

Kwartalnik **NTM**

nr 1(8) 2004

Start systemu otwartego
Raport ICS

LECZENIE NTM W XXI WIEKU

Test dla urzędników

Oddając do druku październikowy numer Kwartalnika NTM byliśmy przekonani, że w 2004 roku zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze będzie odbywało się według założeń tzw. systemu zamkniętego. Ostatnie dwa miesiące okazały się jednak przełomowe dla zwolenników systemu obowiązującego w Małopolsce i na Śląsku. Dzięki zaangażowaniu się posłanek Klubu Parlamentarnego Platformy Obywatelskiej, Ewy Kopacz oraz Elżbiety Radziszewskiej i wystosowaniu apelu do premiera, ministra zdrowia oraz prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, popartego przez kilkadziesiąt organizacji pacjentów, producentów i środowisk medycznych, zarząd NFZ zmienił wcześniejszą uchwałę i zdecydował o wprowadzeniu od 1 stycznia 2004 roku systemu otwartego. Jest to jeden z niewielu przykładów w naszym kraju, gdy posłowie opozycji i przedstawiciele rządu wspólnie wypracowują zmiany systemowe zmierzające do poprawy funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce.

Decyzja o wprowadzeniu ujednoliconego otwartego systemu zaopatrzenia zapadła na początku listopada ubiegłego roku. Urzędnicy NFZ mieli więc aż dwa miesiące na wypracowanie i ogłoszenie koniecznych do sprawnego funkcjonowania systemu wytycznych. Niestety, od tego momentu decyzje prezesa NFZ Krzysztofa Panasa są, przynajmniej dla mnie, niezrozumiałe. Pomimo apeli kierowanych przez różne środowiska o powołanie zespołu ekspertów, prezes zdecydował się powierzyć to zadanie Januszowi Tamilli, pełniącemu funkcję zastępcy dyrektora departamentu świadczeń zdrowotnych w NFZ. Zespół powstał, ale składał się wyłącznie z urzędników NFZ. Czemu jednak na jego czele stanął urzędnik znany ze swojego przywiązania do systemu zamkniętego? Dlaczego prezes K. Panas nie dopuścił do prac nad wytycznymi przedstawiciele pacjentów i producentów, którzy wielokrotnie informowali o konieczności jak najszybszego opracowania i ogłoszenia wytycznych do nowego systemu? Prezesa Panasa ponaglał również minister zdrowia jeszcze przed Bożym Narodzeniem.

Wielu sądzi, iż dyr. J. Tamilla celowo opóźniał wprowadzenie założeń do systemu otwartego. A może po prostu nie sprostął temu zadaniu? Bez względu na te przypuszczenia faktem pozostaje, iż ponosi on personalnie odpowiedzialność za chaos, jaki nastąpił w pierw-

szych dniach stycznia 2004 roku w niektórych oddziałach NFZ. Osoby zaopatrujące się w przedmioty ortopedyczne, pieluchomajtki, aparaty słuchowe czy też worki stomijne, były skazane w wielu województwach na wielogodzinne kolejki i poszukiwania tych aptek czy też sklepów medycznych, które już zdążyły podpisać umowę z właściwym oddziałem NFZ. Bardzo negatywnie należy ocenić także wielu dziennikarzy, którzy relacjonowali w tych dniach sytuację na rynku, pokazując głównie najslabiej przygotowany do nowej rzeczywistości oddział mazowiecki w Warszawie. Można było odnieść wrażenie, że identyczna sytuacja panuje w całej Polsce. Relacja w głównym wydaniu telewizyjnych "Wiadomości" była klasycznym przykładem wykorzystania telewizji publicznej do walki politycznej. Szkoda, że kosztem cierpiących osób. Interesujące, jakie odczucia mieli w tym czasie pacjenci na Śląsku i w Małopolsce, dla których de facto system pozostał bez zmian.

Wprowadzenie systemu okazało się znakomitą próbą na kompetencje urzędników w poszczególnych województwach. Do zdecydowanie pozytywnych przykładów można zaliczyć oddziały NFZ w woj. opolskim i pomorskim, które korzystając z własnej bazy danych rozesłały nowe karty zaopatrzenia do kilku tysięcy pacjentów.

Prezes K. Panas, tłumacząc się podczas debaty sejmowej z chaosu w systemie zaopatrzenia, informował posłów o zamiarze wyciągnięcia konsekwencji personalnych wobec tych urzędników, którzy ponoszą odpowiedzialność za powstały bałagan. Miejmy nadzieję, że tak się stanie. Bo to nie system zawinił, lecz urzędnik.

Niech pocieszeniem dla wszystkich będzie to, że z każdym dniem organizacja systemu otwartego jest coraz lepsza. Przez najbliższe tygodnie codziennie będzie zwiększała się liczba placówek sprzedających pieluchomajtki i pieluchy anatomiczne dla osób z problemem NTM. Pojawi się konkurencja cenowa i rynekowa walka o pacjenta. Od 1 stycznia 2004 roku już tylko pacjent decyduje, który produkt jest dla niego najlepszy.

Tomasz Michałek
Program Prospołeczny "NTM - Normalnie Życ"

Na okładce wykładowcy II Warszawskiego Seminarium Neurourologii, od lewej: prof. dr n. med. Walter Artibani, prof. dr n. med. Linda Cardozo, prof. dr n. med. Andrzej Borkowski, prof. dr n. med. Andrzej Borówka, dr n. med. Piotr Radziszewski.

Zdjęcia: Dominik Skurzak
Opracowanie graficzne okładki: Dariusz Bochniak

Spis treści

1(8) 2004

Wstęp - Tomasz Michałek	2
II WARSZAWSKIE SEMINARIUM NEUROUROLOGII	4 - 8
Wysiłkowe NTM - jak leczyć skutecznie? prof. dr Tomasz Rechberger	
Budowanie współpracy wywiad z prof. dr A. Borówką, prezesem PTU	
Co tam, panie, w unerwieniu, zwieracze trzymają mocno? prof. dr Mariusz Majewski	
RAPORT ICS - Maria Weber	9-10
REGIONALNE INICJATYWY	11-13
Metody fizykoterapeutyczne dla "początkujących" prof. dr Andrzej Steciwo, dr Maria Bujnowska-Fedak	
Soboty z NTM dr Wojciech Michalik Łódzka" Stokrotka" prof. dr Jacek Suzin, dr Grzegorz Surkont, lek. Edyta Wlazlak	
PRAWO	14-17
Start systemu otwartego Nie taki diabeł straszny... Maria Weber	
Koniec święta niepełnosprawnych	18
wywiad z Jolantą Banach, pełnom. rządu ds. osób niepełnosprawnych	
ZE ŚWIATA	19
NTM w Wielkiej Brytanii Magdalena Kowalewska	
LISTY	20
RADZIMY - Jak gospodarować..... E. Szwalkiewicz	21
AKTUALNOŚCI	22

Do Czytelników,

Noworoczny numer Kwartalnika NTM poświęcamy prawie w całości dwóm sprawom - nowoczesnym metodom leczenia nietrzymania moczu u kobiet oraz organizacji systemu otwartego przez poszczególne oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia. Decyzję o nowym systemie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, jak zapewne sobie czytelnicy przypominają, zarząd NFZ podjął w połowie listopada 2003 roku. Wydawało się, że wystarczy skorzystać z doświadczeń dwóch znanych z tego systemu oddziałów, małopolskiego i śląskiego, i ewentualnie dopracować wytyczne. Niestety, NFZ wstrzymał się z ich ogłoszeniem do ostatniego dnia, wywołując tym samym w niektórych oddziałach chaos i powodując zdenerwowanie pacjentów. Ale, jak zwykle, jedne oddziały radziły sobie lepiej, inne gorzej. Start systemu otwartego w regionach zależał się od pomyślności i aktywności urzędników. O tym jak sobie poradzili, poinformujemy czytelników w artykule „Nie taki diabeł straszny...”.

Nawiązemy również do dyskusji lekarzy podczas II Warszawskiego Seminarium Neurourologii. Głównym tematem spotkania były nowe idee leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet. Niektóre z poruszanych tematów znalazły miejsce na łamach Kwartalnika NTM. O skuteczności nowych leków pisze prof. dr Tomasz Rechberger, natomiast o badaniach nad unerwieniem dolnych dróg moczowych prof. dr Mariusz Majewski. Spróbujemy również wyjaśnić, w wywiadzie z prof. dr. Andrzejem Borówką, prezesem Polskiego Towarzystwa Urologicznego, pojęcie neurourologii.

W dalszym ciągu powrócimy do obiecanego wcześniej Raportu International Continence Society, który został zaprezentowany opinii publicznej podczas dorocznego zjazdu tego stowarzyszenia we Florencji, w październiku 2003 roku. Wyniki badania, przedstawione w raporcie, stanowią dowód jak wiele jest jeszcze do zrobienia w przypadku edukacji i terapii kobiet cierpiących na dolegliwość nietrzymania moczu. W 2003 roku obchodziliśmy Europejski Rok Osób Niepełnosprawnych. Czy udało się go wykorzystać dla poprawy jakości ich życia? Pytanie to zadała Iza Marcisz minister Jolancie Banach, która jest pełnomocnikiem ds. osób niepełnosprawnych. W Kwartalniku znajdą Państwo ponadto porcję listów wraz z odpowiedziami oraz aktualności, wśród których wyróżnia się informacja o otwarciu Mazowieckiego Oddziału UROSTO. Zapraszam do lektury. Prosimy również o listy, telefony i e-maile.

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

Maria Weber

Sekretarz redakcji

Magdalena Kowalewska

Komitet redakcyjny:

dr med. Piotr Radziszewski

lek. 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**Infolinia: 0 801 800 038****www.ntm.pl**

Wydawca wyraża zgodę na przedruk i tłumaczenie tekstów



Program
Prospołeczny
„NTM -
Normalnie
żyć”

Wydawca:
Warsaw Voice S.A.
na zlecenie
Studio PR

Wysiłkowe nietrzymanie moczu u kobiet

Jak leczyć skutecznie?

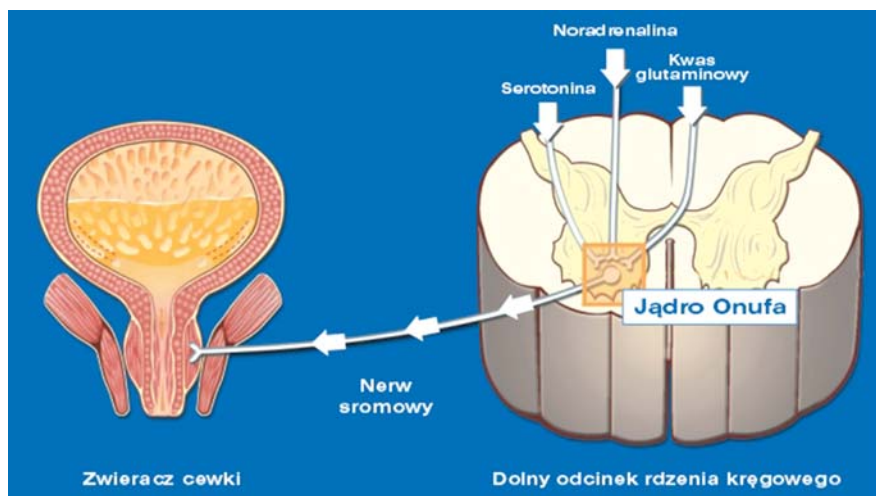


Prof. dr n. med. Tomasz Rechberger Kierownik II Katedry i Kliniki Ginekologii AM w Lublinie

Według współczesnej definicji ICS nietrzymanie moczu (NTM) to każdy niekontrolowany jego wyciek i to niezależnie od tego, czy stan ten powoduje dyskomfort psychosocjalny. Poprzednia definicja była niepraktyczna i bezużyteczna dla dużych badań epidemiologicznych. Aktualna definicja jest być może zbyt liberalna i pozwala na zaliczenie do grupy nietrzymających moczu pacjentki, u których taki epizod wystąpił nawet jednorazowo. Z drugiej jednak strony istnieją tendencje, aby dodatkowo nietrzymanie moczu charakteryzować poprzez częstość występowania objawów, ciężkość schorzenia, obecność czynników ryzyka, wpływ na ograniczenie aktywności socjalnej oraz jakość życia czy wreszcie konieczność szukania porady specjalistycznej z powodu nasilonych objawów. Nie ma wątpliwości, że częstość występowania NTM wzrasta wraz z wiekiem i osiąga swój szczyt w okresie menopauzy.

NTM pod lupą badaczy

W opublikowanym ostatnio badaniu epidemiologicznym V. Minnasian (2003) przeanalizowali dane epidemiologiczne pochodzące z 35 badań, z których 10 pochodziło z USA, 8 z Azji, 13 z Europy, 1 z Afryki i 3 z Australii. W 21 badaniach analizowano występowanie NTM jedynie u kobiet, zaś w 14 analizowano to zjawisko u obu płci. Analizę objęło 230000 osób, co pozwala na wyciągnięcie wysoce prawdopodobnych wniosków. Częstość występowania NTM wyniosła średnio 27,6 procent w populacji kobiet oraz 10,5 procent u mężczyzn, co pozwala jednoznacznie na uznanie NTM za chorobę społeczną. Jak wynika z danych dostępnych z 14 analizowanych badań dominującym typem NTM była jego postać wysiłkowa (50 procent), następnie mieszana (32 procent) i wreszcie postać nagła (14 procent). Analizowane dane w sposób jednoznaczny wskazują, że NTM wywiera istotny negatywny wpływ na jakość życia pacjentów do-



tkniętych tym schorzeniem. Ponadto dolegliwość ta ma wymiar ekonomiczny. Szacuje się bowiem, że dla jednej pacjentki w Polsce przeciętny, miesięczny koszt związany z problemem gubienia moczu wynosi od 200 do 300 złotych. W naszym kraju brak jest danych dotyczących globalnych kosztów związanych z refundacją pieluchomajtek i pieluch anatomicznych oraz absencją chorobową związaną z NTM. Problem ten dotyczy dużego odsetka kobiet czynnych zawodowo. Dodatkowo NTM ma wyraźnie niekorzystny wpływ na życie seksualne 7,5 do 33 procent pacjentów, co podkreśla istotę konieczności poszukiwania skutecznych form terapii.

Jak leczyć NTM?

Właściwe rozpoznanie i różnicowanie różnych postaci choroby jest podstawą sukcesu terapeutycznego. Diagnostykę rozpoczyna się oczywiście od wywiadu, uzupełnionego o specyficzne kwestionariusze, które pozwalają zróżnicować postać wysiłkową i nagłą nietrzymania moczu. Jednak zarówno kwestionariusz, jak i wywiad, nie spełniają warunków pełnej obiektywności. Kryteria te spełnia natomiast urodynamiczna ocena funkcji pęcherza moczowego i cewki moczowej.

