia pozostają urazy kręgosłupa czy miednicy mniejszej w przeszłości, operacje ginekologiczne (20% pacjentek po całkowitym wycięciu macicy cierpi na wysiłkowe nietrzymanie moczu), choroby ogólnoustrojowe jak np. polineuropatia wynikająca z długotrwałej cukrzycy.

Działania niepożądane leków stosowanych do leczenia tych przewlekłych chorób mogą też powodować objawy nietrzymania moczu. Czynnikiem ryzyka rozwoju nietrzymania moczu jest również charakter pracy zawodowej zmuszającej do dźwigania ciężarów, otyłość, przewlekłe zaparcia i palenie papierosów powodujące przewlekły kaszel.

## Badania

Badanie sromu i krocza może ujawnić atrofię nabłonka, mięska ujścia cewki moczowej spowodowane długotrwałym niedoborem estrogenów, macerację, stany zapalne i inne zmiany związane ze stałym drażnieniem tych okolic przez gubiony moczu. W trakcie badania zestawionego możemy stwierdzić za burzenia statyki narządu rodowego wraz z jego obniżaniem a nawet wypadaniem. W czasie badania przedniej ściany pochwy można stwierdzić nadmierną ruchomość cewki moczowej. Dodatni test Marshalla - Bonneya czyli zahamowanie wycieku moczu przy kaszlu przez uniesienie przedniej ściany pochwy, świadczy o defekcie mechanizmu podparcia przy prawidłowej czynności zwieracza cewki moczowej. Test ten posiada czułość do 95% i swoistość 80%.

Ciągłe wyciekanie moczu z pochwy sugeruje przetokę lub nietrzymanie moczu z przepelnienia pęcherza. Wskazane jest badanie per rectum szczególnie u osób starszych, u których częściej występuje zaleganie kału czy zmiany rozrostowe w miednicy mniejszej.

Wszystkie kobiety z objawami nietrzymania moczu powinny mieć wykonane badanie ogólne i posiew moczu. Dyskomfort w miednicy mniejszej, ja-

mie brzusznej lub krwimocz powinien być dodatkowo zdiagnozowane za pomocą zdjęcia przeglądowego jamy brzusznej lub USG miednicy mniejszej i układu moczowego w poszukiwaniu kamicy moczowej lub rozrostów nowotworowych. Konieczne może się okazać wykonanie urografii lub cystoskopii w diagnostyce wad anatomicznych lub procesów nowotworowych. USG przezpochwowe pozwala na ocenę narządu rodowego, rozpoznanie ewentualnych nieprawidłowych rozrostów endometrium przed rozpoczęciem terapii nietrzymania moczu, umożliwia również ocenę morfologii pęcherza moczowego, kąta pęcherzowo - cewkowego i jego zmiany w trakcie mikcji. Pozwala także na ilościową ocenę zalegania po mikcji.

### JEDNODZINNY TEST WKŁADKOWY

Kobieta jest proszona o opróżnienie pęcherza i o wypicie 500 ml płynu w ciągu 15 minut. Po 30 minutach odpoczynku, przez następną godzinę wykonuje różne ćwiczenia (mycie rąk, wchodzenie po schodach, podnoszenie przedmiotów, spacerowanie, kaszel, śmiech). Przyrost masy podpaski o ponad 2,0 g świadczy o wysiłkowym nietrzymaniu moczu.

## Badania urodynamiczne

Pomiar przepływu cewkowego jest nieważną metodą pozwalającą na ocenę strumienia moczu. Bada się następujące parametry: objętość oddanego moczu (Vvol), średnie tempo przepływu ( $Q_{ave}=Vvol/T$ ), przepływ maksymalny (Qmax), kształt krzywej, zaleganie moczu po mikcji (R).

Cystometria w fazie napełniania jest wymagana do precyzyjnego określenia nietrzymania moczu. Pomiar w rectum i w pęcherzu mierzą ciśnienie śródbrzusne (pabd) i ciśnienie śródpecherzowe (pves). Elektroniczne przeliczenie pozwala na otrzymanie ciśnienia wypieracza, które opisuje aktywność mięśnia wypieracza.

Pęcherz jest najczęściej wypełniany z szybkością 50 ml/min. i w trakcie ba-

dania ocenia się objętość przy pierwszym odczuciu mikcji, normalnym odczuciu i maksymalna pojemność pęcherza. Okresowe fale występujące spontanicznie czy po prowokacji (kaszelem, zmianą pozycji) są skurczami wypieracza i są znane jako nadreaktywność wypieracza. Stopniowy wzrost pdet podczas wypełniania (większy niż 10 cmH<sub>2</sub>O) jest opisywany jako niska podatność pęcherza. Po usunięciu cewnika prosi się kobietę aby zakaszłała i stanęła celem diagnostyki wysiłkowego nietrzymania moczu.

Cystometrię mikcyjną wykonuje się po usunięciu cewnika. Badanie dostarcza informacji o mikcyjnym ciśnieniu wypieracza i przepływie moczu: niskie pdet może wynikać ze słabej aktywności wypieracza, a wzrost może być wynikiem wcześniejszych prób chirurgicznego leczenia nietrzymania moczu.

Profil ciśnieniowy cewki (UPP) mierzy długość cewki, wzór ciśnienia cewkowego i maksymalne ciśnienie zamknięcia.

Profil wysiłkowego ciśnienia cewkowego (profilometria dynamiczna) oznaczany jest w cewce i pęcherzu moczowym podczas kaszlu mierząc ciśnienie przekazywane do pęcherza i do cewki, (w trakcie kaszlu ciśnienie w cewce powinno być zawsze wyższe od ciśnienia panującego w pęcherzu). Pomiaru profilu cewkowego dokonuje się specjalnym dwudrożnym cewnikiem. Jeden kanał służy do pomiaru ciśnienia śródpecherzowego, drugi do pomiaru ciśnienia śródcewkowego.

Urodynamika ambulatoryjna (AUDS) jest użyteczna u kobiet z objawami sugerującymi wysiłkowe nietrzymanie moczu albo niestabilność wypieracza, u których standardowa cystometria jest prawidłowa. Tradycyjna cystometria wykonywana jest zazwyczaj w nieruchomej pozycji stojącej lub leżącej w laboratorium wypełnionym aparaturą badawczą, w obecności osób badających i z użyciem sztucznego wtłaczanego do pęcherza płynu zastępującego moczu. W tych warunkach nie wszystkie wcześniej występujące dysfunkcje pęcherza mogą się ujawnić. I odwrotnie, u osób dotychczas zdrowych można spowodować jatrogenne zaburzenia mikcji. Badanie ambulatoryjne trwa kilka godzin, zmierzone w trakcie naturalnego wypełniania się pęche-

rza ciśnienia są rejestrowane i pozwalają na obiektywną ocenę dolnych dróg moczowych.

## Videourodynamika (VUDS)

Podczas badania urodynamicznego wykonuje się również badanie ultrasonograficzne lub rentgenowskie celem udokumentowania zmian anatomicznych.

Na jego podstawie możemy rozpoznać u pacjentki czyste wysiłkowe nietrzymanie moczu, parcia naglące lub postać mieszaną nietrzymania moczu.

## Postaci nietrzymania moczu

Wysiłkowe nietrzymanie moczu należy do najpowszechniejszych form nietrzymania moczu i często występuje z niestabilnością wypieracza dając mieszane objawy wysiłkowego nietrzymania i nietrzymania z parcia. Według nowej definicji Międzynarodowego Towarzystwa Nietrzymania Moczu (ICS) wysiłkowe nietrzymanie moczu polega na mimowolnym wycieku podczas wysiłku, kichania lub kaszlu. Sam wywiad nie wystarcza do zdiagnozowania wysiłkowego nietrzymania moczu, ale dostarcza informacji o powadze problemu uzupełniając dane urodynamiczne.

Nietrzymanie moczu z parcia naglącego to mimowolne wyciekanie związane z nagłym parciem (definicja ICS). Etiologia pęcherza nadreaktywnego jest wciąż nie do końca zrozumiana. Nietrzymanie moczu w przypadku nadreaktywności jest idiopatyczne lub neurogenne. Mogą je powodować choroby neurologiczne takie jak stwardnienie rozsiane. Chirurgia miednicy, szczególnie podwieszenie szyi pęcherza może wpływać na rozwój zaburzeń mikcji i nadreaktywności wypieracza. Istnieje wiele systemów klasyfikacji i mianownictwa objawów związanych z pęcherzem nadreaktywnym. Są to klasyfikacje czynnościowe lub neurologiczne.

Obecnie, zgodnie z zaleceniami komitetu standaryzacji ICS, obowiązuje klasyfikacja z 2002 roku, będąca klasyfikacją czynnościowo-opisową. Określa się w niej opisowo parametry pęcherza moczowego i cewki moczowej w trakcie napełniania i opróżniania.

W 1998 roku Paul Abrams zaproponował wprowadzenie (a właściwie odświeżenie) pojęcia nadreaktywność pęche-

rza moczowego. Według tej definicji objawowa nadreaktywność pęcherza to stan, w którym występują: często-mocz, parcia naglące i nietrzymanie moczu typu parcia naglącego, oddzielnie lub w połączeniu ze sobą, przy nieobecności lokalnych czynników patologicznych tłumaczących te objawy. Z pojęcia "nadreaktywność" zostały więc wyłączone zaburzenia czynności pęcherza spowodowane przez np. nowotwór, kamice pęcherza, infekcję. Określenie to nie jest też stosowane w przypadku neurogennych zaburzeń mikcji.

