

Kwartalnik NTM

nr 2(9) 2004



**NTM
MĘSKA
SPRAWA**

To dopiero początek

Mija pół roku od momentu, gdy w całym kraju wprowadzono jednolity system zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze. Jak wygląda sytuacja niepełnosprawnych obecnie? Obawiam się, że nadal jesteśmy bardzo daleko od normalności. Bo czyż normalne jest to, że w ramach jednolitego i otwartego systemu następują dramatyczne wręcz dysproporcje w terminie realizacji aparatów słuchowych pomiędzy poszczególnymi województwami (str. 22)? Czy normalne jest, że po odejściu od systemu zamkniętego, który został wręcz zdruzgotany argumentami zdecydowanej większości środowisk funkcjonujących w zaopatrzeniu w sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze, jesteśmy zmuszeni wracać do tematu, po raz kolejny udowadniając wyższość przejrzystych reguł gry nad ustawianymi konkursami ofert? Czy normalne jest to, że w Polsce osoby z nietrzymaniem moczu otrzymują refundację jedynie na 60 piechu miesięcznie. Dlaczego tak się dzieje?

W mojej opinii dzieje się tak, gdyż poziom wiedzy wśród kolejnych ministrów i wiceministrów zdrowia dotyczący problematyki refundacji i zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny oraz środki pomocnicze jest niski. Podobnie rzecz się ma również po stronie opozycji. Tam jednak przynajmniej jest zauważalna wola zrozumienia problemów z jakimi borykają się niepełnosprawni w Polsce. Taka sytuacja kreuje oczywiście mnóstwo różnych ekspertów i doradców, którymi otaczają się nasi politycy. Niestety, większość z nich albo próbuje w ten sposób zbudować sobie własną karierę polityczną, przypisując sobie wszystkie pozytywne dla niepełnosprawnych zmiany, albo reprezentuje pojedynczą firmę, której zasadniczym celem jest zniszczenie konkurencji i zmonopolizowanie rynku. Szczególnie zauważalne jest to w obszarze stomii i środków chłonących. Jak na tym wychodzą osoby niepełnosprawne i przewlekle chore? Najczęściej to one w pierwszej kolejności są ofiarami takich działań. Dlatego tak ważne i niezbędne jest utrzymanie koalicji organizacji reprezentujących pacjentów, producentów i dystrybutorów.

Tylko razem można przeciwstawić się zarówno wszelkim politycznym ekspertom, jak również potężnym pojedynczym koncernom, którym nie w smak wszelkiego rodzaju koalicje organizacji, których nie mogą w pełni kontrolować i dowolnie nimi sterować. Dodajmy, że dotyczy to w równym stopniu przedsiębiorstw zagranicznych, jak i krajowych. Ubiegły rok pokazał jak wspólnie można wy-



grać z obojętnością polityków, niechętnym podejściem urzędników NFZ i otwartą wrogością pojedynczych firm. Jest to jednak dopiero jedna wygrana bitwa w kampanii na rzecz niepełnosprawnych. Za chwilę okres wyborczy się skończy i spadnie zainteresowanie polityków niepełnosprawnymi. Grozi nam znowu wiele miesięcy bardziej obrony tego, co osiągnęliśmy, niż walki o zmianę na lepsze. Grozi nam po raz kolejny uwiarygodnianie się, gdyż bezpodstawne oskarżenia łatwo formułować w tym kraju, znajdując gotowych do tego klakierów, a zawsze można w ten sposób odwiec zmiany niekorzystne dla danego producenta czy też dystrybutora.

Czy zatem mamy realną szansę na debatę o polityce zdrowotnej państwa prowadzonej wobec niepełnosprawnych i przewlekle chorych? Wydaje się, że tak - z zastrzeżeniem, że głos środowiska będzie wspólny i poparty silnymi argumentami. Nie należy zapominać również o cierpliwości i konsekwencji. Bez tych dwóch cech nie warto nawet zaczynać.

Tomasz Michałek

Nowy Zarząd Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem

W dniach 19-20 czerwca 2004 roku w Konstancinie - Jeziorniej odbył się X Jubileuszowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem. Na zjeździe zostały wybrane nowe władze, w skład których weszli m.in.: Henryk Waszkowski z Rzeszowa (Prezes), Józef Patkiewicz z Wrocławia (Wiceprezes), Lech Karbowski z Jeleniej Góry (Wiceprezes), Józef Góralczyk z Krakowa (Sekretarz), Katarzyna Jaranowska z Warszawy (Skarbnik). W przyszłym roku PTWzK obchodzić będzie swój jubileusz 45 lecia pracy. Organizacja została utworzona w 1960 r. przez uznanego polskiego uczonego - prof. Wiktora Dege. Wieloletnimi prezesami byli również znani polscy naukowcy - prof. Marian Weiss oraz prof. Aleksander Hulek. PTWzK wniosła znaczący wkład w rozwój znanej na całym świecie polskiej szkoły rehabilitacji, obejmującej rehabilitację leczniczą, zawodową i społeczną. Ze środowisk Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem w całej Polsce wzięło swój początek wiele organizacji pozarządowych działających obecnie w naszym kraju.

Serdecznie gratulujemy wszystkim członkom zarządu. Szczególne gratulacje kierujemy na ręce Józefa Góralczyka, naszego stałego publicysty, którego wkład w poprawę systemu zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze jest nie do przecenienia.

Spis treści

2 (9) 2004

WSTĘP To dopiero początek - Tomasz Michałek	2
NTM U MĘŻCZYZN - prof. A. Borkowski, dr P. Dobroński, dr R. Kozłowski, dr P. Radziszewski ..	4-9
Pęcherz nadreaktywny - chorują również mężczyźni Wysiłkowe nietrzymanie moczu mężczyzny NTM w przebiegu łagodnego rozrostu gruczołu krokowego	
ŚRODKI POMOCNICZE - APARATY SŁUCHOWE	9
Słyszeć lepiej Andrzej Rzepka	
OPIEKA DŁUGOTERMINOWA	10
Klub seniora czy pensjonat? Maria Weber	
ŚRODKI POMOCNICZE - SPRZĘT UROLOGICZNY	11
Śmierdząca sprawa dr Tomasz Tasiemski	
UNIA EUROPEJSKA	12-13
Sprawa pięćdziesięciu milionów Iza Marcisz	
PRAWO	14-15
Bez szans na poprawę przed końcem roku Joanna Barańska	
WYSIŁKOWE NTM	16-19
Reoperacje w ginekologii a problem wysiłkowego NTM dr Aneta Adamiak Działalność UROSTO w Warszawie Małgorzata Georgiew	
OCENA SYSTEMU OTWARTEGO	20
System otwarty. Jednak skuteczny.... Karolina Ciepiela	
LISTY	21
RADZIMY Pod dyktando... pęcherza Elżbieta Janikowska	22

Do Czytelników

Oddajemy do Państwa rąk kolejny numer Kwartalnika NTM, który tym razem poświęciliśmy problemowi nietrzymania moczu u mężczyzn. Panowie skarżą się na NTM z reguły później niż panie, a dolegliwość zaczyna się u nich nasilać mniej więcej po ukończeniu sześćdziesięciu lat. Dlatego bardzo często zapominamy, koncentrując się głównie na kobietach, że mężczyźni również mogą mieć nietrzymanie moczu. Niezależnie od płci NTM może zmienić styl i pogorszyć jakość życia chorego. Nasi specjaliści od problemu nietrzymania moczu - prof. A. Borkowski, dr P. Dobroński, dr R. Kozłowski i dr P. Radziszewski, na następnych stronach przedstawiają przyczyny, rodzaje i sposoby leczenia NTM u mężczyzn.

Jednak sama wiedza i doświadczenie specjalistów nie wystarczą - pacjent, w momencie, kiedy zauważy u siebie niepokojące objawy - musi po prostu odwiedzić lekarza. Niezależnie od tego, czy jest to NTM czy niedosłuch.

W sekcji wysiłkowego NTM znajdziecie Państwo informacje autorstwa dr A. Adamiak na temat reoperacji w ginekologii oraz opis działań mазowieckiego oddziału Stowarzyszenia UROSTO. Natomiast jak dobrać odpowiedni aparat słuchowy radzi prezes Polskiego Stowarzyszenia Protetyków Słuchu.

Stałym tematem, który na dobre zagościł w Kwartalniku jest temat zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne - temat związany z normalnym życiem i funkcjonowaniem społeczeństwie. Chcielibyśmy w końcu napisać coś pozytywnego na ten temat, ale - niestety - nie da się. Większość osób z problem zdrowotnym napotyka w naszym kraju trudności na każdym kroku. Na przykład lekarz, do którego przychodzi osoba cierpiąca na NTM po sześćdziesiątym roku życia, nie przepisuje pacjentowi refundowanych pieluch czy pieluchomajtek, ponieważ uważa, że od pomocy starszym ludziom jest rodzina, a nie państwo. Człowiek po urazie kręgosłupa używający worków do zbiórki moczu w ilości przyznawanej przez państwo zaczyna - mówiąc dosadnie - śmierdzieć, ponieważ ilość refundowanych przez państwo sztuk nie wystarcza. Aż włos się jeży na głowie, jakie rozwiązania są stosowane w Polsce i po przeanalizowaniu prac nad nową ustawą regulującą działanie systemu opieki zdrowotnej, nie ma szans na szybką poprawę tego stanu rzeczy. A przecież jesteśmy już w Unii Europejskiej i problemy osób niepełnosprawnych dotyczą ponad pięćdziesięciu milionów osób.

Mamy nadzieję, że zawartość dziewiątego numeru Kwartalnika spełni Państwa oczekiwania. Gorąco zachęcamy wszystkich do dyskusji i do przesyłania nam uwag listownie lub e-mailem.

Magdalena Kowalewska

Kwartalnik NTM

Redaktor Naczelny: Tomasz Michałek
Sekretarz Redakcji: Magdalena Kowalewska
Z-ca Sekretarza Redakcji: Małgorzata Georgiew
Komitet redakcyjny:
 dr med. Piotr Dobroński
 dr med. Piotr Radziszewski
 Klinika Urologii Akademii Medycznej w Warszawie
Zespół redakcyjny:
 Joanna Barańska, Karolina Ciepiela, Iza Marcisz
Komentatorzy: Józef Góralczyk,
 Elżbieta Szałkiewicz, Maria Weber
Zdjęcia: Dominik Skurzak
Dyrektor ds. produkcji: Stanisław Mazur
Opracowanie graficzne: Dariusz Bochniak
 Adres redakcji:
 ul. Ciołka 10, 01-402 Warszawa
 tel.: (48 - 22) 877 47 87
 fax: (22) 877 25 22
 e-mail: ntm@ntm.pl
 magdalena.kowalewska@ntm.pl

Infolinia: 0 801 800 038
www.ntm.pl

Wydawca wyraża zgodę na przedruk i tłumaczenie tekstów



Program
Prospółeczny
„NTM -
Normalnie
żyć”

Wydawca:
Warsaw Voice SA
 na zlecenie
Studio PR

Pęcherz nadreaktywny - chorują również mężczyźni



Nietrzymanie moczu z parcia jest jednym z objawów nadreaktywnego pęcherza i stanowi najczęstszy typ NTM u mężczyzn (do 80%). Parcia nagłające, częstomocz NTM z nimi związane mogą być spowodowane różnego rodzaju patologiami w zakresie dolnych dróg moczowych oraz w obrębie układu nerwowego. Nadreaktywność pęcherza moczowego może mieć charakter idiopatyczny (przyczyna jej powstania nie jest znana), może być wtórna do operacji na dolnych drogach moczowych (np. po leczeniu operacyjnym gruczolaka stercza), wtórna do chorób układu moczowego (np. jako odpowiedź pęcherza na przeszkodę-gruczolak stercza) lub też może być spowodowana chorobami neurologicznymi.

Jaka jest przyczyna

W momencie rozpoczęcia mikcji, niskociśnieniowy zbiornik (pęcherz) przekształca się w wysokowydajny mięsień wypychający moczu na zewnątrz. Zaburzenia unerwienia pęcherza moczowego - czy to na poziomie ośrodkowego układu nerwowego (mózgu),

czy też na poziomie rdzenia kręgowego - mogą prowadzić do zaburzenia równowagi w tym układzie. Podobnie zaburzenia w samym mięśniu wypieracza (mięśniu pęcherza) mogą powodować powstawanie nieprawidłowych odruchów z pęcherza moczowego. Wówczas to pęcherz moczowy kurczy się niezależnie od sygnałów wysyłanych przez mózg. Pojawia się parcie nagłające, które nie jest usprawiedliwione przez stan wypełnienia pęcherza moczowego, a skurcz pęcherza po nim następujący nie jest możliwy do opanowania. Wyciek moczu przez cewkę pojawiający się w następstwie takiego skurczu nazywamy nietrzymaniem moczu z parcia.

NTM z parcia może towarzyszyć różnego rodzaju schorzeniom. W przypadku chorób układu nerwowego zaburzeniu ulega transmisja nerwowa pomiędzy pęcherzem, a ośrodkowym i obwodowym układem nerwowym, pojawiają się patologiczne odruchy i dochodzi do nietrzymania moczu na tle neurogennej pęcherza nadreaktywnego. Tylko w przypadku bezspornie udowodnionej choroby neurologicznej rozpoznanie neurogennej nadreaktywności pęcherza jest usprawiedliwione, w pozostałych przypadkach, gdy tło nadreaktywności nie jest znane, mówimy o idiopatycznej nadreaktywności pęcherza.

Udar lub uraz mózgu, demencja, uraz rdzenia kręgowego, choroba Parkinsona, choroba Alzheimera, stwardnienie rozsiane czy wreszcie dyskopatia na odcinku lędźwiowo-krzyżowym rdzenia kręgowego mogą być przyczyną nadreaktywności pęcherza. Występowanie nadreaktywności - z lub bez NTM - w tych chorobach waha się od 30 do 100%.

Nadreaktywność może być też wtórna do innych zaburzeń w drogach moczowych, np. w przebiegu łagodnego rozrostu gruczolku krokowego. Gdy pojawia się przeszkoda (gruczolak) pęcherz moczowy przerasta, aby sprostać zadaniu usunięcia moczu na zewnątrz przy obecności przeszkody.

Pęcherz nadreaktywny a nadreaktywność wypieracza

Pęcherz nadreaktywny to zespół objawów polegających na występowaniu parcia nagłającego oraz częstomoczu z lub bez

dr n. med. Piotr Radziszewski
Katedra i Klinika Urologii AM w Warszawie
dr n. med. Piotr Dobroński
Katedra i Klinika Urologii AM w Warszawie
dr n. med. Robert Kozłowski
Ordynator Oddziału Urologii
Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Białymstoku
prof. dr hab. med. Andrzej Borkowski
Kierownik Katedry i Kliniki Urologii AM w Warszawie

NTM z parcia, przy braku lokalnych czynników mogących tłumaczyć te objawy. Ta definicja zwraca uwagę na konieczność wykluczenia lokalnych czynników mogących powodować parcia nagłające i/lub nietrzymanie moczu z parcia. Infekcja dróg moczowych, kamica pęcherza moczowego, przeszkoda podpęcherzowa (np. gruczolak stercza) czy wreszcie nowotwór pęcherza moczowego mogą również powodować objawy parcia i NTM. Dlatego, aby rozpoznać pęcherz nadreaktywny, należy lokalne przyczyny wykluczyć wykonując badanie ogólne moczu, posiew moczu, badania obrazowe dolnych dróg moczowych (np. ultrasonografię), a w niektórych przypadkach cystoskopię i cytologię osadu moczu.

Do rozpoznania nadreaktywności pęcherza moczowego nie jest konieczne wykonanie badania ciśnieniowo-przepływowego (badania urodynamicznego). Jest to jednak konieczne dla rozpoznania nadreaktywności wypieracza. Nadreaktywność wypieracza jest rozpoznawana, gdy w badaniu urodynamicznym stwierdzony zostanie skurcz pęcherza w trakcie jego wypełniania.

Leczenie

Polega ono na odpowiednio zastosowanej farmakoterapii. Skuteczny jest też trening pęcherza, metody behawioralne oraz różnego rodzaju elektrostymulacje, w tym z użyciem implantowanych na stałe stymulatorów. Ostatecznością jest leczenie chirurgiczne (powiększanie pęcherza).