Leczenie nagłego nietrzymania moczu polega na podawaniu leków hamujących nadmierną aktywność wypieracza pęcherza moczowego, a także na treningu tego mięśnia mającego na celu wyeliminowanie jego bezwiednych skurczów. Najbardziej efektywnym sposobem zachowawczego postępowania terapeutycznego w wysiłkowym nietrzymaniu moczu są ćwiczenia dna miednicy małej. Opisał je po raz pierwszy amerykański ginekolog Arnold Kegel. W bardziej zaawansowanych przypadkach choroby, chirurgiczna korekcja położenia szyi pęcherza moczowego i przebiegu dystalnego odcinka cewki moczowej jest postępowaniem z wyboru. Począwszy od lat 60-tych XX wieku dużą popularność zdobyła sobie kolposuspensja sposobem J. Burcha, która w modyfikacji laparoskopowej stała się leczeniem z wyboru u większości pacjentek cierpiących na wysiłkowe nietrzymanie moczu.

Nieco innym sposobem jest podwieszenie szyi pęcherza moczowego na taśmach wytworzonych najczęściej z powięzi mięśnia prostego pacjentki bądź z materiału syntetycznego (operacja typu sling). Na szczególną uwagę zasługuje zaproponowana przez U. Ulmstena, metoda TVT (Tension-free Vaginal Tape). Metoda TVT i jej liczne odmia-

ny (np. IVS i SPARC) dzięki nieskomplikowanej technice wykonania i wysokiej efektywności stały się metodami z wyboru w leczeniu wysiłkowego NTM. W wielośrodkowej ocenie skuteczności zastosowania metody TVT wykazano, że odsetek całkowitych wyleczeń wynosił 91 procent. Na szczególną uwagę w tej grupie zabiegów zasługuje tutaj operacja TOT (transobturator tape), ponieważ umożliwia ona założenie taśmy syntetycznej pod środkowy odcinek cewki moczowej przez otwór zasłonowy, co eliminuje konieczność wykonywania cystoskopii, ponieważ nie ma możliwości naruszenia ciągłości ścian pęcherza.

Duloksetyna lek z przyszłością

Pomimo znacznego postępu technik chirurgicznych w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu, nie ma cienia wątpliwości, że pacjenci zawsze będą preferować postępowanie zachowawcze, o ile będzie ono się cechować odpowiednią skutecznością. Poznanie zjawisk fizjologicznych związanych z patomechanizmem mikcji pozwoliło, w ostatnich latach, na wprowadzenie stosunkowo skutecznej metody leczenia zachowawczego wysiłkowego nietrzymania moczu, poprzez zastosowanie leku blokującego wchłanianie zwrotne serotoniny i noradrenalin - duloksetyny. Prawidłowa kontrola nad mikcją obejmuje wzajemne interakcje pomiędzy układem przywspółczulnym, współczulnym i nerwami somatycznymi. Na poziomie neurotransmiterów podstawową rolę w kontroli oddawania moczu przypisuje się serotoninie i noradrenalinie. Zwieracz po-przechnie prążkowany cewki moczowej (rhabdosphincter) jest kontrolowany przez włókna nerwu sromowego wychodzące ze znajdującego się w rdzeniu kręgowym jądra Onufa, posiadającego bogate unerwienie serotonergiczne i adrenergiczne (rys.). Pobudzenie włókien nerwowych wychodzących z tego jądra powoduje uwalnianie acetylocholino w płytce nerwowo-mięśniowej zwieracza cewki, który to neurotransmitter działa na receptory nikotynowe zwieracza i tym samym podwyższa ciśnienie zamykające cewki moczowej. W badaniach na zwierzętach wykazano, że pobudzenie $\alpha 1$ -adrenoreceptorów oraz receptorów serotoninowych powoduje podwyższoną

II Warszawskie Seminarium Neurourologii

odbyło się 6 grudnia 2003 roku pod hasłem najnowszych osiągnięć w dziedzinie metod diagnostycznych i leczniczych oraz badań naukowych w zakresie unerwienia dolnych dróg moczowych. Lekarze omawiali także problem nietrzymania moczu w trzech różnych grupach: dzieci, kobiet i mężczyzn oraz osób w podeszłym wieku. Każdą z tych grup cechuje odmienna specyfika w diagnozowaniu i sposobie postępowania terapeutycznego.

Na seminarium przyjechało ponad 400 lekarzy, głównie urologów, ginekologów i neurologów. Organizatorzy, prof. dr A. Borkowski i dr P. Radziszewski z Kliniki i Katedry Urologii Akademii Medycznej w Warszawie, zaprosili także międzynarodowe sławy. Jednym z wykładowców był prof. dr Walter Artibani, aktualny sekretarz generalny International Continence Society. Z Holandii przyjechał Philip van Kerrebroeck, zaś z Wielkiej Brytanii Linda Cardozo i Clare Fowler. Kolejne seminarium odbędzie się w grudniu 2004 roku.

W aktualnym numerze Kwartalnika NTM przedstawiamy niektóre z tematów poruszanych podczas seminarium. Teksty napisali: prof. dr Mariusz Majewski i prof. dr Tomasz Rechberger. Prof. dr Andrzej Borówkę, prezesa Polskiego Towarzystwa Urologicznego, poprosiliśmy o rozmowę.

aktywność zwieracza poprzecznie prążkowanego cewki moczowej. Duloksetyna jest nieselektywnym inhibitorem wchłaniania zwrotnego serotoniny i noradrenalin, i dlatego jej zastosowanie powoduje akumulację tych neurotransmiterów w synapsach jądra Onufa, a to z kolei przekłada się, jak już wspomniano, na aktywność zwieracza za pośrednictwem acetylocholino. W badaniach doświadczalnych duloksetyna zwiększała aktywność zwieracza cewki moczowej ośmiokrotnie i przywracała prawidłową pojemność pęcherza moczowego. Podstawowymi parametrami podlegającymi ocenie była analiza epizodów nietrzymania moczu oraz wpływ zastosowanego leku na jakość życia pacjentek dotkniętych scho-

rzeniem. Uzyskano dane od 1635 pacjentek, z których 817 było w grupie placebo, zaś 818 otrzymywało duloksetynę w dawce 80 mg dziennie. Duloksetyna zmniejszyła epizody nietrzymania moczu o 54 procent (w stosunku do 40 procent w grupie placebo), poprawiła istotnie jakość życia pacjentek dotkniętych schorzeniem oraz wpływała pozytywnie na wydłużenie odstępu pomiędzy kolejnymi mikcjami. Podstawowym objawem ubocznym towarzyszącym terapii były nudności (23-28 procent leczonych), które jednak zwykle ustępowały i jedynie u 6,4 procent pacjentek były powodem rezygnacji z leczenia. Ostatnio opublikowane bardzo ciekawe badanie o zastosowaniu duloksetyny u pacjentek oczekujących leczenia operacyjnego wykazało, że po zastosowaniu leku 15 procent kobiet zrezygnowało z planowanego zabiegu, ponieważ efektywność leczenia była ich zdaniem zadawalająca. Wydaje się więc, że dysponujemy obecnie skutecznym lekiem mogącym likwidować objawy wysiłkowego nietrzymania moczu o lekkim i średnim nasileniu.



Budowanie współpracy



**Z profesorem dr. nauk med.
Andrzejem Borówką,
prezesem Polskiego
Towarzystwa Urologicznego,
rozmawia Maria Weber**

Panie Profesorze, czy neurourologia jest nową, interdyscyplinarną nauką medyczną czy też pojęciem stworzonym na użytek środowiska medycznego?

Neurourologia stanowi szczególną gałąź neurologii, ginekologii i urologii, która dotyczy zaburzeń dolnych dróg moczowych. Nie zawsze muszą się one przejawiać nietrzymaniem moczu, choć właśnie ta dolegliwość jest najczęstszym ich objawem. Neurourologia staje się odrębną umiejętnością w ramach urologii, ale nie sądzę, aby neurourologom zależało na stworzeniu oddzielnej podspecjalizacji, ponieważ stanowiła ona zawsze część urologii. Ale z uwagi na złożoność problemu zaburzeń dolnych dróg moczowych, w tym nietrzymania moczu, urologi pozostają w kontakcie z ginekologami i neurologami.

Skoro neurourologia pozostaje częścią wiedzy o urologii, nie ma wyspecjalizowanych w tej dziedzinie ośrodków leczniczych.

To nie jest prawda. Oddział neurourologii istnieje w ramach Centrum Rehabilitacji im. Prof. M. Weissa STOCER, w Konstancinie. Założył go kilkanaście lat temu, dla potrzeb leczenia chorych z urazami kręgosłupa, które przejawiają się między innymi zaburzeniami dolnych dróg moczowych, dr Andrzej Buczyński. Na świecie również istnieją podobne ośrodki. Z drugiej strony trudno uprawiać neurourologię, zwłaszcza w zakresie leczenia operacyjnego w oderwaniu od urologii klasycznej. Natomiast w kategoriach intelektualnych, naukowych wybija się ona na samodzielność. W sumie więc nie chodzi o jej zinstytucjonalizowanie, lecz o krzewienie wiedzy

Dominiak Skurzak

wśród ginekologów, neurologów i urologów w tej dziedzinie.

Jedną z form promowania okazało się II Warszawskie Seminarium Neurourologii, które miało miejsce na początku grudnia 2003 roku w warszawskim hotelu "Victoria". Brał Pan w nim udział nie tylko jako urolog, ale też jako prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego, które objęło swym patronatem seminarium. Jakże tematy przedstawił Pan licznie zgromadzonym lekarzom?

Brałem udział w sesji poświęconej problemom nietrzymania moczu u dzieci, kobiet i mężczyzn, z uwzględnieniem specyfiki tej dolegliwości w każdej z tych populacji. Ponadto mówiłem o chirurgicznym leczeniu nietrzymania moczu, jako jednej z wielu metod terapii. Poruszyłem też sprawę tego zaburzenia u mężczyzn, którzy cierpią na nie z przyczyn pozaneurologicznych. Dotyczy to niewielkiej grupy osób, około 5 procent, poddanych przezcewkowej elektrosekcji gruczołka stercza i około 5-10 procent poddanych radykalnemu leczeniu chirurgicznemu z powodu raka gruczołu krokowego. W Polsce ten problem jest mało znany, dlatego chciałem wykorzystać seminarium do jego przedstawienia. W 2002 roku wykonano w naszym kraju około 1000 radykalnych prostatektomii, podczas gdy 4 lata temu było ich około 330. Liczba operacji wzrasta z roku na rok z kilku powodów. Po pierwsze, coraz wcześniej udaje nam się rozpoznać raka gruczołu krokowego dzięki upowszechnieniu zasadniczego badania, polegającego na oznaczeniu stężenia swoistego antygenu sterczowego w surowicy. Po drugie, wzrasta świadomość zdrowotna społeczeństwa, między innymi dzięki różnym akcjom i kampaniom, również z udziałem Polskiego Towarzystwa Urologicznego. Rośnie także popularność wśród urologów radykalnej prostatektomii. Ale wiadomo jednocześnie, że zabieg ten niesie 3-4 procentowe ryzyko wystąpienia nietrzymania moczu u mężczyzn. W warunkach standardowych, kiedy zabieg ten jest jednym z wielu wykonywanych w szerokoprofilowanych oddziałach urologii, ryzyko to może być wyższe. Oznacza to, że około 10 procent mężczyzn po radykalnej prostatektomii może cierpieć na nietrzymanie moczu. Zasadniczym sposobem leczenia pooperacyjnego nietrzymania moczu u mężczyzn jest

wszczepienie zwieracza hydraulicznego. W 2002 roku zastosowano go u 20 chorych. Prostą rachunek wskazuje, że pokaźna grupa mężczyzn cierpiących na nietrzymanie moczu po operacjach pozostaje bez pomocy. Podejrzewam, że są pozostawieni sami sobie. Wynika to, moim zdaniem, ze słabego przekonania wśród urologów, iż implantacja zwieracza jest najskuteczniejszą metodą leczenia. Wspiera je opinia o wysokiej cenie tej operacji i braku refundacji ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia. Rzeczywiście, cena zwieracza wynosi około 20 tys. zł, ale jego koszt powinien być w pełni refundowany przez NFZ. Jednak, aby stosować tę metodę powszechnie, potrzebne jest doświadczenie. Wystarczy zatem utworzyć w Polsce dwa wyspe-

nia moczu u kobiet pomiędzy urologami a ginekologami. Ci ostatni, od momentu wprowadzenia minimalnie inwazyjnych zabiegów chirurgicznych w leczeniu nietrzymania moczu, zwłaszcza metod z użyciem taśm podwieszających cewkę moczową, zaczęli je bardzo intensywnie stosować. Powód popularności tej metody leczenia wynika z faktu, iż powiernikiem kobiet jest przede wszystkim ginekolog, tak jak w przypadku mężczyzn - urolog. Chciałbym jednak podkreślić, że leczenie nietrzymania moczu musi być poprzedzone badaniem urodynamicznym, które pozwala na dokładne rozpoznanie istoty zaburzeń dolnych dróg moczowych i określenie najkorzystniejszego sposobu leczenia. Do tego badania przygotowani są intelektual-

... pokaźna grupa mężczyzn cierpiących na nietrzymanie moczu po operacjach pozostaje bez pomocy. Podejrzewam, że są pozostawieni sami sobie. Wynika to, moim zdaniem, ze słabego przekonania wśród urologów, iż implantacja zwieracza jest najskuteczniejszą metodą leczenia. Wspiera je opinia o wysokiej cenie tej operacji i braku refundacji ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia. Rzeczywiście, cena zwieracza wynosi około 20 tys. zł, ale jego koszt powinien być w pełni refundowany przez NFZ.

cializowane w tej dziedzinie ośrodki medyczne. Warto nadmienić, że właściwie one istnieją i działają. Jeden z nich to wspomniany wcześniej oddział neurourologii prowadzony przez dr. A. Buczyńskiego w Konstancinie, a drugi to Klinika Urologii CMKP w Centralnym Szpitalu Kolejowym. Wystarczy zatem uświadomić urologów, żeby w przypadku wystąpienia u pacjentów nietrzymania moczu po operacji, kierowali ich do wyspecjalizowanych ośrodków, w których zostaną poddani wszczępieniu zwieracza hydraulicznego. Metodę tę można stosować również u kobiet.

Czy podczas seminarium pojawiły się tematy sporne pomiędzy lekarzami trzech specjalności?

