

LECZENIE OPERACYJNE NTM W POLSCE

POTRZEBNE ZMIANY W REFUNDACJI

PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH

Pracownie urodynamiczne - woj. świętokrzyskie

Leczenie z użyciem taśm na Lubelszczyźnie

Jak znowelizować rozporządzenie?

Od kilku tygodni środowiska pacjentów, urzędników oraz przedsiębiorstw zaopatrujących nas w wyroby medyczne żyją nagłośnioną przez NFZ sprawą nadużyć w refundacji przedmiotów ortopedycznych. Okazuje się, że większość sprzedawanych w Polsce przedmiotów ortopedycznych jest sprowadzana z krajów azjatyckich, a następnie sprzedawana w Polsce z marżą sięgającą kilkuset procent. Urzędnicy łódzkiego oddziału NFZ poinformowali media, że wykryli nadużycia na wiele milionów złotych, których ofiarą padł budżet państwa, czyli wszyscy podatnicy. Czy faktycznie mamy do czynienia z nadużyciem? W moim przekonaniu nie ma tutaj żadnego nadużycia. Problemem jest limit cen ustalony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, dodajmy, rozporządzenia w swojej treści praktycznie nie zmienianego od 1999 roku. Tam gdzie decyduje wolny rynek, marże są na poziomie kilku do kilkudziesięciu procent, tam gdzie ingeruje minister, mamy sztucznie zawyżane ceny i gotowe afery. Nieprawdą jest, iż nadużyć dokonują dystrybutorzy. Oni jedynie bezlitośnie wykorzystują indolencję ministrów, zajętych wielką polityką i zarabiają tak dużo, na ile im politycy pozwolą. Jestem pewien, iż gdyby podniesiono limit ceny np. na stabilizatory kolana z 600 zł do 1000 zł, zdecydowana większość sprzedawców natychmiast podniosłaby ceny tych produktów do wyższej kwoty, nadal zaopatrując się w stabilizatory marnej jakości za 60 zł. Należy dodać, iż tak prowadzoną polityką, a raczej jej brakiem, kolejni ministrowie doprowadzili do skrajnego bankructwa krajowych producentów, którzy nie byli w stanie sprostać azjatyckiej konkurencji cenowej.

W efekcie obecny rząd musi zmierzyć się z koniecznością głębokiej nowelizacji rozporządzeń określających refundację przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych. Jest to zadanie karkołomne, biorąc pod uwagę problemy z uzyskaniem podstawowych danych niezbędnych do przeprowadzenia analiz oraz czas jaki pozostał do końca roku.

Dlatego uważam, iż najbardziej racjonalne byłoby podzielenie tej bez wątpienia niezbędnej nowelizacji na dwa etapy. Pierwszy powinien obejmować zmiany, które wręcz wypada już wprowadzić. Należy do nich z pewnością ograniczenie konieczności naciągania zleceń. Mam tutaj na my-

śli w szczególności kuriozum jakim jest wypisywanie pieluch i pieluchomajtek na nowotwory zamiast na nietrzymanie moczu oraz dyskryminacja nie będących czynnie zawodowo osób z obustronnym niedosłuchem (obecnie wg rozporządzenia osoby takie mogą uzyskać w ramach refundacji tylko jeden aparat słuchowy). Tego typu koniecznych zmian jest więcej. Ważne, aby wysłać wyraźny sygnał, iż tym razem Minister Zdrowia poważnie podchodzi do problemu osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych. Kolejna, duża nowelizacja powinna być wypadkową tego co najlepsze w Europie. Pamiętajmy, iż w czasie gdy w Polsce zmieniali się kolejni ministrowie zdrowia, w innych krajach prowadzono intensywne prace nad znalezieniem optymalnych rozwiązań w tej dziedzinie. Warto uczyć się na błędach innych. Limit własnych błędów już dawno został przekroczony, o czym świadczy chociażby opisana wyżej afera z wysokimi marżami. Zanim więc zaczniemy bezmyślnie obniżać limity cen na wszystkie przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, skazując się na wątpliwej jakości produkty, warto przyjrzeć się naszym sąsiadom z Unii Europejskiej (Czechy, Węgry, Słowacja, Niemcy). Jak daleko odbiegamy od standardów krajów nam najbliższych, będziemy prezentować w kolejnych numerach Kwartalnika NTM.

Tomasz Michałek



Spis treści

4 (19) 2006

LECZENIE OPERACYJNE

- Polski rynek leczenia operacyjnego J. Kanabrocka 4
 TVT Secur - nowy sposób leczenia wysiłkowego NTM u kobiet prof. W. Baranowski . . . 6

- Nowości w leczeniu nietrzymania moczu w 2006 r. dr P. Dobroński, dr P. Radziszewski 7
 Potrzebna jest szczerść - wywiad z prof. A. Steciwko 9

- Problem z innowacjami M. Sitek 10
 Wymiana doświadczeń M. Banaszak 12

- NFZ nie przepłaca J. Kanabrocka 13

- OPS-y a chorzy na NTM M. Żeglińska 14

PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

- Równy dostęp do pieluch M. Kowalewska 15

- Wykazy refundowanych środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych
 - krótka historia T. Bochenek 16

- Wciąż w tyle Europy M. Kowalewska 17

- Co dalej z rozporządzeniami J. Góralczyk 18

- Ranking oddziałów NFZ 18

- Niepełnosprawni domagają się swoich praw J. Kanabrocka 19

- Leczenie operacyjne na Lubelszczyźnie 20

- Pracownie urodynamiczne - województwo świętokrzyskie 21

- LISTY 22

Do Czytelników

W bieżącym numerze *Kwartalnika* próbujemy dokonać pewnego rodzaju podsumowań medycznych i społecznych aspektów dotyczących osób z nietrzymaniem moczu. Joanna Kanabrocka w swoim artykule nt. polskiego rynku leczenia operacyjnego przekonuje nas, że jakość operacyjnego leczenia NTM w Polsce nie odbiega od standardów światowych i że skuteczność leczenia dorównuje najnowszym danym literaturowym. Na potwierdzenie tej tezy prof. W. Baranowski wprowadza nas w swoim materiale w najnowszą i już dostępną w Polsce technikę leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet pod nazwą TVT Secur.

Tymczasem dr P. Dobroński oraz dr P. Radziszewski odkrywają przed nami najbardziej interesująca nowości leczenia nietrzymania moczu zaprezentowane podczas tegorocznego kongresu Europejskiego Towarzystwa Urologicznego w Paryżu. Marcin Sitek natomiast zwraca się z problemem leków innowacyjnych stosowanych w leczeniu nietrzymania moczu. W Polsce leki te nie są refundowane, chociaż ich stosunkowo wysoka skuteczność zachęca do wykorzystywania w terapii.

Zapraszamy Państwa również do wywiadu z prof. A. Steciwko oraz krótkiego podsumowania tegorocznego kongresu PTG oraz Polsko-Norweskiego Sympozjum.

Na łamach *Kwartalnika* kontynuujemy również otwartą dyskusję na temat potrzeby zmiany zasad refundowanych środków pomocniczych oraz przedmiotów ortopedycznych, regulowanych rozporządzeniami Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 r. w sprawach wykazu wyrobów medycznych (...) oraz limitów cen (...). O historii tworzenia rozporządzeń opowiada Tomasz Bochenek, który potwierdza w swoim artykule rozdzwięk pomiędzy zawartością wykazów refundacyjnych a ofertą rynkową. Można odnieść wrażenie, że przy tworzeniu rozporządzeń zapomniano o pacjentach: o równym dostępie osób z NTM do pieluch i pieluchomajtek, o nieodpłatnych cewnikach zewnętrznych oraz workach do zbiórki moczu, o równym traktowaniu osób pracujących i niepracujących mających obuuszny ubytek słuchu, o osobach z wylonioną stomią, którym zaniżono limit woreczków... Przykładów można by przytaczać jeszcze wiele, do komentarza na ten temat przyłączył się również Józef Góralczyk z Małopolskiego Sejmiku Organizacji Osób Niepełnosprawnych. Zachęcamy gorąco i Państwa do dyskusji na ten temat.

A rok 2006 powoli dobiega końca. W imieniu całej Redakcji dziękujemy Państwu za towarzyszenie nam przez te dwanaście miesięcy, za owocne opinie i ciekawe listy. Życzymy Państwu spokojnych i - przede wszystkim - zdrowych Świąt Bożego Narodzenia i niech nowy rok będzie dla nas wszystkich okresem pozytywnych zmian.

Magdalena Kowalewska

Kwartalnik nTm



Program
 Prospołeczny
 „NTM -
 Normalnie
 Życ”

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 Warszawie

Zespół redakcyjny: Joanna Barańska,

Karolina Ciepła, Elżbieta Mamos

Komentatorzy: Józef Góralczyk,

Elżbieta Szwałkiewicz, 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 3000 egzemplarzy.

Wydawca:

Studio PR

Realizacja wydawnicza:

Warsaw Voice SA

Polski rynek leczenia operacyjnego

Joanna Kanabrocka

Chirurgiczne leczenie nietrzymania moczu można podzielić na dwie podstawowe grupy: zabiegi z użyciem taśm oraz operacje bez ich użycia, czyli wszystkie pozostałe.

Operacje z użyciem taśm

Najpopularniejszymi zabiegami przeprowadzanymi u kobiet cierpiących na NTM są operacje z użyciem taśm. Z danych Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że w latach 2004-2005 liczba operacji z użyciem taśm była około czterech razy większa od łącznej liczby wszystkich operacji bez użycia taśmy.

Obecnie zabiegi tego rodzaju zaczyna się uznawać za tzw. „złoty standard” w leczeniu wysiłkowego NTM. W Polsce wykonywane są różne rodzaje operacji z użyciem taśm: TVT (ang. tension free vaginal tape), TOT (ang. trans obturator tape), IVS (ang. intravaginal sling). Różnica między nimi polega na rodzaju taśm (mono i multiflamentowe) oraz ich charakterystyce biomechanicznej, a także instrumentarium służącemu implantacji. Skuteczność większości dostępnych na rynku systemów do leczenia operacyjnego nietrzymania moczu jest podobna.

Operacje z użyciem taśmy TVT są wykonywane w Polsce od długiego czasu. W tym roku minęło już dziesięć lat od wprowadzenia ich na nasz rynek. Jedna z firm produkujących taśmy opublikowała wyniki siedmioletnich obserwacji, z których wynika, że 81% pacjentek operowanych tą metodą wyleczono całkowicie, a znacząca poprawa nastąpiła u 16% chorych. Ciągłe prowadzone są badania w celu udoskonalenia zarówno metod implantacji taśm jak i samych materiałów do implantacji. W ich wyniku kilka lat temu wprowadzono TVT-O (operacja z dostępu przez otwory zasłonięte), a od września 2006 - TVT Secur (zabieg wymagający jedynie dostępu od strony pochwy). Procedura TVT Secur umożliwia bardzo szybkie (nawet ambulatoryjne) wykonanie zabiegu w znieczuleniu miejscowym. Według profesora Tomasza Rechbergera -

przewodniczącego Sekcji Uroginekologii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego „najpopularniejsze w chwili obecnej są zabiegi pętlowe typu TVT i pochodne zabiegów TVT, jak np. IVS, przy czym od mniej więcej dwóch lat bardzo dużą popularnością cieszy się odmiana operacji pętlowej wykonywana przez otwór zasłonięty”.

Mimo tak dobrych notowań nie ma stuprocentowej pewności, że pacjentka zostanie wyleczona. Specjaliści szacują, że po zabiegu z użyciem taśmy ok. 70-90 procent chorych powraca do zdrowia. Operacje te są obciążone stosunkowo niewielką liczbą powikłań. Według dr Roberta Kozłowskiego - ordynatora Oddziału Urologii w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku - „częstość występowania powikłań po zabiegach wszczepienia taśmy z powodu NTM jest określana na ok. 6-10%. Część tych powikłań, jak np. erozja taśmy do światła pęcherza moczowego, erozja taśmy do światła pochwy lub zwężenie cewki moczowej, wymaga leczenia operacyjnego.” W oddziale kierowanym przez dr Kozłowskiego w latach 2004-2006 leczono sześć pacjentek operowanych w różnych ośrodkach regionu północno-wschodniej Polski, u których stwierdzono powyższe powikłania.

Czas rehabilitacji po wszczepieniu taśmy wynosi od 2 do 6 tygodni. Zwykle po tym okresie pacjentka może powrócić do normalnej aktywności fizycznej. Oczywiście należy ograniczyć wówczas bardzo ciężką pracę fizyczną.

Operacje bez użycia taśm

W szpitalach wykonywane są również operacje bez użycia taśm. W przypadku leczenia wysiłkowego NTM metodą najbardziej znaną i mającą stosunkowo duży odsetek powodzeń jest kolposuspensja (podwieszenie ściany pochwy) sposobem Bur-



cha. Jednak i ta metoda stosowana jest już coraz rzadziej na rzecz równie efektywnych, a mniej inwazyjnych procedur operacyjnych na wprowadzeniu taśm polipropylenowych.

Ze względu na niską skuteczność zaprzestano wykonywania przedniej plastyki pochwy i przepochwowego igłowego podwieszenia szyi pęcherza. Bardzo rzadko wykonuje się załonowe podwieszenie szyi pęcherza (operacja MMK). Nadal wykonywane są natomiast operacje pętlowe (ang. sling) z zastosowaniem powięzi własnej ze względu na wysoką skuteczność w przypadkach tzw. skomplikowanego NTM (np. wcześniejsze niepowodzenia leczenia operacyjnego lub nawroty NTM).

Wszczepienie sztucznego zwieracza hydraulicznego ma zastosowanie u tych chorych, u których nie powiodło się wielokrotne leczenie operacyjne lub u chorych, u których występuje ciężka niewydolność zwie-

racza zewnętrznego cewki moczowej. Sztuczne zwieracze cewkowe są urządzeniami trwałymi, ale kosztownymi (w Polsce ok. 25 tys. zł). Zwieracze wszczepia się głównie u mężczyzn, kobiety stanowią ledwie ok. 10 % wszystkich operowanych.

Refundacja

Kwestię refundacji zabiegów reguluje Zarządzenie Prezesa NFZ nr 12/2006 z dn. 23 lutego 2006 r. Operacyjne leczenie nietrzymania moczu jest w 100% refundowane przez NFZ (wyjątek stanowią materiały wstrzykiwane i neurostimulatory, które nie są refundowane w ogóle). Implantacja lub wymiana hydraulicznego zwieracza cewki moczowej to zabieg wprowadzony do katalogu procedur refundowanych przez NFZ dopiero od jesieni 2005 roku - wcześniej zgodę na refundację można było uzyskać po zaakceptowaniu przez NFZ wniosku indywidualnego.

Refundacji nie podlegają również operacje łączone np. związane z zaburzeniami statyki dna miednicy i NTM. Pacjentkę, która cierpi na te dwie dolegliwości trzeba operować dwukrotnie - raz z powodu zaburzeń statyki i kolejny raz - lecząc nietrzymanie moczu.

W roku 2004 na leczenie operacyjne NTM Narodowy Fundusz Zdrowia wydał kwotę 13,7 mln zł. Suma ta jest stosunkowo niewielka w porównaniu do kwoty jaka w tym samym roku została przeznaczona na refundację środków wchłaniających (101,5 mln zł).

Ginekologia czy urologia?