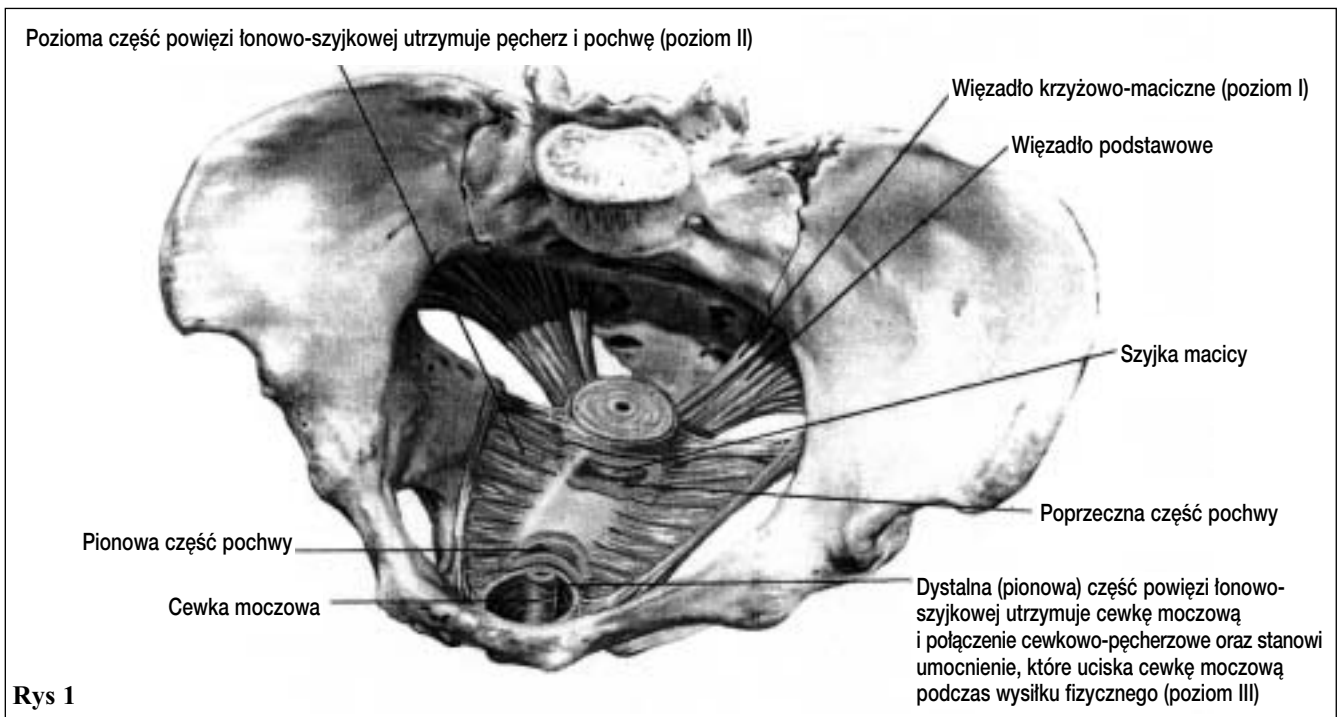
## Leczenie

Terapia behawioralna powinna rozpoczynać każdą próbę leczenia nietrzymania moczu, szczególnie nietrzymania z parć naglących. Znajduje jednak zastosowanie również w leczeniu wysiłkowego i mieszanego typu nietrzymania moczu. Polega ona na wykształceniu u pacjentki przyzwyczajęń i odruchów umożliwiających kontrolowane oddawanie moczu o wyznaczonych godzinach. Leczenie farmakologiczne jedynie wspiera terapię behawioralną. Jego celem jest wyeliminowanie skurczów wypieracza i w szczególnych przypadkach, relaksacja szyi pęcherza i odcinka proksymalnego cewki moczowej. Podstawową grupą preparatów są leki antycholinergiczne z najszerzej stosowaną oksybutyniną i nowszą, działającą bardziej wybiórczo na receptory muskarynowe pęcherza moczowego tolterodyną. Imipramina, trójpierścieniowy lek antydepresyjny, znalazła zastosowanie w terapii mieszanego postaci wysiłkowego nietrzymania moczu. Jednakże ze względu na swoje podstawowe działanie i występujące jako działanie niepożądane ortostatyczne spadki ciśnienia nie jest lekiem szeroko stosowanym.

Leczenie wysiłkowego nietrzymania moczu, szczególnie w grupie z I i II stopniem zaawansowania wysiłkowego nietrzymania moczu, powinno być zapoczątkowane metodami zachowawczymi. Należy do nich opisana powyżej terapia behawioralna i kinezyterapia czyli trening mięśni dna miednicy.

Do leczenia zachowawczego wysiłkowego nietrzymania moczu zalicza się również farmakoterapia. Celem stosowanego leczenia jest zwiększenie ciśnienia śródcewkowego i maksymalnego ciśnienia za-





mykającego cewkę. Leczenie z pomocą  $\alpha$ -mimetyków nie jest szeroko stosowane ze względu na poważne działania niepożądane. Częstsze zastosowanie znalazły, w określonych przypadkach, imipramina i estrogeny u osób, u których nie ma przeciwwskazań. Poprawa po ich zastosowaniu jest najczęściej subiektywna i niezależna od drogi podania. Wartości parametrów w badaniu urodynamicznym najczęściej pozostają niezmienione.

## Zabiegi

Brak poprawy po leczeniu zachowawczym czy nasilenie choroby zmuszają do zastosowania leczenia zabiegowego. Opisano ponad 150 sposobów leczenia operacyjnego wysiłkowego nietrzymania moczu, co najlepiej świadczy o braku skutecznej metody. Wykorzystuje się jedną z trzech dróg dojścia do okolicy szyi pęcherza i cewki moczowej: dostęp przezpochwowy, zaotrzewnowy i przezotrzewnowy. W przypadkach, w których wysiłkowemu nietrzymaniu moczu towarzyszy obniżanie przedniej ściany pochwy i zaleganie moczu w pęcherzu po mikcji, wykonuje się jej plastykę. W latach 80-tych najczęściej stosowanymi zabiegami z dostępu pochwowo-nadłonowego były operacje metodą Stameya, Raza i Pereyry, polegające na założeniu szwów poprzez okolicę okołocewkową i torebkę mięśnia prostego brzucha. Dostęp załonowy wykorzysty-

wany jest w operacji metodą Marshalla-Marchettiego-Krantza, gdzie tkanki okołocewkowe przyszywa się do okostnej tylnej powierzchni kości łonowych i w metodzie uważanej obecnie za złoty standard leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu czyli przyszyciu tkanek okołocewkowych do więzadeł biodrowo-grzebieniowych (więzadeł Coopera). Operację tę opisał po raz pierwszy w 1961 roku Burch. Obecnie wykonuje się ją najczęściej drogą laparoskopii dającą możliwość leczenia pacjentce szybkiego powrotu do normalnej aktywności. Efekt kolposuspensji metodą Burcha zależy od nadania właściwego kierunku odcinkowi bliższemu cewki moczowej i pozostawieniu odpowiedniej elastyczności górnego odcinka pochwy. Do najskuteczniejszych zabiegów operacyjnych należą techniki typu sling polegające na podwieszeniu okolicy proksymalnej cewki i szyi pęcherza za pomocą powięzi pacjentki lub materiałów syntetycznych. Operację slingu syntetycznego na środkową cewkę po raz pierwszy opisał Ulmsten w 1995 roku. Wyniki krótkookresowych obserwacji okazały się więcej niż zachęcające. W rok po zabiegu 85 - 95% pacjentek nie zgłosiło dolegliwości, jednak po 5 latach odsetek ten obniżył się do 55-58%. Poza mechanicznym przemieszczeniem środkowego i bliższego odcinka cewki, obecność taśmy powoduje korzystne zmiany w metaboli-

zmie kolagenu pacjentki przywracając jego sprężystość i wytrzymałość. Trwają prace nad doбором najlepszego materiału do produkcji taśmy i oprzyrządowania zmniejszającego odsetek powikłań takich jak urazy naczyń, nerwów, krwaki w załamku Retziusa, urazy pęcherza moczowego. Najbardziej obiecujący wydaje się obecnie prolen, który wchodzi w skład systemu TVT i IVS. Metoda IVS (intravaginal slingplasty) polega na założeniu drogą przezpochwową taśmy podtrzymującej cewkę moczową u kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu przy pomocy specjalnego tunelera.

Wielowłóknowa struktura taśmy z siatki prolenowej ułatwia jej prawidłowe umiejscowienie. Daje dużą powierzchnię przylegania i kontaktu z otaczającymi tkankami bez wywoływania lokalnego odczynu zapalnego. Dzięki posiadanej elastyczności nie powoduje odkształcania otaczających struktur.

W przypadku niepowodzeń operacji opisanych powyżej można pacjentce zaproponować ostrykiwanie tkanek okołocewkowych autologiczną tkanką tłuszczową, modyfikowanym kolagenem czy teflonem. Leczenie ma na celu zwiększenie ciśnienia zamykającego cewkę. Leczeniem ostatniej szansy, kosztownym i nie pozbawionym powikłań jest wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej.

# Każdy lekarz powinien o to pytać

Z dr Robertem  
Bartkowiakiem

z Kliniki Położnictwa i Ginekologii  
Akademii Medycznej w Warszawie  
rozmawia Wanda Jelonkiewicz.



## Jakie są najczęściej spotykane postaci nietrzymania moczu u pacjentek, które się do Pana zgłaszają?

Najczęstszymi postaciami nietrzymania moczu u kobiet są: wysiłkowe nietrzymanie moczu i nietrzymanie moczu z parć naglących. Te dwie przyczyny stanowią większość przypadków. Do naszego szpitala zgłaszają się zarówno pacjentki skierowane przez ginekologa z poradni rejonowej, jak i osoby, które trafiają wprost do naszego ambulatorium klinicznego, konsultującego dużą grupę pacjentek ginekologicznych. Bardzo często przy okazji konsultowania jakichś schorzeń i dolegliwości, jeżeli pada pytanie lekarza: „Czy nie ma pani kłopotów z trzymaniem moczu?”, okazuje się, że pacjentka cierpi również na tę dolegliwość. Najczęściej są to kobiety, u których rozpoznajemy różnego stopnia obniżenie narządów rodnych i z tego powodu zgłaszają się one po poradę. Nietrzymanie moczu wychodzi „na jaw” niejako przy okazji. Moim zdaniem, takie pytanie powinno paść podczas każdej wizyty u każdego lekarza. Niekiedy wstyd pacjentki jest tak silny, że nie przyzna się sama lekarzowi do tej dolegliwości. Jednocześnie lekarze czasem nie pytają o to, ponieważ nie chcą wprawiać pacjentki w zakłopotanie.

## Jaki odsetek Pana pacjentek ma takie problemy?

Trudno mi to dokładnie ocenić. Pracujemy w zespole i nie wszyscy zadają pacjentkom to istotne pytanie. Tymczasem wiadomo, że spośród pacjentek po 45 roku życia zgłaszających się do jakiegokolwiek lekarza z jakiegokolwiek powodu, 20 procent ma dolegliwości związane z nietrzymaniem moczu ale tylko 20 proc. szuka porady z tego konkretnego powodu. Oznacza to, że zaledwie 20 proc. pacjentek mających jakąś formę nietrzymania moczu mówi o tym lekarzowi. Pozostałe 80 proc. - to „nie-me” pacjentki. A czasem wystarczy za-

dać jedno pytanie i pacjentka nagle zaczyna szczerze mówić, jak gdyby pękła jakaś tama.

## Jak „oswoić” zawstydzoną pacjentkę?

Zwykle wystarczy zapytać: „Czy pani ma problemy z gubieniem moczu?”. Kobieta, której mimowolnie wycieka mocz, od razu zrozumie, o co chodzi. Kiedy mam na fotelu ginekologicznym pacjentkę w wieku ponad 50 lat, zawsze mówię jej: „Proszę się nadać, proszę zakaszać”. W prosty sposób mogę stwierdzić, czy pojawiają się ślady mimowolnego wycieku moczu.

## Czy kłopoty kobiet z trzymaniem moczu - to cena płacona za macierzyństwo?

W pewnym stopniu tak. Chodzi głównie o porody odbywające się siłami natury. Mięśnie przepony moczowo-płciowej, czyli mięśniowego dna miednicy, które podtrzymuje narząd rodny, a także cewkę moczową i pęcherz moczowy w trakcie przechodzenia główki dziecka przez kanał rodny są bardzo rozpychane. Nerwy, które unerwiają te mięśnie, też są rozpychane i przyciskane do kostnych ścian miednicy. Zawsze podczas porodu powstaje jakiś uraz. Mięśnie dna miednicy tracą prawidłowe napięcie, ich unerwienie jest gorsze. Po kilku latach od porodu narząd rodny obniża się wraz z połączeniem cewkowo-pęcherzowym, kąć cewkowo - pęcherzowy ulega rozwarciu i pojawia się nietrzymanie moczu. Porody drogami natury, a szczególnie dwa porody i więcej lub porody kończone zabiegowo są najbardziej znaczącym czynnikiem ryzyka.

## Czy sprawna pomoc położnej nie redukuje tego zagrożenia?

Poród drogami natury odbywa się zwykle w szpitalu, w obecności położnej i często z asystą lekarza. Rola położnej jest największa w decydującym momencie wyrzynania się główki i przechodzenia płodu w drugiej fazie porodu przez kanał rodny. Prawidłowe

napięcie kroczka kobiety przez położną podczas porodu i prawidłowa technika wytaczania główki i barków rodzącego się płodu - to jest właściwie profilaktyka nietrzymania moczu u matki dziecka w przyszłości. Fachowa położna ochraniając prawidłowo kroczki odpowiednimi technikami manualnymi potrafi tak odebrać poród wieloródki, by zapobiec pęknięciu kroczka. Każda pacjentka jest inna. Nie wszystkie kobiety rodzące siłami natury cierpią potem na nietrzymanie moczu. Nie jest regułą, że jeden, dwa lub trzy porody muszą spowodować kłopoty z trzymaniem moczu. Natomiast jest to czynnik ryzyka. Znieczulenie wewnątrzoponowe podczas porodu również rozluźnia mięśnie dna miednicy i zmniejsza urazowość porodu. Rodząca kobieta sama nigdy tych mięśni nie rozluźni na tyle, żeby zapobiec urazom. Bardzo ważna jest rehabilitacja mięśni po porodzie oraz wykonywanie odpowiednich ćwiczeń.