Takich tematów nie ma. Istnieje natomiast niepełne zrozumienie zagadnień dotyczących wysiłkowego nietrzymania

nie i zawodowo urologów. Ginekologowie próbują opanować tę dziedzinę i wielu z nich osiąga sukces. Podczas seminarium starałem się podkreślić, że badanie urodynamiczne jest niezbędnym elementem rozpoznania istoty zaburzeń dolnych dróg moczowych.

Współpraca ginekologów, urologów i neurologów wydaje się zatem niezbędną, ale, z tego co wiem, pozostaje ona jednym z celów Polskiego Towarzystwa Urologicznego.

Dowodem tego jest patronat Towarzystwa nad warszawskim seminarium neurourologii. Zaburzenia dolnych dróg moczowych należą do interesujących nas zagadnień, dlatego od dawna budujemy porozumienie pomiędzy wspomnianymi trzema naukami medycznymi.

Dziękuję Panu za rozmowę.

Co tam, Panie, w unerwieniu, zwieracze trzymają się mocno?

Prof. dr Mariusz Majewski,
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, Wydział Medycyny Weterynaryjnej



U życie parafrazy najslynniejszego bodaj pytania, jakie pada w trakcie "Wesela" Stanisława Wyspiańskiego nie jest częścią zabawą słowem, lecz stanowi kwintesencję wywiadu urologicznego, dotyczącego tych funkcji dolnych dróg moczowych (DDM), które zapobiegają pojawianiu się stanów nietrzymania moczu. O ogromnym znaczeniu prawidłowego funkcjonowania układu nerwowego w zapobieganiu pojawianiu się stanów chorobowych DDM świadczą wyniki badań Jarla Ahlberga i jego zespołu, z których wynika, iż ponad 80 procent chorych z rozpoznaniem "pęcherz nadreaktywny" wykazywało jednocześnie objawy neurologiczne. W chwili obecnej zaburzeniom układu nerwowego przypisuje się ogromną rolę także przy powstawaniu np. śródmiaższowego zapalenia pęcherza moczowego, dyssynergii wypieracz-zwieracz, wysiłkowego nietrzymania moczu i innych, dlatego warto przedstawić niektóre z najnowszych badań nad unerwieniem DDM, które wydają się rokować największe szanse na relatywnie szybkie zastosowanie praktyczne.

Neurotransmitery i ich receptory

Z punktu widzenia neurofizjologa DDM to mozaika różnego rodzaju receptorów. Wypadkowa ich jednoczesnej aktywacji (lub dezaktywacji) przez uwalniane z zakończeń nerwowych substancje decyduje o stanie funkcjonalnym tego układu. Wyróżniamy między innymi receptory katecholamin (noradrenalina, serotonina), puryn (głównie receptory typu P₂X), acetylocholin oraz neuropeptydów. Poniżej omówione zostaną jednakże tylko funkcje receptorów dwu pierwszych typów przekazników. Ponadto aktywność większości komórek nerwowych, włączonych w obwodową regulację funkcji DDM wydaje się być sterowana przez hormony jajnikowe, stąd kilka słów poświęconych przypuszczalnej roli receptorów estradiolowych w neuroregulacji DDM.

Noradrenalina i serotonina - starzy gracze w nowych rolach?

Znaczenie katecholamin (noradrenalina i serotonina) w bezpośredniej regulacji funkcji DDM jest znane od dawna. Jednakże dopiero ostatnio znaleziono ich receptory na komórkach jądra Onufa (jedno z jąder ruchowych rdzenia kręgowego), odpowiedzialnego za prawidłową funkcję zwieracza cewki moczowej. Okazało się, że obecność odpowiedniej ilości obu substancji jest kluczowa dla prawidłowego działania komórek ruchowych, sterujących wspomnianym zwieraczem, co zostało wykorzystane przy tworzeniu nowej generacji leków takich, jak na przykład duloksetyna.

Receptory purynergiczne - nowi gracze w starych rolach?

Po długim okresie wątpliwości, czy rzeczywiście istnieją, w ostatnich latach wykazano 7 podklas receptorów typu P₂X, aktywowanych przez puryny. W 2002 roku wykazano, iż mogą one stanowić bardzo ważny "punkt uchwytu" dla całkowicie nowej kategorii leków, ponieważ wszystkie typy tych receptorów (od P₂X1 do P₂X7) są obecne na włóknach nerwowych kontrolujących funkcje DDM. Co ciekawe, w 2003 roku Fiona Ray i współpracownicy wykazali, iż co najmniej niektóre z chorób DDM, na przykład parcia naglące, powodowane być mogą drastycznym zmniejszeniem się liczby receptorów P₂X na błonie aksonalnej włókien nerwowych, co prowadzi do zaburzeń kontroli rozciągania się pęcherza moczowego i, w konsekwencji, do pojawiania się parcia na mocz.

"...Jeden by wszystkimi rządzić..."

Ten cytat z "Władcy Pierścieni" wydaje się dokładnie odpowiadać roli receptorów estradiolowych (są dwa - tzw. α i β) w sterowaniu przemianami biochemicznymi, a co za tym idzie, także aktywnością komórek nerwowych kontrolujących funkcje między innymi pęcherza i/lub cewki moczowej. Jak wynika z badań Iris

Reichler i współpracowników, usunięcie jajników u suk prowadzi u 20 procent przypadków do pojawienia się objawów nietrzymania moczu. Mechanizm powstawania wspomnianej choroby w wyniku usunięcia gonad wydają się tłumaczyć inne wyniki badań, wykazujące obecność receptorów estradiolowych w komórkach czuciowych, odbierających i przewodzących bodźce czuciowe z terenu DDM. Co więcej, jako że jedna trzecia komórek czuciowych zaopatrujących pęcherz moczowy zawiera jednocześnie receptory estradiolowy i wanilloidowy, charakterystyczny dla komórek przewodzących bodźce bólowe estradiol może odgrywać kluczową rolę w regulacji przewodzenia bólu z DDM do wyższych pięt układu nerwowego

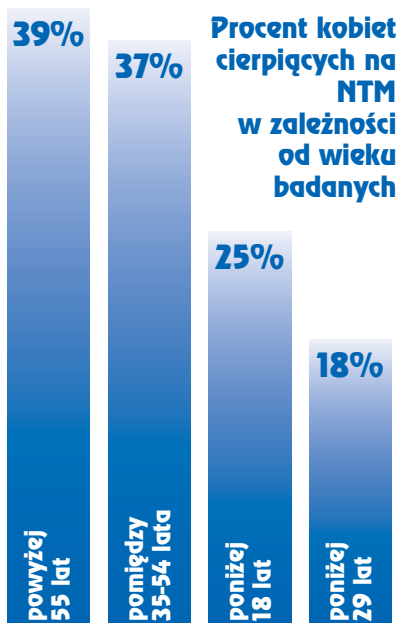
"...Cicho wszędzie, głucho wszędzie..."

To z kolei nie cytat z "Dziadów", a opis zachowania ogromnej liczby czuciowych włókien nerwowych, znajdujących się w ścianie narządów tworzących DDM. Okazuje się, iż te tzw. "ciche" (ang. "silent") włókna typu "C", a właściwie ich nagła aktywacja funkcjonalna, mogą odgrywać prawdopodobnie ogromną rolę w powstawaniu różnorodnych schorzeń pęcherza moczowego, na przykład parć naglących. W katedrze autora, w oparciu o model zwierzęcy, prowadzone są we współpracy z prof. A. Borkowskim i dr. P. Radziszewskim z Kliniki Urologii AM w Warszawie badania nad rozmieszczeniem wspomnianych włókien nerwowych, rodzajem używanych przez nie substancji czynnych i wpływem podawania wysoce specyficznych i wybiórczo działających neurotoksyn na stany chorobowe DDM.

W podsumowaniu siłą rzeczy nader skrótowej prezentacji wyników badań nad unerwieniem DDM należy podkreślić, że dzięki badaniom podstawowym stwierdzono w ubiegłym roku istnienie kilku mechanizmów, które wydają się być obiecującymi punktami zaczepienia do stworzenia nowych standardów leczenia neurogennych chorób DDM.

Wstydlivy sekret wielu kobiet

Podczas 33 dorocznej konferencji International Continence Society (5-7 październik 2003) we Florencji naukowcy przedstawili dziennikarzom oraz działaczom wielu organizacji promujących zdrowie raport na temat występowania wysiłkowego nietrzymania moczu i jego społecznych aspektów u kobiet prawie całego świata. Były to wyniki międzynarodowego badania "Wysiłkowe Nietrzymanie Mocz u Kobiety: Odkrywając Prawdę". Dostarczyły one świeżego spojrzenia na ten problem.



źródło: Raport ICS

Choroba społeczna

Badaniem objęto ponad 4500 kobiet od 18 do 65 lat w 9 krajach (Francja, Niemcy, Włochy, Hiszpania, Szwecja, Wielka Brytania, Kanada, Meksyk i Australia).

Zgodnie z definicją przyjętą przez ICS, wysiłkowe nietrzymanie moczu polega na nieświadomym popuszczaniu



Dominiak Skrzak

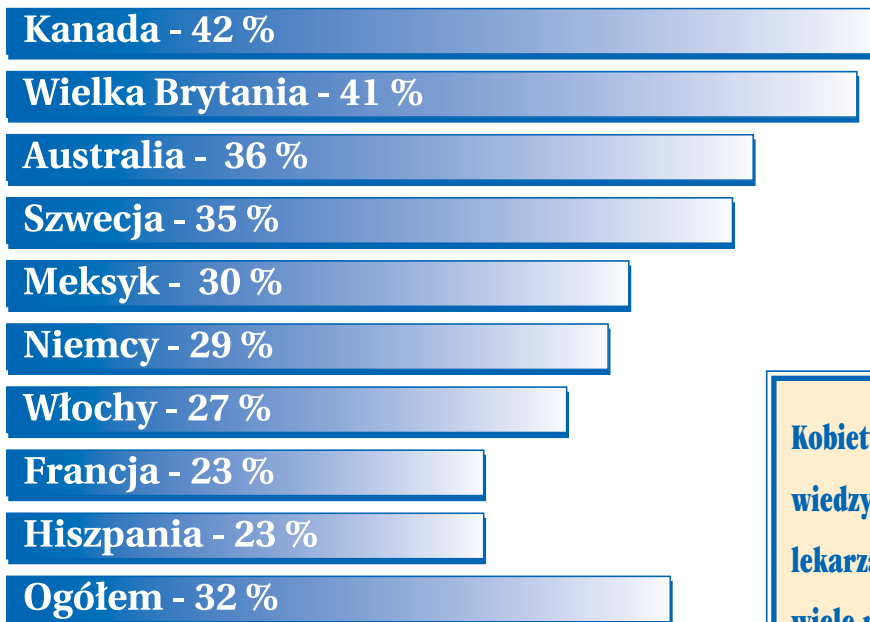
niu moczu w czasie śmiechu, kichania, kaszlu, dźwigania lub ćwiczeń fizycznych. Istnieją również czynniki ryzyka, do których należą porody, zaparcia, otyłość, czy operacje, które mogą prowadzić do wewnętrznych uszkodzeń. W odróżnieniu od wysiłkowego NTM mamy jeszcze drugi rodzaj, występujący również dość powszechnie, nietrzymania moczu z parcia naglącego. Jest

to wyciek moczu pojawiający się w trakcie niepohamowanego parcia, niezależnie od naszej woli.

Raport wykazał, że wysiłkowe NTM jest najczęściej występującą tego typu dolegliwością u kobiet i ich też przede wszystkim dotyczy. Ocenia się, że występuje ono u około 200 mln osób obu płci, przy czym 67 procent to kobiety.

Jeśli weźmiemy pod uwagę fakt, iż

Wysiłkowe nietrzymanie moczu u kobiet w ciągu ostatniego roku przed badaniem



źródło: Raport ICS

łeczny występowania tej dolegliwości wyniósł w świecie około 27,8 mld USD! Trzeba przyznać, że niska świadomość występowania tej dolegliwości sprawia, że lekarze jej nie doceniają, tym bardziej, że do tej pory nie stosowano leczenia farmakologicznego. Terapia polegała przede wszystkim na ćwiczeniach, stymulacji przyrządami i operacjach chirurgicznych, które jednak w wielu przypadkach są skuteczne na krótką metę. Wysiłkowe nietrzymanie moczu różni się od innych typów, między innymi tym, że w zasadzie nie ma możliwości leczenia farmakologicznego. Ostatnio ta sytuacja zaczęła się zmieniać. Wiedza naukowców

Kobiety, które z powodu braku świadomości, wiedzy o schorzeniu, wstydu, dostępu do lekarza, nie leczą się, ponoszą z tego tytułu wiele przykrych konsekwencji.

problem nietrzymania moczu dotyczy 3 kobiet na 10, to prawie połowa z nich (49 procent) ma objawy wysiłkowego NTM. Na parcie naglące cierpi około 22 procent, natomiast mieszany typ wykazuje 29 procent.

Odrębne badanie, przeprowadzone wcześniej na zamówienie amerykańskiej organizacji National Association for Continence (NAFC) w Stanach Zjednoczonych wśród 1000 kobiet, pokazało, że spośród chorób społecznych (jeśli 5 procent społeczeństwa cierpi na jakieś schorzenie, to przyjmuje się, że ma ono charakter społeczny) przypadłość nietrzymania moczu jest najczęstsza. O ile bowiem na nadciśnienie narzeka 21 procent kobiet amerykańskich, zaś na depresję - 20 procent, a na cukrzycę - 9 procent, to na nietrzymanie moczu cierpi aż 30 procent !

Skrywany problem

Raport potwierdził opinię, iż większość kobiet nie tylko wstydi się swej przypadłości, ale także nie potrafi jej nazwać. Nie wiedziały, że objawy mogą występować podczas kaszlu czy śmiechu. W grupie tej znalazło się aż 98 procent pań! 68 procent tych, u których stwierdzono wysiłkowe NTM sądziło, że związane jest ono z procesem

starzenia się i w związku z tym należy się pogodzić z tą dolegliwością. 66 procent nigdy nie odwiedziło w tym celu lekarza. W pozostałej grupie 38 procent czekało na wizytę ponad 3 lata, a 1 na 10 ponad 4 lata i więcej! Około 50 procent pań, które zdecydowały się leczyć, nie chciało przedyskutować tego problemu z lekarzem. - Wysiłkowe nietrzymanie moczu wdarło się w życie milionów kobiet. Choć jest to dolegliwość powszechna, pozostaje często nierozpoznana i nieleczona - powiedział prof. Walter Artibani, sekretarz generalny ICS - mam nadzieję, że rezultaty badania pomogą w dialogu pomiędzy kobietami a lekarzami i osobami odpowiedzialnymi za opiekę zdrowotną. Badanie ujawniło prawdę o wysiłkowym NTM: może ono dotknąć każdą kobietę w każdym wieku.

