

Kwartalnik **NTM**



ISSN 1733-2826

nr 3 (18) 2006
cena: 9.50 zł
(w tym 0% VAT)

NTM U SPORTOWCÓW

POTRZEBNA CIĄGŁA EDUKACJA - wywiad z prezesem PTG

Jesteśmy coraz starsi

Leczenie operacyjne - woj. kujawsko-pomorskie

Pracownie urodynamiczne na Pomorzu

Gdzie są nasze pielęgniarki?

Jak ważna jest rola pielęgniarki w opiece nad osobą niepełnosprawną lub przewlekle chorą nie muszę chyba nikogo przekonywać. Wyobraźmy sobie co się może stać gdy takiej osoby zabraknie. Większość osób odpowie, że nie wyobraża sobie takiej sytuacji, że jest ona wręcz niemożliwa. Większość naszych polityków odpowiedziałaby, iż obowiązkiem każdego zakładu opieki zdrowotnej w Polsce jest zatrudnianie odpowiedniej liczby pielęgniarek i tak musi po prostu być.

Czy tak musi być? Otóż tak powinno być w każdym normalnym i cywilizowanym kraju. Niestety, w przypadku Polski odnośnie wrażenie, że zbliżamy się w coraz szybszym tempie jeżeli nie do katastrofy to co najmniej do potężnej zapaści rynku usług zdrowotnych. Jestem przekonany, iż z każdym rokiem temat niedoboru pielęgniarek będzie coraz częściej trafiał poprzez media do opinii publicznej. Problem jest już zauważany przez coraz szersze grupy społeczne w tym również przez naszych polityków. Niestety, aby odwrócić ten trend nie wystarczą same deklaracje wygłaszane w czasie kolejnych kampanii wyborczych. Problemem jest to, iż decyzje, które mogą odwrócić ten trend niekoniecznie muszą być popularne czy też zgodne z linią danej partii.

Na co więc musimy wszyscy się przygotować? Uważam, iż czekają nas trzy możliwe scenariusze. Pierwszym jest wypełnieniem luki po wyjeżdżających pielęgniarkach obywatelami zza wschodniej granicy i utrzymanie status quo. Drugim wprowadzenie reform zmierzających do poddania usług medycznych wolnemu rynkowi. Oznacza to prywatyzację szpitali i zmianę systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Trzecim możliwym scenariuszem może być jedynie cud polegający na wzroście pobudek patriotycznych wśród środowiska pielęgniarek i decyzje o pozostaniu lub powrocie do Polski. Osobiście nie wierzę w trzeci scenariusz. Nie te czasy, nie ten kraj. Bardziej realne wydają się dwa pierwsze scenariusze. O tym, który z nich zostanie wprowadzony będzie decydował w dużej mierze przypadek. Jeżeli w krótkim czasie polskie szpitale zapelnia się personelem ze wschodu reformy raczej nie będzie. Jeżeli jednak zabraknie, jak się szacuje ok. 60 tys. pielęgniarek, a luka ta nie zostanie wypełniona przez obywateli państw byłego ZSRR, cze-

ka nas poważny kryzys, który będzie można jedynie rozwiązać wprowadzając radykalne zmiany tak jak to miało miejsce tuż po upadku komunizmu w Polsce. Szkoda tylko, że najpierw musimy coś zniszczyć zanim zdołamy coś zbudować.

Tomasz Michałek



Lepiej zapobiegać niż leczyć...

Redaktor Tomasz Michałek zaprezentował czarny scenariusz, który ma duże szanse być jeszcze gorszy. Wyjeżdżają nie tylko pielęgniarki i lekarze, ale również przedstawiciele tzw. pokrewnych zawodów medycznych - fizykoterapeuci, absolwenci biotechnologii.

Jaki to ma wpływ na opiekę nad pacjentami z nietrzymaniem moczu?

W większości krajów Unii, a także w Stanach Zjednoczonych i np. Australii istnieje zawód tzw. uroterapeutki. Są to na ogół przeszkolone pielęgniarki i fizykoterapeutki, które sprawują codzienną opiekę nad pacjentami z NTM. Pomagają dobrać produkty wchla-

niające, prowadzą zajęcia z gimnastyki mięśni dna miednicy, kontrolują postępy w treningu behawioralnym pęcherza. Innymi słowy zajmują się fizykoterapią nietrzymania moczu.

W Polsce fizykoterapia nietrzymania moczu dopiero raczkuje, w nielicznych ośrodkach prowadzone są zajęcia z rehabilitacji mięśni dna miednicy, a o regularnej poradni dla pacjentów prowadzonej przez pielęgniarkę nie słyszałem.

Niestety problem NTM jest pomijany w większości opracowań ministerialnych i rządowych.

Sytuacja z lekami na pęcherz nadreaktywny (praktycznie zupełny brak refundacji) nie wymaga komentarza. Przypomina ona rozpoczynającą się powódź (dosłownie), której istnienie po prostu neguje się. A koszty społeczne rosną...

Dr med. Piotr Radziszewski
Fellow of The European Board of Urology

Spis treści

3 (18) 2006

NTM U SPORTOWCÓW

Jak aktywność fizyczna wpływa na pojawienie się NTM J. Biegańska . . . 4

Potrzebna ciągła edukacja - wywiad z prof. M. Spaczyńskim, prezesem PTG . . . 7

Skuteczność taśm w leczeniu wysiłkowego NTM prof. T. Rechberger . . . 8

Leki wciąż ważne - wywiad z prof. T. Rechbergerem . . . 10

STARZENIE SIĘ SPOŁECZEŃSTWA

Jesteśmy coraz starsi J. Kanabrocka . . . 11

Wiedzieć jak pomagać M. Banaszak . . . 12

Przełamać tabu - wywiad z baronową Sally Greengross . . . 13

Niewiedza, wstyd i pieniądze E. Mamos . . . 14

O problemach osób z obustronnym ubytkiem słuchu

- wywiad z prof. J. Olszewskim . . . 15

Zmienić sytuację osób niepełnosprawnych J. Góralczyk . . . 16

Prace nad nowelizacją rozpoczęte

- wywiad z P. Trzcińskim, Rzecznikiem Ministra Zdrowia . . . 17

Operacje z użyciem taśm w województwie kujawsko-pomorskim . . . 18

Pracownie urodynamiczne - woj. pomorskie . . . 19

Wolny rynek bez konkurencji M. Weber . . . 20

Ranking wojewódzkich oddziałów NFZ . . . 20

LISTY . . . 22

Do Czytelników

W bieżącym numerze *Kwartalnika* pragniemy zwrócić Państwa uwagę na wpływ aktywności fizycznej na pojawienie się nietrzymania moczu. Czy problem NTM dotyczy sportowców, jakich sportów nie powinniśmy uprawiać a jakie możemy, za pomocą jakich sposobów możemy radzić sobie z NTM podczas wysiłku... Odpowiedzi na te i na inne pytania znajdziecie Państwo w artykule Justyny Biegańskiej, do którego lektury serdecznie zapraszamy.

W dniach 28-30 września b.r. w Poznaniu odbędzie się Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego i z tej okazji publikujemy wywiad z prezesem PTG, profesorem Markiem Spaczyńskim. Pacjentki wciąż wstydzą się mówić o swoich problemach i nie traktują dolegliwości NTM w kategoriach choroby. Polki, niestety, nie uświadomiły sobie jeszcze, że „zdrowie jest najbardziej wartościowym kapitałem”. Profesor Spaczyński zwraca także uwagę, iż wciąż potrzebna jest ciągła edukacja polskich kobiet.

Inny wybitny ginekolog, profesor Tomasz Rechberger, opowiada natomiast o nowościach w farmakoterapii nietrzymania moczu. Cały czas trwają badania nad nowymi lekami i - wg profesora - koncentrują się one głównie nad agonistami receptora adrenergicznego beta-3, odpowiedzialnego za utrzymywanie pęcherza moczowego w rozkurczu, a także nad niektórymi środkami opioidowymi mogącymi znaleźć zastosowanie w parciach nagłych.

W dalszej części numeru przedstawiamy wywiad z Rzecznikiem Ministerstwa Zdrowia, Pawłem Trzcińskim, w którym poruszamy problem potrzeby nowelizacji rozporządzeń regulujących zasady zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne. O tym, że zasady zaopatrzenia są dalekie od doskonałości świadczy wypowiedź pacjentów (artykuł Elżbiety Mamos) oraz komentarz Marii Weber. Problem będzie stał się coraz bardziej istotny, zwłaszcza że nasze społeczeństwo się starzeje i coraz więcej obywateli będzie zmuszonych korzystać z tej grupy wyrobów medycznych. Więcej o zjawisku starzenia się w artykułach Marty Banaszak i Joanny Kanabrockiej.

Wśród stałych pozycji naszego pisma odnalazć można tradycyjnie ranking wojewódzkich oddziałów NFZ pod względem zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, analizę operacji na wysiłkowe nietrzymanie moczu z użyciem taśm przeprowadzanych w ośrodkach szpitalnych województwa kujawsko-pomorskiego oraz wykaz pracowni urodynamicznych na terenie Pomorza. Zachęcamy również do lektury listów od pacjentów wraz z poradami naszych konsultantów medycznych. Czekamy na Państwa uwagi i pytania.

Magdalena Kowalewska

Kwartalnik NTM

Redaktor Naczelny: Tomasz Michałek

Sekretarz Redakcji: Magdalena Kowalewska

Z-ca Sekretarza Redakcji: Joanna Kanabrocka

Komitet redakcyjny:

dr med. Piotr Dobroński, dr med. Piotr Radziszewski
Klinika Urologii Akademii Medycznej w WarszawieZespół redakcyjny: Joanna Barańska,
Karolina Ciepiela, Elżbieta MamosKomentatorzy: Józef Góralczyk,
Elżbieta Szałkiewicz, Maria Weber

Zdjęcia: Dominik Skurzak

Rysunek: Dariusz Pietrzak

Dyrektor ds. produkcji: Stanisław Mazur

Opracowanie graficzne: Dariusz Bochniak

Adres redakcji:

ul. Ciołka 13, 01-445 Warszawa

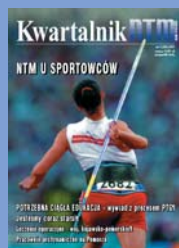
tel.: (22) 46 36 400, fax: (22) 533 62 93

e-mail: ntm@ntm.pl, magdalena.kowalewska@ntm.pl

Infolinia: 0 801 800 038

www.ntm.pl

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń oraz zastrzega sobie prawo skracania tekstów i zmiany ich tytułów.
Nakład 6000 egzemplarzy.



Program
Prospołeczny
„NTM -
Normalnie
Życie”

Wydawca:

Studio PR

Realizacja wydawnicza:

Warsaw Voice SA

Jak aktywność fizyczna wpływa na pojawienie się NTM

Justyna Biegańska



Nietrzymanie moczu u osób dorosłych jest schorzeniem, które dotyka bardzo wielu ludzi. O wielkości problemu świadczą liczby, które mówią same za siebie: w Polsce cierpi na tę kłopotliwą chorobę ok. 3 - 4 mln osób. Chorymi są i kobiety i mężczyźni, ludzie w różnym wieku, bo NTM z pewnością nie jest dolegliwością, która dotyka tylko osoby starsze. Wśród tej grupy znajdują się również byli i obecni sportowcy.

Zawodowe uprawianie sportów a NTM

Zbyt intensywne uprawianie pewnych dyscyplin sportowych może wpłynąć na pojawienie się nietrzymania moczu. Problem ten dotyczący głównie osób uprawiających sporty siłowe i wytrzymałościowe. Do tych dyscyplin zaliczamy: podnoszenie ciężarów, skoki spadochronowe, pchnięcie kulą, rzut młotem, biegi, gimnastykę artystyczną i sportową, skoki na trampolinie a nawet tenis.

Według profesora Tomasza Rechbergera z II Katedry i Kliniki Ginekologii Operacyjnej AM w Lublinie to podnoszenie ciężarów jest właśnie tą dyscypliną sportową, która musi przyczyniać się do powstania „mokrego” problemu. Dyscyplina ta jest niezwykle niebezpieczna, gdyż ze względu na swoją specyfikę związaną z ogromnym wysiłkiem fizycznym i użyciem mięśni tłoczni brzusznej ma znaczący wpływ na stan mięśni krocza. Warto też zwrócić uwagę na fakt, iż mimo powszechnej obecności kobiet w wojsku nie służą one - tylko i wyłącznie - w oddziałach powietrzno - desantowych. Dlaczego? Mianowicie taka „dyskryminacja” jest spowodowana troską o kobiety - nie mogą one zbyt często skakać ze spadochronem, gdyż uderzenia o ziemię przy lądowaniu powodują mikro-uszkodzenia, które w konsekwencji mogą doprowadzić do gubienia moczu.

Kobiety - sport - mężczyźni

Ten ostatni przykład wskazuje na fakt, iż zagrożenie nietrzymania moczu jest

znacznie większe u sportsmenek niż u sportsmenów. Jest to związane z wieloma czynnikami. Zdaniem profesora Rechbergera przyczyny częstszych zachorowań kobiet można podzielić na dwie grupy: na przyczyny anatomiczne, oraz na przyczyny wywoływane na tle neurogenym. Budowa anatomiczna dna miednicy jest zupełnie inna u kobiet niż u mężczyzn. Mięśnie dna miednicy u kobiet muszą utrzymywać ciężar narządów wewnętrznych, są także podatne na uszkodzenie w trakcie porodu. To właśnie powoduje, że panie są bardziej predysponowane do wystąpienia wysiłkowego nietrzymania moczu. Dodatkowo cewka moczowa u kobiet ma długość kilku cm, podczas gdy u mężczyzn kilkunastu. Pozostałe czynniki, które przyczyniają się do zachorowań na NTM u osób uprawiających sporty (i nie tylko) to podnoszenie różnorodnych ciężarów, długi czas stania, a nawet chodzenie - zwłaszcza na długie dystanse lub przez długi czas. Jest to czynnik zagrożenia najbardziej typowy dla chodździarzy.

Jednak problem NTM u kobiet uprawiających zawodowo sporty siłowe oraz wytrzymałościowe jest mało znany. Rzadko się go porusza, a przypadki te wpisuje się w dużo szerszy kontekst występowania nietrzymania moczu u kobiet bardzo młodych, u tych, które nie mają jeszcze za sobą przebytej ciąży. Profesor Maciej Józwik z Katedry i Kliniki Ginekologii AM w Białymstoku stwierdza: - W tej populacji, nie poddanej czynnikom ryzyka jakimi są przebieg ciąży oraz porodu drogami natury w terminie lub po terminie porodu, statystyki podają częstość występowania nietrzymania moczu na 3 do 10%.

Zdaniem profesora grupa tychże młodych kobiet obejmuje szereg różnych przypadków. Zalicza się do niej kobiety, które mają rodzinną predyspozycję do gubienia moczu, kobiety z różnymi chorobami nerwowo-mięśniowymi dotykającymi mięśni dna miednicy, jak i również sportsmenki oraz kobiety o bardzo statycznym trybie życia. Ta ostatnia kategoria kobiet odnosi się do tych pań, które nie dość, że nie uprawiają żadnej dyscypliny sportowej, to wręcz mało ruszają się w ogóle. Sprowadzając ten problem tylko do kobiet zajmujących się zawodowo sportem, przy ich niewielkiej liczbie w Polsce, należałoby stwierdzić, że rozważany tu problem dotyczy zagrożenia zdrowotnego u kilku tysięcy bardzo młodych kobiet sportsmenek oraz prawdopodobnie kilkunastu tysięcy młodych i dość młodych kobiet uprawiających wyczerpujący aerobik. Niestety, w Polsce, jak i w żadnym innym kraju, nie istnieją na ten temat ani dane precyzyjne, ani też przybliżone, co wskazuje tylko na fakt jak bardzo ten problem został pozostawiony w cieniu w porównaniu z innymi chorobami, na które cierpią ogromne rzesze ludzi.

