

Kwartalnik **NTM**

październik 2003

nr 7

Pieniądze pójdą za urzędnikiem NFZ POSTAWIŁ NA SYSTEM ZAMKNIĘTY

Jak mówić i pisać o NTM - radzi Jerzy Bralczyk
II Warszawskie Seminarium Neurourologii

Komu ma służyć system zamknięty?

Po długiej kilkumiesięcznej batalii o rodzaj systemu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (w tym materiały chłoneące dla osób z problemem NTM) należy stwierdzić, iż wygrał system zamknięty. Takie są fakty. Można zadać sobie pytanie dlaczego. Odpowiedź nie jest jednoznaczna tak samo jak sprzeczne są argumenty, którymi posługują się przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia. W trakcie wielu dyskusji można było usłyszeć, że popierany przez zdecydowaną większość środowisk medycznych, pacjentów i producentów, system otwarty charakteryzuje się brakiem wystarczającej kontroli finansowej, co grozi wybuchem fali nie zaplanowanych wydatków. Czy tak byłoby naprawdę? Osobiście wątpię. Zdecydowanie bardziej przekonują mnie argumenty zwolenników systemu otwartego, którzy powołują się na pełną ewidencję i przez to kontrole wniosków, jaką powinien prowadzić Narodowy Fundusz Zdrowia. Dużo większe obawy wywołują we mnie opinie, że to lekarz ma dbać o to, aby pacjentowi nie wypisywać kilkakrotnie wniosków na pieluchomajtki w ciągu tego samego miesiąca. Dotychczasowe doświadczenia wskazują, że opieranie systemu kontroli na lekarzach może zakończyć się kolejną zapaścią finansową służby zdrowia. Lekarz powinien przede wszystkim skoncentrować się na leczeniu, bo tak został przygotowany do swojego zawodu. Niestety twórcy systemu zamkniętego wyraźnie tego nie zauważają. Szczególnie widać to było, po wypowiedziach członka zarządu NFZ Andrzeja Kondrackiego, podczas konferencji prasowej zorganizowanej przez NFZ, który nie popisał się wiedzą, skoro nie zauważył, iż od ponad 4 lat system otwarty funkcjonuje i to z powodzeniem w kilku województwach. Twórcy systemu zamkniętego idą jeszcze dalej. Przerzucają odpowiedzialność prowadzenia ewidencji pacjentów na świadczeniodawców. Jest to interesujący eksperyment polegają-

cy na nakazie kontroli ilości sprzedanych produktów ortopedycznych i środków pomocniczych przez firmy, które za główny cel zazwyczaj przyjmują maksymalizowanie wzrostu sprzedaży ich produktów.

Pojawia się pytanie komu takie rozwiązanie będzie służyć. Z pewnością nie pacjentom i podatkownikom. Pewnie tym przedsiębiorstwom, które otrzymają w wyniku ogłaszanych konkursów najwyższe limity sprzedaży. Tak się składa, że do tej grupy należą firmy, które już obecnie przewodzą w swoich segmentach sprzedaży i rzecz jasna niczego innego nie pragną jak utrzymania swej pozycji i rozszerzenia jej na kolejne województwa. Wtedy nie trzeba się starać o zdobycie przychylności pacjenta. Wystarczy uzyskać poparcie urzędnika NFZ. Zapewne firma mająca ponad 50 proc. w rynku stomijnym, która jako jedyna oficjalnie poparła system zamknięty, nie musi się martwić o wynik konkursu ofert. Urzędnicy NFZ z pewnością nie zapomną, kto udzielił im wsparcia w najbardziej odpowiednim momencie. Zadajmy sobie pytanie, ile jeszcze jest takich firm, które preferują personalne układy nad wolny rynek.

Zagrożenie, jakie kreuje system zamknięty dostrzegł nawet minister zdrowia i podlegli mu urzędnicy. To właśnie tam, w Ministerstwie Zdrowia zaświtała ostatnia iskierka nadziei dla zwolenników otwartego systemu. Oby nie zgasła.

Tomasz Michałek
Program Społeczny
„NTM-Normalnie Żyć„

Redakcja Kwartalnika NTM wyraża ubolewanie z powodu tragicznej śmierci Macieja Tokarczyka, prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Był on jedną z nielicznych osób w NFZ, które, pomimo różnicy zdań, zechciały podjąć rzeczową dyskusję na temat możliwości wprowadzenia systemu otwartego w 2004 roku. Przypominamy, że jako wiceminister zdrowia w liście do prezesa NFZ poddał wnikliwej analizie dotychczasowe systemy jednoznacznie wskazując na przewagę systemu otwartego. Wierzymy, że pismo jakie pozostawił po sobie, stanie się wykładnią obowiązującą dla nowego zarządu NFZ.

Spis treści

październik 2003

WSTĘP Komu ma służyć system zamknięty Tomasz Michałek	2
II Warszawskie Seminarium Neurourologii	
Spojrzyć na pacjenta holistycznie rozmowa z prof. dr nauk med. Krzysztofem Czajkowskim	4
Potrzebny standard rozmowa z prof.dr nauk med. Zbigniewem Stelmasiakiem	5
ZE ŚWIATA Jak pomóc kobietom? Maria Weber	6
Między wstydem pacjenta a zakłopotaniem lekarza rozmowa z prof.dr nauk med. Andrzejem Steciwko	7
Ćwiczenia i elektrostymulacja dr nauk med. Maria Bujnowska-Fedak	8
Nietrzymanie moczu a stosowanie hormonalnej terapii zastępczej prof. dr nauk med. Longin Marianowski	9
Kto zarobi na kontraktach? Maria Weber	11
Wokół systemu otwartego	12
Za i przeciw systemowi otwartemu - lista organizacji, instytucji i osób ..	14
Komfort dla skóry	15
Leki dla wszystkich ale nie dla każdego	15
Przychodzi pacjent do lekarza rozmowa z prof. dr Jerzym Bralczykiem	16
LISTY	18
AKTUALNOŚCI	21

Do Czytelników,

Oddajemy Państwu kolejny numer Kwartalnika NTM. Cechuje go różnorodność tematyki i opinii związanych z problemem nietrzymania moczu. Pismo otwieramy dwiema rozmowami związanymi z organizacją II Warszawskiego Seminarium Neurourologii. Lekarze oczekują od niego nie tylko nowinek medycznych ale rozwiązania konkretnych problemów, na przykład opracowania jednolitej metody diagnostycznej. Nic więc dziwnego, że aż trzy towarzystwa lekarskie: urologiczne, ginekologiczne i neurologiczne objęły patronat nad seminarium. Od lekarzy tych specjalności bowiem zależy leczenie pacjentów z problemem NTM.

Zanim jednak pacjent odwiedzi specjalistę, musi przyjść do lekarza rodzinnego. Ten, zdarza się, iż lekceważy naszą dolegliwość, ponieważ nie ma dostatecznej wiedzy na ten temat. Zdaje sobie z tego sprawę Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, które zaplanowało kilka wykładów z tej dziedziny podczas konferencji w Lublinie. Jak powiedział nam prof. Andrzej Steciwko, prezes Towarzystwa, leczenie NTM zależy przede wszystkim od lekarzy rodzinnych, którzy mogą, w sposób nieinwazyjny, pomóc większości osób, stosując na przykład metody elektrostymulacyjne. Ale zanim do tego dojdzie, trzeba zacząć rozmawiać o chorobie. Trzeba pokonać wówczas bariery językową. Jak bowiem mówić bez skrępowania o wstydlivej przypadłości? Jak opisać lekarzowi swoją chorobę? Jakich słów, z kolei, powinien używać lekarz, aby nie urazić chorego? Polecamy rozmowę ze znanym językoznawcą, prof. dr Jerzym Bralczykiem.

Od ponad pół roku Program Prospołeczny „NTM - Normalnie Życ” usiłuje przekonać decydentów o potrzebie wprowadzenia w 2004 roku jednolitego systemu otwartego w całym kraju w zakresie opatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Jest on korzystny nie tylko dla pacjentów ale również dla samego Narodowego Funduszu Zdrowia. Niestety, NFZ zdecydował, iż w przyszłym roku będzie obowiązywał niezwykle restrykcyjny system zamknięty. Powrócimy raz jeszcze do tej sprawy. Zrekapitulujemy ją i odsłonimy niektóre kulisy tej decyzji. Ułatwią one zrozumienie, dlaczego Fundusz upiera się przy tym systemie.

Ponadto w najnowszym numerze porcja listów wraz z odpowiedziami naszych konsultantów oraz porady w zakresie higieny osób z problemem NTM.

Zachęcamy do lektury. Oczekujemy też na Państwa listy i uwagi.

Kwartalnik **NTM**

Program
Prospołeczny
„NTM -
Normalnie
Życ”

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

Redaktor wydania

Maria Weber

Sekretarz redakcji

Magdalena Kowalewska

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: ntm@ntm.plmaria.weber@ntm.pl, magdalena.kowalewska@ntm.pl**www.ntm.pl****infolinia: 0801 800 038**

Wydawca wyraża zgodę na przedruk i tłumaczenie tekstów

Spojrzenie na pacjenta holistycznie



Z prof. dr nauk medycznych Krzysztofem Czajkowskim, kierownikiem II Katedry i Kliniki Położnictwa i Ginekologii Akademii Medycznej w Warszawie i prezesem Warszawskiego Towarzystwa Ginekologicznego, rozmawia Elżbieta Mamos

- W grudniu odbędzie się II Warszawskie Seminarium Neurourologii. Objęły nad nim patronat trzy towarzystwa: Polskie Towarzystwo Urologiczne, Polskie Towarzystwo Neurologiczne i Polskie Towarzystwo Ginekologiczne. Czego oczekują ginekolodzy po kolejnym spotkaniu?

- II Warszawskie Seminarium Neurologiczne jest imprezą ważną również dla ginekologów, chociaż nasza rola w neurourologii wydaje się dość ograniczona. Jako ginekolodzy musimy przede wszystkim wiedzieć, w którym momencie kończy się możliwość terapii ginekologicznej, polegającej na operowaniu lub na leczeniu zachowawczym, a kiedy nadchodzi czas na leczenie neurologiczne lub urologiczne. Zwykle jednak jesteśmy lekarzami pierwszego kontaktu dla wielu kobiet zgłaszających się z problemem nietrzymania moczu i z obniżeniem narządu rodowego. Już w momencie pojawienia się pacjentki powinniśmy zlecić ukierunkowane badania, które pozwolą na wybranie optymalnej metody leczenia. Nie zawsze niestety jest to proste. Często przyczyny nietrzymania moczu bywają złożone. Występują zaburzenia anatomiczne albo neurologiczne. Zdarza się, że pacjentka uważa, iż jedynie skuteczne będzie leczenie operacyjne. Naszą rolą, lekarzy ginekologów, jest wtedy uświadomienie jej, że operacja nie zawsze musi być dobrą metodą terapii, zwłaszcza gdy przyczyną choroby są uszkodzenia neurologiczne. Myślę, że wiedza na ten temat wśród ginekologów jest ciągle jeszcze dość ograniczona. Moim zdaniem to jeden z poważniejszych powodów, abyśmy uczestniczyli w takich seminariach. Zresztą podczas grudniowego spotkania nie zabraknie również problemów ginekologicznych. Profesor Walter Artibani będzie mówił o diagnostyce i leczeniu wypadania narządu rodowego. Zwykle podczas tego typu spotkań prezentuje się referaty i mówi o metodach badawczych niedostępnych dla lekarzy pierwszego kontaktu, ale jednocześnie należy je wykorzystywać, aby uświadomić lekarzy, jakie mogą być przyczyny różnych dolegliwości ich pacjentów. Ważne jest także to, żeby lekarz ginekolog

wiedział, dokąd powinien skierować swojego pacjenta w razie wątpliwości lub jakie badania zlecić aby je rozwiązać. Brak tego typu wiedzy powodował, że pacjentki kilkakrotnie operowano bez pozytywnych skutków, ponieważ nie brano pod uwagę przyczyn neurologicznych nietrzymania moczu.

- Czy urolodzy i neurologodzy mogą również skorzystać z obecności na sali ginekologów?

- W mniejszym stopniu, ale również mogą skorzystać z uczestnictwa ginekologów podczas takiego seminarium, choćby dlatego, iż mają oni inne doświadczenia jeżeli chodzi o leczenie operacyjne i związane z nim bariery. Warto także poruszyć podczas warszawskiego spotkania temat wypracowania modelu diagnostycznego. Pomimo, że istnieją różne kwestionariusze i schematy, to w tej dziedzinie nie ma ustalonych torów diagnostycznych, ścieżek dających porównywalne wyniki i pewne odpowiedzi.

- Dlaczego do tej pory nikt nie podjął tego problemu?

- Luki metodologiczne są spowodowane częściowo tym, że przyczyny nietrzymania moczu mają niejednorodną podłoże. Komponenta anatomiczno-neurologiczna może być bardzo różna. Poza tym w Polsce dostępność do pewnych badań, takich jak badania urodynamiczne, jest stosunkowo niewielka. Zresztą nie u każdej pacjentki nawet tego typu badania pozwalają na postawienie dobrej diagnozy.

- Czy możliwe jest zatem wypracowanie wspólnego modelu diagnostycznego?

- Jest to seminarium trzech dyscyplin medycznych, choć zdominują je na pewno urolodzy i neurologodzy. Jednak każdego pacjenta trzeba traktować holistycznie, dlatego obecność ginekologów wydaje się wręcz obowiązkowa. Każda wiedza medyczna jest niezbędna lekarzom i korzystna dla pacjentów. Zgłębianie tej dynamicznie rozwijającej się nauki jest potrzebne, również dlatego, aby każda z trzech zainteresowanych grup lekarzy mogła dobrze wykonywać swój zawód.

- Dziękuję Panu za rozmowę.



Potrzebny standard

Z prof. dr nauk med. Zbigniewem Stelmasiakiem, kierownikiem Katedry i Kliniki Neurologii Akademii Medycznej w Lublinie i prezesem Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, rozmawia Maria Weber



- Polskie Towarzystwo Neurologiczne objęło patronat nad Warszawskim Seminarium Neurourologicznym już po raz drugi. O czym w tym roku chcą rozmawiać neurologi?