Nowe metody leczenia

Kobiety, które z powodu braku świadomości, wiedzy o schorzeniu, wstydu, dostępu do lekarza, nie leczą się, ponoszą z tego tytułu wiele przykrych konsekwencji. Z powodów fizjologicznych muszą ograniczyć aktywność zawodową. Mają poczucie izolacji i wyrzucenia na margines życia społecznego. W 1995 roku obliczono, że koszt spo-

o kontrolowaniu funkcji dolnych dróg moczowych przez centralny układ nerwowy została podbudowana odkryciem, iż jądro Onufa ma wpływ na ten właśnie typ nietrzymania moczu. To odkrycie pozwoliło na podjęcie prac nad farmakologicznymi metodami leczenia, oddziałującymi na mięsień zwieracza.

Badanie ujawniło brak świadomości i zrozumienia wysiłkowego nietrzymania moczu prawie w całym świecie. Dlatego koalicja organizacji pacjentów i grup lobbistycznych (m.in. Wielkiej Brytanii, Austrii, Polski, Niemiec, Meksyku, Francji, Danii) postanowiła zerwać z barierami informacyjnymi w tej sprawie. Wspólna praca ma doprowadzić do powstania tzw. Five-Point Call - to Action plan (Pięciopunktowe wezwanie do działania). Plan ma stać się pierwszym krokiem długoterminowego zobowiązania poprawy opieki i podniesienia świadomości kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu.

Międzynarodowe badanie sponorsował ICS wraz z partnerami: Boehringer Ingelheim i Eli Lilly. Zostało przeprowadzone przez niezależny ośrodek badawczy Wirthlin Worldwide.

Opr. Maria Weber

Metody fizykoterapeutyczne dla "początkujących"

Dr Maria Bujnowska-Fedak, prof. dr Andrzej Steciwko
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu



Dominiak Skurzak

go według opracowanej metody postępowania i jest przeprowadzany u każdego zakwalifikowanego pacjenta również 3 razy tygodniowo. Leczenie farmakologiczne prowadzi lekarz bezpośrednio sprawujący opiekę nad danym pacjentem. Ocena skuteczności zastosowanego leczenia w każdej z wymienionych grup zostanie przeprowadzona po 3 i 6 miesiącach zastosowanej terapii. Do oceny zostanie wykorzystany specjalnie opracowany kwestionariusz, dzienniczek mikcji, próba kaszlowa, test podpaskowy, a także podstawowe badania laboratoryjne i obrazowe. Na podstawie zebranych kwestionariuszy zostanie również przeprowadzona analiza porównawcza jakości życia pacjentów poddanych leczeniu.

Wstępne wyniki

Badania są w trakcie realizacji. Na podstawie wstępnych wyników już można powiedzieć, że metody fizykoterapeutyczne - elektrostymulacja oraz masaż medyczny - zdecydowanie zmniejszają częstość występowania epizodów parć nagłych i epizodów nietrzymania moczu oraz wyraźnie poprawiają jakość życia pacjentów z tym problemem. Ważne jest również to, że w przypadku metod fizykoterapeutycznych nie zaobserwowano żadnych niekorzystnych działań ubocznych. Były one bezpieczne i dobrze tolerowane przez pacjentów. Podczas, gdy w przypadku środków farmakologicznych u około 20 procent chorych zarzucono terapię z powodu towarzyszących dolegliwości żołądkowych, zaparć, kłopotów z sercem i innych dolegliwości. Wszystko wskazuje więc na to, że działania fizykoterapeutyczne są dobrą, bezpieczną i skuteczną metodą leczenia nietrzymania moczu w przypadku mało nasilonych postaci choroby i powinny być szeroko stosowane w leczeniu ambulatoryjnym chorych z tą przykrą dolegliwością.

WKatedrze i Zakładzie Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu już od ponad 3 lat prowadzone są badania, których celem jest wyselekcjonowanie jak największej grupy pacjentów z nietrzymaniem moczu w niewielkim i średnio nasilonym stadium zaawansowania choroby i objęciem ich leczeniem zachowawczym, ze szczególnym uwzględnieniem metod fizykoterapeutycznych. Terapia i badania prowadzone są we współpracy z Katedrą Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego.

Metody badawcze

Grupę badaną stanowi w chwili obecnej 100 pacjentów z nietrzymaniem moczu pozostających pod opieką lekarzy rodzinnych we Wrocławiu. Grupa ta została wyodrębniona z ogólnej populacji (ok. 10000 pacjentów) na podstawie specjalnie opracowanego kwestionariusza umożliwiającego wstępne określenie rodzaju nietrzymania moczu, stopnia jego zaawansowania, czynników ryzyka, jakości życia. Każda z wyselekcjonowanych osób zo-

stała poddana wnikliwemu badaniu internistycznemu, ginekologicznemu, urologicznemu, neurologicznemu oraz krótkiej ocenie stanu psychicznego. U osób zakwalifikowanych do leczenia zachowawczego zostały wykonane podstawowe badania laboratoryjne (morfologia, mocz, badania biochemiczne itp.), posiew moczu oraz badanie ultrasonograficzne z pomiarem objętości moczu zalegającego po mikcji. Następnie grupę badaną podzielono na 3 mniejsze podgrupy (ok. 30-35 osób każda), w zależności od zastosowanej metody leczenia zachowawczego. W I grupie pacjenci zostali poddani wyłącznie leczeniu fizykoterapeutycznemu - masażowi medycznemu lub elektrostymulacji. W II grupie zastosowano wyłącznie leczenie farmakologiczne, natomiast III grupę leczono zarówno fizykoterapią, jak i środkami farmakologicznymi. Elektrostymulacja wykonywana jest pod nadzorem lekarskim indywidualnie przez każdego pacjenta co najmniej 3 razy tygodniowo przy pomocy miniaturowego urządzenia do elektrostymulacji. Masaż medyczny odbywa się w pracowni fizjoterapii Akademii Wychowania Fizyczne-

Soboty z NTM

Dr Wojciech Michalik
Szpital Urologiczny im prof. E. Michałowskiego w Katowicach

Nietrzymanie moczu różnego typu jest częstym schorzeniem kobiet. Nasilenie dolegliwości występuje w sile wieku, w okresie największej aktywności zawodowej. Polskie szacunki mówią o 3,5 mln kobiet z tą dolegliwością.

Aglomeracja śląska stanowi znaczne skupisko ludności, w tym kobiet. W Szpitalu Urologicznym im prof. E. Michałowskiego w Katowicach powstała kilka lat temu tradycja badań przesiewowych w celu rozpoznania nietrzymania moczu u kobiet. Akcja zorganizowana została wspólnie z Urzędem Miasta Katowic. Badania odbywają się w soboty. Informacje o nich ukazywały się cyklicznie w prasie lokalnej.

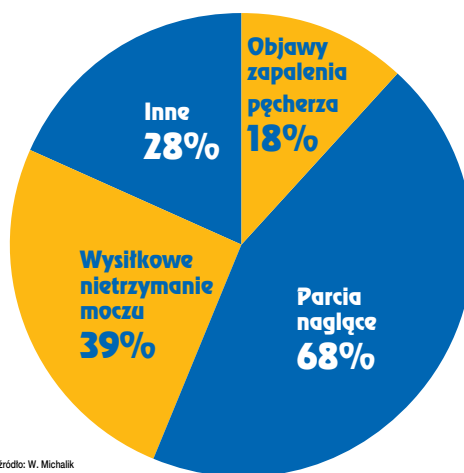
Na początku wizyty przeprowadza się wywiad ankietowy oraz urofluometrię, co pozwala przyjmującemu pacjentki lekarzowi rozróżnić stopień i typ nietrzymania moczu. Dalsze badania polegają na wywiadzie, badaniu fizykalnym z uwzględnieniem orientacyjnego badania neurologicznego i usg. Każda pacjentka otrzymuje informacje o swoim schorzeniu i zostaje skierowana na dalszą diagnostykę lub próbę leczenia, w zależności od ustalonego rozpoznania. Większość kobiet jest kierowana do badania urodynamicznego, które pozwala uściślić rozpoznania i podjąć właściwe leczenie.

W 2002 roku, w ciągu 3 sobót z NTM przebadano 67 pacjentek, głównie z Katowic, Chorzowa, Mysłowic, Świętochłowic i Siemianowic. Poza zgłoszeniami ze skargami na częste infekcje pęcherza stwierdzono ok. 60 procent kobiet z objawami parć nagłych, 40 procent kobiet z objawami wysiłkowego nietrzymania moczu, w tym połowa z podejrzeniem nietrzymania moczu o typie mieszanym.

W 2003 roku na tych samych zasadach przyjmowano pacjentki w ciągu 8 sobót. Przebadano 153 kobiety z Katowic i okolicznych miast.

Pacjentki z objawami przewlekłej infekcji dróg moczowych kierowano do lekarza rodzinnego celem wykonania podstawowych badań moczu z posiewem i wstępnego leczenia. Wszystkie informowano o skutkach źle leczonej infekcji.

Przyczyny NTM



źródło: W. Michalik

Pacjentki z objawami parć nagłych kierowano dwutorowo w zależności od stopnia nasilenia zaburzeń oraz od wstępnego wywiadu neurologicznego. Część z nich otrzymywała informacje o możliwościach leczenia zachowawczego, a w przypadku braku poprawy po nim o konieczności dalszych badań inwazyjnych, czyli badaniu urodynamicznym. Druga część pań była kierowana od razu na badanie i konsultację neurologiczną celem ustalenia właściwej diagnozy.

Pacjentki z objawami sugerującymi wysiłkowe nietrzymanie moczu informowano szczegółowo o możliwościach leczenia zachowawczego i operacyjnego. W zależności od stopnia nasilenia dolegliwości kierowano je do Poradni

Rehabilitacyjnej lub do szpitala celem leczenia operacyjnego po wykonaniu wszystkich badań diagnostycznych.

Większość kobiet nie wiedziała o możliwościach leczenia zachowawczego. Niektóre, mając za sobą wizytę u ginekologa, zostały poinformowane przez niego o konieczności leczenia operacyjnego. Były to jednak bardzo ogólne wiadomości, bez istotnych dla pacjentek szczegółów.

W 2003 roku przeprowadzono w Szpitalu im prof. E. Michałowskiego 58 operacje z powodu nietrzymania moczu. W 90 procentach były to operacje podwieszenia cewki taśmą TVT. Uzyskano znaczny, 80 procentowy odsetek wyleczeń. U pozostałych pacjentek występują jedynie trudności mikcyjne z objawami zalegania, co w niektórych przypadkach wymaga od nich samocewninkowania, lub wykazują od czasu zabiegu objawy parć nagłych, wymagających leczenia farmakologicznego. Żadna chora nie "gubi" moczu podczas wysiłku.

Na podstawie przeprowadzonych w Katowicach badań kobiet należy wnioskować o rozszerzanie ich na inne miasta Śląska oraz edukowanie kobiet już na poziomie lekarza rodzinnego. Warto też, aby problem NTM poruszały wszystkie media. Właściwa informacja w mediach i u lekarza rodzinnego pozwoli na poprawę jakości życia wielu kobietom cierpiących na nietrzymanie moczu.

Poradnia NTM w Olsztynie

Od czerwca 2003 roku czynny jest w Olsztynie Ośrodek Diagnostyki i Rehabilitacji dla Osób z Nietrzymaniem Moczu. Ośrodek działa przy Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym. Jak powiedziała nam lekarka Bożena Wyszomirska-Laskowska, która prowadzi poradnię, mogą się doń zgłaszać wszystkie osoby, zarówno dzieci jak i dorośli, którzy zauważyli u siebie objawy niekontrolowanego wycieku moczu i mają skierowanie od lekarza pierwszego kontaktu. W ośrodku uzyskają fachową poradę, mogą być skierowani na badanie urodynamiczne oraz na rehabilitację. - Pacjentów uczymy ćwiczeń Kegla, proponujemy im elektrostymulację oraz biofeedback - powiedziała B. Wyszomirska-Laskowska. Z dotychczasowych wizyt wynika, że zgłaszają się do niej zarówno młodzi ludzie jak i starsi. Najczęstszym typem schorzenia jest wysiłkowe nietrzymanie moczu oraz z parć nagłych.

Ośrodek znajduje się przy ul. Żołnierskiej 18 w Olsztynie, tel. (0-89) 53 93 223

Łódzka "Stokrotka"

Dr n. med. Grzegorz Surkont,

lek. Edyta Włazlak, prof. dr hab. med. Jacek Suzin

Klinika Ginekologii i Onkologii Ginekologicznej, Instytut Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Szpital im. M. Madurowicza

Problem nietrzymania moczu (NTM) jest zjawiskiem bardzo powszechnym. Częstość występowania nietrzymania moczu u kobiet szacuje się według różnych autorów od 15 procent do 60 procent. Prawdopodobnie liczba chorych w krajach rozwiniętych i rozwijających się przekracza 200 milionów. Wstydlawy charakter dolegliwości powoduje, że znaczna część kobiet ukrywa objawy. Członkowie I Międzynarodowego Forum Konsultacyjnego Dotyczącego Nietrzymania Moczu (Monako, 1998) podkreślali, że choroba ta jest prawdopodobnie ostatnim tabu we współczesnej medycynie. Przez przedstawicieli Międzynarodowej Organizacji Zdrowia (WHO) NTM postrzegane jest jako jeden z głównych problemów zdrowotnych XXI wieku. Problematyka związana z tą chorobą jest słabo rozumiana nie tylko przez pacjentów, ale także przez wielu pracowników opieki zdrowotnej.

Jak dotrzeć do chorych

W lipcu 2004 roku miną 3 lata, od kiedy lekarze z Instytutu Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi zainicjowali w wojewódzkim specjalistycznym szpitalu im. Madurowicza akcję niesienia pomocy kobietom cierpiącym z powodu nietrzymania moczu oraz zaburzenia statyki narządu rodowego. Po kilku latach przygotowań została otwarta Poradnia Uroginekologiczna. Powstał oryginalny pomysł programu "Stokrotka", który miał na celu rozpropagowanie w województwie łódzkim informacji na temat nietrzymania moczu i zaburzeń statyki narządu rodowego oraz możliwości diagnozowania i leczenia tych chorób u kobiet. Lekarze wyszli z założenia, że skoro tak wiele kobiet nie uświadamia sobie, że może swoje dolegliwości wyleczyć i traktuje chorobę jako nieuniknione następstwo procesu starzenia, należy podjąć próbę dotarcia do jak najszerszej grupy chorych. W lokalnej prasie opublikowano wiele artykułów, powstały audycje

w radiu i telewizji. Nazwę "stokrotka" zaproponowała lekarka Edyta Włazlak, aby pacjentki nie czuły się skrępowane podczas rejestrowania się w poradni. Jest to słowo-wytrych, aby pacjentki rejestrując się na wizytę nie musiały używać sformułowania: "dzwonię bo nie mogę utrzymać moczu" czy też "chciałabym zarejestrować się na wizytę, bo wypada mi macica".

