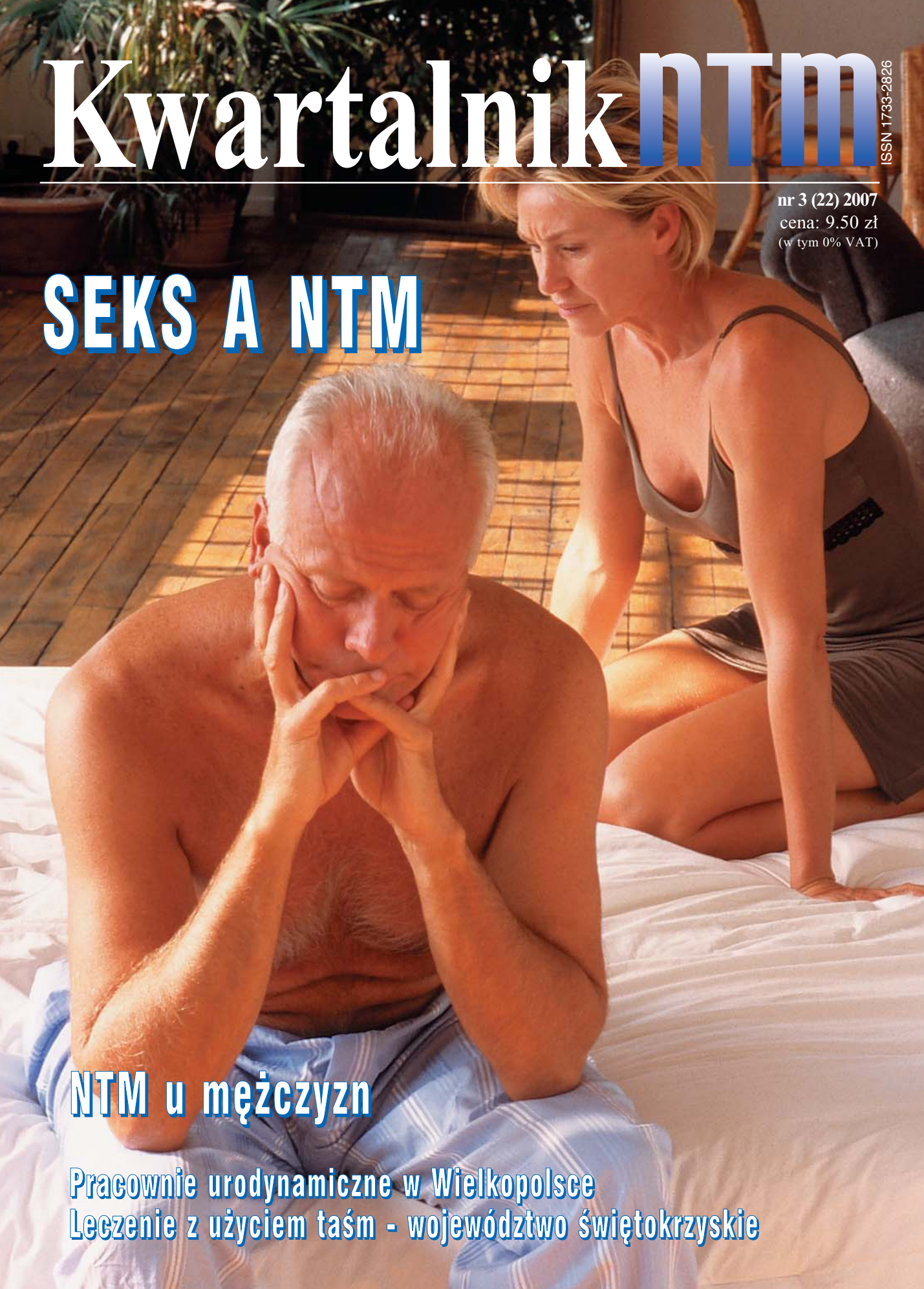


Kwartalnik **NTM**

ISSN 1733-2826

nr 3 (22) 2007
cena: 9.50 zł
(w tym 0% VAT)

SEKS A NTM



NTM u mężczyzn

**Pracownie urodynamiczne w Wielkopolsce
Leczenie z użyciem taśm - województwo świętokrzyskie**

COLPEXIN
WKŁADKA DOPOCHWOWA

Terapia zachowawcza
obniżenia narządu rodnego



Wsparcie w kobiecych sprawach

Skrócona informacja o produkcie:

Colpexin to wkładka dopochwowa przeznaczona do zachowawczego leczenia wypadania narządów miednicy mniejszej oraz do wspomagania ćwiczeń mięśni dna miednicy mniejszej. Wkładka wykonana jest z poliwęglanowego tworzywa sztucznego o medycznym stopniu czystości i dostępna jest w sześciu rozmiarach: 28 mm, 32 mm, 36 mm, 39 mm, 42 mm i 44 mm. Wkładka Colpexin jest symetrycznie kulista z przytwierdzonym sznurkiem z plecionego nylonu umożliwiającym łatwe wyjęcie. **Wskazania:** Colpexin jest wkładką dopochwową przeznaczoną do zachowawczego leczenia wypadania narządów miednicy mniejszej i osłabienia mięśni dna miednicy mniejszej. **Przeciwwskazania:** Pacjentki nie powinny używać wkładki Colpexin w następujących wypadkach: infekcji pochwy, laceracji lub nieprawidłowego krwawienia pochwowego/macicznego, niedawno przebytego zabiegu chirurgicznego w obrębie pochwy, ciężkiej neuropatii w obrębie miednicy z utratą czucia w obszarze kroczu, klinicznie jawnego zapalenia narządów miednicy mniejszej, endometrii, guza przydatków, izolowanej retrocele 4. stopnia lub tyłopochylenia macicy, ciąży, stosowania wkładki wewnętrzmacicznej, podczas stosunku płciowego, podczas miesiączki. **Ostrzeżenia:** Pacjentki powinny natychmiast zgłaszać jakiegokolwiek zmiany w barwie, ilości, woni lub konsystencji upływów z pochwy i/lub krwawienia, dyskomfort, pieczenie przy oddawaniu moczu i/lub świąd pochwy. Stosowanie Colpexinu u kobiet z atrofią pochwy może powodować nadżerki i owrzodzenia. Lekarz przepisujący Colpexin powinien rozważyć miejscową suplementację estrogenu lub środek nawilżający na bazie wody u pacjentek z atrofią pochwy, jeżeli jest to konieczne. **Środki ostrożności:** Wkładka Colpexin nie powinna być noszona bez przerwy przez ponad 24 godziny, bez wyjmowania i odpowiedniego czyszczenia wkładki. **Działania niepożądane:** Najczęstszymi działaniami niepożądanymi, które zgłaszały pacjentki podczas badań klinicznych, były: tłdwość pochwy, pieczenie, podrażnienie, dyskomfort, plamienia, infekcja drożdżakami, owrzodzenia, dolegliwości ze strony cewki moczowej i przy oddawaniu moczu, zakażenia dróg moczowych i zaparcia. Większość działań niepożądanych była łagodna i przejściowa. Rozmiar wkładki doбира lekarz. Przed zastosowaniem należy zapoznać się z instrukcją użytkowania i higieny wkładki, które znajdują się w ulotce dołączonej do opakowania. **Podmiot odpowiedzialny:** Adamed Sp. z o.o., Pierików 149, 05-152 Czosnów k/Warszawy. Pozwolenie MZ na dopuszczenie do obrotu Nr 11670. Adamed Sp. z o.o. Pierików 149, 05-152 Czosnów k/Warszawy, tel.: (22) 751 85 17, e-mail: adamed@adamed.pl, www.adamed.com.pl

CE 0044

**ADAMED**

Spis treści

3 (22) 2007

SEKS A NTM

Jak zachować aktywność? M. Banaszak5

Zaburzenia seksualne po leczeniu operacyjnym NTM lek. K. Futyma, prof. T. Rechberger7

LECZENIE NTM

NTM u mężczyzny dr R. Kozłowski, dr hab. P. Radziszewski, dr P. Dobroński8

Femurin - nowy preparat na NTM10

Czy pacjent z NTM może liczyć na pomoc lekarza rodzinnego?

- wywiad z dr M. Bujnowską-Fedak11

Problemy z NTK E. Mamos13

Koszyk gwarantowanych świadczeń... T. Bochenek14

ORGANIZACJE Aktywność hamowana brakiem funduszy J. Kamińska15

PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

Czy warszawskie apteki są dobrze zaopatrzone? K. Ciepela16

Węgry także przed Polską16

Potrzeba pieniędzy, ale jeszcze bardziej umiejętności... - wywiad z posłem S. Piechotą17

Proste rozwiązania J. Góralczyk19

Ranking wojewódzkich Oddziałów NFZ19

Operacje z użyciem taśm - woj. świętokrzyskie20

Badanie urodynamiczne w Wielkopolsce21

LISTY21

Do Czytelników

W bieżącym numerze Kwartalnika NTM spróbujemy odpowiedzieć na pytanie czy nietrzymanie moczu ma wpływ na jakość życia seksualnego. W artykule Marty Banaszak znajdziecie Państwo interesujące opinie na ten temat pochodzące od lekarzy różnych specjalności: urologa, ginekologa, psychologa i seksuologa. Z kolei o zaburzeniach seksualnych spowodowanych operacyjnym leczeniem NTM pisze dr Konrad Futyma.

W tym numerze omawiamy również ważny, a niestety rzadko poruszany temat – NTM u mężczyzny. O rodzajach i sposobach leczenia tego schorzenia u panów pisze dr Robert Kozłowski.

Czy pacjent z NTM może liczyć na pomoc lekarza rodzinnego? – na to pytanie spróbujemy odpowiedzieć sobie w rozmowie z dr Marią Bujnowską-Fedak, lekarzem medycyny rodzinnej.

Z inicjatywy czytelników naszego Kwartalnika powstał artykuł dotyczący problemów z nietrzymaniem kału (NTK). Problem ten występuje znacznie rzadziej niż nietrzymanie moczu, ale często uniemożliwia normalne funkcjonowanie. Temat ten próbowała zgłębić Elżbieta Mamos. W jej artykule znajdują się zarówno wypowiedzi kobiet borykających się z tym problemem, jak i mini-wywiad z lekarzem proktologiem.

W cyklu artykułów opisujących różne organizacje pacjenckie przedstawiamy Małopolski Sejmik Organizacji Osób Niepełnosprawnych. O działalności Sejmiku opowiadają: Prezes – Janina Bojda oraz Józef Góralczyk.

Zachęcamy Państwa również do lektury tekstu Tomasza Bochenka na temat koszyka gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej. Z kolei o pracach rządu nad rozporządzeniem dotyczącym zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze możemy przeczytać w wydawnictwie z posłem Sławomirem Piechotą, członkiem Sejmowej Komisji Polityki Społecznej.

Zapraszamy Państwa także do lektury naszych stałych rubryk: rankingu oddziałów NFZ pod względem zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki wchłaniające, wykazu pracowni urodynamicznych w Wielkopolsce, listy ośrodków przeprowadzających zabieg z użyciem taśm w województwie świętokrzyskim oraz listów od naszych czytelników.

Joanna Kamińska

Kwartalnik NTM

Redaktor naczelny: Tomasz Michałek
Redaktor wydania: Joanna Kamińska
Sekretarz redakcji: Magdalena Kowalewska
Komitet redakcyjny:

dr med. Piotr Dobroński, dr hab. med. Piotr Radziszewski
 Klinika Urologii Akademii Medycznej w Warszawie
Zespół redakcyjny: Marta Banaszak, Karolina Ciepela,
 Rafał Jackiewicz, Elżbieta Mamos, Karolina Oleksiak

Komentatorzy: Tomasz Bochenek, Józef Góralczyk,
 Elżbieta Szwałkiewicz

Korekta: Marzena Michałek

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 36 401, fax: (22) 533 62 93

e-mail: ntm@ntm.pl, joanna.kaminska@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 5000 egzemplarzy.