## W jakich grupach wiekowych te dolegliwości nasilają się?

Najwięcej przypadków występuje pomiędzy 45 a 70 rokiem życia. Prof. Tomasz Rechberger z Akademii Medycznej w Lublinie - polski autoritet w tej dziedzinie - obliczył, że w Polsce jest około 20 mln kobiet, z tego około 10 mln - to kobiety w wieku 45-70 lat. Badania brytyjskie wykazały, że po 45 roku życia nawet do 30 proc. kobiet ma ten kłopot, czyli w warunkach polskich byłoby to 3,5 mln pacjentek. To wielka rzesza chorych. W istocie rzeczy mamy tu do czynienia z chorobą społeczną, choć o nietrzymaniu moczu (NTM) tak się do tej pory nie mówi. Kłopoty z pęcherzem mają nie tylko starszki. Pacjentki między 35 a 50 rokiem życia cierpiące na nietrzymanie moczu stanowią również dużą grupę.

## Jaka jest procedura postępowania dotycząca nietrzymania moczu, obowiązująca lekarzy?

Bardzo ważny jest wywiad, który często może wskazać, z jakiego typu



nietrzymaniem moczu mamy do czynienia. Służą do tego specjalne kwestionariusze, stanowiące zbiór pytań zadawanych pacjentom. Najbardziej rozpowszechniony jest kwestionariusz Gaudenza. Na podstawie odpowiedzi na pytania można rozpoznać z dużym prawdopodobieństwem typ nietrzymania moczu. Po stwierdzeniu nietrzymania moczu, planowane są badania spe-

nasilenia dolegliwości. Pierwsza metoda zachowawcza - to ćwiczenia mięśni dna miednicy - tak zwane ćwiczenia Kegla. Trzeba je opisać pacjentce jak najprościej, na przykład powiedzieć: "Niech pani tak się zachowuje, jak by pani miała puścić bąka, ale pani nie wypada", albo " Proszę się zachowywać tak, jak by pani miała biegunkę i musiała jeszcze chwilę wytrzymać".

kowego. Stosując tę metodę uzyskuje się wyleczenie 80-90 proc. pacjentek. W Polsce znana jest dopiero od 3-4 lat. Zabieg odbywa się najczęściej w znieczuleniu podpajęczynówkowym, które znosi czucie od pasa w dół. Pacjentka musi być przytomna, ponieważ podczas zabiegu - po założeniu taśmy - musi wykonać próbę kaszlową. Dzięki temu wiemy, jak bardzo musimy tę taśmę podciągnąć do góry i w którym momencie przy kasłaniu nie ma już wycieku moczu. Taśmę nie trzeba dodatkowo przyczepiać. Jest ona tak skonstruowana, że sama się w tkankach zawiesza. Zabieg wymaga 2-3 dniowego pobytu w szpitalu.

#### **Czy istnieje profilaktyka nietrzymania moczu?**

Najlepsza profilaktyka - to ochrona krocza i prawidłowo wykonane nacięcie przy porodzie, a także ćwiczenie mięśni dna miednicy. Podczas badania ginekolog może czasem dostrzec u pacjentki początki obniżania się ścian pochwy, choć nie odczuwa ona jeszcze żadnych dolegliwości. Jeśli widzi on, że na przykład szyjka macicy jest trochę niżej al-

bo troszkę się uwypukla przednia ściana pochwy, to już wtedy może zalecić odpowiednie ćwiczenia mięśni dna miednicy.

#### **Czy HTZ (hormonalna terapia zastępcza) jest pana sojusznikiem?**

Jak najbardziej. Punkt, na który działa hormonalna terapia zastępcza - to żyłne spłoty okołocewkowe, czyli naczyń, które oplatają cewkę moczową. W normalnych warunkach ciśnienie w cewce powinno być wyższe niż ciśnienie w pęcherzu moczowym, bo wtedy jest trzymany mocz. Gdy kobieta jest młoda i zdrowa, są one wypełnione krwią, a więc zamykają światło cewki, zwiększając ciśnienie w cewce. Gdy nadchodzi menopauza i zaczyna brakować estrogenów, pogarsza się uwodnienie tkanek, to żyłne spłoty okołocewkowe też się opróżniają z krwi, a wtedy światło cewki się otwiera. Dodatkowa porcja hormonów zapobiega tym zmianom.

**Dziękuję Panu za rozmowę.**



cialistyczne. Bada się pacjentkę i ocenia, czy ma ona towarzyszące dolegliwości, na przykład obniżenie narządu rodnego. Dokonuje się szeregu prób. Z badań diagnostycznych najbardziej przydatne są badania urodynamiczne. Pozwalają one ocenić przepływ moczu przez cewkę, czynność zwieracza, czynność mięśnia wypieracza moczu. Zwykle pokazują konkretnie, jaki jest typ nietrzymania moczu. Pomagają zakwalifikować pacjentkę do określonego typu leczenia.

#### **Czy te badania są dostępne dla chorych?**

W Warszawie pacjentki ubezpieczone mogą je zrobić bezpłatnie tylko w kilku ośrodkach publicznych, które mają podpisane umowy z kasą chorych. Na badanie trzeba jednak długo czekać. W gabinecie prywatnym kosztuje ono ok 200-300 zł.

#### **Co Pan może zaproponować pacjentkom?**

Metody leczenia zależą od stopnia

Jeżeli ćwiczenia są sumiennie wykonywane, dają naprawdę dobre efekty. Chodzi o to, żeby około 100 razy w ciągu dnia napiąć i rozluźnić mięśnie dna miednicy. Ćwiczenia należy wykonywać przynajmniej przez 3 miesiące.

#### **Czy gimnastyce towarzyszą leki?**

To zależy od typu nietrzymania moczu. Na przykład przy nietrzymaniu moczu spowodowanym nadreaktywnością wypieracza stosuje się odpowiednie leki, tzw. antycholinergiczne - Detrusitol, Ditropen, Driptan. Ale zdecydowana większość pacjentek z wysiłkowym nietrzymaniem moczu powinna być raczej leczona operacyjnie. Jeśli gimnastyka nie skutkuje, nie ma co czekać. Pozostają metody operacyjne. W Polsce zaczyna się upowszechniać metoda minimalnie inwazyjna z zastosowaniem beznapięciowej syntetycznej taśmy prolenowej. Pod cewkę moczową zakłada się taśmę, które ją stabilizują i odtwarzają prawidłową funkcję połączenia pęcherzowo-cew-

# Po operacji - jak nowo narodzona

Z panią Barbarą,

która zgłosiła się do lekarza, gdy tylko pojawiły się u niej, w wieku 62 lat, dolegliwości z pęcherzem, rozmawia Wanda Jelonkiewicz

## Co Panią zaniepokoiło?

Wszystko się zaczęło zimą. Zauważyłam, że przy kasłaniu, kichaniu, czy podnoszeniu jakiegось ciężaru bezwiednie oddaję moc. Na początku to nie były wielkie ilości ot, krople na bieliznie. Uznałam, że ich przyczyną jest katar towarzyszący silnemu przeziębieniu. Niestety nie od razu zorientowałam się, w czym rzecz. Właściwie zaniepokoiłam się dopiero, gdy podniosłam 4-letniego wnuka. Nagle coś poleciało. Nie byłam zaziębiona, nie miałam kataru. Przekonałam się wtedy, że coś złego dzieje się z moim pęcherzem. W kilka miesięcy później, byłam u lekarza ginekologa w przychodni rejonowej, który dał mi skierowanie na konsultację do przychodni klinicznej w szpitalu przy Karowej w Warszawie. Tam pani doktor stwierdziła, że jest to wysiłkowe nietrzymanie moczu spowodowane opuszczeniem pęcherza. Dostałam skierowanie na badania specjalistyczne. Po ich wykonaniu zostałam przyjęta w listopadzie 2001 roku na oddział ginekologii operacyjnej tego szpitala. Wykonano udany zabieg operacyjny metodą polegającą na wprowadzeniu taśmy podtrzymującej pęcherz. Jak mi wytłumaczono, polega on na podniesieniu cewki moczowej za pomocą specjalnej taśmy elastycznej. Po tygodniu zostałam wypisana ze szpitala.

## Od operacji upłynął rok. Jak się Pani teraz czuje?

W tej chwili częściej niż 20 lat temu korzystam z toalety, ale nie zdarza się aby pęcherz funkcjonował bez mojej woli. Zresztą w okresie, jaki upłynął od wystąpienia pierwszych dolegliwości do operacji, kłopoty z pęcherzem miałam sporadycznie. Ale wiem od innych



pacjentek, że bywa znacznie gorzej. Rozmawiałam w szpitalu z chorymi, które były już w takim stanie, że musiały nosić pieluchy dla dorosłych na co dzień, a w nocy po kilka razy wstawać do toalety. Ja takich problemów jeszcze nie miałam. Wydaje mi się, że choroba została uchwycona w stadium początkowym. Z natury jestem bardzo dokładna, więc gdy zauważyłam, że jest coś nie tak z moim zdrowiem, natychmiast zaczęłam szukać pomocy.

## Czy od razu zaproponowano Pani operację? Czy nie było próby leczenia lekami?

Nie. Gdy się znalazłam w szpitalu przy Karowej, było wiadomo, że badania specjalistyczne są potrzebne do operacji.

## Czy nie bała się Pani tej operacji?

Nie! To nawet nie była operacja, ale zabieg w znieczuleniu dołędźwiowym, polegający na przekłuciu wzgórka fono-

wego w dwóch miejscach i wprowadzeniu taśmy podtrzymującej pęcherz. Wcześniej przeczytałam trochę publikacji na temat tej metody. Lekarze powiedzieli mi, że skuteczność tej metody wynosi ponad 75 proc., więc uznałam, że ryzyko jest niewielkie. Dla mnie było ważne, że mogę znaleźć się w tej grupie skutecznie wyleczonych stanowiącej 75 proc. pacjentek. Od razu po operacji skończyły się kłopoty z pęcherzem. W dwa tygodnie po zabiegu zostały zdjęte dwa szwy. Na badanie kontrolne poszłam w miesiąc po zabiegu i później na początku lipca 2002, w pół roku po zabiegu. W rok po operacji dolegliwości ustąpiły. Wszystko jest w porządku. Może częściej chodzę do toalety niż w młodości, czyli 5-6 razy w ciągu dnia, ale nie wstaję w nocy, nie potrzebuję żadnych wkładek i całkowicie panuję nad sytuacją.

## Czy w rok po operacji ma Pani jakieś zalecenia, że czegoś nie wolno robić?

W ulotce na temat zabiegu napisano, że w ciągu 6 tygodni po operacji nie powinnam prowadzić samochodu a w ciągu 8 tygodni nic dźwigać. W okresie rekonwalescencji trzeba prowadzić tak zwany oszczędzający tryb życia. Ten okres minął. Wróciłam do normalnego życia. Kiedy byłam w lipcu na kontroli, spotkałam pacjentki, z którymi leżałam w szpitalu i które również przeszły ten zabieg. Ich choroba była znacznie bardziej zaawansowana, dolegliwości pęcherza bardziej dawały się we znaki niż mnie. One już nie panowały nad pęcherzem i musiały regularnie używać pieluch. Powiedziały mi, że po operacji czują się tak, jak by się drugi raz narodziły.