Pacjentki, przychodząc do poradni, spotykają inne kobiety z podobnymi dolegliwościami. Dyskutują i wzajemnie się wspierają. Cieszą się, że nie są same z dotykającym je problemem. Zachęcane, przyprowadzają do poradni chore przyjaciółki, sąsiadki.

Międzynarodowe wsparcie

Poradnia Uroginekologiczna powstała w wyniku kilkuletniej współpracy i wymiany doświadczeń pomiędzy Kliniką Ginekologii i Onkologii Ginekologicznej Instytutu Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, kierowaną przez prof. dr. hab. med. Jacka Suzina, a znanymi specjalistami z tej dziedziny - niezręcznie już prof. Davidem H. Nicholsem z USA, oraz profesorami Eckhardem Petri i Heinzem Koelblem z Niemiec. Lekarze z Poradni Uroginekologicznej w Szpitalu im. M. Madurowicza przy współpracy z lekarzami innych specjalności (urologi, neurologi, internści, proktolodzy) zajmują się kompleksową diagnostyką i leczeniem kobiet z zaburzeniami statyki narządu rodowego oraz z objawami nietrzymania moczu. Dobór najbardziej optymalnego sposobu terapii dla pacjentki (tzw. indywidualizacja leczenia) jest możliwy dzięki wykorzystaniu odpowiednich badań, nieoperacyjnych metod leczenia oraz stosowaniu kilku najbardziej skutecznych rodzajów operacji. W Klinice Ginekologii i Onkologii Ginekologicznej Instytutu Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi istnieje możliwość skorzystania zarówno z nowych metod leczniczych w ramach prowadzonych

badan naukowych oraz operacji dotychczas stosowanych w rutynowej pracy Kliniki.

Kto skorzystał?

Od momentu otwarcia Poradni Uroginekologicznej z porady skorzystało około 2300 kobiet. Ponad 80 procent pacjentek zostało zakwalifikowanych w początkowym okresie do leczenia nieoperacyjnego. Piętnaście procent kobiet, u których nie stwierdzono objawów wymagających leczenia, uzyskało informację o działaniach profilaktycznych czyli ćwiczeniach Kegla oraz o możliwości stosowania po menopauzie dopochwowo estrogenów. 20 procent kobiet zostało zoperowanych. Wykonano: 268 podwieszeń pochwy zmodyfikowanym sposobem Burcha, 54 operacji z użyciem beznapięciowej taśmy IVS, 5 zabiegów TVT, ponad 100 ostrzyknięć cewki moczowej preparatem Permacol i Contigen (55 pacjentek), 47 podwieszeń pochwy zmodyfikowanym sposobem Richtera, 4 brzuszne kolposakrofikacje, 4 zabiegi poszerzenia wąskiego ujścia zewnętrznego cewki moczowej, usunięcie 5 przetok pęcherzowo-pochwowych i 2 przetok odbytniczko-pochwowych z dojścia pochwowego oraz wiele operacji plastycznych krocza i hysterektomii przez pochwę. Zależnie od objawów łączone są czasami różne rodzaje operacji. W zakresie operacyjnego leczenia wysiłkowe NTM za pomocą operacji Burcha i przy użyciu taśm beznapięciowych średnioterminowe (półroczne i roczne) obserwacje wskazują na wysoką skuteczność naszych działań, przy małym odsetku powikłań. Ponad 85 procent kobiet podaje subiektywne objawy znacznej poprawy lub wyleczenia oraz znaczną poprawę jakości życia. Podobny odsetek zoperowanych kobiet poleciłaby wykonany przez nas zabieg swojej koleżance lub osobie z rodziny.

Program "Stokrotka" jest kontynuowany. Kobiety mogą nadal zgłaszać się do ambulatorium szpitala im. Madurowicza w Łodzi.

Start systemu otwartego

Nie taki diabeł straszny...

Maria Weber

Widok rozeźlonych pacjentów, oczekujących w długich kolejkach na potwierdzenie wniosku od lekarza w oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia miał skutecznie wszystkich zniechęcić do systemu otwartego. Systemu, o który walczyły stowarzyszenia i organizacje osób niepełnosprawnych. Systemu, który się sprawdził w co najmniej dwóch województwach. Na szczęście bałagan i chaos zapanowały w zaledwie kilku województwach. Nie warto ich wspominać. Zresztą prezes Narodowego Funduszu Zdrowia obiecał wyciągnąć konsekwencje personalne

w stosunku do niektórych urzędników.

Nadchodzące tygodnie pozacierają niekorzystne wrażenie. W pozostałych, bez względu na wcześniejszą ocenę tego systemu, urzędnicy starali się pomóc pacjentom. Oni, tak samo jak ci ostatni, też zostali zaskoczeni spóźnioną informacją o wytycznych dotyczących nowej organizacji zaopatrzenia w refundowane przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Przypomnijmy, centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, przesłała elektronicznie swoim oddziałom wytyczne 30 grudnia 2003 roku. Piątego

stycznia zaczęły się ustawiać pierwsze wielogodzinne kolejki, zwłaszcza tam, gdzie stworzono niewiele punktów potwierdzania wniosków. Ludzie prawie nic nie wiedzieli o nowych warunkach realizacji wniosków. Wytyczne dopuszczały na przykład możliwość ich potwierdzania drogą pocztową lub przez pełnomocnika. Kto jednak o tym wiedział? Po wyjściu z punktu ewidencyjnego czekało ich następne rozczarowanie. Nie mogli zrealizować potwierdzonych wniosków, ponieważ apteki ich nie przyjmowały. One bowiem także padły ofiarą braku wiedzy o nowej rzeczywistości. Nikt ich nie poinformował o możliwości podpisania umowy o współpracy w zakresie zaopatrzenia ubezpieczonych w refundowane przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze z oddziałem NFZ. Wiedzieli o tym nieliczne te, które realizowały wnioski w poprzednich latach. Fakt ten wykorzystały niektóre oddziały NFZ, na przykład śląski, odsyłając tam pacjentów, nawet jeśli punkty te nie miały jeszcze podpisanej umowy. Z góry jednak założono, że zgłoszą się one wkrótce do oddziału. Wnioski realizowały również niemal od początku roku sklepy medyczne i apteki, które wcześniej współpracowały z producentami lub dystrybutorami. Firmy te natychmiast po ogłoszeniu wytycznych zgłosiły "swoją" sieć do oddziału NFZ. Wprawdzie istnieje obawa, iż w ten sposób mogą zmonopolizować dany teren, ale "ostatnie słowo" należy do właściciela apteki czy sklepu. Ci zaś zdają sobie sprawę, że zyskają prezentując klientom szerszą ofertę. Z wizyt w kilkunastu warszawskich aptekach i sklepach wynikało, iż przynajmniej kilka z nich zamierzało w tym celu podpisać niezależną umowę z oddziałem NFZ. Pozostałe, a jest ich znakomita większość, przyjęła postawę wyczekującą. "Nie wiemy", "zastanowimy się", "musimy się dowiedzieć" -

Zbędne dyskusje

Leszek Sikorski
Minister zdrowia



Decyzję o wprowadzeniu systemu otwartego prezes NFZ Krzysztof Panas podjął w listopadzie 2003 roku po wielu miesiącach dyskusji i wątpliwości, czy system ten sprawdzi się w życiu. Chciałbym podkreślić, iż oba systemy - otwarty i zamknięty - są zgodne z prawem i oba też funkcjonowały w życiu. Przypomnę, że na przykład w województwie wielkopolskim ten ostatni się sprawdził. Być może dlatego tak długo trwały rozmowy w tej sprawie, co oczywiście nie tłumaczy uporu i sztywnego trzymania się starych zasad przez urzędników. Po otrzymaniu pierwszego sygnału natychmiast rozpocząłem korespondencję w tej sprawie z NFZ. Wysłuchałem wielu argumentów pacjentów i sugerowałem je NFZ, który był bezpośrednio odpowiedzialny za wybór systemu.

Mogłem jednak jedynie perswadować pewne rozwiązania lub, jako organ nadzoru, zalecać albo uchylać uchwały urzędu. Ostatecznie wybór padł na system otwarty, chociaż straciliśmy sporo czasu na zbędnych dyskusjach. Z tego doświadczenia powinniśmy wyciągnąć wnioski i szybciej wsłuchiwać się w argumenty drugiej strony. Docelowo zamierzamy zmienić ustawę o ubezpieczeniu zdrowotnym w NFZ, między innymi po to, aby zrezygnować z konkursu ofert dla wszystkich świadczeniodawców. Mam nadzieję, że nowa ustawa przybliży nas do standardów Unii Europejskiej.

(Wypowiedź ministra L. Sikorskiego uzyskaliśmy przed orzeczeniem Trybunału Konstytucyjnego o niezgodności tej ustawy z najwyższym aktem prawnym Polski.)

odpowiadały. To oczywiście skutek braku informacji i dezorientacji, co widać na przykładzie dużej krajowej, liczącej 14 punktów, sieci Euro Apteka. Sieć ta ma już pewne doświadczenia, ponieważ w poprzednich latach dwa jej punkty przyjmowały do realizacji wnioski. Obecnie kierownictwo zastanawia się jednak, czy powinny to czynić także pozostałe apteki?

Gdzie potwierdzać wnioski?

Kwartalnik NTM postanowił sprawdzić, jak poszczególne oddziały NFZ wdrażały system otwarty po 1 stycznia 2004 roku. Postanowiliśmy dowiedzieć się, czy wszędzie pacjenci musieli wystawać w długich upokarzających kolejkach? Czy mieli trudności z realizacją wniosków, a realizatorzy z podpisywaniem umów? O odpowiedź na te pytania poprosiliśmy wszystkie oddziały NFZ. Założyliśmy przy tym, że problemy występujące w jednym regionie nie muszą pojawiać się w innym. Mielśmy rację. Okazało się, że część oddziałów poradziła sobie całkiem dobrze. Jak można się było spodziewać najwięcej punktów potwierdzania wniosków zorganizowały dwa, mające już doświadczenia, województwa: małopolskie (26) i śląskie (13). W opolskim można było potwierdzać wniosek w każdym powiecie, w punktach RUM. Ponadto województwo to rozesała mieszkańcom zarejestrowanym w ubiegłych latach karty zaopatrzenia. Nie musieli więc oni odwiedzać punktów ewidencyjnych. Lekarz mógł od razu wpisać nowy wniosek do karty.

Na brak możliwości potwierdzania zapewne nie mogą też narzekać mieszkańcy województwa łódzkiego. Obsługuje ich 11 punktów. W pozostałych powstało po kilka punktów ewidencyjnych. W województwie mazowieckim, gdzie mieszka najwięcej rodaków i skąd poszły w Polskę sygnały o dramatycznej sytuacji, uruchomiono 7 punktów, w tym 2 w stolicy. Jak się okazało, za mało. Nie wiadomo też, czym kierowały się władze oddziału świętokrzyskiego i pomorskiego, w których powstało zaledwie po jednym punkcie. Brakiem wyobraźni czy przekonaniem, iż w ich regionach mieszka stosunkowo niewiele osób niepełnosprawnych i cierpiących na nietrzymanie moczu? A może niepoprawnym optymizmem, że wszystko jakoś będzie? Z udzielonej nam wypowiedzi przez Dariusza Rynia, rzecznika prasowego

NFZ za, a nawet przeciw

Józef Góralczyk
Małopolski Sejmik Organizacji
Osób Niepełnosprawnych



Jeszcze tak niedawno zadawano mi pytania, dlaczego system otwarty jest bardziej korzystny dla osób niepełnosprawnych. Dla mnie było to oczywiste. W każdym podręczniku ekonomii jest napisane, że efektem rynku otwartego jest postęp, a dowodem tego jest wiele państw, które zrozumiały i wprowadziły tę zasadę we wszystkich dziedzinach swoich gospodarek. Jak się okazuje, dużo nam jeszcze brakuje, aby osiągnąć ich poziom rozwoju, choćby dlatego, że nam wmawiano, że jedynie urzędnik może właściwie ocenić sytuację i podejmować za nas decyzję. Dlatego myślę, że walka, nie tylko w przypadku sprzętu ortopedycznego i środków pomocniczych, trwa nadal i dokąd chociaż jeden urzędnik będzie marzył o władzy - nie skończy się. Na szczęście wielu ludzi i instytucji swoim uporem oraz argumentacją doprowadziła do sytuacji, w której Narodowy Fundusz Zdrowia musiał ustąpić. Przekonanie wielu przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, w tym samego Ministra, oraz zdecydowana pomoc posłów Platformy Obywatelskiej doprowadziła do podjęcia uchwały przez Narodowy Fundusz Zdrowia o wdrożeniu systemu otwartego. Wydawało nam się wtedy, że wystarczy jedynie usiąść do stołu i korzystając z dobrych doświadczeń Małopolskiej i Śląskiej Kasy Chorych opracować prosty i przyjazny system, który wzorcowo analizował by wydawanie środków finansowych na ten cel. Podstawą tego systemu jest dobrze przygotowany sposób ewidencji wniosków na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Jest to podstawa sukcesu systemu otwartego.