Przyczyny NTM

Treningi ekstremalne, tak przecież charakterystyczne dla sportsmenek, często wiążą się z następstwami chorobowymi. Nawet jogging, postrzegany jako lekka dyscyplina, może okazać się szkodliwym gdy uprawiany jest za długo lub gdy uprawia go osoba ze schorzeniem serca. W największym stopniu, zdaniem profesora Józwika, to trening wytrzymałościowy powoduje nietrzymanie moczu, bądź też nasila już istniejące schorzenie. Problemy te nasilają się w wypadku treningów z elementami *bouncing*. Termin ten oznacza odbijanie się od podłoża. Zgodnie z tak opisanym charakterem wyczynu, najwyższy odsetek sportsmenek chorych na wysiłkowe NTM - aż w 80% przypadków - występuje u trampolinistek wyczynowych (dane z 2002 r.). Poza uprawianiem skoków z trampoliny, nietrzymanie moczu występowało aż u 67% sportsmenek uprawiających gimnastykę artystyczną, u 66% - koszykówkę, zaś 55% u kobiet grających w tenis (dane z 1994 r.). Bez wątpienia trening wytrzymałościowy wykonują również kobiety podnoszące ciężary, ćwiczące na siłowni, zapasniczki. Również u nich częstość gubienia moczu z pewnością jest wysoka, jednak jak dotąd nie ma badań, które mogłyby nam przybliżyć wielkość tego zjawiska w przypadku tych dyscyplin. Jednak nie wszystkie rodzaje sportów przyczyniają się do powstania NTM. Wstępne dane pokazują, że golf jest w 100% bezpieczny, a także siatkówka i pływanie, które niezależnie od ilości treningów nie powodują problemów z gubieniem moczu.

To też ma znaczenie!

Istnieją jeszcze inne czynniki, które wpływają na gubienie moczu, a o których mówi się mało bądź wcale. Jest to szereg dodatkowych czynników, na które szczególną uwagę zwrócił profesor Józwik. Po pierwsze jest to czas - u młodych sportsmenek nietrzymanie moczu jest generowane wielomiesięcznym, a czasami i nawet wieloletnim wysiłkiem ekstremalnym. Znaczenie ma także wpływ hormonów płciowych żeńskich na czynność cewki mo-

czowej. U młodych olimpijek zdarza się zanik miesiączki i - jak twierdzi prasa sportowa - może to być spowodowane przymowa-niem środków hormonalnych. Z punktu widzenia uroginekologii, każdy stan związany z niskim stężeniem estrogenów lub podwyższeniem proporcji między androgenami i estrogenami jest dla cewki kobiecej niekorzystne. Po trzecie - opisano u sportsmenek związek między niskim podbiciem stóp a gubieniem moczu. Właściwe obuwie sportowe okazuje się być ważne nie tylko dla samych nóg, ale i dla przekazu generowanych sportem sił w okolicę dna miednicy i cewki.

Wysiłkowe NTM i leczenie sportsmenek

Sport zawodowy uprawiają w przeważającej większości osoby młode i najczęściej występującą formą NTM u tej grupy ludzi jest wysiłkowe nietrzymanie moczu. Jest to ten rodzaj NTM, który generowany jest przez nadmierny wysiłek. Pozostałe typy gubienia moczu są tu zdecydowanie rzadsze. Zdaniem profesora Rechbergera najpowszechniejszą metodą leczenia wysiłkowego NTM są zabiegi chirurgiczne. Wybór padł na leczenie operacyjne nieprzypadkowo - leczenie farmakologiczne (łącznie z podawaniem toksyny botulinowej oraz leków antycholinergicznych), a także leczenie za pomocą treningów pęcherza i elektrostymulacji jest typowe dla naglącego nietrzymania moczu, występującego u sportsmenek znacznie rzadziej niż rodzaj wysiłkowy.

Warto jednak zwrócić po raz kolejny uwagę na ćwiczenia wzmacniające mięśnie dna miednicy, czyli tzw. ćwiczenia Kegla. Jak zapewniają rehabilitanci jeśli chodzi o wysiłkową formę nietrzymania moczu to te ćwiczenia z pewnością mogą zatrzymać

W Polsce na nietrzymanie moczu cierpi około 3 mln osób.



Dobrze się trzymam



Pamiętaj! Nietrzymanie moczu można leczyć!

Infolinia: 22 885 95 95

czynna od pon. do pt. w godz.: 10.00 - 18.00
(koszty połączenia ponosi dzwoniący
- opłata wg taryfy operatora)

www.dobrzebietrzymam.pl

▶ postępowanie choroby bądź sprawić, że jej objawy staną się mniej dokuczliwe dla osoby chorej. Niestety, czasami same ćwiczenia nie wystarczą i wówczas potrzebna jest pomoc w innej formie. Gdy ćwiczenia okazują się zbyt małą pomocą to wówczas należy pomyśleć o leczeniu operacyjnym (w wypadku wysiłkowego nietrzymania moczu) bądź farmakologicznym (w przypadkach innych form NTM).

Choroba a kariera

Choć w obecnej chwili poświęca się chorobie nietrzymania moczu bardzo mało uwagi to jest ona schorzeniem, którego w żadnym wypadku nie można bagatelizować. Wśród osób zawodowo uprawiających sporty siłowe oraz sporty wytrzymałościowe choroba ta ma poważne konsekwencje. Niestety jeśli dojdzie już do zachorowania to bardzo często związane jest to z koniecznością zakończenia kariery sportowej.

Według naszych rozmówców chora sportsmenka nie powinna nadal uprawiać sportów wyczynowo ze względu na własne zdrowie. Wzmógł się wysiłek fizyczny może w znacznym stopniu pogłębić problem nietrzymania moczu. Może spowodować, iż objawy towarzyszące tej dolegliwości staną się jeszcze bardziej kłopotliwe w codziennym życiu. Jednak należy też pamiętać, że sportsmenki, zwłaszcza olimpijki, to najczęściej nastolatki. Bardzo młode dziewczyny mające po 16 - 18 lat. Jak pokazują badania potrzeba średnio ok. dwóch lat bardzo intensywnych treningów aby pojawiły się pierwsze oznaki NTM, tak więc nietrzymanie moczu występuje u kobiet, które mają ok. 20 lat. W tym wieku są to już wytrawne sportsmenki, często u progu kariery. Nieczęsto zdarza się by rezygnowały one ze sportu właśnie w tym kluczowym dla ich kariery momencie. Zdarzały się jednak i takie przypadki się, gdzie z powodu narastającej ciężkości nietrzymania moczu dziewczęta rezygnowały z treningów.

Przechrzyć chorobę

Wiele trenujących dziewcząt podczas treningów stosują pensaria oraz tampony dopochwowe co znacznie zmniejsza ilość gubionego moczu. Innym prostym sposobem jest opróżnienie pęcherza przed treningiem. Nie powinno się także przedłużać przerw pomiędzy oddaniami moczu. Krótko mówiąc - nie powinno się ćwiczyć z pełnym pęcherzem. Zaś tym sportsmenkom, które z natury uprawianej dyscypliny sportowej są zmuszone stosować treningi wytrzymałościowe poleca się uprawianie jednocze-

śnie innej dyscypliny sportowej. Powinien być to jednak wysiłek, który nie promuje gubienia moczu, jak chociażby pływanie. Są to sekrety bezpiecznego sportu, które zdradza profesor Józwick.

Profilaktyka - TAK

Nietrzymanie moczu jest schorzeniem, które leczy się tak samo jak wiele innych chorób. Można również zapobiegać jego powstawaniu. Mało się mówi o tym, że dla osób cierpiących na nietrzymanie moczu ćwiczenia bywają równie skutecznym lekarstwem jak i inne środki.

Jak zgodnie zauważają rehabilitantki - Aleksandra Listkowska z Łodzi oraz Anna Łakota z Lublina - w chwili pojawienia się nietrzymania moczu ćwiczenia mogą zatrzymać postępowanie choroby, a nawet zmniejszyć dokuczliwość jej objawów. Już po pół roku systematycznych ćwiczeń można zauważyć znaczną poprawę. Kobiety są w stanie wytrzymać bez wizyty w toalecie dużo dłuższy czas niż przed rozpoczęciem ćwiczeń. Jednak takie efekty można uzyskać tylko w wypadku ćwiczeń systematycznych. Niestety, niewielu jest w Polsce lekarzy, którzy doceniają wpływ ćwiczeń i rzadko polecają je swoim pacjentom jako lekarstwo, mimo iż jest to środek na wiele schorzeń, w tym również i na nietrzymanie moczu.

Rehabilitanci zajmujący się problemem nietrzymania moczu wśród bardzo zróżnicowanej grupy wiekowej (od 20 do 75 lat) bardzo mocno zachęcają każdego do ćwiczeń. Polecają zwłaszcza podstawowe ćwiczenia ogólnorozwojowe.

Anna Łakota zwraca dużą uwagę na dwa rodzaje mięśni: na mięśnie dna miednicy oraz na mięśnie międzyżebrowe kręgosłupa, które mają również wpływ na ułożenie miednicy. Dzięki ćwiczeniom osiągamy większą kontrolę nad własnym ciałem. Dlatego ćwiczenia są bardzo skutecznym sposobem na uniknięcie problemów z gubieniem moczu teraz, a także w przyszłości. Jednak po raz kolejny podkreśla się tu systematyczność - dorywcze ćwiczenia nie są po prostu efektywne.

Aleksandra Listkowska dodaje również, że na rozpoczęcie ćwiczeń profilaktycznych, które uchronią przed gubieniem moczu nigdy nie jest ani za wcześnie, ani za późno. Ćwiczenia te poleca się bardzo gorąco młodym kobietom. Wśród tej grupy ćwiczących systematycznie, po urodzeniu dziecka problem ten nie wystąpił (!), chyba że w przypadku choroby pochodzenia neurologicznego. Zaś jeśli kobieta nie ćwiczyła to już po pierwszym porodzie powinna rozpocząć ćwiczenia dna miednicy i to niezależnie do tego, czy problem

ten wystąpił czy nie. Systematyczne ćwiczenia tych partii mięśni są ważnym elementem powrotu do zdrowia po urodzeniu dziecka.

Wnioski

Wiele dyscyplin sportowych na wiele różnych sposobów może zaszkodzić osobom zawodowo zajmującym się sportem. Należy jednak pamiętać, że ryzyko pojawienia się NTM jest bardzo zróżnicowane również pod względem płci. Ze względu na budowę anatomiczną, nawet u osób niezajmujących się wymienionymi dyscyplinami sportowymi nietrzymanie moczu, zwłaszcza wysiłkowa jego forma, jest zdecydowanie rzadsze u mężczyzn niż u kobiet. Należy również podkreślić, że ryzyko zachorowania na nietrzymanie moczu jest sprawą indywidualną. Zależy jest to zarówno od sposobu życia danej osoby, jaki i jej poziomu hormonów w organizmie i dlatego jest bardzo ciężko uogólniać ten problem.

Jednak z optymistycznego punktu widzenia sportsmenki wyczynowe mają dość dobrą prognozę na przyszłość, o czym mówi - na podstawie wyników badania retrospektywnego oceniającego jakie były losy sportsmenek po zakończeniu intensywnej kariery sportowej - profesor Józwick:

- W przypadku braku innych czynników zagrożenia u sportsmenek w starszym wieku ryzyko gubienia moczu jest bardzo zbliżone do średniego ryzyka całej populacji.

Ćwiczyć - nie ćwiczyć?

Z jednej strony zagrożenie wynikające z siłowych i wytrzymałościowych dyscyplin sportowych mogłoby skłonić niektóre osoby do zrezygnowania z ruchu fizycznego. Z drugiej zaś strony powinno się zwrócić uwagę na fakt, iż brak ruchu jest również przyczyną powstania problemów z nietrzymaniem moczu. I tak - należy pamiętać, że ograniczenie ogólnej sprawności człowieka lub długotrwałe unieruchomienie w łóżku są również przyczynami pojawienia się objawów NTM.

Dlatego proponujemy zdrowy umiar w uprawianiu dyscyplin sportowych, gdyż jest to chyba jedyny sposób na zdrowie. Codzienna, poranna gimnastyka może okazać się zbawienną, zaś ekstremalny wysiłek fizyczny przyczyną poważnych problemów. Stąd nasz apel, żeby na miarę własnych sił i potrzeb dawkować sobie samemu zbawienną dla organizmu, zdrowia i samopoczucia porcję sportu.

Potrzebna ciągła edukacja



Arch. PTG

Z prof. dr. hab. Markiem Spaczyńskim, prezesem Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, rozmawia Marta Banaszak

Problem nietrzymania moczu jest nadal w Polsce tematem wstydlwym. Czy mimo tego Polki zaczynają mówić o tym schorzeniu z większą otwartością?

Niestety nie. W rozmowach z pacjentkami widoczny jest wciąż opór przed podejmowaniem przez nie tematów związanych z wybranymi schorzeniami. Nie dotyczy to jednak wyłącznie problemu nietrzymania moczu. Podobnie jest z innymi chorobami układu moczowo-płciowego. Oprócz jednak problemu nieśmiałości, mamy wciąż do czynienia z niskim stopniem świadomości.

Czyli pacjentki nie tylko wstydzą się mówić o swoich problemach, ale również nie potrafią ich traktować w kategoriach choroby.

Dokładnie tak. Potwierdzeniem tego jest sam fakt, jak niewielki procent kobiet zgłasza się do gabinetów lekarskich, w tym

również ginekologicznych, na kontrolne badania i jak niewielki procent Polek bierze udział w różnego rodzaju akcjach profilaktycznych. Niestety, pacjentki nie uświadomiły sobie jeszcze, że zdrowie jest najbardziej wartościowym kapitałem. Dlatego też potrzebna jest ciągła edukacja Polek, podnoszenia ich świadomości.

Czy winę w tym względzie ponoszą wyłącznie pacjentki? Zdarza się często, że ze swoim problemem pozostają same ze sobą, nie wiedząc do kogo się zgłosić, gdzie szukać pomocy. Taki los często dotyczy właśnie kobiet cierpiących z powodu nietrzymania moczu.

Problem nietrzymania moczu jest stosunkowo młodym zagadnieniem w polskiej medycynie. Dwadzieścia lat temu nikt nie uznawał tego schorzenia za problem medyczny, wymagający podjęcia odpowiedniej diagnostyki i leczenia. A przecież część kobiet i mężczyzn z tym problemem żyła, tak jak obecnie. Gdziekolwiek osoby te wychodziły z domu, były skazane poruszać się szlakiem toalet. Lekarze stają się coraz bardziej świadomi problemu nietrzymania moczu, a zwłaszcza sposobu leczenia. Prawdą jest, że w Polsce brakuje poradni, które kompleksowo zajmowałyby się nietrzymaniem moczu. Musi się to jednak zmienić. Społeczeństwo starzeje się, a my jako lekarze powinniśmy przygotowywać się do następstw tego procesu.

Oznacza to, że problem nietrzymania moczu dotyczy wyłącznie osób starszych?

Nie. Problem nietrzymania moczu spotykany jest niekiedy u młodych kobiet po porodach, operacjach ginekologicznych. Z wiekiem jednak zwiększa się ryzyko wystąpienia objawów schorzenia. Wynika to między innymi z tego, że w organizmie ubywa kolagenu, a tym samym zmniejsza się zdolność tkanek do obkurczania się. Proces ten zachodzi we wszystkich układach, w tym również moczowo-płciowym. Zmiany czynnościowe prowadzą do uczucia ciągłego parcia lub zalegania moczu

w pęcherzu. To z kolei stanowi bardzo dobrą pożywkę dla bakterii, a w konsekwencji rozwoju infekcji, najpierw górnych dróg moczowych, a później nawet i nerek.