Zabiegi wykonywane są w oddziałach: położnictwa i ginekologii, urologii oraz ginekologii onkologicznej. Do początku lat 90-tych chirurgicznym leczeniem nietrzymania moczu zajmowali się głównie urodzicy. Wtedy to, po opracowaniu przez Ulmstena i Petrosa (ginekologów) podstaw naukowych tzw. Teorii integralnej po raz pierwszy wykonano operacje z zastosowa-

niem taśm. Od tego czasu operacje na nietrzymanie moczu coraz częściej zaczęto wykonywać na oddziałach ginekologicznych. Obecnie zabiegi nietrzymania moczu są wykonywane częściej przez ginekologów niż urologów. Można to wiązać z większą dostępnością ginekologa dla pacjentek (nie potrzeba skierowania) oraz większą liczbą oddziałów ginekologicznych. „Jeżeli chodzi o leczenie powikłań po implantacji taśm to nadal są one leczone głównie w oddziałach urologicznych“ - twierdzi profesor Andrzej Borówka, Krajowy Konsultant w Dziedzinie Urologii.

Wyjątek stanowi implantacja sztucznego zwieracza (pełna nazwa: hydrauliczny zwieracz cewki, ang. AUS - artificial urinary sphincter), którą przeprowadza się wyłącznie w oddziale urologii. W Polsce są dwa ośrodki, w których wykonuje się zabieg implantacji lub wymiany hydraulicznego zwieracza cewki moczowej. Są to Międzyzleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie oraz Szpital Uniwersytecki im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy. Najdłuższe doświadczenie w wykonywaniu tego typu operacji ma oddział urologii w Międzyzlesiu kierowany przez profesora Borówkę. W ciągu ostatnich kilku lat wykonano tam ponad sześćdziesiąt zabiegów wszczepienia sztucznego zwieracza.

W tym miejscu warto wspomnieć o stosunkowo nowej dyscyplinie, która dopiero się rozwija, a mianowicie o uroginiekologii. To dziedzina interdyscyplinarna, która daje pole do działania zarówno urologom, jak i ginekologom. Operację będzie mógł przeprowadzić lekarz, który przejdzie szkolenie i uzyska odpowiedni certyfikat. Powstanie tej dyscypliny to szansa na podniesienie jakości serwisu uroginiekologicznego.

Jakość leczenia w Polsce

Jakość operacyjnego leczenia NTM w Polsce nie odbiega od standardów światowych. Wypełniamy wszystkie zachodnie standardy, a skuteczność leczenia nie odbiega od najnowszych danych literaturo-

wych. Wszystkie nowoczesne techniki są wprowadzane na Polski rynek niemalże natychmiast. Klinika Ginekologii Akademii Medycznej w Lublinie kierowana przez profesora Rechbergera często bierze udział w testowaniu nowych systemów operacyjnych. Czasami więc są one używane w Polsce nawet wcześniej niż w innych krajach.

W ostatnim Sympozjum Naukowym Sekcji Uroginiekologii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (Lublin, maj 2005) uczestniczyło ponad tysiąc ginekologów i urologów z całej Polski. Podczas zjazdu prezentowano światowe nowości w tej dziedzinie. Nasi lekarze są zatem szkoleni w zakresie nowoczesnego postępowania z pacjentami chorymi na NTM.

Poprawie powinien natomiast ulec system współpracy pomiędzy szpitalami a NFZ. Problem jest tu taki sam jak na wszystkich innych oddziałach - niewystarczające limity. Według profesora Borówki w Polsce brakuje też ośrodków specjalizujących się w leczeniu nietrzymania moczu, które są intelektualnie i klinicznie do tego przygotowane. Ośrodki takie powinny oferować chorym kompleksowe leczenie tej choroby. Problemu NTM nie da się bowiem podzielić na oddzielne kawałki, np. operacje z użyciem taśm, wszczepianie zwieracza, czy leczenie farmakologiczne. Zespół lekarzy, który zajmowałby się leczeniem powinien znać zagadnienie nietrzymania moczu dogłębnie oraz panować nad całościowym leczeniem pacjenta. Ważne jest też indywidualne podejście do każdego pacjenta. Chirurgia nie polega bowiem wyłącznie na operowaniu. Profesor Borówka twierdzi, że „lekarzem jest się wtedy, kiedy ma się czas na porozmawianie z chorym. Ludzie nie są bowiem przedmiotem, tylko podmiotem leczenia. Dlatego potrzebny jest lekarz, który zna się na problemie, ma czas dla chorego i poświęca się swojemu zawodowi, bo w przeciwnym razie to wszystko można spłaszczyć i sprowadzić do poziomu hydrauliki.“

Liczba procedur i wydatki NFZ w zakresie lecznictwa szpitalnego związane z NTM

Rodzaj świadczenia zdrowotnego	Wartość punktowa	2004		2005	
		Liczba procedur	Kwota refundacji	Liczba procedur	Kwota refundacji
Operacje pochwowe lub nadłonowe z użyciem taśmy	250 pkt	4005	9 867 365,00	3976	9 986 407,50
Operacje pochwowe lub nadłonowe bez użycia taśmy	220 pkt	1501	3 214 293,20	1125	2 471 942,00
Implantacja lub wymiana hydraulicznego zwieracza cewki moczowej*	2 550 pkt	brak	nierefundowane	brak	nierefundowane

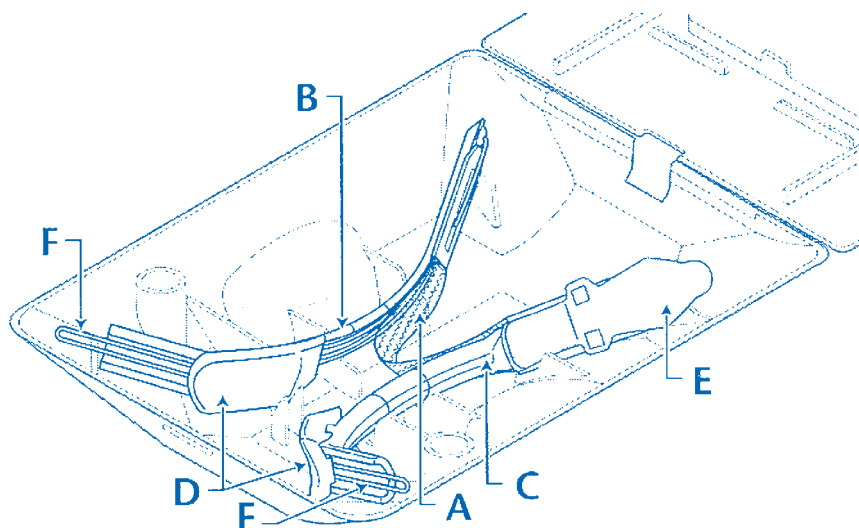
* na liście refundowanych świadczeń NFZ od 2006 roku

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia

TVT Secur - nowy sposób leczenia wysiłkowego NTM u kobiet

prof. dr hab. n. med. Włodzimierz Baranowski

Kierownik Kliniki Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej, Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie



A- implant podcewkowy z polipropylenu (długość 8 cm) zakończony rozpuszczalnym grotem
B- prowadnica niezabezpieczona, C- prowadnica zabezpieczona, D- podkładki
E- osłona ochronna, F- drut zwalniający

System TVT Secur jest przeznaczony do leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet, spowodowanego nadmierną ruchomością cewki moczowej i/lub niewydolnością jej zwieracza wewnętrznego (ISD). Implant można umieścić zarówno w pozycji „U” analogicznej do klasycznej drogi załonowej, jak i „hamakowej” podobnej do techniki przezzałonowej (inside-out). Wybór drogi operacyjnej zależy od decyzji operatora, jednakże z zachowaniem zasady założenia taśmy implantu pod środkową częścią cewki moczowej, tak jak w klasycznej operacji pętlowej. Zasadniczą część zestawu stanowi monofilamentowa taśma polipropylenowa zakończona rozpuszczalnym w czasie 90 dni grotem zbudowanym z mieszaniny poliglaktyny 910 (Vicryl) i poli-p-dioksanonu (PDS). Skład zestawu przedstawiono na załączonej rycinie.

Ze względu na minimalną inwazyjność zastosowanej techniki operacyjnej zabieg może być przeprowadzony w znieczuleniu miejscowym. Możliwe są oczywiście również znieczulenia przewodowe lub krótkotrwałe ogólne. Operacja odbywa się tak jak w przypadku innych operacji przepochwowych w pozycji litotomijnej.

Obserwacje dotyczących wykonanych zabiegów oraz przebiegu okresu pooperacyjnego u pacjentek leczonych w Klinice Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej WIM w Warsza-

wie pozwalają jedynie na wstępną ocenę zalet i wad implantu TVT Secur. Operacja związana z założeniem implantu jest bardzo krótka - trwa zwykle około 5-7 minut. Ze względu na minimalne nacięcie przedniej ściany pochwy zwykle obserwuje się jedynie niewielkie krwawienie. Dodatkową zaletą zestawu TVT Secur jest brak nacięć skóry kroczka, które to nacięcia wykonujemy w przypadku stosowania innych technik operacyjnych. Niewielka inwazyjność zabiegu zmniejsza do minimum uraz okołoperacyjny. W związku z powyższym w przebiegu pooperacyjnym nie obserwujemy u pacjentek praktycznie żadnych dolegliwości. Ze względu na minimalną powierzchnię preparatyki tkankowej wydaje się całkiem realne wykonywanie tej procedury z zastosowaniem znieczulenia miejscowego, przy zachowaniu pełnego komfortu pacjentki i operatora. Procedura wymaga jedynie elementarnego instrumentarium operacyjnego co sprawia, że mimo dosyć jeszcze wysokich kosztów zestawu, jest to zabieg ekonomicznie uzasadniony.

Ze względu na niedawne wprowadzenie zestawu do praktyki klinicznej (wrzesień 2006), nie można wypowiadać się odnośnie skuteczności i odległych efektów operacji z zastosowaniem TVT Secur, tym niemniej jednak, wykonane dotychczas badania laboratoryjne i eksperymenty na zwierzętach, upoważniają do stwierdzenia o skuteczności systemu porównywalnej do efektywności stosowanych obecnie operacji slingowych, zarówno z dostępu załonowego jak i drogą przez otwory zasłonięne. Wydaje się, że w nieodległej przyszłości zalety systemu TVT Secur sprawią, że będzie zastępował stosowane dotychczas techniki operacyjne.

Pełny artykuł na temat TVT Secur ukazał się na łamach Newslettera NTM opublikowanego na stronie www.ntm.pl



Uczestnicy warsztatów ginekologicznych poświęconych metodzie TVT Secur pod przewodnictwem prof. W. Baranowskiego (drugi z prawej) - WIM, Warszawa, 23.10.2006

Nowości w leczeniu nietrzymania moczu w 2006 r.

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

Co roku na świecie odbywa się wiele kongresów naukowych poświęconych między innymi nietrzymaniu moczu. Można na nich znaleźć wiele doniesień o nowych, obiecujących metodach leczenia. Kongresy mają to do siebie, że prace prezentowane na nich ukazują się znacznie szybciej niż w czasopiśmie, z drugiej zaś strony bardzo restrykcyjny system recenzowania prac gwarantuje ich wysoką jakość.

Na łamach *Kwartalnika* prezentujemy Państwu przegląd doniesień z tegorocznego Kongresu Europejskiego Towarzystwa Urologicznego (EAU), który odbył się 5-8 kwietnia w Paryżu. Zgromadził on rekordową liczbę 11 656 uczestników, w tym 8939 samych delegatów biorących udział w obradach. Poniżej zostaną omówione najważniejsze prace z podziałem na rodzaje nietrzymania moczu.

Wysiłkowe nietrzymanie moczu

Postęp nauki jest uwarunkowany, oprócz badań klinicznych, badaniami eksperymentalnymi nad etiopatogenezą nietrzymania moczu. Obecnie cały czas trwają badania zmierzające do opracowania sposobów leczenia wysiłkowego NTM poprzez stosowanie preparatów doustnych. Na chwilę obecną jedynym takim preparatem jest duloksetyna (Yentreve, niedostępna w Polsce).

Estrogeny

W badaniach eksperymentalnych na myszach stwierdzono, że zależna od nNOS (neuronalna synteza tlenu azotu) relaksacja zwieracza może być zależna od estrogenów, to znaczy, że wysokie stężenie estrogenów hamuje syntezę i relaksację powodując wzrost napięcia zwieracza (74). Jeśli te doniesienia wstępne znalazłyby potwierdzenie w dalszych eksperymentach, otworzyłyby to drogę do leczenia niektórych form wysiłkowego NTM poprzez estrogenoterapię i/lub stosowanie preparatów modyfikujących ekspresję syntezy tlenu azotu lub samego tlenu azotu.

Komórki macierzyste

W badaniach klinicznych przedstawiono nowe obserwacje dotyczące wykorzystania

komórek macierzystych w leczeniu wysiłkowego NTM. Grupa z Uniwersytetu w Innsbrucku zaprezentowała swoje wyniki zastosowania autologicznych mioblastów w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu u 111 kobiet i 45 mężczyzn. Wyleczenie uzyskano u 71 % pacjentów. Badania te pokazują, że zastosowanie komórek macierzystych w uroginologii to już rzeczywistość. Problemem oczywiście pozostaje nadal dostępność leczenia (jeden ośrodek na świecie) oraz jego koszt (zabieg kosztuje ok. 8 tys. euro). Jest to jednakże bez wątpienia interesująca, małoinwazyjna opcja terapeutyczna, w której wykorzystuje się własny biomateriał pobrany od pacjenta i przetworzony w warunkach *in vitro* (70).

Stymulacja magnetyczna

Nadal nie jest jasne miejsce stymulacji magnetycznej mięśni krocza w leczeniu wysiłkowego NTM. Ta nieinwazyjna metoda leczenia ma tylż zwolenników ilu przeciwników. Na kongresie EAU przedstawione zostały dwa sprzeczne doniesienia - jedno oceniające ją bardzo pozytywnie i drugie kwestionujące jej skuteczność.

Wydaje się, że na chwilę obecną nie jest to metoda postępowania, która może być rekomendowana jako sposób leczenia wysiłkowego NTM i należy poczekać na dalsze randomizowane badania kliniczne oceniające jej skuteczność (81 - nieskuteczna, 535 - skuteczna).

Taśmy syntetyczne

Leczenie operacyjne wysiłkowego nietrzymania moczu to nadal i przede wszystkim taśmy syntetyczne. W odniesieniu do sposobów zakładania taśmy pod cewkę środkową na czoło wysuwa się obecnie metoda dostępu przez otwory zasłonięte (TOT).

Kilka badań porównujących TOT z TVT (977, 979, 982) wykazało podobną skuteczność, ale niemal dwukrotnie krótszy (śr 15 vs 25 minut) czas zabiegu z dostępu TOT. Wykazano, że TOT jest bezpieczniejszy w kategorii powikłań śródoperacyjnych (gł. perforacja pęcherza), natomiast w odniesieniu do powikłań późnych stwierdzone zostały dość częste erozje TOT (1131). Analizując rodzaj użytej taśmy stwierdzono 4,7% erozji dla taśmy Obtape oraz

wykazano zdecydowanie większy odsetek erozji taśm TOT poliflamentowych w porównaniu z monofilamentowymi. I tak dla taśm IVS stwierdzono 14% erozji w porównaniu z 0% dla taśm Monarc, TVT oraz Sparc (1136).

Tu ważna uwaga - ponieważ mamy obecnie do czynienia z zalewem rynku przez różne taśmy i ich klony, należy zawsze podawać oryginalną nazwę taśmy, pamiętając dla przykładu że TVT odnosi się jedynie do taśm Johnson & Johnson, a TOT do taśm Porgesa.

Założenie taśmy pod cewkę środkową, pomimo że z założenia ma być beznapięciowe, wiąże się z występowaniem powikłań pod postacią przeszkody podpęcherzowej prowadzącej do zalegania moczu po mikcji, a niekiedy do zatrzymania moczu. Mówiąc o tego rodzaju powikłaniach operacyjnego leczenia wysiłkowego NTM należy podkreślić, że przeszkoda podpęcherzowa prowadząca do utrudnionego opróżniania pęcherza lub też zatrzymania moczu, nie może być określana mianem hiperkontynencji. Nie jest to bowiem nadmierne trzymanie moczu w trakcie napełniania pęcherza (hiperkontynencja), a zatrzymanie moczu w fazie jego opróżniania.