Czasami może wystąpić konieczność skierowania pacjenta na specjalistyczne badanie czynności dolnych dróg moczowych - badanie urodynamiczne. Konieczność ta występuje w przypadku zaburzeń mikcji z towarzyszącymi nawracającymi infekcjami dróg moczowych, zalegania po mikcji, trudności w oddawaniu moczu/ mikcja przy użyciu tłoczni brzusznej, podejrzenie schorzenia neurologicznego, odpływu pęcherzowo-moczowodowego (reflux), zaburzenia czynności nerek, wysiłkowego NTM opornego na leczenie zachowawcze (zawsze badanie urodynamiczne przed zabiegiem operacyjnym), a także gdy leczenie zachowawcze nadreaktywności pęcherza nie przynosi efektów.

Trening pęcherza, fizykoterapia, leczenie behawioralne

Wypracowanie kontroli ośrodkowego układu nerwowego nad pęcherzem moczowym jest możliwe tylko w niewielkim zakresie i przy zachowanej ośrodkowej kontroli nad oddawaniem moczu. U niektórych pacjentów poprawę może przynieść prowadzenie tzw. kalendarza mikcji połączone z próbą opanowania parcia naglącego. U pacjentów z demencją wykazano, że oddawanie moczu w określonych odstępach czasu i niedopuszczanie do powstania parcia naglącego może przynieść poprawę kontroli nad oddawaniem moczu. Stymulacja prądem elektrycznym mięśni krocza ma niewielkie znaczenie w przypadku parć naglających i pęcherza nadreaktywnego. Może jednak być łączona z leczeniem farmakologicznym i wówczas efekt sumaryczny jest większy niż w przypadku samej farmakoterapii.

Stymulacja elektryczna nerwów

Istnieją dwie metody stymulacji elektrycznej: zewnętrzna i przy użyciu tzw. implantów. Stymulacja zewnętrzna polega na wkłuciu elektrody do nerwu i blokowaniu w ten sposób impulsów do pęcherza moczowego. Jej skuteczność jest oceniana na 50-60%. Stymulacja implantami polega na wszczepieniu elektrod do rdzenia kręgowego i modulacji w ten sposób impulsów biegnących do pęcherza moczowego. Jej skuteczność waha się od 40-60% (do 90% u pacjentów po urazie rdzenia kręgowego). Niestety, koszt stymulatora wszczepianego pacjentowi jest bardzo wysoki i z tego powodu nie jest on dostępny w Polsce.

Leczenie farmakologiczne

Z wyboru w leczeniu nadreaktywności pęcherza stosuje się preparaty antycholinergiczne, które blokując receptory cholinergiczne w pęcherzu osłabiają skurcz mięśnia wypieracza.

Obecnie lekiem pierwszego rzutu w leczeniu nadreaktywności pęcherza moczowego jest *tolterodyna* (Detrusitol tab a 1 i 2 mg), która należy do preparatów antycholinergicznych nowej generacji, selektywnych wobec pęcherza moczowego. Z uwagi na wybiórcze działanie na pęcherz moczowy *tolterodyna* wywołuje znacznie słabiej wyrażone działanie uboczne charakterystyczne dla innych leków antycholinergicznych (suchość w ustach, zaburzenia żołądkowo-jelitowe), wykazuje mniejszą penetrację do ośrodkowego układu nerwo-

wego oraz nie zaburza w sposób istotny akomodacji oka.

Duże nadzieje związane są z nowymi lekami antycholinergicznymi, np. *solifenacyną* (Vesicare), *darifenacyną* czy *fesoterodyną*, których rejestracja planowana jest na najbliższe lata.

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

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

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

Omawiając leki zwiotczające pęcherz moczowy należy zaznaczyć, że preparat *flavoxat* (Urisspass, Spasuret) ma skuteczność porównywalną z placebo i brakuje przekonującego mechanizmu działania tego środka.

Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne były stosowane w zaburzeniach oddawania moczu i moczeniu nocnym już od dawna. Jednakże ich główne działanie spowodowane jest silnymi właściwościami antycholinergicznymi w ośrodkowym układzie nerwowym i częściowo na obwodzie. Do tej grupy należą *imipramina* (Imipramina drg. a 10 i 25 mg) oraz *doxepina* (Doxepin kaps. a 10 i 25 mg).

Leczenie preparatami antycholinergicznymi powinno trwać minimum 3 miesiące. Po tym okresie - przy braku poprawy - należy pacjenta skierować na specjalistyczne badania, w tym badanie urodynamiczne. Preparaty antycholinergiczne to nie jedyny sposób leczenia pęcherza nadreaktywnego. Bardzo obiecującą grupę leków stanowią neurotoksyny: *resiniferatoksyna* i *toksyna botulinowa*.

Resiniferatoksyna (żywica z kaktusa marokańskiego z rodziny Euphorbia) jest stosowana w marokańskiej medycynie na-

turalnej, w przypadku dolegliwości bólowych o charakterze reumatoidalnym od ponad 2000 lat. W przypadku nadreaktywności pęcherza moczowego resiniferatoksyna wywiera swoje działanie na unerwienie czuciowe pęcherza - porażając je w sposób odwracalny. Dzięki temu nie są odczuwane parcia naglące, a pęcherz moczowy nie kurczy się w sposób niepożądany w trakcie jego napełniania. Resiniferatoksynę stosuje się w postaci wlewk dopęcherzowych. Jednokrotne podanie wystarcza na około 3-8 miesięcy. W badaniach klinicznych, przeprowadzonych u pacjentów z nadreaktywnością pęcherza moczowego, oporną na klasyczne leczenie antycholinergiczne, skuteczność resiniferatoksyny wynosiła 46%.

Toksyna botulinowa jest kolejną neurotoksyną, która znalazła swoje zastosowa-



nie w urologii. Podana do mięśnia pęcherza moczowego w formie wstrzyknięcia wywołuje jego odnerwienie. Odnerwiony mięsień słabiej się kurczy, zmniejszeniu ulega też intensywność przewodzonych bodźców czuciowych. Po około 7 dniach dochodzi do procesu reinerwacji mięśnia i być może do odtworzenia prawidłowych połączeń neuronalnych. Efekt działania toksyny botulinowej w przypadku pęcherza nadreaktywnego wynosi około 8 miesięcy.

Cały czas trwają badania kliniczne nad nowymi preparatami i należy mieć nadzieję, że najbliższe lata zaowocują powstaniem i wprowadzeniem do leczenia leków, które umożliwią jeszcze lepszą kontrolę, a być może i wyleczenie nietrzymania moczu spowodowanego pęcherzem nadreaktywnym.



Wysiłkowe nieдержание moczu mężczyzn

dr n. med. Piotr Dobroński

Katedra i Klinika Urologii AM w Warszawie

dr n. med. Piotr Radziszewski

Katedra i Klinika Urologii AM w Warszawie

dr n. med. Robert Kozłowski

Ordynator Oddziału Urologii

Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Białymstoku

prof. dr hab. med. Andrzej Borkowski

Kierownik Katedry i Kliniki Urologii AM w Warszawie

Etiologia

Wysiłkowe NTM (WNTM) u mężczyzn zdarza się po najczęściej po operacjach prostaty, najczęściej po prostatektomii radykalnej (PR). Terminem tym określane jest całkowite wycięcie prostaty i pęcherzyków nasiennych z powodu raka prostaty. Według różnych opracowań w rok po PR częstość WNTM wynosi 5-60 proc. W relacjach chorych jest dwu-, trzykrotnie częstsze niż w ocenach lekarzy. Należy pamiętać, że stan kontynencji po PR ulega poprawie do 1-2 lat po operacji. Nie każdy przypadek nietrzymania moczu po PR jest przypadkiem WNTM. Czyste WNTM stanowi ok. 1/3 przypadków, a w dalszych 20% współistnieje z nietrzymaniem z parć (tzw. mieszane NTM). Pozostali chorzy mają nietrzymanie z parć, które skutecznie można leczyć farmakologicznie. Do precyzyjnego rozpoznania i leczenia konieczne jest badanie urodynamiczne. Wystąpienie WNTM zależy od wielu, nie zawsze jasnych i dających się zidentyfikować czynników. Większe ryzyko NTM mają chorzy starsi, ze współistniejącymi chorobami neurologicznymi (np. u chorych z MSA ryzyko NTM po PR sięga 100%), po przebytej radioterapii i elektrotresekcji przezcewkowej prostaty (TURP). Nie bez znaczenia wydaje się być technika chirurgiczna: oszczędzenie pęczków naczyniowo-nerwowych (jeśli względy onkologiczne na to pozwalają), technika preparowania szyi pęcherza moczowego, sposób preparowania szczytu prostaty i zespolenia cewkowo-pęcherzowego.

Nietrzymanie moczu dotyczy, według różnych źródeł, 3-11 proc. mężczyzn. Zapadalność na NTM wzrasta z wiekiem i według jednego z opracowań cytowanych przez ICS w przedziale wieku 50-59 lat wynosi - 0,7 proc., 60-69 lat - 2,7 proc., a powyżej 70 lat - 3,4 proc. Nietrzymanie wysiłkowe stanowi poniżej 10% wszystkich przypadków i zawsze związane jest z niedomogą zwieracza zewnętrznego. Zwieracz ten zbudowany jest z włókien mięśni poprzecznie prążkowanych zależnych od woli. Jego część zewnętrzna stanowi część mięśni dna miednicy, a część wewnętrzna otacza pierścieniem cewkę moczową w jej odcinku błoniastym, tuż poniżej wierzchołka prostaty (stercza, gruczołu krokowego). Drugi ze zwieraczy cewki mężczyzny zbudowany jest z włókien mięśni gładkich i jego działanie jest niezależne od woli. Zwieracz wewnętrz-

ny stanowi część szyi pęcherza moczowego i cewki moczowej w jej części sterczowej. Zrozumienie podstaw anatomii zwieraczy cewki moczowej pozwala na zrozumienie mechanizmu wysiłkowego NTM mężczyzn.

Dlaczego poruszamy więc ten rzadko występujący problem? Przyczyn jest kilka. Po pierwsze, wysiłkowe NTM mężczyzn jest trudne w leczeniu, ale nie nieuleczalne. Po drugie, często spada ono na chorego niespodziewanie: po złamaniu miednicy, operacji prostaty, zwężenia tylnej cewki moczowej lub innej operacji w miednicy małej. Jeśli występuje jako powikłanie po operacji to powoduje zrozumiałą niepokój i żal, a często rozpacz chorego oraz frustrację operującego go urologa lub chirurga. Po trzecie, pojawiają się nowe metody leczenia wysiłkowego NTM u mężczyzn i mamy nadzieję na znaczny postęp w tej dziedzinie na początku XXI wieku.

Znacznie rzadziej WNTM występuje po operacjach z powodu łagodnego rozrostu prostaty: elektroresekcji przezcewkowej (TURP) lub - obecnie rzadziej wykonywanej - operacji otwartej usunięcia gruczolaka prostaty (adenomektomii). Częstość występowania tego powikłania nie przekracza 0,5-1 proc. W czasie tych zabiegów usuwana jest przerosnięta część gruczołu krokowego zwana gruczolakiem, która otacza cewkę sterczową, ale zawiera tak-

że zwieracz wewnętrzny cewki. Tak więc jedynym zwieraczem decydującym o kontynencji po tych zabiegach jest zwieracz zewnętrzny. Jeśli w czasie zabiegu dojdzie do porażenia lub uszkodzenia tego zwieracza może wystąpić przejściowe lub trwałe WNTM. Podobnie jednak jak po PR, jedynie około 1/3 przypadków NTM po TURP ma charakter czysto zwieraczowy, t.j. wysiłkowy, a pozostałe przypadki to (po około 50 %) mieszane NTM i nietrzymanie z parcia. Po TURP ryzyko wystąpienia WNTM jest znacznie większe, jeśli zabieg ten jest wykonywany z powodu zatrzymania moczu u chorego z rakiem prostaty.

Innymi przyczynami wysiłkowego NTM moczu bywa złamanie miednicy, któremu towarzyszy rozerwanie cewki moczowej tylnej i zwieracza zewnętrznego. Wiąże się to z uszkodzeniem samych mięśni, jak i nerwów zaopatrujących zwieracz. Ryzyko NTM jest znacznie większe u chorych, którzy są poddawani natychmiastowej operacji rozerwanej cewki. Późniejsza, odroczone o kilka miesięcy operacja, jest obarczona mniejszym ryzykiem NTM (około 4-5%), choć ryzyko to nadal istnieje. Wysiłkowe NTM może wystąpić także po innych operacjach w miednicy małej, najczęściej są to rozległe operacje onkologiczne prowadzące do uszkodzenia nerwów splotów miedniczego i podbrzusznego oraz gałęzi nerwu sromowego. U tych chorych kontrola zwieracza często powraca po kilku miesiącach po operacji. Wysiłkowe NTM może występować także w schorzeniach neurologicznych, na ogół towarzyszą mu zaburzenia czynności mięśnia wypieracza pęcherza moczowego.

Szczególnie trudny problem stanowią chorzy po przebytym złamaniu, którzy nieraz w wiele lat po urazie są poddawani operacji z powodu przerostu prostaty. U tych chorych trzymanie moczu zapewnia jedynie zwieracz wewnętrzny. Operacja prostaty, w czasie której zawsze usuwany jest zwieracz wewnętrzny prawie nieuchronnie prowadzi do WNTM.

Leczenie

Do metod leczenia zachowawczego należą: fizykoterapia, farmakoterapia oraz zabezpieczenia mechaniczne (cewniki zewnętrz-

ne, zaciski zakładane na pręcie zamykające cewkę prąciową). Fizykoterapia najczęściej stosowana jest w WNTM do 12-24 miesięcy po operacjach prostaty. Wtedy możemy się jeszcze spodziewać poprawy czynności zwieracza zewnętrznego i nie kwalifikujemy chorych do leczenia operacyjnego. Skuteczność tych metod sięga 60-95% w porównaniu z 25-81% w grupie nieleczonych.

Farmakoterapia za pomocą leków stymulujących receptory alfa adrenergiczne (fenylefryna, efedryna) lub blokujących receptory beta adrenergiczne ma wartość bardzo wątpliwą. Pewne nadzieje stwarza lek nowej generacji, duloksetyna. Działa on na poziomie struktur rdzenia kręgowego tzw. jąder Onufa.

W leczeniu zabiegowym istnieją 3 podstawowe metody - wstrzyknięcia substancji uszczelniających szyję pęcherza moczowego, operacje pętlowe („sling”) i ich liczne warianty oraz implantacja sztucznego zwieracza hydraulicznego. Praktycznie zaniechano różnych wersji operacji Kaufmanna, polegających na zbliżeniu lub skrzyżowaniu ciał jamistych prącia pod cewką opuszkową, bądź wszczepieniu pomiędzy ciała jamiste poduszczonego silikonowej. Sporadycznie stosowane są operacje plastyczne na szyi pęcherza mające na celu wydłużenie cewki moczowej (np. operacja Tanagho, Young-Dees czy Laedbettera). Znajdują one zastosowanie w leczeniu operacyjnym NTM w przebiegu wierzchniactwa u dzieci.

Najskuteczniejszą metodą leczenia WNTM mężczyzn jest implantacja sztucznego zwieracza hydraulicznego. Obecnie stosowanym modelem jest AMS 800. Działanie tego urządzenia polega na zamykaniu i otwieraniu mankietu wszczepionego wokół szyi pęcherza lub cewki opuszkowej. Włączana za pomocą przełącznika umieszczonego pod skórą moszny pompka przepompowuje płyn ze zbiornika (umieszczonego w jamie brzusznej lub przestrzeni przedpęcherzowej) do mankietu, co powoduje jego zaciśnięcie i zatrzymanie wycieku moczu. Opróżnienie mankietu otwiera cewkę i umożliwia oddanie moczu. Jest to metoda bardzo skuteczna. Około 95% pacjentów odzyskuje kontynencję po zabiegu, a po około 5 latach nadal 85% chorych trzyma moc. Problemem jest wysoki koszt zwieracza (ok. 6000 \$) i konieczność wymiany jego elementów po ok. 10 latach. U około 5-10% chorych zdarzają się problemy (erozja, zagięcia przewodów) wymagające ponownej operacji i naprawy lub usunięcia zwieracza. Istnieją także przeciwwskazania do wszczepienia sztucznego zwieracza. Są to m.in. zespół pęcherza nadreaktywnego, zwężenie cewki moczowej i zakażenie dróg moczowych.