Czy objawy nietrzymania moczu trzeba więc traktować jako wyrok?

Niezależnie od wieku, każde pokolenie chce podnosić jakość swojego życia. Nie można się temu dziwić, zwłaszcza będąc świadkiem ogromnego postępu jaki obserwujemy obecnie w medycynie. Oczywiście nie oznacza to, że z każdym problemem zdrowotnym jesteśmy w stanie stoczyć wygraną bitwę. Tam gdzie jest to jednak możliwe - trzeba próbować i się nie poddawać. Dlatego też jeśli pojawiają się pierwsze niepokojące objawy nieprawidłowego oddawania moczu, trzeba zgłosić się do specjalisty. Nie należy ich jednak traktować jako wyroku.

Jakie objawy powinny zaniepokoić?

Zbyt częste oddawanie moczu, nieodpowiednia jego ilość, konieczność przerywania snu w nocy, czy też popuszczanie, uczucia parcia. Proces diagnostyczny należy rozpocząć od badania ginekologicznego z wymazem, a następnie, jeśli będzie to konieczne - przeprowadzić badanie urodynamiczne. Pozwoli ono ustalić przyczynę zaburzeń oddawania moczu i określić dalsze postępowanie terapeutyczne. Wybór metody leczenia musi być poparty dokładną diagnostyką. Bez niej można bardziej zaszkodzić niż pomóc pacjentce i trudno wówczas mówić o skuteczności leczenia nietrzymania moczu. Dotyczy to przede wszystkim leczenia operacyjnego.

Czy każdy ginekolog jest przygotowany do tego, aby pomóc pacjentce zgłaszającej się do niego z problemem nietrzymania moczu?

Na pewno nie każdy. Pocieszającym jest jednak fakt, że coraz więcej ginekologów interesuje się tym tematem i potrafi mu zaradzić. Z jednej strony więcej mówi się na temat nietrzymania moczu, z drugiej lekarze mają świadomość, że będą zgłaszać się do nich coraz starsze osoby. Długość życia Polek osiąga obecnie średnio od 78 do 80 lat. Specjaliści muszą więc być przygotowani do podejmowania leczenia, w tym także operacyjnego, różnych schorzeń, które dotąd nie były tak powszechne.

Dziękuję za rozmowę.

Skuteczność taśm w leczeniu wysiłkowego NTM

Prof. dr hab. Tomasz Rechberger

Kierownik II Katedry i Kliniki Ginekologii AM w Lublinie

Wysiłkowe nietrzymanie moczu, ze względu na częstość występowania uważane jest za zdrowotny problem społeczny. Negatywny wpływ na wszystkie aspekty codziennego życia, zarówno zawodowego jak też rodzinnego, powoduje, że ciągle trwają poszukiwania jak najbardziej efektywnych, a jednocześnie prostych metod leczenia tej uciążliwej dolegliwości. Aktualnie obowiązujący uproszczony algorytm postępowania u pacjentek cierpiących na wysiłkowe NTM obejmuje leczenie zachowawcze (ćwiczenia mięśni dna miednicy w skojarzeniu z miejscowym stosowaniem terapii estrogenowej), leczenie farmakologiczne (duloksetyna, niedostępna w Polsce w sprzedaży) i wreszcie postępowanie operacyjne.

Pomimo istnienia różnych opcji terapeutycznych minimalna inwazyjność i wysoka skuteczność nowoczesnych technik chirurgicznych powoduje, że aktualnie w zdecydowanej większości przypadków jest to technika z wyboru w leczeniu (szczególnie cięższych klinicznie postaci) wysiłkowego NTM u kobiet. Przez wiele lat kolposuspensja sposobem Burcha pozostawała złotym standardem w chirurgicznym leczeniu wysiłkowego NTM. Była i jest to metoda u ustalonej wysokiej, sięgającej prawie 90% skuteczności, ale dość trudna technicznie i wymagająca dość długiej krzywej uczenia. Wprowadzenie techniki slingu załonowego stanowiło rewolucję w leczeniu wysiłkowego NTM u kobiet. Niezwykła prostota zabiegu, krótka krzywa uczenia i przede wszystkim praktycznie brak technicznych możliwości modyfikacji techniki oryginalnej powodowały, że niezależnie od ośrodka wyniki były porównywalne. Kolejnym krokiem milowym, pozwalającym na dalszą redukcję powikłań okołozabiegowych było wprowadzenie techniki wprowadzania taśmy polipropylenowej pod środkowy odcinek cewki moczowej przez otwory zasłonięte. Porównanie aspektów technicznych obu technik przedstawiono w tabeli.

Meschia i wsp. w badaniu wielośrodkowym porównali efektywność kliniczną dwóch powszechnie stosowanych, także w Polsce, metod operacyjnego leczenia wysiłkowego NTM, a mianowicieTVT i IVS-02, a więc technik leczących wysiłkowe NTM poprzez załonowe wprowadzanie taśmy. Generalnie obie techniki chirurgiczne prawie się nie różnią, zaś jedynie istotną różnicą jest rodzaj taśmy polipropylenowej wprowadzanej pod cewkę moczową - w przypadkuTVT jest to taśma monofilamentowa (typ I), zaś przy IVS-02 taśma multifilamentowa (typ III), przy

czym istotna różnica dotyczy tutaj elastyczności taśmy oraz średnicy przestrzeni pomiędzy włóknami polipropylenu.

W badaniu przeanalizowano efektywność obu metod u 190 pacjentek z potwierdzonym urodynamicznie wysiłkowym NTM - po 95 pacjentek w każdej grupie. W obu grupach stwierdzono po 3 perforacje pęcherza, oraz 1 krwiak załonowy w grupieTVT, w porównaniu do 3 w grupieIVS. W grupieIVS czas powrotu normalnej mikcji był nieco krótszy i wynosił $1,1 \pm 1,4$ dnia w porównaniu do $1,6 \pm 1,4$ dnia w grupieTVT, ale nie miało to istotnego znaczenia klinicznego. Po dwóch latach obserwacji dokonano oceny efektywności zabiegu u 92 kobiet w grupieTVT i 87 kobiet w grupieIVS i nie stwierdzono istotnych różnic ani w subiektywnej (87% vs 78%) ani w obiektywnej (test kaszlowy i test podpaskowy - 85% vs 72%) ocenie skuteczności leczenia. Na uwagę zasługuje jednak fakt, że w analizowanej grupie u 8 (9%) pacjentek w grupieIVS stwierdzono infekcję i erozję implantowanej taśmy, a grupieTVT nie odnotowano takich powikłań.

Pomimo, że ciągle jeszcze na świecie pod względem ilości przeprowadzanych zabiegów dominującą techniką jest technika załonowa, to coraz większe zainteresowanie dotyczy taśm zakładanych drogą przezasłoniową, ze względu na łatwość techniczną zabiegu oraz minimalizację powikłań śródoperacyjnych. Neuman porównał efektywność kliniczną technikiTVT iTVT-O w grupie 150 pacjentek

(po 75 w każdej grupie) z udokumentowanym wysiłkowym NTM. W grupieTVT-O nie wykonywano rutynowej cystoskopii, ani nie stosowano pooperacyjnej katetyzacji pęcherza moczowego. Ponadto, w grupie tej nie stwierdzono powikłań takich jak perforacja ściany pęcherza moczowego (8% w grupieTVT), krwawień śródoperacyjnych (4% w grupieTVT), trudności z opróżnianiem pęcherza moczowego (5% w grupieTVT), infekcji pola operacyjnego (2,7% w grupieTVT) czy wreszcie pooperacyjnych zaburzeń statyki przedniej ściany pochwy (1,3% w grupieTVT). Krzywa uczenia była w obu analizowanych grupach taka sama, a odsetek całkowitych wyleczeń wynoszący powyżej 90% nie różnił się w obu analizowanych grupach. Przedstawione dane pozwalają na konkluzję, że technikaTVT-O pozwala na utrzymanie wysokiej efektywności terapeutycznej technikiTVT, przy znacznej redukcji powikłań śród- i pooperacyjnych.

Reasumując należy stwierdzić, że technika zakładania slingu pod środkową część cewki moczowej u kobiet przez otwory zasłonięte stanowi wysoce efektywną (porównywalną do slingów załonowych) metodę leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu, która dodatkowo zmniejsza prawdopodobieństwo uszkodzenia pęcherza moczowego i eliminuje konieczność rutynowego wykonywania cystoskopii, niezbędnej przy klasycznym slingu załonowym.

Porównanie technik slingu załonowego i przezasłoniowego

	Sling załonowy TVT, IVS-02	Sling przezasłoniowy TVT-O, IVS-04
Leczenie WNM i MNN	tak	tak
Znieczulenie ogólne bądź miejscowe	tak	tak
Możliwość perforacji pęcherza moczowego	tak	sporadycznie
Możliwość uszkodzenia naczyń biodrowych	tak	nie
Możliwość uszkodzenia jelit	sporadycznie	nie
Możliwość powstania krwiaka załonowego	tak	sporadycznie
Możliwość powstania de novo OAB	tak	tak
Konieczność cystoskopowej kontroli pęcherza	tak - rutynowo	nie
Czas trwania zabiegu	20-30 min.	10-15 min
Infekcja i erozja taśmy	tak (<1-2%)	tak (<1-2%)

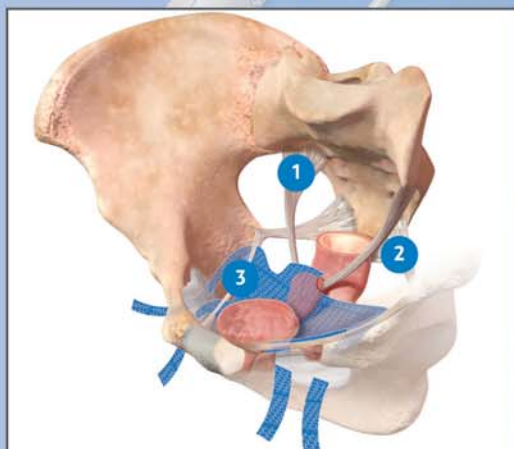
Źródło: opracowanie autora

Gynecare PROLIFT*

Systemy rekonstrukcji dna miednicy

Optymalna technika umożliwiającą dostęp do kluczowych punktów anatomicznych

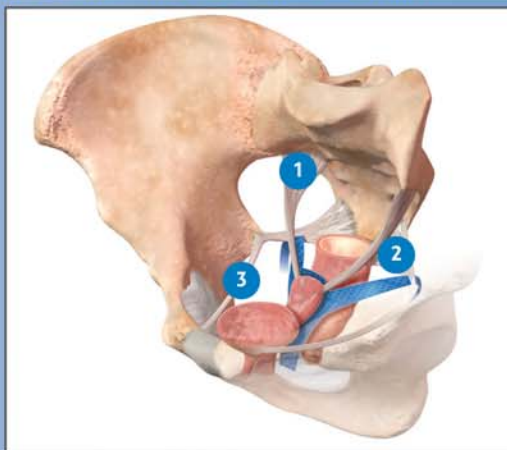
Położenie siatki do rekonstrukcji przedniej



Dwa pasy siatki umieszczone są – poprzez otwór zasłonowy – na łuku ścięgnistym powięzi miednicy

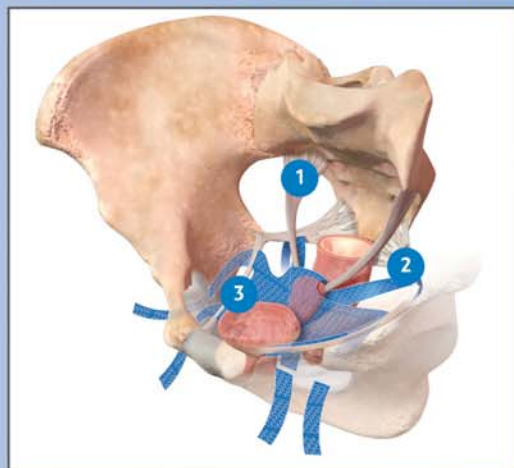
- 1 Węzadło krzyżowo-maciczne
- 2 Węzadło krzyżowo-kolcowe
- 3 Łuk ścięgnisty powięzi miedniczej

Położenie siatki do rekonstrukcji tylnej



Jeden pas siatki przeprowadzony został przez więzadło krzyżowo-kolcowe

Położenie siatki do rekonstrukcji całkowitej



Połączenie elementów rekonstrukcji przedniej i tylnej

Innowacyjny kształt wszczepianej siatki oraz jej rozmiar zapewniają optymalne pokrycie ubytku

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

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

*Znak handlowy

Leki wciąż ważne

Z prof. dr. hab. Tomaszem Rechbergerem, Przewodniczącym Sekcji Uroinekologii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego rozmawiają Magdalena Kowalewska oraz Tomasz Michałek

Panie Profesorze, kiedy należy stosować środki farmakologiczne w leczeniu nietrzymania moczu?

W typowych postaciach klinicznych nietrzymania moczu nie stosuje się samych leków, ale również sięga się po inne formy terapii. Leczenie farmakologiczne dominuje przy tzw. nagłym NTM, którego podstawą są niekontrolowane skurcze mięśnia wypieracza. Tutaj stosowane są preparaty antycholinergiczne blokujące receptory muskarynowe. U części pacjentów, która nie reaguje na wcześniej podane leki, można stosować terapię odnervienia pęcherza. Dość popularną substancją obecnie stosowaną w takich przypadkach jest toksyna botulinowa.

Jak Pan ze swojej praktyki ocenia skuteczność farmakoterapii?

W leczeniu nagłego typu NTM skuteczność farmakoterapii jest dość duża, ale mimo wszystko to nie jest to czego - my lekarze i sami pacjenci - oczekiwaliśmy od leków. Mimo ogromnego postępu leczenia nietrzymania moczu główny sposób farmakoterapii nagłego pęcherza to blokowanie receptorów muskarynowych. Receptory te, oprócz ściany pęcherza zlokalizowane są również w innych częściach organizmu, np. w śliniankach, układzie pokarmowym. Stąd biorą się objawy uboczne działania leków antymuskarynowych takie jak suchość w jamie ustnej, zaparcia czy zawroty głowy.

Na dzień dzisiejszy skuteczność antycholinergików sięga 85%, jednak nie wszyscy pacjenci mogą nimi być leczeni z uwagi na nasilenie objawów niepożądanych. Ok. 50% pacjentów uważa, że efekt działania leków jest daleki od doskonałości. Dla nowej generacji są drogie, a terapię trzeba stale kontynuować. Stąd większość pacjentów korzysta z oksybutyny, która jest najtańsza, ale ma skutki uboczne.

Środki farmakologiczne nie leczą nietrzymania moczu tylko łagodzą jego objawy. Kiedy chory przestaje je zażywać, dolegliwość NTM nasila się. Dlatego często pacjenci zniechęcają się do farmakoterapii i wybierają stosowanie środków wchłaniających.

W Polsce leki na NTM nie są objęte refundacją, z wyjątkiem oksybutyny refundowanej w 70% przy stwardnieniu rozsianym (SM). Jak Pan ocenia tę sytuację na tle innych krajów europejskich?

W większości krajów europejskich leki antycholinergiczne są refundowane. W Niemczech pacjent za solifenacynę płaci 1 euro. Koszty zakupu tego leku są tam niewielkie, a chorzy otrzymują konkretne korzyści z leczenia.

W Polsce, niestety, leki na NTM nie są objęte refundacją, z wyjątkiem przypadków współwystępowania stwardnienia rozsianego. Mam nadzieję, że w przyszłości uda się uruchomić właściwe programy lekowe adresowane do odpowiednich grup chorych, tak jak to ma miejsce w przypadku SM. Na przykład ok. 80% pacjentek po przebytej radioterapii nowotworów narządu rodowego odczuwa problemy związane z nietrzymaniem moczu i właśnie one powinny brać odpowiednie leki. Myślę jednak, że w terapii długoterminowej dla chorych z NTM programy lekowe będą raczej w Polsce nieosiągalne.