**Dziękuję Pani za rozmowę.**

# Od tego się nie umiera...

Z Martą Solecką  
sekretarzem Stołecznego  
Stowarzyszenia Osób  
z Chorobą Parkinsona  
rozmawia Iza Marcisz



**Od tego się nie umiera - taki komentarz często słyszy chory, u którego stwierdzono chorobę Parkinsona. To zdanie należałoby uzupełnić kolejnym: z tego nie można się wyleczyć. Oznacza to życie trudne, pełne dolegliwości fizycznych i cierpień moralnych. W ich pokonywaniu ogromną rolę, poza pomocą medyczną, odgrywa otoczenie rodzinne, zawodowe, koleżeńskie. Szczególne znaczenie przypada grupom samopomocowym. Jakież zadania stawia sobie Stołeczne Stowarzyszenie Osób z Chorobą Parkinsona?**

Nasze Stowarzyszenie, powołane w maju 1995 roku, liczyło pięćdziesiąt osób. Jego celem jest pomoc w pokonywaniu codziennych trudności związanych z chorobą. Realizacji tego zadania służy rozpowszechnianie informacji o chorobie Parkinsona wśród pacjentów i ich rodzin. Stowarzyszenie wydaje biuletyn pt. "Parkinson", organizuje spotkania pacjentów z lekarzami. Specjaliści mówią jak się poruszać, odżywiać czy pielęgnować. Jednym z zadań Stowarzyszenia jest również pomoc we współtworzeniu grup samopomocy i lokalnych stowarzyszeń. Szczególne znaczenie w naszej pracy ma organizowanie rehabilitacji. Kiedy na człowieka spadnie wyrok w postaci choroby Parkinsona, ma się dwa wyjścia: zasiąść w fotelu i pograć w żalu do całego świata zadając sobie pytanie, dlaczego właśnie mnie to spotkało, albo zacisnąć zęby i szukać kontaktów, możliwości rehabilitacji. Słowem zacząć upartą, codzienną walkę z pogłębiającą się niesprawnością z własną słabością, ze "złośliwymi" guzikami i opornymi sznurowadłami...

**Na jakich źródłach finansowania Stowarzyszenie opiera swoją działalność?**

Mamy dotacje z miejskiego wydziału zdrowia, Fundacji "Wspólna Droga" oraz firm farmaceutycznych. Nie możemy jednak zaspokoić wielu potrzeb zgłaszanych przez członków naszego Stowarzyszenia, do którego obecnie należy około czterystu członków. Choroba Parkinsona zatacza coraz szersze kręgi i obejmuje również osoby w coraz młodszym wieku. Jest wśród nas np. chory liczący zaledwie trzydzieści jeden lat.

**Jakiej pomocy może udzielić chorzy Stowarzyszenie?**

Poza wydawaniem biuletynu, co miesiąc w sali konferencyjnej szpitala Ministerstwa Spraw Wewnętrznych odbywają się spotkania ze specjalistami: neurologiem, urologiem, psychologiem. Konsultant doktor Jakub Sienkiewicz odwiedza chorych leżących w domu. W ośrodku sportowym na Ochocie, nasi chorzy korzystają z usług rehabilitacyjnych. Co roku organizujemy też turnusy rehabilitacyjne w ośrodku Ruchu w Podkowie Leśnej. W tym roku skorzystały z nich dwadzieścia trzy osoby.

**Czy Stowarzyszenie pomaga swoim członkom w pielęgnacji w domu?**

Nie mamy takich możliwości. Walczymy o zatrudnienie pielęgniarki wyspecjalizowanej w pomocy cierpiącym na chorobę Parkinsona, która byłaby zarazem łącznikiem między chorzy a lekarzem. Niestety, brak środków przekreśla nasze starania.

**Bardziej zaawansowane stadia choroby odbierają pacjentom zdolność samodzielnego funkcjonowania w codziennym życiu. Dotyczy to między innymi czynności fizjologicznych. Jak w tej sytuacji radzą sobie chorzy na przykład z problemem nietrzymania moczu?**

Dla wielu osób jest to bardzo uciążliwa sprawa. Chory musi pójść do lekarza pierwszego kontaktu po zlece-

nie na zakup środków takich jak pielucha czy pieluchomajtki. Powszechnie jednak wiadomo, że przysługująca liczba sztuk na miesiąc, które refunduje kasa, jest niewystarczająca. Niedawno wielu "parkinsonistów" wypełniało ankietę dotyczącą dostępności oraz ilości środków zabezpieczających osoby z problemem nietrzymania moczu (wyniki ankiety publikujemy na str. 14).

**Co w opinii Stowarzyszenia przedstawia największy problem dla chorych w ich codziennym życiu?**

Marzymy o powstaniu przychodni interdyscyplinarnej, która umożliwiłaby chorym załatwianie wizyty u specjalistów w jednym miejscu. Obecnie sytuacja wygląda tak, że wykonanie badań zleczanych przez kilku specjalistów przyjmujących w różnych placówkach zajmuje choremu przeciętnie miesiąc. Bywa, że niektóre badania trzeba powtórzyć, ponieważ po miesiącu stają się już nie aktualne. Druga sprawa to świadczenia sanatoryjne. Nasi chorzy korzystają ze skierowań na leczenie sanatoryjne według normalnych zasad. Problem w tym, że często zaburzenia różnych czynności fizjologicznych są bardzo dokuczliwe nie tylko dla osób dotkniętych Parkinsonem ale także dla współlokatorów z pokoju czy współtowarzyszy przy stole. Drżenie rąk bywa nieraz tak silne, że trudno trafić z łyżką zupy do ust. Zupa się rozlewa a widok dla otoczenia nie jest przyjemny. Podobnie rzecz ma się z nietrzymaniem moczu. Chory wymaga często pomocy przy założeniu środków zabezpieczających. Dlatego ze wszech miar byłoby słuszne, aby ten problem rozwiązać wyznaczając na przykład wydzielone miejsca dla parkinsonistów w ogólnych sanatoriach, albo jeszcze lepiej przeznaczyć dla nas jedno sanatorium.

**Dziękuję za rozmowę.**



# Zakażenia w ginekologii

Teresa Góral  
dziennikarka  
kwartalnika PTZSz  
"Zakażenia"

Infekcje, wbrew dość powszechnemu mniemaniu, dotyczą nie tylko dróg oddechowych. Zakazić można praktycznie każdą część organizmu człowieka. Ginekolodzy leczą infekcje dolnej i górnej części narządu rodowego oraz dolnych dróg moczowych. Bliiskość anatomiczna powoduje, że zakażenia dolnych dróg moczowych są powodowane przez te same grupy drobnoustrojów. Pojawiają się schorzenia łączne dróg moczowych i narządu rodowego, chociaż nie jest to regułą.

W przypadku narządów rodnych - mówi ginekolog dr Medard Lech, ekspert UNIDO - najczęściej występują infekcje pochwy i sromu oraz szyjki macicy, zwykle powodowane łącznie zakażeniami bakteryjnymi i grzybiczymi, choć zdarzają się infekcje tylko grzybicze albo tylko bakteryjne. Objawy w każdym przypadku są podobne. Uczucie dyskomfortu, pieczenie w okolicy sromu, upławy o nieprzyjemnym zapachu i zwiększonej ilości. Zakażenia nasilają się sezonowo, wraz z przebieganiem. Pacjentki są leczone na ogół antybiotykami, powodującymi wyjałowienie dróg rodnych z bakterii pożądaných, czyli przede wszystkim pałeczek kwasu mlekowego, zapewniających odpowiednio kwaśne pH. Rosną szanse rozwoju drobnoustrojów szkodliwych dla człowieka. Mnożą się błyskawicznie i w konsekwencji powodują infekcję.

## Czynnik ryzyka

Nietrzymanie moczu także może być przyczyną bardzo wielu infekcji, a dotyka ono coraz większej liczby kobiet, przede wszystkim starszych. Wraz z wiekiem dochodzi bowiem do zaniku kolagenu, ścięczenia nabłonków, zwiotczenia zwieraczy. Cewka kobieca jest bardzo krótka, przepęnia się dosyć szybko, niesprawne zwieracze powodują, że zaczyna się popuszczanie.

Kobiety, które cierpią na nietrzymanie moczu, mają częściej niż inne pro-

blemy z zakażeniami. To oczywiste, bo mają wilgotną bieliznę, mocz dostaje się do sromu i wywołuje podrażnienia. Wywiązują się zakażenia grzybiczo-bakteryjne, nawet jeśli niektóre panie używają specjalnych mydeł bakteriobójczych i usuwających nieprzyjemny zapach moczu. Jednak wyjałowienie nabłonka narządów rodnych może przyspieszyć zakażenie. Lepiej w tym celu częściej zmieniać wkłady lub pieluchy a nie nadużywać mydła. Nielezione zakażenia mogą doprowadzić nawet do infekcji nerek i ich niewydolności.

## Co sprzyja infekcjom

Nie zawsze przyczyną infekcji są zaniedbania higieniczne, choć mogą oczywiście ułatwić zakażenie. Choroby tego typu pojawiają się także u pacjentek, którym nie można zarzucić lekceważenia higieny osobistej. Mechanizm zachorowania jest trudny do określenia, ponieważ sytuacje powodujące stan zapalny są wielorakie. Czasami wystarczy kąpiel w brudnej wodzie jeziora, skorzystanie z ręcznika, który powinien być czysty a nie był. Ani pochwa, ani srom nie są odizolowane od światła zewnętrznego. Znajdują się w nich zawsze formy przetrwalnikowe bakterii i grzybów, które zwykle nie mogą się rozwijać. Obniżenie kwasowości ułatwia rozwój drobnoustrojów chorobotwórczych. Lekarz ordynuje antybiotyk, a w wyniku jego zastosowania dochodzi do infekcji narządu rodowego. Infekcjom sprzyjają niedoleczone stany zapalne, osłabienie odporności organizmu. Przyczyną infekcji mogą być urazy mechaniczne, które częściej dotyczą kobiety po 45 roku życia. Wtedy śluzówka nie jest już tak gruba, dochodzi do ścięczenia nabłonka. Zmniejsza się ilość wydzieliny z powodu spadku stężenia estrogenów. Nabłonek staje się bardziej wrażliwy, nawet zwykły stosunek może być przyczyną urazu mechanicznego.

U pań młodszych coraz częściej obserwuje się uczulenia na lateks. Prawdopodobnie 5 do 10% populacji kobiet cierpi na tego typu alergię. Prezerwatywy są coraz powszechniejsze, ale ich stosowanie powoduje, że uczulenia na lateks ujawniają się znacznie częściej. Każde uczulenie powoduje przekrwienie, obrzęk, pojawienie się wydzieliny, która staje się pożywką dla bakterii chorobotwórczych. Jeśli pacjentka stosuje dodatkowo środki plemnikobójcze, ich składniki mogą wywoływać podrażnienia i zabijać pałeczki kwasu mlekowego, prowadząc do obniżenia pH w pochwie. Dziś wiemy, że jednostki chorobowe określane kiedyś jako infekcje górnych dróg oddechowych, to nie są infekcje, lecz uczulenia. Ciągłe jeszcze nie przyjęto do wiadomości, że te same sytuacje mogą zachodzić w przypadku pochwy. Tam też są błony śluzowe i domniemana infekcja może być właśnie objawem uczulenia.

Wszystkie zakażenia trzeba leczyć pod nadzorem lekarza. Od czasu do czasu przypominają o tym eksperci Światowej Federacji Położników i Ginekologów. Teraz na przykład występują przeciwko tzw. płukankom. To preparaty, które nie są lekami. Stosując je na własną rękę można zrobić więcej szkody niż pożytku. Również nie wszystkie płyny do higieny intymnej są korzystne. Są zwykle sporządzane tak, by stosować je w sytuacjach wyjątkowych, raz na jakiś czas. Używane regularnie, mogą spowodować podrażnienia i uczulenia. - Mam wśród swoich pacjentek takie - mówi dr Medard Lech - które stosują je ciągle, noszą bieliznę z tworzyw sztucznych, rajstopy, przebywając cały dzień w ciepłych pomieszczeniach. Drobnoustroje mają wręcz idealne warunki rozwoju. Ciemno, ciepło i wilgotno oraz brak dostępu powietrza. W ten sposób bardzo łatwo spowodować stan zapalny, nawet u zdrowej kobiety.

Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia

# Konstytucja zdrowia

Rafał Zgórzak

Kancelaria  
Prawna  
M. Mazurek  
i Partnerzy

W Sejmie trwają prace nad ustawą o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Ustawa ta ma zastąpić obowiązującą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i stać się, jak twierdzą jej twórcy, "konstytucją w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego".