- Nietrzymanie moczu to ważny interdyscyplinarny problem naukowy, kliniczny, społeczny. W 2002 roku mówiliśmy o licznych przyczynach neurologicznych nietrzymania moczu w urazach kręgosłupa i rdzenia kręgowego, w stwardnieniu rozsianym, udarach mózgu, ośpieniu, chorobie Parkinsona i innych. W tym roku również chcemy wziąć czynny udział w seminarium, w panelach i dyskusjach okrągłego stołu. Zamierzamy pogłębić tematykę, bardziej szczegółowo przedstawić przyczyny, wykazać, że nietrzymanie moczu może być objawem choroby neurologicznej lub powikłań innych chorób. Oczekujemy, iż podczas seminarium uda nam się wspólnie ustalić sposoby, które pozwolą szybciej i skuteczniej pomóc chorym z zaburzeniami oddawania moczu.



- Z reguły jednak pacjent udaje się do lekarza jednej specjalności, który zaczyna leczyć objawy a nie przyczyny?

- Rozwiązanie problemów zdrowotnych chorych z zaburzeniem oddawania moczu może wymagać udziału wielu specjalistów oraz uzgodnionych metod postępowania diagnostycznego i terapeutycznego. Bardzo często urolog, diagnozując pacjenta, kieruje go do nas na badanie, po to, aby wykluczyć przyczyny neurologiczne. Jeśli chory cierpi na chorobę neurologiczną, na przykład stwardnienie rozsiane, gdzie zaburzenia w oddawaniu moczu występują u ok. 70 proc. pacjentów, wówczas to my, neurologi zajmujemy się kompleksowo leczeniem SM łącznie z nietrzymaniem moczu podając choremu odpowiednie leki, na przykład w leczeniu hiperefleksji wypieracza stosujemy oxybutyninę. W wyniku starań PTN i PTSR lek ten jest częściowo refundowany w Polsce od około 2 lat.

- Czego zatem neurologi oczekują

po Warszawskim Seminarium Neurourologii?

- Interesują nas najnowsze metody. W diagnostyce następuje bardzo szybki postęp; mamy już badania urodynamiczne, ultrasonografię, rentgenodiagnostykę, badanie izotopowe i inne. Badanie neurologiczne może wykazać miejsce uszkodzenia układu nerwowego. Jak wspominałem, nietrzymanie moczu może mieć różną przyczynę. Dlatego wydaje się, że potrzebna jest dyskusja w sprawie opracowania jednolitych zasad diagnozowania pacjentów z zaburzeniami oddawania moczu. Obecnie w różnych specjalnościach stosuje się różne dostępne metody diagnostyczne. Potrzebny jest więc pewien standard postępowania. Dobrym przykładem takiej współpracy jest ośrodek Stock Mandeville Rehabilitation Centre założony pod Londynem przez lekarza polskiego pochodzenia, profesora Gotmana podczas II Wojny Światowej dla lotników, gdzie nadal są leczeni chorzy z urazami kręgosłupa i rdzenia kręgowego z terenu Anglii.

Tam, w centrum uwagi pozostają między innymi zaburzenia czynności pęcherza, które pojawiają się po urazie. Ich zlekceważenie może doprowadzić do infekcji dróg moczowych, a w konsekwencji do sepsy. Każdy neurolog spotkał się z tym problemem. Dlatego musimy działać na pograniczu nauk medycznych: urologii, neurologii, ginekologii, ortopedii i traumatologii, neurochirurgii i rehabilitacji medycznych, aby kosztem wyleczenia jednej choroby nie zaniedbać innej.

- Dziękuję Panu za rozmowę.

Wywiad z prof. dr n. med. Andrzejem Borówką, prezesem Polskiego Towarzystwa Urologicznego opublikujemy w następnym, styczniowym numerze Kwartalnika NTM



XXXIII Kongres ICS we Florencji

Jak pomóc kobietom z NTM?

Maria Weber

Na 33 doroczne spotkanie International Continence Society, przyjechało ponad 1500 osób z całego świata. Polskę reprezentowała liczna grupa lekarzy urologów i ginekologów z różnych ośrodków naukowych. W gronie tym znalazł się także Krajowy konsultant położnictwa i ginekologii prof. dr Stanisław Radowicki. Po raz pierwszy też zaproszono przedstawiciela Programu Prospołecznego "NTM - Normalnie Życ" który, nawiązał kontakty z podobnymi organizacjami m.in. w Holandii, Australii i Wielkiej Brytanii. W Biuletynie kongresu ukazała się także notatka dotycząca działalności Programu Prospołecznego....

Florenckie spotkanie było okazją, aby wymienić opinie o postępie w dziedzinie nauk medycznych zajmujących się nietrzymaniem moczu oraz doświadczenia w zakresie popularyzacji wiedzy na ten temat wśród społeczeństwa.

Odkrywając prawdę

Jednym z najważniejszych paneli była sesja satelitarna poświęcona wysiłkowemu nietrzymaniu moczu u kobiet. Kilka ośrodków naukowych (Wirthlin Worldwide oraz Boehringer Ingelheim i Eli Lilly), pod egidą ICS, przedstawiło raport na ten temat pod nazwą "Stress Urinary Incontinence and Women: Discovering the Truth" (*Wysiłkowe nietrzymanie moczu i kobiety: odkrywając prawdę*). Badania przeprowadzono u 4500 kobiet z 9 krajów, z trzech kontynentów. ICS, doceniając wagę problemu i firmując badania, zdaje sobie sprawę z trudności rozpoznania skali zjawiska, o czym zresztą piszą autorzy raportu. "Większość kobiet nie chciała mówić o swoich symptomach nietrzymania moczu. Te zaś, które zgodziły się poddać badaniu, pozostały anonimowe", piszą Angela Sekston, Judith von Gordon oraz Katy Compton-Bishop w raporcie. Wyniki raportu przedstawiono dziennikarzom podczas "szczytu medialnego". Jego autorom oraz ICS zależało także, aby przedstawiciele mediów zdali sobie sprawę z problemów ekonomicznych, socjalnych i medycznych, jakie są udziałem wielu kobiet z całego świata dotkniętych NTM. (*Więcej na temat raportu napiszemy w następnym numerze Kwartalnika NTM*).

Wysiłkowe NTM u kobiet nie było jedynym tematem we Florencji. W ciągu kilku dni odbyło się wiele innych wykładów, paneli i dyskusji. Członkowie omówili najnowsze trendy w tej dziedzinie. Zorganizowano również szkolenia.

Continent Club

International Continence Society, znane jako Continent Club, jest największą na świecie multidyscyplinarną organizacją zajmującą się problematyką związaną



O 10-letniej działalności Continence Promotion Committee mówił ustępujący przewodniczący David Fonda

z zaburzeniami czynności dolnych dróg moczowych. Zrzesza ono ponad 1600 członków pochodzących z ponad 70 krajów świata. Reprezentują oni różne zawody, m.in.: ginekologów, urologów, neurologów, chirurgów, pielęgniarki, fizyoterapeutów, bioinżynierów. Nazwę organizacji można przetłumaczyć jako "stowarzyszenie trzymania moczu". Czyni ono bowiem wszystko, aby zminimalizować skutki tej dolegliwości lub wyleczyć z nich pacjentów.

ICS powstało w 1971 roku z inicjatywy Erica Glena. Pierwsze spotkanie odbyło się jeszcze tego samego roku w Exeter, w Wielkiej Brytanii. Uczestniczyło w nim już ponad 60 osób z kilku krajów. Na prezydenta stowarzyszenia powołano wówczas Petera Caldwell, natomiast na sekretarza generalnego - Erica Glena.

Podczas pierwszego spotkania dr Smeden z Hagi zauważył potrzebę standaryzacji nomenklatury używanej w urodynamice. W dwa lata później, podczas III konferencji w Kopenhadze, zgromadzeni powołali Komitet Standaryzacji, który za-

jął się opracowaniem terminologii w dziedzinie czynności dolnych dróg moczowych. Na jego czele stanął Tage Held.

Obecnie w ramach stowarzyszenia działa wiele komitetów i podkomitetów. Do jednych z nich należy Continence Promotion, zajmujący się wymianą informacji i pomysłów dotyczących edukowania i budowania świadomości zdrowotnej w społeczeństwie. Komitet ten obchodził we Florencji 10 -lecie swej działalności. - Nietrzymanie moczu jest dziś powszechnym schorzeniem, dotykającym miliony osób na całym świecie. Niestety w niektórych krajach nawet 70 procent z nich nie szuka pomocy - powiedział Dawid Fonda, ustępujący we Florencji przewodniczący Continence Promotion. Jego miejsce zajęła Diane Newman. Dawid Fonda dodał, że programy promocji zdrowia powinny być kierowane nie tylko do osób z problemem nietrzymania moczu lecz także do ich rodzin i całego społeczeństwa, lekarzy i pielęgniarek oraz przedstawicieli przemysłu farmaceutycznego.

Podstawowym celem ICS jest pogłębienie wiedzy w zakresie czynności dolnych dróg moczowych oraz inicjowanie badań w zakresie patofizjologii, technik diagnostycznych i leczenia. ICS wydaje dla swoich członków dwumiesięcznik "Neurourology and Urodynamics".

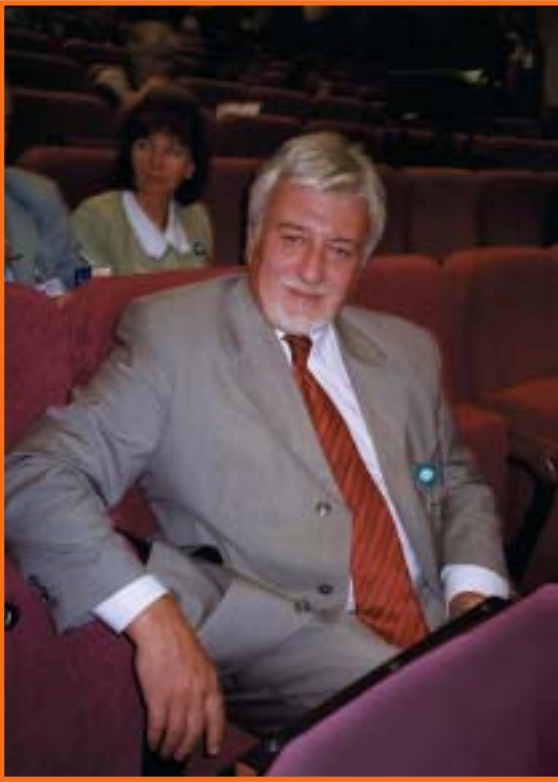
Członkowie stowarzyszenia spotykają się co roku. W 2002 roku obradowali w Heilderbergu, w tym - we Florencji. Następne kongresy zaplanowano w Paryżu (sierpień 2004), Montrealu (wrzesień 2005) i Christchurch (listopad 2006).

We Florencji ustąpił z funkcji znany i ceniony za swe osiągnięcia w dziedzinie standaryzacji wieloletni sekretarz generalny prof. Paul Abrams. Jego miejsce zajął prof. Walter Artibani z wydziału urologii Uniwersytetu w Weronie.

Prof. Paul Adams był gościem I Warszawskiego Seminarium Neurourologii. Zapoznał wówczas polskich lekarzy z nową terminologią czynności dolnych dróg moczowych, stanowiącą efekt prac Komitetu Standaryzacji ICS. W tym roku organizatorzy seminarium również zaprosili sekretarza generalnego ICS.

Między wstydem pacjenta a zakłopotaniem lekarza

Z prof. dr nauk medycznych
Andrzejem Steciwo, prezesem Polskiego
Towarzystwa Medycyny Rodzinnej,
rozmawia Maria Weber



- Podczas zjazdu Towarzystwa Medycyny Rodzinnej w Lublinie kilkakrotnie pojawił się temat nietrzymania moczu. Cieszy fakt zainteresowania się tym problemem przez lekarzy rodzinnych, ponieważ, jak wynika z doświadczeń wielu pacjentów, bagatelizują oni dolegliwości NTM, składając je na karb procesu starzenia się, osłabienia organizmu czy zakażenia dolnych dróg moczowych. Często zresztą lekarze, prowadząc wywiad, nie pytają, czy objawy te występują u chorego, chociaż cierpi na nie od 10 do 15 procent Polaków. Dlaczego lekarze omijają ten problem?

- Wydaje mi się, iż jesteśmy dopiero na początku intensywnej obserwacji skali tego problemu w społeczeństwie. Zdajemy sobie sprawę, iż dolegliwość NTM należy do wstydlivych chorób i w związku z tym jest trudno rozpoznawalna. Znamy jedynie najcięższe przypadki, kiedy NTM uniemożliwia normalne funkcjonowanie. Na rejestrację pozostałych nie pozwala wstyd, nie tylko u pacjentów, ale także wśród le-

karzy, którzy zakłopotani tematem, nie zadają pytań. Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej postanowiło walczyć z psychologicznymi barierami. Już ponad rok temu poruszyliśmy problem NTM na wielosektorowym seminarium we Wrocławiu. Podczas obecnego zjazdu w Lublinie również nie zabrakło tego tematu.

- **Czy sądzi Pan, iż publiczne omawianie genety i metod leczenia ośmieli lekarzy rodzinnych do przeprowadzenia wywiadu w tej sprawie?**

- Każdy lekarz rodzinny powinien zadawać pytania o nietrzymanie moczu. Jeśli widzi, że pacjentowi z trudnością przychodzi omawianie dolegliwości, powinien stworzyć atmosferę zaufania, spowodować pacjenta. Chodzi

wszak o podstawowe pytania, które pomogą wykryć podstawowe objawy czynnościowe. Są one najłatwiejsze do leczenia zachowawczego, nefarmakologicznego. Warto też spojrzeć na konsekwencje społeczno-ekonomiczne nieleczenia NTM. One również powinny skłonić lekarzy rodzinnych do zainteresowania się tymi dolegliwościami.

- **Do tej pory jednak nikt nie ocenił konsekwencji, ponieważ tak naprawdę nie wiemy, ile osób cierpi na NTM?**

- Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu, którym kieruję, prowadzi od pół roku badania wśród populacji Dolnego Śląska, mające na celu określenie skali tego problemu. Obejmują one 3000 osób wyselekcjonowanych spośród 9000. Badania potrwać do 2006 roku. Dopiero wówczas będziemy mieli w miarę pełny obraz skali tego zjawiska.

- **Kto finansuje badania?**

- Zakład Medycyny Rodzinnej wygrał konkurs na grant we własnej uczelni. Ponadto dostaliśmy dofinansowanie ze strony Polskiego Towarzystwa Me-

dycyny Rodzinnej oraz kilku sponsorów.