To bardzo pesymistyczna wizja... Co w takim razie pozostaje pacjentom, których nie stać na nowoczesne leki leczące NTM?

Dostosowanie się do tej sytuacji. Terapię behawioralną, zmianę trybu życia, ograniczenie płynów, czy używanie środków wchłaniających mogą złagodzić objawy nietrzymania moczu. Oczywiście nie wszyscy chorzy mogą się przystosować.

U niektórych pacjentów - np. z dolegliwościami typu neurologicznego - zmiana trybu życia może być niemożliwa, bo tacy chorzy często nie są samodzielni. Podobnie trudną sytuację mają osoby z przetokami czy po naswietlaniach, ponieważ powinny odczekać rok do właściwej operacji na NTM. Dla takiego pacjenta, który ma poczucie, że non stop się z niego „leje”, to prawdziwy dramat. Może on korzystać z refundowanych środków wchłaniających, ale ilość 60 pieluch na miesiąc i tak nie wystarczy. I tworzy się tzw. błędne koło. Niestety, kosztem chorych.

Dodatkowo w Polsce powoli zaczyna narastać problem pacjentów geriatrycznych, na co jesteśmy kompletnie nieprzygotowani. Mimo dokonującego się postępu leczenia NTM, za 10-15 lat w wyniku starzenia się społeczeństwa problem nietrzymania moczu będzie jeszcze większy niż obecnie.

Czy farmakologia w terapii NTM może nas jeszcze czymś zaskoczyć? Czy w niedługim czasie mają się pojawić nowe leki?



Obecnie jedynie preparaty antycholinergiczne (oksybutyna, tolterodyna, trospium, solifenacyna oraz darifenacyna) oraz zmniejszająca wydzielanie moczu desmopresyna posiadają stopień referencyjności IA, tzn. mają udowodnione istotne działanie kliniczne. W przypadku pierwszej grupy chyba już więcej, z klinicznego punktu widzenia, nie da się uzyskać - solifenacyna plasuje się blisko ideału.

Cały czas trwają jednak badania nad nowymi lekami. Jest sprawą oczywistą, że w terapii NTM główny nacisk kładzie się na kontrolę ośrodkowego układu nerwowego. Jest cały szereg neurotransmiterów biorących udział w kontrolowaniu mikcji. Na przykład gaba-pentyna, środek farmakologiczny stosowany w leczeniu padaczki - tutaj zasadnicza linia terapii polega na blokowaniu sygnałów z mózgu do pęcherza.

W jakim kierunku podąża farmakoterapia NTM? Myślę, że w kierunku badań nad agonistami receptora beta-3, odpowiedzialnego za relaksację pęcherza moczowego, a także nad niektórymi środkami opioiowymi (np. tramadol) mogącymi znaleźć zastosowanie w parciach nagłych. No i nie zapominajmy o toksynie botulinowej, która staje się coraz bardziej popularna wraz ze wzrastającą ilością informacji klinicznych, dotyczących jej skuteczności terapeutycznej.

Czego życzy Pan pacjentom cierpiącym na NTM?

Po prostu - żeby nie mieli tej dolegliwości. A precyzując to życzę wszystkim pacjentom takich regulacji prawnych, aby umożliwiała chorym szerszy dostęp do nowoczesnych form terapii. Obecnie dla 90% pacjentów są one nieosiągalne z przyczyn finansowych. Gdyby Narodowy Fundusz Zdrowia stać było na przeznaczenie odpowiedniej puli pieniędzy na farmakoterapię NTM, osoby rzeczywiście cierpiące na tę dolegliwość miałyby łatwiejszy dostęp do leków.

Dziękujemy za rozmowę.

Jesteśmy coraz starsi

Joanna Kanabrocka

Jeszcze nie tak dawno większość ludzi nie dożywała podeszłego wieku. Umierali na skutek różnych chorób, czy odniesionych ran na długo przedtem, zanim otepląły ich zmysły, a narządy zaczęły zawodzić. Dziś, dzięki lepszym warunkom egzystencji oraz rozwiniętej medycynie średnia długość życia zdecydowanie się wydłużyła. Jednocześnie od kilkunastu lat drastycznie zmniejsza się liczba narodzin. W porównaniu do początku lat 80-tych liczba ta zmniejszyła się o ponad połowę. Dziś na statystyczną rodzinę przypada 1,3 dziecka, a zatem pokolenie dzieci nie odtwarza pokolenia rodziców. Systematycznie zwiększająca się liczba osób powyżej 65 roku życia i malejąca liczba ludzi młodych, którzy nie ukończyli jeszcze 18 roku życia prowadzi do starzenia się społeczeństwa.

Starzenie się społeczeństwa jest procesem, którego doświadczają w różnym stopniu wszystkie kraje. Specjaliści szacują, że w 2050 roku liczba osób, które przekroczą 60 rok życia wzrośnie z 600 milionów (obecnie) do 2 miliardów, zaś w 2100 osób w podeszłym wieku będą aż 3 miliardy. Oznacza to, że w wielu krajach seniorzy będą stanowili jedną trzecią całego społeczeństwa (teraz osoby starsze to jedna dziesiąta populacji). Społeczeństwa zachodnie starzeją się już od ponad ćwierć wieku. W Polsce ujemny przyrost naturalny po raz pierwszy zanotowano w 1999 roku. A zatem nasz kraj dopiero staje przed tym problemem.

Mimo, iż inne, bogatsze kraje są trochę od nas starsze, to sytuacja Polski jest szczególnie trudna. Kraje Europy Zachodniej posiadają większy majątek, dzięki czemu mogą zapewnić osobom starszym godziwe warunki egzystencji. Społeczeństwo polskie jest biedne, nie dysponuje oszczędnościami i nie jest w stanie utrzymać emerytów i rencistów na przyzwoitym poziomie życia. Zgodnie z Powszechną Deklaracją Praw Człowieka (ONZ 1948, art. XXV.1) każdy człowiek powinien mieć zapewnione zdrowie i dobrobyt. Dotyczy to m.in. żywienia, odzieży, mieszkania, opieki lekarskiej i koniecznych świadczeń socjalnych. To instytucje rządowe odpowiedzialne są za sytuację osób starszych. Państwo zobowiązane jest do zapewnienia osobom w podeszłym wieku godziwych warunków życia. Systemy ekonomiczne i społeczne powinny zostać przystosowane do radzenia sobie ze skutkami procesu starzenia się społeczeństwa.

Kto zarobi na emeryturę?

Ekonomiści twierdzą, że starzenie się polskiego społeczeństwa jest największym zagrożeniem ekonomicznej przyszłości naszego kraju. Wzrost liczby osób w podeszłym wieku spowoduje bowiem załamanie się systemu emerytalnego. Ludzie młodzi, zdolni do pracy nie będą w stanie utrzymać tak ogromnej rzeszy emerytów i rencistów. W 1990 roku sto pracujących osób utrzymywało 13,74 ludzi starszych. W roku 2000, ta sama liczba pracujących musiała utrzymać 15,6 seniorów. Liczba ta wzrosła do 48,49 w roku 2050. Wydatki funduszu emerytalnego gwałtownie wzrosną, zabraknie natomiast osób, które będą w stanie ów fundusz wypracować. Już dziś świadczenia emerytalne są bardzo skromne, a wzrost liczby emerytów, przy spadku ilości pracowników, spowoduje drastyczne obniżenie świadczeń emerytalnych albo gwałtowne podniesienie podatków.

Skoło żyjemy dłużej, to dłużej powinniśmy także pracować, aby zaoszczędzić środki na emeryturę. Tymczasem w Polsce obserwujemy tendencję do skracania okresu aktywności zawodowej oraz wydłużania okresu emerytalnego. Wysyłanie pracowników na wcześniejszą emeryturę jest zjawiskiem powszechnie spotykanym. Pracodawcy zamiast pomóc osobom starszym w przystosowaniu się do wymogów nowoczesnych firm, poprzez zapewnienie im ciągłych szkoleń, wybierają łatwiejsze dla nich rozwiązanie - zwolnienie.

Rozpatrując względy ekonomiczne starzenia się społeczeństwa należy również zwrócić uwagę na to, że wraz ze wzrostem liczby osób w wieku emerytalnym wzrastają również inne wydatki, np. na opiekę zdrowotną, czy ośrodki pomocy społecznej. Starzenie się społeczeństwa wymaga stworzenia odpowiednich systemów opieki zdrowotnej i pomocy socjalnej. Zwiększająca się liczba osób starszych i chorych wymaga zwiększenia liczby miejsc w przychodniach zdrowia, szpitalach, domach pomocy społecznej i innych ośrodkach socjalnych.

Nie tylko ekonomia

„Godziwe warunki życia“ to nie tylko kwestia ekonomiczna, ale także społecz-

na. Zapewnienie osobom starszym odpowiednich warunków materialnych i opieki to za mało, seniorzy mają również potrzeby wyższego rzędu. Ludzie starsi często czują się osamotnieni i mają niskie poczucie własnej wartości. Do zadań państwa należy stworzenie osobom w podeszłym wieku odpowiednich warunków do pełnego uczestnictwa w różnych sferach życia społecznego. Badania wykazują, że ludzie na starość wycofują się z aktywnego życia, ograniczając się jedynie do grona rodzinnego i telewizji. Dlatego należy dążyć do zwiększenia aktywizacji osób starszych poprzez tworzenie różnych instytucji społeczno-kulturalnych. Szerokie możliwości dają w tym względzie kluby seniora. To właśnie tam ludzie starsi i samotni wśród rówieśników mogą znaleźć ciepło, przyjaźń i sens życia. Kluby seniora organizują różnego rodzaju spotkania, uroczystości, wycieczki i imprezy kulturalne. Instytucjami, które wspomagają rozwijanie zainteresowań oraz dokształcanie osób starszych są Uniwersytety III wieku. Prowadzą one działalność dydaktyczną, kulturalno-rekreacyjną, organizują również liczne warsztaty szkoleniowe. Państwo powinno dbać o to, aby tego rodzaju ośrodków było jak najwięcej.

Starość to nie katastrofa

W dzisiejszych czasach kultu młodości ludzie starsi spychani są na margines życia społecznego. Osoby w podeszłym wieku jako zbiorowość są izolowane i stopniowo eliminowane z życia publicznego w momencie przekroczenia granicy wieku emerytalnego. Dlatego musimy zachęcać osoby starsze do aktywnego udziału w życiu społeczeństwa i większej integracji z nim. Starość nie jest przecież katastrofą, to normalny stan, do którego musimy się przyzwyczaić. Bardzo ważna jest zmiana nastawienia społeczeństwa do osób starszych. Postrzeganie starości musi ulec zmianie poprzez promowanie pozytywnego jej wizerunku. Starzenie się społeczeństwa to proces nieunikniony, dlatego musimy dążyć do stworzenia społeczeństwa przyjaznego ludziom w każdym wieku.

Wiedzieć jak pomagać

Marta Banaszak

Każdy pacjent ma prawo być informowany o możliwości wyboru sposobu radzenia sobie z problemem nietrzymania moczu - twierdzą jednogłośnie specjaliści. Niestety rzeczywistość jest inna. Wiedza na ten temat są zarówno wśród pracowników ochrony zdrowia i pomocy społecznej, jak i osób z najbliższego otoczenia pacjenta jest wciąż niewystarczająca.

Informacje na temat sposobów radzenia sobie z problemem nietrzymania moczu są istotne nie tylko ze względów medycznych, ale również społecznych i ekonomicznych.

- Jeśli środki pomocnicze dla osób dotkniętych problemem nietrzymania moczu

nie będą dla nich dostępne, nakłady na pomoc społeczną okazały się znacznie wyższe, a jakość życia pacjentów obniżyła się - twierdzi profesor Ian Milson, z Kliniki Położnictwa i Ginekologii Sahlgrenska Academy w Göteborgu. - Nietrzymanie moczu jest schorzeniem, które w wielu przypadkach jest nierozpoznane. Pacjenci, którzy nie wiedzą, że nietrzymanie moczu można i trzeba leczyć po prostu nie zgłaszają swojego problemu lekarzowi. Z drugiej strony niewielu lekarzy przeprowadza aktywną diagnostykę w kierunku nietrzymania moczu.

Potrzebna integracja

Niesienie efektywnego wsparcia osobom doświadczającym problemu związanego z nietrzymaniem moczu wymaga integracji środowiska medycznego i pomocy społecznej. Ze względu na nieuchronny proces starzenia się społeczeństw, wspomniana integracja powinna dotyczyć zwłaszcza tworzenia systemu pomocy i opieki długoterminowej.

- Z jednej strony mamy do czynienia ze znaczącym wzrostem odsetka osób starszych, a tym samym potencjalnych pacjentów, a z drugiej obserwujemy postęp medycyny, która przynosi coraz to bardziej efektywne możliwości poprawy jakości życia - wyjaśnia Kai Leichsenring, koordynator badań PROCARE. - Stąd też konieczność stworzenia w Europie zintegrowanego systemu opieki długoterminowej.

Zdaniem specjalistów, w krajach europejskich brakuje jednego konkretnego podmiotu, który odpowiadałby za organizację, a także finansowanie opieki długoterminowej. W konsekwencji prowadzi to do rozproszenia odpowiedzialności za pomoc osobom dotkniętym chorobą.

- Związek między decydentami a ich podejściem do opieki nad osobami starszymi jest bardzo niewielki - twierdzi Kai Leichsenring. - Powinna istnieć lepsza sieć komunikacyjna między głównymi organizatorami opieki społeczno-medycznej, specjalistami i politykami. Być może warto zastanowić się nad stworzeniem lokalnych i regionalnych forów, które ułatwiłyby wymianę koncepcji oraz metod adaptacji nowych strategicznych celów.

Wsparcie rodziny

Okazuje się, że oprócz instytucji społeczno-medycznych, do najbardziej istotnych komponentów tworzących zintegrowany system opieki długoterminowej zaliczana jest również rodzina. Taką tezę potwierdza między innymi profesor Emily Grundy z Londyńskiej Szkoły Higieny i Medycyny Tropikalnej. Na podstawie swoich badań na temat zmian demograficznych pokazała, że wbrew powszechnej opinii, placówki instytucjonalnej opieki nad osobami starszymi zostaną stopniowo zastępowane w kolejnych 20-30 latach przez pomoc ze strony rodziny.

- Wymaga to jednak zmiany wizerunku procesu starzenia - tłumaczy Emily Grundy. - Pozytywne aspekty starzenia się nie są doceniane, a raczej traktowane jako problem.

- Myśląc o osobach starszych, mamy przed oczami ludzi, którzy tylko siedzą i sztydelkują, a tak naprawdę to im zawdzięczamy wszystkie zmiany w społeczeństwie - dodaje baronowa Sally Greengross. - Ludzi starszych powinno się więc szanować i stawiać czoła wyzwaniom, a nie mówić jedynie o ciężarze procesu starzenia się.

Warunkiem osiągnięcia takiego celu jest rzetelne informowanie i edukowanie społeczeństwa w zakresie między innymi potrzeb, oczekiwań, ale i również problemów natury społecznej, ekonomicznej i przede wszystkim zdrowotnej osób starszych. Dzięki temu młodsze pokolenia będą z jednej strony w stanie efektywnie pomagać osobom starszym, a z drugiej świadomie siebie przygotowywać do tego etapu życia.

Aby tak się stało, konieczne jest przełamanie pewnych barier w mówieniu o wybranych zagadnieniach przypisywanych osobom starszym. Wśród nich znajduje się między innymi temat nietrzymania moczu, stanowiący wciąż w publicznych dyskusjach temat tabu.