Operacje typu sling polegają na wprowadzeniu pod cewkę moczową opuszkową paskę z naturalnego lub syntetycznego materiału, który powoduje ucisk cewki. Ostatnio zaczęto stosować łąty polipropylenowe mocowane za pomocą mikroktwiczek do kości kulszowych (np. zestaw InVance, AMS). Operacje te charakteryzuje znacznie niższy koszt i nieco niższa skuteczność (około 85% bezpośrednio po zabiegu i 75% po 5 latach). Trudnym problemem jest uzyskanie optymalnego napięcia taśmy, która jednocześnie zapewni kontynencję i nie spowoduje trudności w opróżnianiu pęcherza. Istnieją dostępne zestawy pozwalające na regulację napięcia taśmy po operacji (np. Reemex), co umożliwia zarówno zwiększenie zbyt niskiego napięcia przy obecności przetrwałego NTM, jak i zmniejszenie napięcia w przypadku nasilonych trudności w mikcji czy zatrzymania moczu.

Wstrzyknięcia okołocewkowe są najmniej skuteczne spośród klasycznych metod leczenia chirurgicznego. Zasada ich działania jest uszczelnienie szyi pęcherza moczowego. Stosowane są liczne substancje (silikon - Macroplastique, kolagen wołowy- Zyplast, kolagen świni - Permacol, mikrokulki pokryte węglem - Durasphere, hydroksyapatyt - Coaptite, mieszanina dekstranomeru z kwasem hialuronowym - Zuidex), które podaje się najczęściej na drodze przezcewkowej przez cystoskop. Zaletą tej metody jest jej minimalna inwazyjność, możliwość powtarzania zabiegu i wykonania go w znieczuleniu miejscowym.

Nowa metoda (adjustable continence therapy) polega na implantacji baloników o regulowanej objętości w okolicy szyi pęcherza (ACT po PR) lub szczytu prostaty (Pro ACT po TURP). Po operacji można dostosować objętość balonów dla uzyskania optymalnego wyniku. Wstępne wyniki są zachęcające, a odsetki chorych, którzy odzyskują kontynencję oscylują wokół 70%.

W razie przeciwwskazań do leczenia operacyjnego wymienionymi wyżej metodami lub ich niepowodzenia ostatecznością jest nadpęcherzowe odprowadzenie moczu lub zamknięcie cewki moczowej i wytworzenie szczelnej stomii (np. z wyrostka robaczkowego - tzw. operacja Mitroffanowa), przez którą chory opróżnia pęcherz za pomocą cewnika.

Podsumowanie

Trudny problem WNTM mężczyzn być może w najbliższych latach znajdzie skuteczne rozwiązania. Doskonalenie metod prostatektomii radykalnej i doskonała wizualizacja struktur miednicy w jej laparoskopowej wersji być może zmniejszy odsetek WNTM po prostatektomiach. Pojawia się nowe, skuteczne leki. Metody minimalnie inwazyjne coraz bardziej natomiast swą skutecznością zbliżają się do złotego standardu początku XXI wieku, jakim jest sztuczny zwieracz cewki.

NTM w przebiegu łagodnego rozrostu gruczołu krokowego

dr n. med. Robert Kozłowski, Ordynator Oddziału Urologii Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Białymstoku

dr n. med. Piotr Dobroński, Katedra i Klinika Urologii AM w Warszawie

dr n. med. Piotr Radziszewski, Katedra i Klinika Urologii AM w Warszawie

prof. dr hab. med. Andrzej Borkowski, Kierownik Katedry i Kliniki Urologii AM w Warszawie

Lagodny rozrost stercza (gruczołu krokowego, prostaty - benign prostatic hyperplasia - BPH) jest jedną z najczęściej spotykanych patologii wśród mężczyzn po 50 roku życia. Uważa się, że już między 40 a 49 rokiem życia ponad 14% mężczyzn zgłasza objawy BPH. Częstość występowania tej jednostki chorobowej rośnie wraz z wiekiem. W siódmej dekadzie życia dotyka ona ponad 43% mężczyzn, a po 80 roku życia cierpi na nią powyżej 80% mężczyzn. Nietrzymanie moczu jest częstym objawem zgłaszanym w przebiegu BPH i może występować u blisko 40% chorych.

Do klinicznej manifestacji BPH dochodzi głównie w wyniku wystąpienia przeszkody w odpływie moczu z pęcherza moczowego (przeszkoda podpęcherzowa - bladder outlet obstruction - BOO). Ogólnie, objawy zgłaszane przez chorych na BPH dzielimy na te, które są związane z gromadzeniem moczu w pęcherzu moczowym (częste oddawanie moczu, oddawanie moczu w nocy, naglące parcia na mocz, NTM z parcia), objawy związane z procesem mikcji, czyli wydalania moczu z pęcherza moczowego (osłabienie strumienia moczu, przerywane oddawanie moczu, kroplowe oddawanie moczu pod koniec mikcji - terminal dribble) oraz objawy występujące bezpośrednio po zakończeniu mikcji (uczucie niekompletnego opróżnienia pęcherza moczowego, kroplowy wyciek moczu po mikcji - postmicturition dribble). Rozpoznanie podpęcherzowej przeszkody w odpływie moczu na tle łagodnego rozrostu gruczołu krokowego możemy postawić dopiero po wykluczeniu innych chorób, które mogą powodować podobne dolegliwości. Przede wszystkim powinniśmy wykluczyć zakażenie układu moczowego, nowotwór pęcherza moczowego i/lub gruczołu krokowego oraz choroby neurologiczne.

Na podstawie wielu badań epidemiologicznych ustalono, że objawami obniżającymi w największym stopniu jakość życia pacjentów z BPH są objawy nietrzymania moczu, które w przebiegu tej choroby występują najczęściej jako nietrzymanie moczu z parcia, nocne nietrzymanie moczu oraz kroplowy wyciek moczu z cewki moczowej występujący po zakończeniu mikcji (postmicturition dribble). Ponad 80% pacjentów, u których dochodzi do wystąpienia w/w objawów podaje je jako najbardziej uciążliwe w trakcie trwania choroby.

Etiologia

Przyczyn wystąpienia NTM w przebiegu BPH może być kilka. Objawy związane z procesem mikcji są spowodowane przeszkodą w odpływie moczu - przerośniętym gruczołem krokowym, który stopniowo powoduje zaciśnięcie światła cewki moczowej i/lub usztywnienie ścian cewki sterczowej.

Objawy gromadzenia moczu świadczą o uszkodzeniu mięśnia wypieracza pęcherza moczowego. Jest on odpowiedzialny za wytworzenie ciśnienia śródpęcherzowego, którego wzrost powoduje wypływ moczu na zewnątrz. Uszkodzenie wypieracza jest zjawiskiem wtórnym do obecności przeszkody w odpływie moczu. Dochodzi wówczas do przerostu (pogrubienia) ścian pęcherza moczowego, odkładania się w niej włókien kolagenowych oraz uszkodzenia dróg nerwowych odpowiedzialnych za prawidłowe funkcjonowanie mięśnia wypieracza. Taki rodzaj uszkodzenia określa się mianem niestabilności wypieracza na tle przeszkody podpęcherzowej. Powoduje to utratę podatności i pojemności pęcherza moczowego oraz prowadzi do występowania częstych, niekontrolowanych skurczów mięśnia wypieracza. Efektem opisanych zmian jest częste oddawanie moczu, oddawanie moczu w nocy, naglące parcia na mocz i nietrzymanie moczu z parcia.

Inną przyczyną może być nadmierne wypełnienie pęcherza moczowego, przekraczające jego maksymalną pojemność (overflow incontinence, ischuria paradoxa). Powodem jest współistnienie znacznego stopnia przeszkody w odpływie moczu wraz z dekompensacją mięśnia wypieracza pęcherza moczowego na tle BOO. Prowadzi to do zalegania moczu w pęcherzu po mikcji, mogą powodować powikłania ze strony górnych dróg moczowych w postaci niewydolności nerek.

Kroplowy wyciek moczu z cewki moczowej po zakończeniu mikcji (postmicturition dribble) należy traktować jako oddzielny problem NTM u mężczyzn. Mimo, że jest to objaw często zgłaszany przez chorych na BPH, jego etiologia wydaje się być bardziej złożona i może dotyczyć znacznie szerszą populację mężczyzn niezależnie od grupy pacjentów z BPH. Częstość występowania tego objawu u mężczyzn w trzeciej dekadzie życia określa się na 11%, a w szóstej może sięgać nawet 27%. W więk-

szości przypadków NTM z nim związane opisywane jest jako plamienie bielej, które nie występuje codziennie. Uważa się, że u 2,3% ogólnej populacji mężczyzn powyższy objaw stanowi istotny problem zdrowotny i higieniczny zmuszający do szukania pomocy lekarskiej. Spośród pacjentów z BPH ponad 11% zgłasza kroplowy wyciek moczu po mikcji. Jest to jeden z trzech objawów, obok NTM z parcia i nocnego (wysiłkowego) NTM, najdotkliwiej upośledzający jakość życia chorego na BPH.

Uważa się, że przyczyną kroplowego wycieku moczu po mikcji jest nadmierne zaleganie moczu w cewce opuszkowej. Wśród mechanizmów patofizjologicznych odpowiedzialnych za wystąpienie tego schorzenia wymienia się także niewydolność mięśni opuszkowo-jamistych i kuluszowo-jamistych. Kroplowy wyciek moczu po mikcji występuje częściej u pacjentów z BPH niż w ogólnej populacji mężczyzn.

Leczenie

W leczeniu BPH mamy do wyboru kilka różnych opcji - od bacznej obserwacji przez farmakoterapię po leczenie chirurgiczne. Wybierając metodę leczenia powinniśmy kierować się dwoma zasadami. Po pierwsze, należy możliwie szybko zlikwidować najbardziej uciążliwe objawy, czyli te, które w najistotniejszy sposób obniżają jakość życia pacjenta. Po drugie, naszym celem powinno być zapobieżenie lub zlikwidowanie powikłań BPH (zakażenie układu moczowego, kamica pęcherza moczowego, niewydolność nerek, krwimocz, ostre zatrzymanie moczu). W przypadku pacjenta, u którego w przebiegu BPH wystąpiło NTM, należy przypuszczać, że mamy do czynienia z procesem zaawansowanym, wymagającym podjęcia zdecydowanych kroków. Pacjent z NTM wymaga szczegółowej diagnostyki w celu ustalenia przyczyny NTM i uniknięcia błędów w wyborze metody terapeutycznej.

Leczenie zachowawcze

Rozważając leczenie farmakologiczne należy wziąć pod uwagę leki z grupy blokujących receptory alfa-adrenergiczne. Powodują one zmniejszenie napięcia mięśni gładkich torebki i zrębu gruczołu krokowego oraz szyi pęcherza moczowego. Leki z tej grupy przynoszą najszybszą poprawę w przypadku przewagi objawów związanych z wydalaniem moczu. Niemniej ponad 75% urologów stosuje te leki także w przypadku występowania objawów związanych z gromadzeniem moczu w pęcherzu moczowym. W przypadku skuteczności tego rodzaju terapii poprawa następuje już w kilka dni po jej wdrożeniu.

Inne grupy leków tzn. inhibitory 5α-reduktazy i leki pochodzenia roślinnego będą miały niewielkie zastosowanie ze względu

dokończenie na str. 9

Niedosłuch, wada słuchu - te słowa mają ogromne znaczenie dla coraz większej części społeczeństwa. Wielu z nas ma wśród swoich znajomych, rodziny osoby, które mają problemy ze słuchem, do których trzeba mówić głośniej i z bliskiej odległości, aby móc się z nimi porozumieć. Najczęściej są to ludzie starsi, ale co raz częściej problem niedosłuchu dotyczy dzieci, również tych najmłodszych i jest on o wiele bardziej złożony.

Podjeżdżając niedosłuch u kogoś ze swoich bliskich przeważnie szukamy najpierw pomocy u lekarza pierwszego kontaktu, który kieruje nas do laryngologa. Lekarz specjalista po wykluczeniu wszystkich schorzeń uszu, które można leczyć oraz po wykonaniu badań słuchu często sugeruje pacjentowi zaopatrzenie w aparat lub aparaty słuchowe. Ostateczną decyzję o aparowaniu podejmuje pacjent, który musi przede wszystkim sam odczuwać potrzebę korzystania z pomocy słuchowej i chcieć lepiej słyszeć.

Obecny rynek aparatów słuchowych oferuje bardzo szeroką gamę aparatów różnych firm, różnej klasy, różnego typu, zróżnicowanych również cenowo. Nie ma aparatu, o którym można by powiedzieć, że będzie najlepszy dla każdego pacjenta. Subiektywne wrażenia dotyczące odbioru dźwięków przetworzonych przez aparat słuchowy mogą być bardzo różne. Dlatego każdemu pacjentowi należy dać możliwość zapoznania się z różnymi aparatami, co w praktyce sprowadza się do zmierzenia co najmniej trzech.

Słyszeć lepiej

Andrzej Rzepka
Prezes Polskiego Stowarzyszenia Protetyków Słuchu

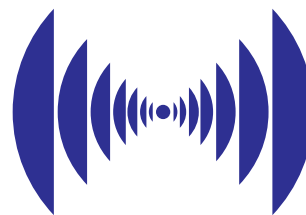


Przed przystąpieniem do doboru aparatu słuchowego należy określić, jakie są oczekiwania pacjenta w stosunku do proponowanej mu protezy słuchowej. Rozmawiając z pacjentem, obserwując go podczas doboru aparatu staramy się ocenić jego możliwości manualne, stopień inteligencji, co również decyduje o powodzeniu protezowania słuchu. Prognozowanie o skuteczności zalecanego aparatu słuchowego najlepiej jednak oddaje ocena zysku zrozumiałości mowy.

Proces doboru aparatu słuchowego jest zawsze procesem bardzo indywidualnym. Zdarza się, że trzeba go kilkukrotnie powtarzać, aby wybrać dla danego pacjenta aparat najbardziej optymalny. Żaden aparat słuchowy jednak nie przywróci słuchu, w stopniu takim jaki ma człowiek prawidłowo słyszający, może go tylko mniej lub bardziej do tego ideału zbliżyć. W wielu przypadkach, szczególnie gdy korygowany ubytek słuchu jest znaczny, pacjent z aparatem słuchowym odbiera dźwięki inaczej niż przed protezowaniem. Wiele dźwięków nie zna, nie potrafi ich identyfikować, są mu obce, czasami drażniące. Z tego względu niezwykle istotny jest tzw. trening słuchowy. Po do-

braniu aparatu słuchowego pacjent musi nauczyć się, co czasami trwa kilka miesięcy, żyć w świecie dźwięków, który był dla niego dotychczas niedostępny.

Bardzo wiele zależy od świadomości samego pacjenta. Wciąż jeszcze aparat słuchowy kojarzy się z czymś wstydliwym, co należy ukrywać. Najczęściej to rodzina zmusza do jego zastosowania, nie mając możliwości porozumienia się. Pamiętajmy, że jest to taki sam środek zaradczy przy wadzie słuchu, jak okulary przy wadzie wzroku.



Polskie Stowarzyszenie Protetyków Słuchu
tel./fax: 61 - 877 05 69

Osiedle Piastowskie 66/2, 61-157 Poznań

www.pspss.cc.pl

NTM w przebiegu łagodnego rozrostu gruczołu krokowego

na okres jaki musi upłynąć od momentu wdrożenia terapii do chwili wystąpienia efektu klinicznego (kilka miesięcy). W przypadku wybranych pacjentów można by rozważyć leczenie skojarzone blokerem a-adrenergicznym i inhibitorem 5α-reduktazy. Ze szczególną ostrożnością należy podejść do stosowania preparatów oxybutyniny i tolterodyny, które hamują czynność skurczową wypieracza. U większości chorych z BPH są one przeciwwskazane ze względu na współistnienie przeszkody podstępnej i ryzyko wystąpienia ostrego zatrzymania moczu.

Leczenie zabiegowe

Wśród metod zabiegowych wyróżniamy metody małoinwazyjne i metody operacyjne. Do metod małoinwazyjnych zaliczamy stenty zakładane do cewki sterczowej, rozszerzanie cewki sterczowej balonem, przeczekową

igłową ablację prostaty (TUNA), termoterapię gruczołu krokowego (TUMT), a także szereg metod wykorzystujących energię laserową do ablacji tkanki gruczołu krokowego.