Przecięcie lub usunięcie taśmy w przypadku powstania przeszkody podpęcherzowej przynosi na ogół ustąpienie objawów z zachowaniem kontynencji u około połowy operowanych. Szansa na zachowanie efektu leczenia operacyjnego (kontynencję) jest tym większa, im później od zabiegu taśma jest przecięta/usunięta (1128, 1132, 1138-40).

Kontrowersyjną sprawą jest nadal stosowanie taśm w przypadku niewydolności zwieracza (ISD). Badania przeprowadzone w małych grupach pacjentek (986, 988) z zastosowaniem systemów Sparc i dostosowywanej pooperacyjnie taśmy systemu Reemex wykazały, że subiektywne wykładniki wyleczenia NTM (ale niezupełnego ustąpienia incydentów nietrzymania) są obserwowane u 70% pacjentów. Należy tu podkreślić stosunkowo krótki (jak dla zabiegów leczących nietrzymanie moczu) okres obserwacji wynoszący jedynie 3-6 miesięcy.

Balony ACT

Na kongresie przedstawiono też odległe obserwacje metody leczenia z zastosowaniem

▶ balonów ACT (system balonów wszczepianych pod szyję pęcherza, umożliwiający pooperacyjną regulację stopnia ich napełnienia). U 42 pacjentów wykazano 70% skuteczność tego rodzaju leczenia, ale u 26% pacjentów trzeba było usunąć balony z powodu migracji, erozji lub awarii (685).

Stosowanie taśm u mężczyzn

Coraz więcej doniesień mówi też o leczeniu wysiłkowego NTM u mężczyzn (jatrogenne nietrzymanie moczu po zabiegach operacyjnych) z zastosowaniem taśm syntetycznych, co stanowi interesującą alternatywę dla zabiegów implantacji sztucznego zwieracza.

Dwie prace były poświęcone metodzie zakładania u mężczyzn taśm syntetycznej przez otwory zasłonięte (523, 524). Po wykonaniu badań na zwłokach i stwierdzeniu, że metoda ta jest możliwa do wykonania i bezpieczna u 18 chorych dokonano implantacji, połowa pacjentów oceniła zabieg jako skuteczny i była bardzo zadowolona (brak było informacji odnośnie obiektywnych wykładników skuteczności leczenia).

Inną metodą stosowaną u mężczyzn są slingi syntetyczne mocowane do kości (525-7, 980). W obserwacjach średnio-odległych ich skuteczność jest oceniana 50-64%. Również u mężczyzn znajduje zastosowanie system balonów o regulowanej objętości, noszący w tym przypadku nazwę PROACT (527-9). Jego skuteczność oceniana jest na 21-68% (pacjenci wyleczeni), dodatkowo poprawa kliniczna obserwowana była u 40% pacjentów.

Nowy typ sztucznego zwieracza

Na kongresie pojawiły się też doniesienia o nowym typie sztucznego zwieracza (532), który reaguje wzrostem ciśnienia mankieta na gwałtowny wzrost ciśnienia śródbrzusznego (wysiłek, kaszel itp.), zaś w okresach gdy ciśnienie w jamie brzusznej jest niższe w mankiecie okołocewkowym jest utrzymywane niskie ciśnienie zamykające, co ma chronić cewkę moczową przed zanikiem tkanek z ucisku. Autorzy zaprezentowali swoje obserwacje w odniesieniu do 9 pacjentów po radykalnej prostatektomii.

Ciekawa praca, jednakże wymagająca dalszej weryfikacji na większej liczbie pacjentów, została zaprezentowana przez grupę autorów z Marburga (Niemcy). Zaproponowali oni tablele ułatwiające przepowiadanie ryzyka rozwoju NTM po RRP (534).

Analizując wyniki leczenia operacyjnego wysiłkowego nietrzymania moczu można zauważyć dużą rozbieżność w odniesieniu do wyników leczenia. Jest to związane z brakiem dokładnych kryteriów oznaczających wyleczenie w wielu badaniach.

W przypadku wysiłkowego NTM za takie powinno uważać się zupełne ustąpienie epizodów nietrzymania moczu w trakcie wysiłku.

Tymczasem wielu badaczy za wyleczenie uważa subiektywną poprawę jakości życia czy też redukcję w liczbie zużywanych podpasek i wkładek. Jest to oczywistym błędem i dlatego do wyników prac, które nie podają zastosowanych kryteriów bądź podają je w sposób niejasny, należy podchodzić z dużą rezerwą.

Duloksetyna u mężczyzn

Terapia doustna wysiłkowego nietrzymania moczu z zastosowaniem duloksetyny była przedmiotem badań w grupie pacjentów po prostatektomii radykalnej (530-1). Prezentowane dane są rozbieżne według jednej z prac - dodatek duloksetyny do ćwiczeń poprawia powrót kontynencji, według innej nie. Należy tu zauważyć, że zastosowanie duloksetyny u mężczyzn ma na chwilę obecną charakter eksperymentalny z uwagi na brak jej rejestracji u płci męskiej.

Pęcherz nadreaktywny

W badaniach eksperymentalnych nad przyczynami powstawania zespołu pęcherza nadreaktywnego z sugerowano, że stopień ekspresji receptora waniloidowego (VR) może mieć wpływ na powstawanie parć nagłych u kobiet. Być może ma to związek z nasileniem impulsacji czuciowej w trakcie wypełniania się pęcherza moczowego (79). Przedstawionych zostało kilka badań epidemiologicznych oceniających występowanie zespołu pęcherza nadreaktywnego w krajach europejskich. Badanie EPIC -przeprowadzone wśród 14 666 osób, w tym 5460 mężczyzn z 4 krajów Europy, wykazało że pęcherz nadreaktywny mężczyzn i kobiet po 40 r.ż. występuje równie często (13,4% i 14,9%) (372,373). Należy jednak zwrócić uwagę, że badania ankietowe w przypadku pęcherza nadreaktywnego mogą prezentować fałszywie zawyżoną liczbę pacjentów, z uwagi na niewykluczenie np. pacjentów z infekcją lub kamicą dróg moczowych.

Badanie PURE (Prospective Urinary Incontinence Research) (826-7), które miało charakter obserwacyjny i nieinterwencyjny objęło 9500 kobiet oraz 1055 lekarzy z 14 krajów europejskich, wskazało na niepokojący fakt, że aż 43% pacjentek było konsultowanych ponad 3 lata od wystąpienia 1-szych objawów pęcherza nadreaktywnego. Oznacza to znaczne opóźnienie w rozpoczęciu leczenia. Warto tu przypomnieć, że leczenie pęcherza nadreaktywnego rozpoczyna się po wykluczeniu lokalnych czynników mogących wywoływać podobne objawy (a więc w praktyce po wykonaniu badania USG oraz badania ogólnego moczu).

Leczenie farmakologiczne

W farmakoterapii pęcherza nadreaktywnego lekami pierwszego rzutu pozostają nadal leki antycholinergiczne. Zgodnie z zaleceniami odnośnie badań klinicznych nowych leków

należy je wykonywać porównując lek badany do najlepszego aktualnie dostępnego na rynku.

Te kryteria spełnia badanie STAR, które porównywało solifenacynę i tolterodynę. W badaniu STAR wykazano, że wzrost dawki może przynieść pozytywny efekt u pacjentów opornych na farmakoterapię niższymi dawkami. Ponadto wykazano przewagę solifenacyny nad tolterodyną w zmniejszaniu ilości epizodów nietrzymania moczu z parcia oraz samych parć nagłych (380).

Prezentowane były też wyniki badań III fazy - fesoterodyny (będącej metabolitem tolterodyny). Wykazana została jej skuteczność i bezpieczeństwo w dawkach 4 i 8 mg oraz większą skuteczność w porównaniu z tolterodyną 4 mg ER (379).

Cały czas trwają też badania nowych możliwości leczenia pęcherza nadreaktywnego. Przykładem nowego potencjalnie użytecznego leku jest cytrynian cizoliryny, którego proponowany mechanizm działania sprowadza się do modulacji r steżeń CGRP/SP we włóknach aferentnych na poziomie rdzenia kręgowego. W badaniu II fazy wykazano wstępną skuteczność tego preparatu w leczeniu objawów pęcherza nadreaktywnego (680).

Nowa metoda leczenia neurogenego pęcherza nadreaktywnego została zaprezentowana przez badaczy z Włoch. Przedstawili oni swoje wyniki wstępne w grupie 18 pacjentów w stosowaniu endogennych peptydów orfaniny i nocycetyny w postaci wlewek, uzyskując poprawę kliniczną dolegliwości ze strony pęcherza (800).

Toksyna botulinowa

Toksyna botulinowa (BTX) zdobywa coraz większą liczbę zwolenników zarówno w idiopatycznym jak i neurogenym pęcherzu nadreaktywnym opornym na leczenie farmakologiczne. Przedstawiono kilkanaście prac oryginalnych dotyczących BTX. Transmisje na żywo z wykładów przedstawionych podczas warsztatów są dostępne na stronie internetowej www.esnu2006webcast.com.

Przedstawiono także pierwsze doniesienia zastosowania botuliny u dzieci. Toksyna botulinowa niewątpliwie jest skuteczna, przywraca kontynencję u około 75% leczonych, a jej efekt utrzymuje się po jednorazowym podaniu od 3-4 do 10-12, a nawet do 14 miesięcy. Zwrócono uwagę na znaczną poprawę podatności pęcherza po jej zastosowaniu. Nie obserwowano powikłań śmiertelnych, choć należy pamiętać, że zdarzyła się konieczność intubacji po zabiegu.

dr n med. Piotr Dobroński - członek Komitetu Naukowego EAU i komitetu naukowego 21 Zjazdu EAU

dr n med. Piotr Radziszewski - recenzent prac 21 zjazdu EAU z dziedziny uroginekologii i neurourologii, członek zarządu Sekcji Neurourologii EAU, członek Komitetu Strategii i Planowania EAU

W nawiasach podano numery abstraktów na zjeździe

Z profesorem Andrzejem Steciwko, Prezesem Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej Kierownikiem Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej i Regionalnego Ośrodka Kształcenia Lekarzy Rodzinnych AM we Wrocławiu rozmawia Marta Banaszak

Potrzebna jest szczerłość



Karolina Ciepela

- Od 10 lat Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu współpracuje ze specjalistami z Uniwersytetu w Bergen w Norwegii w zakresie problematyki nietrzymania moczu. Jakie są jej najważniejsze efekty współpracy ?

- Przede wszystkim problem nietrzymania moczu został w Polsce dostrzeżony i jest coraz bardziej eksponowany. Norwegowie zajmują się naukowo problemem już od 20 lat, my zaledwie od kilku. Dlatego też bardzo cenne są dla nas ich obserwacje, doświadczenia, a także badania epidemiologiczne, które przeprowadzono w grupie podwyższonego ryzyka, z udziałem na pięć pacjentów, występujące u nich choroby przewlekłe, przyjmowane leki, z których wybrane mogą sprzyjać nietrzymaniu moczu. Stały kontakt ze specjalistami norweskimi uświadamia nam również fakt, że pod względem podejścia zarówno pacjentów, jak i lekarzy do problemu nietrzymania moczu, jesteśmy dopiero w fazie raczkowania. Potwierdzają to nawet nasze dane epidemiologiczne, które świadczą, że wciąż nie mamy pełnego oglądu na problem nietrzymania moczu w Polsce. Kilka lat temu przyjmowaliśmy, że w Polsce jest około 4 milionów pacjentów z tym problemem. Zakładaliśmy, że jest to wierzchołek góry lodowej. Obecnie twierdzimy, że problem nietrzymania moczu dotyka 6 milionów Polaków. Intensyfikacja badań pomaga w ustalaniu skali problemu.

- Czy fakt, iż w kwestii nietrzymania moczu jesteśmy na tle innych krajów w fazie raczkowania oznacza, że brakuje nam sprzętu, specjalistów?

- Okazuje się, że pod tym względem nie mamy powodu do kompleksów. Przykładem są chociażby badania urodynamiczne, do których znacznie poprawił się dostęp. Problem dotyczy raczej mentalności. Przez to, że nietrzymanie moczu nie stanowi zagrożenia życia, nie zawsze problem ten traktowany jest przez lekarzy z odpowiednią wnikliwością. Z kolei pacjenci mimo odczuwanego obniżenia komfortu życia, wstydzą się o tym problemie rozmawiać.

- A może po prostu nie mają z kim rozmawiać?

- Teoretycznie mają. W tym względzie warto posłużyć się znów przykładem Norwegii, w której odpowiedzialność za wykrycie u pacjenta problemu nietrzymania moczu oraz zaplanowanie jego ścieżki terapeutycznej leży w gestii le-

karza pierwszego kontaktu. Jest to rozwiązanie jak najbardziej logiczne. To właśnie przecież ten lekarz wie o pacjencie, a przynajmniej powinien wiedzieć jak najlepiej. Nie tylko zna historię choroby pacjenta, ale także często jest powiernikiem jego spraw rodzinnych, socjalnych. Lekarz pierwszego kontaktu staje się bliską osobą i dlatego pacjentowi jest łatwiej przed nim się otworzyć. To nie znaczy, że ze specjalistów zdejmujemy się ciężar odpowiedzialności za zdiagnozowanie i leczenie nietrzymania moczu. Oni interweniują jednak w naszym życiu znacznie rzadziej, niż lekarze rodzinni.

- W Polsce lekarze rodzinni również mieli pełnić funkcję pierwszego ogniwa w procesie diagnostyki i wstępnego leczenia pacjentów.

- Wymaga to odpowiedniego nastawienia i spostrzegawczości, docieklivosti lekarza. Problem nietrzymania moczu jest nadal tematem wstydlivym, dlatego pacjenci rzadko go poruszają. Podczas wnikliwej rozmowy lekarza z pacjentem mogą jednak pojawić się sygnały świadczące o znajomości tego problemu. Lekarz tym bardziej powinien być wyczulony, gdy ma do czynienia z pacjentem znajdującym się w grupie podwyższonego ryzyka, czyli na przykład przyjmującego wybranych leki na nadciśnienie. Wówczas nie ma co wpaść w panikę, bo objawy są tymczasowe i występują podczas zażywania leku. Znacznie gorsza sytuacja dotyczy pacjentów, którzy nie przyznają się do problemu nietrzymania moczu. Często chorują oni na między innymi przewlekłe choroby, zażywają wskazane przez lekarza leki i nie są świadomi, że mogą one wywoływać lub nasilać problem nietrzymania moczu. W tej sytuacji należy rozważyć zastosowanie innych leków, które nie dają tego niepożądanego objawu.

- Wynika z tego, że pacjenci, którzy ukrywają problem nietrzymania moczu przed lekarzem, szkodzą samym sobie.