- **Jeśli lekarz rodzinny nie wykryje u pacjenta dolegliwości NTM, to do ujawnienia dojdzie podczas wizyty u specjalisty, na przykład ginekologa czy urologa. W ten sposób, prędzej czy później, chory może zacząć się leczyć....**

- Niekoniecznie. Nie zawsze ten problem wypływa podczas wizyty u specjalisty czy w szpitalu. Dla wielu ważniejsza jest na przykład cukrzyca czy infekcja nerek, które pośrednio też mogą prowadzić do nietrzymania moczu. Leczenie tych chorób powoduje, że dolegliwości NTM ulegają złagodzeniu lub wręcz znikają. Dotyczy to też atypowych infekcji układu moczowego. Z mojego doświadczenia nefrologa wynika, że około 30-35 procent pacjentów z objawami atypowych infekcji cierpi także na NTM! Ale przecież mogą oni mieć te dolegliwości od kilku lat. Nie wystarczy zatem leczyć podstawowego schorzenia, trzeba zadawać pytania o objawy związane z NTM. Jest to obowiązek lekarza XXI wieku.

- **Czy wie Pan jak wygląda sytuacja w innych krajach? Czy lekarze rodzinni również bagatelizują tam ten problem?**

- Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu współpracuje z Ośrodkiem Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu w Bergen, w Norwegii. Szef ośrodka, prof. dr Steinar Hunskaar, który systematycznie bywa u nas, twierdzi, że co najmniej 70 procent zdiagnozowanych przypadków w jego kraju następuje na poziomie lekarza pierwszego kontaktu. Co więcej, leczenie zachowawcze stanowi podstawę góry lodowej. Na jej wierzchołku znajdują się przypadki skomplikowane, wymagające specjalistycznego leczenia operacyjnego. Leczenie zachowawcze nabiera wagi, gdy zdamy sobie sprawę, iż skutecznych leków brakuje. Te, które istnieją, łagodzą jedynie dolegliwości. Ale na szczęście absolutna większość przypadków nie wymaga interwencji farmakologicznej lecz zabiegów fizyko-terapeutycznych. Zakład Medycyny Rodzinnej we współpracy z Zespołem Fizykoterapii, Masażu i Balneoklimatologii Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu opra-

dozkończenie str. 8

dokończenie ze str. 7

cował technikę stosowania zabiegów wzmacniających odpowiednio mięśnie. Są to nie tylko ćwiczenia, ale również terapia behawioralna oraz elektrostymulacja. Z naszych doświadczeń i badań wynika, że przynoszą one dobre rezultaty.

- Jakie są relacje lekarza rodzinnego ze specjalistami, ginekologiem, urologiem czy neurologiem, również w zakresie NTM?

- Relacje bywają zróżnicowane. Istnieją grupy specjalistów, którzy wspaniale współpracują z lekarzami rodzinnymi. Ale bywają też tacy, którzy mają poczucie wielkiej samodzielności, co wydaje mi się niebezpieczne. Ja, mając za sobą 30 lat pracy jako nefrolog, nie obawiam się zasięgnąć konsultacji lekarskiej u lekarza rodzinnego danego pacjenta, po to aby go lepiej zdiagnozować i leczyć. Warto jednak podkreślić, iż coraz bar-

dziej powszechna jest świadomość potrzeby tej współpracy zarówno u specjalistów jak i lekarzy rodzinnych. Mamy nawet motto w Towarzystwie Medycyny Rodzinnej: "Ścisła współpraca lekarza rodzinnego ze specjalistą jest dla dobra pacjenta i dla nas samych".

- Dziękuję Panu za rozmowę.

O zjeździe Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej w Lublinie piszemy na stronie 21

Ćwiczenia i elektrostymulacja

Dr nauk med. Maria Bujnowska-Fedak

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

W leczeniu nietrzymania moczu jest dostępnych wiele metod terapii. Ich wybór zależy od rodzaju tej dolegliwości, stopnia nasilenia oraz współistniejących schorzeń. W pierwszym rzędzie należy rozważyć leczenie zachowawcze. Może ono zapewnić poprawę lub całkowite ustąpienie dolegliwości w przypadku małego lub średniego stopnia jej nasilenia. Dużą rolę odgrywają tu metody fizykoterapeutyczne. Należą do nich: ćwiczenia mięśni przepony moczowo-płciowej, terapia behawioralna polegająca na treningu pęcherza moczowego, biofeedback oraz elektrostymulacja.

Zestaw tych metod został opracowany przez Katedrę i Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu wspólnie z Zespołem Fizykoterapii, Masażu i Balneoklimatologii z Wydziału Fizjoterapii wrocławskiej Akademii Wychowania Fizycznego. Z naszych badań wynika, iż metody fizykoterapeutyczne są bezpieczne i obdarzone dużą skutecznością.

Ćwiczenia wzmacniające mięśnie dna miednicy mają na celu wzmocnienie mięśni szkieletowych, stanowiących podporę dla pęcherza i cewki moczowej. Stosuje się je najczęściej w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu. Przydają się także kobietom po operacjach układu moczowo-płciowego oraz mężczyznom po operacji wycięcia prostaty. Zestaw ćwiczeń dobiera się indywidualnie, w zależności od rodzaju i stopnia nasilenia schorzenia.

Zadaniem **terapii behawioralnej** jest świadome wytworzenie u pacjenta zachowań i reakcji pozwalających kontrolować i w pewnym zakresie modyfikować me-

chanizmy związane z utrzymywaniem moczu. Trening pęcherza moczowego polega na oddawaniu moczu o określonych porach, a nie w razie potrzeby. Ćwiczenia te prowadzą do przywrócenia kontroli nad funkcją pęcherza. Metoda ta znalazła zastosowanie przede wszystkim w leczeniu niestabilności mięśnia wypieracza. Znajduje też zastosowanie w przypadku terapii



wysiłkowego nietrzymania moczu. W początkowym okresie leczenia pacjent wchodzi do toalety co 30 minut zarówno w dzień jak i w nocy. Następnie przerwy się zwiększa co 15 minut aż do 3 godzin. Choremu nie wolno oddawać moczu w trakcie przerwy. Uważa się, że skuteczność tego rodzaju treningu dochodzi do 90 procent.

Biofeedback (biologiczne sprzężenie zwrotne) polega na uświadomieniu sobie czynności wcześniej nieuświadomionych oraz wpływaniu na stopniową ich poprawę. W przypadku nietrzymania moczu polega to na umiejętności świadomego

kurczenia i rozluźniania mięśni dna miednicy. Dzięki systematycznemu treningowi poprawiają się mechanizmy odpowiedzialne za trzymanie moczu. Dostępność tej metody jest jednak ograniczona, ponieważ wymaga specjalistycznej aparatury rejestrującej czynności mięśni i umożliwiającej przetwarzanie aktywności elektrycznej mięśni na formę graficzną, liczbową lub dźwiękową, co pozwala pacjentom na samodzielną obserwację leczenia. Ćwiczenia z zastosowaniem biofeedbacku powinny być prowadzone pod nadzorem fizjoterapeuty.

Elektrostymulacja polega na wywołaniu mimowolnego skurczu mięśni pod wpływem bodźca elektrycznego. Pobudzenie prądem wymusza ćwiczenie mięśni i ułatwia uzyskanie kontroli pod wpływem moczu poprzez umożliwienie chorym odczuwania skurczu mięśni dna miednicy. Elektrostymulację można prowadzić za pomocą sondy dopochwowej i do-odbytnicznej lub też elektrod umieszczonych na skórze pacjenta. W chwili obecnej istnieją już na rynku polskim niewielkie, kieszonkowe i proste aparaty do elektrostymulacji. Badania udowodniły, że pod wpływem bodźców istnieje szansa uzyskania wzrostu siły mięśni u osób niewytrenowanych o 50 procent w ciągu 3 tygodni przy codziennej 20-30 minutowej stymulacji. Metoda ta okazała się skuteczna nie tylko w przypadku wysiłkowego nietrzymania moczu, ale również w pęcherzu nadreaktywnym i postaciach mieszanych.

Metody fizykoterapeutyczne mogą stać się podstawą leczenia przez lekarzy rodzinnych u chorych z nienasiloną postacią nietrzymania moczu.

Nietrzymanie moczu a stosowanie hormonalnej terapii zastępczej

Prof.dr hab.nauk.med. Longin Marianowski
Kierownik Katedry i Kliniki Położnictwa
i Ginekologii AM w Warszawie

Nietrzymanie moczu jest chorobą o etiologii wieloczynnikowej. Powszechnie uważa się, że jednym z czynników ryzyka wystąpienia tej patologii są urazy tkanek podporowych dna miednicy mniejszej, do których dochodzi podczas porodów przebytych drogami natury. Liczba porodów ma mniejsze znaczenie niż ich przebieg. Szczególnie skomplikowane porody stanowią potencjalne ryzyko wystąpienia tej dolegliwości w późniejszym okresie życia kobiety. Jedną z przyczyn wystąpienia wysiłkowego nietrzymania moczu jest charakter pracy zawodowej; ciężka praca fizyczna powoduje większe obciążenie przepony moczowo-płciowej. Innym czynnikiem ryzyka wystąpienia tej patologii są przebyte operacje ginekologiczne, na przykład usunięcie macicy. Występowanie wysiłkowego nietrzymania moczu jest związane z otyłością. Czynnikiem ryzyka tak zwanego przejściowego nietrzymania moczu jest zespół chorób często występujących u ludzi starszych takich jak: zastoinowa niewydolność krążenia, cukrzyca, przebyty udar mózgu, przewlekła zaporowa choroba płuc. Wystąpienie nagłego nietrzymania moczu jest związane z nieprawidłową dietą (spożycie alkoholu, kawy) i trybem życia (brak aktywności fizycznej).

NTM a menopauza

Nietrzymanie moczu najczęściej występuje u pacjentek w wieku około i postmenopauzalnym. Oprócz wyżej wymienionych czynników mających wpływ na powstanie tej patologii ważną rolę odgrywa związany z tym okresem życia kobiety hipostrogenizm. Zarówno dolne drogi moczowe jak i pochwa pochodzą z tego samego listka zarodkowego. Dlatego też mają podobne właściwości histochemiczne. Cewka moczowa jak i trójkąt pęcherza są wysłane występującym również w pochwie nabłonkiem wielowarstwowym płaskim nierogowaciejącym, w którym występują liczne receptory estrogenowe. Znajdują się one także na więzadłach miednicy zawierających produkujące kolagen fibroblasty. Jest

to kluczowy element podtrzymujący narządy miednicy mniejszej. Dlatego też obniżone stężenie estrogenów może prowadzić do wypadania narządu rodnego i wystąpienia wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet w wieku pomenopauzalnym.

Prawidłowe funkcjonowanie cewki moczowej jest związane z wiekiem i poziomem estrogenów. Maksymalne ciśnienie cewkowe i długość czynnościowa wzrastają do 25 roku życia, a następnie zmniejszają się wraz z wiekiem, w szczególności w czasie meno-

starczego zapalenia cewki moczowej. L. Cardozo oraz jej współpracownicy wykazali, z kolei, że zmiany w nabłonku cewki moczowej są zależne od niedoboru estrogenów w okresie menopauzy.

W badaniach przeprowadzonych na pawianach zastosowanie suplementacji estrogenowej zwiększyło cewkowe ciśnienie zamknięcia, co wskazuje na korzystne działanie takiego leczenia u pacjentek z nietrzymaniem moczu. Istnieje jednak duża liczba sprzecznych doniesień na temat działania estrogenów na tkanki dolnego odcinka układu moczowego.

W 1994 roku J.A. Fantl i jego zespół przedstawili metaanalizę potwierdzającą korzystne działanie suplementacji estrogenowej u kobiet w wieku pomenopauzalnym. W badaniach na zwierzętach dowiedziono, że tygodniowa suplementacja estrogenami może zwiększyć stężenie receptorów dla tych hormonów w macicy, pochwie, cewce moczowej i pęcherzu moczowym. Zastosowanie uzupełnienia estrogenowego powoduje zniesienie objawów suchości pochwy, zmian zapalnych tego narządu oraz zmian atroficznych sromu. Poza tym wykazano, że zmienia się zawartość kolagenu w okołocewkowej tkance łącznej.

Istnieją jednak badania, które kwestionują skuteczność estrogenowej terapii zastępczej w przypadku nietrzymania moczu u kobiet po menopauzie. Najbardziej znane i zarazem największe badanie przeprowadzone w tym kierunku dotyczy złamań związanych z osteoporozą (Study of Osteoporotic Fractures Research). Dokonał tego J.S. Brown i jego współpracownicy. Przekrojowe badanie objęło 7949 kobiet powyżej 65 roku życia. W badaniu tym, dotyczącym czynników ryzyka złamań kości spowodowanych osteoporozą stwierdzili, że suplementacja estrogenowa jest związana z prawie dwukrotnie częstszym występowaniem nietrzymania moczu. Jednak pomimo zbadania tak dużej populacji, cechowało się ono licznymi ograniczeniami (np. odpowiednim doborem grupy badanej). Wiele kobiet nie odpowiedziało na kwestionariusze dotyczące nietrzymania

WYRÓŻNIA SIĘ NASTĘPUJĄCE RODZAJE NIETRZYMANIA MOCZU:

- wysiłkowe nietrzymanie moczu
- nagłace nietrzymanie moczu
- nietrzymanie moczu z przepełnienia
- przejściowe nietrzymanie moczu
- nietrzymanie moczu o typie mieszanym



paury. Poza tym zmiany zanikowe cewki moczowej dotyczące sprężystości i unaczynienia przyczyniają się do zmniejszenia spoczynkowego ciśnienia cewkowego i nietrzymania moczu. Do typowych zmian stwierdzanych w obrębie dolnych dróg moczowych i wiążących się z obniżonym poziomem estrogenów należą:

- zmniejszenie grubości błony śluzowej cewki moczowej i trójkąta pęcherza
- zmniejszenie grubości spłotu żylnego znajdującego się pod błoną śluzową cewki moczowej
- zaburzona przemiana kolagenu prowadząca do usztywnienia cewki moczowej

Czy podawać estrogeny?

Zanim doszło do badań dotyczące skutków podawania estrogenów w okresie menopauzalnym, naukowcy zajęli się oceną wpływu na organizm zmniejszenia stężenia estrogenów. H.M. Everett stwierdził w 1941 roku, że zmniejszenie stężenia estrogenów w obrębie komórek nabłonka cewki moczowej jest przyczyną zanikowego,

nia moczu. Osoby, które nie zgodziły się wziąć udziału w badaniu dotyczącym nietrzymania moczu, były starsze, cierpiały na wiele chorób oraz częściej niż kobiety z grupy badawczej, przeszły usunięcie macicy. Innym czynnikiem mylącym było wykluczenie z powyższego badania kobiet znajdujących się w grupie obniżonego ryzyka złamań związanych z osteoporozą (kobiety rasy czarnej, osoby nie mogące się poruszać same). Między innymi R.C. Bump stwierdził, że nagłace nietrzymanie moczu występuje u 56 procent kobiet rasy czarnej w porównaniu do 28 procent rasy białej. Nieuwzględnienie w badaniu kobiet nie mogących poruszać się samodzielnie wyeliminowało grupę z tak zwanym czynnościowym nietrzymaniem moczu (grupa kobiet trzymających mocz, ale z powodów ograniczeń fizycznych nie mogących dotrzeć do toalety).