Program
 Prospołeczny
 „NTM -
 Normalnie
 Życ”

Wydawca:
Studio PR

Realizacja wydawnicza:
Warsaw Voice SA

Sejmowa fabryka bublei

Większość obserwatorów życia parlamentarnego w Polsce była przekonana, że liczba bublei prawnych jaką wyprodukował parlament poprzedniej kadencji jest nie do powtórzenia. Jak się jednak okazuje w naszej rzeczywistości parlamentarnej wszystko jest możliwe. Wielu z nas sądziło, że fatalna opinia o pracach posłów i senatorów rozejdzie się pozytywnym rezonansem zarówno wśród nowych parlamentarzystów jak i samych wyborców. Stało się inaczej. Po raz kolejny w kampanii wyborczej usłyszymy o tym jak ciężko pracowali nasi posłowie i jak wiele uchwalili ustaw. Znowu liczyła się będzie ilość, a nie jakość stanowionego prawa.

Przykładem fatalnie ustanowionego prawa jest właśnie uchwalona nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jej inicjatorem było Ministerstwo Zdrowia oraz grupa posłów wnosząca swój odrębny projekt. Najbardziej kontrowersyjne zmiany dotyczyły regulacji marż, przyjmowania korzyści majątkowych przez lekarzy oraz nadania szerokich uprawnień kontrolnych urzędnikom, skutkujące między innymi prawem wglądu w umowy handlowe pomiędzy dostawcą i odbiorcą leków oraz wyrobów medycznych.

Już po pierwszej pobieżnej lekturze odnosi się wrażenie, że pierwotny projekt miał przede wszystkim uderzyć w producentów i dystrybutorów leków refundowanych. Pamiętajmy, że przy refundacji leków rząd nie ma praktycznie żadnych narzędzi kontrolnych. O tym ile przeznaczmy my, podatnicy na refundację leków, decyduje lekarz wypisując receptę. Inaczej rzecz się ma przy refundacji wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi. Tutaj zgodnie z obowiązującymi rozporządzeniami istnieją limity ilościowe (np. 60 pieluchomajtek na miesiąc, jeden wózek inwalidzki co 5 lat, 1 proteza powietrzna na 5 lat, czy też 1 aparat słuchowy również na 5 lat). Zapewne o dołączeniu do nowelizowanej ustawy wyrobów medycznych zadecydowała nagłośniona przez łódzki NFZ sprawa dotycząca bardzo wysokich marż (dochodzących nawet do kilkuset procent) na część przedmiotów ortopedycznych. Potwierdził to kilkakrotnie wiceminister Piecha podczas swoich wystąpień w parlamencie. Niestety, jak to już wielokrotnie bywało, urzędnicy Ministerstwa Zdrowia oraz członkowie Sejmowej Komisji Zdrowia zlekceważyli rynek wyrobów medycznych i potraktowali zapisy w nowelizacji po macoszemu.

Podczas dokładniejszej lektury ustawy można zauważyć wiele nieścisłości dotyczących właśnie wyrobów medycznych. Okazuje się na przykład, że środki pomocnicze już nie są wyrobami medycznymi! Pojawiają się na przemian określenia typu „wyroby medyczne“ z określeniem „środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi“. Czyżby to oznaczało, że środki pomocnicze przestały już być w Polsce wyrobami medycznymi? A co na to dyrektywy Unii Europejskiej? Zarówno Sekretarz Urzędu Komitetu Integracji Europejskiej jak i biuro legislacyjne Sejmu RP w swojej opinii dotyczącej zgodności projektowanej nowelizacji z dyrektywami unijnymi już w dniu 12 czerwca br. sygnalizowało problem z „wyrobami medycznymi“. Autorzy projektu jak i posłowie nie zauważyli, iż wyroby medyczne są objęte inną dyrektywą unijną niż „produkty lecznicze“. A to oznacza, że według Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską, „wyroby medyczne“ są towarami, do których ma zastosowanie zasada swobody przepływu towarów. Jak to ma współgrać z ograniczeniami, które chce narzucić ustawodawca na producentów i dystrybutorów wyrobów medycznych w Polsce? Czy poddadzą się oni wnikliwej kontroli, ryzykując między innymi tym, że ich umowy handlowe będą wędrować za pośrednictwem kontrolujących ich urzędników do konkurencji, czy też twardo będą bronić obecnego stanu opierając się na prawodawstwie unijnym?

Potrzeba kontroli wydatków refundowanych leków i wyrobów medycznych jest jak najbardziej słuszna. Jednak po raz kolejny możemy się przekonać, że przy obecnym systemie stanowienia prawa w Polsce, efekt końcowy bywa fatalny, gdyż wprowadza jeszcze większy bałagan. Warto się poważnie zastanowić, czy nie należałoby zrehabilitować system stanowienia prawa w Polsce. Może warto wreszcie ograniczyć sejm i senat wyłącznie do uchwalania ustaw, uniemożliwiając jednocześnie posłom i senatorom wprowadzanie kolejnych poprawek burzących logiczną całość każdego projektu. Niech za projekty ustaw wezmą się grupy ekspertów, którym należy dobrze zapłacić. Jeśli popełnią błędy, jak te wymienione w nowelizacji ustawy o świadczeniach zdrowotnych, to z pewnością żadne ministerstwo ani żadna partia polityczna nie zamówi u nich nic więcej. Będzie to najlepszy czynnik motywujący i gwarantujący podniesienie jakości stanowionego prawa. Prawa, które będzie powstawało bez udziału pojedynczych posłów i ich kontrowersyjnych doradców.

Tomasz Michalek

(...) 3. Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się do umów zawieranych pomiędzy podmiotem realizującym zaopatrzenie w zakresie środków pomocniczych i wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi dostawcom tych środków i wyrobów.(...)

Fragment uchwalonej przez Sejm RP w dniu 10 lipca br. nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 63c dotyczący zakazu różnicowania cen.

Nietrzymanie moczu a jakość życia seksualnego

Jak zachować aktywność?

Marta Banaszak

Utrata pewności siebie, niekorzystny wpływ na życie zawodowe, izolacja społeczna zmuszająca do ograniczenia udziału w spotkaniach towarzyskich, robienia zakupów, podróżowania, uprawiania sportu - to najbardziej dotkliwe dla kobiet skutki nietrzymania moczu. Co najmniej dla jednej trzeciej pacjentek biorących udział w międzynarodowych badaniach na temat jakości życia kobiet z objawami NTM, ich dolegliwości wpływają również negatywnie na życie seksualne. Ile Polek musi ograniczać lub rezygnować z aktywności seksualnej ze względu na NTM? - pytanie to pozostaje nadal bez odpowiedzi, gdyż wciąż brakuje danych epidemiologicznych na temat nietrzymania moczu. Problem jednak istnieje, a wstyd, niechęć i niewiedza pacjentek jak sobie z nim poradzić, sprawiają, że kobiety wybierają najbardziej radykalne rozwiązania. Cena jaką za to muszą zapłacić jest jednak bardzo wysoka.

Kobiety są w większości

Skutki objawów nietrzymania moczu stanowią problem nie tylko dla osoby ze stwierdzonym NTM, ale również jej otoczenia. Jednym z przykładów jest ograniczanie czy wręcz zaniechanie aktywności seksualnej, co bezpośrednio wpływa na relacje z partnerem. Bezwiedne ucieczki moczu czy inne dolegliwości związane z NTM ujawniające się w sytuacjach intymnych, powodują dyskomfort dla obojga partnerów.

- *Akt płciowy jest związany z wysiłkiem fizycznym, podczas którego w przypadku osoby dotkniętej wysiłkowym NTM, może dochodzić do popuszczenia moczu - wyjaśnia Bartosz Dybowski z Katedry i Kliniki Urologii Akademii Medycznej w Warszawie. - Z kolei w przypadku nietrzymania moczu z powodu parć nagłych stosunek czasem prowokuje skurcze pęcherza objawiające się silnym parciem. Efektem tego może być konieczność przerwania stosunku lub popuszczenie moczu. Dlatego tego typu sytuacje mogą prowadzić do odczuwania niepokoju i niechęci przed podejmowaniem współżycia u obu partnerów. Osoba dotknięta problemem NTM, obawiając się upokorzenia, może mieć trudności z osiągnięciem podniecenia i orgazmu.*

Wprawdzie nietrzymanie moczu jest problemem obu płci, ale wpływ tego schorze-

nia na sferę seksualną obserwuje się prawie wyłącznie u kobiet. Istotne klinicznie nietrzymanie moczu u mężczyzn jest bowiem najczęściej skutkiem operacji wycięcia gruczołu krokowego w celu leczenia raka tego narządu.

- *W wyniku uszkodzenia nerwów przebiegających po powierzchni gruczołu krokowego może dochodzić do problemów z trzymaniem moczu, ale znacznie częstszym powikłaniem tej operacji jest zanik wzwodów - tłumaczy Bartosz Dybowski. - Tak więc u większości mężczyzn z NTM zasadniczą przeszkodą dla współżycia płciowego są współistniejące prawie zawsze zaburzenia erekcji. Grupa mężczyzn z NTM i prawidłowymi wzwodami jest skrajnie nieliczna.*

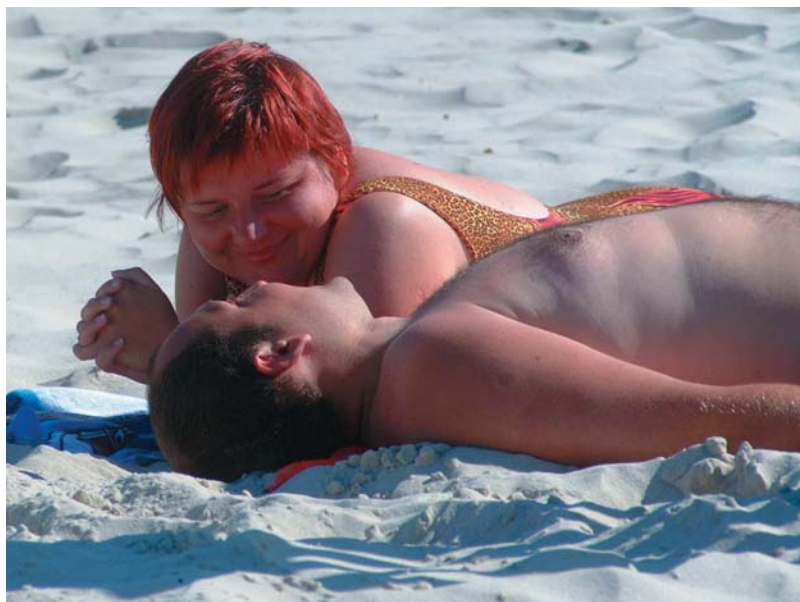
Obniżenie jakości życia seksualnego na skutek dolegliwości związanych z nietrzymaniem moczu stanowi więc problem przede wszystkim dla kobiet. Okazuje się jednak, że wspomniana zależność nie jest regułą.

- *Istnieją dane literaturowe wskazujące na podobny poziom satysfakcji seksualnej w grupie pacjentek z NTM w porównaniu do analogicznej grupy pacjentek zdrowych. Został on oszacowany na podstawie specjalnych standaryzowanych kwestionariuszy oceny funkcji seksualnych - tłumaczy dr n. med. Katarzyna Jankiewicz z II Klini-*

ki Ginekologii Akademii Medycznej w Lublinie. - *Nie oznacza to jednak, że problem nie istnieje. Trudno tylko posługiwać się konkretnymi danymi epidemiologicznymi, pochodzącymi z badań naukowych prowadzonych w tej dziedzinie.*

Brak danych epidemiologicznych to nie jedyna przeszkoda w określeniu tego jaki odsetek Polek z NTM dodatkowo odczuwa dyskomfort w sytuacjach intymnych. Zarówno problem nietrzymania moczu, jak również aktywności seksualnej stanowi wciąż dla pacjentek temat tabu.