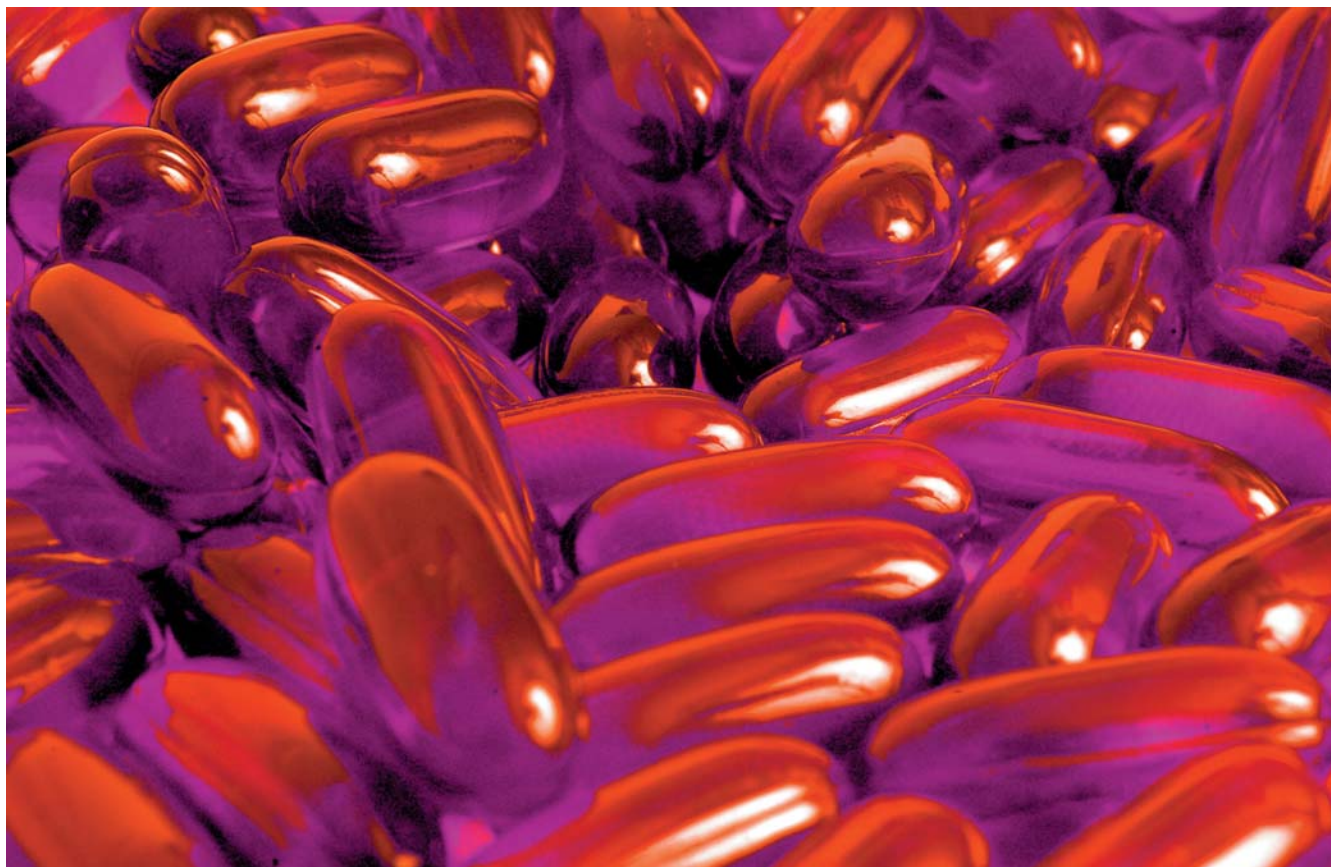
- Dokładnie tak. Muszą borykać się z utrudnieniami związanymi z dolegliwością, mogą nieświadomie pogłębiać problem, a do tego wydłużają czas efektów leczenia. Im wcześniej rozpoczęta terapia, tym skuteczniejsza, tańsza i dająca szybsze rezultaty.

- Lekarz rodzinny nie jest jednak często w stanie sam znaleźć przyczyny problemu. Być może to również zniechęca pacjentów do otwartości wobec lekarza pierwszego kontaktu.

- Problem nietrzymania moczu jest zagadnieniem interdyscyplinarnym. Lekarz rodzinny, w sytuacji gdy pacjent wymaga konsultacji u specjalisty, ma wskazać mu do kogo powinien się zgłosić - nefrologa, urologa, ginekologa. Dobrze jeśli lekarz rodzinny ma na tyle duże rozeznanie, że wie do której poradni i którego specjalisty pacjenta skierować. Nie każdy bowiem ginekolog czy urolog jest wyspecjalizowany w diagnozowaniu i leczeniu nietrzymania moczu. Stąd też konieczność organizowania interdyscyplinarnych konferencji naukowych na temat problemu nietrzymania moczu, po to, aby specjaliści z różnych stron świata, z różnych ośrodków mogli wymieniać się między sobą spostrzeżeniami, doświadczeniem. O tym jak bardzo jest to cenne przekonaliśmy się podczas II Polsko-Norweskiego Sympozjum, organizowanego w listopadzie we Wrocławiu, pod hasłem „Nietrzymanie moczu interdyscyplinarny problem kliniczny i społeczny”. Za dwa lata planujemy zorganizować kolejną międzynarodową konferencję na ten temat. ■

Problem z innowacjami

Marcin Sitek



Trudno sobie dziś wyobrazić skuteczne leczenie nietrzymania moczu bez użycia leków. Trzeba pamiętać o tym, że niestety ćwiczenia nie są w pełni efektywną metodą kuracji, operacje na NTM w naszym kraju nadal przeprowadza się zbyt rzadko w stosunku do potrzeb, a środki wchłaniające: pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, wkłady anatomiczne i podkłady anatomiczne, mają charakter pomocniczy - doraźnie łagodzą skutki dolegliwości, nie osłabiając ich przyczyn. Szczególną rolę w leczeniu NTM metodami farmakologicznymi odgrywają leki innowacyjne, czyli najnowsze i - co jeszcze ważniejsze - najbardziej nowoczesne, które charakteryzują się największą skutecznością działania oraz najlepiej odpowiadają potrzebom pacjentów. To najbardziej potrzebny rodzaj środków farmakologicznych stosowanych w terapii NTM. Stąd prosty wniosek, że właśnie do nich osoby cierpiące na nietrzymanie moczu powinny mieć jak najszybszy dostęp.

Innowacje lekowe

Leki innowacyjne, to najnowocześniejsze preparaty dopuszczone do stosowania w terapii. W Polsce formalnym kryterium uznawania leku za innowacyjny jest to, że obejmuje go ochrona patentowa, trwająca dwa lata. Za leki innowacyjne uznaje się więc te, od których rejestracji w naszym kraju upłynęło mniej niż dwa lata.

Status innowacyjnych mają aktualnie - według stanu na połowę listopada 2006 r. - tylko dwa specyfiki: Vesicare i Yentreve. Prawie od dwóch lat nie zarejestrowano, czyli nie dopuszczono do sprzedaży w Polsce ani jednego nowego leku na NTM. Z pewnością sytuacja taka jest niezadowolająca z punktu widzenia chorych, chociaż Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych rozpatruje kilka wniosków o zarejestrowanie leków na nie-

trzymanie moczu. Urząd nie ujawnia jednak jakie to specyfiki i kiedy dopuści je do sprzedaży w aptekach.

Vesicare

Lek zawiera solifenacynę, która jest w nim substancją aktywną (leczącą). Sprzedawany jest on w postaci tabletek 5 - cio i 10 - ciomiligramowych. Stosuje się go do leczenia nagłego nietrzymania moczu, częstomoczu i parcia nagłego u chorych z zespołem pęcherza nadreaktywnego. Na ogół pacjent przyjmuje jedną tabletkę po 5 lub 10 mg na dobę. Vesicare jest lekiem skutecznym i dobrze tolerowanym przez pacjentów, gdy porówna się go z innymi lekami antycholinergicznymi. Pełen wykaz wskazań i przeciwwskazań do stosowania tego leku znajduje się w ulotce dostarczonej przez producenta.

Yentreve

Środek ten został zarejestrowany w Polsce w 2004 r., ale niestety produkująca go firma Eli Lilly dotychczas nie wprowadziła go do sprzedaży. Yentreve stosuje się w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu. Jest to pierwszy na świecie specyfik do leczenia tego typu NTM.

A gdzie refundacja ?

Szerokie stosowanie leku jest w dużej mierze uzależnione od dopłacania do jego ceny przez publicznego płatnika lub prywatnego ubezpieczyciela zdrowotnego. Dotyczy to szczególnie takich krajów jak nasz, gdzie wielu ludzi po prostu nie stać na drogie leki. A leki na NTM są bardzo kosztowne. Na sześć zarejestrowanych w Polsce leków na to schorzenie tylko dwa są refundowane przez NFZ i tylko w przypadku nietrzymania moczu z parcia w przebiegu stwardnienia rozsianego (refundacja 70 proc., płaci się 30 proc. całości ceny). Rzecz w tym, że NFZ dopłaca obecnie tylko do leków generycznych na NTM, czyli starszych i mniej skutecznych. Ani jeden z dwóch leków innowacyjnych na nietrzymanie moczu nie jest teraz refundowany, trzeba więc płacić za nie pełną cenę.

Tymczasem różnica cen między lekami refundowanymi na NTM, a tymi z pełną odpłatnością jest ogromna. Dla przykładu, gdy opakowanie (30 tabletek po 5 mg) refundowanego leku Driptane kosztuje ok. 18 zł, Ditropanu - ok. 16 zł, a Urotonu - ok. 13 zł,

to opakowanie (również 30 tabletek po 5 mg) innowacyjnego leku bez dopłaty, Vesicare kosztuje ok. 150 zł.

Dlaczego Ministerstwo Zdrowia nie zgadza się na refundowanie innowacyjnych leków na NTM? To szerszy problem wszystkich leków innowacyjnych.

- Ze względu na ograniczone środki płatnicze NFZ nie wszystkie leki mogły być objęte dopłatami ze środków publicznych - mówi Marcin Trzcziński, rzecznik prasowy Ministerstwa Zdrowia. I właśnie o to chodzi - brak pieniędzy w NFZ. Zarejestrowane w Polsce Vesicare i Yentreve już prawie dwa lata czekają na zezwolenie na ich refundację. Jednak to i tak krótko w porównaniu z innym środkiem na NTM - Detrusitem, który na listę leków refundowanych nie trafił przez sześć lat, aż w końcu producent wycofał w ubiegłym roku wniosek w tej sprawie.

- Wniosek refundacyjny na lek Yentreve, wskazany w leczeniu umiarkowanego i ciężkiego wysiłkowego nietrzymania moczu, został złożony przez nas w Ministerstwie Zdrowia - mówi Magdalena Jakubowska z firmy farmaceutycznej Eli Lilly.

Ministerstwo Zdrowia zapowiedziało, że lista refundacyjna zostanie znowelizowana jeszcze w 2006 roku, a jej projekt zostanie przekazany do konsultacji społecznych. - Czekamy na opublikowanie projektu nowej listy refundacyjnej - dodaje Magdalena Jakubowska.

Podobnie jest z lekiem Vesicare. - Złożyliśmy wniosek o refundację zaraz po zarejestrowaniu naszego leku w Polsce, czyli



w marcu 2005 r., ale od tego czasu nie użyskaliśmy wpisu na listę leków refundowanych - mówi Katarzyna Szczepańska z firmy farmaceutycznej Astellas.

Sytuacja naszych pacjentów w dziedzinie dopłat do preparatów na NTM rażąco odbiega od USA i innych krajów Europy, nie tylko lepiej rozwiniętych w Europie zachodniej, ale też naszych sąsiadów - Czech i Słowacji.

Z pewnością farmacja nie powiedziała jeszcze ostatniego słowa w sprawie leków na NTM. Przyszłość pokaże czy Ministerstwo Zdrowia również.

dr n. med. Piotr Radziszewski, Fellow of the European Board of Urology:

Proces powstawania nowego leku obejmuje okres około 10 lat. Po identyfikacji substancji czynnej, która może być z teoretycznego punktu widzenia użyteczna w leczeniu danego schorzenia w laboratoriach wykonywane są liczne badania mające na celu poznanie mechanizmu jej działania. Są to badania na zwierzętach, badania na izolowanych tkankach i komórkach. Gdy ustalony zostanie mechanizm działania leku oraz jego właściwości farmakokinetyczne i toksykologiczne podejmowana jest decyzja o rozpoczęciu badań klinicznych. Już na tym etapie odpada około 90% badanych substancji.

W badaniach klinicznych badane jest przede wszystkim bezpieczeństwo danego leku, a następnie jego skuteczność. W ramach badań tzw. fazy I oceniane jest bez-

pieczeństwo leku w grupie zdrowych ochotników. Badania fazy I są jedynymi badaniami, w których ochotnicy mogą otrzymywać wynagrodzenie za udział w badaniach. Po stwierdzeniu, że lek jest bezpieczny rozpoczynają się badania fazy II, które mają na celu ustalenie optymalnej dawki oraz zbadanie czy lek jest skuteczny. Aby ocenić skuteczność leku konieczne jest porównanie go z substancją nieczynną (tzw. placebo) i niekiedy z aktualnie obowiązującym tzw. „złotym standardem”, czyli najlepszym lekiem stosowanym w leczeniu danego schorzenia.

Zastosowanie placebo w badaniach klinicznych jest koniecznością. W wielu schorzeniach, w tym w pęcherzu nadreaktywnym, występuje tzw. efekt placebo, czyli po podaniu substancji nieczynnej obserwuje się niewielką poprawę dolegliwości. Dlatego też, aby stwierdzić czy lek naprawdę działa, konieczne jest porównanie wywołwanego przez niego efektu terapeutycznego z efektem placebo.

Jeśli zostanie ustalone, że lek działa (ok. 50-70% substancji badanych w fazie

II), przystępuje się do fazy III. W fazie III badania mają na celu ocenę skuteczności, bezpieczeństwa oraz tolerancji leku w dużej grupie pacjentów. Również w tych badaniach wykorzystuje się placebo i „złoty standard”. Są to badania wymagane do rejestracji danej substancji jako lek. Jeśli ich wyniki są pozytywne przystępuje się do rejestracji danego leku w danym schorzeniu. Koszty całego opisanego powyżej procesu to około 1 mld dolarów.

W odniesieniu do leków generycznych (odwórczych), będących kopią leku oryginalnego, które mogą być rejestrowane po wygaśnięciu praw patentowych na lek innowacyjny, wymagane jest określenie tzw. biorównoważności czyli sprawdzenie czy stężenie leku odwórczego w surowicy po jednokrotnym jego podaniu nie różni się o więcej niż $\pm 20\%$.

Badania takie są prowadzone w małej grupie zdrowych ochotników. Nie są prowadzone natomiast badania oceniające skuteczność i tolerancję leku generycznego, ponieważ przyjmuje się, że lek taki jest idealną kopią leku innowacyjnego.

Wymiana doświadczeń

Marta Banaszak

Problem nietrzymania moczu dotyczy w Polsce około 6 milionów osób. Mimo, że dolegliwość ta znacznie pogarsza jakość życia pacjentów, wywołując następstwa nie tylko kliniczne, ale również psychologiczne, ekonomiczne, społeczne, większość osób z objawami nietrzymania moczu zmagają się z tym problemem bez fachowej pomocy medycznej. Stąd też konieczność edukowania zarówno lekarzy, jak i pacjentów w zakresie profilaktyki, diagnostyki i metod leczenia nietrzymania moczu. Tezę tą potwierdzili między innymi uczestnicy XXIX Kongresu Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego „Kobieta współczesna”, zorganizowanego we wrześniu w Poznaniu oraz II Polsko-Norweskiego Sympozjum „Nietrzymanie moczu - interdyscyplinarny problem kliniczny i społeczny”, które odbyło się w październiku we Wrocławiu.

- Problem nietrzymania moczu jest stosunkowo nowym zagadnieniem w polskiej medycynie. Kilkanaście lat temu nikt nie uznawał tego schorzenia za problem medyczny, wymagający odpowiedniej diagnostyki i leczenia - wyjaśnia profesor Marek Spaczyński, gospodarz XXIX Kongresu PTG. - Pocięszającym jest fakt, że coraz więcej specjalistów interesuje się tym tematem i potrafi mu zaradzić.