Wpływ uzupełnienia estrogenowego na dolny odcinek dróg moczowych można wykazać na podstawie porównania badań urodynamicznych pomiędzy pacjentkami przyjmującymi i nie otrzymującymi tego leczenia. W badaniu przeprowadzonym przez T. Rud maksymalne ciśnienie zamykające cewkę moczową bez parcia oraz współczynnik przenoszenia ciśnienia śródbrzusznego na ciśnienie śródcewkowe były wyższe w grupie otrzymującej estrogeny. Natomiast S. Walters wraz z współpracownikami przeprowadzili podwójnie ślepią próbę z zastosowaniem placebo, która potwierdziła skuteczność leczenia estrogenami w przypadkach nagłego nietrzymania moczu. Jednak nie zaobserwowali oni różnic dotyczących cewkowego ciśnienia zamknięcia i długości czynnościowej w obu grupach pacjentek. Inne badania G. Samsioe i jego zespołu wykazało korzystny wpływ zastosowania doustnego estriolu w grupie pacjentek z nagłym nietrzymaniem moczu w przeciwieństwie do wysiłkowego nietrzymania moczu.

W 1996 roku J.A. Fantl przeprowadził randomizowane (wyboru losowego) badanie z zastosowaniem podwójnie ślepej próby i na podstawie uzyskanych wyników wycofał się z opinii o korzystnym działaniu terapii estrogenowej w leczeniu nietrzymania moczu. W badaniu HERS przeprowadzonym przez D. Grady'ego przedstawiono dowody, że u kobiet po menopauzie pod wpływem terapii estrogenowo-progestagenowej dochodzi nawet do pogłębienia się nietrzymania moczu. Natomiast J.E. Steiner przedstawił na 51 zjeździe ACOG wyniki badania HERS, dotyczące wpływu terapii estrogenowo-progestagenowej na zapobieganie wystąpienia nietrzymania moczu i wykazał większe prawdopodobieństwo wystąpienia tej patologii w grupie pacjentek poddanych leczeniu. Projekt tego badania jest podobny do przeprowadzonego przez Grady'ego w kwestii kwestionariuszy i okresu obserwacji po leczeniu. Oba badania obciążone są podobnymi błędami związanymi z samooceną pacjentek, nieprzeprowadzaniem badania przez lekarza oraz brakiem potwierdzenia w badaniach urodynamicznych. Nie wiadomo jednak, dlaczego zastosowanie takiego leczenia ma niekorzystny wpływ na rozwój nietrzy-

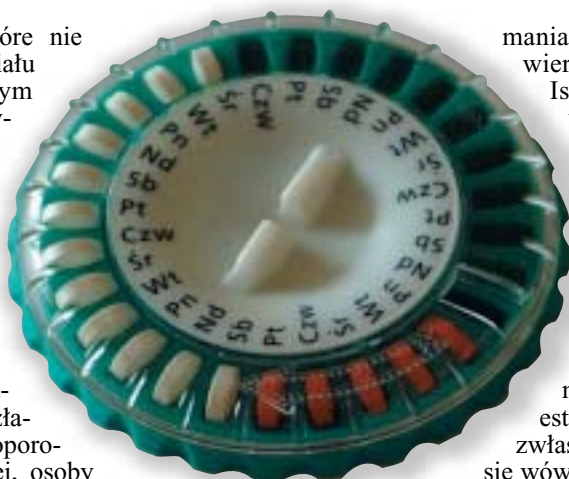
mania moczu skoro udowodniono, że estrogeny wywierają korzystne działanie na układ moczowy. Istnieje prawdopodobieństwo, że to komponenta progestagenowa może powodować takie działanie.

Potrzeba dalszych badań

W leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu powszechnie stosuje się estrogeny, pomimo braku jednoznacznych dowodów na skuteczność takiej terapii. Większość badań potwierdza, że niezależnie od drogi podania, poprawa, jaka następuje po zastosowaniu estrogenów, ma charakter subiektywny i dotyczy zwłaszcza nagłego nietrzymania moczu. Obserwuje się wówczas zmniejszenie częstości oddawania moczu oraz parcia na pęcherz. Objawy wysiłkowego nietrzymania moczu oraz wartości badań urodynamicznych pozostają bez zmian.

Przyszłe badania powinny wyjaśnić, czy stosowanie samych estrogenów podanych drogą doustną lub pochwową ma korzystne działanie na zapobieganie i leczenie nietrzymania moczu.

Powyższy artykuł stanowi skróconą wersję wykładu wygłoszonego przez prof. dr L. Marianowskiego podczas Kongresu Ginekologicznego, który miał miejsce od 17 do 20 września w Bydgoszczy. Więcej na jego temat piszemy na stronie 22



Rzetelne źródło informacji medycznej

Międzynarodowy tydzień w gastroenterologii - 18-22 września 2013 roku

GP gabinet prywatny

Zapewniamy dostęp do badań klinicznych, interesujących artykułów i bieżących informacji

Lekarzu – „Gabinet Prywatny” to Twój doradca!

HERS: Dr. J. A. Fantl, M.D., Colebrookville, MO, 67238, St. Louis, MO, 63103-2220, USA, 636-931-9111
www.rehabmed.com.pl e-mail: gabinet@rehabmed.com.pl

NFZ wprowadza system zamknięty

Kto zarobi na kontraktach

Maria Weber

Pod koniec września br. Narodowy Fundusz Zdrowia zdecydował wreszcie o ostatecznym kształcie przyszłorocznego systemu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze i zamieścił w internecie ujednolicone warunki konkursu ofert na 2004 rok. Mylił się ten, kto liczył jeszcze na zmianę dotychczasowego stosunku NFZ do systemu otwartego. Opublikowane materiały świadczą, iż NFZ jednoznacznie popiera system zamknięty. Oznacza to zdecydowanie gorsze warunki zaopatrzenia pacjentów w wielu regionach w stosunku do sytuacji w 2003 roku. Nie uwzględniają one żadnych propozycji sugerowanych przez Małopolski Sejmik Organizacji Osób Niepełnosprawnych. Wiemy, że część z nich mogłaby złączyć warunki systemu zamkniętego, na przykład gdyby zrezygnowano z konieczności rejestracji zozu. Małopolski Sejmik wystosował w tej sprawie List Otwarty do Ministra Zdrowia. Publikujemy go na stronie 12.

Co się stało z korespondencją?

Kiedy w lipcu 2003 roku Narodowy Fundusz Zdrowia poprosił o uwagi i opinie do Szczegółowych materiałów informacyjnych dotyczących konkursu ofert w 2004 roku wydawało się, że przynajmniej część z nich potraktuje poważnie i nawet jeśli ich nie uwzględni, to przynajmniej poda rzeczowe powody odrzucenia. Tymczasem NFZ zachował się tak, jak gdyby żadna organizacja czy stowarzyszenie nie przesłały opinii. Na stronie internetowej ukazał się zaledwie jeden(!) list wyrażający wyłącznie poparcie dla systemu zamkniętego. Podczas konferencji prasowej, zorganizowanej przez zarząd Funduszu 1 października br., rzeczniczka prasowa Renata Furman wytłumaczyła, iż wspomniana korespondencja była adresowana bezpośrednio do niej, dlatego została zamieszczona w internecie. Był to list od Jerzego Kasprzaka, zastępcy przewodniczącego Polskiego Towarzystwa Opieki na Chorymi ze Stomią POL-ILKO. Wypowiadając się w ich imieniu Kasprzak pisze między innymi: "My jako ubezpieczeni, oczywiście chcemy

Tab. 1 Średnie ceny pieluchomajtek w dwóch grupach województw

	Tena Slip Plus			Super Seni			Molicare		
	Średnia cena opakowania	Średnia cena jednostkowa	N*	Średnia cena opakowania	Średnia cena jednostkowa	N*	Średnia cena opakowania	Średnia cena jednostkowa	N*
Dolnośląskie, śląskie, małopolskie, podkarpackie, świętokrzyskie	47,74	1,59	49	47,71	1,59	36	47,54	1,58	31
Pozostałe województwa	48,90	1,63	97	50,58	1,69	28	47,11	1,57	31
Ogółem	48,51	1,62	146	48,97	1,63	64	47,32	1,58	62

*Liczba badanych aptek

Źródło: CEM Instytut Badań Rynku i Opinii Publicznej w Krakowie

mieć wybór, ale wybór spośród produktów, dostawców i dystrybutorów o sprawdzonej jakości. Gwarantem tej jakości dla nas jest Narodowy Fundusz Zdrowia, którego nie tylko prawem ale i obowiązkiem jest selekcjonowanie w naszym imieniu wyrobów, które mogą być refundowane w oparciu o kryterium jakości i ceny". POL-ILKO sugeruje więc, że system otwarty dopuści do umieszczenia na rynku produktów o niskiej jakości. Jest to oczywiście absurd, ponieważ nikt ze zwolenników systemu otwartego nie zakładał, iż wszystkie firmy i dystrybutorzy będą mogli sprzedawać swoje produkty. Wprost przeciwnie; produkty dopuszczone na rynek powinny spełniać normy krajowe i zagraniczne. Wyдумany wydaje się także argument o możliwości stworzenia nieodpowiednich warunków dla wydawania protez, worków stomijnych czy wózków inwalidzkich. Po pierwsze, dopasowanie sprzętu ortopedycznego następuje na terenie szpitala. Po drugie, tylko nieliczne sklepy dysponują odpowiednimi warunkami, o czym się przekonałam odwiedzając kilka z nich w Warszawie. Za ledwie jeden spełniał wymagania NFZ. Podobnie nieprawdziwy jest argument finansowy, o czym świadczy sondaż przeprowadzony w aptekach i sklepach medycznych całego kraju przez krakowski Instytut Badań Rynku i Opinii Publicznej CEM w sierpniu 2003. Do wniosków z tego badania powrócimy nieco dalej.

List POL-ILKO zbiegł się w czasie z listem do ministra zdrowia, jaki skierowała

dominująca na rynku produktów stomijnych firma Convatec Bristol Myers Squibb, ściśle współpracująca z tym stowarzyszeniem. Powtórzono w nim argumenty Kasprzaka.

Trudno się temu dziwić, skoro firma była inicjatorem założenia tego stowarzyszenia i wspiera je mocno finansowo. Żadna z opinii sugerujących wprowadzenie systemu otwartego nie została ujawniona publicznie. Czyżby zatem ich nie było? Czy Małopolski Sejmik zrezygnował ze swych propozycji? Z przeprowadzonego przez Kwartalnik NTM sondażu wynika, iż poparło je wiele organizacji i stowarzyszeń. Czyżby brak śladu po tej korespondencji w internecie jest wynikiem złego zaadresowania czy też wewnętrznego przekonania urzędników NFZ, że i tak będzie obowiązywał system zamknięty? Pytania te pozostają bez odpowiedzi.

Gdzie najtaniej?

Pewną nadzieję na bardziej przyjazne warunki dla pacjentów dawał zmarły niedawno Maciej Tokarczyk, prezes NFZ. Jako podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia dokonał wyjątkowo trafnej analizy uregulowań prawnych w zakresie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. W liście skierowanym na początku lipca 2003 roku do Mirosława Manickiego, pełniącego wówczas obowiązki prezesa NFZ (pełny tekst listu został zamieszczony na stronie: www.ntm.pl)

zastanawia się na przykład, czy samo wydanie środka, kul, wózka czy worka stomijnego jest świadczeniem zdrowotnym czy jedynie ma charakter techniczny? "W samej czynności wydania trudno dopatrzeć się elementów działania o charakterze interwencji medycznej. W związku z tym nie zachodzi bezwzględna konieczność zawierania umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych po uprzednim przeprowadzeniu konkursu ofert lub rokowań", pisał. Zauważył też, że istnieją wątpliwości, co do wykładni definicji świadczeniodawcy zawartej w art. 5 pkt 25 ustawy o ubezpieczeniu w NFZ. Niestety, w trakcie jego nieobecności do głosu doszli "twardogłowi" urzędnicy NFZ, dla których jedynym, ponoć, argumentem wprowadzenia niekorzystnego dla wszystkich systemu jest konieczność stosowania prawa oraz względy finansowe. Jak wyraził się dyr. Janusz Tamilla z departamentu świadczeń zdrowotnych, do systemu otwartego trzeba by dopłacić około 97 mln zł. Nie wyjaśnił, skąd się ta suma wzięła.

Tymczasem z badań CEM wynika, że średnie ceny pieluchomajtek trzech wiodących producentów w tej dziedzinie (SCA, Paul Hartmann i TZMO) były najniższe w województwie małopolskim, śląskim, podkarpackim, świętokrzyskim i dolnośląskim (Tab.1), a zatem wszędzie tam, gdzie obowiązywał system otwarty lub zbliżony do niego. CEM przeprowadził 186 wywiadów z aptekami i sklepami medycznymi w całym kraju. Badano trzy marki: Tena Slip Plus, Super Seni i Molicare w rozmiarze M, w opakowaniach po 30 sztuk. Porównując dane można zauważyć, że średnie ceny (w rozróżnieniu marki i bez tego rozróżnienia) w wymienionych województwach były niższe niż w pozostałych (Tab.2).

Dlaczego więc dyr. Tamilla, hołdujący systemowi zamkniętemu, twierdzi, iż je-

dynie konkurs ofert prowadzi do obniżenia ceny?