Małopolski Sejmik Organizacji Osób Niepełnosprawnych zwrócił się 5 listopada 2003 roku do prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Krzysztofa Panasa z pismem, w którym pisaliśmy że: „Praca nad stworzeniem systemu otwartego będzie wymagała udziału wielu środowisk, które mogły by wnieść korzystne zapisy gwarantujące przyjazny system, w stosunku do osób niepełnosprawnych. Jeżeli Pan Prezes zadecyduje o powołaniu zespołu ekspertów mających za zadanie stworzenie wytycznych do otwartego systemu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, deklarujemy swój udział w jego pracach.” Uważaliśmy, że powołanie zespołu ekspertów przy Narodowym Funduszu Zdrowia jest najlepszym rozwiązaniem. Niestety, prezes Panas nie odpowiedział nam na żadne z pism, a system otwarty przygotował jeden z urzędników NFZ i jednocześnie zagorzały przeciwnik tego rozwiązania Janusz Tamilla. W efekcie powstały w niektórych oddziałach ogromne kolejki osób niepełnosprawnych, zdenerwowanych i słusznie oburzonych głupotą urzędników, którzy z pełną premedytacją starają się zwinąć winę na system otwarty. Tymczasem wystarczyłoby stworzyć, tak jak w Małopolsce, większą liczbę punktów ewidencyjnych. Być może w niektórych przypadkach jest to działanie celowe, aby udowodnić, że system otwarty się nie sprawdził.

wego oddziału świętokrzyskiego wynika, że zarząd po prostu nie zdążył z organizacją większej liczby punktów. - Staraliśmy się o otwarcie dodatkowych 5, ale na razie poradziliśmy pacjentom o zgłaszanie się z wnioskami do sklepów prowadzących sprzedaż wysyłkową. Pomagają one nie tylko w ich realizacji ale też potwierdzaniu - powiedział. Miejmy nadzieję, że rada okaza-

ła się cenna. W województwie pomorskim istnieje punkt tylko w Słupsku. Mieszkańcy pozostałych miejscowości muszą zadowolić się pocztą. Wprawdzie, jak nas poinformowano, dotychczasowym pacjentom wysłano do domu karty zaopatrzenia ale „nowi” mogą mieć problemy z szybką realizacją wniosku. Podobna sytuacja zaistniała w województwie zachodniopomor-

Prawo do kontroli wydatków NFZ

Ewa Kopacz

Posłanka na Sejm RP

Platforma Obywatelska



Politycy powinni trzymać się jak najdalej od świadczeń zdrowotnych, ale czasem uzyskanie ich pomocy stanowi jedyną drogę, aby zmienić coś na korzyść ludzi. Tak właśnie stało się w przypadku zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Platforma Obywatelska traktuje osoby niepełnosprawne priorytetowo, zwłaszcza, że w pewnym momencie poczuli się oni bezradni i bezsilni, w sytuacji, gdy ich prośby kierowane do decydentów spotkały się z martwą ciszą. Cieszę się, że urzędnicy dostrzegli w końcu interes niepełnosprawnych pacjentów, a przy okazji także innych. W przyszłości chcemy doprowadzić do takiego funkcjonowania systemu, aby limity finansowe na poszczególne przedmioty i środki nie kończyły się w połowie roku. Być może dobrym rozwiązaniem okaże się ustanowienie limitu finansowego na jednego pacjenta, a nie na produkt. Wtedy on sam mógłby decydować co i za ile kupić w danym momencie. Wydaje się, że warto też zastanowić się nad pewnym zróżnicowaniem regionalnym pod względem zapotrzebowania i specyfiki schorzenia. Jedno jest pewne - system otwarty jest znacznie bezpieczniejszy finansowo od obowiązującego w większości województw systemu zamkniętego. Dobrze, że minister Leszek Sikorski przypomniał sobie, iż pacjent jest zarówno beneficjentem jak i płatnikiem tego systemu. To on ma prawo kontrolować wydawanie jego pieniędzy i szukać odpowiedzi na pytanie, czy są one dysponowane według pewnych zasad, czy tylko według sympatii dyrektora oddziału NFZ.

skim. Tam karty zaopatrzenia wprowadzono 1 kwietnia 2003 roku i mieszkańcy mogli od razu realizować wnioski, jeśli tylko w pobliżu znalazł się sklep czy apteka, która mogła je już przyjmować. Dla "nowych" pacjentów oddział przygotował informację o nowym systemie zaopatrzenia. Z kolei zdaniem Grzegorza Adamowicza, rzecznika warmińsko-mazurskiego oddziału NFZ, mieszkańcy tego regionu nie powinni czuć się bezradni. Są oni przyzwyczajeni do potwierdzania i wysyłania wniosków pocztą. Dlatego, jak stwierdził, kolejek tam nie było.

O osobistej możliwości potwierdzania wniosków świadczy nie tylko liczba punktów w danym województwie ale też wskaźnik liczby mieszkańców przypadających na niego (Tab.). Wynika z niego, że w czołówce znalazły się te regiony, które pomyślały o wszystkich pacjentach, zarówno wcześniej zarejestrowanych jak i nowoprzyjmowanych. Dlatego pierwsze miejsce w naszym rankingu zajęło województwo opolskie. Drugie miejsce przypadło województwu małopolskiemu, zaś trzecie lubuskiemu, które przyjęło, podobną do opolskiego, filozofię. Natomiast województwo śląskie zajęło dopiero szóste miejsce. Okazuje się więc, że nie wystarczy stworzyć licznej grupy punktów; trzeba ją jeszcze dostosować do liczby ludności.

Organizacja systemu otwartego przez oddziały NFZ

Województwo	Liczba mieszk. przypadających na 1 punkt (w tys.)	Liczba punktów ewidencyjnych	Liczba mieszkańców (w tys.)	Liczba podmiotów realizujących wnioski
1.Opolskie	99,0	11	1088,3	65
2.Małopolskie	124,0	26	3222,5	50
3.Lubuskie	146,2	7	1023,5	45
4.Łódzkie	241,2	11	2653,0	44
5.Podkarpackie	354,3	6	2126,0	bd.
6.Śląskie	374,3	13	4865,5	512
7.Kujawsko- Pomorskie	420,1	5	2100,8	50
8.Podlaskie	407,5	3	1227,7	30
9.Warmińsko-Mazurskie	485,2	3	1465,6	100
10.Lubelskie	558,7	4	2234,9	42
11.Wielkopolskie	559,2	6	3355,3	150
12.Mazowieckie	724,0	7	5067,3	114
13.Dolnośląskie	777,4	4	2977,6	bd.
14.Zachodniopomorskie	866,4	2	1732,8	115
15.Świętokrzyskie	1325,4	1	1325,4	15
16.Pomorskie	2192,3	1	2192,3	59
Razem	357,9	108	3865,8	-

Źródło: dane z oddziałów NFZ, z połowy stycznia 2004
bd. brak danych



Dorota Skrzak

Mirosław Górecki (z prawej) z departamentu ubezpieczeń zdrowotnych NFZ poinformował opinię publiczną, iż zarząd NFZ zgodził się na wprowadzenie systemu otwartego, aby zwiększyć konkurencję na rynku zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. W konferencji wzięli również udział wiceprzewodniczący Małopolskiego Sejmiku Organizacji Osób Niepełnosprawnych Józef Góralczyk (z lewej) oraz Małgorzata Wychowaniec (w środku) z Izby POLMED.

Ale, gwoili prawdy, o możliwości rejestracji decyduje nie tylko sama liczba punktów, lecz również odległość do nich i dotychczasowe doświadczenia. Być może mają rację przedstawiciele niektórych województw, iż miast tworzyć punkty, lepiej przekonać mieszkańców do wysyłania wniosków pocztą. W gruncie rzeczy największa liczba punktów była potrzebna na początku roku; później w miarę zdobywania doświadczenia i wiedzy o systemie otwartym przez mieszkańców, można ich liczbę ograniczyć do realnych potrzeb. O tym wszystkim przekonamy się jednak za kilka miesięcy.

Większa oferta

Powodzenie nowego systemu zależy też od szerokiego dostępu ubezpieczonych do produktów. Inicjatorzy systemu otwartego zakładali, iż będzie je można nabyć niemal w każdej aptece czy sklepie medycznym. Pierwsze dni stycznia upłynęły na zdobywaniu informacji. W przeciwieństwie bowiem do pacjentów, którzy mogli się z prasy czy radia dowiedzieć o nowych zasadach realizacji wniosków, aptekom nikt takiej informacji nie udostępnił. O możliwości zawarcia umowy z oddziałem NFZ wiedziały jedynie nieliczne firmy,

najczęściej od swoich dostawców. Obecnie jest już znacznie lepiej. Z każdym dniem do oddziałów wojewódzkich zgłasza się coraz więcej podmiotów. Z sondażu wynika, że do połowy stycznia najwięcej realizatorów podpisało umowy w południowych województwach - małopolskim i śląskim, czyli tam, gdzie obowiązywał system otwarty. Całkiem spora grupa zgłosiła się także w województwie wielkopolskim (150), mazowieckim (114) czy zachodniopomorskim (115). Trzeba pamiętać, że za tymi liczbami kryją się jedynie właściciele, posiadający 2-3 lub więcej aptek czy sklepów medycznych. To oznacza, że w rzeczywistości punktów realizujących wnioski jest znacznie więcej. Z drugiej strony w niektórych regionach, na przykład warmińsko-mazurskim, branża ta jest bardzo rozdrobniona. Apteki, salony optyczne czy sklepy medyczne mają tradycję rodzinną. Dlatego 100 realizatorów, którzy do połowy stycznia podpisali umowy, stanowi realną sieć.

Z danych przekazanych nam przez oddziały wynika, że grupa realizatorów jest bardzo zróżnicowana. Na przykład w województwie lubelskim zgłosiły się 42 podmioty, wśród których znajdują się samodzielne publiczne zakłady zaopatrzenia ortopedyczne-

go, niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, zakłady opieki zdrowotnej, producenci i dystrybutorzy, a także samodzielne apteki. Oddziały NFZ informują, że w zasadzie zgłosiły się prawie wszystkie podmioty, które realizowały wnioski w ubiegłych latach, a wiele z nich poszerzyło swoją ofertę o nowe produkty i środki pomocnicze. Każdy wniosek traktowany jest indywidualnie, lecz odmowy zdarzają się niezmiennie rzadko, na przykład gdy podmiot działający na terenie danego oddziału NFZ chce realizować wnioski w innym województwie. Powinien wówczas zgłosić się do właściwego dla realizacji oddziału. W miarę możliwości urzędnicy starają się również załatwiać oferentów na bieżąco. Pod tym względem rekord bije zachodniopomorski oddział, który potrzebuje kwadransa na podpisanie umowy, jeśli dokumentacja jest kompletna. Na ogół jednak urzędnicy przyznają, że potrzebują kilku dni na rozpatrzenie i podpisanie umowy.

Skąpe finanse

Plany wydatków finansowych na zaopatrzenie refundowanych przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych nieznacznie wzrosły w stosunku do ubiegłego roku. O ile w 2003 roku wydano 335 mln zł, o tyle w tym zaplanowano 348,2 mln zł. Oddziały różnie potraktowały potrzeby swoich pacjentów. W województwie pomorskim planuje się wydać w 2004 roku 18,15 mln zł, podczas gdy w ubiegłym roku wydano o 250 tys. zł mniej. W wielu regionach wydatki pozostały na tym samym poziomie. Ale są też takie, które przewidują zwiększone potrzeby. Zaplanowały więc odpowiednio większe kwoty. Na przykład w województwie świętokrzyskim będzie to suma 7,978 mln zł, o ponad 1,2 mln zł więcej w stosunku do 2003 roku. W regionie podlaskim wydatki wzrosną nawet o 1,7 mln zł, z 7,3 mln do 9 mln zł. Oddział mazowiecki zaplanował wzrost jedynie o około 270 tys. zł, z 46,511 mln zł do 49,220 mln zł.

W ubiegłych latach zdarzały się kolejki ubezpieczonych. Wprowadzenie systemu otwartego powinno ten problem zminimalizować. Pacjenci mają możliwość wyboru produktu w dowolnie przez siebie wybranym punkcie, natomiast oddział codzienną kontrolę wydatków. Miejmy nadzieję, że prosty i racjonalny w realizacji system otwarty przekona do siebie największych oponentów.

Koniec święta niepełnosprawnych



**Z Jolantą Banach,
pełnomocnikiem rządu ds.
osób niepełnosprawnych,**

rozmawia Iza Marcisz.

Czy w Pani ocenie Europejski Rok Osób Niepełnosprawnych, który obchodziliśmy w 2003 roku, przyniósł w naszym kraju poprawę ich sytuacji życiowej?

Trzeba przypomnieć cel, jaki przyświecał jego organizatorom. Było nim przybliżenie opinii publicznej problemów niepełnosprawnych i uświadomienie, że stanowią poważną, liczącą 5,5 miliona osób, część społeczeństwa. Zależało nam na pokazaniu tych, którzy potrafili pokonać ograniczenia swojej fizycznej czy psychicznej sprawności i żyć pełnią człowieczeństwa odnosząc sukcesy sportowe, artystyczne, naukowe i ekonomiczne. Obchody Roku Osób Niepełnosprawnych wyzwoliły imponujący potencjał organizacji pozarządowych, administracji publicznej, osób prywatnych. Inicjatywy przeszły nasze oczekiwania. Odbęło się ponad 500 imprez zorganizowanych przez administrację rządową. Dofinansowaliśmy około 400 imprez autorstwa podmiotów pozarządowych. Zwracała uwagę różnorodność form.

Jednak Rok Osób Niepełnosprawnych to nie tyle festiwal uroczystości, ile szara rzeczywistość. Czy w ostatnich miesiącach udało się poprawić warunki życia tej grupy?

Złe by się stało, gdyby o poprawę sytuacji tych osób zabiegano z okazji święta. Staramy się to robić ustawicznie, krok po kroku. W minionym roku znowelizowano ustawę o zatrudnieniu i rehabilitacji, której celem jest powiązanie pomocy finansowej dla przedsiębiorstw z zatrudnieniem konkretnej osoby niepełnosprawnej. Dofinansowanie zatrudnienia niepełnosprawnych na rynku pracy, dotąd praktycznie niedostępnym, powinno przynieść wzrost

liczby pracujących. Pomoże w tym również podnoszenie obligatoryjnego wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych w administracji publicznej, w sektorze finansów, w służbie zdrowia, w szkołach i na uczelniach. Do celowo wskaźnik zatrudnienia w tych sferach działalności publicznej ma osiągnąć 6 procent.

Czy można już dzisiaj powiedzieć, jakie będą dalsze losy Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych?

W przypadku likwidacji funduszy celowych istnieje także zagrożenie dla PFRON. Trzeba jednak pamiętać, że PFRON to system gromadzenia środków pieniężnych i ich dystrybucji. Nie widzę lepszego pomysłu na zbieranie środków, ewidencjonowanie dłużników i egzekwowanie należności. Gdyby zlikwidowano fundusz, musiałaby powstać inna instytucja, która wypełniałaby te zadania. Nikt też nie proponował zaprzestania pozyskiwania pieniędzy na rehabilitację pochodzących ze składek wpłacanych przez pracodawców. W PFRON powstaje obecnie centralny rejestr zatrudnionych niepełnosprawnych z numerem NIP, PESEL, z bazą danych obejmującą około 290 tys. osób. Ułatwi to bezpośrednie kierowanie pieniędzy do zakładu pracy za każdym zatrudnionym.

Potrzeby osób niepełnosprawnych są ogromne, zróżnicowane i niewspółmierne do możliwości budżetu państwa. Jakie priorytety przyjmuje PFRON w udzielaniu pomocy finansowej?