Do tego niezbędna jest jednak ciągła edukacja i wymiana doświadczeń lekarzy różnych specjalizacji, pracujących na co dzień w różnych ośrodkach naukowych, w tym także zagranicznych.

- Pod względem metod leczenia nietrzymania moczu, Polska dysponuje podobnymi sposobami jak na przykład Norwegia. Wynika to z faktu, że mamy dostęp do tych samych informacji na ten temat. Różnice wynikają jedynie z lokalnych tradycji, przyzwyczajęń - wyjaśnia profesor Steinar Hunskaar z Uniwersytetu w Bergen, uczestnik II Polsko-Norweskiego Sympozjum. - Nie bez znaczenia jest też obawa przed zaniechaniem stosowania niektórych metod leczenia. Przyzwyczajenie do ich stosowania jest tak duże, że niejednokrotnie nawet badania wykazujące ich niską skuteczność, nie są wystarczającym argumentem by je zaniechać.

Uczestnicy II Polsko-Norweskiego Sympozjum organizowanego pod patronatem honorowym Rektora Akademii Medycznej we Wrocławiu dyskutowali między innymi na temat roli lekarza podstawowej opieki medycznej w procesie profilaktyki, diagnozowania i leczenia problemu nietrzymania moczu.

- Kładzenie nacisku na podstawową opiekę medyczną również w aspekcie nietrzymania moczu jest jak najbardziej słuszne i uzasadnione - twierdzi profesor Steinar

Hunskaar. - Przy niewielkim wysiłku i lepszej edukacji, informacji wiele pacjentów, być może nawet 80 procent, może dzięki sprawnemu systemowi podstawowej opieki medycznej otrzymać pomoc. Fakt, iż dysponuje się fachowymi lekarzami, pielęgniarkami, fizykoterapeutami na pierwszym poziomie specjalizacji medycznej, ma się dostęp do leków, powoduje, że dla mniejszej części pacjentów potrzebna jest pomoc specjalistyczna, w tym chirurgów, ginekologów, urologów.

Chcąc jednak mówić o skutecznej pomocy na poziomie podstawowej opieki medycznej, konieczne jest stworzenie sprawnie działającego systemu, w którym pacjent wymagający pomocy, faktycznie ją otrzyma.

- Rozumiem pacjentów, że nie mówią o problemie nietrzymania moczu w sytuacji kiedy nie widzą możliwości rozwiązania go - dodaje profesor Steinar Hunskaar. - Trzeba dążyć do takiej sytuacji, aby pacjenci byli świadomi i przekonani, że jeśli powiedzą o swoim problemie lekarzowi, w konsekwencji otrzymają pomoc. Dlatego też tak istotne jest stworzenie odpowiedniego systemu ochrony zdrowia, w którym pacjenci wiedzieliby, że mówienie o ich problemach zdrowotnych, przekłada się na konkretne działania prowadzące do ich rozwiązania. ■

II Katedra i Klinika Ginekologii Akademii Medycznej im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie
Stowarzyszenie na rzecz Promocji i Rozwoju Nauk Podstawowych oraz Klinicznych w Ginekologii - Pro Femina

ZAPRASZAJĄ NA

Ogólnopolskie Sympozjum Naukowe Sekcji Uroginekologii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego
Przewodniczący Sekcji: prof. dr hab. Tomasz Rechberger

„Uroginekologia XXI wieku” Lublin, 26-28 kwietnia 2007 roku

Sekretariat Sympozjum:

II Katedra i Klinika Ginekologii AM w Lublinie, ul. Jaczewskiego 8

tel: (81) 724 42 68, 724 46 86; tel. kom. 0 502 074 198, 0 604 793 902 fax: (81) 463 32 94, 724 48 49

www.ginoper.am.lublin.pl



Środki wchłaniające tańsze w refundacji niż w hipermarketach NFZ nie przepłaca

Joanna Kanabrocka

Zestawienie cen pieluchomajtek Super Seni (w zł)

	TESCO	AUCHAN	CARREFOUR	GEANT	refundacja
Small	-	1,398	-	1,399	1,35
Medium	1,799	1,798	1,649	1,649	1,6
Large	1,817	1,816	1,985	1,726	1,8

Źródło: opracowanie własne, listopad 2006 (ceny z hipermarketów są średnimi cenami za jedną sztukę pieluch sprzedawanych w opakowaniach)

W ciągu ostatniego miesiąca w mediach pojawiały się informacje, że w wyniku nieuczciwych procedur związanych z zakupem sprzętu ortopedycznego Narodowy Fundusz Zdrowia stracił duże sumy pieniędzy. Pojawiają się różne propozycje sposobów zlikwidowania tych procederów np. poprzez zmniejszenie limitów lub wprowadzenie urzędowych marż na sprzęt ortopedyczny.

Postanowiliśmy zbadać czy problem wysokich marż występuje również w przypadku środków wchłaniających. W tym celu porównaliśmy ceny środków wchłaniających, które można kupić w hiper i supermarketach z cenami tych samych produktów w refundacji. Asortyment produktów absorpcyjnych dostępnych w super i hipermarketach oraz niektórych sklepach jest mocno ograniczony. W chwili obecnej w wymienionych ośrodkach handlowych dostępne są jedynie produkty jednej firmy - TZMO. Są to pieluchomajtki o podstawowej chłonności w trzech rozmiarach small, medium i large. W poniższej tabelce przedstawiamy zestawienie cen pieluchomajtek Super Seni w czterech największych hipermarketach oraz ceny w refundacji. Z zebranych danych wynika, że ceny np. pieluchomajtek o rozmiarze M, które można zakupić w supermarkecie są średnio o ok. 12 gr (od 0,049 do 0,199 gr) wyższe niż w refundacji. Przy tak niskich cenach w refundacji producent w warunkach rynkowych stara się sprzedawać pieluchomajtki w wyższych cenach niż w refundacji. Hipermarkety dążą zazwyczaj do obniżania cen, tak aby konkurować na rynku. Powszechnie uważa się, że najtaniej jest właśnie w hipermarketach, które operują na bardzo niskiej marży.

Można z tego wywnioskować, że w przypadku pieluchomajtek nie ma problemów z wysokimi marżami, NFZ zatem nie przepłaca. W przypadku refundacji środków wchłaniających pomysł zmniejszenia limitów nie ma więc żadnego racjonalnego uzasadnienia.

Warto również zwrócić uwagę na spadek limitów na refundowane produkty absorpcyjne w ciągu ostatnich lat. Z początkiem czerwca 1996 r. wprowadzone zostały limity cenowe na poszczególne rozmiary produktów. Limit wyznaczony przez NFZ był równy cenie w refundacji i tak np. limit na jedną sztukę pieluchomajtki M o podstawowej chłonności wynosił 2,30 zł, taka sama była też cena tego produktu w refundacji. Liczba produktów objętych stu procentową refundacją była nieograniczona. W styczniu 1999 r. wraz z reformą systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych i powstaniem Kas Chorych nastąpiły niekorzystne dla pacjenta zmiany w refundacji środków pomocniczych.

Zgodnie z obecnym rozporządzeniem dotyczącym limitów środków pomocniczych (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 r.) maksymalna liczba produktów podlegających refundacji wynosi 60 sztuk na miesiąc. Zmniejszona została również kwota refundacji, pokrywa ona jedynie 70% ceny. Obecnie limit za jedną sztukę pie-

luchomajtki M o podstawowej chłonności wynosi 1,50 zł, zaś cena tego samego produktu w refundacji to 1,60 zł. Z prostego rachunku (60szt. X 1,60 zł = 96zł, z tego 70% do limitu, czyli 63 zł pokrywa NFZ) wynika, że pacjent do zakupu pieluchomajtek każdego miesiąca musi dopłacić 33 zł. Do pieluchomajtek o większym rozmiarze trzeba dopłacić jeszcze więcej. Refundowane sześćdziesiąt sztuk środków to jednak często za mało, za resztę pacjent musi zapłacić pełną cenę. ■

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

Doświadczenia ośrodków pomocy społecznej

OPS-y a chorzy na NTM

Marta Żeglińska

Na początku roku rozpoczęliśmy cykl artykułów dotyczących problemów z zaopatrzeniem w refundowane środki wchłaniające w różnych instytucjach pomocy społecznej. W kolejnych numerach Kwartalnika przyjrzelśmy się jak z problemem radzą sobie hospicja i domy opieki społecznej.

Tym razem, odniesiemy się do ośrodków pomocy społecznej. Zwrócimy uwagę na to, czego może oczekiwać osoba poszukująca pomocy w wyżej wymienionej placówce. Skupimy się na ludziach przebywających we własnym domu. Zarówno tych, którzy znajdują się pod opieką rodziny, jak i samodzielnymi.

Czym zajmują się OPS-y

Ośrodek pomocy społecznej jest instytucją funkcjonującą na terenie każdego miasta bądź gminy. OPS-y działają na rzecz poprawy warunków życia mieszkańców danej miejscowości. Głównym celem każdego ośrodka jest rozpoznanie i zaspokojenie podstawowych potrzeb osób, które nie są w stanie samodzielnie pokonać życiowych trudności. W zależności od indywidualnych potrzeb każdej osoby, pracownicy socjalni starają się dobrać odpowiedni rodzaj pomocy.

Często zależy to od zasobów finansowych ośrodka. Im zamożniejsza gmina, tym więcej pieniędzy może przeznaczyć na działalność OPS-u. Co za tym idzie ośrodek ma większe możliwości rozwiązania konkretnych problemów osób potrzebujących.

W małych, średniozamożnych gminach pomoc OPS-u ogranicza się do zwykłej porady, bądź skierowania potrzebujących do innej instytucji, która specjalizuje się w rozwiązywaniu danego problemu. Może to być ośrodek zdrowia bądź hospicjum domowe. W takich miejscowościach OPS w pierwszej kolejności zajmuje się zaspokojeniem najbardziej elementarnych potrzeb cierpiących - takich jak głód czy znalezienie dachu nad głową.

Ośrodki pomocy społecznej w miarę możliwości finansowych mogą przyznawać różnego rodzaju zasiłki. Są to jednak niewielkie kwoty, które gwarantują rozwiązanie najbardziej podstawowych problemów.

Tak w ogólnym zarysie wyglądają zadania i zakres obowiązków ośrodków pomocy społecznej. Jak to się ma do osób cierpiących na NTM? Jakiego rodzaju pomocy mogą oczekiwać chorzy? Zarówno ci, którzy są na tyle samodzielni, że nie muszą opuszczać domów, jak i ci przebywający pod opieką rodziny.

Kto zgłasza się do OPS-ów

Kiedy porusza się problem nietrzymania moczu, jak bumerang powraca kwestia wstydu i skrępowania. Często jest to bariera nie do przekroczenia. Zwłaszcza w sytuacji gdy trzeba zwrócić się o pomoc do obcej osoby.

Dlatego też, bardzo rzadko zdarza się, że pacjenci wprost mówią o swojej dolegliwości. Najczęściej to ktoś z rodziny bądź inny opiekun szuka pomocy u pracowników ośrodka. Próbuje dowiedzieć się, jak można zdobyć refundowane środki wchłaniające. W wielu przypadkach ludzie nie zdają sobie sprawy z tego, że takie środki im przysługują.

Zwykle to ludzie starsi, cierpiący na kilka różnych dolegliwości jednocześnie mniej krępują się rozmawiać o problemie NTM. Jednak istnienie tej choroby na ogół wychodzi na jaw w trakcie rozmowy na temat innych schorzeń i problemów.

Wiele zależy od delikatności i taktowności pracownika socjalnego. To on może zasugerować rodzaj pomocy, podpowiedzieć jak poprawić sytuację cierpiącego.

Im mniejsza miejscowość, tym łatwiej zdobyć zaufanie i rozpoznać potrzeby cierpiących. Tym drugim z kolei, łatwiej jest się otworzyć. Rozmowa o tak intymnych sprawach z obcym człowiekiem to ogromny stres i wstyd.

Co OPS może zrobić dla chorych na NTM

Ośrodek Pomocy Społecznej może zrobić bardzo wiele, począwszy od uświadomienia chorego jak zdobyć środki wchłaniające a na przyznaniu zapomogi, w razie nie kwalifikowania się do refundacji, kończąc.

Pracownik socjalny może powiedzieć kto ma prawo do refundacji, do kogo się w tej

sprawie zwrócić, czy też wytłumaczyć na jakiej zasadzie przebiega proces refundacji.

W przypadku gdy chory nie kwalifikuje się do refundacji, a nie stać go na zakup środków wchłaniających, ośrodek może przyznać zapomogę w formie pieniężnej. Takie sytuacje są jednak bardzo rzadkie, gdyż większość ośrodków na to nie stać. Na ogół potrzebujący otrzymują zasiłek ogólny, który wystarcza na wyżywienie i opłacenie rachunków. Często nie starcza nawet na najpotrzebniejsze leki. Pieluchy schodzą wtedy na dalszy plan.

Konkretna specjalistyczna pomoc nie należy jednak do zadań ośrodków. Większą szansę dotarcia do chorych na NTM mają pielęgniarki środowiskowe.



Jak wygląda rzeczywistość

Niestety nic nie jest tak proste. To jak ośrodki pomocy społecznej mogłyby pomagać osobom cierpiącym na NTM, a jakie mają możliwości, to dwie różne sprawy. Tak naprawdę niewiele ośrodków stać na przyznanie jakichkolwiek zasiłków. Działalność tych instytucji sprowadza się do udzielania porad, świadczenia usług opiekuńczych, prowadzenia domów pomocy społecznej. Zaopatrzenie w środki wchłaniające to kropla w morzu potrzeb, z którymi na co dzień stykają się pracownicy ośrodków pomocy społecznej. W takich sytuacjach cierpiący na NTM odsyłani są do przychodni bądź do hospicjów domowych.

SPROSTOWANIE

Redakcja Kwartalnika NTM przeprasza Panią Karolinę Sykulską za opublikowanie w czerwcowym numerze z 2006 r. Kwartalnika NTM tekstu jej autorstwa pt. „Medyseja”, który zawierał skrót i śródtytuły niezaakceptowane przez autorkę. Redakcja oświadcza także, że fotografia zamieszczona wraz z tekstem nie przedstawia wizerunku autorki.

Kilka dni temu do naszej redakcji zadzwonił lekarz, który wystawił swojej pacjentce z wysiłkowym nietrzymaniem moczu zlecenie na refundowane środki wchłaniające. Wydawało mu się to całkiem naturalne. W efekcie lekarz otrzymał z Narodowego Funduszu Zdrowia pismo z prośbą o doprecyzowanie kryteriów chorobowych, zresztą słusznie, ponieważ wysiłkowe NTM, tak jak żaden inny rodzaj NTM, nie kwalifikuje do refundacji. Lekarz podsumował to w następujący sposób: - Ja chciałem po prostu pomóc mojej pacjentce...

Można dodać co robią w takich sytuacjach inni lekarze lub co zrobi wspomniany lekarz następnym razem - wypiszą zlecenia na refundowane środki wchłaniające na przykład na nowotwór albo zespół otyłości.

Polska jest jedynym krajem gdzie kryterium wypisywania zleceń na refundowane pieluchy czy pieluchomajtki to nowotwór lub choroba układu nerwowego. W innych państwach, np. w Czechach czy na Słowacji, podstawowym kryterium refundacji jest nietrzymanie moczu.

Dla polityków, którzy nie mieli nigdy do czynienia z problemem nietrzymania moczu, środki wchłaniające to zwykle pozycje w wykazie środków pomocniczych. Tymczasem dla chorych z NTM środki wchłaniające to możliwość normalnego funkcjonowania w społeczeństwie. Używanie ich daje pacjentom poczucie bezpieczeństwa oraz możliwość społecznej aktywizacji.