Sceptycy od początku przewidywali, że będzie ciężko przekonać urzędników NFZ. Być może zresztą ich postawa nie wynika z dogmatycznego trzymania się prawa lecz z wielu powiązań ze startującymi w konkursach ofert firmami. Części z nich zależy na utrzymaniu "starego systemu". Zdołały opanować rynek w kilku regionach i przystosować się do żądanych w nich warunków, mają ustaloną pozycję i przetarte kontakty. Jedną z nich

Tab. 2. Średnie ceny pieluchomajtek bez rozróżniania marki

	Średnia cena opakowania	Średnia cena jednostkowa	N*
Dolnośląskie, śląskie, małopolskie, podkarpackie, świętokrzyskie	47,68	1,59	116
Pozostałe województwa	48,85	1,63	156
Ogółem	48,51	1,62	146

*Liczba badanych aptek

Źródło: CEM Instytut Badań Rynku i Opinii Publicznej w Krakowie

ze strachu przed utratą tzw. "dobrego imienia" zagroziła nam wystąpieniem na drogę sądową, jeśli ujawnimy, iż nazwa tej firmy widnieje na internetowym załączniku do warunków konkursu na 2004 rok. Jeśli jednak nie stało się to z jej winy, to czemu czuje się zagrożona? Czy dlatego, że po wprowadzeniu bardziej liberalnego systemu musiałaby konkurować z innymi producentami? Niewykluczone zresztą, że ujednocicone warunki zaopatrzenia ułatwią jej jeszcze życie. Jak się bowiem wydaje część producentów i dystrybutorów zrezygnuje z rejestracji zoz z powodów finansowych oraz narzuconych przez NFZ niekorzystnych warunków działania. Wkrótce się o tym przekonamy, ponieważ we wszystkich oddziałach NFZ ruszyły konkursy ofert dla świadczeniodawców.

Zmienić prawo

Po kilku miesiącach beznadziejnej dyskusji z Narodowym Funduszem Zdrowia pozostało jedynie zmienić prawo. W tej chwili jest ono nieprzejrzyste, niejasne i pozwalające na dowolną interpretację.

Nikt ze zwolenników nie zrezygnuje ze zmiany systemu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, zwłaszcza, że wśród sojuszników pojawiły się osoby stano-

wiące prawo. - Do systemu otwartego przekonał mnie jeżdżący na wózku przyjaciel, który zapytał mnie, czy chciałbym chodzić w butach narzuconych mi przez urzędnika? - powiedział nam poseł Andrzej Mańka z LPR. - Zabolało mnie to pytanie, jak również jego pretensja, że w ogóle nie bierze się pod uwagę zdania osób, doświadczających systemu zamkniętego na własnej skórze.

Poseł złożył w tej sprawie interpelację do ministra zdrowia i czeka na odpowiedź. Warto zauważyć, że Ministerstwo Zdrowia opowiedziało się jednoznacznie po stronie systemu otwartego. Niestety, nie mając wpływu na NFZ, nie może przeforsować tej idei. Być może nowy prezes NFZ Krzysztof Panas da się do niej przekonać.

Wokół systemu otwartego

Po ujawnieniu przez NFZ, iż zamierza wprowadzić ujednociony system zamknięty w 2004 roku, ponownie rozgorzała dyskusja. Wiele organizacji i instytucji przekazało zarządowi NFZ swoją opinię w tej sprawie. Poniżej publikujemy niektóre listy i głosy w dyskusji.

List otwarty do Ministra Zdrowia Pana Leszka Sikorskiego

Małopolski Sejmik Organizacji Osób Niepełnosprawnych wyraża swoje głębokie zaniepokojenie, sposobem i metodami, jakimi posługuje się Narodowy Fundusz Zdrowia, wprowadzając nowe rozwiązania prawne w zakresie zaopatrzenia

osób niepełnosprawnych w przedmioty ortopedyczne oraz środki pomocnicze.

Problem zaopatrzenia dotyczy wielu milionów obywateli naszego kraju, stąd uważaliśmy i uważamy nadal za szczególnie ważny, zwłaszcza w chwili transformacji i tworzenia ujednoczonego prawa, obowiązującego wszystkie oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia.

Mając na celu jedynie dobro osób niepełnosprawnych włączyliśmy się swoim działaniem, przedstawiając Panu Ministrowi, oraz Narodowemu Funduszowi Zdrowia propozycje prawne, które naszym zdaniem dobrze chroniłyby interesy osób niepełnosprawnych, a zarazem gwarantowały ścisłą kontrolę wydawanych środków finansowych na ten cel.

Nasze propozycje znalazły uznanie wielu organizacji pozarządowych zajmujących się świadczeniem pomocy osobom niepełnosprawnym, oraz wszystkich znaczących instytucji jak między innymi Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Uzyskaliśmy również bardzo pozytywną opinię wielu wybitnych przedstawicie-

li nauki mających naszym zdaniem wyjątkowe prawo do wyrażania ocen i opinii w tym zakresie.

Oczekiwaliśmy, że inicjatywa nasza zostanie uwzględniona w tworzeniu rozwiązań prawnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Wyrażamy głębokie oburzenie z powodu całkowitego zlekceważenia naszej inicjatywy. Informujemy Pana, że w tej sprawie wystarczył jeden urzędnik Narodowego Funduszu Zdrowia oraz jedna zaprzyjaźniona z nim firma prywatna, aby stworzyć prawo, które służyć będzie prawdopodobnie interesom tej firmy i tego urzędnika, na pewno jednak nie społeczeństwu, którego ta problematyka dotyczy.

Przedstawione propozycje przez Narodowy Fundusz Zdrowia w szczegółowych materiałach informacyjnych mają obowiązywać od 1 stycznia 2004 roku. Obawiamy się, że wprowadzenie tych rozwiązań prawnych spowoduje przede wszystkim kolejną zapaść finansową, ponieważ brak jakiegokolwiek kontroli wydatkowanych środków finansowych spowoduje niekontrolowany ich wypływ na cele, które nie będą służyły osobom niepełnosprawnym.

Istniejące rozwiązania prawne nie pozwalają Panu na właściwy nadzór nad poczynaniami Narodowego Funduszu Zdrowia. Oczekujemy więc pilnej inicjatywy z Pana strony w zakresie nowelizacji istniejącego prawa. Uważamy, że nie może zaistnieć sytuacja, gdzie jeden lub paru wysoko postawionych urzędników Narodowego Funduszu Zdrowia wykorzystując luki prawne z pełną premedytacją w poczuciu swojej bezkarności tworzy szkodliwe prawo. Uważamy, że wystarczająco dużo złych rozwiązań prawnych powstało w przeszłości w resorcie zdrowia, których skutki odczuwamy wszyscy do dzisiaj.

Oczekujemy pilnej interwencji Pana w sprawie nowych rozwiązań prawnych dotyczących zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne oraz środki pomocnicze.

Z wyrazami szacunku

Janina Bojda

Prezes Małopolskiego Sejmiku
Organizacji Osób Niepełnosprawnych

Chaos w przepisach

Andrzej Rzepka

Prezes Polskiego Stowarzyszenia

Protetyków Słuchu

Prezes Izby Gospodarczej "Medycyna Polska"

Środowisko polskich protetyków słuchu jest zbulwersowane treścią warunków kontraktowania świadczeń zdrowotnych

na rok 2004. Domagamy się zweryfikowania założeń w nich zawartych, usunięcia wielu niejasności i wyeliminowania błędów, które mogą doprowadzić do tworzenia korupcyjnych patologii.

Zamieszczony na stronie NFZ dokument tylko nieznacznie różni się od wielokrotnie krytykowanego przez wiele środowisk projektu z dnia 10 lipca 2003 roku. Pozbawiony jest precyzji, a w całości opiera się na założeniach, że tylko uznaniowość urzędnika będzie decydowała o zawarciu kontraktu i jego wartości, a pacjent będzie jak najdalej odsunięty od drzwi Funduszu. Często cytowane "skrócenie drogi pacjenta", który przez lekarza będzie kierowany bezpośrednio do świadczeniodawcy jest sprzeczne z Ustawą o NFZ, a przede wszystkim ogranicza dostępność pacjenta do świadczeń, gdyż zapis o informowaniu przez lekarza o wszystkich świadczeniiodawcach jest pozbawiony możliwości jego egzekwowania.

Zapisy dotyczące standardów wykształcenia, wyposażenia oraz warunków lokalowych są chaotyczne i często sobie przeczą. Niejasne są również sformułowania dotyczące kryteriów wyboru ofert. Inne kryteria występują w "Szczegółowych warunkach postępowania", a inne w "Szczegółowych materiałach informacyjnych", nie mówiąc już o wątpliwościach związanych z brakiem sprecyzowania, co oznacza termin "różnorodność asortymentu" i na jakiej zasadzie będzie ona oceniana.

Możliwość negocjacji cen detalicznych przez NFZ, całkowicie zbędna w sytuacji, gdy refundowana jest tylko część ceny detalicznej aparatu słuchowego, stanowi zamach na zasady gospodarki wolnorynkowej i może doprowadzić do eliminacji wielu produktów z rynku. Stwarza ona jednocześnie duże zagrożenie korupcyjne poprzez możliwość sterowania przez urzędników NFZ całym rynkiem aparatów słuchowych w Polsce.

Tego typu przykłady można mnożyć. Myślimy, że sami twórcy dokumentu zdają sobie z tego sprawę, skoro pozwolono sobie na umieszczenie na stronie internetowej NFZ, listu popierającego system "zamknięty" w błogiej nadziei, że opinia publiczna uzna, że był to jedyny głos w dyskusji.

Manipulowanie pacjentem

List do Rzecznika Prasowego NFZ

Pani Renaty Furman

Szanowna Pani.

W imieniu Stowarzyszenia Osób przewlekłe Chorych z Chorobami Układu Moczowego UROSTO chciałbym ponownie wyrazić swoje poparcie dla zasad systemu otwartego w zakresie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Dowodem na niesprawność systemu zamkniętego jest fakt, że w naszym województwie przez kilka lat większość osób stosujących środki pomocnicze żyła w przekonaniu, że wnioski może realizować tylko w dwóch miejscach w Bydgoszczy, przy czym w jednej aptece bardzo często brakowało produktów, w drugiej natomiast często były produkty tylko jednej firmy. Dochodziło również do sytuacji, że osoby mieszkające w miastach oddalonych o kilkadziesiąt kilometrów dojeżdżały do Bydgoszczy



celu dokonania zakupu środka pomocniczego. Dopiero rok temu odkryto, że punktów zaopatrzenia jest więcej. Jest to właśnie dowód, jak system zamknięty jest "przyjazny" pacjentowi i jak łatwo nim manipulować.

Edwin Barczyński Prezes UROSTO

(list został opublikowany na stronie internetowej NFZ)

Absurdalne wymogi

Małgorzata Semeniuk

Wiceprezes Izby Gospodarczej Polmed

Próba ujednoczenia zasad zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze zakończyła się katastrofą tak dla ubezpieczonych jak i dla drobnych przedsiębiorców. Uznanie urzędników zyskał system zamknięty, w którym tylko wąskie grono przedsiębiorców będzie zapewniało zaopatrzenie ubezpieczonych. Swobodny wybór produktu będzie fikcją, ze względu na utrzymanie sztucznych limitów, wydumanych warunków technicznych i konstrukcje prawnych dla świadczonych usług. Wśród zasadniczych wad dokumentu NFZ należy wymienić ograniczenie dostępności do wyrobów, nałożenie nieuzasadnionych obowiązków lokalno-

wych, technicznych, ewidencyjnych na świadczeniodawców, biurokratyzację obsługi zleceń wystawionych przez lekarzy oraz fikcyjne odniesienia do nieistniejących systemów informatycznych w NFZ, które mają ułatwić funkcjonowanie systemu. Poza tym w wielu miejscach istnieje sprzeczność z prawami ubezpieczonych, zagwarantowanymi w ustawie o ubezpieczeniu w NFZ.

Za absurdalny należy uznać wymóg tworzenia zakładów opieki zdrowotnej przez podmioty podpisujące umowy na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Zaopatrzenie to odbywa się bowiem przez apteki i niektóre placówki obrotu pozaaptecznego. Placówki te są kontrolowane przez Inspekcję Farmaceutyczną. Natomiast umowy są podpisywane przez producentów i dystrybutorów środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych, działających głównie w formie spółek prawa handlowego, co ma niewiele wspólnego z działalnością zakładu opieki zdrowotnej. Nie mają oni również bezpośrednie-

go kontaktu z żadnym ze swoich "pacjentów". Są tylko wytwórcami. Jakość i bezpieczeństwo ich produktów zapewnia przede wszystkim ustawa o wyrobach medycznych. Z tych względów tworzenie dodatkowych zozów tylko w celu podpisywania umów z oddziałami NFZ jest zbędnym zabiegiem biurokratycznym i nie ma żadnego praktycznego uzasadnienia.

Zauważmy ponadto, że Materiały Informacyjne zawierają postanowienia sprzeczne z ustawą o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ, na przykład zapis, iż ubezpieczony, który zakupił wyrób na własny koszt nie ma prawa do zwrotu poniesionych na ten cel wydatków. Ubezpieczony może zostać pozbawiony możliwości nabycia produktu bezpłatnie, nawet gdy jest do tego uprawniony, z przyczyn organizacyjnych od niego niezależnych, na przykład wyczerpania się przyznanego świadczeniodawcom limitu. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ nie uzależnia prawa do nabycia środka pomocniczego czy przedmiotu ortopedycz-

nego od wartości kontraktu jaki świadczeniodawcy podpisują z NFZ. Z tych względów przytoczony zapis wydaje się być bezprawny.

Stwierdzamy też, że prawo swobodnego wyboru świadczeniodawcy jest pozorne. Gdy na produkty jednego świadczeniodawcy będzie duży popyt, zostaną one rozchwyte do połowy okresu rozliczeniowego (zwykle miesiąc kalendarzowy). Pacjenci, którzy nie zdążą zaopatrzyć się w chodliwe produkty dobrej jakości, będą zmuszeni do nabywania wyrobów innego świadczeniodawcy, który nie wyczerpał jeszcze limitu. Są to najczęściej środki o innej jakości i materiale użytym do wykończenia, co może powodować zjawiska alergiczne oraz dyskomfort ciągłego zmieniania wyrobu medycznego.