Zmiany, które zostaną wprowadzone powyższą ustawą, będą dotyczyły przede wszystkim organizacji systemu ubezpieczenia zdrowotnego. Dotychczasowe, regionalne kasy chorych ma zastąpić jeden centralny fundusz z oddziałami regionalnymi. Zmianie ulegną przede wszystkim zasady zarządzania środkami finansowymi. System zarządzania zostanie scentralizowany, a kluczowe decyzje będą podejmowane przez centralę funduszu. Prawdopodobnie spowoduje to ujednoczenie zasad nabywania środków chłonących i może spowodować uporządkowanie praktyki obsługi ubezpieczonych i świadczeniodawców w poszczególnych oddziałach NFZ.

W projekcie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ proponuje się nową formę prowadzenia polityki zdrowotnej przez państwo - plany zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych. Podstawowe plany będą tworzone na szczeblach wojewódzkich, a na podstawie tych planów zostanie stworzony plan krajowy. Będą one przede wszystkim określały podstawowe założenia polityki zdrowotnej długo- i krótkookresowe, a także proponowane sposoby ich osiągnięcia. Zostaną w nich również określone prognozowane środki przeznaczane na finansowanie świadczeń zdrowotnych oraz maksymalne ceny za poszczególne rodzaje świadczeń. Trzeba jednakże zwrócić uwagę, że plany te nie mają mocy wiążącej. Rozdział 7 projektu ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ, poświęcony planom zdrowotnym, szczegółowo określa procedurę tworzenia planów, nie zawiera jednakże postanowień, które określałyby ewentualne

skutki prawne braku ich realizacji. Z faktu utworzenia planu nie wynikają w związku z tym żadne uprawnienia dla ubezpieczonych czy ewentualnie gwarancja realizowania przez Fundusz poszczególnych świadczeń. Należy tylko wyrazić nadzieję, że decydenci, odpowiedzialni za utworzenie planu i jego wykonanie, będą go realizować sumiennie.

## Środki pomocnicze czy wyroby medyczne

Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ wprowadza dodatkowy podział wyrobów medycznych: na wyroby refundowane i nierefundowane. Wyroby medyczne refundowane to krąg produktów, które zgodnie z art. 10 ustawy o wyrobach medycznych mogą być przedmiotem obrotu w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych. Art. 10 ustawy o wyrobach medycznych, upoważnia ministra zdrowia do określenia rodzajów produktów, które mogą być przedmiotem obrotu w hurtowniach farmaceutycznych, aptekach, punktach aptecznych i placówkach obrotu pozaaptecznego. Tak więc tylko te wyroby medyczne, które będą dopuszczone do obrotu w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych, zostaną uznane za wyroby medyczne w rozumieniu ustawy o ubezpieczeniu w NFZ i będą mogły być refundowane tak jak leki. Wyroby medyczne nierefundowane, to grupa produktów, które nie zostały objęte rozporządzeniem wymienionym wyżej w sprawie sprzedaży w aptekach i punktach aptecznych. Te, ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ, nazywa środkami pomocniczymi.

Niestety, ustawodawca powielił swój poprzedni błąd, nigdzie nie wyjaśniając jakie produkty zostaną uznane za środki pomocnicze. Ich wykaz zostanie więc prawdopodobnie po raz kolejny określony poprzez rozporządzenie ministra zdrowia. Do proponowanego

rozwiązania należy się odnieść sceptycznie. Wprowadza ono do prawa zarówno element niepewności jak i arbitralności. Minister zdrowia zostanie faktycznie upoważniony do określenia grupy produktów uznawanych za środki pomocnicze, chociaż ustawa nie przyznaje mu wprost takiego prawa.

Warto zauważyć, że obecnie większość, o ile nie wszystkie, produkty uznane za środki pomocnicze, spełniają ustawową definicję wyrobów medycznych. Nie ma jednak pewności czy wszystkie produkty obecnie uznawane za środki pomocnicze mogą być podporządkowane kategorii ogólnej wyrobów medycznych, stosując definicję z ustawy o wyrobach medycznych. Dlatego też może powstać sytuacja, w której pewne produkty będą traktowane jak środki pomocnicze z tego tytułu, że nie spełniają definicji z ustawy o wyrobach medycznych, natomiast niektóre z tego powodu, że ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ wyłącza je z właściwej grupy wyrobów medycznych i dla potrzeb refundacji definiuje je poza grupą wyrobów medycznych sensu stricto, uznając je za środki, które mogą być realizowane wyłącznie w postaci świadczeń zdrowotnych.

## Dostęp limitowany

Podział produktów, w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ, na wyroby medyczne i środki pomocnicze, ma znaczenie dla chorych korzystających z produktów chłonących. Spełniają one, o czym była mowa w poprzednim numerze NTM, definicję wyrobów medycznych, zawartą w ustawie z 27 lipca 2001 roku o wyrobach medycznych. Będą więc zakwalifikowane albo do grupy wyrobów medycznych nazwijmy je "refundowanych" (czyli tych, które mogą być przedmiotem obrotu w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych), albo do grupy środków pomocniczych (czyli do grupy, do której są zaliczane w ustawie

o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym). Jak wspomniano wcześniej, o zakwalifikowaniu produktu do jednej z tych dwóch grup przesądzi rozporządzenie ministra zdrowia, które określi wykaz produktów, stanowiących przedmiot obrotu w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych. Będzie to miało przełożenie na dostępność produktów, łatwość ich nabywania oraz sformalizowanie całej procedury nabycia środków chłonących. Wyroby medyczne refundowane mogą być nabywane w każdej aptece na podstawie recepty wystawianej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub innego lekarza, który ma podpisaną odpowiednią umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Jeśli produkty chłonące nie zostaną ujęte w rozporządzeniu o produktach sprzedawanych w aptekach i zostaną zaliczone do środków pomocniczych, to będzie można nabywać je według zasad dotychczasowych, czyli na podstawie zlecenia potwierdzonego w oddziałach funduszu. To drugie rozwiązanie znacznie ograniczy dostępność produktów, które prawdopodobnie będą mogły być odbierane tylko w niektórych punktach dystrybucyjnych na terenie województwa. Z wprowadzonego zamieszania chyba nie do końca zdaje sobie sprawę sam ustawodawca. W pakiecie rozporządzeń przygotowanych razem z ustawą o ubezpie-

czeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia środki chłonące są wymienione w projekcie rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie szczegółowego wykazu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych. Należy więc przypuszczać, że zostaną one po raz kolejny zaliczone do grupy środków pomocniczych i nie znajdą się na liście wyrobów, których obrót mogą prowadzić apteki i hurtownie farmaceutyczne. Wniosek taki wydaje się jednakże absurdalny. Faktem jest, że obecnie żaden przepis prawny nie wprowadza obowiązku prowadzenia dystrybucji środków pomocniczych poprzez apteki i hurtownie farmaceutyczne. Praktykę taką wymusił na producentach i dystrybutorach środków chłonących Główny Inspektor Farmaceutyczny, mając przede wszystkim na względzie zapewnienie odpowiednich standardów sanitarnych prowadzonej dystrybucji. Dziwne więc byłoby, gdyby obecnie ustawodawca zakazał prowadzenia dystrybucji w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych.

### Większy wybór

Omawiając kwestię środków chłonących można mnożyć nasuwające się wątpliwości, związane z organizacją systemu zaopatrzenia ubezpieczonych. Dla osób chorych istotne jednakże jest, o czym pisaliśmy w poprzednim nume-

rze NTM, że ustawodawca zamierza rozszerzyć asortyment dostępny za częściową odpłatnością. W rozporządzeniu w sprawie środków pomocniczych, znajdującym się w pakiecie rozporządzeń przygotowanych do projektu ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia znalazły się obok dotychczasowych pieluchomajtek i pieluch anatomicznych wkłady anatomiczne i podkłady. Oznacza to, że pacjenci w ramach ubezpieczenia, będą mieli możliwość wyboru produktu spośród całej gamy dostępnej na rynku, w zależności od rodzaju i intensywności schorzenia.

Prace nad ustawą o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia trwają. Wśród postów i specjalistów z dziedziny ubezpieczeń zdrowotnych toczy się gorąca dyskusja nad kształtem nowej regulacji. Wyroby medyczne to tylko wąski wycinek całej grupy środków i świadczeń, które ustawa ma uregulować. Ustawodawca nie może jednak zapominać, że zaopatrzenie, dla osób, które na co dzień korzystają ze środków chłonących jest tak samo ważne jak zaopatrzenie w leki czy korzystanie z porad lekarskich. Powinien starać się stworzyć system spójny i przejrzysty. Prace nad nową ustawą i rozporządzeniami dają szansę poprawienia błędów i niedomówień.a

### Ankieta

## Za mało i za drogo

W sierpniu 2002 roku, w ramach realizacji Programu Społecznego "NTM -normalnie żyć" wysłano ankiety do Stołecznego Stowarzyszenia Parkinsona oraz Przyjaciół Rodzin Dzieci Chorych na Mukopolisacharydozę. Na 280 członków Stowarzyszenia Parkinsona odpowiedziały 152 osoby. W drugim przypadku otrzymaliśmy 48 ankiet.

Pytaliśmy, czy członkowie stowarzyszeń chcą utrzymania refundacji na materiały chłonące czyli pieluchy anatomiczne i pieluchomajtki. "Parkinsonowcy" opowiedzieli się w 98 procentach za refundacją, natomiast członkowie drugiego stowarzyszenia w 96 procentach.

Prawie jednogłośnie ("Parkinsonowcy"

w 98 procentach, Stowarzyszenie Mukopolisacharydozy w 96 procentach) stwierdzono, że materiały chłonące powinny być dostępne w każdej aptece.

W kolejnym punkcie ankiety chcieliśmy się także dowiedzieć, ile produktów wchłaniających na dobę potrzeba do utrzymania higieny osobistej.

Wyniki publikujemy w tabeli poniżej.

Oba stowarzyszenia uznały również poziom refundacji za niewystarczający.

W 76 procentach odpowiedzi pochodzących od "Parkinsonowców" wyrażono niezadowolenie z 70 procent udziału państwa w refundacji materiałów wchłaniających. Stowarzyszenie Przyjaciół Rodzin Dzieci Chorych na Mukopolisacharydozę aż w 96 procent odpowiedzi opowiedziało się za zwiększeniem refundacji. Wyniki ankiety zostały przedstawione decydem, między innymi Ministerstwu Zdrowia oraz kasom chorych.

Optymalna liczba produktów wchłaniających na dobę	Stołeczne Stowarzyszenie Parkinsona	Stowarzyszenie Przyjaciół Rodzin Dzieci Chorych na Mukopolisacharydozę
* 0 produktów wchłaniających	14%	0%
* 1-2 produkty wchłaniające	5%	4%
* 3-4 produkty wchłaniające	29%	31%
* 5-6 produktów wchłaniających	22%	38%
* 7-8 produktów wchłaniających	14%	21%
* ponad 8 produktów wchłaniających	14%	6%



## Podobieństwa i różnice pomiędzy obecnym systemem Kas Chorych a proponowanym systemem opartym na Narodowym Funduszu Zdrowia.