Komu refundacja

Ze środków wchłaniających osoby cierpiące na nietrzymanie moczu mogą korzystać przejściowo - np. w okresie oczekiwania na wizytę u lekarza czy na efekty terapii - lub stale, w przypadkach niemożliwych do całkowitego wyleczenia. Obecnie, zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem, do refundacji kwalifikują się pacjenci mający NTM w wyniku zmian nowotworowych, zespołów otyłościowych, chorób układu nerwowego czy wad rozwojowych.

Refundacja nie przysługuje natomiast osobom, które z innych przyczyn niż wyżej wymienione cierpią na nietrzymanie moczu. A przyczyn tych może być wiele, na przykład osłabienie mięśni dna miednicy, nadreaktywność wypręcacza czy operacje w obrębie miednicy mniejszej.

Nierówna równość

Artykuł 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polski wyraźnie mówi, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia, a zadaniem władz publicznych jest zapewnienie obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicz-

Równy dostęp do pieluch

Magdalena Kowalewska

nych. Tymczasem obowiązujące zasady refundacji środków wchłaniających przeczą zasadzie równości.

Wyobraźmy sobie grupę osób, które straciły nogę. Części, która przeszła amputację w wyniku choroby przewlekłej przyznamy refundowaną protezę, natomiast tej części, która straciła kończynę w wyniku urazu mechanicznego refundowanej protezy nie przyznamy. Brzmi okrutnie, ale analogiczna sytuacja ma miejsce w przypadku refundacji środków wchłaniających.

Za suchymi przepisami kryje się dramat wielu osób, których nie stać na pełną odpłatność pieluch czy pieluchomajtek, brak możliwości wyjścia z domu, ograniczenie spotkań z przyjaciółmi, zrezygnowanie z pracy. Środek wchłaniający dla wielu osób to właśnie taka proteza umożliwiająca normalne życie. Lecz niestety, o tym przy tworzeniu przepisów się zapomina...

Rozwiązanie

Potrzeba ujednoczenia kryteriów przyznawania refundowanych pieluch i pieluchomajtek została zauważona przez członków Rady Naukowej ds. Problemu NTM - prof. A. Borkowskiego, prof. A. Członkowską, prof. T. Rechbergera oraz prof. T. Tołłoczko. Są to wybitni eksperci w swoich dziedzinach.

Rada Naukowa, bazując na standardach światowych, już w kwietniu 2004 r. stworzyła propozycję rozgraniczenia dwóch grup NTM: spowodowanych przyczynami neurogennymi oraz nieneurogennymi. Projekt został złożony na ręce ówczesnego Ministra Zdrowia, jednak nie uwzględniono go w nowelizacji rozporządzenia w 2004 r. W rzeczywistości w nowym rozporządzeniu nie wprowadzono żadnych zmian kopiując dotychczas obowiązujące zasady. W sierpniu b.r. projekt Rady - uwzględniający zastrzeżenia MZ dotyczące systemów kodów ICD - ponownie został przypomniany Ministrowi.

Apel do Ministra

Projekt Rady Naukowej ds. Problemu NTM do tej pory poparło 25 organizacji - czołowe instytucje wywodzące się z przedstawicieli środowisk medycznych oraz stowarzyszenia pacjenckie. Fakt ten mówi sam za siebie - zarówno eksperci jak i pacjenci widzą potrzebę zmian kryteriów przyznawania refundowanych środków wchłaniających i zgodnie przyłączają się do apelu skierowanego do Ministra Zdrowia.

A prace nad rozporządzeniami w Ministerstwie wciąż trwają. I wraz z nimi trwa nadzieja pacjentów.

Propozycja Rady Naukowej ds. Problemu NTM

Wskazania medyczne do refundacji środków wchłaniających

- neurogenne i nieneurogenne nietrzymanie moczu jako następstwo chorób nowotworowych
- neurogenne i nieneurogenne nietrzymanie moczu jako choroba podstawowa i/lub następstwo chorób ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, urazów, zabiegów

Instytucje, które poparły projekt Rady Naukowej ds. Problemu NTM:

1. Fundacja „Życ z chorobą Parkinsona“
2. Karkonoski Sejmik Osób Niepełnosprawnych
3. Konsultanci krajowi (12) w dziedzinach: ginekologii onkologicznej, medycyny rodzinnej, neurologii, pielęgniarstwa, pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego, pielęgniarstwa onkologicznego, pielęgniarstwa pediatrycznego, pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, pielęgniarstwa rodzinnego, położnictwa i ginekologii, urologii, zdrowia publicznego
4. Lubelskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie
5. Małopolski Sejmik Organizacji Osób Niepełnosprawnych
6. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych
7. Naczelna Rada Aptekarska
8. Naczelna Rada Lekarska
9. Ogólnopolska Federacja Organizacji Osób Niesprawnych Ruchowo
10. Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimerera
11. Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej
12. Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego
13. Rada Krajowa Stowarzyszeń Regionalnych Osób z Chorobą Parkinsona
14. Stowarzyszenie Osób Przewlekłe Chorych z Chorobami Układu Moczowego UROSTO

Wykazy refundowanych środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych - krótka historia

lek. Tomasz Bochenek MPH, Instytut Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Obowiązujące obecnie w naszym kraju zasady zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne, łącznie określane mianem wyrobów medycznych i przysługujące pacjentom ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Zdrowia reguluje w sposób ogólny ustawa z dn. 27.08.2004r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Szczegółowe regulacje dotyczące zakresu zaopatrzenia zawarte są natomiast w dwóch rozporządzeniach Ministra Zdrowia z dn. 17.12.2004r. Jedno z nich dotyczy wykazu refundowanych wyrobów medycznych, kryteriów ich przyznawania i okresów użytkowania, zasad dokonywania napraw niektórych z nich, a także wzoru (formularza) zlecenia na zaopatrzenie. Drugie rozporządzenie Ministra Zdrowia dotyczy limitu cen dla refundowanych wyrobów medycznych oraz dla napraw niektórych z tych wyrobów.

W powojennej historii Polski wykazy wyrobów medycznych przysługujących pacjentom zmieniały się rzadko i nieregularnie. Szczegółowe zasady i asortyment zaopatrzenia regulowane były aktami prawnymi o różnej randze, w tym: zarządzeniami ministrów kierujących resortami Pracy i Opieki Społecznej, Zdrowia, Zdrowia i Opieki Społecznej (MZiOS); uchwałami Rady Ministrów; obwieszczeniami MZiOS. Chcąc poznać rodowód obecnych wykazów refundacyjnych, musimy cofnąć się co najmniej o ponad 30 lat. Odnajdziemy wówczas rozporządzenie MZiOS z dn. 02.07.1974 r. w sprawie zaopatrywania ludności w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, do którego to rozporządzenia wydane zostało obwieszczenie MZiOS z dn. 02.08.1974 r. w sprawie typowych środków pomocniczych, stanowiące zbiór szczegółowych rodzajów tychże środków, kryteria ich przyznawania, tryb wystawiania zleceń na ich wydanie, a także jednostki realizujące zlecenia. Pieluchomajtki stosowane w nietrzymaniu moczu i/lub kału pojawiły się jako jedna z pozycji w wykazie środków pomocniczych w 1996 r., zaś sprzęt stomijny dodany został do wykazu w rok później. Warto przy tym dodać, że opis kryteriów przyznawania refundowanych pieluchomajtek, tj. wskazań medycznych do ich zlecenia, jest od tamtego czasu niemalże identyczny aż do chwili obecnej.

W momencie wchodzenia w życie reformy polskiego systemu opieki zdrowotnej, tj. na przełomie 1998 r. i 1999 r., wykazy refundacyjne środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych znalazły się w grupie tych przepisów wykonawczych do nowej ustawy ubezpieczeniowej, które Minister Zdrowia i Opieki Społecznej zdażył przygotować (w odróżnieniu od kilkudziesięciu innych ważnych aktów prawnych, których brakowało przez wiele następnych

1974 - pierwszy wykaz refundowanych przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych

(rozp. MZiOS)

1996 - dodanie do wykazu pieluchomajtek

1997 - poszerzenie wykazu o sprzęt stomijny

miesiący). Jednakże rozporządzenie MZiOS z dn. 06.11.1998 r. zawierało jedynie wykaz refundowanych wyrobów medycznych, który w przypadku przedmiotów ortopedycznych był bardzo ogólnikowy, a także ogólne zasady odpłatności. Pomimo, że nowa ustawa ubezpieczeniowa pozwalała kasom chorych na refundację zaopatrzenia jedynie do poziomu limitu cenowego określonego oddzielnie dla każdego wyrobu, limitów tych brakowało. Kasy chorych zmuszone więc były opracowywać własne wykazy z limitami refundacyjnymi, wprowadzane następnie uchwałami Rad Kas Chorych. Po pewnym czasie w problematykę ustalania refundacyjnych limitów cenowych włączyło się także Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego. Limity cenowe ustalone przez kasy chorych były najczęściej identyczne lub różniły się od siebie nieznacznie; wyjątkiem pod tym względem były np. aparaty słuchowe. Do tworzenia limitów wykorzystane zostały wykazy opracowane pod

koniec 1998 r. przez pracowników powstającej wówczas Śląskiej Regionalnej Kasy Chorych. Określenie bardziej szczegółowego wykazu refundowanych wyrobów medycznych, a także ich limitów cenowych aktem prawnym wyższej rangi, tj. rozporządzeniem Ministra Zdrowia, nastąpiło w reformowanym systemie opieki zdrowotnej dopiero w 2001 r., przy czym rozporządzenie to stanowiło kopię regionalnych wykazów refundacyjnych. Poza drobnymi aktualizacjami, kolejne rozporządzenia MZ z 2003 r. i 2004 r. nie wносиły większych zmian w wykazach. Pojawianie się nowych rozporządzeń powodowane było przede wszystkim względami formalnymi, tj. koniecznością wydawania przez MZ nowych przepisów wykonawczych w związku z utratą mocy kolejnych ustaw ubezpieczeniowych.

Z perspektywy czasu można stwierdzić, że rozdźwięk pomiędzy zawartością wykazów refundacyjnych a ofertą rynkową zaczął być szczególnie widoczny od końca ubiegłego stulecia, kiedy to nastąpił dynamiczny rozwój rynku wyrobów medycznych. Pojawia się pytanie, co stoi na przeszkodzie w odpowiednio częstym aktualizowaniu wykazów refundacyjnych? Być może, barierą jest tutaj postrzeganie problematyki zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, przez kolejnych decydentów, jako dziedziny właśnie „pomocniczej“, a więc „mniej ważnej“. Znamienne jest, że w instytucjach na centralnym szczeblu, gdzie powinny być podejmowane istotne decyzje o dofinansowaniu rynku refundowanych wyrobów medycznych, nieomal regułą było dotąd, że pracą nad tymi zagadnieniami mało kto z personelu zajmował się w sposób bieżący, specjalizując się właśnie w tych zagadnieniach. Często wręcz brak było komórek organizacyjnych stale zajmujących się tematyką zaopatrzenia w wyroby medyczne, nie wspominając już o regularnym monitorowaniu zawartości wykazów refundacyjnych. Obecnie należy mieć nadzieję, że bardzo popularne tematy, takie jak tworzenie sieci szpitalnej czy koszyka świadczeń zdrowotnych, znów nie przysłonią decydentom konieczności dokonania przeglądu refundacyjnych wykazów środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych. ■

Wśród wielu rodzajów produktów regulowanych rozporządzeniami ministra zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 r. znajdują się dwie ważne dla wielu pacjentów grupy środków pomocniczych: cewniki zewnętrzne oraz sprzęt stomijny.

Cewniki zewnętrzne

Cewniki zewnętrzne przeznaczone są dla mężczyzn z nietrzymaniem moczu, u których nie występuje zaleganie moczu w pęcherzu. Cewniki stosuje się przez całą dobę lub okazjonalnie. Ważne jest, aby pacjent zmieniał je raz na 24 godziny. Do cewnika podłącza się worki do zbiórki moczu, które - przy zachowaniu podstawowych zasad higieny - mogą być zmieniane co kilka dni.

Rozporządzenia MZ określają miesięczne limity ilościowe (do 30 sztuk dla cewników oraz do 6 dla worków) oraz cenowe (120 zł dla cewników oraz 39 zł dla worków) na te produkty, przy czym osoba je stosująca musi dopłacić do nich z własnej kieszeni 30% ceny.

Wg profesora Jerzego Kiwerskiego, Konsultanta Krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej, najistotniejszą sprawą do rozwiązania w zaopatrzeniu w cewniki zewnętrzne jest przywrócenie bezpłatnego przydziału cewników i worków na mocz.

- 30-proc. odpłatność, wprowadzona kilka lat temu, a której wcześniej nie było, stanowi kwotę zaporową dla wielu pacjentów, którzy ze względu na swoją złą sytuację materialną nie korzystają z tego rodzaju zaopatrzenia - twierdzi prof. Kiwerski. - Te skromne oszczędności dla państwa doprowadzają do zdecydowanego pogorszenia jakości życia wielu pacjentów.

W innych krajach europejskich stosuje się 100 proc. refundację dla cewników zewnętrznych i worków do zbiórki moczu. Polska jest jedynym krajem, gdzie występują aż trzy limity: ilościowy, kwotowy oraz refundacyjny. Dodatkowo brakuje u nas rozwiązań systemowych - pacjent osobno zaopatruje się w cewniki oraz worki do zbiórki moczu, tymczasem klasyfikacja tego sprzętu jako całość mogłaby uprościć całą procedurę: jeden wniosek na zaopatrze-

Cewniki zewnętrzne i sprzęt stomijny

Wciąż w tyle Europy

Magdalena Kowalewska

nie, mniej dokumentów, oszczędność czasu, prostsze rozliczenie pomiędzy NFZ a świadczeniodawcą.

Prof. Jerzy Kiwerski jako konsultant krajowy wiele razy zwracał się do Ministerstwa z prośbą o zwrócenie uwagi na problemy zaopatrzenia w cewniki. - Przyznane limity ilościowe powinny pacjentom wystarczyć - dodaje profesor. - Najważniejsze to przywrócenie 100 proc. refundacji.

Sprzęt stomijny

Stomia polega na chirurgicznie wykonanym połączeniu światła jelita z powierzchnią ciała, stanowiąc tym samym alternatywny odpływ moczu lub stolca. W zależności od rodzaju jelita oraz wydalanej przez organizm treści wyróżniamy trzy typy stomii. Przy kolostomii oraz ileostomii stolec wydalany jest na powierzchnię brzucha - odpowiednio - z jelita grubego oraz z jelita cienkiego. Przy urostomii natomiast mocz wydostaje się na zewnątrz za pomocą wytworzonego ujścia jelita lub dróg moczowych na powłokach brzusznych

Sprzęt stomijny może być jednoczęściowy lub dwuczęściowy. W worku jednoczęściowym przyklepicz znajduje się bezpośrednio na worku, natomiast w systemie dwuczęściowym przyklepicz znajduje się na płycie, do której przymocowuje się worek.

Rozporządzenie ministra zdrowia z 17 grudnia 2004 r. w sprawie szczegółowego wykazu wyrobów medycznych (...) podaje, że worki samoprzylepne jednorazowego użycia w ilości do 90 sztuk przysługują bezpłatnie w miesiącu pacjentom z kolostomią, ileostomią oraz urostomią. Tymczasem rozporządzenie w sprawie limitu cen dla wyrobów medycznych (...) określa miesięczne li-

mity cenowe na ten sprzęt, które wynoszą przy ileostomii 400 zł, kolostomii - 300 zł oraz urostomii - 480 zł.