- *W codziennej praktyce lekarskiej, mimo stworzenia atmosfery zaufania, problem ten pozostaje zbyt trudny dla pacjentki, by go poruszać - wyjaśnia dr n. med. Katarzyna Jankiewicz. - W gronie pacjentek, które zgłosiły się do mnie z problemem NTM znalazły się nieliczne kobiety, które poruszyły w rozmowie temat aktywności seksualnej. Okazuje się, że dyskomfort jaki odczuwają w sytuacjach intymnych jest jednym z głównych powodów rezygnacji tych pacjentek z życia seksualnego. Były to jednak wyjątkowe sytuacje, a większość pacjentek nie porusza tego tematu z własnej inicjatywy. Natomiast delikatne pytania o tę sferę życia w aspekcie NTM niejednokrotnie budzą zdziwienie, zażenowanie, a czasami niechęć do rozmowy na ten temat.*



Wynika z tego, że nawet kobiety, które pokonały już pewną barierę wstydu i przyszedły do lekarza szukając pomocy z powodu NTM, nie potrafią otwarcie mówić o konsekwencjach jakie wynikają z tych dolegliwości, czyli między innymi o obniżonej jakości życia seksualnego.

Intymne porozumienie

Gabinet lekarski to nie jedyne miejsce, w którym osoby z nietrzymaniem moczu odczuwające dodatkowo dolegliwości w sferze seksualnej mogą, a nawet powinni, szukać pomocy. Do poradni psychologicznych czy seksuologicznych - bo o nich mowa - pacjenci zgłaszają się nadal bardzo rzadko.

- Pacjent zgłaszający się do psychologa z problemem nietrzymania moczu z całą pewnością może liczyć na wsparcie i pomoc w codziennym radzeniu sobie z trudnym i wstydlivym objawem, jego przewartościowaniem i zaakceptowaniem w sytuacji, gdy jego eliminacja nie jest możliwa - wyjaśnia mgr Aleksandra Jodko, z Instytutu Nauk o Zdrowiu SWPS. - Badania naukowe pokazują, że osoby, które uzyskują wsparcie psychologiczne w trakcie leczenia zaburzeń somatycznych nie tylko lepiej znoszą objawy, lecz również dokładniej przestrzegają zaleceń lekarskich, mają większe poczucie kontroli nad własnym zdrowiem oraz rzadziej zapadają na choroby psychiczne mogące być spowodowane przewlekłymi objawami somatycznymi.

Pomoc psychologa okazuje się bardzo pomocna również w sytuacji gdy zaburzenia seksualne związane z nietrzymaniem moczu wpływają bezpośrednio na relacje między partnerami. Brak odpowiednio wczesnej interwencji psychologa może wywołać dotkliwe konsekwencje

- Najpoważniejszą z nich jest rozpad związku. W każdym przypadku brak komunikacji dotyczącej ważnej dla związku kwestii nie służy parze - dodaje Aleksandra Jodko. - Brak szczerości i swoistej współpracy przy rozwiązywaniu wspólnych problemów świadczy o tym, że pomoc specjalisty może być wskazana i pomocna właśnie w tym, żeby takie intymne porozumienie i współpraca nawiązać.

Odpowiedz na pytanie

Pacjentki z NTM, które dodatkowo odczuwają dolegliwości związane z zaburzeniami aktywności seksualnej, nie są na całkowicie przegranej pozycji. Specjaliści podkreślają jednak, że do osiągnięcia sukcesu konieczne jest zachowanie odpowiedniej ścieżki terapii - w przypadku NTM nie można leczyć zaburzeń seksualnych bez wyleczenia ich przyczyny. Waż-

ne jest także odpowiednie nastawienie pacjentki, współpraca z lekarzem i nie poddawanie się po pierwszych niepowodzeniach.

- Kobiety wyleczone z nietrzymania moczu są jednymi z bardziej szczęśliwych pacjentów opuszczających gabinet urologa - twierdzi Bartosz Dybowski. - Przywracając im radość życia niewątpliwie przywracamy chęć do podejmowania kontaktów płciowych. Nowoczesne metody leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu są mało inwazyjne i nie pozostawiają widocznych blizn. Rany operacyjne w pochwie po całkowitym zagojeniu znikają bez śladu i nie są przyczyną dolegliwości w trakcie stosunku. Skuteczne leczenie parć nagłych jest trudniejsze - wymaga stałego, regular-

nego przyjmowania leków nie pozbawionych działań niepożądanych.

Zdaniem specjalistów, oprócz operacyjnych czy farmakologicznych metod leczenia NTM, obiecujące wydają się terapie oparte na rehabilitacji mięśni dna miednicy i ćwiczeniach grup mięśni zaangażowanych w mechanizm utrzymania prawidłowej statyki narządu rodno oraz kontroli mikcji.

- Zastanawiając się nad podjęciem leczenia nietrzymania moczu, osoba dotknięta tym schorzeniem, powinna sobie odpowiedzieć na pytanie co nietrzymanie moczu jej zabrało. Jeżeli zabrało przyjemność z kontaktów intymnych, pozostawiając w zamian niepokój i depresję to znak, że nietrzymanie moczu trzeba leczyć - dodaje Bartosz Dybowski. ■

Z dr. med. Rolandem Dadejem, urologiem z Katedry i Kliniki Urologii i Onkologii Urologicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz specjalistą w dziedzinie seksuologii rozmawia Marta Banaszak.

□ Czy pacjenci z NTM, odczuwający dodatkowo zaburzenia w sferze seksualnej potrafią pokonać barierę wstydu i pytają w jaki sposób rozwiązać swój problem?

- Zazwyczaj to NTM stanowi główny problem chorych i to jego rozwiązania oczekują. Jednak czasem zdarza się, iż jako jedną z głównych przyczyn rozpoczęcia leczenia jest utrudnione współżycie. Zwykle młodsze kobiety poruszają ten problem, starsze wydają się go ignorować. Jeśli pacjentka sama nie zwróci uwagi na problemy współżycia, przy pierwszej wizycie nie poruszam tej kwestii. Jest to temat na tyle delikatny, iż zawsze staram się rozwiązać przede wszystkim główne skargi związane z NTM, wierząc, iż poprawa jakości życia w związku z leczeniem NTM przyniesie poprawę sfery seksualnej. Jednak już w trakcie leczenia zawsze pytam o kwestie współżycia, próbując i w tej sferze zadziałać, jeśli chora tego oczekuje. U mężczyzn natomiast problemy zaburzeń wzdrodu lub jakości życia płciowego poruszam każdorazowo - pomagam mi to w ocenie choroby podstawowej powodującej NTM.

□ Czy często zdarza się, że pacjentki z NTM, które ze względu na swoje dolegliwości czują dyskomfort podczas współżycia, rozwiązują ten problem bardzo radykalnie - zaprzestają uprawiać seks?

- Niestety, dzieje się tak bardzo często. Wiadomo, iż zaburzenia sfery intymnej mają odbicie w codziennym partnerskim współżyciu - prowadzą do nieporozumień i narastających problemów emocjonalnych. Nieuregulowane na czas mogą przyczynić się do rozbitcia związku. Rolą partne-

ra jest zrozumienie problemów chorej kobiety i wsparcie w leczeniu. Ponadto, konieczna jest ciągła edukacja społeczeństwa, iż nietrzymanie moczu można i trzeba leczyć. Im wcześniej tym lepiej. Poprawa warunków trzymania moczu poprawi jakość życia. Być może zapobiegnie również problemom życia seksualnego.

□ W jaki sposób można pomóc osobom z NTM by przywrócić im i ich partnerom zadowolenie z faktu bycia razem również w sferze fizycznej?

- Po pierwsze istotna jest akceptacja choroby - skoro wystąpiły dolegliwości, to trudno, musimy się z nimi pogodzić. Godzić musimy się jedynie z faktem - możemy jednak próbować coś zmienić. Im szybciej rozpoczniemy diagnostykę i leczenie NTM, tym szybciej możemy oczekiwać poprawy. Osobną kwestią jest sfera intymna. NTM może nasilić problemy już wcześniej występujące w związku. Nie ma innej recepty jak wspólne poszukiwanie pomocy - oczywiście w pierwszej kolejności NTM, ale tuż potem w sferze seksualnej. Każdorazowo problem dotyczy konkretnych osób i to do nich trzeba dostosować rozwiązanie problemu. Może zrezygnować, choćby do czasu poprawy, z pewnych technik, które mogą nasilić ryzyko wycieku moczu podczas stosunku? Może postarać się tak zmienić styl życia i na przykład unikać przyjmowania dużej ilości płynów przed planowanym seksem, starać się opróżnić pęcherz przed stosunkiem by zminimalizować szansę na wyciek moczu? Warto unikać alkoholu, ostrych przypraw, warzyw zmieniających zapach moczu (szparagi, karczochy, brokuły) lub leków działających podobnie. Ważne by pić duże ilości płynów alkoholowych, ostrych przypraw, warzyw zmieniających zapach moczu (szparagi, karczochy, brokuły) lub leków działających podobnie. Ważne by pić duże ilości płynów alkoholowych, ostrych przypraw, warzyw zmieniających zapach moczu. Czasem można zaproponować seks w kąpielni - partnerzy poczują się bardziej komfortowo.

Zaburzenia seksualne u kobiet po leczeniu operacyjnym NTM

lek. med. Konrad Futyma, prof. dr hab. Tomasz Rechberger
II Katedra i Klinika Ginekologii AM w Lublinie

Najpełniejsza definicja zdrowia podana przez Światową Organizację Zdrowia (1948r.) brzmi następująco: Zdrowie to pełen dobrostan fizyczny, psychiczny, społeczny, a nie wyłącznie brak niedomagania. Dlatego też pozytywny wynik zabiegu operacyjnego zależy tak samo od efektu terapeutycznego *per se*, jak i od psychologicznego „uzdrowienia”

W przypadku zaburzeń uroginekologicznych (NTM, defekt statyki narządu rodowego) około 50% kobiet czuje się mniej atrakcyjna oraz unika kontaktów seksualnych ze względu na dyspareunię (ból czy dyskomfort w czasie współżycia), nietrzymanie moczu w trakcie stosunku (klimakturia), czy nawracające infekcje dróg moczowych.

Te zaburzenia seksualne u kobiet (ang. FSD - Female Sexual Dysfunction) do niedawna nie były brane pod uwagę w ocenie skuteczności operacyjnego leczenia stosowanego obecnie w nowoczesnej uroginekologii. W czasach kiedy coraz więcej kobiet decyduje się na chirurgiczne leczenie NTM konieczne należy zadać sobie pytanie jak te zabiegi wpływają na seksualność kobiet.

Zdania na temat wpływu operacji wykorzystujących syntetyczne materiały protezuujące są bardzo rozbieżne, co prawdopodobnie wynika z zastosowania różnych materiałów i technik operacyjnych oraz umiejętności operatora, a także sposobu oceny zaburzeń. Należy również pamiętać o dwóch głównych przeciwstawnych elementach operacji wpływających na ten ważny aspekt życia kobiet.

Po pierwsze, wykonując operację uroginekologiczną dążymy do przywrócenia prawidłowych warunków anatomicznych i czynnościowych. Po drugie, w trakcie operacji dochodzi do uszkodzenia unerwienia oraz tworzenia się blizn pooperacyjnych mających negatywny wpływ na odczuwanie satysfakcji seksualnej.