	KASY CHORYCH	FUNDUSZ OCHRONY ZDROWIA
ZASADY SYSTEMU	<ul style="list-style-type: none"> <li>- solidarność społeczna</li> <li>- równy dostęp do świadczeń</li> <li>- wolny wybór świadczeniodawcy i kasy chorych</li> <li>- samorządność</li> <li>- samofinansowanie</li> <li>- gospodarność i celowość działania</li> <li>- działalność nie dla zysku</li> <li>- gwarancja państwa</li> <li>- finanse i umowy kas chorych są jawne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solidarność społeczna</li> <li>- Równy i nieprzerwany dostęp świadczeń</li> <li>- Wolny wybór dostępu do świadczeń zdrowotnych</li> <li>- Brak</li> <li>- Brak</li> <li>- Gospodarność, rzetelność i celowość działania</li> <li>- fundusz podobnie jak kasy nie może prowadzić działalności gospodarczej</li> <li>- gwarancja państwa</li> <li>- umowy na świadczenia zdrow. są jawne</li> </ul>
GWARANCI SYSTEMU	1) Kasy Chorych	1) Organy adm. rządowej 2) Organy adm. samorządowej 3) Fundusz
UBEZPIECZENI	1. Osoby objęte obowiązkiem ubezpieczenia społecznego i ich rodziny 2. Osoby ubezpieczone dobrowolnie 3. Cudzoziemcy na warunkach określonych ustawą	1. Osoby spełniające warunki do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia społecznego i ich rodziny 2. Osoby ubezpieczone dobrowolnie 3. Cudzoziemcy na warunkach określonych ustawą
WYSOKOŚĆ SKŁADKI	- 7,75% - rolnik wg posiadanych ha przeliczeniowych nie więcej niż z 50 ha	- 7,75% do 9% w kolejnych latach (wzrost składki) - rolnik wg posiadanych ha przeliczeniowych bez limitu (wzrost składki)
ORGANY UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO	1. 16 regionalnych kas chorych 2. 1 kasa branżowa dla służb mundurowych	1. Centrala Funduszu 2. 16 oddziałów Funduszu wraz z komórkami do służb mundurowych
ŚWIADCZENIA PRZYSŁUGUJĄCE UBEZPIECZONYM	Wszystkie świadczenia określone w ustawie w ramach środków posiadanych przez kasy chorych	Wszystkie świadczenia określone w ustawie w ramach środków posiadanych przez Fundusz
UMOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ	1. Jedynie na podstawie konkursu ofert	1. Na podstawie konkursu ofert 2. W drodze rokowań
ZAPEWNIENIE POTRZEB ZDROWOTNYCH	1. Kasy chorych ze współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego, organizacjami świadczeniodawców, stowarzyszeniami, instytucjami ubezpieczeń społecznych, itd. 2. Wojewoda w porozumieniu z kasami chorych i po zasięgnięciu opinii właściwych samorządów medycznych i organów samorządowych szczebla powiatowego tworzy plan minimalnego zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.	1. Sejmiki wojewódzkie uchwalają "wojewódzkie plany zdrowotne" 2. Oddziały Funduszu tworzą "wojewódzkie plany zabezpieczenia", 3. Centrala Funduszu tworzy "Krajowy Plan Zabezpieczeń Świadczeń Zdrowotnych" w podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu 4. Minister Zdrowia ostatecznie zatwierdza Krajowy Plan 5. Minister zdrowia tworzy także długo - okresowy (co najmniej 4-letni) Narodowy Plan Zdrowotny na podstawie rekomendacji WHO
GOSPODARKA FINANSOWA FUNDUSZU	ZUS i KRUS przekazują składki do właściwych kas chorych za pośrednictwem centrali ZUS.	ZUS i KRUS przekazują środki do centrali ZUS. Następnie podział środków dokonywany przez centralę Funduszu na 16 oddziałów wojewódzkich
NADZÓR NAD REALIZACJĄ UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO	1. Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych	1. Minister Zdrowia

# Jak usprawnić system zaopatrzenia

**Andrzej Witkowski**

Autor jest pracownikiem jednej z kas chorych

Już niebawem, w miejsce kas chorych, powstanie nowa instytucja ubezpieczenia zdrowotnego. Według zapewnień przedstawicieli rządu, ministerstwa zdrowia oraz obecnej instytucji ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia zostaną wykorzystane najlepsze rozwiązania funkcjonujące w zakresie usług świadczeń zdrowotnych. Narodowy Fundusz Ochrony Zdrowia w zakresie zaopatrzenia w refundowane wyroby medyczne powinien skupić się nad opracowaniem i wdrożeniem jednolitego systemu informatycznego spójnego z wprowadzonym rejestrem usług medycznych, który usprawniłby zrealizowanie zleconego przez lekarza wyrobu medycznego. W ramach nowej instytucji ubezpieczenia zdrowotnego należy liczyć się z zniesieniem podziału terytorialnego możliwości realizacji świadczenia w tym zakresie tylko do obszaru województwa. Skoro ubezpieczony będzie mógł korzystać ze świadczeń leczniczych w placówkach służby zdrowia w całej Polsce, tak samo jak promesy na leczenie powinno zniknąć ograniczenie do realizacji zaopatrzenia tylko na obszarze danego województwa.

Ubezpieczony zgodnie z obowiązującymi przepisami ma prawo do otrzymania zlecenia na wyroby medyczne od uprawnionych lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego. Już obecnie przepisy nie uzależniają wypisywania zlecenia przez lekarza od faktu czy w danej chwili wykonuje świadczenia w ramach leczenia szpitalnego, czy w ramach poradnictwa specjalistycznego, czy też w podstawowej opiece zdrowotnej, oraz czy wypisuje to lekarz właściwej dla ubezpieczenia zdrowotnego kasy chorych. Fakt ograniczania wypisywania zleceń tylko do lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego właściwej dla ubezpieczonego kasy chorych, wynika z działania terytorialnego

danej kasy. Należy żywić nadzieję, że wraz z nastaniem Narodowego Funduszu Zdrowia te niezytliwe zasady znikną.

## Dystrybucja dowolna

W ramach działających jeszcze instytucji ubezpieczenia zdrowotnego - kas chorych zostały przyjęte różne sposoby dystrybucji wyrobów medycznych. Przyjmuje się kilka różnych sposobów zaopatrywania ubezpieczonych w wyroby medyczne:

- a) sieć ogólnodostępnych aptek,
- b) sieć sklepów medycznych,
- c) dowóz do domu chorego.

Obecnie następuje stopniowo ewolucja przechodzenia z dystrybucji zorganizowanej przez tylko kilka podmiotów z nielicznymi punktami w województwie i dowozem do domu chorego, do zapewnienia chorym możliwości zaopatrywania się w wyroby medyczne między innymi dla osób z NTM jak najbliższe miejsca zamieszkania. Jako niezgodne z wprowadzeniem powszechnego obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, naruszającego zasady na jakich oparte jest to ubezpieczenie (art. 1a ustawy), należy ocenić niektóre ograniczenia w dystrybucji refundowanych wyrobów medycznych zorganizowanych przez regionalne kasy chorych. Zauważa się znaczną krytykę instytucji ubezpieczenia zdrowotnego - kas chorych w rejonach, gdzie kasa podpisując umowy z nielicznymi dostawcami lub producentami wyrobów medycznych, miała na względzie ograniczanie środków finansowych na refundowane wyroby medyczne. Nie bacząc na ubezpieczonych, ograniczono im przysługujące świadczenia w zakresie zaopatrywania w refundowane wyroby medyczne (przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze) służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, przez ograniczanie miejsc dystrybucji.

## Rynek na Śląsku i w Małopolsce

Wprowadzenie ubezpieczenia zdrowotnego miało na celu urynkwienie świadczenia zdrowotne. Niestety nie udało się tego zrobić na znacznym obszarze kraju, z uwagi limitowanie systemu dostępu do refundowanych wyrobów medycznych. Urynkwienie dystrybucji refundowanych wyrobów medycznych dokonało się tylko w województwie śląskim i małopolskim, dzięki temu, że regionalne kasy chorych przyjęły najwygodniejszy dla ubezpieczonych system.

W tych województwach to firmy medyczne w trosce o sprzedaż oferowanych wyrobów medycznych, troszcą się o zorganizowanie sieci dystrybucji, jak najbliższe miejsca zamieszkania ubezpieczonego, lub jak najbliższe placówek w których następuje zlecenie refundowanych wyrobów medycznych. I taki system należy uznać za docelowy, przy ujednoczeniu systemu dystrybucji w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

Nowa instytucja ubezpieczenia zdrowotnego w zakresie zaopatrzenia ubezpieczonych w refundowane wyroby medyczne powinna przez wprowadzenie nowego systemu dystrybucji dążyć do przywrócenia bezpieczeństwa dla obywateli korzystających z refundowanych wyrobów medycznych. Gdyż to ci pacjenci, którzy obecnie w części kas chorych "zderzają się" z "limitowaniem" czyli finansowanie miesięcznym lub kwartalnym świadczeń, lub jak ostatnio słychać o wstrzymywanie refundacji świadczeń przez kasy chorych, najlepiej ocenią, czy zastąpienie siedemnaście kas chorych, przez jeden Narodowy Fundusz Zdrowia, wyjdzie im na zdrowie. Czy też będzie tylko zmianą szyldu i pieczętek?

# Pacjent czy limit

Maria Weber

Pani Anna M. cierpi na schorzenie powodujące nietrzymanie moczu i zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 października 2001 r. przysługuje jej refundacja na pieluchy dla dorosłych ze strony kasy chorych. Na początku grudnia Anna M. postanowiła zrealizować wniosek na pieluchomajtki jednej z firm obecnych na naszym rynku w poznańskim sklepie medycznym. Wyszła rozstrzęsiona i bezradna, ponieważ sprzedawca oświadczył jej, że producent wstrzymał dystrybucję swych produktów i może jej zaproponować pieluchy innej marki. Pani Anna używała produktu tej marki od dłuższego czasu. Ceniła je za jakość, dobrą chłonność. Nie wiedziała jednak, że producent wyczerpał swój limit w ramach kontraktu z kasą chorych i wobec tego wstrzymał sprzedaż. O całej sprawie poinformowała nas listownie. Postanowiliśmy zbadać sytuację w innych kasach.



Jeszcze w ubiegłym roku był możliwy zakup pomimo wyczerpania limitu (producent - świadczeniodawca otrzymywał dodatkowe środki finansowe na realizację umowy, ale kiedy pod koniec bieżącego roku okazało się, że kasa chorych nie zapłaciła za dodatkowe pieluchy, wydane dotychczas pacjentom firmy zdecydowały, że do czasu renegotjacji umowy, nie będzie w sklepach ich produktów.

Jedna z nich przystąpiła szybko do rozmów Wielkopolską Kasą Chorych, natychmiast po wyczerpaniu limitu. Zarząd tej kasy szybko też podjął decyzję o przyznaniu dodatkowych środków. W rezultacie pacjenci byli pozbawieni produktów tej firmy zaledwie kilka dni. Niestety dodatkowe środki wystarczą zaledwie na kilka dni. Później pacjenci będą musieli się "ratować" znów produktami innej firmy.

Pacjenci Wielkopolskiej Kasy Chorych mogą mówić i tak o szczęściu. W regionie działania tej kasy powyższa sytuacja wystąpiła jedynie w grudniu. W kilku innych sytuacjach albo się powtarza co kwartał (na przykład w Lubuskiej Kasie Chorych) al-

bo produktów brakuje już od trzech miesięcy (Opolska Kasa Chorych). Bywa też, że w ciągu jednego z kwartałów skończy się limit (na przykład we wrześniu w Zachodniopomorskiej Kasie Chorych).

Inna firma spotkała się z przedziwną postawą Pomorskiej Kasy Chorych z którą wcześniej podpisała kontrakt. Produkty tej firmy cieszą się zainteresowaniem wśród pacjentów z uwagi na wysoką chłonność oraz jakość. Niestety w połowie roku Pomorska Kasa Chorych przysłała aneks do umowy, obowiązujący od stycznia 2002 roku (!) ograniczający liczbę produktów w ramach refundacji. W ten sposób kasa chorych pozbawiła wyboru swoich pacjentów.