Według p. Jerzego Kasprzaka, Przewodniczącego Zarządu Głównego Towarzystwa POL-ILKO, obecne rozporządzenia ministra zdrowia z 17 grudnia 2004 r. nie korespondują ze sobą: - Jeśli limity cenowe podzielimy przez średnie ceny worków okazuje się, że przy tym limicie można tylko otrzymać około 45-47 woreczków.

Operacja wyłonienia stomii dla wielu osób staje się szokiem i tym bardziej zapewnienie tym osobom odpowiedniej opieki jest szczególnie istotne: - Dla takiego pacjenta oprócz problemów z emocjonalnym pogodzeniem się z wyłonioną stomią, jedną z najważniejszych spraw jest wystarczająca ilość sprzętu umożliwiająca codzienne funkcjonowanie w rodzinie i społeczeństwie - podkreśla Jerzy Kasprzak. - W Polsce mamy wciąż limity cenowe i ilościowe. Tymczasem w przeważającej części krajów starej Unii nie obowiązują żadne limity, a np. u naszych sąsiadów Czechów poziom wartościowy refundacji sprzętu stomijnego jest prawie dwukrotnie wyższy niż w Polsce.

Po wejściu do Unii Europejskiej w Polsce wprowadzono 7-proc. podatek VAT na sprzęt stomijny. W efekcie wzrosły ceny, a pacjent w ramach tych samych limitów może otrzymać mniejszą liczbę sprzętu niż przed akcesją do Unii.

Towarzystwo POL-ILKO, podobnie jak prof. Kiwerski, od wielu lat działa aktywnie na rzecz pacjentów i wielokrotnie apelowało w Ministerstwie Zdrowia o zmiany w systemie zaopatrzenia stomików. Czas pokaże, czy najbliższa nowelizacja rozporządzeń spełni oczekiwania zainteresowanych.

rodzaj środka pomocniczego	Polska			inne kraje Europy*		
	refundacja	limit cenowy	limit ilościowy	refundacja	limit cenowy	limit ilościowy
cewniki zewnętrzne	70%	120 zł	30 szt.	100%	brak	brak lub od 30 szt.
worki do zbiórki moczu	70%	39 zł	6 szt.	100%	brak	brak lub od 5 szt.
worki przy ileostomii	100%	400 zł	90 szt. (w praktyce ok. 47 szt.)	100%	brak	brak lub od 60 szt.
worki przy kolostomii	100%	300 zł	90 szt. (w praktyce ok. 47 szt.)	100%	brak	brak lub od 60 szt.
worki przy urostomii	100%	480 zł	90 szt. (w praktyce ok. 47 szt.)	100%	brak	brak lub od 60 szt.

* Czechy, Dania, Francja, Holandia, Niemcy, Norwegia, Słowacja, Szwecja, Wielka Brytania, Włochy

Co dalej z rozporządzeniami?

Józef Góralczyk

Małopolski Sejmik Organizacji Osób Niepełnosprawnych



Co dalej z rozporządzeniami ministra zdrowia dotyczącymi przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych? To pytanie zadaje sobie dzisiaj wiele osób w Polsce. Kilka miesięcy temu Ministerstwo Zdrowia rozpoczęło wstępne prace mające na celu zebranie opinii środowisk, dla których zaopatrzenie ortopedyczne oraz materiały pomocnicze są podstawą egzystencji, szansą i możliwością dalszego życia. Szybka zmiana zainteresowani są również producenci, dystrybutorzy oraz całe środowisko mające do czynienia z zaopatrzeniem ortopedycznym i środkami pomocniczymi.

W listopadzie odbyło się w Ministerstwie Zdrowia spotkanie w tej sprawie, na które zostali zaproszeni konsultanci krajowi, przedstawiciel osób niepełnosprawnych oraz dystrybutorzy i producenci zrzeszeni w Ogólnopolskiej Izbie Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED.

W grudniu planowane jest kolejne spotkanie. To dobra wiadomość. Niepokoi jednak fakt, że poza konsultantami krajowymi

w pracach przygotowawczych bierze udział zbyt mała liczba specjalistów. Myślę tutaj o przedstawicielach zakładów przemysłu ortopedycznego, którzy nadal dźwigają ciężar wykonawstwa najbardziej trudnego, indywidualnego zaopatrzenia ortopedycznego oraz o większej reprezentacji środowiska osób niepełnosprawnych specjalizujących się w zagadnieniach zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w sprzęt ortopedyczny oraz materiały pomocnicze.

Zbyt długo odczuwaliśmy niedostatek związany z przestarzałym i nieodpowiednim rozporządzeniem dotyczącym zaopatrzenia ortopedycznego. Jest to temat niełatwy wymagający wielu opinii i analiz. Dlatego w pracach nad tym rozporządzeniem powinna brać udział bardzo szeroka rzesza specjalistów, którzy potrafią wydobycь możliwie wszystkie problemy i znaleźć na nie rozwiązanie.

Mimo, że ostatnie rozporządzenia są z grudnia 2004 roku, to tak naprawdę powstały one przed dziesięciu laty. Myślę, że

jest to zbyt długi okres dla prawa, które dotyczy tak ważnych zagadnień, jakim jest zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Niepokoje nas fakt, że w ostatnim czasie w Łodzi wystąpiły nieprawidłowości związane z nadużyciami w zaopatrzeniu pacjentów w sprzęt ortopedyczny. Jest to jedynie potwierdzenie złego funkcjonowania tego rozporządzenia. Oby jednak sytuacja ta nie służyła stworzeniu atmosfery, że ustalone w limitach ceny są za wysokie i jedynym celem nowelizacji rozporządzenia jest obniżenie tych cen. Takie postawienie sprawy jeszcze bardziej pogorszyłoby złą już sytuację na tym rynku.

Ponownie wyrażamy swoją opinię jako Małopolski Sejmik Organizacji Osób Niepełnosprawnych, że rozporządzenie Ministra dotyczące zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i materiały pomocnicze w zakresie limitów i cen powinno być nowelizowane, co najmniej raz do roku.

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	64	nb	6 mc*	nb	nb**	nb
Opolskie	73	15	1088	78	nb	nb	nb	nb	nb
Małopolskie	129	25	3223	611	nb	nb	nb	nb	nb
Świętokrzyskie	331	4	1325	ok. 300	ok. 14 dni	nb	nb	nb	nb
Podkarpackie	354	6	2126	174	14 dni	2 mc*	nb	nb***	nb
Śląskie	374	13	4866	712	nb	nb	nb	nb	nb
Podlaskie	409	3	1228	80	do 30 dni	nb	nb	nb	nb
Warmińsko-mazurskie	489	3	1466	130	do 14 dni	12 mc	nb	nb	nb
Kujawsko-pomorskie	525	4	2101	84	nb	do 1,5 mc*	nb	nb	nb
Łódzkie	531	5	2653	177	14-21 dni	6 mc	nb	nb****	nb
Lubelskie	559	4	2235	260	14 dni	nb	nb	nb	nb
Wielkopolskie	559	6	3355	241	14 dni	1,5 mc	nb	nb	nb
Mazowieckie	633	8	5067	266	14 dni	nb	nb	nb	nb
Dolnośląskie	745	4	2978	154	14 dni	6 mc	nb	nb*****	nb
Zachodniopomorskie	867	2	1733	124	do 14 dni	do 8 mc*	nb	nb	nb
Pomorskie	2192	1	2192	140	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 - 3 mc; *** wózki inwalidzkie, indywidualne przedmioty pionizujące, aparaty ortopedyczne, sznurówka półsłotynna z podspaskami - ok. 2 mc; **** niektóre przedmioty - ok. 4 mc; ***** wózki inwalidzkie dla dorosłych - 6 mc; ***** wózki inwalidzkie do 4 mc, indywidualne przedmioty pionizujące do 3 lat, obuwie ortopedyczne do 3 mc, wózki dziecięce do 1 mc.

Opr. K. Ciepiela na podstawie danych z oddziałów NFZ

Aparaty słuchowe

Niepełnosprawni domagają się swoich praw

Joanna Kanabrocka

W poprzednim numerze *Kwartalnika* pisaliśmy o problemach osób z obustronnym ubytkiem słuchu. Aby wesprzeć działania organizacji, które walczą o zmianę kryteriów refundacji aparatów słuchowych postanowiliśmy powrócić do tego tematu. Przypomnijmy, że zgodnie z obecnym rozporządzeniem Ministra Zdrowia refundacja dwóch aparatów słuchowych przy obustronnym ubytku słuchu przysługuje jedynie osobom czynnym zawodowo oraz dzieciom i młodzieży uczącej się do 26 r.ż. Osobom nieaktywnym zawodowo refundacja przysługuje jedynie na jeden aparat.

Liczby nie kłamią

W Polsce ok. 5-10% ludzi ma kłopoty ze słuchem. Niedosłyszanie pojawia się zazwyczaj w oboju uszach, rzadko kiedy tylko w jednym. Szacuje się, że 80-90% wszystkich osób z problemami słuchu to osoby uskarżające się na niedosłuch w obu uszach. Ubytki słuchu obuuszne dotyczą w przeważającej większości ludzi starszych, po 60 roku życia. W tym przedziale wiekowym może to być ok. 20% niedosłyszających osób i procent ten rośnie do ok. 60 w przedziale 70-80 lat. W tym wieku mamy do czynienia z dodatkową trudnością jaką jest słabe zrozumienie mowy. U większości osób niedosłyszających wada jest na tyle duża, że niezbędne staje się noszenie aparatu słuchowego.

Błędne koło

Osoba niedosłyszająca, a więc niepełnosprawna, często napotyka na ogromne trudności w znalezieniu pracy, zaś brak stałego dochodu nie pozwala jej na pokrycie kosztów zakupu drugiego aparatu słuchowego. Kupno aparatu na jedno ucho to wydatek rządu od 800 zł do nawet 8 tys. zł. Pacjent dodatkowo musi również opłacić 30% sumy pierwszego aparatu, bowiem NFZ refunduje jedynie 70% limitu ceny (czyli 70% z 800 zł). Brak aparatu często powoduje nie tylko znaczne obniżenie jakości życia osób niedosłyszających, ale wręcz uniemożliwia im podjęcie pracy zawodowej. Również emerytom i rencistom, czyli osobom zazwyczaj niezbyt zamożnym, nie przysługuje prawo do refundacji drugiego aparatu.

Szansa na zmianę

Małopolski Sejmik Organizacji Osób Niepełnosprawnych wystąpił do Ministra Zdrowia z apelem o zmianę rozporządzenia regulującego zasady zaopatrzenia w aparaty słuchowe. Propozycja Sejmiku polega na wykreśleniu z rozporządzenia zapisu „osób czynnych zawodowo” i zastąpienie go zapisem „osób z obustronnym ubytkiem słuchu”. W uzasadnieniu tego apelu czytamy: „Zaopatrzenie w aparaty słuchowe stanowi bardzo istotną część życia osób niedosłyszających, ponieważ zapewnia im możliwość powrotu do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie.”

Osoba niedosłyszająca nie może być dyskryminowana tylko z tego powodu, że jest osobą niepracującą. Nie ma żadnego logicznego wytłumaczenia dla takiej sytuacji. W przypadku utraty sprawności narządów symetrycznych, takich jak oczy czy kończyny nikt nie bierze pod uwagę możliwości protezowania tylko jednego z nich. „To tak jakby osobie po amputacji nóg przyznać refundację tylko jednej protezy z tego tylko powodu, że nie pracuje” - komentuje Elżbieta Szwałkiewicz - Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Przewlekłe Choroby i Niepełnosprawnych. W przypadku refundacji okularów nikt nie przyznaje dotacji tylko na jedno szkło. Według dr-a Jana Bardadina - ordynatora Oddziału Otolaryngologii w Szpitalu Bielańskim - wspomniana dyskryminacja ma swoje źródło w ekonomii, gdyż aparat słuchowy jest znacznie droższy niż szkło okularowe.

Postępowanie takie jest niewłaściwe z moralnego punktu widzenia. Według profesora Andrzeja Obrębowskiego - Konsultanta Krajowego w dziedzinie Audiologii i Foniatrii „odstawianie na drugi plan osób nieaktywnych zawodowo i przy tym niepełnosprawnych nie uchodzi w społeczeństwie cywilizowanym”.

Noszenie tylko jednego aparatu w przypadku obuusznej utraty słuchu powoduje poważne konsekwencje natury

zdrowotnej i społecznej. Andrzej Rzepka - Prezes Polskiego Stowarzyszenia Protetyków Słuchu twierdzi, że „korzystanie z dwóch aparatów poprawia komfort słyszenia i zrozumienie mowy (szczególnie w trudnych warunkach akustycznych) oraz umożliwia określenie kierunku dźwięku, co wpływa na bezpieczeństwo (choćby przy przechodzeniu przez ulice).”

Według opinii Zarządu Polskiego Związku Głuchych brak dostępu do niezbędnych protez słuchowych dodatkowo pogłębia inwalidztwo ludzi niepełnosprawnych. U osób tych występuje: „zaburzona samoocena, brak poczucia własnej wartości, trudności w komunikowaniu się, brak pracy i możliwości samowystarczalności ekonomicznej, izolacja społeczna, depresja.” Podobne zdanie na ten temat reprezentuje Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji. Według tej organizacji „wprowadzenie postulowanej zmiany przyczyni się do zmniejszenia wykluczenia społecznego nieaktywnych zawodowo osób z obustronnym ubytkiem słuchu, będzie też pierwszym krokiem w kierunku podjęcia przez nie aktywności zawodowej, która jest najlepszą formą rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych.”

Apel Małopolskiego Sejmiku Organizacji Osób Niepełnosprawnych został poparty przez liczne organizacje pacjentów oraz autorytety medyczne w tej dziedzinie. Obecnie w Ministerstwie trwają prace nad zmianą rozporządzenia. Wydaje się, że tak oczywisty błąd legislacyjny w obecnym rozporządzeniu zostanie naprawiony przy najbliższej nowelizacji.



Konferencja pt. „Wyrównywanie szans i wspieranie aktywności osób niepełnosprawnych - rekomendacje dla Polski” (Sejm, 01.12.2006), zorganizowana przez Komisję Rodziny i Polityki Społecznej oraz Komisję Zdrowia Senatu RP we współpracy z Ambasadą Wielkiej Brytanii, Międzynarodową Organizacją Pracy oraz Stowarzyszeniem Przyjaciół Integracji.