Ze swej strony Polmed pragnie zadeklarować gotowość współpracy i wsparcie Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Ministerstwa Zdrowia we wprowadzaniu innego systemu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Za i przeciw

idei wprowadzenia systemu otwartego w zakresie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

Za

Organizacje i Stowarzyszenia

1. Małopolski Sejmik Organizacji Osób Niepełnosprawnych (zrzesza ok. 60 organizacji)
2. Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny
3. Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego
4. Stowarzyszenie Osób Przewlekłe Chorych z Chorobami Układu Moczowego UROSTO
5. Stowarzyszenie Osób Przewlekłe Chorych i Długotrwale Unieruchomionych "Niebieski Parasol"
6. Polska Fundacja Pomocy Dzieciom Niedosłyszącym ECHO
7. Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Dzieci z Wadą Słuchu
8. Stołeczne Stowarzyszenie Osób z Chorobą Parkinsona
9. Kujawsko-Pomorskie Stowarzyszenie osób z Chorobą Parkinsona
10. Śląska Liga Walki z Rakiem
11. Śląskie Stowarzyszenie Osób Dotkniętych Chorobą Parkinsona
12. Biuro Praw Pacjenta
13. Federacja Konsumentów

14. Fundacja im Stefana Batorego
15. Naczelna Izba Lekarska
16. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych
17. Naczelna Izba Aptekarska
18. Ośrodek Rehabilitacji i Terapii Rodzin Dzieci z Wadami Słuchu ORATOR
19. Polskie Towarzystwo Lekarskie
20. Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej
21. Polskie Towarzystwo Rehabilitacyjne
22. Rada Naukowa Programu Prospołecznego "NTM - Normalnie Życ"
23. Izba Gospodarcza "Medycyna Polska"
24. Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych POLMED
25. Polskie Stowarzyszenie Protetyków Słuchu
26. Platforma Obywatelska - klub parlamentarny
26. Fundacja Mazovia

Przedstawiciele instytucji centralnych popierających system otwarty

1. Leszek Sikorski - minister zdrowia
2. Wiktor Masłowski - podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia
3. Wiesława Kłos - dyrektor Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego

4. Wiesław Sikorski - szef gabinetu politycznego ministra zdrowia
5. Elżbieta Szwalkiewicz - Krajowy konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych

?

6. Krzysztof Panas - prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

Przeciw

Lista urzędników, organizacji i firm przeciwnych systemowi otwartemu

1. Bristol Myers Squibb (Convatec)
2. Polskie Towarzystwo Opieki nad Chorymi ze Stomią POL-ILKO
3. Mirosław Manicki - zastępca prezesa NFZ (podał się do dymisji)
4. Marek Kondracki - zastępca prezesa NFZ ds. służb mundurowych
5. Marek Mazur - zastępca prezesa NFZ ds. finansowych
6. Janusz Tamilla - zastępca dyrektora departamentu świadczeń zdrowotnych

Komfort dla skóry

W rubryce „Radzimy” chcemy dziś zainteresować czytelników produktami, które pomogą zapewnić komfort w codziennym życiu osoby cierpiącej na nietrzymanie moczu i złagodzają przede wszystkim dotkliwe nieprzyjemne objawy związane z tą dolegliwością. Przeciwdziałają one przede wszystkim przykreemu zapachowi moczu oraz sprzyjają pielęgnacji skóry, wystawionej na działanie drażniących składników zawartych w moczu.

Wiele osób cierpiących na NTM boi się z powodu wspomnianych objawów odrzucenia lub posądzenia o zaniedbanie higieny. Odczuwają też zadrażnienia na skórze, które mogą przerodzić się w stan zapalny albo odparzenia. Tymczasem można temu zaradzić.

W krajach Unii Europejskiej od dłuższego czasu dostępne są kosmety-



ki dla osób z problemem NTM. Na przykład w Wielkiej Brytanii firma Ostomart oferuje spray, który neutralizuje brzydkie zapachy moczu oraz kremy i balsamy, chroniące przed kontaktem z drażniącymi substancjami. Niestety produktów tych nie ma tam w wolnej sprzedaży. W razie potrzeby trzeba odwiedzić lekarza rodzinnego lub pielęgniarkę środowiskową, aby uzyskać na kosmetyki receptę.

Żele i kremy

Podobne kosmetyki pojawiły się od pewnego czasu również na polskim rynku. Pozornie są to podobne kosmetyki do używanych przez osoby zdrowe ale zawierają one składniki,

które bardziej aktywnie działają na skórę. Są to różne kremy, mleciska, żele do masażu, płyny do kąpieli czy pianki do oczyszczania skóry. Kosmetyki te są dostępne w wolnej sprzedaży.

Największy wybór kosmetyków oferuje niemiecka firma Paul Hartmann. Seria produktów o nazwie Menalid professional zawiera między innymi piankę do oczyszczania genitalnych partii skóry i krem ochronny pielęgnujący te okolice, mydło do suchej, podrażnionej skóry, żel do masażu. Seria zawiera też wilgotne chusteczki do oczyszczania skóry przy niewielkich zabrudzeniach oraz dający maksimum ochrony protektor w postaci pianki.

Na rynku dostępne są także kosmetyki innych firm, między innymi Schuelke&Mayr i TZMO.

Kosmetyki dla osób z dolegliwością NTM opracowano specjalnie z myślą o skórze suchej, wymagającej regeneracji i nawilżenia. Ich systematyczne stosowanie łagodzi nieprzyjemne objawy. Można je kupić w większych aptekach.

MAW

Leki dla wszystkich, ale nie dla każdego

Z urologiem, dr med. Arturem Antoniewiczem, zastępcą ordynatora Oddziału Urologii Centralnego Szpitala Kolejowego rozmawia Elżbieta Mamos

- Czy leki wspomagające erekcję są potrzebne w procesie terapeutycznym prowadzonym przez lekarza urologa?

- Zdecydowanie tak. To grupa leków, z których korzysta wielu chorych, także pacjentów urologicznych. Leki z tej grupy wymagają szczególnego nadzoru ogólnomedycznego. Mężczyzna w średnim lub starszym wieku, cierpiący na zaburzenia wzrodu, może mieć wiele innych dolegliwości, a więc stosując na przykład Viagrę czy Levitra ryzykuje czasem wydolność swojego organizmu. Dlatego tak szybko po wprowadzeniu na rynek tych leków pojawił się wątek ich bezpieczeństwa dla niektórych pacjentów.

- Czy nietrzymanie moczu jest przeciwwskazaniem do korzystania z leków wspomagających erekcję?

- Współistnienie tych schorzeń rzadko występuje u mężczyzn, ale bywają i tacy pacjenci. Grupę, którą tu bym tu wyróż-

nił, stanowią chorzy poddani leczeniu radykalnemu z powodu raka gruczołu krokowego. Takie leczenie to najczęściej radykalna prostatektomia, która polega na usunięciu całego gruczołu krokowego z pęcherzykami nasiennymi, fragmentem cewki moczowej, fragmentem nasieniowodów. Wpływa to na stan męskości, mężczyzna nie ma wytrysków nasienia i może nie mieć wzrodu. Jest to



konsekwencją takiej operacji. Niestety granica wieku chorych, u których dokonujemy takich operacji stale się obniża i wtedy dla stosunkowo młodego pacjenta fakt, że staje się on impotentem, jest poważnym problemem. Jednocześnie operacja, o której mówimy, często uszkadza mechanizm trzymania moczu. Nazywamy to wysiłkowym nietrzymaniem moczu. Jeśli więc mamy pacjenta po takiej operacji, ale bez innych dolegliwości, to możemy

z całym przekonaniem powiedzieć, że jest on dobrym kandydatem do leczenia specyfikami wspomagającymi erekcję. Jemu medycyna może pomóc. To jest moim zdaniem kwintesencją współdziałania dobrego lekarza urologa z pacjentem. Nie tylko mężczyzna, który chciałby być „lepszy w łóżku”, lecz z pacjentem, któremu można w sposób istotny pomóc, chociaż jego problemem był nowotwór gruczołu krokowego, a więc choroba zagrażająca życiu chorego.

Sprostowanie

W numerze 6/2003 Kwartalnika NTM w rubryce „Radzimy”, poświęconej właściwemu doborowi środków pomocniczych nastąpiło przekłamanie w zdaniu: „Pacjentom zmuszonym do noszenia na sobie sprzętu stomijnego doradzam zdejmowanie go na noc i stosowanie wkładek anatomicznych lub podkładow”. Oczywiście nie chodzi o sprzęt stomijny, lecz środki pomocnicze. Autorka, Anna Kubiak, nie zaleca zdejmowania sprzętu stomijnego. Za nieporozumienie serdecznie Czytelników przepraszamy.

Przychodzi pacjent do lekarza...

Z prof. dr Jerzym Bralczykiem, wybitnym językoznawcą, rozmawia Wanda Jelonkiewicz

- Usłyszałam opinię, że pacjentki, ponieważ to głównie pań dotyczy, chociaż również mężczyzn, nie mówią lekarzowi o dolegliwości nietrzymania moczu, bowiem nie potrafią znaleźć na jej opisanie odpowiednich słów. Działa tu zapewne nie tylko bariera wstydu ale także trudności językowe.

- Może powinny zacząć od próby wyrażenia samego faktu...

- Tak, to prawda muszą się przyznać, że wystąpił u nich pewien defekt, który je w jakiś sposób kompromituje i ośmiesza.

- Przede wszystkim ośmiesza, ponieważ czyni z nich małe dziecko. W tej dolegliwości jest się podobnym do małego dziecka, a my chcemy dorosnąć. Chcemy to, co charakterystyczne dla małego dziecka, zostawić za sobą.

- Jeśli zatem znajdujemy w osobie dorosłej cechy dziecka, uznajemy, że czynią one z nas osobę wadliwą....

- ..która nie potrafi się wyrazić, ponieważ przypomina dziecko, nie dające sobie rady i nie kontrolujące czynności fizjologicznych.

- Ale dziecku wybaczymy...

- Tak, bo pewne cechy są normalne w jego wieku i normalne jest to, że chcemy wyjść z tego okresu. Chcemy coś umieć, być samodzielni, no i nie chcemy też susiać. Nie ma neutralnych określeń, które by umieszczały to zjawisko w obrębie choroby, bardziej lub mniej dolegliwej ale nie szanowanej. Każdej chorobie należy się szacunek. Jeżeli ktoś cierpi na serce, na wątrobę, na reumatyzm, to mu współczujemy. Człowiek chory potrzebuje opieki i nie ma w tym żadnego elementu śmiesznego.. Czyli, jak mówić o nietrzymaniu moczu jako o chorobie a nie jak o defekcie....

- Jak mówić, aby prowadzić swobodny dialog. Aby z jednej strony pacjent umiał opowiedzieć o swym

problemie, a z drugiej lekarz umiał z nim rozmawiać?

- Trzymanie lub nietrzymanie moczu wydaje się określeniem właściwym, ponieważ zawiera w sobie element oficjalności. Na co dzień nie używamy terminu mocz, tak jak kał czy ekskrementy. Nie są to słowa literackie czy książkowe; raczej fachowe. Na co dzień mówimy o siusianiu, sikaniu czy wulgarnie szczaniu. Takie słowa jak zeszczął się, czy zsiakał są takimi najczęściej spotykanymi. Najczęściej odnosimy je do fizjologii, która wiąże się z dzieciństwem, albo z utratą świadomości. Na przykład pijany nie trzyma moczu. Pijany, nie tyle godny szacunku ile raczej lekceważony, godny pogardy. Kiedy używam w stosunku do niego takich słów jak „mocz”, lub „kał”, wydają się one zbyt biologiczne. Mówiąc o siusianiu mówię jednak o człowieku. Czasem mówimy „pies susia”, ale generalnie już o kocie czy innych zwierzętach tego nie mówimy. Jeleń np. nie susia a oddaje mocz, co oznacza, iż to słowo wiąże nas ze zwierzętami. Natomiast trzymanie moczu już mniej, ponieważ jest charakterystyczne dla działania świadomego. Więc nietrzymanie moczu, chyba też? Nie będę trzymał i już. Trudności w trzymaniu wskazują jedynie na kłopoty z tym problemem.

- Czyli tak powinien zapytać lekarz?

- Myślę że tak: „Czy ma pani problemy z trzymaniem moczu?”. Właśnie to „trzymanie” powinno się pojawiać i trudności z nim związane. „Trudności” łagodzą temat, przełamują barierę językową. Wyrażenie to nie oznacza, iż człowiek nie może tego robić, tylko że ma czasem z tym kłopoty, ale generalnie radzi sobie z tą czynnością.

- W ten sposób przejawiamy szacunek dla pacjenta?

- Poszanowanie pacjenta a także postraktowanie tej dolegliwości jako cho-

roby, która charakteryzuje się tym, że my jej nie chcieliśmy ale ona się pojawiła. Czasem działają zachowania słowne uwzględniające tabu, czyli eufemistyczne. Polega to na tym, że używa się jakiejś ogólnej zamiast szczegółowej nazwy. Można by powiedzieć na przykład „kłopoty z pęcherzem”, .

- No właśnie. To dosyć łagodne, wręcz eufemistyczne określenie...

- Tak. Pęcherz jest częścią ciała, tak jak wątroba czy śledziona. Słowo pęcherz może się pojawić w różnej frazeologii, ale nie ma poczucia niestosowności. Chory na pęcherz to w potocznej świadomości ktoś, kto nie trzyma moczu. Generalnie 990 na 1000 osób pomyśli, że to jest ktoś, kto popuszcza. To jeszcze jedno słowo. Popuszczanie ma jednak frywolny wydźwięk, ponieważ zdarza się nam to ze śmiechu lub przy okazji dużego wysiłku. A tu nie chodzi ani o wysiłek ani o śmiech Tu nie chodzi o człowieka zdrowego, któremu coś się wymknie, tak jak niechcący „bąk”.

- Pan profesor mówił, że to „popuszczanie”, ma charakter wesołkowy. Czy wobec tego musimy mówić o nietrzymaniu moczu ze taką śmiertelną powagą?

- Na pewno nie, choć według mnie o chorobach nie należy mówić wesoło, bo to nie jest wesoła sprawa. Wystarczy rozmawiać na ten temat bez namaszczenia czy patosu.

- A jeśli chory kpi z siebie?

- Choremu wolno, nawet umierająco, kpiąc ze swojego umierania, zyskuje



nasz dodatkowy szacunek. Patrzymy na człowieka, który dzielnie daje sobie radę. Ale ja z tej śmierci kpić nie mogę.

- Gdyby zatem lekarz używał słów może nie wulgarnych ale zastępczych w rodzaju „sikania”, byłaby to niezręczność?

- Tak. Wyrażenia „czy pani sika”, „popuszcza” uważam za niestosowne. Raczej bym używał eufemizmów: „czy ma pani kłopoty z pęcherzem?”, „jak się objawiają?”, albo też „czy pani ma trudności z trzymaniem moczu?”. Stosowanie tego ostatniego terminu ze świadomym dodatkiem „trudności”, „kłopoty” daje poczucie, że mamy do czynienia z dolegliwością.

- A z punktu widzenia pacjenta? Przychodzi pacjent do lekarza...