Wydaje się, że największe znaczenie ma obecność blizny pooperacyjnej w okolicy zewnętrznej zwieracza cewki moczowej (punkt G). Czasami trudno jest stwierdzić czy zaburzenia seksualne są wynikiem zabiegu operacyjnego czy nadal utrzymuje się wpływ czynników anatomicznych i fizjologicznych sprzed zabiegu. Do oceny FSD stosuje się różnego rodzaju kwestionariusze (PISQ, FSFI, PGI-I), które kobiety wypełniają przed i po operacji.



Do zaburzeń seksualnych występujących po zabiegu należą: dyspareunia, brak satysfakcji, zmniejszenie lubrykacji (nawilżenia) pochwy, spadek libido (popędu płciowego) oraz uczucie dyskomfortu. Opublikowane prace dotyczące wpływu operacji z użyciem przezpochwowych taśm syntetycznych stosowanych w leczeniu NTM nie są jednoznaczne, chociaż większość z nich stwierdza znaczną poprawę komfortu fizycznego pacjentek.

W największym, wielośrodkowym badaniu dotyczącym tego problemu prowadzonym przez Rogers i wsp., w którym wzięło udział 269 kobiet, nie stwierdzono wpływu zabiegu na częstotliwość współżycia, chęci do współżycia, stopnia osiąganego podniecenia oraz satysfakcji odczuwanej przez pacjentki i partnerów. Jednak wykazano statystycznie istotną różnicę w liczbie kobiet osiągających orgazm po zabiegu, która zmniejszyła się z 32 do 17%. Najprawdopodobniej spowodowane jest to bliskim sąsiedztwem nerwu grzbietowego łechtaczki w stosunku do taśmy zakładanej z dostępu przez zasłonowego.

W innym badaniu, w którym wzięło udział 113 kobiet, prowadzonym przez S.Jha w Wielkiej Brytanii, do oceny funkcji seksualnych kobiet przed i po leczeniu operacyjnym NTM wykorzystano dwa kwestionariusze (ICIQ-SF i PISQ). Analiza kwestionariuszy wykazała znaczną poprawę aspektu fizycznego i partnerskiego życia seksualnego kobiet, natomiast zachowania seksualne oraz aspekty emocjonalne związane ze współżyciem pozostały na poziomie przedoperacyj-

nym. Co więcej, na te wyniki nie miała wpływu stosowana technika operacyjna. W tym badaniu oceniano również częstość występowania klimakturii, której częstość po zabiegu taśmowym uległa istotnemu zmniejszeniu ($p < 0,002$).

Brak zmiany aspektów emocjonalnych i zachowań seksualnych polegających na częstotliwości współżycia czy stopnia osiąganego satysfakcji, może być spowodowane kilkoma elementami, niezależnymi od samej kobiety, ale też od partnera. Kobiety pomimo skutecznego leczenia

operacyjnego mają świadomość przebytej operacji oraz jej plastycznego efektu jakim jest blizna co wpływa na niższą ocenę atrakcyjności. Partner natomiast obawia się bólu jaki może sprawić kobiecie podczas współżycia. Dlatego poradnictwo pooperacyjne prowadzone przez specjalistów może pomóc powrócić kobiecie do pełnego zdrowia seksualnego.

W badaniu prowadzonym we Włoszech oceniano wpływ techniki wykorzystującej dostęp załonowy (TVT) na seksualność kobiet. W półrocznej obserwacji po wykonanym zabiegu u 87% kobiet całkowicie wyeliminowano nietrzymanie moczu w trakcie stosunku. Równocześnie nie stwierdzono wpływu zabiegu na występowanie dyspareunii, która de novo pojawiła się jedynie u pacjentki u której doszło do erozji taśmy.

Na podstawie tych danych można stwierdzić, że efekt postępowania operacyjnego w przypadku NTM jest zadowalający i nie wpływa negatywnie na życie seksualne kobiet. W niektórych przypadkach i zaburzeniach życia seksualnego operacyjne leczenie NTM jest jedynym skutecznym narzędziem umożliwiającym powrót do normalności.

Podsumowując, te wstępne wyniki operacyjnego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu z zastosowaniem taśm nie wywierają znacząco negatywnego wpływu na życie seksualne kobiet, niemniej jednak ustalenie precyzyjnych kryteriów i narzędzi diagnostycznych wydaje się konieczne do przywracania pełnego zdrowia kobiety poddającej się operacji uroginekologicznej.

Nietrzymanie moczu u mężczyzn: klasyfikacja, diagnostyka, leczenie

dr med. Robert Kozłowski, Ordynator Oddziału Urologii Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku
 dr hab. med. Piotr Radziszewski, Katedra i Klinika Urologii AM w Warszawie
 dr med. Piotr Dobroński, Katedra i Klinika Urologii AM w Warszawie



Nasze społeczeństwo starzeje się. Od roku 1955 do 1997 średnia długość życia wzrosła z 48 do 65 lat. W ciągu kolejnych dwóch dekad przybędzie o 82% więcej osób w wieku powyżej 65 lat.

Jednocześnie starsi pacjenci zmieniają się. Starzenie się i starość to już nie wegetacja. Wzrasta świadomość zachowań zdrowotnych. Pacjenci oczekują zachowania bądź przywrócenia stanu zdrowia i sprawności organizmu. Zwracają coraz większą uwagę na jakość życia.

Nietrzymanie moczu należy bezspornie do chorób społecznych, których wpływ na jakość życia jest bardzo istotny. Częstość występowania nietrzymania moczu u mężczyzn wzrasta wraz z wiekiem i to niezależnie od etiologii nietrzymania moczu.

Nietrzymanie moczu z parcia

NTM jest jednym z objawów nadreaktywnego pęcherza moczowego. Parcia nagła, częstomocz oraz nietrzymanie moczu z nimi związane mogą być spowodowane u mężczyzn różnego rodzaju patologiami w zakresie dolnych dróg moczowych oraz w obrębie układu nerwowego. Stanowi ono aż do 80% nietrzymania moczu występującego u mężczyzn.

Nadreaktywność pęcherza moczowego może mieć charakter idiopatyczny (pryczyna jej powstania nie jest znana), może być wtórna do operacji na dolnych drogach moczowych (np. po leczeniu operacyjnym gruczolaka stercza), wtórna do chorób układu moczowego (np. jako odpowiedź pęcherza na przeszkodę w odpływie moczu - gruczolak stercza) lub też może być spowodowana chorobami neurologicznymi (choroba Parkinsona, stwardnienie rozsiane, choroba Alzheimera, udar mózgu, uraz rdzenia kręgowego).

Przykładem nadreaktywności wtórnej, często spotykanej u mężczyzn, jest jej występowanie w przebiegu łagodnego rozrostu gruczołu krokowego na tle przeszkody w odpływie moczu. Gdy pojawia się przeszkoda (gruczolak stercza) pęcherz moczowy przerasta aby sprostać zadaniu usunięcia

moczu na zewnątrz. Ten przerost powoduje zaburzenia w unerwieniu i ukrwieniu mięśnia pęcherza (mięśnia wypieracza), co w konsekwencji prowadzi do jego nadpobudliwości (nadreaktywności). W tym przypadku leczeniem z wyboru jest leczenie łagodnego rozrostu stercza, jednakże w niektórych przypadkach nadreaktywność pozostaje w postaci utrwalonej i nie ustępuje nawet po leczeniu farmakologicznym (do 20-30%). Jest ona odpowiedzialna nawet za 75% przypadków nietrzymania moczu po operacjach gruczołu krokowego.

Pęcherz nadreaktywny, nadreaktywność wypieracza

Pęcherz nadreaktywny to zespół objawów polegających na występowaniu parcia naglącego oraz częstomoczu z lub bez nietrzymania moczu z parcia, przy braku lokalnych czynników mogących tłumaczyć te objawy.

W przypadku nietrzymania moczu spowodowanego nadreaktywnością pęcherza moczowego (idiopatyczną bądź neurogenną), leczeniem z wyboru jest odpowiednio zastosowana farmakoterapia (stosuje się preparaty antycholinergiczne, które blokując receptory cholinergiczne w pęcherzu osłabiają skurcz mięśnia wypieracza). Skuteczny jest też trening pęcherza, metody behawioralne oraz różnego rodzaju elektrostymulacje (w tym z użyciem implantowanych na stałe stymulatorów). Ostatecznością jest leczenie chirurgiczne (powiększenie pęcherza).

Nietrzymanie moczu w przebiegu łagodnego rozrostu stercza

Łagodny rozrost stercza (gruczołu krokowego, prostaty - benign prostatic hyperplasia - BPH) jest jedną z najczęściej spotykanych patologii wśród mężczyzn po 50 roku życia. Uważa się, że już między 40 a 49 rokiem życia ponad 14% mężczyzn zgłasza objawy BPH. Częstość występowania tej jednostki chorobowej rośnie wraz z wiekiem. W siódmej dekadzie życia dotyka ona ponad 43% mężczyzn, a po 80 roku życia cierpi na nią powyżej 80% mężczyzn.

NTM jest częstym objawem zgłaszanym w przebiegu BPH i może występować u blisko 40% chorych. Objawy zgłaszane przez chorych na BPH dzielimy na te, które są związane z gromadzeniem moczu w pęcherzu moczowym (częste oddawanie moczu, oddawanie moczu w nocy, naglące parcia na mocz, nietrzymanie moczu z parcia), objawy związane z procesem mikcji, czyli wydalania moczu z pęcherza moczowego

(osłabienie strumienia moczu, przerywane oddawanie moczu, kroplowe oddawanie moczu pod koniec mikcji) oraz objawy występujące bezpośrednio po zakończeniu mikcji (uczucie niekompletnego opróżnienia pęcherza moczowego, kroplowy wyciek moczu po mikcji).

Największy wpływ na obniżenie jakości życia pacjenta mają objawy związane z procesem gromadzenia moczu, czyli częstomocz, naglące parcie na mocz, NTM z parcia oraz NTM po oddaniu moczu, czyli kroplowy wyciek moczu z cewki po zakończeniu mikcji. Objawy te powodują konieczność zmiany trybu życia i mogą być przyczyną skrzepowania, a w konsekwencji izolacji społecznej chorego. Na podstawie badań epidemiologicznych ustalono, że ponad 80% pacjentów, u których dochodzi do wystąpienia w/w objawów, podaje je jako najbardziej uciążliwe w trakcie trwania choroby.

W leczeniu BPH mamy do wyboru kilka różnych opcji poczynając od bacznej obserwacji pacjenta przez farmakoterapię po leczenie chirurgiczne. Metody operacyjne są metodami najczęściej stosowanymi w leczeniu zaawansowanych postaci BPH. Cechują się także najwyższą skutecznością w terapii tej jednostki chorobowej.

Kroplowy wyciek moczu po mikcji

Kroplowy wyciek moczu z cewki moczowej po zakończeniu mikcji należy traktować jako oddzielny problem NTM u mężczyzn. Mimo, że jest to objaw często zgłaszany przez chorych na BPH, jego etiologia wydaje się być bardziej złożona i może dotyczyć znacznie szerszą populację mężczyzn, a więc nie tylko pacjentów z BPH. Częstość występowania tego objawu u mężczyzn w trzeciej dekadzie życia określa się na 11%, a w szóstej dekadzie może sięgać nawet 27%. W większości przypadków opisywany objaw nie stanowi poważnego problemu zdrowotnego, a nietrzymanie moczu z nim związane opisywane jest jako plamienie bielizny, które nie występuje codziennie. Uważa się jednak, że u 2,3% ogólnej populacji mężczyzn powyższy objaw stanowi istotny problem zdrowotny i higieniczny zmuszający ich do szukania pomocy lekarskiej. Spośród pacjentów z BPH ponad 11% zgłasza kroplowy wyciek moczu po mikcji. Jest to jeden z trzech objawów, obok NTM z parcia i częstomoczu nocnego, najdotkliwiej upośledzający jakość życia chorego na BPH.