Operacje z użyciem taśm w województwie lubelskim

Joanna Kanabrocka

O komentarz na temat sytuacji leczenia operacyjnego w województwie lubelskim poprosiliśmy dr. Jacka Tomaszewskiego - wiceprzewodniczącego Sekcji Uroginekologii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego:

- W moim odczuciu pacjentki z regionu lubelskiego nie mają żadnych trudności z dostępem do koszyka świadczeń medycznych związanych z diagnostyką i leczeniem NTM. Okres oczekiwania na hospitalizację jest stosunkowo krótki i wynosi od kilku dni do miesiąca. Zależy to od poziomu referencyjności ośrodka. Nie mogę jednak wykluczyć, że pa-



Nazwa szpitala	Adres	Oddział	L. wykonanych zabiegów w 2004	L. wykonanych zabiegów w 2005	L. wykonanych zabiegów w 2006	Czas oczekiwania na zabieg refundowany	Czas oczekiwania na zabieg płatny
Szpital Wojewódzki	Biernackiego 9 Lublin	gin.	ok. 40	ok. 40	ok. 60	2 tyg.	tylko refundowane
ZOZ MSWiA	Grenadierów 3 Lublin	gin.	ok. 80	ok. 100	ok. 100	nie ma	tylko refundowane
Szpital Kliniczny nr 4	Jaczewskiego 8 Lublin	gin.	187	196	210	2-4 tyg.	tylko refundowane
Centrum PRO VIVO	Jutrzenki 10/6a Lublin	gin.	nie było	ok. 20-30	ok. 50-60	nie ma	nie ma
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny	Kraśnicka 100 Lublin	gin. urol.	brak danych ok. 15-18	brak danych ok. 15-18	brak danych ok. 15-18	brak danych 2-3 tyg.	tylko refundowane tylko refundowane
Szpital Kolejowy	Kruczkowskiego 21 Lublin	gin. urol.	11 nie było	5 nie było	24 4	2 tyg. 2-3 tyg.	tylko refundowane 2-3 tyg.
Szpital Kliniczny nr 1	Staszica 16 Lublin	gin.	ok. 200	ok. 100-150	ok. 100-150	1-2 tyg.	1-2 tyg.
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny	Terebelska 57-65 Biała Podlaska	gin. urol.	ok. 15 ok. 15	ok. 30 ok. 30	ok. 30 ok. 30	nie ma nie ma	tylko refundowane tylko refundowane
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny	Ceramiczna 1 Chelmski	gin.	brak danych	brak danych	brak danych	nie ma	tylko refundowane
SPZOZ	Piłsudskiego 11 Hrubieszów	gin.	15	20	nie wykonywano	nie ma	tylko refundowane
SPZOZ	Sobieskiego 4B Krasnystaw	gin.	5	5	ok. 30	1-2 tyg.	tylko refundowane
SPZOZ	Cicha 14, Lubartów	gin.	nie było	2	5	2-3 dni	tylko refundowane
Szpital Miejski SZOZ	Rogalińskiego 3 Łuków	gin.	nie było	ok. 18	ok. 20	1 dzień	tylko refundowane
Szpital Powiatowy SPZOZ w Opolu Lubelskim	Fabryczna 18 Poniatowa	gin.	ok. 30	ok. 40	ok. 20	2-3 dni	tylko refundowane
Szpital Specjalistyczny	Bema 1 Puławy	urol.	8	8	8	1 tydz.	tylko refundowane
SPZOZ	Wisznicka 111 Radzyń Podlaski	gin.	nie było	nie było	8	2 tyg.	tylko refundowane
Szpital Powiatowy SPZOZ	Żytnia 23, Ryki	gin.	nie było	nie było	ok. 10-20	ok. tyg.	tylko refundowane
SPZOZ	Lotników Polskich 18 Świdnik	gin.	brak danych	brak danych	brak danych	ok. tyg.	tylko refundowane
Szpital Wojewódzki	Jana Pawła II 10 Zamość	gin. urol.	nie było brak danych	ok. 12 brak danych	ok. 7-8 brak danych	2-3 tyg. 2-3 tyg.	tylko refundowane tylko refundowane

Opr. na podstawie informacji z poszczególnych ośrodków

Pracownie urodynamiczne województwo świętokrzyskie

Karolina Ciepiela



Ostatnim w tym roku punktem na naszej mapce pracowni urodynamicznych w Polsce jest województwo świętokrzyskie. Badanie można wykonać w dwóch placówkach: w Chęcinach oraz Kielcach. Obie wykonują badanie urodynamiczne w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

W następnym numerze *Kwartalnika NTM* zaprezentujemy listę placówek, w któ-

rych można wykonać badanie urodynamiczne na terenie woj. małopolskiego. Mapa placówek z całego kraju dostępna jest na stronie internetowej www.ntm.pl.

Jeśli mają Państwo jakiegokolwiek sugestie dotyczące listy pracowni urodynamicznych w poszczególnych województwach prosimy o kontakt na adres mailowy: karolina.ciepiela@ntm.pl

Wojewódzki Specjalistyczny ZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Kielcach z siedzibą w Chęcinach
Chęciny, ul. Czerwona Góra 10

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Wł. Buszkowskiego
Kielce, ul. Langiewicza 2

▶ pacjentki z mniejszych miejscowości lub z rejonów wiejskich mogą mieć problem z uzyskaniem profesjonalnej informacji dotyczącej diagnostyki i leczenia NTM.

Każda pacjentka, która zgadza się na leczenie zabiegowe NTM, jest w regionie lubelskim kwalifikowana do leczenia operacyjnego. Jeżeli nie ma takiej możliwości w swoim szpitalu rejonowym to bez problemu uzyska świadczenie w ośrodku referencyjnym.

Kliniki, a także niektóre szpitale województwa lubelskiego należą do ścisłej czołówki placówek służby zdrowia w Polsce zajmujących się leczeniem wysiłkowego NTM. Nowoczesne techniki operacyjne stosowane w leczeniu nietrzymania moczu

są szybko wdrażane, a następnie wykonywane rutynowo.

Klinika w której pracuję (II Katedra i Klinika Ginekologii AM w Lublinie), jest przodującym ośrodkiem naukowo-szkoleniowym zajmującym się problematyką NTM. Pracownicy naukowcy naszej Kliniki są członkami aktualnego Zarządu Sekcji Uroginekologii PTG. Sekcja od lat aktywnie promuje najnowszą wiedzę dotyczącą diagnostyki i możliwości leczenia NTM u kobiet. Organizujemy liczne szkolenia, w tym operacyjne, dla lekarzy zajmujących się problemem NTM. Co dwa lata w Lublinie mają też miejsce cykliczne Konferencje dotyczące NTM z udziałem gości krajowych i zagranicznych.

SPROSTOWANIE

Po publikacji w poprzednim numerze *Kwartalnika NTM* wykazu szpitali z województwa kujawsko-pomorskiego, w których wykonywane są operacje z użyciem taśm otrzymaliśmy sprostowanie ze szpitala „MATOPAT“ w Toruniu. W ośrodku tym w roku 2005 wykonano 43, a w 2006 - 91 zabiegów z użyciem taśm. Czas oczekiwania na zabieg refundowany wynosi do 6 miesięcy, a na zabieg opłacany przez pacjenta - ok. 1 miesiąca. Dane te dotyczą oddziałów ginekologicznych.

Jednocześnie informujemy, że wszystkie dane publikowane w zestawieniu pochodzą z rozmów telefonicznych przeprowadzanych z przedstawicielami wszystkich placówek.



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



NTM po operacji prostaty

Na początku mego listu muszę pochwalić Waszą stronę - jest świetna. Chcę poprosić o poradę. Mój teść miał operację prostaty. Nie był to zabieg laserowy, ale normalna operacja. Po operacji minęło 5 dni i przez te 5 dni nie zmieniano mu cewnika założonego przed operacją. Po 5 dniach lekarz kazał usunąć cewnik. Okazało się, że nie można go wyciągnąć. Wypuszczono go do domu z tym cewnikiem i kazano się zgłosić z powrotem do szpitala, jak szpital odbierze jakąś tam maszynę do wyciągnięcia tego cewnika. W sumie teść chodził z tym cewnikiem około 3 tygodni (3 tygodnie i 4 dni). Usunięto mu cewnik i teraz ma problemy z moczem, którego nie może utrzymać. Teść jest załamany - od usunięcia tego cewnika minęło już prawie 3 tygodnie, a on nie może utrzymać moczu.

Czy mogą coś na to pomóc ćwiczenia, czy też jakieś leki, czy może zwieracz moczowy AMS 800? Kompletnie nie wiem co zrobić. Proszę mi pomóc.

Agnieszka

Problem nietrzymania moczu po operacji prostaty nieco inaczej wygląda po operacji raka prostaty, a inaczej po operacji łagodnego przerostu prostaty. Prawdopodobnie w tym przypadku chodzi o operację usunięcia gruczolaka (choroba łagodna) czyli tzw. adenomektomię. Nie bardzo rozumiem o co chodziło z niemożnością usunięcia cewnika jak i ze specjalną maszyną - być może nie udało się opróżnić balona cewnika i zrobiono to pod kontrolą USG, być może utrzymywano cewnik z powodu zatrzymania lub nietrzymania moczu. Utrzymywanie go przez 3 tygodnie po operacji może mieć z problemem nietrzymania moczu związek jedynie taki, że istnieje zakażenie dróg moczowych powodujące skurcze pęcherza i gubienie moczu z parcia. Wyjaśnić to może wykonanie badania ogólnego i posiewu moczu. Inna, bardziej prawdopodobna możliwość, to pooperacyjna niedomoga zwieracza cewki. Jest to prawdopodobne jeśli pacjent gubi mocz przy kaszlu i innych wysiłkach. Czynność zwieracza może powrócić, ale może to zająć nawet od roku do dwóch lat. W międzyczasie można stosować trening mięśni dna miednicy, elektrostymulacje mięśni krocza oraz farmakoterapię. Doborem metody leczenia i całym problemem powinien

zająć się ośrodek, w którym wykonano operację. Często dla podjęcia właściwej decyzji konieczne są dodatkowe badania (cystografia, cystoskopia, badanie urodynamiczne). Farmakoterapia może mieć na celu wyhamowanie skurczów pęcherza (leki antycholinergiczne np. solifenacyna Vesicare) lub wzmocnienie siły zwieracza (Duloxetine - Yentreve, lek w Polsce na razie niedostępny). W razie braku poprawy i braku skuteczności leczenia zachowawczego ok. rok po zabiegu można podjąć leczenie operacyjne, czyli implantację sztucznego zwieracza, sling, wstrzyknięcia lub balony okołocewkowe.

Jak pomóc babci?

Problem z nietrzymaniem moczu dotyczy mojej babci. Zdarzają jej się okresy (zazwyczaj kilka tygodni) kiedy wszystko jest w porządku, ale bywają dłuższe okresy (tak jest ostatnio) kiedy popuszcza moczkę szczególnie podczas leżenia. Mówi, że nie czuje potrzeby wyjścia, a kiedy już się zdecyduje, to zanim dojdzie to popuści. Tak samo jest jak coś robi, np. w kuchni. Babcia ma 84 lata ale jak na ten wiek jest bardzo ruchliwa i sprawna i przeskadza jej to, że nie może utrzymać moczu. Czy są jakieś leki, które pomogłyby w tym problemie i które jednocześnie nie kolidowałyby z lekami nasercowymi (Accard, Sorbonit, Preductal MR)?

Wiem, że babcia nie zgodzi się na wizytę u lekarza, uważa ten temat za bardzo wstydliwy. Jak kiedyś próbowałam z nią o tym porozmawiać, odpowiedziała mi, że nigdy nie była u ginekologa i nigdy nie pójdzie.

Błagam o pomoc!

Sylvia

W takiej sytuacji można zasugerować lekarzowi rodzinnemu zastosowanie leku antycholinergicznego np. Vesicare (solifenacyna). Jeśli nietrzymanie moczu ma charakter nagły, a tak prawdopodobnie jest, to istnieje duża (70-80%) szansa na poprawę. Warunkiem jest brak przeciwwskazań do zastosowania tej grupy leków, czyli jaskry z wąskim kątem przesączania, ciężkich zaparć, poważnych zaburzeń rytmu serca i ciężkiej astmy oskrzelowej. Warto też zrobić najprostsze badanie moczu np. testem paskowym pod kątem obecności ewentualnego zakażenia dróg moczowych.

Uroprezerwatwy

Jakie mają zastosowanie uroprezerwatwy i zaciski prąciowe, ogólnie jak to działa? Borykam się z problemem nietrzymania moczu po wypadku komunikacyjnym (przerwana cewka moczowa tylna, w wyniku złamania miednicy 2 lata temu). Mam raczej wysiłkowe nietrzymanie moczu, ale również gubię mocz podczas chodzenia. Podczas oddawania moczu jestem w stanie zatrzymać i ponownie oddać mocz. Brałem Ditropan, ale mizerne były efekty i na dodatek bardzo źle się czułem po ich zażyciu. Poza tym nie miałem żadnego leczenia odnośnie NTM.

Mężczyzna, 31 lat

Lekarz rodzinny powinien skierować Pana do urologa. Wymaga Pan specjalistycznych badań obrazowych (uretrografia) endoskopowego badania urodynamicznego. Można je wykonać ambulatoryjnie lub w warunkach szpitalnych. Ich celem powinno być zmierzenie do pewnego rozpoznawania i wykluczenie współistniejących problemów (zwężenie cewki, zespół pęcherza nadreaktywnego, kamica pęcherza). Słusznie Pan sądzi, że Pana problemem jest prawdopodobnie wysiłkowe nietrzymanie moczu w wyniku urazowego uszkodzenia przepony miednicy, w tym zwieracza cewki. Po kompleksowych badaniach (prawdopodobnie) będzie można Pana zakwalifikować do leczenia, zapewne operacyjnego tj. albo wszczepienia sztucznego zwieracza albo tzw. męskiego slingu. Stosowanie w międzyczasie metod zabezpieczających, w tym uroprezerwatyw i zacisków prąciowych, jest jak najbardziej wskazane. Uroprezerwatywa (urokondom) mocowana jest taśmą samoprzylepną i powinna być dobrana do wielkości (średnicy bądź obwodu) prącia. Jest ona połączona z zewnętrznym workiem na mocz. Może być stosowana w dzień i w nocy (w czasie snu). Nie ma ograniczeń czasowych. Zacisk prąciowy może być stosowany w dzień, co 1,5-2 godzin powinien być zdejmowany na ok. 30 minut. Może być myty i stosowany do 7 dni.

Na listy odpowiedzi 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 Danych Osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883)

•Upoważniam firmę Studio PR do wystawienia faktury VAT bez mojego podpisu

STEMPEL
DZIENNY

PODPIS

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 / 20 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 Tołłoczko
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

Mniejszy niż Twoja dłoń. Wielce rewolucyjny.



Rodzina produktów TVT GYNECARE to ponad 10 lat innowacji technicznych w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu.^{1,2}

Mniej inwazyjny – omija krytyczne miejsca i narządy

- Zachowuje bezpieczną odległość od jelita oraz większych naczyń lub nerwów
- Wymagane minimalne nacięcie – tylko 1 nacięcie w linii strzałkowej (1-1,5 cm) zaczynając 1 cm pod zewnętrznym ujściem cewki moczowej

Mniej preparowania

- Dwa niewielkie odpreparowania tkanki okołocewkowej (ok. 1cm długości)

Mniej znieczulenia

- System GYNECARE TVT SECUR można stosować w znieczuleniu miejscowym

Mniej bólu pooperacyjnego

- Minimalnie inwazyjny zabieg z korzyścią dla pacjentki
- Odpowiednie narzędzie i technika wejścia omija główne pęczki nerwowe, zmniejszając potencjalne ryzyko bólu kończyny
- Eliminuje dyskomfort pacjentki związany z istnieniem wyjątkowo skórnych

Mniej skomplikowany – łatwiejsza procedura zabiegu

- System GYNECARE TVT SECUR opracowano z myślą o ograniczeniu czynności wykonywanych w czasie zabiegu

WSKAZANIA: GYNECARE TVT Secur jest przeznaczony do leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu (WNM) u kobiet, spowodowanego nadmierną ruchomością cewki moczowej i/lub niewydolnością jej zwieracza wewnętrznego.

PRZECIWWSKAZANIA: Podobnie jak wszystkie chirurgiczne operacje podwieszające, zabieg ten nie powinien być przeprowadzany u pacjentek ciężarnych. Ponadto, zabiegu tego nie należy wykonywać u pacjentek w okresie wzrostu oraz kobiet planujących ciążę, ponieważ siatka polipropylenowa PROLENE* nie jest wystarczająco rozciągliwa.

Bibliografia: 1. Ulmsten U, Henriksson L, Johnson P, Varhos G. An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence. *Int Urogynecol J.* 1996;7:81-86.
2. Ulmsten U. TVT – Tension-free vaginal tape. An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female stress urinary incontinence. *Riv It Biol Med.* 1997;17:40-43.

NOWOŚĆ

Gynecare
System TVT SECUR*

Beznapięciowe leczenie
nietrzymania moczu

Technologia, której możesz zaufać