Jeśli wartość zrealizowanych zleceń przekroczy w danym kwartale wartość kontraktu, wówczas świadczeniodawca powinien niezwłocznie powiadomić o tym kasę chorych i ewentualnie wystąpić o refundację dodatkowych świadczeń. Do czasu podjęcia decyzji przez kasę musi odmówić realizacji zleceń na swe produkty. Co jednak, gdy kasa nie

podejmuje decyzji? Co mają począć wówczas producenci? Co mają począć pacjenci, którym zazwyczaj oferuje się inne produkty? Co sądzą też o "swojej", dotychczasowej marce? Z praktyki wiadomo, że część pacjentów świadomie zawierzyła droższej marce, ponieważ okazało się, że dzięki jakości produkty te są w rzeczywistości tańsze. Tymczasem, po wyczerpaniu limitu, ludziom tym mówi się, by korzystali z gorszych pieluch. Kasy chorych mają jeden argument na wszystkie te niedomagania: brak pieniędzy. Niestety brak im również wiedzy ekonomicznej. - Pacjent, zwłaszcza obłożnie chory, nie zaopatrzonej w dobrej jakości produkt szybko będzie wymagał leczenia specjalistycznego, farmakologicznego a z czasem nawet operacyjnego - powiedział nam pracownik jednej z kas chorych, który inaczej zapatruje się na ekonomię medyczną niż jej zarząd - czy nie lepiej wydać na dobre wyroby absorbencyjne niż na droższe leczenie szpitalne lub specjalistyczne?

Brak pieniędzy i niemożność przeznaczenia dodatkowych środków na zwiększenie limitu tłumaczy wiele. Ale czy dlatego kasa chorych ma decydować, które produkty powinien nabywać pacjent? Nawiasem mówiąc ich arbitralna postawa sprawiła, że nasi rozmówcy poprosili o anonimowość. Ujawnienie nazw firm mogłoby doprowadzić do pogorszenia ich współpracy z kasami chorych. Być może wypracowanie nowych ujednoliconych zasad kontraktowania świadczeń, które nie pozwolą na dotychczasową dowolność i uznaniowość w interpretacji przepisów prawa w niektórych kasach zmieni tę sytuację.

Od pewnego czasu, z inicjatywy dyrektora Mazowieckiej Regionalnej Kasy Chorych, zbiera się zespół ds. zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i wyroby medyczne w celu wypracowania wspólnych jednolitych dla NFZ zasad zakupów powyższych produktów. O efekcie pracy zespołu poinformujemy czytelników.



## Ćwiczenia zalecane w nietrzymaniu moczu typu wysiłkowego i mieszanego



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

**Ia. Przy wydechu: prostujemy prawą nogę w kolanie, zaciskając mięśnie wokół odbytu i cewki moczowej.**

**Ib. Przy wdechu: rozluźniamy mięśnie, zginamy nogę w kolanie. Powtarzamy to samo ćwiczenie z drugą nogą.**



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

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

**IIb. Przy wdechu: rozluźniamy mięśnie.**

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



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

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



# Stabilny system w Czechach

W czeskim systemie ubezpieczenia zdrowotnego istnieje większa pomoc dla osób z problemem NTM niż w polskim. Jej zakres określa ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym nr 48. W paragrafie 15 tej ustawy znajdziemy listę leków, materiałów medycznych i usług medycznych finansowanych w ramach publicznego ubezpieczenia zdrowotnego.

W ustępie 6 tego paragrafu zapisano, że wszystkie środki medyczne, które nie są wymienione w części B załącznika nr 3 do tej ustawy (załącznik zawiera listę produktów nie podlegających refundacji) i których poziom refundacji nie jest dokładnie określony w części C załącznika, są objęte refundacją w wysokości 75% ceny płaconej przez pacjenta.



## Limity refundacji

W części C załącznika zamieszczono listę produktów, w przypadku których bezpośrednio określono limity refundacji. Dotyczy ona również produktów dla osób z nietrzymaniem moczu,

Są to:

- produkty absorpcyjne dla osób z nietrzymaniem moczu - light (wkłady dla osób z lekkim nietrzymaniem moczu), maksymalnie 150 sztuk na miesiąc oraz maksymalnie 550 koron czeskich miesięcznie (ok. 70zł),
- produkty absorpcyjne dla osób z nietrzymaniem moczu - insert wkłady, maksymalnie 150 sztuk na miesiąc, maksymalnie 900 koron czeskich miesięcznie (ok. 125zł),
- produkty absorpcyjne dla osób z nie-

trzymaniem moczu - pieluchomajtki, maksymalnie 150 sztuk na miesiąc, maksymalnie 1400 koron czeskich miesięcznie (ok. 180zł),

- produkty służące do mocowania wkładów, maksymalnie 24 sztuki na rok, maksymalnie 190 koron czeskich rocznie (ok. 25zł).

Pacjent może uzyskać dowolną liczbę sztuk produktu, mniejszą niż 150, dopóki całkowity koszt oparty o cenę dla użytkownika końcowego nie osiągnie limitu finansowego.

Jeśli liczba sztuk produktów, przepisana przez lekarza, nie jest wystarczająca, pacjent może kupić resztę za własne pieniądze. Lekarz nie musi wykorzystywać pełnego limitu - może on przepisać mniej sztuk niż określona przez prawo ilość maksymalna. Decyzja zapada w oparciu o informacje uzyskane od pacjenta.

W powyższym załączniku nie wymieniono podkładów. Oznacza to, że znajdują się one w grupie produktów, które są refundowane w wysokości 75% ceny końcowej.

Produkty są przepisywane przez lekarza, który również odpowiada za wybór konkretnej marki. W rzeczywistości jednak lekarze często nie wymieniają marki produktów, pozostawiając ją do wyboru przez farmaceutów. Decyzja lekarza o wystawieniu recepty musi być zawsze oparta o postawienie rozpoznania nietrzymania moczu.

Wszystkie produkty są umieszczone na liście w książce kodowej Głównej Kasy Chorych, która negocjuje cenę z dostawcą. System refundacji może zmienić jedynie parlament.

## Podział produktów

W książce kodowej podzielono nietrzymanie moczu na 3 rodzaje (nietrzymanie moczu w stopniu lekkim, umiarkowanym i poważnym), a także okre-

ślono, które produkty mogą być przepisywane w przypadku konkretnego rodzaju wysiłkowego nietrzymania moczu:

1. Pierwszy stopień - nietrzymanie moczu w stopniu lekkim - używanie produktów nie jest konieczne przez cały czas, gubienie moczu jest spowodowane większym wysiłkiem fizycznym i nie przekraczają 30 ml; mocz jest popuszczany podczas śmiechu, niesienia ciężkich przedmiotów itp.
2. Drugi stopień - nietrzymanie moczu w stopniu umiarkowanym - używanie produktów jest konieczne codziennie, ponieważ każdy wysiłek fizyczny powoduje wyciekanie moczu, utrata moczu wynosi od 30 do 80 ml.
3. Trzeci stopień - nietrzymanie moczu w stopniu poważnym - istnieje konieczność używania produktów przez cały czas, ponieważ mocz wycieka właściwie stale, przy najmniejszym nawet ruchu, a jego wyciek przekracza 80 ml.

W przypadku innych rodzajów nietrzymania moczu (z parcia nagłego, z przepełnienia, postać mieszana), gdy wysiłek fizyczny nie jest podstawowym czynnikiem, lekarz musi postępować zgodnie ze szczegółową diagnozą.

W oparciu o przytoczony podział lekarze mogą przepisywać następujące produkty: light wkłady (o wadze do 60 gramów) - osobom z lekkimi problemami z nietrzymaniem moczu, insert wkłady (powyżej 60 gramów) - osobom z umiarkowanymi problemami z nietrzymaniem moczu, pieluchomajtki - osobom z poważnymi problemami z nietrzymaniem moczu

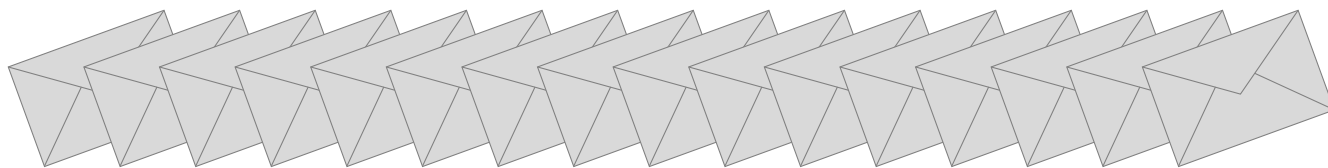
W ciągu miesiąca można wystawić receptę tylko na 60 sztuk podkładów.

Recepty są ważne maksymalnie 3 miesiące.

U naszego południowego sąsiada osobom z nietrzymaniem moczu pomaga pozarządowa organizacja Incoforum.

*Opr. MAW*





## Czy warto pójść do ginekologa

Dziękuję Programowi Prospołecznemu NTM - Normalnie Życie za Kwartalnik NTM. Może lekarze po zapoznaniu się z jego treścią potraktują swoich pacjentów poważnie i po przeprowadzeniu odpowiednich badań udzielą fachowej pomocy medycznej.

Jestem kobietą w średnim wieku. Przeżyłam 2 poważne operacje ginekologiczne.

Pierwszą w wieku 35 lat, na moją prośbę bardzo oszczędną; przy drugiej nikt już się nie pytał o moje zdanie. Po żadnym z tych zabiegów lekarz prowadzący nie zaproponował mi szpitalnego leczenia sanatoryjnego, ani nie zalecił gimnastyki wzmacniającej mięśnie brzucha i dna miednicy.

Kiedy okazało się, że mam problemy z nietrzymaniem moczu zgłosiłam się do ginekologa rejonowego i okazało się, że kobieta po takiej operacji nie powinna odwiedzać lekarza tej specjalności. "Jak ja chciałabym się czuć, kiedy w brzuchu wszystko jest nie na swoim miejscu", powiedział. Po takim stwierdzeniu odżył we mnie stres związany z moim niewidocznym okaleczeniem. I zostałam ze swoim problemem sama.

Jestem osobą aktywną zawodowo. Dziesięć godzin dziennie przebywam poza domem i muszę ze swoją ułomnością radzić sobie sama.

Nietrzymanie moczu na razie stało się moją tajemnicą i niestety także moim problemem.

*Krzyszyna K.  
z Wrocławia*

**Red.** Po operacjach narządu rodnego może się pojawić nietrzymanie moczu. Tak jak i pisaliśmy wielokrotnie, nietrzymanie moczu można i trzeba leczyć. Powinna Pani się zgłosić do

urologa lub też innego lekarza ginekologa, który po zleceniu odpowiednich badań zdecyduje o sposobie leczenia (farmakologiczne, zabiegowe lub tylko odpowiednie ćwiczenia).

## Domowa opieka

Od dłuższego czasu opiekuję się, wraz z rodziną, chorym na Parkinsona 65-letnim ojcem. Jednocześnie cierpi on na prostatę. Niestety dwie operacje, jakie przeszedł, nie pomogły mu. Obie choroby powodują dodatkowe dolegliwości, między innymi nietrzymanie moczu. Nauczyliśmy jednak radzić sobie z tym problemem. Zresztą ojciec, przebywając w domu, nie potrzebuje często zmieniać pieluchomajtek. Używamy ich podczas podróży czy wizyt u lekarza. Początkowo kupowaliśmy mu koszulki na członka, ale okazały się mało przydatne. Zsuwały się, zmieniały podczas ruchu pozycję, nie były dostosowane do czynności fizjologicznych.

Znacznie poważniejszym problemem, o którym rzadko się wspomina, są zmiany psychiczne u chorego. Postępująca choroba sprawia, że ojciec popada w depresję, wolniej się porusza. My musimy dostosować się do niego. Wymaga to od nas zrozumienia choroby, dostosowania się do niej, cierpliwości i sił fizycznych. Zapewne bez trudu udałoby się znaleźć kogoś do pomocy ale chory człowiek nie toleruje obcych. Na nas więc spada cała opieka, co czasem kończy się wyczerpaniem. Trzeba sobie zdawać z tego sprawę, jeśli podejmujemy trud opieki nad chorym w domu.

*Bartosz Grzybiński  
Warszawa*

**Red.** Problemy urologiczne występują bardzo często w przypadku choroby Parkinsona. Oprócz łagodnego rozrostu stercza pojawiają się także kłopoty z pęcherzem spowodowane samą chorobą. Dodatkowo sprawę komplikuje

je fakt, że niektóre leki stosowane w tej chorobie mogą nasilać objawy ze strony dolnych dróg moczowych. Być może w przypadku pana ojca można dodatkowo zastosować odpowiednie leczenie farmakologiczne. W tym celu należy zgłosić się do urologa.