Metody operacyjne są metodami najczęściej stosowanymi w leczeniu zaawansowanych postaci BPH. Cechują się także najwyższą skutecznością w terapii tej jednostki chorobowej. Przeczekowa elektroresekcja prostaty (TURP), która została wprowadzona na przełomie lat 20-tych i 30-tych XX wieku, dzięki stałym udoskonaleniom stanowi dzisiaj złoty standard leczenia BPH. Równie skuteczne, chociaż rzadziej stosowane są tradycyjne metody chirurgicznej resekcji tkanki gruczołowej (adenomektomia). W obecnej dobie są to metody bezpieczne, obciążone niewielkim ryzykiem powikłań. Metody operacyjne pozwalają na szybkie zlikwidowanie przeszkody w odpływie moczu oraz ustąpienie objawów. Zlikwidowanie przeszkody w odpływie moczu stwarza możliwość ustąpienia współistniejącej niestabilności wypieracza u ponad 75% pacjentów. Badając skuteczność metod operacyjnych określono, że szanse na uzyska-

nie poprawy po TURP wahają się między 70 a 96% (średnio 88%). Jednocześnie stopień zmniejszenia nasilenia objawów wynosił po TURP ponad 85%. Podane wyniki znacznie przewyższają skuteczność metod małoinwazyjnych w leczeniu BPH.

Leczenie kroplowego wycieku moczu po zakończeniu mikcji jest we wszystkich przypadkach podobne. Pacjent powinien zostać poinstruowany, aby po mikcji ucisnął cewkę moczową w okolicy krocza i starał się ewakuować (wycisnąć) zalegający w niej mocz na zewnątrz. Poprawę można także osiągnąć stosując fizykoterapię polegającą na treningu mięśni dna miednicy, elektrostymulacji mięśni dna miednicy, biofeedbacku (biofeedbacku). Jak do tej pory nie znamy skutecznych metod leczenia farmakologicznego tego typu NTM.

Poprawa osiągana po leczeniu farmakologicznym jest mniejsza niż po leczeniu chirurgicznym. Mając na uwadze stopień zaawansowania choroby i potrzebę szybkiego uwolnienia pacjenta od dolegliwości w większości przypadków NTM na tle BPH należy rozważyć leczenie operacyjne.

Klub seniora czy pensjonat?

Maria Weber

Rada Społeczna przy Wojewódzkim Zespole Specjalistycznej Rehabilitacji Niepełnosprawnych i Zaopatrzenia Ortopedycznego w Warszawie



Każdy, kto skończy 65 lat życia staje się automatycznie starym człowiekiem. Bez względu na stan zdrowia, aktywność zawodową i psychofizyczną. Osoby te stanowią około 12 procent polskiego społeczeństwa. Wydaje się to niewiele, ale procent ten systematycznie rośnie, a wraz z nim problem stworzenia warunków realnej opieki nad ludźmi starymi. Zanim jednak urośnie do ponad 20 procent, należy zmienić stosunek społeczeństwa do ludzi starszych. Lekceważenie ich potrzeb kładzie się często na karb procesu starzenia i związanych z nim skutków. Ileż to razy starsza osoba musi wysłuchać od lekarza, że to wiek jej dokucza, a nie choroba. Lekarz, dyrektor jednej z warszawskich przychodni specjalistycznych, pochwalił się niedawno, że nie zdarzyło mu się jeszcze wystawić wniosku na pieluchy dla starszej pani i nie zamierza tego uczynić w przyszłości. - Od tego jest rodzina. To marnowanie pieniędzy, które można przeznaczyć na zakup wózków czy sprzętu medycznego - dodał. Ta pogarda dla środków pomocniczych nie najlepiej świadczy o znajomości konsekwencji zaniedbań związanych z nietrzymaniem moczu. Ale ta wypowiedź dowodzi również braku szacunku dla starszych osób i ich problemów zdrowotnych.

Wiele z nich, pozbawionych mobilności i bezradnych wobec własnego stanu zdrowia, poddaje się sugestiom lekarzy, iż nie ma dobrych rozwiązań na problemy związane z procesem starzenia. Tymczasem „trzeci wiek”, jak przyjęło się nazywać eufemistycznie ludzi starszych, ma swoje prawa. Ma prawo do leczenia, do prowadzenia normalnego, aktywnego życia i umożliwienia opieki w razie potrzeby. Ma takie same prawa jak ludzie młodszy. Marginalizowanie problemów „trzeciego wieku” jest zwykłą nietolerancją i pogwałceniem praw człowieka. Niestety, przekłada się to na praktykę dnia codziennego, czyli na konkretne warunki życia.

Istnieje teoria, iż najlepszą opieką zapewni starszym osobom rodzina. Jej zwolennicy zdają się nie dostrzegać, iż zdecydowaną większość czasu starsze osoby są pozostawione samym sobie. W najlepszym razie opiekują się małymi wnuczkami. Pół biedy, gdy cieszą się względnym zdrowiem i sprawnością. Mogą wówczas egzystować samodzielnie, ale z biegiem lat ich stan zdrowia się pogarsza. Powinni mieć wtedy zapewnioną



systematyczną opiekę i pomoc. Dla najbliższych zaczyna się w tym momencie problem: „oddać” do domu opieki czy zatrudnić kogoś do pomocy? Nierzadko decyzja ta stanowi dramat dla obu stron. Starsi czują się odrzućeni, młodszy zdają sobie sprawę z ich uczuć. Samodzielna decyzja o przeniesieniu się do domu „starców” bywa jeszcze rzadkością w Polsce. Domy opieki nie cieszą się dobrą opinią w Polsce; traktuje się je jako „umieralnie”, a nie jak wspólny dom dla starszych osób, w którym, mając zapewnioną opiekę, mogą prowadzić normalne życie.

W Unii Europejskiej i Stanach Zjednoczonych rozwijano tę sprawę budując pensjonaty, przypominające domy mieszkalne z dodatkowymi pomieszczeniami na gabinety lekarskie i rehabilitacyjne. Część mieszkańców przebywa tam już z własnej woli. Czy w Polsce tego typu domy mają rację bytu? Kogo stać na opłacenie hotelowych warunków pobytu? Czy warto z nich korzystać, jeśli zdrowie i samopoczucie dopisuje?

W Polsce na ponad 1000 domów opieki około 60 procent należy do samorządów.

Pozostałe mają prywatnych właścicieli, którzy traktują je komercyjnie. Zarówno wśród jednej grupy jak i drugiej występują lepsze i gorsze. Ale luksusowe pensjonaty można policzyć na palcach jednej ręki. Jeden z nich powstał właśnie pod Warszawą i zamierza przyjąć pierwszych gości. Ustalono, że miesięczna odpłatność za pobyt wyniesie 3000 zł. W ramach tej kwoty mieszkańcy mają zapewnione wszystko, łącznie z opieką lekarską, rehabilitacją oraz zaopatrzeniem w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Właściciele pensjonatu zapewniają, iż nie zamierzają korzystać z refundacji. Mieszkańcy mogą mieć więc pewność, iż otrzymają pomoc w każdej chwili. Kto jednak w nich zamieszka? Nieliczne pensjonaty, nastawione na zamożnych gości, mają problemy z zapelnieniem pokoi. Jeden z nich obniżył kwotę z 3000 zł do 2000 zł i nadal ma kłopoty. Skoro zatem nie stać nas na zapewnienie opieki na najwyższym poziomie dla najbliższych, to może zatrudnić pomoc do domu? Model ten znalazł uznanie przede wszystkim w krajach skandynawskich, gdzie już dawno stwierdzono, iż nie należy izolować starszych od dotychczasowych warunków i otoczenia, nie tylko dla ich dobra, ale także dla rodziny i lokalnej społeczności.

Elżbieta Szwalkiewicz, Krajowy Konsultant w Dziedzinie Pielęgniarstwa Przewlekłe Chorych i Niepełnosprawnych, i jednocześnie prezes niepublicznego Centrum Pielęgniackiego w Olsztynie, również jest zdania, iż problem opieki i przedłużenia aktywności w dotychczasowym miejscu zamieszkania można rozwiązać korzystając z wykwalifikowanych pielęgniarek oraz asystentów społecznych. W tym celu Narodowy Fundusz Zdrowia powinien podpisywać umowy z pielęgniarkami, ale broni się przed tym prostym rozwiązaniem, ponieważ narzeka na brak pieniędzy. Z kolei Hanna Jędrkiewicz z Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego twierdzi, iż za chwilę potrzeby będą tak duże, że zarówno przydadzą się domy opieki jak i „dochodząca” pomoc do domu. Na razie świadczą ją często mało wymagające i nieprofesjonalne Ukrainki czy Białorusinki. Do domów opieki oddaje się zaś obłożnie chorych, którzy nie są w stanie zaprotestować przeciwko warunkom w nich panującym. Dla pozostałych są kluby seniora. Ale nic więcej.



Każdy Polak wie, że z dniem 1-go maja 2004 roku Polska przystąpiła do Unii Europejskiej (UE), ale prawdopodobnie niewielu zdaje sobie sprawę, że wraz z poszerzeniem Wspólnoty o kolejnych 10 państw członkowskich, liczba niepełnosprawnych obywateli UE zwiększyła się z 37 do około 50 milionów. Mimo iż UE jest porozumieniem głównie w sferze wspólnej polityki gospodarczej, to jednak jej działania są znacznie szersze i obejmują swoim zakresem także tworzenie wspólnej polityki wobec niepełnosprawnych obywateli Europy. Rodzi się więc nadzieja, że i nasz kraj nie tylko będzie kontynuował rozpoczęte już wcześniej inicjatywy wobec środowiska osób niepełnosprawnych, lecz także zmierzać będzie do wyrównywania różnic w zakresie jakości życia osób niepełnosprawnych zamieszkujących Polskę a tymi, którzy członkami UE są już od dłuższego czasu. Można by zapewne wymienić szereg różnic w zakresie dostępu do rynku pracy, oferty edukacyjnej, dostępności budynków użyteczności publicznej, ale kwestie te schodzą na dalszy plan w sytuacji, gdy mamy do czynienia z podstawowymi brakami w zaopatrzeniu osób niepełnosprawnych w niezbędny na co dzień - sprzęt rehabilitacyjny i pomocniczy.

Za przykład takich braków niech posłuży sytuacja osób po urazach rdzenia kręgowego (URK) w Polsce. Całkowite URK należą do jednych z najcięższych schorzeń narządu ruchu i, poza uzależnieniem w codziennym życiu od wózka inwalidzkiego, powodują cały szereg wczesnych i późnych powikłań pourazowych, z których najbardziej kłopotliwe i wstydlive na co dzień jest nietrzymanie moczu i stolca. O ile jednak zaburzenia wypróżniania udaje się zwykle opanować i regulować farmakologicznie, o tyle nietrzymanie moczu kontroli takiej się nie poddaje i zazwyczaj osoba cierpiąca na to zaburzenie nie może opuścić domu bez specjalnego zaopatrzenia

Śmierdząca sprawa

dr Tomasz Tasiemski
Instytut Rehabilitacji AWF w Poznaniu

pomocniczego (tzw. cewników zewnętrznych i worków do zbiórki moczu dla mężczyzn po URK). Gdy nie można opuścić domu trudno jest oczywiście myśleć o jakiegokolwiek aktywności społecznej, kontynuowaniu nauki czy podejmowaniu pracy zarobkowej. Cewniki i worki, o których wspomniano, są w Polsce dostępne, jednakże przy ich zakupie wymagany jest wkład własny osoby niepełnosprawnej w wysokości 30% ceny detalicznej. Powoduje to sytuację, w której część osób z nietrzymaniem moczu zaopatrzona takiego nie wykupuje w ogóle i pozostaje uwięzionych w swoich „czterech ścianach”, inni

niepełnosprawnych pisze o „uwrażliwieniu społeczeństwa oraz władz na prawa i potrzeby osób z niepełnosprawnością” (Nowa Strategia Wspólnoty Europejskiej wobec Osób Niepełnosprawnych, 1996), „zwalczaniu dyskryminacji z powodu niepełnej sprawności” (Traktat Amsterdamski, 1997), „równych szansach dla osób z niepełnosprawnością” (Deklaracja Madrycka, 2002), czy wreszcie „wysokich dodatkowych kosztach ponoszonych w związku z niepełnosprawnością” (Wspólnotowy Program Działania a rzecz Zwalczenia Wykluczenia Społecznego, 2002-2006). Wydaje się, że w świetle powyższych postanowień prawa osób niepełnosprawnych z nietrzymaniem moczu nie są w Polsce należycie respektowane.

W związku z moimi wieloletnimi doświadczeniami zawodowymi na stanowisku pracownika naukowego Instytutu Rehabilitacji AWF w Poznaniu, jako współpracownika krajowych i zagranicznych stowarzyszeń osób niepełnosprawnych, a także na podstawie doświadczeń osobistych - jako osoba niepełnosprawna po URK, czuję się uprawniony do przedstawienia swojej opinii w sprawie zaopatrzenia osób po URK w środki pomocnicze w Polsce. Sądę, że

w sytuacji, w której najniższe nawet renty obciążone są podatkiem dochodowym od osób fizycznych, można by oczekiwać od Ministerstwa Zdrowia zwolnienia z opłat za środki pomocnicze mające podstawowe znaczenia dla codziennego niezależnego funkcjonowania. Zaopatrzenie osób po URK w środki pomocnicze, takie jak zaopatrzenie urologiczne, powinno być bezpłatne, tak jak to ma miejsce w innych krajach UE, do której Polska już należy.

W Polsce, w odróżnieniu od innych krajów Unii Europejskiej szeroko pojęta integracja społeczna czy aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych nietrzymających moczu nie jest możliwa, dopóki osobom tym nie zaoferuje się możliwości bezpłatnego otrzymywania niezbędnej ilości środków pomocniczych, które pozwalają na zwykłe, codzienne życie.

W następnym numerze ukaże się artykuł o leczeniu NTM u pacjentów po urazie rdzenia kręgowego.



zaś oszczędzając nie wykupują zalecanej przez lekarzy liczby cewników i worków, naruszając podstawowe zasady higieny. Efekty takiego postępowania zazwyczaj są zgubne - zbyt rzadka zmiana cewnika zewnętrznego prowadzi w konsekwencji do zakażeń układu moczowego (pęcherza moczowego lub nerek), a rzadka zmiana worków na mocz powoduje, że stają się one źródłem przykrego zapachu otaczającego użytkownika (worki po prostu zaczynają śmierdzieć!). Konsekwencje takiej sytuacji są jednak znacznie szersze. Nawracające zakażenia układu moczowego przekładają się na zwiększone koszty opieki medycznej (hospitalizacji). Z drugiej strony, niemiła woń zbyt długo używanych worków do zbiórki moczu powodować może odrzucenie społeczne osób nietrzymających moczu.

Na takie wybory (zaopatrzenie urologiczne czy inne życiowe potrzeby?) narażone są osoby po URK w Polsce, kraju członkowskim UE. Tymczasem UE, w swoich postanowieniach wobec osób

Sprawa pięćdziesięciu milionów

Iza Marcisz



Trwa proces przystosowawczy do akcesji w Unii Europejskiej. W parlamencie trwają nadal prace nad aktami legislacyjnymi dostosowywującymi je do obowiązujących w UE. Dotyczy to przede wszystkim tych dziedzin, które objęte są wspólną polityką Unii. Inaczej wygląda sprawa odpowiedzialności za politykę wobec osób niepełnospraw-

ność, integrację społeczną i zawodową oraz udział w życiu społeczności”. Postanowienie to określa standard, do jakiego zobowiązane są dążyć państwa członkowskie. W roku 2001 przyjęta też została Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady UE dotycząca specjalnych warunków technicznych dla pojazdów pasażerskich pt. „Autobusy i Autokary”.

Refundacja pieluch w wybranych krajach UE:

Węgry - do 120 szt. na miesiąc z 15 proc. udziałem pacjenta w cenie ich nabycia

Holandia - bezpłatnie 5 sztuk/dzień

Szwecja - bezpłatnie i bez ograniczeń

Wielka Brytania - bezpłatnie, w zależności od potrzeb pacjenta

nych. Tak bowiem należy do poszczególnych państw członkowskich, choć w latach dziewięćdziesiątych Unia pojęła działania zmierzające do wypracowania całościowej i bardziej spójnej polityki również w tej dziedzinie życia społecznego.