- Jest to niezwykle istotna kwestia, jeżeli chcemy złagodzić presję wywieraną na starzejącą się populację, jednostki, rodziny i społeczeństwo jako całość - dodaje baronowa Sally Greengross. - Dlatego trzeba jak najwięcej mówić o tym problemie i pokazywać sposoby radzenia sobie z nim.

** Osoby wypowiadające się w tekście wzięły udział w seminarium zorganizowanym w Londynie, w marcu tego roku, pod hasłem „Barometr starzenia się”. Gospodarzem spotkania była firma SCA, światowy lider wśród innowacyjnych produktów dla osób mających problemy z pęcherzem lub nietrzymaniem moczu.*



Przełamać tabu

Z baronową Sally Greengross o trudnościach w mówieniu o problemie nietrzymania moczu, rozmawia Marta Banaszak



Marta Banaszak

Baronowa Sally Greengross jest przewodniczącą Międzynarodowego Centrum Długowieczności (International Longevity Centre), współprzewodniczącą Brytyjskiej Ligii dla Zdrowia (UK Alliance for Health), przewodniczącą Grupy Parlamentarnej na Rzecz Społecznej Odpowiedzialności Przedsiębiorstw (All Party Parliamentary Group on Corporate Social Responsibility), doradcą w Merck Instytucie Starzenia się i Zdrowia (Merck Institute of Ageing and Health), wiceprezesem Age Concern England, członkiem Zarządu HelpAge International.

Pewne dolegliwości zdrowotne wciąż stanowią dla pacjentów tabu. O ile coraz odważniej chorzy mówią o walce z rakiem, o tyle problem nietrzymania moczu w rozmowie wywołuje nadal zakłopotanie. Dlaczego?

Kwestia ukrywania pewnych problemów zdrowotnych ma swoje uzasadnienie w mentalności pacjentów, zwłaszcza gdy są nimi ludzie starsi. Nietrzymanie moczu po-

woduje, że takie osoby czują się jak dzieci. One również przez pewien okres życia doświadczają podobnych objawów i mają negatywne doświadczenia z nimi związane.

Każdy z nas był kiedyś dzieckiem, więc tym bardziej nasza wyrozumiałość do wspomnianych objawów powinna być większa.

Niestety tak nie jest. Dlatego też tak istotna jest edukacja społeczeństwa. Brałam udział w wielu spotkaniach z osobami starszymi organizowanymi na temat właśnie problemów związanych z nietrzymaniem moczu. Po każdym z nich mnóstwo uczestników twierdziło, że ma przyjaciela, sąsiada, siostrę, kuzyna, który zmagają się z tym problemem. Pójście więc do nich, porozmawianie i zaoferowanie pomocy, wsparcia jest jednym ze sposobów na złamanie tabu. To wymaga po prostu głośnego mówienia o tym problemie. Przed laty podobnym tabu było mówienie o seksie czy tamponach, które nagle zaczęto reklamować na billboardach, w magazynach. Teraz jest to dla nas coś zupełnie naturalnego. Podobną rewolucję muszą przejść środki pomocnicze dla osób z problemem nietrzymania moczu. Potrzebne jest również otwarte mówienie na temat zapobiegania temu problemowi. W tym względzie wiele do zrobienia mają środki masowego przekazu, nie tylko poprzez reklamę, ale także na przykład przez tak zwane mydlane opery, z wielką chęcią oglądane przez ludzi w różnym wieku. Skoro pojawiają się w nich różnego rodzaju problemy, związane z wybranymi dolegliwościami, to powinno się w nich również znaleźć miejsce na problem nietrzymania moczu, który jest przecież tak powszechny.

Powinny być one oglądane nie tylko przez osoby dotknięte problemem, ale również organizatorów służby zdrowia i pomocy społecznej. Dla nich potrzeby osób z nietrzymaniem moczu są zupełnie nieznane.

To prawda. Dlatego też należy jak najszybciej wpisać nietrzymanie moczu w kalendarz europejskich organizacji zdrowia. To pomogłoby zmobilizować rządy i krajowe organizacje zdrowotne do przeprowadzenia dużych kampanii na rzecz świadomości i zrozumienia społecznego kwestii

związanych z nietrzymaniem moczu. Ponadto, może w ten sposób udałoby się wyeliminować powszechną obojętność wobec tego problemu. W przekazach informacyjnych, oprócz edukacji prozdrowotnej, należałoby poświęcić trochę uwagi na względy ekonomiczne. Ludzie z problemem nietrzymania moczu przestają brać udział w normalnym życiu, stają się niewolnikami we własnych domach, a - co ważne - potrzebują pomocy osób trzecich. Często nie zwracamy uwagi na konsekwencje jakie mogą wywołać z pozoru mało istotne problemy ludzi, zwłaszcza starszych. Przykładem jest na pozór banalne wrastanie paznokci. Takie osoby zaczynają mieć problemy ze stopami, a to oznacza, że również z dopasowaniem obuwia. Ratunkiem są kapcie. Chodzenie w nich ogranicza jednak wyjście z domu. Dlatego też stają się ich więźniami. Nie wielki problem może więc wywołać bardzo dotkliwe konsekwencje nie tylko medyczne, ale również ekonomiczne - taka osoba potrzebuje bowiem opieki w domu. Do tego dochodzi znaczny spadek jakości i zadowolenia z życia. Dlaczego? Tylko ze względu na to, że wstydzili się na początku pojawienia się problemu o nim głośno mówić.

Czy odpowiedzialności za to, że osoby mające problem z nietrzymaniem moczu wstydzą się mówić o swoim problemie otwarcie, nie ponoszą również lekarze? Zazwyczaj nie są oni odpowiednio przygotowani do udzielenia fachowej porady, okazania wyrozumienia dla takiej osoby.

Dokładnie tak. Nie wiem, jak wygląda system podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce, ale w Wielkiej Brytanii lekarz na każdego przyjmowanego pacjenta może przeznaczyć zaledwie siedem minut. To zdecydowanie za mało. Dodatkowo, zwłaszcza dla młodych lekarzy problemy osób starszych są dla nich nieznane i często przez to bagatelizowane. To wymaga więc lepszego przygotowania i wyedukowania nie tylko lekarzy, ale również pielęgniarzek, które mogą w kwestii opieki nad osobami z nietrzymaniem moczu pełnić kluczową rolę.

Dziękuję za rozmowę.

Niewiedza, wstyd i pieniądze

Elżbieta Mamos

Czy i jakie problemy z dostępnością środków wchłaniających mają osoby cierpiące na NTM? Opowiadają o tym członkowie różnych oddziałów Stowarzyszenia Urosto.

Problem pierwszy to stan świadomości na temat NTM u lekarzy pierwszego kontaktu. Wiedza, a raczej brak wiedzy medycznej i lekceważenie problemu.

- Kiedy pierwszy raz zgłosiłam się do lekarza rodzinnego i opowiedziałam mu o swojej przypadłości, jedyne co zrobił to skierował mnie do ginekologa - mówi Teresa Bodzak, wiceprezes oddziału w Lublinie stowarzyszenia Urosto. - Mój lekarz ginekolog - potwierdza Marianna Zacheja

z Wołomina, odesłał mnie do lekarza rodzinnego. Ten też nie bardzo wiedział jak mnie leczyć.

Antoni Bielecki z warszawskiego oddziału Urosto również miał problemy z nietrzymaniem moczu. Na razie nie korzysta ze środków wchłaniających, ponieważ jest po skutecznym zabiegu, który poprawił stan jego zdrowia. Bierze leki, gimnastykuje się. Zdaniem pana Antoniego ujawnione przypadki NTM to wierzchołek góry lodowej, bo chorzy stosują wobec siebie samooszukiwanie. Tłumaczą sobie, że kłopoty z puszczaniem spowodowane są przeziębieniem pęcherza, kichaniem, ale nie NTM.

Wśród ludzi wiedza na temat NTM jest ciągle mała, uważa pani Bodzak: - Kiedy jako lubelski oddział Urosto dawaliśmy ogłoszenia do mediów, by pozyskać nowych członków, ten temat był spychany na dalszy plan. Ludzie się wstydzą, że mają problemy z nietrzymaniem moczu, a nie wstydzą się swojego alkoholizmu, chociaż jest to choroba z wyboru. Przecież NTM jest chorobą w żadnym stopniu przez nich niezawinioną. Chorzy nie wiedzą także, że jeśli się ćwiczy i wspomaga organizm lekami, to bardzo długo nie trzeba podejmować leczenia operacyjnego. Ćwiczenia bardzo pomagają, tylko trzeba być konsekwentnym, doświadczyłam tego na swoim przykładzie. Poprawia się samopoczucie fizyczne i psychiczne.

- Z moich osobistych doświadczeń, ale także osób zrzeszonych w łódzkim oddziale Urosto - mówi Danuta Jankowska, prezes oddziału łódzkiego - wiem, że niestety lekarze POZ bardzo często lekceważą ten problem, a niektórzy zwyczajnie nie mają o nim pojęcia. Na ogół lekarz rzadko kiedy pyta pacjentkę o problemy z NTM, ginekolodzy też rzadko informują młode kobiety o możliwości ćwiczeń gimnastycznych już po porodzie. Pacjentki nie są informowane gdzie i na jakich warunkach mogą kupować wkładki urologiczne, czy pieluchomajtki. Nie wiedzą też, kiedy mogą domagać się od lekarza wystawienia zlecenia umożliwiającego uzyskanie refundacji na środki wchłaniające.

I tu pojawia się następny bardzo poważny problem - koszty ponoszone przez ludzi cierpiących na NTM. Według Krystyny Urbaniak, prezes oddziału warszawskiego Urosto, największy kłopot o zlecenia: - Lekarze POZ nie chcą, czy nie mogą wypisywać zleceń na środki wchłaniające. A ponieważ są one dość kosztowne wszystkie

osoby skazane na stałe korzystanie z tych środków bezskutecznie zwracają się do nas o pomoc. Bezskutecznie dlatego, że to czy ktoś dostanie zlecenie czy nie, mam wrażenie, że zależy przede wszystkim od dobrej woli lekarza.

Potwierdza to Teresa Bodzak: - Ceny środków wchłaniających są różne, zaczynają się od 1,60 zł za jedną podpaszkę. Ale przecież nikt chory na NTM nie zużywa jednej dziennie! Można oczywiście stosować wyłącznie wkłady higieniczne, ale one nie są refundowane. To bardzo poważna bariera. Przepisy stanowią, że takie „zwykłe” wysiłkowe nietrzymanie moczu nie jest podstawą do refundacji. Refundowane środki higieny mają osoby cierpiące NTM o podłożu nowotworowym, neurologicznym oraz demencji starczej. Brak jednoznacznie ustalonych przepisów powoduje, że chorzy z NTM nigdy tak naprawdę nie wiedzą czy uda im się uzyskać refundację czy nie.

- Lekarze niechętnie wypisują takie recepty - mówi Danuta Jankowska. To sygnały dochodzące do nas od pacjentek. Dla wielu pań przyznanie refundacji na środki wchłaniające to ogromna ulga w ich budżecie. Problem w znacznym stopniu dotyczy osoby starsze, już na emeryturze, a wiadomo jakie są nasze emerytury. Korzystanie ze zwykłych podpasek nie rozwiązuje problemu, bo one nie neutralizują zapachu moczu. Uciążliwe jest także samo kupowanie środków wchłaniających. Nie wszystkie apteki w Łodzi prowadzą sprzedaż tych środków, bywa, że farmaceuta nie wie o jakie wkładki pyta pacjentka.

Także w ocenie Teresy Bodzak zaopatrzenie w środki wchłaniające nie jest wystarczające: - W wielu lubelskich aptekach trzeba długo farmaceutom tłumaczyć o co chodzi. Często odsyłają do sklepów medycznych, specjalistycznych lub do hurtowni, do których zwykły klient nie ma przecież dostępu. Nie ma wzorników, pełnej palety rozmiarów. Jeśli się uprę to farmaceuta może te wkładki zamówić, ale to trwa, pochłania czas, nerwy i naraża osobę chorą na dodatkowy dyskomfort.

- W Warszawie i jej okolicach jest podobnie jak w Lublinie - mówi Marianna Zacheja. - Powinny być wydzielone apteki mające pełen asortyment tych środków, a klientów na pewno im nie zabraknie.

W rozmowach z chorymi powraca także temat braku rzetelnej informacji o NTM. - Jak wiele kobiet się nie leczy z tych które potrzebują leczenia? - zastanawia się Krystyna Urbaniak. - Ja myślę, że leczy się co 50 kobieta z tych które mają NTM. Konieczne jest przełamanie tematu tabu, NTM jest chorobą, która się daje leczyć i wcale nie musimy się z tym męczyć. ■



O problemach osób z obustronnym ubytkiem słuchu

z prof. dr hab. med. Jurkiem Olszewskim, Dziekanem Wydziału Fizjoterapii oraz Kierownikiem Kliniki Otolaryngologii z Zakładem Audiologii, Foniatrii i Otoneurologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, rozmawia Joanna Kanabrocka

Panie Profesorze, jak Polska plasuje się wśród innych krajów Unii Europejskiej pod względem leczenia ubytków słuchu oraz zaopatrzenia w aparaty słuchowe?

W porównaniu do tzw. starych państw UE sytuacja nie jest najlepsza. Powiedziałbym, że jest, jeśli nie przepaść, to bardzo duża różnica jeśli chodzi o liczbę aparatów i możliwości protezowania. Natomiast w porównaniu do nowych krajów unijnych sytuacja w Polsce jest dużo lepsza, niż np. na Węgrzech, w Czechach i Słowacji oraz w państwach nadbałtyckich - Łotwie, Estonii, czy Litwie.

Co należałoby u nas jeszcze pod tym względem zmienić?

Najlepszym wyjściem byłoby poprawienie sytuacji ekonomicznej kraju. Jeżeli jednak obywatele naszego państwa są biedni, to w myśl polityki prospołecznej należałoby refundować aparaty słuchowe.

Zgodnie z obecnymi rozporządzeniami w Polsce refundacja dwóch aparatów słuchowych przy obustronnym ubytku słuchu przysługuje jedynie osobom czynnym zawodowo oraz dzieciom i młodzieży do 18 roku życia. Osobom nieaktywnym zawodowo (często emerytom i rencistom) refundacja przysługuje jedynie na jeden aparat. Czy takie traktowanie pacjentów jest zgodne ze stanowiskiem Unii Europejskiej?

Takie postępowanie jest niewłaściwe z prawnego i moralnego punktu widzenia. Łamane są tutaj zasady równego traktowania, ponieważ pacjenci dzieleni są na dwie grupy. Jest to również niezgodne ze stanowiskiem Unii Europejskiej. W UE bardzo dba się o ludzi starszych, o to aby ich jakość życia była na jak najwyższym poziomie. U nas w ogóle się o tym nie mówi.

Jakie konsekwencje zdrowotne i społeczne powoduje noszenie aparatu tylko

na jednym uchu w przypadku obuusznego ubytku słuchu?

Za protezowaniem obu uszu u osób starszych przemawiają przynajmniej trzy argumenty medyczne. Po pierwsze w przypadku protezowania obu uszu znacznie poprawia się efekt rozumienia mowy. Jest to w zasadzie najważniejsza rzecz, ponieważ można słyszeć dźwięk, ale nie rozumieć mowy. U osób starszych następują zmiany zwyrodnieniowe nie tylko w obwodowym narządzie słuchu, ale także w dalszym odcinku drogi słuchowej (w ośrodkowym układzie nerwowym), która odpowiedzialna jest za rozumienie mowy. Drugim również istotnym argumentem jest zjawisko deprywacji słuchu. Jeżeli protezujemy tylko jedno ucho, to wtedy w drugim uchu znacznie spada rozumienie mowy. Z powodu nienoszenia aparatu na drugim uchu osoba starsza traci bezpowrotnie szansę na poprawienie rozumienia mowy. Później zachodzi konieczność zastosowania aparatu wyposażonego w dodatkowe funkcje, które wzmacniają rozumienie mowy, a takie aparaty są bardzo drogie. Trzeci argument przemawiający za protezowaniem obuusznym to zjawisko przestrzennej lokalizacji dźwięków. Jeżeli wzmocniony sygnał dochodzi do obu uszu wtedy nasz system słuchowy na skutek tego, że wychwytuje różnice parametrów fali dźwiękowych pozwala na lepsze rozumienie mowy. Ze względów ekonomicznych wreszcie lepiej zaproteżować od razu oba uszy tańszym aparatem niż jedno ucho droższym.