## Czy warto czekać?

Kwartalnik NTM wpadł przypadkiem w moje ręce. Jego tematyka sprawiła, iż poważniej zaczęłam traktować swoje problemy z pęcherzem. Mam 54 lata, przechodzę okres menopauzy i poddaję się hormonalnej terapii zastępczej. Od dwóch lat znacznie częściej odwiedzam toaletę niż wcześniej. Praktycznie oddaję mocz 10-12 razy dziennie. Nie cierpię jeszcze na chroniczne nietrzymanie moczu, chociaż zdarza mi się, iż podczas kaszlu lub większego wysiłku fizycznego czuję wilgoć w bieliznie. Na razie jednak takie sytuacje występują co 4-5 miesięcy, toteż nie używam jeszcze żadnych wkładów czy pieluch. Zdaję sobie sprawę, że prędzej czy później dolegliwość ta może się nasilić. Proszę zatem o radę, czy powinnam już teraz odwiedzić lekarza, czy też poczekać, aż nietrzymanie moczu zdezorganizuje mi życie?

*Zofia Krajewska  
Poznań*

**Red.** Częstomocz, nietrzymanie moczu a parcia naglące to objawy nadreaktywności pęcherza. Popuszczanie moczu w trakcie kaszlu może być spowodowane wysiłkowym nietrzymaniem moczu. Zdarza się, że u jednej pacjentki występuje zarówno nadreaktywność jak i wysiłkowe nietrzymanie moczu, które można leczyć. Powinna Pani zgłosić się do ginekologa lub urologa w celu wykonania odpowiednich badań i postawienia rozpoznania. Jeśli dolegliwość nie jest zaawansowana być może wystarczą odpowiednie ćwiczenia i leki.

## Radzimy

Dolegliwość nietrzymania moczu zależy od przyczyn i stanu zdrowia kobiety. W sytuacji lekkiego nietrzymania moczu popuszczamy do 100 ml płynu. Przy występowaniu średniego stanu objętość gubionego moczu wynosi od 100 do 300 ml (objętość szklanki). Natomiast w stanie ciężkim chory popuszcza mocz od 300 do 500 ml. W najcięższym stanie znajdują się osoby z nietrzymaniem moczu powyżej 500 ml.

Znając poziom naszej dolegliwości możemy łatwiej dopasować odpowiednie produkty absorbcyjne. W najlżejszym stanie wystar-

czą zwykle podpaski. Kolejny etap wymaga już wkładów anatomicznych (producenci proponują inne wkłady dla mężczyzn i inne dla kobiet). W stanie ciężkim należy postarać się o pieluchy anatomiczne. Dla osób znajdujących się w najpoważniejszym stanie (powyżej 500 ml moczu) dostępne są pieluchomajtki. Na rynku istnieje wiele produktów absorbcyjnych, począwszy od 114 mln chłonności po 1500 - 1800 ml. Występują produkty odznaczające się wysoką jakością i komfortem ich użytkowania ale droższe. Z drugiej strony mamy produkty niższej jakości a przez to również tańsze.

**MAW**

## “Na Starówkę po zdrowie” - festyn promujący zdrowie



“Na Starówkę po zdrowie” - pod takim hasłem odbył się we wrześniu 2002 roku piąty festyn, którego celem jest propagowanie wśród mieszkańców Warszawy zdrowego stylu życia. Podczas imprezy każdy mógł skorzystać z porady specjalistów m.in. dermatologa, psychiatry, ortopedy, alergologa. Lekarze udzielali informacji na temat zwalczania nałogu palenia, uzależnienia od narkotyków oraz alkoholu. Podczas festynu osoby mogły wykonać bezpłatne badania np. pomiar poziomu cukru, cholesterolu. Kobiety mogły wykonać badania mamograficzne.

Dzięki uprzejmości organizatora imprezy - Biura Zarządu Miasta Stołecznego Warszawy - również Program “NTM- normalnie żyć” mógł się zaprezentować podczas festynu. Rozpowszechnialiśmy materiały informacyjne i plakaty. Mamy nadzieję, że przyczynią się one do podniesienia świadomości istnienia problemu nietrzymania moczu wśród warszawiaków.

SM

## Program prospołeczny “NTM - normalnie żyć” na spotkaniu lekarzy rodzinnych we Wrocławiu

We Wrocławiu odbyło się 11 i 12 października br. Polsko-Norweskie Sympozjum “Nietrzymanie moczu - problem interdyscyplinarny w aspekcie praktyki lekarza rodzinnego/lekarza pierwszego kontaktu”.

Podobnie jak coroczne zjazdy lekarzy rodzinnych wpisało się ono w grafik ogólnopolskich spotkań lekarzy rodzinnych. Tym razem dotyczyło wybranego, ważnego i aktualnego problemu nietrzymania moczu.

Honorowy patronat objął prof. Leszek Paradowski, rektor Akademii Medycznej we Wrocławiu. Komitet Naukowy i Organizacyjny, któremu przewodniczył prof. Andrzej Steciwko przygotował wielowątkowy program naukowy poświęcony aktualnym poglądom na temat leczenia nietrzymania moczu i zagadnieniom interdyscyplinarnym związanych z tym schorzeniem.

W sympozjum udział wzięli doświadczeni naukowcy zajmujący się tą problematyką z ośrodków ginekologicznych, urologicznych, psychologicznych, fizykoterapeutycznych a także goście z Norwegii. Wymiana doświadczeń pozwoliła na szersze spojrzenie na problem NTM u pacjentów.

Podczas trwania seminarium poruszano tematy związane z epidemiologią, obrazem klinicznym, diagnostyką i leczeniem nietrzymania moczu.

Spotkanie okazało się integrujące i kształcące. Cieszymy się, iż nasz program mógł zaistnieć wśród uczestników sympozjum.

SM



## Z wizytą w Stowarzyszeniu Parkinsona

W ramach Programu Prospołecznego "NTM - normalnie żyć" odbyło się 19 października 2002 roku w siedzibie Stołecznego Stowarzyszenia Parkinsona seminarium poświęcone wszystkim aspektom nietrzymania moczu: metodom leczenia farmakologicznego, operacyjnego,



ćwiczeniom mięśni miednicy oraz możliwościom użytkowania produktów wchłaniających. Spotkanie prowadził urolog dr Grzegorz Paruszkiewicz z Medycznego Centrum Diagnostyki urodynamicznej URO-DYN.

SM

## Zaburzenia mikcji - problemem społecznym

Pod takim hasłem odbyło się 14 grudnia 2002 roku I Warszawskie Seminarium Neurourologii. Organizatorzy spotkania lekarzy z całego kraju i z zagranicy, czyli Klinika Urologii Akademii Medycznej w Warszawie, wyszli z założenia, iż pacjenci z czynnościowym zaburzeniem mikcji wymagają



obejrzenia i zdiagnozowania przez neurologa, urologa i ginekologa, a zatem trzech różnych dziedzin medycyny. - Każda specjalność wnosi inny punkt widzenia wspólny dla całości zagadnienia. Obszar wspólnego działania nazwano neurourologią - powiedział prof. dr hab. Andrzej Borkowski z Katedry i Kliniki Urologii AM w Warszawie. - Dzięki jej rozwojowi można szybciej i lepiej pomóc pacjentom z zaburzeniami dolnych dróg moczowych. Przyczyn tego zjawiska może być wiele, na przykład stwardnienie rozsiane czy choroba Parkinsona. Zdarza się, iż podłoże zaburzeń pozostaje nieznane. Jednakże zawsze pozostaje pytanie, do jakiego lekarza należy się udać. Pierwszą wizytę należy złożyć urologowi i ginekologowi. To są lekarze pierwszego kontaktu dla ludzi z dolegliwością nietrzymania moczu, dodał dr Piotr Radziszewski, również z Katedry i Kliniki Urologii AM w Warszawie.

Warszawskie seminarium gościło nie tylko wielu znanych lekarzy z kraju ale również gości zagranicznych, m.in. prof. Paula Abramsa z Wielkiej Brytanii, który w ramach organizacji International Continence Society doprowadził do unifikacji neurologii, urologii i ginekologii, prof. Michaela Siroky z USA czy inżyniera Wernera Schaefera z Niemiec, twórcę podstaw nowoczesnej urodynamiki.

Warszawskie seminarium zainauguowało cykl corocznych spotkań poświęconych zaburzeniom czynnościowym dolnych dróg moczowych. W następnym numerze kwartalnika NTM czytelnicy będą mogli zapoznać się z tematyką, której poświęcono seminarium.

MAW

Drodzy Czytelnicy,

Jeżeli chcielibyście otrzymywać materiały informacyjne poświęcone problemowi nietrzymania moczu, proszę wypełnić poniższy kupon i przelać go na adres: Program prospołeczny „NTM-normalnie żyć” ul. Księcia Janusza 64, 01-452 Warszawa lub pod numer faxu: (22) 33 59 710

Imię..... Nazwisko .....

Ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....

Kod ..... Miejscowość ..... Telefon kontaktowy ..... e-mail.....

Wyrażam zgodę na zamieszczenie i przetwarzanie moich danych w bazie adresowej. Dane podlegają ochronie zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 833)

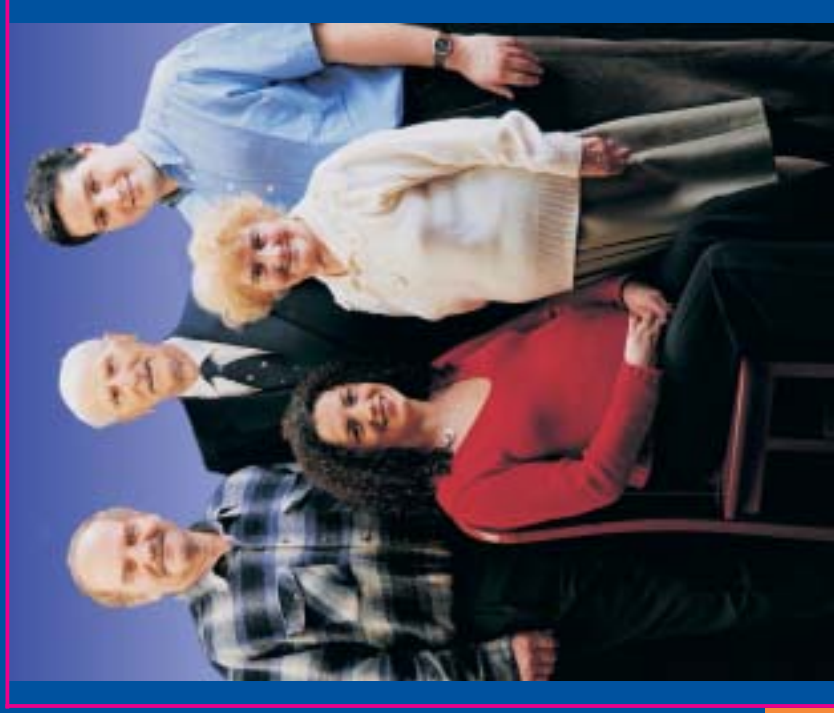
Podpis.....



# NTM

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

[www.ntm.pl](http://www.ntm.pl)



Nietrzymanie moczu (NTM) jest jednym z bardziej rozpowszechnionych problemów współczesnego społeczeństwa.

Europejskie statystyki pokazują, że około 10 proc. populacji cierpi na tę dolegliwość, a jej częstość wzrasta wraz z wiekiem.

Liczba mieszkańców Polski z problemem nietrzymania moczu to ponad 3 miliony osób. 300 tysięcy osób to grupa z ciężkim problemem. Pozostali dotknięci są tą dolegliwością w mniejszym stopniu. Nietrzymanie moczu występuje dwa razy częściej u kobiet niż u mężczyzn.