Oparto je na kilkakrotnie nowelizowanych postanowieniach Traktatu o Unii Europejskiej oraz Traktatu konstytuującego Wspólnotę Europejską. Istota przepisów dotyczących osób niepełnosprawnych wywodzi się z idei niedyskryminacji i zasady równych szans. Dokumentem wiążącym państwa członkowskie oprócz postanowień wynikających z traktatów, jest Dyrektywa Rady z listopada 2000 roku, w sprawie ustanowienia ogólnych ram dla równego traktowania przy zatrudnieniu i wykonywaniu zawodu. Innym przepisem wiążącym kraje unijne jest Karta Podstawowych Praw Unii Europejskiej, w której 26 art. mówi: „Karta uznaje i szanuje prawo osób niepełnosprawnych do korzystania ze środków mających zapewnić im nieza-

Unia wydała również szereg zaleceń i wytycznych, które nie mają charakteru obligatoryjnego, stanowią jednak pewien drogowskaz dla działalności władz krajowych. Postanowienia traktatowe i dyrektywy wymagają uwzględnienia ich w prawodawstwie państw członkowskich. Wynika z tego, że wszelkie plany i działania władz państwowych oraz samorządowych muszą odnosić się także do problemów osób niepełnosprawnych, i prowadzić do zintegrowania ich ze społeczeństwem ludzi w pełni zdrowych.

Warto przypomnieć, że na podejście do problemów osób niepełnosprawnych ogromny wpływ wywarł dokument przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w roku 1993 pod hasłem „standardowe zasady wyrównywania szans osób niepełnosprawnych”. Dokument ten ma wprawdzie charakter wyłącznie moralny i polityczny, pokazuje jednak cel, do jakiego należy dążyć w szeroko rozumianej polityce społecznej.

Pomoc na rynku pracy

Jednym z najważniejszych, a zarazem najtrudniejszych problemów w krajach Unii, przede wszystkim zaś u nas, jest bezrobocie. Unia Europejska zobowiązała się do stworzenia w krajach piętnastki 25 mln nowych miejsc pracy do roku 2010, z czego 2 - 3,5 mln miałyby przypaść osobom niepełnosprawnym. Już teraz można powiedzieć, że zamierzenie nie wydaje się realne. Nasze ponad dwudziestoprocentowe bezrobocie w najgorszej sytuacji stawia ludzi z ograniczoną sprawnością. Tym bardziej więc potrzebne są działania mające na celu poprawę tego stanu rzeczy.

Obecnie najważniejszym celem polityki zatrudnienia osób niepełnosprawnych wszystkich krajach unijnych jest wspieranie ich na otwartym rynku pracy. Na przeszkodzie stoi zarówno brak odpowiednich funduszy jak i gorsze wykształcenie tych osób w porównaniu z ludźmi w pełni sprawnymi. Według danych Unii 2/3 osób niepełnosprawnych posiada wykształcenie na poziomie gimnazjum, a wykształceniem wyższym legitymuje się zaledwie kilka procent. Jest to sprawa polityki edukacyjnej wobec dzieci i młodzieży niepełnosprawnej, wysokości nakładów na edukację, a także na pomoc socjalną dla uczniów i studentów. Tymczasem kluczem do powodzenia na otwartym rynku pracy jest przede wszystkim edukacja i odpowiednio elastyczne przygotowanie zawodowe.

W grudniu 2002 roku Komisja Europejska wydała Rozporządzenie w sprawie pomocy państwa skierowanej na zatrudnienie w tej grupie osób. Określono w nim rodzaje pomocy związanej m.in. z tworzeniem nowych miejsc pracy i pokrywaniu dodatkowych kosztów. Drugim nurtem działań jest zachęcanie pracodawców do zatrudniania osób niepełnosprawnych przy użyciu takich instrumentów jak zwolnienia i odliczenia podatkowe, często dotacje do wynagrodzeń wynoszące na ogół połowę stawki pracownika na danym stanowisku. W wielu krajach osobom niepełnosprawnym pokrywa się koszty dojazdu do pracy, a w niektórych jak Szwecja, Belgia, Austria i Niemcy zapewnia kupno samochodu.

Pokonywanie barier

Wyrównywaniu szans życiowych ludzi niepełnosprawnych służy również wydana przez Komisję Europejską „Strategia ku Europie bez barier dla osób z niepełnosprawnością”. Jest to program mający na celu likwidację wszelkich barier utrudniających uczestnictwo w życiu

społecznym. Komisja nie będzie finansowała żadnych projektów, które nie będą spełniały wymogów dostępności. W 2001 roku wyszła kolejna dyrektywa "Autobusy i Autokary", która nałożyła na kraje członkowskie obowiązek wyposażenia pojazdów, przewożących pasażerów posiadających więcej niż osiem miejsc siedzących, w specjalne pochylnie lub automatycznie wysuwane platformy podłogowe. Nakazano też wydzielenie miejsca dla osoby niepełnosprawnej oraz psa przewodnika. Obowiązkowe jest również wprowadzenie wyróżników kolorystycznych dla niedowidzących. Państwa członkowskie postanowienia te wprowadziły w życie do końca ubiegłego roku. Nas będzie to obowiązywało z dniem wstąpienia do UE.

Z ułatwieniem w samodzielnym poruszaniu się osób niepełnosprawnych związane jest także zalecenie Rady UE, przez 6 lat dotyczące kart parkingowych, które uznawane są we wszystkich krajach unijnych.

Trzynasty obszar negocjacyjny

Problemy dotyczące osób niepełnosprawnych omawiane były w ramach trzynastego obszaru negocjacyjnego. W czasie dwustronnego przeglądu naszych przepisów prawnych w tym zakresie uznano je za zgodne co do celów i kierunków podejmowanych działań z rozwiązaniami wspólnotowymi. W toku negocjacji pojawiła się potrzeba ustosunkowania Polski do ducha nowych dokumentów UE - zalecenia dotyczącego karty parkingowej oraz Dyrektywy Rady w sprawie równych możliwości zatrudnienia osób niepełnosprawnych.

W związku z tym znowelizowaliśmy Prawo o ruchu drogowym z czerwca 1997 r. tak, aby możliwe było wprowadzenie u nas jednolitej karty parkingowej. Dostosowanie naszych przepisów do drugiego dokumentu spowodowało konieczność dokonania zmian legislacyjnych w zakresie prawa podatkowego wolnej konkurencji i pomocy publicznej dla przedsiębiorców. W latach 2000- 2002 weszły u nas w życie nowe przepisy w ustawie o podatku dochodowym od osób prawnych, w ustawie od podatku od towarów i usług oraz w podatku akcyzowym. Ponadto zakłady pracy chronionej i zakłady aktywności zawodowej zobowiązane zostały do płacenia podatku od środków transportu.

Znowelizowana ustawa o zatrudnieniu i rehabilitacji, która weszła w życie od stycznia tego roku, uwzględniła zalecenia dyrektywy UE i stwarza pewniejszą gwarancję, że otwarty rynek pracy nie okaże się niedostępny dla osób niepełnosprawnych. W ustawie przyjęto też obligatoryjny wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w jednostkach organizacyjnych, w sektorze finansów publicznych, w samorządach, w szkolnictwie wszystkich szczebli i w służbie zdrowia. Sukcesywna realizacja

tego zapisu zwiększy udział osób niepełnosprawnych na rynku pracy do 6 procent. W Sejmie na tzw. szybkiej ścieżce legislacyjnej znajduje się projekt ustawy zwanej umownie horyzontalną, dotyczący osób niepełnosprawnych. Czy ta ścieżka będzie na tyle szybka, że zdążymy nią dobiec przed pierwszym maja? Nie wiadomo. W trakcie przygotowań są również zapisy ustalające zasady korzystania z funduszy pomocowych Unii, które pozwolą m. in. na udzielenie pomocy publicznej przedsiębiorcom zatrudniającym osoby niepełnosprawne.

Prawo i życie

Po przystąpieniu do UE osoby niepełnosprawne mają takie same prawa jak te, które przysługują, w obecnych krajach członkowskich. Mimo to ich sytuacja materialna, uczestnictwo w głównym nurcie życia, dostęp do edukacji, kultury jeszcze przez wiele lat pozostaną na znacznie niższym poziomie. Poprawa zależy od sytuacji gospodarczej i stanu finansów państwa, które w sposób drastyczny ograniczają także dostęp do rehabilitacji i refundo-

wanego zakupu środków pomocniczych niezbędnych w wielu schorzeniach, gdzie występuje problem NTM. Obowiązujące u nas limity na te środki są najniższe nawet wśród byłych krajów komunistycznych. Przystąpienie do UE jest dla nas niepowtarzalną szansą na szybszy rozwój gospodarczy i cywilizacyjny, który w konsekwencji zapewni poprawę sytuacji również osobom niepełnosprawnym.

Znaczącym stymulatorem rozwoju będą unijne programy pomocowe, a szczególnie Europejski Fundusz Społeczny, Fundusz Spójności Gospodarczej oraz Fundusz Rozwoju Regionalnego. Pytanie czy będziemy umieli te możliwości wykorzystać? Jakimś optymistycznym sygnałem jest fakt, że np. w PFRON wszystkie programy celowe opracowywane są już według wzorów unijnych.

Wszystkie te sprawy dotyczą ponad pięćdziesięciu milionów osób niepełnosprawnych zamieszkujących 25 krajów, które od pierwszego maja stanowią Wspólnotę Europejską. Jest to więcej ludzi niż liczy populacja naszego kraju. O tym należy pamiętać, kiedy mówimy o problemach osób z niepełnosprawnością.

Polscy pacjenci w UE

CENTRUM MULTIMEDIALNE FOKSAL



Od lewej: dr Adam Kozierkiewicz (Instytut Zdrowia Publicznego Collegium Medicum UJ), dr Grzegorz Jasiński (Dyrektor Biura Naczelnej Izby Aptekarskiej), Elżbieta Tomaszewska (Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego MZ), Lesław Abramowicz (Prezes NFZ), Mieczysław Błaszczak (Dyrektor Biura Współpracy Międzynarodowej NFZ).

Polscy pacjenci, którzy wyjadą do krajów Unii Europejskiej mogą korzystać ze świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych przez ustawodawstwo danego kraju. Warunkiem jest posiadanie ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia. Zakres refundowania zagranicą danego świadczenia odpowiada wysokości kwoty, jaką przeznacza w Polsce na to samo świadczenie NFZ.

Przed wyjazdem należy uzyskać w swoim oddziale NFZ potwierdzenie prawa do ubezpieczenia na odpowiednim druku. Na zaplanowane leczenie w innym kraju unijnym każdorazowo musi wyrazić zgodę prezes NFZ.

Tematowi „Pacjent w krajach Unii Europejskiej” poświęcona była majowa Debata o Zdrowiu w dniu 17 maja br., która tradycyjnie odbywa się w Centrum Multimedialnym Foksal w Warszawie. Więcej informacji na temat leczenia polskich pacjentów w krajach UE na stronach internetowych:

www.nfz.gov.pl/ue, www.mz.gov.pl, www.eu-zdrowie.pl



Bez szans na poprawę przed końcem roku

Joanna Barańska

Czas nagli. Najpóźniej do końca września powinna być gotowa - opracowana przez rząd, przyjęta przez parlament, podpisana przez prezydenta - ustawa regulująca działanie systemu opieki zdrowotnej w przyszłym roku. Trzy miesiące, które pozostaną do końca roku, to czas niezbędny na reorganizację, przygotowanie do nowych działań, podpisanie nowych kontraktów, plus co najmniej miesiąc *vacatio legis*, niezbędnego przy tak poważnych aktach prawnych. Tymczasem służba zdrowia pogrąża się w coraz większym chaosie.

Ustępujący rząd Leszka Millera rzutem na taśmę zdążył zakończyć prace nad ustawą tuż przed swoją dymisją, ale projekt nie został nawet skierowany do Sejmu. W ten sposób problem został przerzucony na następców, co w obecnej sytuacji kryzysu rządowego trudno nazwać działaniem odpowiedzialnym. Rząd Marka Belki pełni swoje obowiązki, ale nie ma pełnego umocowania. Trudno zatem się dziwić, że ma inne priorytety niż naprawa służby zdrowia, zresztą - co przyznał Marek Belka w swoim exposé - nie bardzo jest co naprawiać.

- Zastaliśmy projekt, nad którym trzeba poważnie popracować. To nie jest ustawa naprawcza. Dajcie nam kilka tygodni - prosił urzędujący premier w trakcie debaty przed głosowaniem nad, przegranym zresztą, wotum zaufania dla rządu.

Projekt, który wyszedł z poprzedniego gabinetu, zawiera wady dyskwalifikujące go na

równi z powodu usterek prawnych identycznych z tymi, które spowodowały uchylenie obecnej ustawy przez Trybunał Konstytucyjny, jak i zwykłych, zdroworozsądkowych powodów. Prof. Cezary Włodarczyk, szef zespołu ekspertów powołanych przez byłego ministra zdrowia opracowujących nowe zasady, wręcz wyparł się go. - Nie poczuwam się do odpowiedzialności za nową ustawę - mówił profesor pod koniec kwietnia, zarzucając rządowi, że potraktował zespół jak Murzyna od czarnej roboty, a i tak kluczowe artykuły żywcem przepisał z ustawy starej.

Według nowych założeń NFZ nadal ma być instytucją centralną, której oddziały wojewódzkie będą miały niewielkie kompetencje. Tego akurat Trybunał Konstytucyjny nie zabronił. Podkreślając, że z Konstytucji nie można *implicite* wywieść kształtu systemu ochrony zdrowia. System ten jednak ma być efektywny, a nie iluzoryczny. Tymczasem zdaniem Konstantego Radziwiłła, prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, instytucja centralna chroniąca zdrowie nie sprawdza się. - Oddziały powinny być autonomiczne - potakuje były minister zdrowia senator Marek Balicki.

Trybunał w swoim wyroku wyraźnie nakazał określenie, do jakiego typu świadczeń zdrowotnych ubezpieczony ma prawo w zamian za swoją, nie tak małą przecież, składkę. Ustawa nie określa ani koszyka świadczeń gwarantowanych, ani świadczeń ponadstandardowych finansowanych ze środków wła-

snych pacjenta, ani nawet jednoznacznych kryteriów formalnych, według których następować będzie konkretne ustalanie zakresu należnych pacjentowi świadczeń w ramach odpowiedniej, ustalonej w ustawie, procedury - brzmiały ustne motywy wyroku TK. Tymczasem w nowym projekcie mamy podział pacjentów na ubezpieczonych i nieubezpieczonych o takim samym prawie do świadczeń. Po co więc w ogóle płacić składki? Świadczenia podzielono na trzy koszyki: gwarantowane bezpłatnie, rekomendowane za częściową odpłatnością i pozostałe, za które pacjent zapłaci w całości. Zaliczaniem poszczególnych usług do poszczególnych koszyków zajmie się Agencja Oceny Technologii Medycznych, ciało, którego do tej pory nie było. Stworzy to piękne pole do kumoterstwa, żeby nie powiedzieć - korupcji, a i tak może się zdarzyć, że pewna metoda leczenia w ogóle - czy to przez przeoczenie, czy ze złej woli - nie trafi do żadnego z koszyków, jeśli będą one stanowić katalogi zamknięte. Pacjent nie będzie leczony, bo nikt za to nie zapłaci. Podobny mechanizm korupcyjny może zadziałać w przypadku pacjenta, któremu nie pomogą starsze metody gwarantowane i powinien być leczony nowocześniejszymi, gwarantowanymi. Projektodawcy są zgodni, że w takim przypadku nie powinien dopłacać. Nietrudno sobie wyobrazić, że „dopłata“ zawędruje w kopercie do kieszeni lekarza, który zaświadczy, że chory nie reaguje na gwarantowane metody.

Nie rozwiązano problemu przetrzymywania pacjentów w szpitalach. Teraz zdarza się, że chory przebywa w szpitalu i miesiąc po to tylko, aby wykonano mu konkretne badania. W obecnym systemie rozliczeń z NFZ to się po prostu szpitalom opłaca. NFZ jednak konsekwentnie wymiguje się od odpowiedzi na pytanie o rozwiązanie.

Pytanie takie zgłosiliśmy Funduszowi na piśmie. Biuro prasowe uprzejmie odparło, że „ma ostatnio w bród roboty“ i zapewne nie uda mu się odpowiedzieć w terminie, ale zaprasza na konferencję prasową. Na konferencji i Prezes Lesław Abramowicz, i Wiceprezes ds. Medycznych Michał Kamiński pominęli pytanie milczeniem. Jakże wobec tego szanse na dowiedzenie się czegośkolwiek ma zwykły pacjent?