PFRON służyć miał głównie wspieraniu zatrudnienia osób niepełnosprawnych. Presja potrzeb jest jednak tak silna, że w poszczególnych przypadkach dofinansowywano na przykład rehabilitację leczniczą. Działo się tak wbrew założeniom statutu. Sytuację komplikuje też coraz powszechniejsze niewywiązywanie się poszczególnych resortów, instytucji z ciążących na nich obowiązków wobec osób niepełnospraw-

nych. W PFRON krzyżują się, zatem różne potrzeby i interesy. Organizacje pozarządowe postulują, aby jak największa część środków przeznaczona została na rehabilitację społeczną, w tym na edukację dzieci. Jest to żądanie ze wszech miar słuszne, ponieważ wykształcenie warunkuje samodzielność zawodową w dorosłym życiu. Pomaga w tym 500 poradni psychologiczno-pedagogicznych. Kolejny raz rozważany jest projekt wprowadzenia instytucji asystenta osoby niepełnosprawnej. Pieniądze mają pochodzić z Europejskiego Funduszu Społecznego. Stworzy on również duże możliwości pomocy dla przedsiębiorstw zatrudniających niepełnosprawnych. Ze środków PFRON dofinansowujemy także zakup sprzętu rehabilitacyjnego poprzez uzupełnienie różnicy między limitem wyznaczonym przez NFZ a obowiązującą ceną. Pozwala to na dobór właściwego sprzętu rehabilitacyjnego, co jest niezwykle ważne dla postępów w leczeniu. Bywa bowiem, że złe dobrane sprzęt może powodować trwałe kalectwo. Ważne jest też powołanie w ubiegłym roku rad konsultacyjnych przy urzędzie marszałka województwa i starosty. Pomimo pewnego postępu Rok Osób Niepełnosprawnych przyniósł także odczuwalne pogorszenie położenia ludzi niepełnosprawnych. Sytuacja w systemie ochrony zdrowia ograniczyła dostępność do wielu świadczeń zdrowotnych, a zwłaszcza do rehabilitacji. Poważną, dla wielu niemożliwą do pokonania barierą, są ceny leków i ograniczona liczba specjalistów refundowanych. Dotknęło to szczególnie osoby przewlekle chore, żeby wymienić choćby diabetyków czy chorych na stwardnienie rozsiane. Zgodnie z założeniami funduszu nie możemy dofinansowywać leków, jednak podejmujemy działania zmierzające do obniżenia ich ceny, zwłaszcza tych dla przewlekle chorych. W jednostkowych przypadkach udaje się jakiś bardzo drogi lek wpisać na listę refundowanych.

Dziękuję za rozmowę.

NTM w Wielkiej Brytanii

Magdalena Kowalewska

Do Polski przyjechała po raz pierwszy dr Jo Laycock, wybitna specjalistka z zakresu rehabilitacji w dziedzinie urologii. Poprowadziła seminarium poświęcone "Leczeniu zachowawczemu w nietrzymaniu moczu". Były to pierwsze, zorganizowane na szeroką skalę praktyczne zajęcia, podczas których uczestnicy mogli na sobie wypróbować sposób działania wielu urządzeń przydatnych do zachowawczego leczenia nietrzymania moczu. Przy okazji przedstawiła metody działania różnych organizacji pozarządowych zajmujących się promocją trzymywania moczu. - Problem nietrzymania moczu dotyka społeczeństwo każdego kraju i wszędzie jest problemem wstydlivym. Pierwsze kampanie informacyjne w Wielkiej Brytanii miały miejsce już w latach osiemdziesiątych - mówiła dr Jo Laycock. - W efekcie udało się podnieść świadomość społeczną na temat tego problemu, ale wymagało to czasu i ciągłości procesu informacyjnego. Nie znaczy to, że osiągnęliśmy już wszystko. W dalszym ciągu mamy dużo pracy, ale na pewno jest łatwiej niż dwadzieścia lat temu. Chcemy zapewnić każdemu pacjentowi z NTM, niezależnie od miejsca zamieszkania, standardowy poziom leczenia. W tym celu staramy się o uchwalenie tzw. ścieżek opieki, które byłyby powszechnie stosowane przez personel medyczny. Jest to konieczne, ponieważ do tej pory nie zawsze pacjenci byli traktowani zgodnie ze standardami.

Przy tworzeniu pełnego systemu opieki nad pacjentem w Wielkiej Brytanii bardzo istotna okazała się wzajemna współpraca lekarzy z pielęgniarkami i fizykoterapeutami. Pacjent, który skarży się na nietrzymanie moczu, udaje się najpierw do lekarza rodzinnego, który decyduje jaka forma pomocy jest mu w danej sytuacji najbardziej odpowiednia. Jeśli pacjent potrzebuje rehabilitacji lekarz rodzinny kieruje go do fizykoterapeuty, jeśli higienicznych środków wchłaniających - do pielęgniarki. Tylko lekarz rodzinny może skierować osobę z NTM również bezpośrednio do chirurga specjalisty (ginekologa lub urologa). W praktyce jednak dąży się do tego, aby przed ostateczną

wizytą u specjalisty pacjenta kierować najpierw do fizykoterapeuty pod warunkiem, że na to pozwala jego stan zdrowia. Jeśli pacjent zakończył kurs fizykoterapii i dalej ma problemy z NTM, ponownie odwiedza lekarza rodzinnego. Aby cały system opieki mógł sprawnie działać, bardzo ważna jest edukacja personelu medycznego, podkreśliła dr J. Laycock. Na terenie Wielkiej Brytanii istnieją okręgi pielęgniarskie, które między innymi prowadzą dla wszystkich zainteresowanych kursy na różnych poziomach poświęcone NTM. Są one przeznaczone przede wszystkim dla pielęgniarek oraz fizykoterapeutów. Uczestnictwo w nich jest otwarte również dla lekarzy, ale w praktyce oni sami organizują sobie własne programy treningowe. Dodatkowo, każde większe miasto posiada wyspecjalizowaną klinikę zarządzaną przez pielęgniarki, które wykonują podobną pracę, co fizykoterapeuci. Oceniają mięśnie dna miednicy pacjentów, zalecają określone rodzaje ćwiczeń, stosują biofeedback i stymulację elektryczną. Po określeniu sytuacji pacjenta i przyznaniu odpowiedniej liczby sztuk, dostarczają środki pomocnicze i instruuja, jak stosować pieluchomajtki czy cewniki. Takie rozwiązanie wyraźnie odciąża lekarzy specjalistów.

Z informacji udzielonej przez dr Jo Laycock wynika, że w Wielkiej Brytanii funkcjonuje kilka organizacji zajmujących się problemem nietrzymania moczu. Jedną z nich jest powołane w 1980 roku Association for Continence Advice (ACA), ogólnokrajowa organizacja non profit, sponsorowana przez firmy farmaceutyczne. ACA zrzesza prawie 900 członków, w tym ok. 700 pielęgniarek. Wydaje między innymi broszury dla pacjentów i terapeutów, organizuje wystawy, na których prezentowane są nowe produkty dotyczące problemu nietrzymania moczu. ACA podzielone jest na 12 oddziałów, dzięki czemu łatwiej jest docierać z informacją na temat NTM do wszystkich zakątków kraju. - Według mnie, w leczeniu NTM najważniejsze są: wewnętrzna ocena mięśni dna miednicy, regularne ćwiczenia oraz systematyczne wypełnianie przez pacjenta dzienniczka funkcjonowania własnego pęcherza. Moją ulubioną metodą lecze-



Dr Jo Laycock jest autorką kilku książek oraz około 50 publikacji naukowych na temat postępowania w leczeniu zaburzeń w obrębie miednicy ze szczególnym uwzględnieniem tematyki nietrzymania moczu oraz zaburzeń funkcji pęcherza moczowego. Była przewodniczącą, a obecnie członkiem Association for Continence Advice, członkiem International Continence Society oraz International Pelvic Floor Dysfunction Society. Obok pracy badawczej - naukowej aktywnie promuje zasady leczenia zachowawczego, prowadząc seminaria i szkolenia dla lekarzy, fizjoterapeutów oraz pozostałego personelu medycznego.

W 2000 r. została uhonorowana Orderem Królowej Brytyjskiej za swoje osiągnięcia w dziedzinie leczenia nietrzymania moczu.

nia pozostaje biofeedback. Polega on na kontrolowanym, zarówno przez lekarza jak i pacjenta, ćwiczeniu skurczów dna miednicy przy zastosowaniu specjalnej aparatury, dzięki której można obserwować siłę skurczu mięśni, co pozwala ocenić m.in. postęp leczenia. Natomiast analizując polską świadomość społeczną dotyczącą problemu nietrzymania moczu śmiało mogę stwierdzić, że jest to dokładnie ten sam poziom, który w Wielkiej Brytanii występował 20 lat temu. Dlatego cały czas podkreślam - o problemie nietrzymania moczu trzeba mówić, mówić i jeszcze raz mówić... - dodała dr Jo Laycock.



Mały pęcherz moczowy

Mam problem z nietrzymaniem moczu podczas spania. Jestem mężczyzną i mam 13 lat. Robiłem już wiele badań w szpitalu i wyszło, iż mam za mały pęcherz moczowy. Chodzę do psychologa. Z dnia na dzień jest lepiej lecz zdarza się, iż przez tydzień nie sikam a potem 2 tygodnie sikam mocno. Biorę tabletki minirin 0,1. Brałem też jakieś krople, lecz nazwy nie pamiętam. Proszę o poradę, co mam robić dalej.

Jurek
Poznań

Red. Twój problem to raczej tzw. moczenie nocne, a nie nietrzymanie moczu. W tym schorzeniu rola psychologa jest bardzo ważna, a widoczna poprawa w Twoim przypadku tylko to potwierdza. Stosowanie minirinu jest leczeniem o udowodnionej skuteczności. Ogólnie należy doprowadzić do sytuacji, w której moczenie będzie wyprzedzone przez świadome obudzenie i oddanie moczu (nykturia). W następnym etapie należy dążyć do zwiększenia pojemności pęcherza.

W okresie pogorszeń skuteczne bywa stosowanie budzika, nastawionego na godzinę nieco wcześniejszą, niż występuje epizod moczenia oraz ograniczenie spożycia płynów przed snem.

W przypadku małej pojemności pęcherza pomocny może być trening pęcherza prowadzony pod kontrolą urologa. Dodatkowo można stosować leki np. driptane lub ditropan.

Czy winien stres?

Jestem matką 9-letniego Marcina. Zdarzało mu się czasem zmoczyć, raczej w dzień (niewielka ilość moczu). Niestety od ok. miesiąca synek nie trzyma również stolca (zdarza mu się zabrudzić 1-3 razy dziennie, zwykle również niewielka ilość stolca). Kilka dni temu objawy się nasiliły, w ciągu doby było 8 zmian bielizny, potem wysoka gorączka, powyżej 39 stopni. Po 3 dniach gorączka ustąpiła, jednak wciąż zdarza mu się brudzenie, moczenie. Lekarz, do którego się zwróciłam, twierdzi, że powodem tego jest stres, problemy emocjonalne. Ja tak nie uważam. Proszę o podanie adresu poradni, w której mogłabym przebadać syna, uzyskać informacje i pomoc. Mieszkam w woj. podlaskim.

Teresa B.
Zabrze

Red. Rzeczywiście, problem wygląda poważnie i nie sędzę, żeby jedyną przyczyną był stres. Niepokojącym objawem są stany gorączkowe. Konieczne jest wykonanie urografii i pilna konsultacja urologiczna. Może to świadczyć o przeszkodzie w odpływie moczu i jego zaleganiu (w pęcherzu i/lub górnych drogach moczowych). Dołączenie nietrzymania stolca nasuwa podejrzenie zaburzeń neurologicznych. Chłopca, również pilnie, powinien zbadać neurolog!

Polecamy poradnię urologiczną Wojewódzkiego Szpitala w Białymstoku.

Jak pomóc starszej osobie?

Proszę o udzielenie porady, gdzie i do kogo należy się zwrócić z problemem nietrzymania moczu. Cierpi na nie osoba niepełnosprawna, ze zwymiotowaniami stawów. Obecnie ma 70 lat i od kilku lat porusza się przy pomocy balkonika, i to jedynie do łazienki. Wymaga całodziennego opieki osoby trzeciej. Pieluchy nie rozwiązują sprawy. Na receptę jest ich za mało, a na zakup dodatkowych jej nie stać. Lekarz pierwszego kontaktu nie widzi potrzeby udzielenia jej pomocy. Ogranicza się do wystawiania recept na środki przeciwbólowe i przeciwciepłotne.

Jak można jej pomóc? Każdy człowiek, pomimo inwalidztwa czy choroby, chce normalnie żyć.

Leokadia S.
Gdańsk

Red. Osoba, o której Pani pisze nie podając jej płci, wymaga wstępnej oceny przez lekarza ogólnego pod kątem tzw. przemijających przyczyn nietrzymania moczu. Ich eliminacja często prowadzi do ustąpienia dolegliwości lub znacznego zmniejszenia ich nasilenia. Należą do nich: zakażenie układu moczowego, nadmierna podaż płynów, zaparcia, leki (wiele grup), niemożność dostarcia do toalety na czas lub ograniczenie mobilności. Także stałe lub przemijające zaburzenia świadomości (demencja, depresja) mogą prowadzić do zaburzeń ze strony układu moczowego, a ich prawidłowe leczenie może przynieść poprawę. W dalszej kolejności wymagana jest ocena przez urologa pod kątem rodzaju nietrzymania moczu. W podeszłym wieku często jest to tzw. nietrzymanie z parć i może być leczone farmakologicznie. Nietrzymanie wysiłkowe (popuszczenie moczu przy kaszlu, wysiłku, chodzeniu) może być także leczone, choć najskuteczniejsze leczenie zabiegowe w tym przypadku prawdopodobnie nie wchodzi w rachubę.

Jeśli jest to mężczyzna i nie przeżył operacji cewki lub prostaty, to prawie na pewno (po wykluczeniu przyczyn przemijających) cierpi on na nietrzymanie z parć.

Szansa na życie

Z zainteresowaniem wysłuchałam programu "szansa na życie" o nietrzymaniu moczu. Sprawa dotyczy mnie osobiście. Wczoraj wróciłam ze szpitala, gdzie włożono mi do brzucha siateczkę podtrzymującą pęcherz. Miały to być małe nacięcia (1 cm) z obu stron brzucha i po 3 dniach miałam wyjść do domu. Po zabiegu gorączkowałam, wzięłam dużo antybiotyków i wyszłam do domu dopiero po 9 dniach, z konsekwencjami brania antybiotyków (biegunka, grzybek w gardle).

W domu, po zdjęciu opatrunku, zobaczyłam, że mam poprzeczne cięcie brzucha 12 cm. Cały czas czuję obce ciało w środku. Nie widzę większej różnicy pomiędzy tym, co było przed operacją a tym, co jest teraz. W dzień trzymam moc, ale w nocy z trudem dobiegam do toalety. Lekarz zaproponował mi operację, aby poprawić komfort życia, ponieważ popuszczałam przy kaszlu, ki-

chaniu, itd. Proszę więc napisać na czym polega rehabilitacja.