Uważa się, że przyczyną kroplowego wycieku moczu po mikcji jest nadmierne zaleganie moczu w opuszkowej części cewki moczowej. Wśród mechanizmów patofizjologicznych odpowiedzialnych za wystapie-



nie tego schorzenia wymienia się niewydolność mięśni opuszkowo-jamistych i kulszowo-jamistych. Kroplowy wyciek moczu po mikcji występuje częściej u pacjentów z BPH niż w ogólnej populacji mężczyzn.

Mimo różnej etiologii kroplowego wycieku moczu z cewki moczowej po zakończeniu mikcji, leczenie jest we wszystkich przypadkach podobne. Po mikcji należy ucisnąć cewkę moczową w okolicy kroczka i starać się ewakuować (wycisnąć) zalegający w niej mocz na zewnątrz. Poprawę można także osiągnąć stosując fizykoterapię polegającą na treningu mięśni dna miednicy, elektrostymulację mięśni dna miednicy, biofeedback. Pewną poprawę uzyskuje się stosując leki blokujące receptory alfa-adrenergiczne. Jak do tej pory nie znamy skutecznych metod leczenia farmakologicznego tego typu NTM.

Wysiłkowe nietrzymanie moczu u mężczyzn

Przeciwnie niż u kobiet, nietrzymanie moczu typu wysiłkowego występuje u mężczyzn stosunkowo rzadko. Stanowi ono poniżej 10% wszystkich przypadków NTM i zawsze jest związane z niedomogą zwieracza zewnętrznego.

Wysiłkowe NTM u mężczyzn zdarza się najczęściej po operacjach prostaty, głównie po prostatektomii radykalnej (PR). Według różnych opracowań częstość wysiłkowego NTM po roku od PR wynosi od 5 do 60%. Nie każdy przypadek nietrzymania moczu

dokończenie na str. 10

Nietrzymanie moczu u mężczyzn: klasyfikacja, diagnostyka, leczenie

dokończenie ze str. 9

► po PR jest przypadkiem wysiłkowego NTM. Właściwe wysiłkowe NTM stanowi ok. 1/3 przypadków, a u dalszych 20% współistnieje z nietrzymaniem z parć (tzw. mieszane NTM). Pozostali chorzy mają nietrzymanie z parć, które skutecznie można leczyć farmakologicznie. Znacznie rzadziej wysiłkowe NTM występuje po operacjach z powodu łagodnego rozrostu prostaty: elektroresekcji przezcewkowej (TURP) lub - obecnie rzadziej wykonywanej - operacji otwartej usunięcia gruczołka prostaty (adenomektomii). Częstość występowania tego powikłania nie przekracza 0,5-1%.

Inną przyczyną wysiłkowego NTM u mężczyzn bywa złamanie miednicy, któremu towarzyszy rozerwanie tylnej cewki moczowej i zwieracza zewnętrznego. Wiąże się to z uszkodzeniem zarówno mięśni jak i nerwów zaopatrujących zwieracze. Wysiłkowe NTM może wystąpić także po innych operacjach w obrębie miednicy mniejszej, najczęściej po rozległych operacjach onkologicznych prowadzących do uszkodzenia nerwów splotów miednicznego i podbrzusznego oraz gałązek nerwu sromowego. U tych chorych kontrola zwieracza często powraca po kilku miesiącach po operacji. Wysiłkowe NTM może także występować w przebiegu schorzeń neurologicznych, którym towarzy-

szą zaburzenia czynności mięśnia wypieracza pęcherza moczowego.

Fizykoterapia najczęściej jest stosowana w wysiłkowym NTM do 12-24 miesięcy po operacji prostaty. W tym czasie możemy się jeszcze spodziewać poprawy czynności zwieracza zewnętrznego i nie kwalifikujemy chorych do leczenia operacyjnego. Skuteczność tych metod sięga 60-95%. Farmakoterapia za pomocą leków stymulujących receptory alfa adrenergiczne (fenylefryna, efedryna) lub blokujących receptory beta adrenergiczne ma wartość bardzo wątpliwą.

Należy też wspomnieć o zabezpieczeniach mechanicznych takich jak cewniki zewnętrzne (cewnik połączony z przerzutową zakładaną na prącie i workiem na mocz) i zaciski zakładane na prącie, które zamykają światło cewki prąciowej i zapobiegają bezwiednemu wyciekowi moczu na zewnątrz.

Istnieją 4 podstawowe metody leczenia zabiegowego. Są to: wstrzyknięcia substancji uszczelniających szyję pęcherza moczowego, operacje pętlowe (typu „sling”) i ich liczne warianty, implantowane w okolicę szyi pęcherza balony o regulowanej objętości (ACT - ang. Adjustable Continence Therapy) oraz implantacja sztucznego zwieracza hydraulicznego. Najskuteczniejszą

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

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

A K T U A L N O Ś C I

Femurin - nowy preparat na NTM

Po koniec czerwca na polskim rynku pojawił się nowy preparat przeznaczony dla osób z problemem nietrzymania moczu. Femurin to naturalny suplement diety, którego główne składniki stanowią substancje pochodzenia naturalnego - ekstrakty z pestek dyni oraz soi.

Według producenta, Femurin może być stosowany w monoterapii (jako jedyny preparat), jak również jako składnik politerapii zachowawczej (w połączeniu z innymi lekami przepisywanymi na receptę). Ponadto może być stosowany podczas przygotowania do operacji i w trakcie leczenia uzupełniającego po operacji.

Femurin nie jest lekiem, a jedynie suplementem diety, można go nabyć w aptece bez recepty. Miesięczna terapia kosztuje ok. 60 zł (zalecana dawka to dwie tabletki dziennie).

Podczas konferencji prasowej promującej preparat rozpoczęto również kampanię edukacyjną pod hasłem „Bez wstydu o NTM”. Celem kampanii jest zachęcenie dziennikarzy do podjęcia medialnej dyskusji wokół problemu nietrzymania moczu i przełamania społecznej bariery wstydu.

JK

Więcej informacji na stronie www.femurin.pl



Czy pacjent z NTM może liczyć na pomoc lekarza rodzinnego?

Z dr n. med. Marią Magdaleną Bujnowską-Fedak, specjalistką medycyny rodzinnej i kierownikiem Modelowej Praktyki Lekarza Rodzinnego we Wrocławiu, rozmawiają Joanna Kamińska i Karolina Oleksiak

Nietrzymanie moczu uważa się za problem wstydlivy - czy osoby z tą dolegliwością łatwo otwierają się przed lekarzem rodzinnym, czy czują się raczej zakłopotane?

Rzeczywiście problem nietrzymania moczu jest problemem wstydlivym. Okazuje się, że około 2/3 pacjentów z NTM zataja to przed lekarzem. Składa się na to szereg czynników, głównie o podłożu emocjonalnym. Pacjenci zgłaszający się do mnie po poradę są często zażenowani, zawstyżeni, i mają nadzieję, że problem sam ustąpi. Często nie wiedzą o możliwości skutecznej pomocy lekarskiej. W takim wypadku bardzo ważne jest nawiązanie stałego kontaktu z pacjentem, opartego na wzajemnym zrozumieniu i zaufaniu. Pacjent, który zna swojego lekarza i ma do niego zaufanie, szybciej opowie o swoich wstydlivych dolegliwościach, gdyż nie będzie obawiał się wyśmiania lub bagatelizowania problemu ze strony lekarza i zrobi wszystko aby pomóc w rozwiązaniu problemu. Niezależnie od budowania trwałej pozytywnej więzi z pacjentem, należy wychodzić naprzeciw problemom pacjenta i podczas zbierania podstawowego wywiadu lekarskiego pytać wprost o ewentualne kłopoty z nietrzymaniem moczu.

Czy pacjenci uważają NTM za chorobę, czy tylko za problem, którego nie można wyleczyć?

Dla wielu pacjentów nietrzymanie moczu nie jest poważną chorobą, a jedynie przykrą dolegliwością lub co najwyżej uciążliwym problemem, który utrudnia im codzienne funkcjonowanie. W opinii wielu badanych kobiet nietrzymanie moczu jest naturalnym

i nieuleczalnym skutkiem starzenia się. Pacjenci niechętnie poruszają więc ten temat w rozmowie z lekarzem i szukają pomocy lekarskiej zwykle wtedy, gdy schorzenie jest już bardzo zaawansowane.

Komu, według Pani obserwacji, łatwiej się przyznać do tego, że cierpi na NTM - kobiecie czy mężczyźnie?

Z moich obserwacji wynika, że nieco łatwiej do kłopotów z nietrzymaniem moczu jest przyznać się mężczyźnie niż kobiecie. Jest to sprawa bardzo indywidualna i wiele zależy od tego, jak bardzo pacjent nam ufa i czy wierzy w naszą skuteczną pomoc. Świadomość problemów z prostatą i związanych z tym kłopotów w oddawaniu moczu jest w męskiej, starszej części populacji dość duża i dobrze nagłaśniana w mediach, dlatego mężczyźni z mniejszą obawą i zwykle na wcześniejszym etapie zgłaszają się po pomoc do lekarza rodzinnego, choćby tylko w celu otrzymania skierowania do urologa.

Jak lekarz rodzinny może pomóc pacjentom z nietrzymaniem moczu?

Lekarz rodzinny powinien być tym lekarzem, do którego pacjent zgłasza się po raz pierwszy z problemem nietrzymania moczu. Dokonuje on wstępnej oceny chorego: zbiera szczegółowy wywiad o dolegliwości, częstotliwości występowania NTM, okoliczności w jakich do niego dochodzi, a następnie przeprowadza wnikliwe badanie fizykalne i wykonuje podstawowe badania laboratoryjne (np. badanie USG jamy brzusznej z oceną objętości moczu zalegającego po mikcji). Lekarz rodzinny powinien brać aktywny udział w leczeniu zachowawczym nietrzymania moczu (leczenie farmakologiczne, fizykoterapia, środki zabezpieczają-



ce, leczenie uzdrowiskowe). Jest to postępowanie, które można prowadzić w trybie ambulatoryjnym, bardzo często w domu samego pacjenta.

Gdzie jest kierowany pacjent, który przyzna się, że ma problem NTM?

W 15-20% przypadków podstawowe badania diagnostyczne nie wystarczają i chorzy są kierowani do ośrodka specjalistycznego (np. urologicznego) w celu wykonania szczegółowych badań diagnostycznych, np. badania urodynamicznego, ponieważ podstawą sukcesu w leczeniu nietrzymania moczu jest dokładne rozpoznanie jego przyczyny. W składzie zespołu opiekującego się pacjentem z NTM, obok lekarza rodzinnego, ważne miejsce zajmują urolog, ginekolog, neurolog, a niekiedy także nefrolog, endo-

krynolog, psycholog, psychiatra i inni. W zespole nie może także zabraknąć fizjoterapeuty i pielęgniarki środowiskowej.

Wzrost świadomości społeczeństwa o wielu chorobach rośnie, czy to dotyczy również wiedzy o NTM?

Tak, ale nie jest ona wystarczająca i jest jeszcze wiele do zrobienia na tym polu. Ważną rolę z pewnością odgrywają tu media: radio, prasa i telewizja, które coraz częściej i szerzej informują o tym problemie, przyczynach i powszechności jego występowania oraz zagrożeniach i konsekwencjach jakie ze sobą niesie.

Czy pacjenci są informowani o tym, że NTM może dotknąć każdego człowieka, czy lekarze prowadzą jakąś kampanię informacyjną o NTM?

Trudno mówić o zmasowanej kampanii informacyjnej skierowanej do pacjentów ze strony lekarzy, ale z pewnością o tej dolegliwości mówi się coraz częściej jako o chorobie, która nie leczona staje się nieodwracalna, drastycznie pogarsza jakość życia dotkniętych nią osób i niesie ze sobą istotne następstwa higieniczne, psychologiczne, społeczne i ekonomiczne.