Ministerstwo Zdrowia przyznaje, że w obowiązującej jeszcze ustawie o ZOZ-ach nie ma instrumentów prawnych, które umożliwiłyby rzeczywistą regulację i racjonalizację rozmieszczenia szpitali. Organami założycielskimi ZOZ-ów są samorządy terytorialne i minister nie ma uprawnień do regulowania tych spraw. Być może sytuacja zmieni się po uchwaleniu nowej ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych ZOZ-ów, która znajduje się w Sejmie. Przewiduje się tam utworzenie krajowej sieci szpitali o ściśle zdefiniowanych poziomach referencyjnych i standardach udzielania świadczeń zdrowotnych.

Na razie szpitale masowo wypowiadają umowy z NFZ. W drugiej połowie roku, bo do końca czerwca na ogół obowiązują okresy wypowiedzenia, może w ogóle nie będzie się gdzie leczyć.

W tej sytuacji jedyną pociechą może być fakt, że w projekcie nowej ustawy regulującej system opieki zdrowotnej zapisano upoważnienie dla ministra zdrowia, który będzie mógł określić kryteria przyznawania przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, wysokości ich refundacji, podstawowych kryteriów ich przyznawania i limitu. Resort zapewnia, że weźmie pod uwagę wszystkie licznie zgłaszane postulaty w tej kwestii, ale przy ich uwzględnianiu będzie musiał wziąć pod uwagę nie tylko przesłanki merytoryczne, ale i możliwości finansowe. Na razie dofinansowano niektóre organizacje pozarządowe walczące z niepełnosprawnością: środki z puli 3 mln zł przypadły m.in. Polskiemu Związkowi Głuchych, Polskiemu Związkowi Niewidomych, Polskiemu Towarzystwu Walki z Kalectwem czy Towarzystwu Pomocy Głuchoniewidomym. Cierpiący na NTM jak wcześniej mogą w kwestii refundacji - w przypadkach innych niż schorzenia przewlekłe - liczyć tylko na zmiłowanie prezesa NFZ lub z jego upoważnienia dyrektora oddziału, który jest władny wydać odpowiednią decyzję. Akces do Unii Europejskiej też nie będzie miał bezpośredniego wpływu na ewentualne zmiany w finansowaniu profilaktyki i promocji zdrowia.

Tymczasem na świecie zachęca się do udziału w promocji zdrowia choćby aptekarzy. Karta Ottawska, uchwalona w 1986 r. swego rodzaju konstytucja promocji zdrowia, propaguje wykorzystywanie okien wystawowych aptek do prowadzenia kampanii zdrowotnych, zapewnianie przez farmaceutę informacji dotyczących zdrowia czy dotyczących stowarzyszeń osób przewlekłe chorych. Programy opieki farmaceutycznej wdrażają kompleksowo Dania, Finlandia, Niemcy, Portugalia i Wielka Brytania. W Polsce niestety apteki są witryną walki reklamowej firm farmaceutycznych, a nawet nie we wszystkich można nabyć środki pomocnicze w tej skromnej ilości refundowanej przez NFZ.

Międzynarodowe standardy zalecają, aby chory na NTM dysponował co najmniej dwiema pieluchami dziennie i jedną, bardziej chłonną, nocną. W Szwecji produkty te można otrzymać bezpłatnie bez żadnych ograniczeń ilościowych. W Holandii pacjent dostaje bezpłatnie 5 sztuk wybranych produktów dziennie, przy czym lekarz ordynuje daną grupę produktów, a indywidualnie do pacjenta pomagają dobrać farmaceuci. W Wielkiej Brytanii chory otrzymuje je bezpośrednio od dostawcy, do domu. W Polsce udało się z trudem wywalczyć, aby środki te nie były dostępne tylko w jednej aptece na całe województwo.

Lesław Abramowicz
Prezes NFZ

Na pewno w obecnej sytuacji nie pomaga nam kryzys rządowy. Nie wiadomo, czy będzie wotum zaufania wobec premiera, czy w ogóle będzie nowy premier. Mimo to staramy się na bieżąco rozmawiać z rządem i z Ministerstwem Zdrowia, i liczymy na to, że pewne rzeczy uda się załatwić.

Michał Kamiński
Wiceprezes NFZ ds. Medycznych

Nasze obecne priorytety to pilne przejście na wiarygodną sprawozdawczość katalogową, leczenie ambulatoryjne i onkologia kliniczna. Co się tyczy problemu NTM, dokładne korekty katalogów nastąpią po otrzymaniu bardzo wnikliwej sprawozdawczości. Niewykluczone jest nawet weryfikacja katalogów na ten rok; musimy oszacować skalę problemu i jeśli to będzie zasadne, zostaną wprowadzone odpowiednie zmiany.

Józef Góralczyk
Małopolski Sejmik Organizacji Osób Niepełnosprawnych

Cały czas rozmawiamy z NFZ i wiem, że pracuje on nad pewnym programem, który ułatwi zaopatrzenie w środki pomocnicze i materiały stomijne. Chodzi o to, że pacjent, aby otrzymać refundowane środki, będzie tylko raz na rok zgłaszał się do lekarza - a nie raz na miesiąc, jak obecnie. Chory otrzyma specjalną książeczkę, w którą będzie wpisany przyznany „przebieg” - niestety, będzie to tak jak dotąd 60 sztuk pieluchomajtek miesięcznie. Program powinien być gotowy do końca maja, o ile nie zajdą nieprzewidziane opóźnienia, bo często w NFZ „nie wie lewica, co czyni prawica”. Przykładem jest to, że mimo wprowadzenia w całym kraju otwartego systemu zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze w wielu województwach wciąż występują duże problemy. Kolejki do aparatów słuchowych gdzieś sięgają trzech lat. Przecież to nie tylko brak pieniędzy, bo w starym systemie czas oczekiwania był dwukrotnie mniejszy. Nie wiem, czy to zła wola urzędników, czy pieniądze są przerzucane gdzieś indziej. Najlepiej jest w Małopolsce i na Śląsku, czyli tam, gdzie system otwarty działał już wcześniej. To oznacza, że potrzeba czasu, żeby przekonać urzędników do lepszych rozwiązań. Najgorsze jest to, że lekceważą się głos społeczeństwa. Marzę o zasadzie subsydialności, takiej jak w Niemczech, gdzie pierwszeństwo ma człowiek i organizacje pozarządowe, gdzie ten, kto chce pomagać, ma po temu warunki.

Piotr Kostro
Prezes Ogólnopolskiej Izby Wyrobów Medycznych Polmed

Nie ma pomysłu na służbę zdrowia. Szacujemy, że w tej chwili na opiekę zdrowotną potrzebne byłoby 20 proc. PKB, a do tego jeszcze 10 proc. na wyrównanie zaszczości. Co się tyczy szpitali, poprzedni rząd szedł w zaparte. Nie było żadnych konkretnych dla poważnie zadłużonych placówek. Ani jeden postulat z Okrągłego Stołu rządu i środowisk medycznych nie został zrealizowany. Rząd widzi problem, ale przerzuca ten gorący kartofel do samorządów. Zapomina, że problemy służby zdrowia dotyczą wszystkich. Do tego panuje chaos polityczny.

Agnieszka Gołąbek
Rzecznik Prasowy Ministerstwa Zdrowia

Rada Ministrów dostrzega problemy osób niepełnosprawnych, czego wynikiem jest ich odzwierciedlenie w głównych dokumentach polityki zdrowotnej. Przykładem tego jest uznanie niepełnosprawności za jeden z podstawowych problemówznaczonych w Narodowym Programie Zdrowia. Celem strategicznym w tym dokumencie jest potrzeba stworzenia warunków umożliwiających osobom niepełnosprawnym włączenie się lub całkowity powrót do czynnego życia.

W ramach prac nad projektem nowej ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych przewiduje się utrzymanie wszystkich dotychczasowych uprawnień osób niepełnosprawnych i przewlekłe chorych w zakresie świadczeń zdrowotnych. Dotyczy to w szczególności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (dostęp wszystkich niepełnosprawnych, w tym inwalidów wojennych, wojskowych i osób represjonowanych); leczenia uzdrowiskowego (szczególnie uprawnienia osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności - nie płacą za pobyt i wyżywienie); świadczeń rehabilitacyjnych, pielęgnacyjnych i innych, w tym udzielanych w formie środowiskowej (w domu pacjenta). Ponadto proponuje się ustawowe uregulowanie tzw. otwartego systemu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Należy też podkreślić, że w umowach NFZ ze świadczeniodawcami wprowadzane są postanowienia zobowiązujące do zapewnienia dostępności lokali, miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych dla niepełnosprawnych, a także rejestracji np. przez telefon.

Reoperacje w ginekologii a problem wysiłkowego NTM

Dr n. med. Aneta Adamiak

II Katedra i Klinika Ginekologii Operacyjnej Akademii Medycznej w Lublinie



W dniach 6-8 maja 2004 r. odbyło się w Lublinie ogólnopolskie sympozjum naukowe położników i ginekologów na temat „Reoperacje w ginekologii”. Na obradach poruszono bardzo szeroki zakres problematyki, w tym reoperacji w przypadku nawrotowej formy nietrzymania moczu u kobiet. Wykonywana przez dziesiątki lat w celu leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet plastyka przedniej ściany pochwy odznacza się bardzo małą długofalową skutecznością. W 1 roku po operacji wyleczenie uzyskiwano u 63% kobiet, a po 5 latach od zabiegu tylko 37% kobiet prawidłowo trzymało moc. Tak niska efektywność operacji jest spowodowana gorszymi właściwościami biomechanicznymi powięzi dna miednicy u kobiet dotkniętych tą dolegliwością w porównaniu do kobiet zdrowych, a technika operacyjna zakłada właśnie użycie tych tkanek do wytworzenia właściwego podparcia dla połączenia pęcherzowo-cewkowego. Pierwotnie słabe tkanki, wraz z wiekiem oraz ze spadkiem krążących estrogenów po menopauzie ciągle wiotczeją, co powoduje nawrót dolegliwości związanych z wysiłkowym NTM. Bardzo obiecującą metodą operacyjną wprowadzoną w 1995 roku przez Ulmstena i Petrosa jest operacja pętlowa z beznapięciowym podwieszeniem cewki moczowej za pomocą taśmy polipropylenowej, nazywana TVT (ang. Tension-free Vaginal Tape). Taśma ta wspólnie asymiluje się z otaczającymi tkankami gospodarza, a w procesie gojenia przerasta włóknami kolagenowymi, które dają dodatkowy efekt wzmocnienia więzadeł łonowo-cewkowych odgrywających bardzo ważną rolę w mechanizmie zamykania cewki moczowej. Niedawno opublikowane wyniki 7-letniej obserwacji pacjentek po tego typu zabiegu wykazały 81,3 % wyleczeń, przy czym dodatkowe 16,3 % kobiet odczuły poprawę w porównaniu do stanu przed operacją. Biorąc pod uwagę fakt, że na wizytach kontrolnych po roku, 3 i 5 latach od operacji w tej samej grupie pacjentek odsetek wyleczeń wynosił odpowiednio 91%, 86% i 84,7% można wnioskować, że zabieg TVT jest nie tylko bardzo skuteczny w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet, lecz również, co bardzo ważne, efekt jego jest trwały.

Co zaproponować pacjentkom

Jednakże niemal każdy z doświadczonych badaczy zgłasza pewien procent kobiet, u których zabieg pętłowy z zastosowaniem taśmy polipropylenowej (TVT, IVS) nie przyniósł żadnej poprawy. Odsetek niepowodzeń waha się od 1-10% w różnym materiale. Niepowodzenie tego typu zabiegu jest nadal dużym wyzwaniem dla lekarzy. Co zaproponować pacjentkom w takim przypadku? - nadal pozostaje otwartym pytaniem.

W literaturze opisano dosłownie kilka przypadków postępowania po niepowodzeniu operacji TVT. W publikacjach tych autorzy proponują założenie drugiej taśmy, lub odpreparowanie pierwotnie założonej taśmy i skrócenie jej poprzez „splikowanie”. Na podstawie jednak tak małej liczby przypadków nie można wyciągnąć żadnych wiążących wniosków.

Podczas lubelskiego sympozjum „Reoperacje w ginekologii” odpowiedzi na powyższe pytanie starali się udzielić profesorowie: Tomasz Rechberger i Artur Jakimiuk z II Katedry i Kliniki Ginekologii Akademii Medycznej w Lublinie przy ul. Jaczewskiego 8. Pracownicy w/w Kliniki posiadają bardzo duże doświadczenie w leczeniu problemów uroginekologicznych u kobiet. W przypadku niepowodzenia operacyjnego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu zaproponowali oni operację pętłową z pozostawieniem możliwości regulacji taśmy po zabiegu, kiedy pacjentka może normalnie współpracować z lekarzem i sprawdzić, czy podczas kaszlu, kichania, kucania, czy chodzenia po schodach, trzymanie moczu jest prawidłowe. Zaproponowany zabieg jest modyfikacją operacji IVS. Zauważono bowiem, że polipropylenowa taśma IVS różni się od taśmy TVT sposobem splecenia włókien, co warunkuje ich zupełnie odmienne właściwości biomechaniczne. Siatka TVT jest elastyczna i pokryta plastikową osłonką ze względu na brzegi zahaczające się w otaczających ją tkankach. Siatka IVS jest gładka oraz cechuje się ograniczoną elastycznością, nie można jej więc nadmiernie rozciągnąć i nie ma obawy, że się podkurczy wracając do pierwotnego kształtu. Odkrycie tych różnic między taśmami nasunęło pomysł użycia taśmy IVS w leczeniu niepowodzeń zabiegów pętlo-

wych imitując w pewien sposób działanie systemu Remeex, który ze względu na bardzo wysoką cenę nie cieszy się szerokim zastosowaniem w Polsce. Gładkość taśmy IVS oraz jej ograniczona elastyczność pozwalają, przy zastosowaniu odpowiednich zabezpieczeń, na regulację jej położenia po operacji, aż do uzyskania pozycji najbardziej odpowiedniej dla indywidualnych wymagań pacjenta. Tego typu zabieg przeprowadzono w II Katedrze i Klinice Ginekologii AM w Lublinie już u 26 pacjentek, u których istniało ryzyko niepowodzenia operacji pętłowej. Do tego typu zabiegu zakwalifikowano więc kobiety z nawrotową formą nietrzymania moczu (po nieskutecznych wcześniejszych operacjach), lub pacjentki, u których w badaniu urodynamicznym stwierdzono niewydolność zwieracza wewnętrznego cewki moczowej (ISD - Intrinsic Sphincter Deficiency), a także kobiety w wieku 70 lat lub powyżej. W tak zdefiniowanej grupie wysokiego ryzyka po 6 miesiącach od operacji odsetek całkowitych wyleczeń sięgał 73,1%, a poprawę odnotowano dodatkowo u 15,4% kobiet. Jest to obiecująca skuteczność, przy prostej i nadal minimalnie inwazyjnej technice operacyjnej.

W aspekcie minimalizacji śródoperacyjnych i pooperacyjnych powikłań bardzo ciekawą opcją chirurgiczną jest zakładanie taśmy polipropylenowej pod środkowy odcinek cewki moczowej przez otwory zasłonowe pacjentek, tzw. TOT (ang. Trans Obturator Tape).

Tak przeprowadzony zabieg nie wymaga kontroli cystoskopowej, ponieważ uszkodzenia pęcherza, czy cewki moczowej jest minimalne. Operacja ta nie powinna również powodować nadmiernej kompresji cewki moczowej, co wiąże się z minimalizacją problemów pojawiających się przy oddawaniu moczu po założonych slingach (TVT, IVS). Na ocenę skuteczności operacji TOT w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet jest jednak za wcześnie.



Nowy lek

Uczestnicy sympozjum z dużym zacięciem i nadzieją przyjęli także zapowiedź nowego leku na rynku polskim, który ma mieć zastosowanie w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet o lekkim i średnim nasileniu. Lek ten o nazwie generycznej duloksetyna być może jeszcze w tym roku będzie dostępny dla naszych pacjentek. Mechanizm jego działania polega na hamowaniu wchłaniania zwrotnego serotoniny i noradrenaliny w synapsach jądra Onufa rdzenia kręgowego, co z kolei powoduje pobudzenie włókien nerwowych wychodzących z tego jądra i uwalnianie acetylocholino w płycie nerwowo-mięśniowej zwieracza cewki moczowej. W ten sposób zwiększa on ok. 8-krotnie aktywność zwieracza cewki moczowej i podwyższa ciśnienie zamykające cewkę moczową. Ostatnio opublikowane bardzo ciekawe badanie o zastosowaniu duloksetyny u pacjentek oczekujących na zabieg operacyjny wykazało, że po zastosowaniu leku 20% kobiet zrezygnowało z planowanego zabiegu, ponieważ efektywność leczenia była ich zdaniem zadowalająca.