Realizacja wniosków na aparaty słuchowe w wielu województwach odbywa się na bieżąco, ale są takie regiony - jak na przykład Warmia i Mazury czy Pomorze Zachodnie - gdzie na realizację wniosku trzeba czekać nawet 12 miesięcy. Czy opóźnione zastosowanie aparatu słuchowego u pacjenta wpływa na skuteczność rehabilitacji?

Wraz z upływem czasu zmiany zwyrodnieniowe drogi słuchowej ulegają dalszym zmianom, co powoduje gorsze słyszenie i gorsze rozumienie mowy. Część społeczeństwa, lepiej sytuowanego finansowo, sama zaopatruje się w aparaty, nie czekając na refundację. Jednak większości ludzi nie stać na to, tym bardziej, że ceny aparatów słuchowych nie są małe i ciągle rosną.



Joanna Kanabrocka

Ze względu na to, że przybywa nam coraz więcej ludzi w starszym wieku zapotrzebowanie na aparaty słuchowe jest bardzo duże. Z jednej strony rozumiem sytuację NFZ, którego po prostu nie stać na refundację wszystkich aparatów. Jednak z drugiej strony będę zawsze głośno mówił, że z punktu widzenia medycznego potrzebne jest obuuszne protezowanie osób w starszym wieku. Dla mnie, jako Dziekana Wydziału Fizjoterapii rehabilitacja jest bardzo ważna i nie ma tu znaczenia wiek. Rehabilitacja powinna być dostępna, wczesna, ciągła i powszechna. Jeżeli rehabilitacji nie wprowadzi się w odpowiednim czasie to później jest ona o wiele bardziej kosztowna i jej efekty są znacznie gorsze.

Obecne rozporządzenie ministra zdrowia z 17 grudnia 2004 r. regulujące zasady refundowania przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych nie pokrywa potrzeb pacjentów. Czy zgadza się Pan z tym, że należało by je znowelizować? W jakim kierunku powinny pójść te zmiany?

Rozporządzenie to powinno zostać znowelizowane, tak aby dać równe szanse wszystkim pacjentom, niezależnie od tego w jakim są wieku oraz od tego, czy są czynni zawodowo, czy też nie. Jednak wprowadzenie jakichkolwiek zmian nie jest możliwe przy braku funduszy. Warunkiem wprowadzenia zmian jest zatem wzrost gospodarczy kraju lub pozyskanie pieniędzy z innych źródeł. Nie można bowiem czegoś nowelizować, jak nie ma na to pieniędzy. Jednak naszym obowiązkiem jest walka o zmianę tego rozporządzenia.

Dziękuję za rozmowę.

Zmienić sytuację osób niepełnosprawnych



Józef Góralczyk

Małopolski Sejmik Organizacji Osób Niepełnosprawnych

Małopolski Sejmik Organizacji Osób Niepełnosprawnych jest związkiem organizacji pozarządowych zajmujących się problemami osób niepełnosprawnych. W obszarze działalności Sejmiu znajdują się wszystkie możliwe problemy z jakimi osoba niepełnosprawna może się spotkać.

W Małopolsce obecnie jest ponad tysiąc zarejestrowanych organizacji, ale tych w pełni realizujących założone cele jest kilkadziesiąt. W 2003 r. kilka z nich, najbardziej prężnych, doszło do wniosku, że w Polsce daleko jest do dobrej współpracy organizacji pozarządowych z władzami lokalnymi czy centralnymi. Połączenie sił dawało szansę na poprawienie tych relacji. Jeszcze w tym samym roku spotkali się przedstawiciele:

- Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem - Oddział Krakowski,
- Fundacji Chorych na Stwardnienie Rozsiane im. Bł. Anieli Salawy (Stefan Chłopicki),
- Fundacja Hipoterapia na Rzecz Rozwoju Rehabilitacji Konnej Dzieci Niepełnosprawnych (Aleksandra Włodarczyk),
- Ogólnopolskiego Związku Inwalidów Narządu Ruchu (Janina Bojda),
- Fundacji Wspólnota Nadziei Na Rzecz Dorosłych Osób z Autyzmem (Alicja Perzanowska),
- Stowarzyszenia Inwalidów Narządu Ruchu „IKAR” (Elżbieta Radwańska) oraz Pełnomocnik m. Krakowa ds. Osób Niepełnosprawnych (Bogdan Dąsal).

Dzięki mądrej współpracy w/w osób w 2004 r. zarejestrowany został Małopolski Sejmik Organizacji Osób Niepełnosprawnych. W początkowym okresie przystąpiło do niego 30 organizacji. Dzisiaj, po 2 latach działania, Sejmik liczy 45 organizacji z terenu Krakowa i całego województwa małopolskiego.

Jakie są cele stowarzyszenia? Najważniejsze to reprezentowanie czynnego środowiska osób niepełnosprawnych, występowanie przed wszelkimi władzami w interesie poszczególnych organizacji, uzyskiwanie funduszy celowych na realizację zadań

związanych z programami realizowanymi przez poszczególne organizacje. Także wszelka pomoc zrzeszonym organizacjom w tworzeniu swoich struktur, ustalaniu planu pracy, prawnych zabezpieczeń ich działalności. Ponadto każda zrzeszona w Sejmiku organizacja ma możliwość zdobycia doświadczenia między innymi poprzez porównanie swojej pracy czy też osiągnięć z wynikami innych. Po dwuletnim okresie możemy stwierdzić, że wspólnie łatwiej dotrzeć nam do poszczególnych urzędów, łatwiej przekonać bardziej opornych urzędników do pozytywnego załatwienia wielu problemów osób niepełnosprawnych.

Jednym z pierwszych zadań zrealizowanym przez Małopolski Sejmik było powołanie Centrum Informacji i Doradztwa dla organizacji oraz osób niepełnosprawnych. W ramach pracy centrum udzielane są porady prawne, psychologiczne i socjalne. Podstawowym celem Sejmiu jest rozszerzanie oferty działań na rzecz osób niepełnosprawnych, w tym także wyszukiwanie środowisk niepełnosprawności gdzie jeszcze pomoc nie dotarła oraz uaktywnianie organizacji, które nie mogą poradzić sobie z przyjetnymi do realizacji zadaniami.

Sejmik reprezentuje na wszelkich płaszczyznach interesy organizacji realizujących zadania na rzecz osób niepełnosprawnych, ma aktywny udział w poprawianiu prawa dotyczącego środowiska niepełnosprawnego. Organizuje również spotkania środowiskowe osób niepełnosprawnych (integracje, wigilie świąt, zawody sportowe), sympozja naukowe. Sejmik prowadzi działania na rzecz uaktywniania środowiska akademickich w celu rozwoju przemysłu ortopedyczno-rehabilitacyjnego oraz w celu zmian w prawie dotyczących spraw socjalnych, zawodowych czy leczniczych środowiska niepełnosprawnego.

Zadania, jak widać powyżej, Sejmik ma ambitne, należy jednak postawić pytanie ile w okresie dwóch lat działalności udało się zrealizować. Myślę, będąc nieskromnym, że wiele, chociaż można było więcej. I dokańczę, będziemy odczuwać niedosyt będziemy szli do przodu. Ocenę jednak zostawiam innym... Póki co robimy swoje, a gwarancją naszego Małopolskiego Sejmiu, jego sukcesu, są osoby, które ten Sejmik zorganizowały. Z wdzięcznością życzymy im satysfakcji i powodzenia w dalszej pracy społecznej.

Ostatnie inicjatywy Sejmiu

W sierpniu b.r. Sejmik wystosował dwa apele do Ministra Zdrowia. Pierwszy z nich to prośba o wprowadzenie zasady regularnej nowelizacji rozporządzeń regulujących zasady zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne oraz środki pomocnicze. Ostatnia, głębsza nowelizacja miała miejsce około 7 lat temu co spowodowało, że niektóre produkty uwzględnione na liście refundacyjnej zostały już dawno wycofane z rynku. Z drugiej strony rozporządzenia nie zawierają w swoim spisie nowoczesnych wyrobów, które zostały wprowadzone na rynek po 1999 roku i dlatego pacjenci nie mogą z nich korzystać w ramach refundacji.

Drugi apel zwraca uwagę na problem refundacji aparatów słuchowych dla osób z obustronnym ubytkiem słuchu. Obecne zasady dopuszczają refundowane protezowanie oboustronne, ale dla osób czynnych zawodowo. Tymczasem większa część osób z obustronnym ubytkiem słuchu to emeryci bądź ludzie, którzy ze względu na swoją niepełnosprawność nie mogą podjąć działalności zawodowej. Taka dyskryminacja osób z obustronnym ubytkiem słuchu rodzi konsekwencje natury zdrowotnej i społecznej. Dlatego Sejmik zwrócił się z apelem o zmianę kryteriów refundacji aparatów słuchowych dla osób z obustronnym ubytkiem słuchu, proponując wykreślenie zapisu „osób czynnych zawodowo” i zastąpienie go zapisem „osób z obustronnym ubytkiem słuchu”.

Prace nad nowelizacją rozpoczęte

Magdalena Kowalewska

Wywiad z Pawłem Trzcińskim,
Rzecznikiem Ministra Zdrowia

Czy Ministerstwo planuje nowelizację rozporządzeń Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 roku w sprawach:

- limitu cen dla wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, o takim samym zastosowaniu, ale różnych cenach, oraz limitu cen dla napraw przedmiotów ortopedycznych;
- szczegółowego wykazu wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w cenie ich nabycia, kryteriów ich przyznawania, okresów użytkowania, a także wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi podlegającymi naprawie w zależności od wskazań medycznych oraz wzoru zlecenia na zaopatrzenie w te wyroby i środki?

Ministerstwo Zdrowia podjęło działania pozwalające na kompleksową analizę i konsultacje w zakresie zasad zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze, które w konsekwencji prowadzić będą do nowelizacji wymienionych rozporządzeń.

Obecnie podjęte zostały prace wewnątrz Ministerstwa Zdrowia, zmierzające do kompleksowej analizy i szerokich konsultacji w zakresie zasad zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i w środki pomocnicze, zmierzające do opracowania koncepcji ekonomicznej, obejmującej zmiany sposobu refundacji oraz działań prawnych, niezbędnych dla wprowadzenia w życie postulatów dotyczących zmian w systemie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Planuje się wejście w życie rozporządzeń w 2007 roku.

Środowiska pacjentów, lekarzy oraz producentów i dystrybutorów zgodnie przyznają, że obecne rozporządzenia mają wiele wad. Czy Ministerstwo Zdrowia podziela tę opinię?

W zakresie spraw objętych przedmiotowymi rozporządzeniami wpływa bardzo wiele postulatów i propozycji zmian, zarówno od świadczeniobiorców, świadczeniodawców, jak i organizacji pozarządowych, dotyczących bardzo rozmaitych kwestii, takich jak limity cenowe i ilościowe, rodzaj refundowanych wyrobów i środków, propozycji rozszerzenia ich katalogu. Wszystkie wpływające propozycje i uwagi są bardzo cenne i zostaną wnikliwie przeanalizowane. Biorąc pod uwagę licznie wpływające uwagi należy uznać, iż obecnie obowiązujący system zaopatrzenia w produkty ortopedyczne i środki pomocnicze w znacznej części nie spełnia oczekiwań zarówno świadczeniobiorców, jak i świadczeniodawców.

Czy nowelizacja rozporządzeń powstanie w oparciu o dane historyczne NFZ? Jak Ministerstwo ocenia te dane?

W związku z podjętymi pracami w zakresie zasad zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, Ministerstwo Zdrowia wystąpiło do Narodowego Funduszu Zdrowia o przekazanie informacji w zakresie wydatków na zaopatrzenie na poszczególne przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze także o zestawienie liczby wniosków na wcześniejsze zaopatrzenie na poszczególne przedmioty ortopedyczne. Przekazane przez Fundusz dane ułatwią prace i umożliwią przeprowadzenie szczegółowej analizy.

Należy także wskazać, iż przygotowane projekty rozporządzeń zostaną przekazane do konsultacji społecznych oraz zostaną umieszczone na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia.



Jak Ministerstwo ocenia pomysł Małopolskiego Sejmiku Organizacji Osób Niepełnosprawnych wprowadzenia zasady regularnej aktualizacji (minimum raz w roku) listy refundowanych przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych?

Pomysł Małopolskiego Sejmiku Organizacji Osób Niepełnosprawnych zostanie szczegółowo przeanalizowany i rozważony. Jednakże należy zaznaczyć, iż nie ma tak szybkiego postępu technicznego w zakresie wyrobów medycznych, który obligowałby do tego, aby raz do roku nowelizować przedmiotowe rozporządzenia. Minister Zdrowia bierze pod uwagę wpływające do Ministerstwa postulaty i wnioski, zgłaszane w zakresie przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, i podejmuje decyzję o nowelizacji rozporządzeń.

Operacje z użyciem taśm w województwie kujawsko-pomorskim

Joanna Kanabrocka

W poprzednim numerze *Kwartalnika NTM* zaprezentowaliśmy listę szpitali wykonujących operacje z użyciem taśm na Mazowszu. Teraz przedstawiamy wykaz placówek przeprowadzających tego rodzaju zabiegi w województwie kujawsko-pomorskim. W kolejnym wydaniu naszego pisma zamieścimy listę szpitali, w których można poddać się takiej operacji w województwie lubelskim.

Na Kujawach i Pomorzu znajduje się ponad 50 szpitali; niespełna połowa z nich posiada oddział ginekologiczny, zaś prawie 1/3 - urologiczny. Łączna liczba oddziałów (ginekologia i urologia), na których wykonywane są operacje nietrzymania moczu z użyciem taśm wynosi 18. Liczba tych oddziałów jest znacznie mniejsza niż w województwie mazowieckim (przypomnijmy - na Mazowszu jest ich ponad trzydzieści), nie oznacza to jednak dłuższego czasu oczekiwania na zabieg. Zauważmy bowiem, że liczba

mieszkańców w kujawsko-pomorskim jest również o wiele mniejsza. Liczba osób przypadających na jedną placówkę w kujawsko-pomorskim wynosi ok. 117 tys.; dla porównania na Mazowszu jest to 158 tys.

Zapytaliśmy doktora Zbigniewa Domarackiego - ordynatora oddziału ginekologicznego jednego z bydgoskich szpitali o to, jak ocenia jakość zabiegów z użyciem taśm w województwie kujawsko-pomorskim. Z jego wypowiedzi wynika, że operacyjne leczenie nietrzymania moczu w tym regionie na tle całej Polski prezentuje się całkiem dobrze. Czas oczekiwania na zabieg jest stosunkowo krótki. Nie ma również problemu z dostępem do operacji, bowiem są one wykonywane nie tylko w głównych miastach (Bydgoszcz, Toruń), ale także w szpitalach rejonowych w mniejszych miejscowościach.



Cytując słowa dr. Domarackiego możemy stwierdzić, że w województwie kujawsko-pomorskim „jest dobrze, ale mogłoby być lepiej”. Co zatem można zrobić aby było lepiej? Według naszego rozmówcy należy zwiększyć limity przyznawane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, tak aby szpitale mogły wykonywać taką ilość operacji, jakiej potrzebują pacjenci.