Czy Pani, będąc na studiach medycznych, otrzymała od wykładowców niezbędną wiedzę na temat problemu nietrzymania moczu?

Niestety nie, ale pracując równocześnie jako lekarz rodzinny i pracownik naukowy Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu wiem, że sytuacja zmienia się. SeminaRIA i wykłady z tego zakresu znalazły się w programie studiów medycznych i problem ten dla studentów medycyny nie jest już obcy. Ponadto w trakcie specjalizacji z medycyny rodzinnej prowadzony jest cykl seminariów poświęcony temu zagadnieniu. Przyszli lekarze rodzienni uczestniczą aktywnie w warsztatach „nietrzymania moczu” ucząc się poprawnego zbierania wywiadu, poznając epidemiologię i etiopatogenezę problemu, najnowsze standardy diagnostyczno-terapeutyczne, zasady bezpiecznego stosowania leków i podstawy fizjoterapii, jak np. ćwiczenia Kegla, trening piercherza moczowego, elektrostymulacje.



Czy Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej prowadzi seminaria, warsztaty itp. o problemie NTM?

Tak i stara się tego typu szkoleń prowadzić coraz więcej. Warto wspomnieć o dwóch polsko-norweskich sympozjach, które odby-

ły się we Wrocławiu, w 2002 i 2006 roku pod patronatem Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej (PTMR) pod hasłem „Nietrzymanie moczu - interdyscyplinarny problem kliniczny i społeczny”. Gośćmi sympozjum byli najwyższej klasy specjaliści z różnych dziedzin medycyny, zajmujący się zaburzeniami trzymania moczu, zarówno z Polski, jak i z zagranicy. Natomiast w marcu tego roku w Poznaniu, także pod patronatem PTMR, odbyła się ogólnopolska prestiżowa konferencja Top Medical Trends 2007, gromadząca wybitnych wykładowców i konsultantów medycznych i prezentująca najnowsze zdobycze medycyny w poszczególnych specjalnościach medycznych. W programie tej konferencji znalazła się cała sesja poświęcona najnowszym osiągnięciom w zakresie diagnostyki i terapii nietrzymania moczu.

Jak Pani Doktor ocenia poziom świadomości lekarzy rodzinnych o problemie NTM?

Nietrzymanie moczu to niejednokrotnie poważny problem również dla samych lekarzy. Dlatego też czasami starają się oni unikać rozmowy na ten temat, aby nie wprowadzać pacjentów (a zwłaszcza pacjentek) w zakłopotanie. Przeprowadzone kilka lat temu badania wśród lekarzy pierwszego kontaktu wykazały brak dostatecznej wiedzy oraz umiejętności rozpoznawania i leczenia nietrzymania moczu. Przyczynia się to do zbyt późnego podjęcia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego przez lekarzy, gdy schorzenie jest już znacznie zaawansowane, a efekty lecznicze niezadowalające. Uważam jednak, że sytuacja z roku na rok się poprawia, a przeszkoleni lekarze rodzienni, znając swoich pacjentów i mając z nimi dobry kontakt, coraz częściej będą sami prowokować rozmowy na ten temat.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Ostrołęce

oraz

Polskie Towarzystwo Lekarskie Oddział w Ostrołęce

zapraszają

na konferencję naukowo - szkoleniową

Opieka długoterminowa wyzwaniem do współpracy interdyscyplinarnej,

która odbędzie się 6 października 2007 roku
w Hotelu „Zbyszko” w Nowogrodzie

Do udziału w konferencji zapraszamy wszystkich pracowników służby zdrowia, a w szczególności lekarzy, pielęgniarki, położne i pracowników pomocy społecznej.

Program Konferencji:

- Zabezpieczenie społeczne niepełnosprawności i niesamodzielności w Polsce
- Specyfika potrzeb człowieka w wieku starszym i niesamodzielności - opieka długoterminowa
- Opieka paliatywna w chorobach nienowotworowych
- Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc jako choroba cywilizacyjna
- Formy pomocy społecznej oferowane ludziom przewlekle chorym i niepełnosprawnym w opiece domowej
- Rozwój opieki długoterminowej na terenie północnego Mazowsza
- Depresja jako problem opieki nad pacjentem geriatrycznym
- Rola pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w profilaktyce raka jąder
- Znajomość wybranych przepisów prawa wśród pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej - analiza badań własnych

Informacje i zgłoszenia - tel. (29) 760-44-36

Problemy z NTK

Elżbieta Mamos

Do napisania artykułu zachęciły nas czytelniczki. Problem z nietrzymaniem kału (NTK) nie jest częsty, ale dotyka sporej grupy ludzi, którym przez swą drastyczność, czasem uniemożliwia normalne społeczne funkcjonowanie.

Przedstawiamy wypowiedzi kobiet, które cierpią na NTK, a potem krótki wywiad z lekarzem - proktologiem. Nie wyczerpiemy problemu, ale chcemy zainicjować szerszą społeczną dyskusję.

AGNIESZKA: Problemy ze zwierzcami pojawiły się po porodzie. Do poradni proktologicznej dotarłam dwa lata po tym wydarzeniu. Ginekolog, któremu zgłaszałam problemy z nietrzymaniem nie tylko moczu, nie potrafiła mi pomóc. Radziła ćwiczyć mięśnie Kegla. Sama szukałam informacji o przyczynach mojej przypadłości. Nie miałam pojęcia, do jakiego lekarza się zwrócić. W końcu na forum NTM polecono mi poradnię w mojej miejscowości. Po USG i innych badaniach proktologicznych okazało się, że mam uszkodzone mięśnie zwieraczy. **Poradni, a zwłaszcza specjalistów w tej dziedzinie nie jest wielu. Wiem, że na przykład do Krakowa przyjeżdżają ludzie aż z Białogostoku...**

Wokół problemu panuje zмова milczenia, a pracodawcy często skreślają takiego

człowieka. Ja na szczęście pracuję w domu. Inaczej stres by mnie zabił. Korzystam natomiast z basenu, chodzę na aerobik, do kina, teatru itp. Po prostu jem wtedy rzeczy lekkostrawne, żeby nie obciążać układu trawiennego. Nie korzystam z żadnych akcesoriów, co najwyżej zakładam podpaskę. Pomimo uszkodzenia mięśni zwieraczy nie zdarzyło mi się makabrycznie popuścić. Gnam do łazienki z wczesną i nie

zdarzają mi się mimowolne plamienia.

Co jest bardzo potrzebne? Edukacja, szczególnie lekarzy pierwszego kontaktu, aby pytania o problemy ze zwierzcami padały w trakcie wywiadu lekarskiego. Informacja, gdzie można zakupić artykuły higieniczne i sprowadzanie ich do Polski za skromne pieniądze. **Nietrzymanie kału, to nie rak, ale bardzo uprzykrza życie.** Ludzie z tą dolegliwością nierzadko wolą się izolować, niż narażać na ośmieszenie lub wzbudzenie uczucia obrzydzenia u innych, że o okropnym wstydzie nie wspomnę.

KAMILA: Początku choroby dopatruję się w wypadku samochodowym. Byłam hospi-

Z dr. Krzysztofem Abychtem, lekarzem proktologiem z Centrum Medycznego Damiana, rozmawia Elżbieta Mamos

□ **Jakie są najczęstsze przyczyny NTK?**

To nie jest schorzenie zbyt częste. Cierpią na nie głównie kobiety, przede wszystkim w wieku poklimakteryjnym. Przyczyny są związane zwykle ze zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym. Oczywiście zdarzają się również przyczyny mieszane, spowodowane np. wypadkami czy też przyczyny związane z niesprawnością samego układu zwieraczowego.

Nietrzymanie kału ma na trzy stopnie zaawansowania: problemy z utrzymaniem gazów, płynnego stolca i stałego stolca. Stan zaawansowania zależy od częstości występowania objawów.

Kobiety częściej cierpią na tę dolegliwość, bo rodzą dzieci. Przy trudnych porodach może dojść do uszkodzenia zwieraczy. Statystycznie osób cierpiących na NTK jest kilkadziesiąt razy mniej niż osób cierpiących na NTM. Z mojej praktyki proktologa wynika, że rocznie zgłasza się do mnie najwyżej kilku panów i nie więcej niż 25 pań.

□ **Jak i czy w ogóle można leczyć NTK?**

Leczenie i diagnostyka wymaga działań lekarza specjalisty. Każdy przypadek jest indywidualny, bo zależy od przyczyn wystąpienia NTK. Niestety, leczenie nie jest specjalnie skuteczne. Najczęściej to terapia zachowawcza lub interwencja chirurgiczna. Nie ma jednej metody, która byłaby złotym standardem. Nie zawsze pomaga chirurg, bardzo często skuteczny jest trening zwieraczy, zmiana diety.

□ **Czy lekarz pierwszego kontaktu może pomóc takiemu choremu?**

Lekarz POZ powinien umieć rozpoznać problem i skierować pacjenta do specjalisty proktologa. Z NTK jest spory kłopot,

dlatego że przyczyna i skutek są bardzo oddalone w czasie. Do uszkodzeń zwieraczy dochodzi w trakcie porodu, ale dolegliwości ujawniają się 30 lat później, kiedy kobieta ma klimakterium i cały jej organizm ulega deregulacji.

□ **Wracając do leczenia operacyjnego, nasze czytelniczki piszą, że niestety po operacji ich stan się pogorszył, a nie polepszył.**

Tak może się zdarzyć. Lekarz i pacjentka musza sami ocenić ryzyko, nie ma metody idealnej.

□ **NTK i NTM są problememami społecznymi. Chorzy czują się napiętnowani, otacza ich niezrozumienie. Jak można sobie poprawić komfort życia?**

Wiele pacjentek dość dobrze sobie radzi, stosując odpowiednią dietę zapierającą. Czasami się udaje „nauczyć organizm”, by wypróżnienie było o stałej porze. Trzeba bardzo pilnować higieny osobistej. Nie ma niestety bardziej skutecznych metod leczenia zachowawczego. A jeśli chodzi o odbiór społeczny, nad tym trzeba pracować i uświadamiać ludziom, że to jest choroba, trudna, krępująca, ale przecież niezależna od człowieka. Na szczęście są już pieluchomajtki.

□ **Czy problem narasta czy po prostu wzrasta częstość jego ujawniania?**

Raczej to drugie, ludzie częściej i bardziej dbają o siebie, mają większą świadomość i częściej próbują się leczyć. Ale wiem, że wiele pacjentek cierpi i nie podejmuje nawet prób leczenia, a szkoda.

□ **Jak powinna przebiegać terapia?**

Na początek trzeba zrobić badania manometryczne zwieracza. Jest to badanie proste, powtarzalne i na jego podstawie można wyciągnąć pierwsze wnioski dotyczące leczenia. W przypadku NTK, tak jak w całej medycynie, im wcześniej zaczyna się leczenie tym lepiej, bo lepiej zapobiegać niż leczyć.



Koszyk gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej

lek. Tomasz Bochenek, MPH

Instytut Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Od kilku miesięcy duże zainteresowanie opinii publicznej wzbudza Koszyk Gwarantowanych Świadczeń Opieki Zdrowotnej (KGŚOZ). Na początku lata bieżącego roku, Minister Zdrowia publicznie ogłosił powstanie pierwszej jego wersji. Jest ona już dostępna i może zostać poddana szerokiej dyskusji i krytycznej ocenie. Czym więc jest ten „koszyk” i na ile jest on istotny dla osób z problemem nietrzymania moczu?

Koszyk w wersji obecnej lub po poprawkach, jeżeli zostałyby usankcjonowany odpowiednią ustawą, mógłby mieć bezpośredni wpływ na sytuację wszystkich polskich pacjentów. Po raz pierwszy określony został w tak wszechstronny sposób zakres i zasady korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, do których gwarantowany ustawowo dostęp mógłby mieć polski pacjent. Bliska jest więc konkretyzacja konstytucyjnego prawa polskiego obywatela do równego i niezależnego od własnej sytuacji finansowej dostępu do świadczeń zdrowotnych

finansowanych ze środków publicznych.