- Wydaje mi się, że symetrycznie: „cierpię na pęcherz” czy „mam trudności z utrzymaniem moczu”. Są to sfor-

mułowania, które w takiej sytuacji można uznać za naturalne i oczekiwane. Na żartowanie z tego może pozwolić sobie tylko pacjent, lekarz już nie. Z drugiej strony pacjent żartując ze swej dolegliwości, stawia lekarza w trudnej sytuacji. Tymczasem trudności z trzymaniem a raczej utrzymaniem moczu wydają się być określeniami łatwymi do zaakceptowania zarówno przez lekarza jak i pacjenta. Ale pułapka kryje się jeszcze w słowie „mocz”, które kojarzy się z brzydkim zapachem, z tym, iż cuchnie. Gdyby nasz pot wydzielał przyjemną woń fiołków, wówczas nasza konfuzja nie byłaby tak duża. Może by nas nawet nakłaniano czasem, aby „poprawić” zapach?

- Czy dolegliwości te nie należą do spraw tabu, więc pacjenci tak je traktują? Myślą jednocześnie, że lekarzom, zwłaszcza danej specjalno-

ści wolno o nich rozmawiać, ponieważ wiedza odziera je z tajemnicy. Czasem wystarczy, iż dana choroba staje się modna, na przykład stres. Alkohol był kiedyś wstydliwą sprawą. Teraz ludzie mówią bez wstydu „jestem alkoholikiem”.

- To nie tak. Na przykład uremia czy dolegliwość prostaty nie uchodzą za coś śmiesznego czy godnego pogardy. Może nie uważamy je za choroby modne, ale w pewnym sensie otoczone szacunkiem a nawet elegancją. Może nie tyle elegancko jest chorować, ale to są te ważne choroby. Weźmy teraz za twierdzenie. Wydawałoby się śmieszna dolegliwością, ale na pewno poważniejszą niż rozwolnienie. Wracamy zatem do punktu wyjścia, do poziomu dziecka, które nie kontroluje czynności.

- Dziękuję Panu za rozmowę.





Wstydę się swojej lekarki

Chciałbym dowiedzieć się, jaki rodzaj nietrzymania moczu mi dolega. Objawia się on u mnie w ten sposób, że w ciągu dnia wielokrotnie oddaje mocz w normalnych (z mojego punktu widzenia) dużych dawkach. W nocy muszę jednak często korzystać z toalety, oddając bardzo obfity mocz. Bardzo możliwe, iż duże dawki są wynikiem wypijania zbyt dużej ilości piwa. Proszę potraktować mój problem poważnie, ponieważ mieszkam w małej wiosce, gdzie w przychodni zdrowia nie miałbym odwagi poruszyć tego problemu, ponieważ lekarka jest moją sąsiadką. Mam 22 lata; nietrzymanie moczu utrudnia moją egzystencję. Proszę o odpowiedź, gdzie mogę się zwrócić o poradę?

Łukasz J.
Katowice

Dr Piotr Dobroński

Postawienie rozpoznania na podstawie listu bez możliwości zbadania chorego to rzecz trudna, o ile możliwa. Praktycznie można wykluczyć u Pana wysiłkowe nietrzymanie moczu. O ile nie występuje u Pana żadna przyczyna anatomiczna (np. wada wrodzona układu moczowego) to wstępnie można podejrzewać tzw. zaburzenia czynnościowe dotyczące dolnych dróg moczowych, jeden lub dwa jego typy, być może skojarzone z zaburzeniami snu (bardzo głęboki sen). Jeden z typów to tzw. nietrzymanie moczu z parą w przebiegu nadreaktywności pęcherza moczowego (na co wskazywać może konieczność oddawania moczu w nocy, szczególnie jeśli jest to więcej niż 2x/noc). Natomiast po wypiciu dużej ilości piwa przed snem być może występuje u Pana tzw. nietrzymanie z przelewania (tj. tak jak z przepełnionego naczynia) być może skojarzone z nadreaktywnością. Wstępną radą jest oczywiście unikanie spożycia większej ilości płynów wieczorem (szczególnie moczopędnych, jakim jest piwo). Wydaje się, że wymaga Pan dokładniejszej diagnostyki niż powyższe spekulacje: zarówno obrazowej (w kierunku zwężenia szyi pęcherza lub czynnościowej przeszkody podpęcherzowej) jak i urodynamicznej

(nadreaktywność? dyssynergia? przeszkoda czynnościowa?) Proponujemy Szpital im. Michałowskiego, w Katowicach, przy ul. Strzeleckiej.

Nie widać poprawy

Mój 60-letni ojciec miał kilka tygodni temu operację. W kilka dni po niej wyjęto mu cewnik, ale mocz uchodzi samoistnie z cewki. Chorował na nowotwór w pęcherzu moczowym, w związku z czym cały mu wycięto a następnie zrekonstruowano z jelita. Teraz czeka go chemia, czuje się dobrze, ale denerwuje się ponieważ nigdzie nie może się ruszyć. W ciągu dnia chodzi do toalety co 15-20 minut, w nocy nie chce zakładać pieluch; woli kapturek ale martwi się, że nie może normalnie oddawać moczu. Czuje parcie, natomiast ma problemy z utrzymaniem moczu. Czy można mu pomóc?

Paweł Balicki
Warszawa

Dr Piotr Dobroński

Jest to częsty problem po tego typu operacjach, związany na ogół z pooperacyjną niewydolnością zwieracza zewnętrznego. Może okazać się przejściowy, 6 tygodni po operacji to jeszcze bardzo wcześnie, a kontrola zwieracza często wraca do 6 a nawet 12 miesięcy po zabiegu. Ważne jest, czy chory oddaje mocz normalnie (z użyciem mięśni brzucha) czy ma tylko stały wyciek moczu przez cewkę. Oczywiście lepiej, jeśli oddaje mocz także normalnie. Szanse są większe, jeśli chory jest w stanie w czasie oddawania moczu przerwać świadomie jego strumień zaciskając zwieracz (proszę sprawdzić). Jest to dobre ćwiczenie wzmacniające zwieracz i warto je stosować w czasie oddawania moczu! Szanse poprawy stwarza też tzw. fizykoterapia tj. stymulacja mięśni dna miednicy delikatnymi prądami. Tym zajmują się specjalistyczne pracownie. Żadnych decyzji co do leczenia zabiegowego tego typu nietrzymania moczu nie podejmuje się do 6 miesięcy po operacji. Jeśli uszkodzenie zwieracza jest trwałe (co może dotyczyć nawet 10-30% chorych po tego typu operacjach w najlepszych ośrodkach!) to - po

wykonaniu odpowiednich badań - rozwiązaniem po zostaje wszczęcie sztucznego zwieracza cewki, mniejsze szanse dają wstrzyknięcia substancji do okolicy zwieracza (uszczelnienie). Pomimo trudnej i upośledzającej jakości życia sytuacji związanej z nietrzymaniem moczu, proszę pamiętać, że naczelnym celem operacji była doszczętność onkologiczna, czyli wyleczenie nowotworu, a ta z kolei nie pozwala czasem zachować kontynencji.

Czy można brać leki?

Moja mama choruje na stwardnienie rozsiane. Dodatkowo cierpi na nietrzymanie moczu. Lekarz nie chce jej przepisać żadnych leków. Proszę o informację, czy może zażywać leki na nietrzymanie moczu?

Adriana Sz.
Wrocław

Dr Piotr Dobroński

W stwardnieniu rozsianym najczęstszym rodzajem nietrzymania moczu jest nietrzymanie nagłające spowodowane nadreaktywnością pęcherza. U ponad 80% chorych skuteczne są leki z grupy tzw. antycholinergicznym np. Ditropan, Driptane (3-6x 2,5-5mg tbl) lub droższy lecz dający mniej działań ubocznych (głównie suchość w ustach) Detrusitol (2x1-2mg). Przeciwwskazaniami do ich stosowania są np. jaskra, astma oskrzelowa, zwężenie odźwiernika. Ich działanie występuje szybko, a maksymalny efekt osiąga po 6 - 8 tygodniach. U chorych, u których leki te nie działają, wskazane jest wykonanie badania urodynamicznego (możliwe jest współistnienie nietrzymania wysiłkowego i z przelewania, które muszą być leczone inaczej).

Czy to choroba?

Kiedy dziecięce moczenie można potraktować jako chorobę i w jaki sposób rozpocząć diagnozę i leczenie. Syn ma prawie 9 lat i praktycznie każdej nocy się moczy, czasami nawet po wysadzeniu o 1.00 czy 2.00 godzinie w nocy.

Artur B.
Piła



Dr Ryszard Hanecki

Zdolność świadomej kontroli nad czynnością oddawania moczu kształtuje się u dziecka stopniowo. Początkowo nabywa ono umiejętności zapanowania nad pęcherzem w dzień, w następnej dopiero kolejności dochodzi do pełnej kontroli nad mechanizmami warunkującymi „suche noce”. Przyjmuje się, że dziecko powinno osiągać kontrolę nad czynnością oddawania moczu około 5 roku życia. Tak więc, z całą pewnością nie powinno się czekać aż moczenie nocne u Pańskiego 9-letniego synka ustąpi samoistnie. Wprawdzie, jak wykazują obserwacje dużych populacji, większość dzieci rzeczywiście „wyrasta”, z moczenia, ale trudno jest przewidzieć, czy i kiedy u danego dziecka to nastąpi. Wiemy, że im dziecko jest starsze, tym bardziej uciążliwość ta utrudnia jego codzienne funkcjonowanie i doprowadzić może do wtórnych zaburzeń emocjonalnych, które należy traktować jako skutek moczenia, a nie jego przyczynę. Moczenie nocne może być spowodowane różnymi przyczynami, dlatego też niezbędne jest rozpoczęcie postępowania diagnostycznego, mającego na celu wykluczenie współistnienia innych chorób układu moczowego lub nerwowego, objawiających się moczeniem nocnym. Dopiero po ustaleniu przyczyn i rodzaju moczenia nocnego można podjąć próbę leczenia. Podsumowując - syn wymaga konsultacji specjalistycznej poradni urologicznej.

Dlaczego syn się moczy?

Mam 11-letniego syna, który do dnia dzisiejszego moczy się w nocy. Jest dość wyrośniętym młodzieńcem. zawsze lubił dużo zjeść i wypić. Czasem zmoczy się raz a czasem, prócz wysadzania, potrafi zmoczyć się 2 razy. Ogólne badanie moczu nic nie wykazało. Robiłam mu również badania na gęstość moczu nocnego i też były w normie. Wykonano u niego badanie sprawdzające możliwości opróżniania pęcherza. Wypadło pomyślnie. Miał również wykonane USG nerek - wszystko w porządku. Lekarz stwierdził, że jeżeli wyniki są prawidłowe, to prawdopodobnie moczenie jest na tle psychologicznym.



Tymczasem psycholog nic nie stwierdził, chociaż chodziłam do niego z synem przez cały rok (jak miał 5 lat). Po roku doktor stwierdziła, że syn nie jest jeszcze wystarczająco dojrzały, aby zmobilizować się i przestać siusiać. Jednak minęły 4 kolejne lata a syn nadal siusia. Zaczęłam ponownie z nim chodzić do psychologa. Niestety bez rezultatu. Czy możecie mi Państwo pomóc? jak mogę stwierdzić czy mój syn ma

problem z moczeniem nocnym z powodów psychologicznych czy zdrowotnych? Czy lekarz pierwszego kontaktu może mnie skierować do innego lekarza niż rejonowy urolog czy psycholog?

Dorota P.
Zamość

Dr Ryszard Hanecki

Moczenie nocne może być schorzeniem izolowanym bądź też objawem



towarzyszącym innym nieprawidłowościom zarówno układu moczowego jak i nerwowego. Dla ustalenie przyczyn i postaci moczenia niezbędne jest zebranie dokładnego wywiadu dotyczącego przebiegu choroby, jej objawów jak również przeprowadzenie szeregu dodatkowych badań diagnostycznych. Z listu Pani wynika, że część tych badań była już u syna wykonana, trudno jednak, na podstawie relacji ocenić ich dobór, wartość i zinterpretować wyniki. Nie wiem np. co miała Pani na myśli pisząc o badaniu „sprawdzającym możliwość opróżniania pęcherza” - czy było to badanie USG oceniające zaleganie moczu w pęcherzu po jego oddaniu, czy też kompleksowe badanie urodynamiczne, niezbędne przy pewnych postaciach moczenia. Nie wiadomo też, czy moczenie trwa nieprzerwanie od urodzenia, czy występowały w jego przebiegu przerwy dłuższe niż 6 miesięcy. Nieznajomość tych, przykładowo wymienionych, elementów uniemożliwia udzielenie wyczerpującej odpowiedzi co do rodzaju dalszego postępowania.

Moczenie nocne u dziecka, które nie wykazuje zmian w badaniach dodatkowych, a więc u dziecka bez wady układu moczowego, choroby układu nerwowego bądź zakażenia układu moczowego, oceniane było jeszcze do niedawna jako nieprawidłowość pochodzenia emocjonalnego i określane mianem „moczenia na tle psychogenne”. Stosowana w tych przypadkach psychoterapia zazwyczaj nie przynosiła spodziewanej poprawy, co powodowało dalsze rozczarowanie dzieci i rodziców. Tak więc, dopiero po wykluczeniu organicznych (anatomicznych lub czynnościowych) przyczyn moczenia, możliwe jest jego zdefiniowanie jako „psychogenne”. Powinna Pani zgłosić się z synem do specjalistycznej poradni urologicznej, lub po powtórnej wizycie u lekarza pierwszego kontaktu, poprosić o skierowanie do takiej placówki. Problematyką tą zajmują się - poza urologami i psychologami - również lekarze innych specjalności, jak np. pediatrzy, nefrologi czy dziecięcy, urodziny dziecięcy. Lekarz pierwszego kontaktu może syna skierować na konsultację do ośrodka, który Pani wybierze.

Dwudziestolatka nadal się moczy

Moja 20-letnia córka moczy się w nocy od dziecka. Moczenie następuje co pewien czas, czasami po kilka nocy z rzędu, potem jest spokój na jakiś czas. Dziewczyna rozpoczyna studia w październiku - NTM jest dla niej problemem. Mama dziewczynki też miała z tym problemem do 17. roku życia. Później, mając 18 lat, urodziła dziecko. Czy mojej córce można pomóc?