Mam też inny problem. Mój 30-letni syn jest zagorzałym turystą. W ubiegłe wakacje przeszedł z bagażem. Po powrocie bolały go mięśnie brzucha. Mówi, że od tej pory popuszcza moc. Proszę, napiszcie do jakiego specjalisty wysłać syna i na czym będzie polegać leczenie?

Ewa S.
Słupsk

Red. Nieco łatwiej byłoby coś powiedzieć o rodzaju operacji, którą Pani przeżyła, gdyby jej nazwę przepisała Pani z karty informacyjnej. Jeśli w ciągu dnia trzyma Pani moc przy wysiłku, to zamierzony efekt operacji został osiągnięty. U wielu chorych po przebytých operacjach z powodu NTM dochodzi do powstania lub nasilenia objawów podrażnieniowych m.in. parć na pęcherz w dzień i/lub w nocy. U większości chorych są one przemijające i ustępują do 3 miesięcy po zabiegu. Pomocne bywa stosowanie preparatów z grupy leków antycholinergiczných, które zmniejszają parcia na pęcherz (np. detrusitol, ditropan). W przypadku utrzymywania się dolegliwości przez dłuższy okres wymaga Pani ponownych badań w miejscu, w którym Panią operowano.

Jeśli chodzi o syna, to powinien skontaktować się z urologiem. Leczenie zależy od rozpoznania, którego listownie - bez badania chorego - nie można postawić. Problem prawdopodobnie jest przemijający, gdyż uszkodzenie silnego zdrowego zwieracza cewki u młodego mężczyzny pod wpływem wysiłku jest niemal nieprawdopodobne.

Objawy powróciły

Mój 9-letni syn cierpi na nadreaktywny pęcherz moczowy. Proszę o informacje na temat metod leczenia i ich skuteczności w statystyce. Chcę dodać, że syn był już leczony ditropanem, lecz po jego odstawieniu objawy powróciły. Informacja może mieć naturę medyczną, ponieważ jestem stomatologiem.

Krystyna N.
Cieszyń

Red. Zakładając że rozpoznanie nadreaktywnego pęcherza jest prawidłowe i wykluczono przyczyny anatomiczne i neurologiczne, to leczenie jest poprawne. Jeśli leczenie farmakologiczne jest skuteczne, to powinno potrwać co najmniej 3 miesiące. Dziecko powinno powrócić do stosowania ditropanu, a następną próbę odstawienia leku proponuję po kolejnych 3 miesiącach. Konieczny jest nadzór urologa ze względu na możliwość zalegania moczu w pęcherzu po mikcji (np. USG). Należy to ocenić w początkowej fazie leczenia i dobrać odpowiednią dawkę leku. Leczenie farmakologiczne antycholinergicznymi jest skuteczne u ok. 85 procent pacjentów. Objawy pęcherza nadreaktywnego ustępują po farmakoterapii u około 75 procent leczonych. Leczenie trwa od 3 miesięcy do nawet 5-6 lat.

Na listy odpowiadał dr Piotr Dobroński
z Katedry i Kliniki Urologii Akademii Medycznej
w Warszawie

Jak gospodarować środkami chłonnymi

Osoby mające problem z nietrzymaniem moczu można podzielić na dwie podstawowe grupy: aktywnych społecznie i czynnych zawodowo oraz obłożnie chorych i długotrwale unieruchomionych. U obu grup higiena powinna być podobna; sucha, czysta i gładka skóra, zaś przykry zapach wyeliminowany do minimum. Celem jest poprawa jakości życia i poczucie komfortu. Funkcje życiowe osoby z NTM nie powinny być ograniczone z powodu nietrzymania moczu.

Stopień nietrzymania moczu zależy od indywidualnego stanu zdrowia, dlatego dobrze jest prowadzić obserwację oddawania moczu w ciągu 2-3 dni i zaznaczać jak często następują mikcje, jaka jest ich objętość, ile wystąpiło epizodów mimowolnego oddania moczu, w jakich okolicznościach dochodzi do nietrzymania moczu: w trakcie kaszlu, kichnięcia, śmiechu, wysiłku fizycznego, zmiany pozycji ciała czy pojawienia się uczucia nagłego parcia. Istotny jest również ogólny stan zdrowia, stan psychiczny i sprawność cierpiącego. Koniecznie należy także systematycznie sprawdzać stan skóry w miejscach narażonych na wilgoć. U osoby leżącej każda maceracja czy otarcie prowadzi do poważnych uszkodzeń skóry zwanych odleżynami.

Sposób postępowania i stosowania środków chłonnych zależy od stopnia nietrzymania moczu (ilość moczu oddawanego mimowolnie), który można określić na podstawie prostego testu ilościowego zwanego testem pieluchowym. Test ten zalecany jest przez Komitet Standaryzacji ICS i polega na zważeniu suchej pieluchy przed założeniem oraz ponownie po mikcji.

Do dyspozycji osób z NTM postawiono różnorodne jednorazowe materiały chłonne, w tym:

- * wkładki urologiczne dla kobiet,
- * wkładki urologiczne dla mężczyzn tzw. kieszonki prąciowe,
- * pieluchy chłonne,
- * pieluchomajtki,
- * podkłady chłonne.

W Polsce obowiązuje tylko częściowa refundacja na powyższe środki, dlatego ich zakup stanowi problem dla "kieszeni" wielu osób. Są one zmuszone bardzo oszczędnie nimi gospodarować, co, niestety, odbija się później się na komforcie psychicznym i zdrowotnym. Z drugiej strony, mając na uwadze własne samopoczucie oraz stan "kieszeni", warto zastanowić się, czy zawsze trzeba stosować wystarczająco ten sam środek. Czasem, zamiast pieluchy, wystarczy wkładka lub podkład. Dlatego wydaje się, że Narodowy Fundusz Zdrowia powinien przyznać osobom z NTM pewien limit cenowy i w jego ramach możliwość swobodnego zakupu wyżej wymienionych produktów.

Pozwoli to na następujące "gospodarowanie" środkami pomocniczymi:

- na noc - pieluchomajtki, ponieważ wówczas jest wyłączona świadomość.

Ocena wyniku testu

Jeżeli różnica wagi pieluchomajtek lub podpaski wynosi:

- * mniej niż 2 g - wynik prawidłowy, osoba nie cierpi na NTM,
- * 2 g - 10 g - nietrzymanie moczu lekkiego stopnia,
- * 10 g - 50 g - nietrzymanie moczu średniego stopnia,
- * powyżej 50 g - nietrzymanie moczu znacznego stopnia.



- w ciągu dnia:

- * przy dużym stopniu nietrzymania moczu ochraniamy fotel lub łóżko podkładem chłonnym i zakładamy pieluchę anatomiczną, która jest tańsza od pieluchomajtek,
- * przy średnim stopniu nietrzymania moczu zakładamy wkładkę urologiczną, która z kolei jest tańsza od pieluchy anatomicznej.

Swobodne decydowanie o zakupie rodzaju produktu chłonnego i stosowanie go w zależności od pory dnia, pozwoli nie tylko na zmniejszenie kosztów ponoszonych przez osoby z NTM na zakup tych materiałów, ale także zmobilizuje je do pilnowania czasu mikcji i korzystania z toalety, chociażby ze strachu, że rozmiar mikcji przekroczy możliwości chłonne na przykład wkładki urologicznej.

Doświadczenie uczy, że osoby korzystające tylko z pieluchomajtek bardzo szybko rezygnują z samodyscypliny i poddają się. Myślę, że ludzie z NTM powinni mieć swobodę decyzji, co do rodzaju produktu i miejsca zakupu, a ograniczenie powinno być tylko jedno - limit cenowy przyznany przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Przy obecnym stanie informatyki wszelkie nadużycia, których tak obawia się NFZ, są bardzo łatwe do wykrycia.

Elżbieta Szwałkiewicz

Krajowy konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych

Dwa kroki wstecz

“Sytuacji chorych na stwardnienie rozsiane w perspektywie propozycji Narodowego Funduszu Zdrowia” poświęcono konferencję zorganizowaną w listopadzie 2003 roku przez Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego. W spotkaniu udział wzięli m.in. prof. Zbigniew Stelmasiak, prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego i przewodniczący Rady Głównej PTSR, prof. Krzysztof Selmaj, kierownik Kliniki Neurologii AM w Łodzi oraz dyr. Andrzej Krupa z NFZ.

Izabela Odrobińska, wiceprzewodnicząca PTSR, zwróciła uwagę na zagrożenia, wynikające z zapisu ograniczającego prawo do rehabilitacji domowej tylko dla osób rokujących poprawę, wprowadzenia zamkniętego systemu dystrybucji środków pomocniczych i ortopedycznych, utrzymania na dotychczasowym poziomie limitu środków urologicznych (60 sztuk miesięcznie pieluchomajtek i 30 sztuk cewników zewnętrznych) i stosowania pełnej odpłatności w odniesieniu do większości leków pomimo wpisania stwardnienia rozsianego na listę chorób przewlekłych. W wykazie leków refundowanych umieszczono tylko 4 specyfiki, z których jeden stosowany jest wyłącznie w leczeniu szpitalnym. Izabela Odrobińska zapowiedziała złożenie skargi w Europarlamencie w związku z refundacją zaledwie 2 pieluch dziennie. “Jak zachować godność w mokrych pieluchach?”, pytała.

Rehabilitacja domowa została ograniczona do maksimum 15 tygodni w roku. Szczególny sprzeciw wywołuje propozycja wprowadzenia kwalifikowania na zabiegi rehabilitacji tylko osób rokujących poprawę, co w przypadku choroby przewlekłej odznaczającej się fazami poprawy i pogarszania stanu zdrowia, jest absurdem. Rehabilitacja ruchowa stanowi podstawę podtrzymania sprawności fizycznej chorych i uniknięcia powikłań.

Zamknięty system środków pomocniczych i ortopedycznych oznaczał olbrzymie utrudnienie w dostępie do nich. Na szczęście od 1 stycznia 2004 roku odstąpiono od tego rozwiązania. Utrzymanie limitu na dwie pieluchy dziennie zmusza chorego do kupowania dodatkowej ilości środków za własne pieniądze. Biorąc pod uwagę ceny leków i środków pomocniczych, propozycje NFZ oznaczają dramatyczne pogorszenie sytuacji chorych na stwardnienie rozsiane. Na konferencji zwrócono również uwagę na problem stosowania w leczeniu stwardnienia rozsianego nowoczesnych specyfików. Są one u nas praktycznie niedostępne.

IM

Galicyjskie spotkania

W dniach od 5 do 8 listopada 2003 r. w Krakowie miały miejsce dwa ważne w środowisku medycznym zjazdy: Kongres Urologów Europy Centralnej oraz IV Międzynarodowe Galicyjskie Spotkania Urologiczne. W tych ostatnich Program Prospołeczny “NTM - Normalnie Żyć” miał możliwość po raz pierwszy uczestniczyć. Funkcję przewodniczącego Komitetu Organizacyjnego pełnił prof. Zbigniew Dobrowolski (Katedra i Klinika Urologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego). Do udziału w sesjach zaproszono m.in. Z. Frischera, który omawiał nietrzymanie moczu po radykalnej prostatotektomii. Natomiast o problemie NTM u kobiet mówili m. in. Ch. Chaple, R. Tunn, oraz J. Thuroff.

MK

Mazowiecki oddział UROSTO już działa



Dominik Skurzak

Zarząd Mazowieckiego Oddziału UROSTO

Prezes - Andrzej Cebo, tel. 0-22 827 30 09
Wiceprezes - Zygmunt Araszewski
Sekretarz - Ewa Kieszkowska
Skarbnik - Leonora Piechowska

W połowie listopada 2003 roku odbyło się zebranie założycielskie mazowieckiego oddziału Stowarzyszenia Osób Przewlekłe Chorych z Chorobami Układu Moczowego UROSTO. Siedziby i patronatu użyczyla Klinika Urologii Akademii Medycznej w Warszawie, przy ul. Lindley'a. Tutaj, w sali na 3 piętrze będą odbywać się spotkania członków i wykłady. Konsultantami mazowieckiego oddziału zostali: prof. dr Andrzej Borkowski, kierownik Kliniki Urologii oraz dr Piotr Radziszewski.

Na pierwsze spotkanie zjawilo się około 40 osób w różnym wieku. Powitał ich prof. A. Borkowski oraz prezes UROSTO Edwin Barczyński, który przypomniał, że podstawowym celem stowarzyszenia jest poprawa sytuacji chorych poprzez popularyzację wiedzy na temat przyczyn chorób układu moczowego, profilaktyki oraz metod leczenia. Jedną z form działania są prelekcje, podczas których lekarze urolodzy wyjaśniają mechanizmy powstawania chorób układu moczowego i odpowiadają na pytania.

Członkowie wybrali zarząd oddziału i umówili się na następne, merytoryczne spotkanie. Odbyło się ono 14 grudnia 2003. Pierwszy wykład wygłosił prof. dr Andrzej Borkowski, który omówił objawy i przyczyny powstawania nietrzymania moczu oraz metody leczenia. Działalnością oddziału UROSTO zainteresowali się przedstawiciele Towarzystwa Oświaty Zdrowotnej i Ośrodka Pomocy Społecznej z ul. Iwickiej w Warszawie. Byli oni gośćmi grudniowego spotkania.

Mazowiecki oddział oczekuje na kolejnych członków. Chętni mogą zgłosić się do prezesa oddziału, pana Andrzeja Cebo lub pod numer infolinii Programu NTM.

MW

INFOLINIA

0 801 800 038

Od 3 lutego 2003 r. działa ogólnopolska infolinia 0 801 800 038, pod którą wszyscy zainteresowani mogą uzyskać informacje na temat problemu nietrzymania moczu. Telefon jest czynny w dni powszednie w godzinach 8.00 - 20.00.
Całkowity koszt połączenia wynosi 0.29zł plus VAT.

RADA NAUKOWA DS. PROBLEMU NTM:



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

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



**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



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

**KONSULTANT DS.
MEDYCZNYCH
lek. med.
Piotr Dobroński**
Katedra i Klinika
Urologii
Akademii Medycznej
w Warszawie



Chcesz cieszyć się dobrym zdrowiem?

Czytaj co miesiąc miesięcznik „ZDROWIE”

Zdrowie przez całe życie!



NTM

normalnie żyć 0 801 800 038

problem NTM

sprawdź swój stan

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 częstość wzrasta wraz z wiekiem. Liczba mieszkańców Polski z problemem nietrzymania moczu to ponad 3 miliony osób. 300 tysięcy osób to grupa z ciężkim problemem. Pozostali dotknięci są tą dolegliwością w mniejszym stopniu.

■ **Jaki system zaopatrzenia pacjentów**

■ **Listy od pacjentów**

■ **Mazowieckie UROSTO już działa!**