Nazwa szpitala	Adres	Oddział	L. wykonanych zabiegów w 2004	L. wykonanych zabiegów w 2005	L. planowanych zabiegów w 2006	Czas oczekiwania na zabieg refund. przez NFZ	Czas oczekiwania na zabieg opłac. przez pacjenta
X Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką	Powstańców Warszawy 5 Bydgoszcz	gin.	ok. 100	ok. 100	nie ma planów	nie ma	tylko refundowane
		urol.	(łącznie na obu oddziałach)	(łącznie na obu oddziałach)	nie ma planów	nie ma	tylko refundowane
Szpital Uniwersytecki im. dr. A. Jurasza	Skłodowskiej-Curie 9 Bydgoszcz	urol.	brak danych	brak danych	nie ma planów	4 - 6 tyg.	czas oczekiwania na zakup taśmy
Wojewódzki Szpital im. dr. J. Biziela SPZOZ	Ujejskiego 75 Bydgoszcz	urol.	brak danych	brak danych	to zależy od ilości taśm	2 - 3 miesiące	tylko refundowane
Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. dr. E. Warmińskiego	Szpitalna 19 Bydgoszcz	gin.	50 - 60	50 - 60	50 - 60	nie ma	tylko refundowane
ZOZ MSWiA	Markwarta 4-6 Bydgoszcz	urol.	brak danych	kilkanaście	nie ma planów	nie ma	nie ma
Szpital Specjalistyczny „MATOPAT” NZOZ	Storczykowa 8/10 Toruń	urol.	brak danych	brak danych	nie ma planów	ok. 6 m-cy	ok. 1 m-c
		gin.	brak danych	brak danych	nie ma planów	do 3 m-cy	tylko refundowane
Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera	Św. Józefa 53/59 Toruń	gin.	ok. 50	ok. 50	nie ma planów	ok. 6 m-cy	tylko refundowane
NZOZ Lecznice Citomed	Skłodowskiej-Curie 73 Toruń		brak danych	ok. 15	nie ma planów	nie wykonują	1 - 2 tygodnie
Szpital Specjalistyczny im. dr. Wł. Biegańskiego	Gruzińskiego 32 Grudziądz	gin.	ok. 20-30	ok. 20-30	nie ma planów	2 - 4 tygodnie	tylko refundowane
		urol.	brak danych	brak danych	nie ma planów	nie ma	tylko refundowane
PSZOZ im. dr. L. Błażka	Poznańska 97 Inowrocław	urol.	brak danych	brak danych	nie ma planów	od kilku dni do 2 - 3 tyg.	tylko refundowane
Szpital Wojewódzki	Wieniicka 49 Włocławek	gin.	nie było	ok. 60	nie ma planów	do 2 tyg.	tylko refundowane
SPZOZ w Szubinie	Ogrodowa 3 Szubin	gin.	brak danych	brak danych	nie ma planów	ok. 3 - 5 tyg.	tylko refundowane
ZOZ w Brodnicy	Wiejska 9 Brodnica	gin.	ok. 2 tygodni	ok. 1 m-ca	nie ma planów	nie ma	tylko refundowane
Alfa NZOZ Centr. Med. Bartoszewicz	Armii Krajowej 12 Brodnica		brak danych	brak danych	nie ma planów	nie wykonują	1 - 3 tygodnie
NZ Usług Medycznych „BRA-MED”	Księżycowa 18 Lipno	gin.	brak danych	brak danych	nie ma planów	nie ma	tylko refundowane

Pracownie urodynamiczne - woj. pomorskie

Karolina Ciepiela

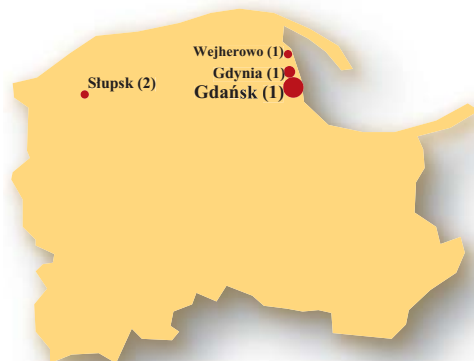
Naszej mapce pracowni urodynamicznych w całej Polsce, którą prezentujemy w kolejnych numerach *Kwartalnika NTM* tym razem dotarliśmy do województwa pomorskiego, gdzie badanie wykonać można w pięciu placówkach, w czterech miastach: Gdańsku, Gdyni, Słupsku i Wejherowie. Wszystkie placówki wykonują badanie urodynamiczne w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Z dotychczas zaprezentowanych województw (mazowieckie, kujawsko-pomorskie, lubelskie, łódzkie i pomorskie) najwięcej pracowni znajdziemy w woj. mazo-

wieckim (13), ale najmniejsza liczba osób przypadających na jedną pracownię występuje w woj. kujawsko-pomorskim (350 000 mieszkańców).

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

Jeśli mają Państwo jakiegokolwiek uwagi dotyczące listy pracowni urodynamicznych w poszczególnych województwach prosimy o kontakt na adres e-mailowy (karolina.ciepiela@ntm.pl).



Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 Akademickie Centrum Kliniczne AM - Poradnia Nefrologii Dziecięcej
Gdańsk, ul. Kliniczna 1

Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska SP ZOZ
Gdynia, ul. Puławskiego 4

NZOZ Uro-Med
Słupsk, ul. Lelewela 58

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka
Słupsk, ul. Obrońców Wybrzeża 4

Szpital Specjalistyczny im. Floriana Ceynowy
Wejherowo, ul. dr. A. Jagalskiego 10



NZOZ CENTRUM MEDYCZNE WOLA

Warszawa, ul. Ciołka 30

tel. 22 - 837 83 07

PEŁNOPROFILOWA PRACOWNIA URODYNAMICZNA DIAGNOSTYKA I LECZENIE NIETRZYMANIA MOCZU

Kierownik pracowni - dr n. med. Piotr Radziszewski

badania wykonywane w ramach kontraktu
z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz odpłatnie

konsultacje specjalistów

placówka przystosowana dla osób niepełnosprawnych

Nowe publikacje o NTM

Informator dla lekarzy rodzinnych

zawiera:

- ✓ podstawowe informacje dotyczące NTM,
- ✓ rodzaje środków wchłaniających wraz z zasadami refundacji
- ✓ listę pracowni urodynamicznych
- ✓ punkty potwierdzenia zleceń NFZ
- ✓ dodatek: bloczek zleceń na refundowane środki wchłaniające

forma drukowana

adresowany do lekarzy rodzinnych

Newsletter NTM

zawiera nowości medyczne związane z tematyką leczenia
nietrzymania moczu
forma elektroniczna
adresowany do lekarzy ginekologów i urologów

Wszystkich lekarzy zainteresowanych bezpłatnym
otrzymaniem Informatora lub Newslettera prosimy o kontakt
poprzez e-mail: ntm@ntm.pl
lub Infolinię 0801 800 038

(pon. - pt. w godz. 8.00-20.00 lub w soboty w godz. 8.00-16.00, z wyjątkiem
świąt; koszt połączenia niezależnie od długości rozmowy to 0,29zł + VAT)

Wolny rynek bez konkurencji

Maria Weber



Dwa lata temu zmienił się system zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze z konkursowego na wolnorynkowy. Każdy producent czy dystrybutor, spełniający normy krajowe i UE, może sprzedawać swój produkt bez ograniczeń. To apteki i sklepy medyczne, licząc się z głosem klientów, decydują o zaopatrzeniu i rozliczaniu się z NFZ. W tej sytuacji wydawało się, iż na rynku zapana duża konkurencja. Dziś wiadomo, że system nie spełnił wszystkich oczekiwań. Sprzyja wprawdzie pacjentom, ułatwiając im dostęp do zaopatrzenia, ale wybór pozostaje w zasadzie podobny. Ceny nie drgnęły, choć spodziewano się, iż konkurencja wymusi pewien ich spadek.

Niewykluczone, iż 2 lata to za mało na wykształcenie się mechanizmów w tej dziedzinie. Nadal podstawowy wpływ mają na ten rynek „hamulce”, które ujawniły się z całą wyrazistością po wprowadzeniu nowego systemu. Do tych hamulców należy zaliczyć dopłaty czy to z NFZ czy to z PFRON. W mniejszym może stopniu dotyczy to środków wchłaniających. W ich przypadku ceny też w zasadzie się nie zmie-

niły, ale z sondażu, jaki przeprowadziłam w sklepach i aptekach wynika, że dystrybutorzy proponują często okresowo ceny promocyjne na dany produkt, co ma wpływ na spadek cen. Nie są to duże różnice, ale zauważalne dla osób korzystających stale z tych środków. Pozytywny wpływ na rynek środków wchłaniających ma fakt, iż refundacja NFZ dotyczy wszystkich środków wchłaniających, bez względu na ich typ i funkcjonalność.

Cena zależy od refundacji

W innej sytuacji znajdują się produkty zaopatrzenia ortopedycznego. Pod lupę wzięłam jeden z tych produktów: wózki inwalidzkie. NFZ dofinansowuje zaledwie 4 typy wózków: ręczny (refundacja w wysokości 800 zł), dla osób aktywnych, czynnych zawodowo, z systemem demontażu (1500 zł dopłaty), dziecięcy (1800 zł) i specjalny, stabilizujący plecy i głowę (1800 zł). O nowy wózek z dopłatą można starać się co 5 lat. Wózki dziecięce wymienia się co 3 lata. Objęcie dopłatą tylko 4 typów wózków oznacza, że NFZ nie dostrzega

różnych potrzeb i schorzeń. Widzą je natomiast producenci, którzy proponują ponad 400 rodzajów wózków! Ich ceny wahają się od 800 zł do około 20 tys. zł. Największym powodzeniem, zdaniem dystrybutorów, producentów i właścicieli sklepów z zaopatrzeniem ortopedycznym, cieszą się wózki najtańsze od 800 do 1800 zł, czyli w granicach refundacji. O zakupie decyduje zatem cena wózka równa wysokości refundacji, a nie potrzeba pacjenta.

Czy w tej sytuacji konkurencja okazuje się niemożliwa? Z sondażu wynika, iż brak refundacji na większość typów wózków sprawia, że rynek wózków jest stabilny. Stwierdzają to przedstawiciele producentów, m.in. Robert Korzeniowski, dyrektor belgijskiej firmy Rehapol-A w Trzebnicy czy Sławoj Nowak, właściciel polskiej Med-Orth z Wrocławia. Ich zdaniem nie ma szans na spadek cen, chyba że firmy zaczną kupować tańsze podzespoły i produkować sprzęt niskiej jakości. Wprawdzie, jak sugerują niektórzy, konkurencja doprowadziła do utrzymania cen, chociaż wprowadzono 7 procentowy VAT, ale dotyczy to najtańszych, a zatem najbardziej „chodliwych”. Pewien postęp można

Ranking wojewódzkich oddziałów NFZ - organizacja zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne

(kolejność w rankingu wg liczby mieszkańców przypadających na jeden punkt ewidencyjny)

	1. Liczba mieszkańców na 1 punkt ewidencyjny (w tys.)	2. Liczba punktów ewidencyjnych	3. Liczba mieszkańców (w tys.)	4. Liczba podmiotów realizujących wnioski	5. Czas podpisania umowy z podmiotami realizującymi wnioski	6. Okres oczekiwania na realizację wniosku na a) AS b) PM c) PO d) WS
Lubuskie	49	21	1024	62	nb	1-3 mc* nb nb** nb
Opolskie	73	15	1088	75	nb	nb nb nb nb
Małopolskie	129	25	3223	611	nb	nb nb nb nb
Świętokrzyskie	331	4	1325	320	7-14 dni	nb nb nb nb
Podkarpackie	354	6	2126	168	14 dni	nb nb nb nb
Śląskie	374	13	4866	712	nb	nb nb nb nb
Podlaskie	409	3	1228	78	do 30 dni	6 mc nb nb nb
Warmińsko-mazurskie	489	3	1466	130	do 14 dni	pow. 12 mc nb nb nb
Kujawsko-pomorskie	525	4	2101	83	nb	nb nb nb nb
Łódzkie	531	5	2653	168	14-21 dni	6 mc nb nb nb
Lubelskie	559	4	2235	257	14 dni	nb nb nb nb
Wielkopolskie	559	6	3355	241	14 dni	nb*** nb nb nb
Mazowieckie	633	8	5067	262	14 dni	nb nb nb nb
Dolnośląskie	745	4	2978	155	14 dni	4 mc nb nb**** nb
Zachodniopomorskie	867	2	1733	117	do 21 dni	do 12 mc***** nb nb***** nb
Pomorskie	2192	1	2192	138	nb	12 mc nb nb**** nb

AS - aparat słuchowy; PM - pieluchy i pieluchomajtki; PO - przedmioty ortopedyczne; WS - worki stomijne; nb - na bieżąco; * dzieci - nb; ** wózki inwalidzkie, indywidualne przedmioty pionizujące - ok. 1 mc; *** dzieci, młodzież ucząca się i osoby czynne zawodowo - nb; **** wózki inwalidzkie dla dorosłych - do 4 mc; ***** dzieci, młodzież ucząca się i osoby czynne zawodowo - do 3 mc; ***** wózki inwalidzkie i parapodia - do 3 mc.

Opłr. K. Ciepiela na podstawie danych z oddziałów NFZ

zauważyć też na rynku wózków elektrycznych. Niewykluczone jednak, że wiąże się to z importem wózków chińskich. Ale zdaniem Tadeusza Krasonia, prezesa Wrocławskiego Sejmiku Osób Niepełnosprawnych mogłyby być one jeszcze tańsze, gdyby dystrybutorzy nie narzucali wysokich marż. Przykładowo taki wózek kosztuje u dystrybutora około 3600 zł, podczas gdy w sklepie już 9000 zł. Skuter produkcji chińskiej ma cenę u dystrybutora w wysokości 5000 zł, a w sklepie - 15 000 zł.

Stabilizatorem cen jest nie tylko refundacja, ale także, jak wspomniałam, ogromny, nierozpoznany import wózków z Chin. Ich ceny hurtowe są znacznie niższe niż krajowych lub z krajów UE, ale dystrybutorzy wolą utrzymywać je na granicy limitu NFZ, podnosząc marże. Import chiński odbywa się bez żadnych regulacji, chociaż wózki te cechuje niska jakość i brak serwisu. Praktycznie po kilku miesiącach wymagają naprawy. Koszt serwisu zaś potrafi przekroczyć nawet trzykrotnie koszt naprawy wózka krajowego lub zachodniego. W tej sytuacji ograniczenie rynku przez NFZ jedynie do podstawowych typów wózków jest formą stabilizacji cen, ale nie gwarancją zaopatrzenia na przyzwoitym poziomie. Kto bowiem może sobie pozwolić na kupno wózka wielonukcyjnego lub elektrycznego?

Elektryczny z PFRON

Zdaniem producentów i dystrybutorów wielu pacjentów z Niemiec czy Skandynawii przyjeżdża do Polski po te produkty, znacznie tańsze niż w ich krajach. Natomiast spośród tysięcy rodaków korzystających z wózków jedynie kilka procent stać na wysokie dopłaty. W nieco lepszej sytuacji znajdują się osoby starające się o wózek elektryczny ze środków PFRON. Dla wielu chorych na stwardnienie rozsiane wózek elektryczny stanowi „być albo nie być”. Sęk w tym, że dostęp do bezpłatnej pomocy PFRON też psuje rynek. W tej chwili odbywa się polowanie dystrybutorów na niepełnosprawnych. Sprzedawcy wózków elektrycznych docierają bezpośrednio do domów i nawet oddziałów NFZ, sugerując rodzinie obłożnie chorego, że taki wózek jest mu niezbędny. Dzieje się tak z jednego powodu: PFRON podpisuje obecnie umowy z dystrybutorami na ten sprzęt.