Karol P.
Płock

Dr Ryszard Hanecki

Z całą pewnością nie można czekać aż Pańska 20-letnia córka „wyrośnie”, z moczenia nocnego. Poza tym, że dolegliwość ta w znaczącej mierze obniża jakość życia dotkniętego nią dziecka, może być ona objawem innych chorób i wad układu moczowego. Wiadomo też, że wpływa ona negatywnie na rozwój psychiczno-emocjonalny chorego. Nie podaje Pan istotnych danych odnośnie przebiegu choroby, takich jak np. czy jest to tylko moczenie nocne, czy moczenie dzienne i nocne?, czy w rozwoju dziecka była dłuższa przerwa w moczeniu, czy dziecko moczy się cały czas od urodzenia?, czy nasilenie moczenia przed rokiem było takie samo, mniejsze bądź większe?, czy w trakcie oddawania moczu w dzień dziecko skarżyło się na dolegliwości bólowe, pieczenie? Dysponujemy jedynie pewną supozycją sugerującą rodzinne występowanie schorzenia. Dane statystyczne na ten temat wykazują, że jeżeli jedno z rodziców moczyło się, to prawdopodobieństwo pojawienia się moczenia u dziecka wynosi ok. 44%. Powyższe uwarunkowania genetyczne są bardzo wyraźne u dzieci z tzw. Pierwotnym Izolowanym Moczeniem Nocnym. Ta postać moczenia, nie związana z współobecnością innych nieprawidłowości w zakresie układu moczowego i nerwowego, poddaje się niekiedy dość dobrze leczeniu farmakologicznemu. Jednakże dla rozpoznania (potwierdzenia) tej supozycji, niezbędne jest przeprowadzenie badań dia-

gnostycznych, którym córka powinna się poddać. Wskazane jest zatem zgłoszenie się do ośrodka specjalistycznego, na przykład Kliniki Urologii AM w Warszawie

Boję się skutków

Problem NTM dotyka także mnie; mam 40 lat i urodziłam 4 dzieci. Pierwsze objawy pojawiły się u mnie po drugim porodzie, ale ich nasilenie obserwuję u siebie od około 2 lat. Mój ginekolog zaproponował operację powiazaną z plastyką pochwy. Niestety niewiele mógł mi powiedzieć o długoterminowych efektach takiego zabiegu i dlatego trudno mi się na nią zdecydować. Muszę dodać, że prawdopodobnie w rodzinie sprawa wiotkości powłok brzusznych jest dziedziczna. Stwierdzono ją nie tylko u mnie ale także u mojej mamy. Czy mogę prosić o informację na temat pooperacyjnych rokowań?

Anna S.
Warszawa

Prof. Longin Marianowski

Wymaga Pani leczenia nietrzymania moczu ale poprzedzonego dokładną diagnostyką jego typu (prawdopodobnie jest to w Pani przypadku typ wysiłkowego nietrzymania moczu). Obecnie uważa się, że sama plastyka ścian pochwy nie jest zabiegiem skutecznym długoterminowo szczególnie u pacjentek z wiotką tkanką łączną. Natomiast powiązanie takiej plastyki z operacją podwieszenia cewki moczowej na taśmie może dać dobre długotrwałe efekty. Według polskich doświadczeń na kilkusetosobowej grupie pacjentek operacja taka zapewnia trzymanie moczu u 75-90% pacjentek po 6-7 latach, co jest bardzo dobrym wynikiem. Oczywiście dokładna diagnoza i kwalifikacja do określonego typu operacji oraz ocena możliwości ewentualnych powikłań nie jest możliwa listownie lub za pośrednictwem internetu, dlatego zapraszamy Panią do Kliniki Położnictwa i Ginekologii Akademii Medycznej w Warszawie celem konsultacji i zaproponowania skutecznego leczenia Pani dolegliwości.

Na listy odpowiadali współpracujący z Programem Prospołecznym „NTM - Normalnie Żyć”, konsultanci z Kliniki Urologii oraz Kliniki Położnictwa i Ginekologii Akademii Medycznej w Warszawie. Odpowiedzi udzielamy wyłącznie na łamach Kwartalnika NTM oraz na stronie internetowej www.ntm.pl

Tydzień Niepełnosprawnych na Bemowie



Aż 97 procent mieszkańców Unii Europejskiej uważa, że należy coś zrobić dla lepszej integracji osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem. 93 procent jest za przeznaczaniem na ten cel więcej pieniędzy. Za usunięcie barier odpowiedzialne mają być przede wszystkim władze lokalne. Najbardziej ambitny plan przyjęła Holandia, która zobowiązała się do całkowitego przystosowania transportu kolejowego i autobusowego dla osób niepełnosprawnych. Polska podejmuje również wiele starań w tym kierunku, choć daleko nam jeszcze do poziomu życia niepełnosprawnych w krajach europejskich. Poza tym w naszym kraju ciągle jeszcze trzeba przekonywać, że niepełnosprawność nie dyskwalifikuje człowieka i ma on te same prawa co zdrowi obywatele.

O swych działaniach na rzecz osób niepełnosprawnych opowiadali, podczas sympozjum (8 września 2003) przedstawiciele organizacji pozarządowych oraz samorządowcy jednej z warszawskich dzielnic - Bemowa. W następnych dniach zorganizowano wiele imprez dla niepełnosprawnych i z ich udziałem: spartakiadę, koncert, piknik integracyjny oraz pożegnanie lata.

MAW

III Zjazd Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej

Prawie 1000 lekarzy rodzinnych zjechało do Lublina na zjazd PTMR. W ciągu 3 dni (11-13 września 2003) wysłuchali kilkudziesięciu wykładów poświęconych aspektom chorób nękających polskie społeczeństwo. Odbyły się sesje na temat chorób metabolicznych, naczyniowych, chorób infekcyjnych i płuc. Mówiono o problemach zdrowotnych związanych z procesem starzenia się i o opiece zdrowotnej. Lekarze mówili o swych doświadczeniach, wątpliwościach i wynikach prowadzonych badań. Naukowcy z I Katedry i Kliniki Ginekologii Akademii Medycznej w Lublinie zajęli się m.in. wysiłkowym nietrzymaniem moczu w kobiet. Autorzy (W. Bednarek, N. Stachowicz, J. Kotarski) przedstawili patogenezę i odmiany tej dolegliwości. Zajęli się także farmakologicznymi i operacyjnymi metodami leczenia tego schorzenia.

Zjazd zakończył obrady dyskusją wokół okrągłego stołu. Do udziału w niej zaproszono Leszka Sikorskiego, ministra zdrowia. Pytano go przede wszystkim o sytuację finansową służby zdrowia. Szef resortu musiał wysłuchać także wielu krytycznych uwag o jakości i poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, na którą lekarz rodzinny często nie ma wpływu.



Jak przełamać barierę wstydu zastanawiali się uczestnicy międzynarodowego seminarium w Brukseli

Prof. dr Andrzej Steciwko, prezes PTMR zaprosił wszystkich na II Kongres Towarzystwa, który odbędzie się w październiku 2004 roku, we Wrocławiu.

MAW

Korespondencja z Brukseli

Przełamać barierę wstydu

Przełamać barierę wstydu - to podstawowy cel wszystkich organizacji zajmujących się problematyką nietrzymania moczu na całym świecie. Firma Eli Lilly zorganizowała ich spotkanie w Brukseli. Był to pierwszy krok do rozpoczęcia ogólnoświatowej kampanii na rzecz podniesienia świadomości istnienia problemu wysiłkowego nietrzymania moczu wśród kobiet. Jak szeroko dotyka kobiety ten problem niech świadczą liczby. Aż 65 milionów osób płci żeńskiej na świecie cierpi na wysiłkowe nietrzymanie moczu. Dla większości kobiet pojawienie się tego problemu oznacza natychmiastowe obniżenie ich standardów życiowych. Badania zaprezentowane w Brukseli dowodzą, iż właśnie obniżenie standardu życia jest najczęściej wskazywanym przez kobiety negatywnym efektem pojawienia się tej dolegliwości. Istnieje jednak nadzieja, że lek, który pojawi się w Polsce w przyszłym roku, okaże się kolejnym krokiem naprzód w światowej medycynie, a dla kobiet, również w Polsce, rozwiązaniem ich problemów.

TM

UROSTO w Warszawie

Bydgoskie Stowarzyszenie Osób Przewlekłe Chorych z Chorobami Układu Moczowego UROSTO, przy współpracy z Programem Prospołecznym „NTM - Normalnie Życ”, otwiera Mazowiecki Oddział UROSTO.

Siedziba Stowarzyszenia mieścić się będzie w szpitalu klinicznym Dzieciątka Jezus, przy Klinice Urologii Akademii Medycznej w Warszawie, ul. Lindleya 4. Wkrótce odbędzie się zebranie założycielskie. Zainteresowanych prosimy o wypełnienie kuponu zamieszczonego na stronie 23 i przesłanie go do redakcji. Poinformujemy ich o terminie i miejscu zebrania założycielskiego. Celem Stowarzyszenia UROSTO jest poprawa sytuacji chorych poprzez popularyzację wiedzy na temat przyczyn chorób układu moczowego, profilaktyki i metod leczenia a także pomoc w rehabilitacji po leczeniu operacyjnym. W planach znajduje się również organizacja badań profilaktycznych. Stowarzyszenie podejmuje też działania mające na celu zwiększenie dostępności leków i artykułów pielęgniarskich.

MG

Kongres Ginekologów

XXVIII Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego odbył się od 17 do 20 września 2003 roku w Bydgoszczy. Uczestniczyło w nim ponad 1500 osób. Program Prospołeczny „NTM - Normalnie Życ” miał okazję zaprezentować dotychczasowe swoje osiągnięcia oraz cele działalności. Tomasz Michałek, dyrektor Programu

zachęcał lekarzy do współpracy w zakresie tematyki nietrzymania moczu. W trakcie jednej z sesji temat ten był szeroko omawiany przez ginekologów.

MK

Platforma Obywatelska za systemem otwartym

Platforma Obywatelska postanowiła dokładnie prześledzić zawieranie kontraktów przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Zdaniem Ewy Kopacz, posłanki PO, system zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze źle funkcjonuje. - Tylko wybrańcy urzędników będą zaopatrywać pacjentów - powiedziała podczas konferencji prasowej zorganizowanej przez Klub Poselski PO. - Oznacza to, że tylko nieliczne punkty będą realizować wnioski, do których dotrą nieliczni pacjenci. Dlaczego? Dlatego, że to urzędnicy zdecydują gdzie i w co powinniśmy się zaopatrywać. Czy mają do tego prawo? Opinia prawna, na którą powołuje się Klub Poselski świadczy, że urzędnicy NFZ nadużywają prawa, nie stosując się na przykład do art. 4 ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym w NFZ, który mówi, że pacjent ma swobodny dostęp do świadczeń zdrowotnych. Zasada ta może być zrealizowana najpełniej w systemie otwartym. Elżbieta Radziszewska dodała, że jednolite warunki konkursu ofert na 2004 rok w zakresie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, ogłoszone przez NFZ, mogą stać się podstawą do wystąpienia przez oferentów do Trybunału Konstytucyjnego.

MAW

W najbliższych miesiącach

Jak leczyć?

W Instytucie Biocybernetyki i Inżynierii Biomedycznej w Warszawie odbędzie się od 27 do 28 października 2003 roku seminarium dla lekarzy różnych specjalności na temat leczenia zachowawczego nietrzymania moczu. Spotkanie poprowadzi dr Jo Laycock z Wielkiej Brytanii. W trakcie seminarium powie między innymi o metodach stosowanych w fizjoterapii w leczeniu nietrzymania moczu, postępowaniu terapeutycznym w przypadku zaburzeń pęcherza i wysiłkowego nietrzymania moczu.

Badania urologiczne dla pań

Szpital urologiczny przy ul. Strzeleckiej w Katowicach organizuje od czerwca bezpłatne badania urologiczne dla pań. Ich celem jest zdiagnozowanie problemu nietrzymania moczu u niektórych z nich. Jest to jedno z pierwszych badań tego typu w Polsce. Mogą z niego skorzystać panie po 25 roku życia. Poza poradą lekarską wypełnią one specjalną ankietę i poddane zostaną badaniom urodynamicznym oraz USG. Badania odbędą się jeszcze 18 października oraz 4 i 18 listopada. Szpital przyjmuje zgłoszenia od poniedziałku do piątku, w godzinach od 9.00 do 14.00, pod telefonem 0-32 251 88 65.

Spotkania urologów

W dniach od 5 do 6 listopada 2003 odbędzie się w Krakowie Kongres Urologów Europy Centralnej. Dzień później (7-8 11 2003) będą miały miejsce w Krakowie Międzynarodowe Galicyjskie Spotkania Urologiczne.

II Warszawskie Seminarium Neurourologii

Przewodnym tematem tegorocznego seminarium neurourologicznego będzie „Nietrzymanie moczu - diagnostyka i leczenie w XXI wieku”. Swój udział zapowiedzieli znani specjaliści reprezentujący trzy nauki: urologię, neurologię i ginekologię. Wzorem ubiegłego roku odbędą się wykłady zaproszonych gości oraz interaktywne dyskusje okrągłego stołu poświęcone problemom nietrzymania moczu u dzieci i osób dorosłych. Do udziału w seminarium zaproszono między innymi Ch. Chapple'a, który mówił będzie o diagnostyce i wyborze metody leczenia nietrzymania moczu, C. Fowler, która poruszy temat diagnostyki neurofizjologicznej dolnych dróg moczowych. G. Opala powie o nietrzymaniu moczu w geriatric, natomiast U. Silen u dzieci. Wokół tych problemów koncentrować się będą następnie dyskusje okrągłego stołu. Organizatorem II Warszawskiego Seminarium Neurourologii jest Katedra i Klinika Urologii Akademii Medycznej w Warszawie. Więcej informacji na stronie www.neurouro.remedy.com.pl

INFOLINIA PROGRAMU PROSPOŁECZNEGO „NTM- Normalnie Życ”

0 801 800 038

Od 3 lutego br. działa ogólnopolska infolinia 0 801 800 038, pod którą wszyscy zainteresowani mogą uzyskać informacje na temat problemu nietrzymania moczu. Telefon jest czynny w dni powszednie w godzinach 8.00 - 20.00 i w soboty 8.00 - 16.00.

Całkowity koszt połączenia wynosi 0.29zł plus VAT.

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



Drodzy Czytelnicy,

Jeżeli zamierzacie zostać członkami Mazowieckiego Oddziału UROSTO, prosimy wypełnić poniższy kupon i przesać go na adres:

Program Prospołeczny „NTM-Normalnie Życ” 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.....

Chcesz cieszyć się
dobrym zdrowiem?

Czytaj
co miesiąc
miesięcznik
„ZDROWIE”

Zdrowie przez całe życie!



Kobiety Online-Internet Media
Kobiety.pl -Frauen.pl - Women.pl - Kobiety.com

NTM

normalnie żyć 0 801 800 038

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

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 częstota 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.

■ **Dyskusja**

■ **Listy**