KGŚOZ przybrał postać opracowania mieszczącego się w trzech grubych tomach i został wyłoniony z jeszcze obszerniejszej Centralnej Bazy Świadczeń Opieki Zdrowotnej (CBSOZ). Oba te opracowania są efektem wielu miesięcy pracy ok. 70 zespołów eksperckich, wspieranych i koordynowanych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych. Świadczenie - elementarny składnik koszyka, jest przy tym rozumiane jako określona procedura medyczna plus wskazania do jej zastosowania. Pojęcie świadczenia opieki zdrowotnej jest szerokie i obejmuje świadczenia zdrowotne (działania bezpośrednio związane z profilaktyką, ratowaniem, przywracaniem lub poprawą zdrowia), świadczenia rzeczowe związane z procesem leczenia (tutaj mieszczą się leki i wyroby medyczne, w tym również środki pomocnicze) i świadczenia towarzyszące (takie, jak: zakwaterowanie i wyżywienie pacjenta w szpitalu, transport sanitarny). KGŚOZ ma zapewnić możliwie największy dostęp do takich świadczeń

opieki zdrowotnej, które są najważniejsze z punktu widzenia zdrowotności społeczeństwa, posiadają udowodnioną naukowo efektywność medyczną, są najbardziej opłacalne spośród świadczeń możliwych w ogóle do realizacji oraz są możliwe do sfinansowania w miarę istniejących w państwie polskim możliwości finansowych. Zawarte w CBSOZ świadczenia noszą więc zróżnicowane określenia: gwarantowane (rekomendowane do KGŚOZ), niegwarantowane (kwalifikujące się w całości lub częściowo do finansowania ze źródeł innych, niż publiczne), dyskusyjne (wymagające jeszcze dodatkowej oceny).

W obecnej postaci i zgodnie z powyższą terminologią KGŚOZ jest zbiorem świadczeń zdrowotnych, w tym również z zakresu dotyczącego problematyki urologicznej. Zaopatrzenie w konkretne wyroby medyczne związane z leczeniem nietrzymania moczu nie jest jednak jego przedmiotem, co wskazuje na to, że tego rodzaju świadczenia rzeczowe określane będą nadal rozporządzeniami Ministra Zdrowia. ■

Problemy z NTK

dokończenie ze str. 13

► talizowana. Stwierdzono stenozę kręgosłupa. Miałam ogromne zaparcia, a czasami i zatrzymanie moczu. Kiedy zaszłam w ciążę, sytuacja się pogorszyła. Po porodzie, z powodu przedłużających się zaparć, stwierdzono hemoroidy IV stopnia. Lekarz zaproponował operację, na co się zgodziłam. Po niej pojawiło się nietrzymanie kału. Straciłam zdolność kontrolowania wypróżnień.

Miałam kontakty ze specjalistami: gastroenterologiem, neurologiem, proktologiem, chirurgiem, kinezyterapeutą i jeszcze wieloma innymi. Podejmowano różne sposoby leczenia, poczynając od leków, po dietę, kinezyterapię, lecząc jednocześnie kręgosłup i hemoroidy odbytu. **Kiedy zdecydowałam się na leczenie operacyjne lekarz mnie uprzedził, że konsekwencją operacji może być nietrzymanie kału. Niestety, miał rację.**

Mieszkałam w Warszawie, gdzie chyba nie brak informacji i specjalistów. Jednak o sprawnym przebiegu terapii decydują pieniądze i lepszy niż obecnie dostęp do informacji. Samo nietrzymanie kału jest czymś bardzo kłopotliwym i ograniczającym możliwości realizacji w pracy i w życiu społecznym. Nie tylko ze względu na nieprzyjemny zapach, ale bardziej na odbiór społeczny. Ci, których to dotyczy, nie umieją sobie radzić w życiu, a ci, którzy ich otaczają, nie wiedzą jak mają postępować w stosunku do osób chorych. Poza tym warto by uporządkować wszystkie przepisy dotyczące wymagań sanitarnych, tak jak na przykład w Niemczech i w innych krajach europejskich. W polskim systemie opieki społecznej brakuje mechanizmów amortyzujących kłopoty z utratą pracy osób chorych. Jutro nietrzymanie kału może spotkać każdego. ■



Małopolski Sejmik Organizacji Osób Niepełnosprawnych

Aktywność hamowana brakiem funduszy

Joanna Kamińska

W poprzednim numerze Kwartalnika zaprezentowaliśmy Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”. Tym razem, kontynuując cykl przedstawiania różnych organizacji i stowarzyszeń działających na rzecz poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych, chcielibyśmy przybliżyć sylwetkę Małopolskiego Sejmiku Organizacji Osób Niepełnosprawnych.

MSOON powstał w 2002 roku i obecnie zrzesza ok. 40 organizacji z terenu województwa małopolskiego. W skład Sejmiku wchodzi m.in.: Ogólnopolski Związek Inwalidów Narządu Ruchu, Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym oraz Krakowskie Oddziały: Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem, Polskiego Związku Niewidomych i Krajowego Towarzystwa Autyzmu. Jak czytamy w statucie: „celem działania Sejmiku jest reprezentowanie, rzecznictwo interesów oraz realizacja potrzeb środowiska osób niepełnosprawnych, dążące do stworzenia warunków pełnego i aktywnego życia osób niepełnosprawnych”.

O bieżącej działalności Małopolskiego Sejmiku Organizacji Osób Niepełnosprawnych rozmawiamy z Prezes - Janiną Bojdą oraz Józefem Góralczykiem (członkiem MSOON oraz wiceprezesem krakowskiego oddziału Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem).

Jakiego rodzaju pomoc mogą uzyskać od Sejmiku osoby niepełnosprawne?

J.B.: Sejmik jako związek stowarzyszeń w zasadzie nie działa bezpośrednio w środowisku indywidualnych osób niepełnosprawnych, lecz poprzez ich macierzyste organizacje. Najważniejsze z działań to reprezentowanie czynnego środowiska osób niepełnosprawnych, występowanie przed wszelkimi władzami w interesie poszczególnych organizacji, pomoc zrzeszonym organizacjom w tworzeniu swoich struktur, ustalaniu planu pracy i prawnych zabezpieczeń ich działalności. Wspólnie łatwiej dotrzeć nam do urzędów, łatwiej przekonać bardziej opornych urzędników do pozytywnego załatwienia wielu problemów osób niepełnosprawnych. Wyjątkiem jest świadczenie porad prawnych, socjalnych i psy-

chologicznych w biurze w Krakowie, w domach osób nie opuszczających mieszkań ze względu na zły stan zdrowia i w czasie sesji wyjazdowych w powiatach.

Co do tej pory udało się osiągnąć Sejmikowi?

J.G.: Udało się stworzyć klimat oraz zrozumienie potrzeby połączenia sił na rzecz osób niepełnosprawnych. Tak wiele organizacji zrzeszonych w jeden organizm to suma doświadczeń, które poszczególne organizacje zdobyły w swojej pracy, możliwość wzajemnej pomocy w tworzeniu konkretnych przedsięwzięć, udzielanie sobie nawzajem pomocy w ich osiąganiu. MSOON zrozumiał już dawno, że właściwą drogą jest współpraca, a nie konkutowanie pomiędzy poszczególnymi organizacjami działającymi na danym terenie. Połączenie w jeden związek organizacji spowodowało również możliwość podejmowania się zadań wspólnych, niemożliwych do podjęcia przez jedną organizację.

Skąd pochodzą fundusze na utrzymanie Sejmiku?

J.B.: MSOON nie posiada żadnych funduszy, co ogranicza rozwój jego działalności. Jak każda inna organizacja Sejmik uczestniczy w konkursach grantowych na zadania o ściśle określonych celach. Sejmik aktywny jest dzięki nieodpłatnej pracy wolontariuszy.

Czy Sejmikowi udało się w jakiś sposób wpłynąć na instytucje tworzące prawo?

J.G.: W 2004 roku we współpracy z innymi organizacjami rozpoczęliśmy batalię dotyczącą zmiany systemu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i materiały pomocnicze. Istniejący wówczas zamknięty system był według naszej oceny systemem niesprawiedliwym i korupcyjnym. Działając na wielu płaszczyznach udało się w grudniu 2004 roku doprowadzić do zmiany prawa i wprowadzenia otwartego systemu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i materiały pomocnicze. Od tego czasu Małopolski Sejmik wielokrotnie angażował się w działania mające na celu zmiany prawa, które krzywdziły

różne środowiska osób niepełnosprawnych. W sierpniu 2006 roku występowaliśmy do Ministra Zdrowia w sprawie rozporządzenia dotyczącego przyznawania obustronnego zaopatrzenia w aparaty słuchowe osobom potrzebującym takiego zaopatrzenia bez żadnych uwarunkowań. W bieżącym roku współuczestniczymy w zmianie rozporządzenia w zakresie protez powietrznych. Ponadto Małopolski Sejmik zaangażował się w nowelizację rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Czy władze terytorialne chętnie współpracują z Sejmikiem?

J.B.: Władze terytorialne chętnie współpracują z Sejmikiem, szczególnie jeśli problemy dotyczą polityki społecznej i spraw ogólnych. Dobrą współpracę mamy z Wojewodą Małopolskim i Urzędem Marszałkowskim. ■

Krzysztof Musiorski
Pełnomocnik Wojewody Małopolskiego ds.
Osób Niepełnosprawnych:

Małopolski Sejmik Organizacji Osób Niepełnosprawnych jest istotnym partnerem Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie w realizacji zadań z zakresu szeroko rozumianej pomocy społecznej. W ramach otwartych konkursów ofert dla organizacji pozarządowych, każdego roku Stowarzyszenie otrzymuje z budżetu Wojewody Małopolskiego wsparcie finansowe na realizację projektów mających na celu m. in. daleko posuniętą aktywizację i integrację społeczną osób niepełnosprawnych oraz profesjonalizację funkcjonowania zrzeszonych w MSOON organizacji. Jako Pełnomocnik Wojewody Małopolskiego do Spraw Osób Niepełnosprawnych postrzegam działalność branżowej federacji organizacji pozarządowych i podmiotów z nimi zrównanych za wysoce użyteczną i pożądaną, stanowi ona bowiem swoistą płaszczyznę wymiany informacji oraz identyfikacji rzeczywistych potrzeb środowiska osób niepełnosprawnych.

Czy warszawskie apteki są dobrze zaopatrzone w środki wchłaniające?

Karolina Ciepiela



Osoby, które borykają się z problemem nietrzymania moczu zmuszone są korzystać ze środków wchłaniających (pieluch, pieluchomajtek lub wkładów anatomicznych). Dzięki obowiązującemu obecnie systemowi otwartemu pacjenci mogą zakupić produkty różnych firm dostępne na rynku. Okazuje się jednak, że nawet w tak dużym mieście jak Warszawa nie można nabyć ich w każdej aptece. Pacjenci mówią też, że wiele z tych aptek, które posiadają w swoim asortymencie środki wchłaniające ogranicza ofertę do produktów jednej lub dwóch firm.

W stolicy są 372 apteki, w których można nabyć refundowane środki wchłaniające (dane Mazowieckiego Oddziału NFZ). Stanowi to nieco ponad 60% wszystkich stołecznych aptek (Wojewódzki Inspektorat Inspekcji Farmaceutycznej w Warszawie sprawuje nadzór nad 587 aptekami i 1 punktem aptecznym).