W jaki zatem sposób mogą konkurować ze sobą firmy? Wszyscy podkreślają, że przede wszystkim jakością i dostępem do szybkiego serwisu, a także wzrostem świadomości klientów i lekarzy. Ci ostatni dość bezmyślnie wypisują zlecenia na wózki. Brakuje poradni specjalistyczno-ortope-



dycznych i wykwalifikowanych sprzedawców - techników ortopedów. Kiedy pacjent przychodzi do sklepu, spotka się jedynie z perswazją, iż warto kupić ten, a nie inny wózek.

Walkę z produktami niskiej jakości zapowiadają krajowe organizacje osób niepełnosprawnych. Tadeusz Krasoń, prezes Wrocławskiego Sejmiku Osób Niepełnosprawnych planuje stworzenie Centrum Niezależ-

nego Życia wraz z salonem wystawienniczym oraz doradztwem technicznym. Liczy, że w ten sposób uda mu się przekonać chorych do sprzętu lepszej jakości. Na rynek klienta trzeba jeszcze poczekać, do czasu gdy decydenci zrozumieją, że dostęp do właściwego wózka i refundacja leży w interesie państwa i wbrew pozorom mogą przynieść oszczędności.

Józef Góralczyk

Małopolski Sejmik Organizacji Osób Niepełnosprawnych

Po zapłaceniu faktury NFZ przestaje się interesować przyznanym sprzętem. Niestety w wielu przypadkach, np. wylewów, zatorów mózgu, chorób nowotworowych i z powodu śmierci, wózek staje się zbędny, choć jego gwarancja jeszcze nie minęła. Rodziny oddają sprzęt za przysłowiowy grosz lub nawet bezpłatnie. Uważam, że można by zaoszczędzić wiele środków finansowych, gdyby NFZ ustalił okres zwrotu takiego wózka np. na 3 lata do ustalonego punktu. Następnie za niewielką opłatą można by wypożyczyć go innej osobie. Punkty zwrotu i konserwacji wózków mogłyby prowadzić organizacje pozarządowe.



Popuszczanie moczu podczas śmiechu

Mam 14 lat i od 4 lat cierpię na moczenie się podczas śmiania. Nie ukrywam, że jest to dla mnie bardzo wstydliwe, ale udaje mi się to jakoś ukryć. Ponieważ popuszczanie moczu najczęściej zdarza mi się podczas różnych imprez (urodziny imiennicy itp.) zabieram ze sobą rzeczy na zmianę. Kilka razy zdarzyło mi się, że nie zdążyłam wyjść do toalety. To bardzo wstydliwe dla mnie problem. Wiem, że muszę o tym powiedzieć moim rodzicom, ale nie wiem jak się do tego zabrać, nie mówiąc już o powiedzeniu tego lekarzowi. Bardzo chciałabym, aby ktoś z Państwa szczegółowo opowiedział mi na czym polega mój problem, przed tym jak powiem o nim rodzicom. Odwiedziłam Waszą stronę, lecz chciałabym zasięgnąć indywidualnej porady.

Schorzenie wygląda z opisu na tzw. gigue incontinence, czyli popuszczenie moczu związane ze śmiechem. Czasem stwierdza się u tych osób obniżone napięcie także innych (niż zwieracz cewki) mięśni. Jest to NTM związane właśnie ze śmiechem, problem typowy dla nastolatków obu płci o nieznanym mechanizmie, który u większości z nich mija z wiekiem (do ok. 18 rż.). U niektórych osób może jednak trwać po 20 roku życia. Ze względu na rzadsze występowanie tego problemu u chłopców (wg niektórych autorów) warto byłoby jednak wykluczyć potencjalne problemy neurologiczne (konsultacja i badanie neurologiczne, NMR odcinka L/S kręgosłupa). Nie ma leczenia przyczynowego gdyż przyczyna jest w gruncie rzeczy nieznana. Leczenie jest mało skuteczne. Kilka sposobów, których warto spróbować:

1. ograniczenie spożycia płynów i kilku-krotne opróżnienie pęcherza przed spodziewaną sytuacją wywołującą śmiech;

2. ćwiczenia Kegla (ćwiczenia mięśni dna miednicy) i tzw. trening pęcherza - czasem skuteczne;

3. farmakoterapia lekiem o nazwie Ritalin lub Ritalin SR (Methylphenidate HCl, CIBA) stale lub w sytuacjach zwiększonego ryzyka. Lek jest łagodnym stymulatorem

ośrodkowego układu nerwowego. Niestety nie jest dostępny w Polsce. Próbowano także stosowania imipraminy i stymulatorów receptorów alfa-adrenergicznych (np. Gudron).

Trudności z oddawaniem moczu

Moje dolegliwości polegają na tym, że nie mogę oddawać moczu, nawet jak odczuwam nadmierną potrzebę w sytuacjach stresowych, jak ktoś na mnie czeka za drzwiami np. na dyskotekach. Po prostu nie mogę oddać moczu w miejscach publicznych. Będę wielce wdzięczny za jakieś rady, gdzie się mogę z tym zwrócić, czy do psychologa, czy do innego specjalisty.

Andrzej

Trudności mikcyjne mogą być związane z zaburzeniami czynnościowymi lub anatomicznymi dolnego odcinka dróg moczowych. Píše Pan o sytuacjach stresowych, ale należałoby też zwrócić uwagę, czy wstaje Pan w nocy aby oddać mocz, czy po oddaniu moczu jest odczucie niepełnego opróżnienia pęcherza, czy były infekcje dróg moczowych. Jeśli odpowiedź na którekolwiek pytanie jest pozytywna, to wymaga Pan specjalistycznej konsultacji u urologa. Konieczna będzie ocena zalegania moczu po mikcji, badanie ogólne moczu, badanie ultrasonograficzne, a być może badanie urodynamiczne. To wszystko w celu stwierdzenia jakiego rodzaju nieprawidłowości występują w funkcjonowaniu dróg moczowych. Przyczyna może być różna. Może to być przeszkoda anatomiczna (np. zwężenie cewki), przeszkoda czynnościowa (zaburzenia w relaksacji zwieracza) lub osłabienie czynności skurczowej pęcherza moczowego.

Oczywiście możliwe jest też to psychogenne, związane z nadmiernym hamowaniem odruchu mikcji przez korę mózgu. Wówczas należy szukać pomocy u psychologa lub neurologa.

NTM po operacji

Przed 10 tygodniami miałem prostatektomii z powodu nowotworu prostaty - niewielkie ognisko nie wychodzące za torebkę (G1-), w skali GLLISONA-4. Gruczoł

objętości 90 cm. Od operacji bezwiednie oddaję mocz z wyjątkiem godzin nocnych - kiedy wstaję 3-krotnie (przed operacją 1-raz lub wcale). Od 13 do 16 dnia zacząłem brać lek Gudron 2 razy po 2,5 mg dziennie. Wydawało się, że będzie dobrze - nie czułem co prawda parcia, a jeżeli chodziłem co 1,5 godziny do ubikacji to miałem suche wkładki. Po 3 dniach lek przestał działać. Ćwiczę mięśnie miednicy, ale teraz wycieka mi mocz w czasie siedzenia. Nadal mogę rozpocząć i przerwać mikcję, natomiast każda próba chodzenia to katastrofa, leci jak z cebra, bez czucia parcia, a pęcherz po najmniejszym spacerze jest pusty (USG pęcherza - bz, posiew moczu ujemny). Czuję się załamany. Pracuję, byłem bardzo aktywny i nieźle wysportowany mimo 64 lat. Lekarz nie ma na razie żadnych propozycji. Przeczytałem wiele Waszych odpowiedzi, jestem pod wrażeniem solidności i zrozumienia pacjenta. Będę wdzięczny za propozycję. Czy ćwiczyć nadal mięśnie miednicy, a może zacząć jeździć na rowerze, pływać, brać Vesicare z/lub bez Gudronu? Z góry bardzo dziękuję i łączę serdeczne pozdrowienia.

Powinien Pan nadal ćwiczyć, można także zaproponować Panu leczenie metodą elektrostymulacji mięśni krocza. Dodatkowo może Pan stosować lek o nazwie Yentreve (Duloxetine HCl), niedostępny w Polsce, ale dostępny w Unii Europejskiej na polską receptę (1 tbl 20 lub 40 mg co 12 godzin). Vesicare warto stosować w przypadku nietrzymania moczu z parcia. Doraźnie i w nocy może Pan stosować uoprozerwatywy lub miękkie zaciski prąciowe (oba urządzenia dostępne w aptekach). W razie braku poprawy leczenie operacyjne podejmuje się nie wcześniej niż 12-24 miesięcy po prostatektomii po wykonaniu szeregu badań (kompleksowe badanie urodynamiczne, uretroskopia, posiewy moczu).

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

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

Chcesz otrzymywać wszystkie numery Kwartalnika NTM? Zamów roczną prenumeratę! (4 kolejne numery)

Kwartalnik NTM

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

Nr rachunku odbiorcy
20 1140 2017 0000 4902 0451 3842

kwota
38.00

Imię, nazwisko i adres wpłacającego

Tytułem
krajowa prenumerata roczna „Kwartalnika NTM”
•Wyrażam zgodę na zamieszczenie i przetwarzanie
moich danych w bazie adresowej Studia PR. Dane
podlegają ochronie zgodnie z Ustawą o Ochronie Da-
nych Osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883)
•Upoważniam firmę Studio PR do wystawienia faktury
VAT bez mojego podpisu

STEMPEL
DZIENNY

PÓDPIS

OPLATA

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa

nazwa odbiorcy
STUDIO PR

nazwa odbiorcy cd.
UL. CIOŁKA 13, 01-445 WARSZAWA

I.k. nr rachunku odbiorcy
2 0 1 1 4 0 2 0 1 7 0 0 0 0 4 9 0 2 0 4 5 1 3 8 4 2

W P P L N **3 8 , 0 0**

nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)

nazwa zleceniodawcy

nazwa zleceniodawcy cd.

tytułem
krajowa prenumerata roczna „Kwartalnika NTM”

tytułem cd.

pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy

Oplata:

Zagraniczna prenumerata roczna Kwartalnika NTM - cena: 25 EUR / 30 USD

www.ntm.pl

INFOLINIA 0 801 800 038

Od 3 lutego 2003 r. działa ogólnopolska infolinia 0 801 800 038, pod którą wszyscy zainteresowani mogą uzyskać informacje na temat problemu nietrzymania moczu. Telefon jest czynny w dni powszednie w godz. 8.00 - 20.00 oraz w soboty w godz. 8.00-16.00.

Całkowity koszt połączenia wynosi 0,29zł plus VAT.

RADA NAUKOWA DS. PROBLEMU NTM:



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



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



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



**Prof. dr hab. med.
Tadeusz 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

GYNECARE odwraca dostęp zasłonowy „od wewnątrz na zewnątrz”

Za pomocą...

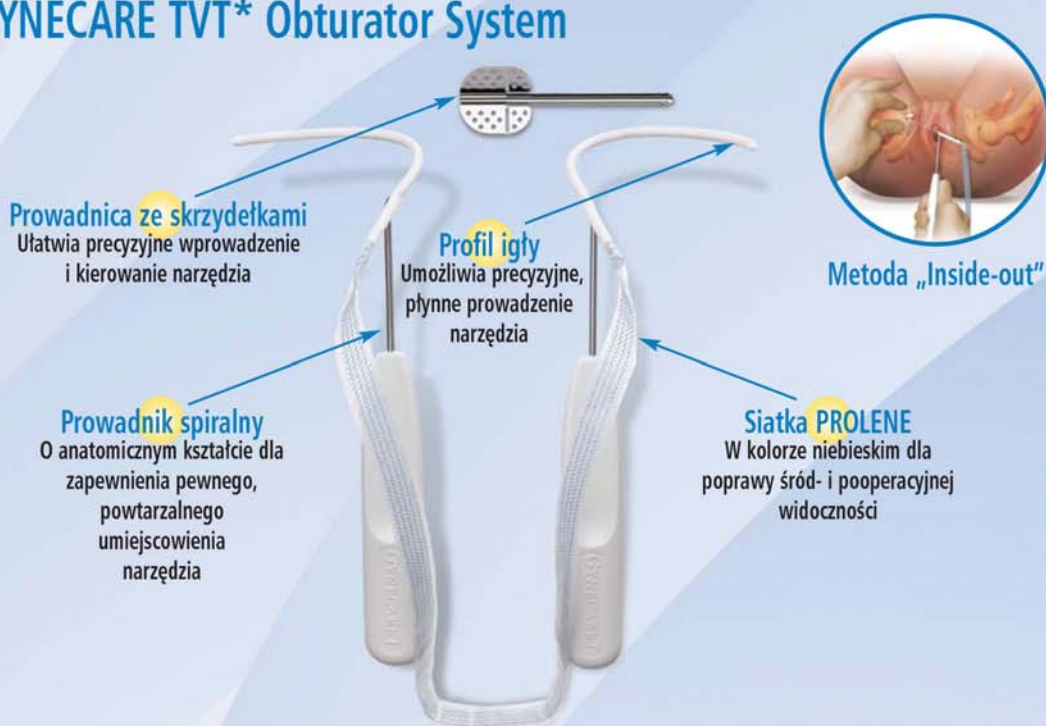
Systemu GYNECARE TVT* Obturator

do beznapięciowego podparcia cewki w leczeniu nietrzymania moczu

Zaprojektowany dla maksymalnego bezpieczeństwa

- **Unika ingerencji w przestrzeń załonową**
 - Korzystny dla wybranej grupy pacjentek
- **Porównanie z innymi produktami wykorzystującymi dostęp zasłonowy**
 - GYNECARE TVT* Obturator System zakładany jest techniką „od wewnątrz na zewnątrz” („inside-out”), polegającą na prowadzeniu narzędzia z dala od cewki moczowej i pęcherza moczowego, co zmniejsza ryzyko uszkodzenia cewki lub pęcherza
 - Posiada wszystkie zalety GYNECARE TVT*
 - Niewielkie nacięcie umożliwiające precyzyjne umieszczenie taśmy w okolicy środkowej części cewki moczowej
 - Stosowana jest ta sama siatka polipropylenowa (PROLENE*) o udowodnionym bezpieczeństwie i efektywności w ciągu 7 lat doświadczeń klinicznych
 - Anatomicznie ukształtowane narzędzia o profilu bezpieczeństwa nie spotykanym wśród innych narzędzi zasłonowych

GYNECARE TVT* Obturator System



GYNECARE TVT* – Złoty standard postępowania o udokumentowanej długotrwałej skuteczności i bezpieczeństwie

- 7 lat klinicznego doświadczenia opisanego zgodnie z najwyższymi standardami EBM²
 - 81% pacjentek całkowicie wyleczonych
 - znacząca poprawa u 16% pacjentek
- Ponad 500 000 leczonych pacjentek na całym świecie
- Najbardziej opłacalna metoda spośród współcześnie stosowanych metod leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet³

Piśmiennictwo:

1. De Leval. Novel surgical technique for the treatment of female stress urinary incontinence: transobturator vagina tape inside-out. *Eur Urol.* 2003; 44 (6): 724-730. 2. Nilsson GC, Rezapour M, Falconer C. 7 year follow-up of the tension-free vaginal tape (TVT) procedure. *International Urogynecology Journal*, IUGA Abstract#116 (89); October 2003. 3. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia: Porównawcza ocena technologii chirurgicznego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet – Ocena Technologii Medycznych, 2001.

* Znak handlowy

Gynecare
TVT Obturator System

Johnson & Johnson Poland Sp. z o.o.
ul. Szyszkowa 20, 02-285 Warszawa,
tel. (48-22) 668 00 00, faks: (48-22) 668 00 01
www.gynecare.com