Podsumowując należy podkreślić, że największa szansa sukcesu terapeutycznego w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu wiąże się z pierwszym zabiegiem chirurgicznym proponowanym pacjentce. Każda konieczność reoperacji obciążona jest już dużym ryzykiem niepowodzenia.

Wykonywana przez dziesiątki lat w celu leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet plastyka przedniej ściany pochwy odznacza się bardzo małą długofalową skutecznością.

Działalność UROSTO w Warszawie

Małgorzata Georgiew



Mazowiecki Oddział UROSTO został założony w listopadzie 2003 roku, z siedzibą w Klinice Urologii Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus przy ulicy Lindley'a 4 w Warszawie. Początek działalności zainaugurował wykład prof. Andrzeja Borkowskiego, Kierownika Kliniki Urologicznej i zarazem Konsultanta Medycznego stowarzyszenia. Obecnie, po pierwszych spotkaniach organizacyjnych, Stowarzyszenie może skupić swoje wysiłki na dotarciu do jak najszerzej liczby osób z problemem NTM w województwie mazowieckim.

Stowarzyszenie przyjęło dwa sposoby informowania o swojej działalności: poprzez rozpowszechnianie materiałów informacyjnych (plakaty i ulotki) oraz poprzez publikowane w prasie zaproszenia na organizowane przez siebie spotkania i wykłady. Dystrybucją materiałów informacyjnych, w ramach oszczędności, zajęli się sami członkowie Stowarzyszenia roznosząc je po przychodniach, szpitalach i aptekach. Z publikacją prasową zaproszeń na spotkania jest niestety gorzej.

Dziennikarze niechętnie zamieszczają zaproszenia na wykłady i zajęcia organizowa-

ne przez Urosto. Temat poruszający problem nietrzymania moczu uważany jest za nieatrakcyjny. Często przegrywa z płatną reklamą. Najprawdopodobniej to efekt braku wiedzy o skali zjawiska. Dziennikarze często nawet nie podejrzewają jak wielu osób ta dolegliwość dotyczy i jak rujnujący ma wpływ na ich życie. Tymczasem ludziom z NTM brakuje podstawowych informacji, a niska świadomość problemu w społeczeństwie i wstydlive traktowanie tematu wzmacnia tylko poczucie bezradności i osamotnienia w zmaganiu się z tą dolegliwością. Dlatego szczególnie przykre jest, kiedy wyłącznie z powodu braku informacji wiele osób nie może skorzystać z bezpłatnych wykładów. Jakże zainteresowanie wywołuje temat NTM widać po każdej audycji radiowej czy informacji w prasie. Olbrzymia ilość telefonów z prośbą o radę, pytania o stowarzyszenie, zapisywanie się na wykłady - to pewny wynik każdej upublicznionej informacji na temat NTM. A przecież wiadomo, że to tylko niewielki procent osób z NTM, że nie każdy ma jeszcze odwagę zadzwonić.

Jakie są oczekiwania ludzi związane z działalnością Stowarzyszenia Urosto?

Przede wszystkim możliwość łatwiejszego dostępu do informacji o samej dolegliwości. Chcą zrozumieć jaka jest przyczyna występowania NTM, jakie są metody leczenia i profilaktyki. Opinia wszystkich jest zgodna, że brakuje informacji na ten temat i najchętniej otrzymaliby ją w formie wykładu, prowadzonego przez lekarza. Ta potrzeba konsultacji z lekarzem specjalistą, spowodowana jest przede wszystkim bardzo długim okresem oczekiwania na wizytę, w Warszawie nawet do pół roku.

Wiele osób oczekuje również innych działań pomocnych w radzeniu sobie z dolegliwością, np. organizacji ćwiczeń gimnastycznych zalecanych przy NTM, informacji na temat środków wchłaniających dostępnych na rynku, ale także zwykłej wymiany doświadczeń i możliwości porozmawiania z drugą osobą.

Spotkania Urosto

Na początku maja odbyły się pierwsze zajęcia gimnastyczne dla osób z wysiłkowym i mieszanym typem nietrzymania moczu - "Moja gimnastyka". Ćwiczenia prowadzone są przez doświadczonych instruk-

torów w nowoczesnej sali jednego z warszawskich fitness klubów. Celem takich spotkań jest, aby zapoznać się z ćwiczeniami zalecanymi w przypadku nietrzymania moczu i nauczyć się wykonywać je prawidłowo. Na zakończenie, dla każdego uczestnika przygotowany jest zestaw ćwiczeń na kartkach, aby mógł samodzielnie ćwiczyć w domu. Gimnastyka w wysiłkowym NTM jest bardzo ważna, ponieważ w wielu wypadkach odpowiednie ćwiczenia mogą pomóc w powrocie do normalnego życia. Wymaga to tylko systematyczności i dokładności. „Moja gimnastyka” jest dla wszystkich uczestników bezpłatna dzięki wsparciu finansowemu firm, które funkcjonują ze swoimi produktami na rynku NTM.

Zajęcia gimnastyczne spodobały się tak bardzo, że wiele osób w miarę wolnych miejsc zapisało się już na następny termin i chętnie chodziłoby na takie zajęcia co tydzień. Rozwiązaniem idealnym byłoby, aby grupy były stałe i ćwiczyły kilka razy w miesiącu, ponieważ w rzeczywistości ćwiczenia NTM są dość trudne. Poruszają one mięśnie położone głęboko, które trudno jest wyczuć. Dlatego czasami dopiero po dwóch - trzech zajęciach ćwiczący czują, że te mięśnie pracują. Zajęcia gimnastyczne to także budowanie więzi w grupie. Dla wielu osób to może przełamanie samotności w walce z tą dolegliwością. Takie nieformalne spotkanie, gdzie każdy w podkoszulce z zapalem ćwiczy, daje poczucie przynależności do grupy, pomaga przełamać nieśmiałość. Wspólne ćwiczenia to terapia dla duszy, bo można coś zrobić dla siebie, w grupie, gdzie nie trzeba robić wstydlivej tajemnicy ze swojej dolegliwości i każdy traktuje to normalnie.

Niestety, ze względu na brak funduszy na razie nie ma możliwości organizowania zajęć z większą częstotliwością. Zaangażowanie finansowe instytucji rządowych i samorządowych w tego typu działalność dziwnie omija Stowarzyszenie UROSTO. Po sześciu latach działalności Stowarzyszenie UROSTO w Bydgoszczy, dopiero w tym roku otrzymało ono od jednej tylko instytucji lokalnej wsparcie finansowe w wysokości 500 zł na cały rok. Okazuje się, że nie skala problemu, ale przede wszystkim znajomości decydują, gdzie idą poważne sumy pochodzące z naszych podatków.

Równie interesujący okazał się wykład dr. Leszka Marka Krześniaka o zastosowaniu ziół w profilaktyce i leczeniu nietrzymania moczu. Słuchacze otrzymali wiele cennych wskazówek na temat działania ziół, ale także kompleksowe ujęcie procesów zachodzących w organizmie warunkujących występowanie NTM. Ogromną zaletą wykładu była jego bardzo przystępna forma i wiele praktycznych rad pokazujących jak dużo możliwości znajduje się w zasięgu

ręki. Wykład dr. Krześniaka był doskonałym przypomnieniem, że pomimo ogromnego rozwoju medycyny i stosowania coraz nowocześniejszych metod leczenia, nie należy zapominać o środkach naturalnych, dostępnych dla każdego i często równie skutecznych.

Urosto w Koalicji na Rzecz Pacjenta

Stowarzyszenie UROSTO uczestniczy również w działaniach skierowanych do szerszej grupy społeczeństwa. W kwietniu tego roku zawiązała się Koalicja na Rzecz Pacjentów zrzeszająca różne organizacje pacjenckie (o Koalicji na Rzecz Pacjentów pisaliśmy w poprzednim numerze). W maju odbyło się drugie spotkanie Koalicji poświęcone podsumowaniu zgłoszonych przez koalicjantów wniosków oraz dyskusji o projekcie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Biorąc pod uwagę jakie są realia, postulaty Koalicji dotyczą przede wszystkim dziedzin, w których wprowadzone zmiany nie pociągają za sobą kosztów, ale mogą przynieść oszczędności, a przede wszystkim lepszą obsługę pacjenta. Mowa tu np. o racjonalizacji polityki lekowej, przejrzystości kolejek oczekujących na świadczenia medyczne, konsolidacji zakupów leków i materiałów medycznych w lecznictwie zamkniętym, zwiększeniu roli lekarza rodzinnego. Bardzo ważnym postulatem jest również propozycja powołania Rzeczników praw pacjenta. Finansowani przez wojewodę, a nie jak obecnie przez Ministerstwo Zdrowia, działaliby w imieniu i na rzecz pacjentów, włącznie z reprezentowaniem ich w sądzie, dochodzeniem praw i ewentualnych roszczeń.

W okresie, gdy w Sejmie trwała dyskusja o kształcie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, Program Prospołeczny „NTM - Normalnie Żyć” w porozumieniu z UROSTO, przygotował swoje uwagi, które przez Koalicję zostały zgłoszone do sejmowej Komisji Zdrowia.

Zgodnie z uwagami Programu, ustawa powinna gwarantować:

- otwarty system zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, oparty na prawie pacjenta do swobodnego wyboru przedmiotu ortopedycznego i środka pomocniczego,
- pełną dostępność do istniejących na rynku przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych,
- sprawne zaopatrzenie ubezpieczonych w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przy jednoczesnym zapewnieniu kontroli nad wydatkowanymi składkami na ubezpieczenia zdrowotne.

Zaangażowanie Stowarzyszenia UROSTO i Programu Prospołeczny „NTM - Normalnie Żyć” w działania Koalicji wynika z przekonania, że tylko wołając jednym silnym głosem można coś osiągnąć, można być usłyszczanym. Sytuacja wielu grup pacjentów jest naprawdę trudna i tylko wspólne działania mogą zbliżyć do celu. Wyniki przeprowadzonych przez Program NTM badań ankietowych, wykonanych na grupie 328 Domów Opieki Społecznej, mówią same za siebie:

- 95 % badanych uważa, że powinni mieć dostęp do refundowanych pieluch,
- 53 % ankietowanych uważa, że limit 3-4 pieluch dziennie zapewni im utrzymanie higieny osobistej,
- 77 % ankietowanych uważa, że refundacja państwa w wysokości 70% jest niewystarczająca.

Obecna refundacja higienicznych środków wchłaniających określa limit na poziomie 60 sztuk miesięcznie i jest to najniższy limit obowiązujący w krajach już poszerzonej Unii Europejskiej.

Informacje o Mazowieckim Oddziale Stowarzyszenia UROSTO można otrzymać pod numerem telefonu: 22 - 877 87 47. W biurze Stowarzyszenia, które mieści się przy ul. Ciołka 10 w Warszawie, można zapoznać się ze statutem UROSTO i otrzymać deklarację członkowską do wypełnienia.

Walczymy z „Parkinsonem”

W kwietniu br. w Katowicach odbyła się konferencja pt. „Fizjoterapia i nefarmakologiczne leczenie objawów choroby Parkinsona” zorganizowana przez Śląskie Stowarzyszenie Osób Dotkniętych Chorobą Parkinsona. Celem spotkania była dyskusja na temat sytuacji chorych na Parkinsona w województwie śląskim, proponowanych zmianach, wskazywaniu roli lekarza. W drugiej części spotkania zostały pokazane ćwiczenia oraz metody stosowane w fizjoterapii choroby Parkinsona. Gośćmi spotkania byli m.in. prof. Grzegorz Opala, Jerzy Kurkowski - Dyrektor Szpitala i Lechosław Jarzębski - Wojewoda Śląski.

System otwarty. Jednak skuteczny...

Karolina Ciepiela

Od 1 stycznia br. działa w Polsce system otwarty. Działa dzięki wspólnym działaniom stowarzyszeń i organizacji osób niepełnosprawnych. Jest on zdecydowanie bardziej korzystny dla pacjentów. Niestety, zawiodła organizacja w niektórych oddziałach wojewódzkich NFZ.

W styczniowym numerze Kwartalnika NTM zamieszczono ankietę dotyczącą startu systemu otwartego we wszystkich województwach. Teraz, po kilku miesiącach jego funkcjonowania, ponownie zwróciliśmy się do rzeczników oddziałów NFZ z prośbą o wypełnienie ankiety (tabela). Chcieliśmy przekonać się jak obecnie wygląda sytuacja. Czy coś się zmieniło od stycznia, czy rankingowi liderują nadal ci sami?

Jak pokazuje tabela najwięcej punktów ewidencyjnych (26) mają do dyspozycji pacjenci w woj. małopolskim. W przeliczeniu na liczbę mieszkańców daje to jednak miejsce IV (od stycznia spadek o dwie pozycje). Nie planuje się na razie zwiększenia liczby punktów ewidencyjnych. W funkcjonujących na terenie woj. małopolskiego nie ma tłumów.

Nowym liderem naszego rankingu zostało woj. lubuskie. W porównaniu ze styczniem zanotowało awans z pozycji trzeciej, wyprzedzając woj. opolskie i świętokrzyskie. Nie planuje się na razie zwiększenia liczby punktów ewidencyjnych, ponieważ nie było i nie ma kolejek. Podmiotów realizujących wnioski jest 71 (45 w styczniu), a podpisanie umo-

wy nie trwa dłużej niż trzy dni. Nieco gorzej niż w innych województwach wygląda sprawa realizacji zleceń na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Co prawda pieluchomajtki i przedmioty stomijne wydawane są na bieżąco, ale okres oczekiwania na potwierdzenie zlecenia na przedmioty ortopedyczne wynosi do 6 miesięcy, a na aparaty słuchowe nawet do 3 lat.

W liderującym poprzedniemu rankingowi woj. opolskim liczba punktów ewidencyjnych zwiększyła się o 4 (z 11 do 15). Zwiększenia liczby punktów na razie nie planuje się, bo nie ma takiej potrzeby. Kolejek nie ma i nie było ich od samego początku funkcjonowania systemu otwartego w tym województwie. Zwiększyła się również liczba podmiotów realizujących wnioski (z 65 do 72), a podpisanie umowy to kwestia 1-3 dni. Wszystkie produkty, o które pytaliśmy (tab.) wydawane są na bieżąco (wyjątek stanowią aparaty słuchowe dla dorosłych, na które czeka się 2 lata).

W styczniowym zestawieniu najslabiej wypadło woj. pomorskie. Obecnie liczba punktów ewidencyjnych nie zmieniła się i wynosi 1. Nie planuje się zwiększenia ich liczby, ponieważ rozwiązania zastosowane w woj. pomorskim (m.in. obsługa pocztowa) dobrze się sprawdzają. Kolejek nie ma, ponieważ Ubezpieczeni przysyłają zlecenia drogą pocztową, a po potwierdzeniu są one odsyłane pod wskazany adres. Pomorski Oddział NFZ zawarł 127 umów z podmiotami

realizującymi wnioski, a punktów dystrybucyjnych jest 508.

We wszystkich województwach od stycznia zwiększyła się liczba podmiotów realizujących wnioski, jednak nadal zdecydowanym liderem jest woj. śląskie, gdzie jest ich 751 (512 w styczniu). Jak podkreśla rzecznik Śląskiego Oddziału NFZ podpisanie umowy z każdym nowym podmiotem trwa ok. 20 min. (osoba uprawniona do zawarcia umowy musi złożyć prawidłowo przygotowany komplet dokumentacji). Co ważne, w ramach umów na terenie woj. śląskiego ubezpieczeni mogą realizować zlecenia w 1023 miejscach prowadzenia przez podmioty posiadające umowę.

Czas podpisania umowy jest najkrótszy w woj. kujawsko-pomorskim, lubelskim, śląskim, wielkopolskim i zachodniopolskim gdzie umowę podpisuje się "od ręki". Czas oczekiwania na realizację wniosku zależy od rodzaju przedmiotu. Generalnie wydawanie pieluchomajtek i worków stomijnych odbywa się na bieżąco (wyjątek stanowi woj. świętokrzyskie gdzie czeka się ok. 1 tyg.). Przedmioty ortopedyczne wydawane są na bieżąco (woj. małopolskie, opolskie, podkarpackie, śląskie, warmińsko-mazurskie) lub się na nie oczekuje, maximum do 6 miesięcy (woj. lubelskie i lubuskie). Na aparaty słuchowe w niektórych województwach nie czeka się w ogóle (woj. małopolskie, opolskie, podkarpackie i śląskie), w innych czas oczekiwania wynosi od 1,5 miesiąca (woj. wielkopolskie) do 3 lat (woj. lubuskie).

Organizacja zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne w wojewódzkich oddziałach NFZ (kolejność w rankingu wg liczby mieszkańców przypadających na jeden punkt ewidencyjny)

	1. Liczba mieszkańców na 1 punkt ewidencyjny (w tys.)	2. Liczba punktów ewidencyjnych	3. Liczba mieszkańców (w tys.)	4. Liczba podmiotów realizujących wnioski	5. Czas podpisania umowy z podmiotami realizującymi wnioski	6. Okres oczekiwania na realizację wniosku na a) AS b) PM c) PO d) WS			
Lubuskie	51	20	1024	71	1-3 dni	do 3 lat	nb	do 6 mc	nb
Opolskie	78	15	1088	72	do 14 dni	do 2 lat*	nb	nb	nb
Świętokrzyskie	95	14	1325	320	7 dni	2 lata	7 dni	1 mc***	7 dni
Małopolskie	124	26	3223	557	7 dni	nb	nb	nb	nb
Wielkopolskie	224	15	3355	203	nb	1,5 mc	nb	1,5 mc	nb
Podkarpackie	354	6	2126	200	do 14 dni	nb**	nb**	nb**	nb**
Śląskie	374	13	4866	751	nb	nb	nb	nb	nb
Łódzkie	379	7	2653	140	14-30 dni	4 mc	nb	2 mc	nb
Podlaskie	409	3	1228	60	14 dni	3 mc	nb	1 mc	nb
Warmińsko-mazurskie	489	3	1466	106	14 dni	6 mc	nb	nb	nb
Kujawsko-pomorskie	525	4	2101	79	nb	5 mc	nb	5 mc	nb
Lubelskie	559	4	2235	216	nb	do 6 mc*	nb	1-6 mc*	nb
Mazowieckie	724	7	5067	229	14 dni	do 3 mc	nb	nb	nb
Dolnośląskie****	777	4	2978	bd	bd	bd	bd	bd	bd
Zachodniopomorskie	866	2	1733	110	nb	3-6 mc****	nb	do 3 mc	nb
Pomorskie	2192	1	2192	127	2 dni	1 rok	nb	6-12 mc	nb

AS - aparat słuchowy, PM - pieluchy i pieluchomajtki, PO - przedmioty ortopedyczne, WS - worki stomijne, nb - na bieżąco

* dzieci na bieżąco, ** pocztą do 14 dni, *** wózek inwalidzki 18 miesięcy, **** dzieci uczące się i osoby czynne zawodowo na bieżąco, ***** stan ze stycznia 2004



Operacja dla mamy

Sprawa dotyczy mojej mamy, lat 76. Problem zaistniał już wiele lat temu, ale zdaniem lekarza nie nadaje się do operacji, ponieważ mama jest po operacji (miała mięśniaki macicy i wycięto ją). W tej chwili sytuacja jest taka, że bez pieluch nie może się obejść. Nie przesypia nocy z jedną pieluchą, musi w nocy zmieniać ją na drugą. Czy jest jakaś nadzieja, żeby jej pomóc?

Anna

Red. Przebyta operacja mięśniaków macicy nie jest przeciwwskazaniem do operacji wysiłkowego lub mieszanego nietrzymania moczu. Przeciwwskazaniem nie jest też wiek. Oczywiście mogą nimi być inne, ciężkie współistniejące choroby. Chora wymaga diagnostyki NTM przed ewentualnym leczeniem. Konsultacja urologiczna wydaje się być niezbędna, choć na podstawie listu można wstępnie wnioskować, że chora cierpi na nasilone wysiłkowe nietrzymanie moczu.

Alkohol i NTM

Mam 28 lat i mam problem z trzymaniem moczu i moczeniem nocnym, ale raczej tylko po wypiciu alkoholu. Wcześniej było normalnie i nie wiem czy to będzie się dalej pogarszać. Nie wiem, co mam z tym zrobić, czy można to jakoś wyleczyć, czy pozostaje mi tylko pełna abstynencja (nie jestem alkoholikiem, ale taka opcja raczej mnie nie satysfakcjonuje). Zastanawiam się czy może mieć to jakiś związek z tarczycą, bo jak przestałem leczyć się na tarczycę po jakimś czasie zaczęły się problemy z tarczycą. Ale może to nie mieć nic wspólnego, bo tarczycę mam poziom tylko nieznacznie powiększoną. Pozdrawiam.

Artur

Red. Problem nie brzmi typowo. Być może z czasem minie samoistnie. Słabsza kontrola zwieraczy po alkoholu jest rzeczą możliwą, natomiast związek z czynnością tarczycy wątpliwy. Pomocne mogą być oznaczenia hormonów tarczycy. W przypadku nasilenia dolegliwości lub braku poprawy przy znanej funkcji tarczycy, wskazane są: konsultacja urologiczna, neurologiczna i ewentualnie badania specjalistyczne. Doraźnym rozwią-

zaniem jest ograniczenie spożycia alkoholu, ewentualnie stosowanie na noc leku zmniejszającego "produkcję" moczu o nazwie Minirin.

Co robić?

Mam 24 lata, jestem bezdzietna. W stresowych sytuacjach wydaje mi się, że zaraz popuszczę. Była u urologa (zrobił USG) i psychologa, i.... nic. Czy można to jakoś wyleczyć?

Red. W Pani przypadku zalecałbym tzw. trening pęcherza moczowego. Polega on na uczeniu się kontroli nad pęcherzem poprzez ćwiczenia mięśni dna miednicy oraz próby świadomego opanowania konieczności oddania moczu. Ćwiczenia (np. zaciskanie mięśni krocza/pochwy/pośladków) można wykonywać w spoczynku oraz w warunkach wypełnienia pęcherza, przy którym uczucie konieczności oddania moczu jest już silne. Wariantem bardziej specjalistycznym tego postępowania jest tzw. biofeedback. Jest to technika wymagająca zastosowania specjalnej aparatury, mającej na celu wzmocnienie naturalnego odruchu kontroli pęcherza. Osiąga się to poprzez wizualizację np. na monitorze w sposób graficzny siły skurczu mięśni dna miednicy. Wykorzystanie umiejętności kontroli pęcherza w sytuacji stresowej powinno zapewnić Pani uczucie pewności siebie i z czasem ustąpienie uczucia zagrożenia popuszczeniem moczu w stresie.

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

Drażniący uśmiech

Jestem młodą osobą z problemami NTM, co zmusza mnie do częstego zakupu pieluch w miejscu publicznym. Problem polega na tym, że nie mogę dokonać zakupu przy obecności innych ludzi. Miałam już przykre doświadczenie przy zakupie tych produktów, kiedy to do apteki zaszła bliżej mi znana osoba. Musiałam się tłumaczyć, a i tak mi nie wyszło kłamstwo, że kupuję to dla innej osoby. Na dodatek, wydaje mi się, że sprzedaż tych produktów odbywa się w sposób demonstracyjny (jakoby, proszę spojrzeć, to jest osoba z problemami nietrzymania moczu itp.) i to mnie przygnębia. Już właściwie mogłabym się i na

to zgodzić, gdyby firmy, które produkują ten produkt (bądź je dystrybuują na Polskę) mogły poświęcić więcej uwagi otaczającemu społeczeństwu (kwestia uświadomienia ludzi, że czasami nie ma innej drogi, aby normalnie żyć, jak używanie pieluch i innych produktów tego rodzaju). Wielu wciąż z tego problemu robi żarty, a na widok osoby używającej pieluchy nie przychodzi im nic innego do głowy "jak drażniący uśmiech". Czyżby?! Z jednego problemu wynika cała filozofia życia, zmierzająca do jednego, że trzeba się zgodzić jeszcze i na to. Proszę o odpowiedź.

Kamila

Red. Ze smutkiem przeczytaliśmy Pani list, ponieważ zmiana mentalności ludzi, praca nad ich świadomością to proces długi, a efekty nie dadzą odczuć się natychmiast. Na pocieszenie dodamy jednak, że coś dzieje się w tym kierunku - przykładem jest np. działalność Programu Prospołecznego NTM i Stowarzyszenia Osób Przewlekłe Chorych z Chorobami Układu Moczowego. Staramy się docierać nie tylko do osób z NTM, ale również do tych zdrowych, np. poprzez media, aby uświadomić, że NTM to poważny problem, a wstydlive traktowanie tematu (w tym również przez lekarzy!) prowadzi do zamykania się chorych samotnie ze swoim problemem. Rzeczywiście, zakup środków wchłaniających może być bardzo kłopotliwy, ale może Pani proces ten skrócić do minimum zapoznając się dobrze z ofertą firm produkujących takie wkłady. Są bardzo różne - cenowo i jeżeli chodzi o chłonność. Kiedy Pani poprosi o konkretny typ, konkretnej firmy uniknie Pani szczegółowego wypytywania przy wszystkich klientach. Na koniec chcielibyśmy przypomnieć, że w wielu przypadkach problem NTM można wyleczyć. Czy była Pani u lekarza urologa (skierowanie dostanie Pani u lekarza pierwszego kontaktu)? Czy miała Pani robione badanie pod tym kątem? Jaka jest diagnoza? Jeżeli znana jest przyczyna nietrzymania moczu, można próbować leczenia. Może dzięki leczeniu nie będzie Pani musiała już kupować pieluch? Poza tym proszę upewnić się, czy nie należy się Pani refundacja na pieluchomajtki. Decyduje o tym lekarz na podstawie wyróżnionych przez NFZ schorzeń, przy których pacjent dostaje refundację (70% refundacji na 60 sztuk miesięcznie). Życzymy powodzenia i pogody ducha!

Pod dyktando... pęcherza

Elżbieta Janikowska

Ten mokry problem

Komu to powiedzieć, komu? To pytanie Weronika zadawała sobie w kółko. I to jako pierwsze, gdy tylko dostrzegła, że spokojny i usłużny do tej pory pęcherz, ba, cały system "odwadniania" zaczyna wypowiadać swoją służbę.

Cóż? Precyzji całego systemu nie dostrzega się tak długo, jak długo pracuje on sprawnie. Ale niech no tylko zacznie w nim coś niedomagać! Na przykład, nagle okazuje się, że pęcherz moczowy zaczyna wymykać się spod naszej kontroli. Staje się to odczuwalne i ni stąd, ni zowąd, przy gwałtownym ruchu, kaszlnięciu podskoku, przy śmiechu, biegu... Jeżeli zdarzy się nam raz dwa - pół biedy, ale jeśli zaczyna się to niepokojąco często powtarzać?

Pan Władysław, owszem, sporo słyszał (i niemało widział dowcipów rysunkowych, reklam leków) o tym, że z biegiem lat, mężczyzna przestaje oddawać mocz z „siłą wodospadu”, że robi to owszem często, ale bardziej niemrawo. Toteż kiedy zaobserwował u siebie potrzebę częstego i dodajmy nagłego odwiedzania ubikacji, pomyślał: „zaczyna się”. Zaniepokoiło go jednak, że czasem ten mocz zupełnie niezależnie wypływa z cewki i dopiero, gdy na spodniach pojawia się plama, widać co się dzieje. Wpadł w popłoch. Co robić? Komu o tym powiedzieć?

"Oczka" na drodze

Tak to zazwyczaj bywa. U innych też. Najpierw rodzi się skrępowanie, potem wręcz strach, człowiek zaczyna planować swoje życie tak, by jego trasy przebiegały zawsze w pobliżu "oczka". Sprawa staje się coraz poważniejsza.

Domownicy pierwsi zaczynają coś przeczuwać, a raczej wyczuwać nosem, bo co tu kryć, nie zawsze uda się wszystkim te przekłete krople „wylapać”, wywietrzyć. A szersze otoczenie? A w pracy? A co zrobić, jeśli trzeba wyjść, pojechać autobusem. Nigdy nie wiesz czy gwałtowny podskok koła, zahamowanie nie spowoduje „wycieku”. Co zrobić, gdy podczas rozmowy z pracownikiem, z szefem to znów się pojawi?

-Tym bardziej, że - mówi dr hab Magdalena Pisarska-Krawczyk ze Szpitala Klinicznego AM w Poznaniu przy ulicy Pólnej - nietrzymanie moczu uznawane u nas wciąż jeszcze jest za swoiście wstydlive. Na nie się często cierpi, a o nim nie często się mówi. Problem jednak jest szeroki.

Kiedy, do kogo



Jednego specjalisty tu brak, bo jest to schorzenie można powiedzieć interdyscyplinarne.

Wypadałoby więc pójść do lekarza, który zechce potraktować nas holistycznie, całościowo, a nie tylko jako przypadek przeciekającego pęcherza. Jeśli dużo o nas będzie wiedział poszuka właściwej przyczyny. Bo może ich być - i jest - wiele. Tak więc dobrze byłoby najpierw porozmawiać z lekarzem pierwszego kontaktu. Tyle, że niestety nie zawsze znaczy to wejście na właściwą terapeutyczną drogę.

Nie ma co kryć - lekarz ten nierzadko nie jest stosownie przygotowany. A w ślad za pierwszą rozmową potrzebna jest właściwa diagnostyka, możliwa dzięki odpowiedniej aparaturze, porada specjalistyczna urologa, ginekologa, neurologa...

Co zrobić, zwłaszcza jeśli się mieszka z dala od miasta, a tym bardziej od specjalistycznych centrów.

Kobietom dr Pisarska zaleca wizytę u ginekologa, panom u urologa. Oni muszą najpierw wykluczyć schorzenia narządowe, możliwość nowotworu,

określić stan gruczołu krokowego. W każdym razie konieczne jest właściwa diagnostyka.

Bez zwłoki

I nie ma co zwlekać. Lepiej wcześniej, niż później. Trzeba poczuć się zaniepokojonym na tyle, by odrzucić proste tłumaczenie typu „na pewno jest to od naziębnięcia, mokrych nóg, siedzeniu na ziemi bez bawełnianych majtek...”

- Trzeba koniecznie zrobić to wtedy - podkreśla dr Pisarska - gdy odczuwamy pewien dyskomfort w tej dziedzinie, przykre parcie na mocz, a przy gwałtownych ruchach nie panujemy nad mikcją, jeżeli występują infekcje. Sprawa jest o tyle skomplikowana, że w zależności od przyczyny leczenie jest zdecydowanie różne. Żeby dobrze je poprawnie, trzeba wiedzieć.

Bo przecież przyczyną dolegliwości mogą być najogólniej biorąc zmiany w układzie nerwowym, u kobiet zaburzenia statyki (po nieprawidłowo prowadzonym porodzie, po zbyt intensywnie uprawianym sporcie, przetrzymywaniu moczu), połączenie tych czynników. Na to, żeby układ moczowy funkcjonował jak należy, składa się kilka elementów: prawidłowa droga moczowa, zdrowe i właściwie usytuowane narządy płciowe, i to co je utrzymuje w odpowiedniej pozycji, a mianowicie więzadła i mięśnie.

Tak dokładną diagnozę funkcjonowania systemu, jego poszczególnych elementów - mówi dr Magdalena Pisarska - postawić można przy pomocy badań urodynamicznych, one dają właściwie przeprowadzone i zinterpretowane możliwości dobrania właściwej terapii. W zależności od stanu, warunków i potrzeb może to być leczenie farmakologiczne (pojawiają się nowoczesne leki, fizykoterapeutyczne, psychoterapeutyczne), a w niektórych sytuacjach chirurgiczne.

W znacznej, coraz większej części przypadków medycyna zna sposoby przeciwstawienia się chorobie, lub przynajmniej złagodzenia jej skutków. Niestety, sama, bez udziału zamkniętego w swoich czterech ścianach, cierpiącego pacjenta nie robi.

A im interwencja lekarza zacznie się wcześniej - tym lepiej. U nas w Polsce, niestety, od wystąpienia pierwszych objawów do uzyskania stosownej pomocy upływa po kilka lat. Długich, pełnych zażenowania i poczucia gorszości.

Choroba pogłębia się, wywołuje dalsze komplikacje, stany zapalne, odparzenia, otarcia, o ranach psychicznych nie mówiąc. „Nicnierobienie” jest tu wyjściem najgorszym.

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



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

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



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

- Listy od pacjentów
- Mazowieckie UROSTO już działa!