A co na to wszystko pacjenci? Zapytaliśmy kilku z nich czy nie mają problemów z zakupieniem potrzebnych im produktów. Pani Mirosława z Warszawy twierdzi, że środki wchłaniające, których używa, nie są niestety dostępne w każdej aptece, więc zmuszona jest kupować je „na zapas”. Zazwyczaj dobrze zaopatrzone są apteki duże, sieciowe (np. te w centrach handlowych). Problemem na który często natrafia, gdy zaopatruje się w mniejszych aptekach jest niewiedza personelu. Farmaceuci dziwią się, szukają, co potrafi trwać 10-15 min. Zdarzyło się (apteka na Pradze), że pani nie miała pojęcia o co chodzi, że takie środki w ogóle są - mówi. Innego zdania jest pan Antoni (również mieszkaniec stolicy), który nie spotkał się z sytuacją, żeby środków wchłaniających nie było w aptece (on sam zaopatruje się w kilku różnych). Podobnie uważa pani Marianna z warszawskiego oddziału Stowa-

rzyszenia Osób z NTM UroConti, aczkolwiek zwraca uwagę na to, że to poszczególne apteki nie posiadają produktów wszystkich firm, które oferują środki wchłaniające dla osób z NTM. Twierdzi ona, że wskazane byłoby aby zostały wyznaczone apteki, w których można nabyć produkty wszystkich firm dostępne na rynku.

Podsumowując, sytuacja w zaopatrzeniu w środki wchłaniające warszawskich aptek nie jest najgorsza. Pacjenci mogą je kupić w wielu miejscach, aczkolwiek problemem dla sporej ich części (w tym dla moich rozmówców), jest ich cena oraz zbyt mała ilość refundowanych sztuk poszczególnych środków wchłaniających. Twierdzą oni, że pieluchy, pieluchomajtki i wkłady anatomiczne dostępne na rynku są zbyt drogie, zwłaszcza dla osób, którym nie przysługuje refundacja. ■

Nazwiska osób wypowiadających się - do wiadomości redakcji.

Węgrzy także przed Polską

■ Kolejnym krajem, który porównujemy do Polski pod względem rozwiązań stosowanych w dziedzinie zaopatrzenia środków wchłaniających, są Węgry. W obu państwach istnieje refundacja produktów higienicznych dla osób z NTM. Podstawowa różnica w systemie to wskazania medyczne uprawniające do refundacji: na Węgrzech

jest to nietrzymanie moczu, w Polsce - nowotwory i choroby układu nerwowego.

Na Węgrzech obowiązuje dopłata pacjenta - 15% dla osób z ciężkim NTM lub 30% - dla osób z lekkim NTM. Osoby posiadające niskie dochody nie muszą nic dopłacać - jest to grupa około 30% pacjentów, u których występuje ciężki stopień nietrzymania moczu.

Różnice w dopłacie wynikają z różnicy w wysokości cen za poszczególne rodzaje produktów przy danym stopniu NTM. Oznacza to, że na Węgrzech osoba z lekkim problemem nietrzymania moczu dopłaci więcej, ponieważ produkty dla niej są tańsze.

Na Węgrzech - podobnie jak w Polsce - występuje limit ilościowy. Wynosi on 90-120 szt. miesięcznie w zależności od stopnia NTM, który może być klasyfikowany jako: bardzo lekki, lekki, średni lub ciężki.

MK

Refundacja środków wchłaniających: Węgry vs. Polska

	WĘGRY	POLSKA
Liczba mieszkańców	10 mln	38 mln
Refundacja środków wchłaniających	tak	tak
Wskazania medyczne do przyznania refundacji	nietrzymanie moczu	choroby nowotworowe, upośledzenie umysłowe, zespoły ośpiewne, choroby układu nerwowego, wady rozwojowe
Klasyfikacja refundacji w oparciu o stopień nietrzymania moczu	w zależności od stopnia NTM refundacja wkładów anatomicznych, pieluch anatomicznych, pieluchomajtek, podkładow i majtek chłonących	dla w/w kryteriów chorobowych refundacja wkładów anatomicznych, pieluch anatomicznych, pieluchomajtek i podkładow do 60 szt.
Ilość refundowanych sztuk / m-c	90-120 szt. w zależności od rodzaju produktu	
Limit cenowy / m-c	brak (ceny ustalone ogólnie)	w zależności od wysokości refundacji (100% lub 70%) odpowiednio: 77 lub 90 zł
Współpłacenie przez pacjenta	0% odpłatności dla osób z ciężkim stopniem NTM i niskich dochodach (około 30% pacjentów z NTM), 15% dla pozostałych osób z ciężkim NTM, 30% przy lekkim stopniu NTM	0% przy nowotworach lub 30% przy pozostałych wskazaniach medycznych

Potrzeba pieniędzy, ale jeszcze bardziej umiejętności, by usprawnić system

Z posłem Sławomirem Piechotą, członkiem sejmowej Komisji Polityki Społecznej, przewodniczącym Rady Wrocławskiego Sejmiku Osób Niepełnosprawnych, rozmawia Magdalena Kowalewska

14 czerwca b.r. złożył Pan wraz z posłem Jarosławem Dudą zapytanie poselskie do Ministra Zdrowia dotyczące zaległości NFZ w zaopatrywaniu osób niepełnosprawnych w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Jak Pan ocenia odpowiedź jaką otrzymał Pan od Wiceministra Zdrowia Bolesława Piechy?

Wyjaśnienie Pana Ministra niewiele wyjaśnia i nie okazuje woli zmiany istniejącej sytuacji. Minister Piecha nie chciał odpowiedzieć na nasze konkretne pytania, np.: kiedy i w jaki sposób będą prowadzone działania, by zmienić proporcje pomiędzy wydatkami na leki a zaopatrzeniem w sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze. Dało się także odczuć, że według Ministra Piechy poruszone problemy to problemy marginalne.

Ja oczekiwałem i wciąż oczekuję od Ministra, i od Rządu, że pojawi się pewien całociowy plan uregulowania kwestii zaopatrzenia. Myślę, że ważne jest by odróżnić kogoś kto jest aktywny, bo np. się uczy, pracuje, bo się rehabilituje - by móc się uczyć czy pracować, od kogoś kto siedzi w domu i nie ma najmniejszej chęci by się ruszyć. Dla osób aktywnych powinno się przewidywać wyższe kwoty, które stałyby się motywacją do takiej aktywności.

Warto zatem stawiać pytanie podstawowe, na ile ten dzisiejszy system jest systemem o charakterze socjalnym, a na ile systemem aktywizującym? Jeżeli bowiem uzależniamy pomoc od dochodów w rodzinie, a zarazem dochód ten nie może być wyższy niż dwie minimalne pensje, to znaczy, że pomoc otrzymują ludzie raczej ubożsi. Natomiast osoba aktywna, pracująca, czyli taka, na której aktywności powinno nam najbardziej zależeć, musi sobie sama kupić wózek elektryczny za kilkanaście tysięcy zł. Ten zaś, który żyje z renty dostanie całą tę kwotę od państwa. To są te punkty wyjścia

do systemu i raczej na taką odpowiedź miałem nadzieję ze strony Ministra, a nie informację, że „to się poprawi“, „że się spotkamy“, „a w ogóle jest bardzo różnie“.

Rozporządzenia Ministra Zdrowia określające listę oraz zasady refundacji przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych jest rzadko aktualizowane (ostatnia „symboliczna“ aktualizacja miała miejsce w 2004 r.). Jak już jest aktualizowane to w zasadzie powiela się zapisy z poprzedniej wersji, powtarzając również błędy. Małopolski Sejmik Organizacji Osób Niepełnosprawnych wystąpił z inicjatywą, aby wprowadzić wymóg aktualizacji wykazu minimum raz w roku. Pozwoliłoby to - zdaniem autorów tej inicjatywy - na reagowanie na potrzeby pacjentów i zmiany samego rynku. Co Pan sądzi o tym pomysłe?

Mamy tu do czynienia z dwoma, jakby sprzecznymi wymogami. Z jednej strony takie rozporządzenie powinno zostać sformułowane na odpowiednim poziomie ogólności, aby zachowywało jak najdłużej aktualność, aby nie trzeba go było wciąż zmieniać wraz z pojawianiem się na rynku nowego rodzaju pomocy dla osób niepełnosprawnych. Zarazem powinno być na tyle precyzyjne, by nie było dowolności w ustalaniu komu i na jakich zasadach przysługuje pomoc.

Oczywiste jest, że dzisiejsze rozporządzenie, skoro wymienia rzeczy, których od dawna nie ma - jest przestarzałe i nie może tworzyć ram właściwego zaopatrzenia osób niepełnosprawnych. Tym pilniej, ale i tym staranniej Rząd powinien przygotować i wprowadzić w życie odpowiednie nowe rozporządzenie, wykorzystując sprawdzone w praktyce doświadczenia wielu krajów europejskich.

Jakie zmiany, Pana zdaniem, należałoby szybko wprowadzić w dziedzinie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze?

Jak już wcześniej wspominałem potrzebne są zmiany całociowe i spójne. Dlaczego bowiem państwu nie opłaca się dzisiaj - jak można by sądzić z obowiązujących zasad zaopatrzenia - przeciwdziałać powstaniu odleżyny, skoro jej leczenie jest o dużo, du-



żo droższe (dofinansowanie do poduszki przeciodleżynowej wynosi 70 zł, gdy dobra poduszka kosztuje od kilkuset złotych w górę; natomiast leczenie odleżyny kosztuje od kilku do kilkudziesięciu tysięcy...)?

Potrzebne jest stworzenie systemu, który będzie indywidualizował zaopatrzenie. Dodatkowo pozostaje kwestia finansowa. W ramach środków pieniężnych, które dziś są w Narodowym Funduszu Zdrowia, zaopatrzenie w poszczególnych oddziałach wygląda różnie. Tylko w połowie oddziałów nie ma zaległości w zaopatrzeniu pacjentów w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne. W całym budżecie NFZ kwota przeznaczona na wydatki w tym zakresie jest stosunkowo niewielka. Gdyby zwiększyć ją o 60 mln zł można by wszystkie podstawowe potrzeby pacjentów sfinansować, również uwzględniając zjawisko starzenia się społeczeństwa (czyli poszerzenia się kręgu osób wymagających takiego zaopatrzenia).

Kwestia finansowa jest niezwykle ważna, ale powinniśmy rozwiązać również inny problem - jak pomóc osobie potrzebującej w wyborze właściwego sprzętu czy właściwego środka? Obecnie osoba niepełnosprawna jest jakby zawieszona pomiędzy dwoma skrajnościami: sprzedającym, który chce zarobić jak najwięcej i płatnikiem (NFZ, PFRON), który chce zapłacić jak najmniej.

W Polsce brakuje doradców ds. zaopatrzenia. Role taką mogliby pełnić np. odpowiednio przygotowani rehabilitanci, którzy są blisko pacjenta i znają realia codziennego życia osób niepełnosprawnych. Jest także wiele innych elementów wymagających uregulowania. W Niemczech, na przykład, funkcjonują wypożyczalnie sprzętu ortopedycznego. Kiedy pacjentowi sprzęt nie jest już potrzebny, to zwraca go do wypożyczalni. Dzięki temu można ten sprzęt przekazać w użytkowanie kolejnym osobom.

10 lipca br. Sejm uchwalił nowelizację ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Pan oraz prawie cały klub Platformy Obywatelskiej głosowaliście przeciwko tej ustawie. Dlaczego?

W dziedzinie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych potrzebne są zmiany systemowe. Obecnie to wszystko wygląda jak nieudolne usiłowanie łagodzenia objawów choroby, a nie leczenie jej przyczyn.

W obecnym projekcie ustawy pozostało wiele elementów, które - w naszym przekonaniu - niewiele w rzeczywistości zmieniają, a tym samym tworząc pozory zmiany - utrwalają dotychczasowy ciężko niewydolny stan. Doświadczenia krajów bogatych pokazują, że jeżeli nie ma przejrzystego systemu, który racjonalizuje wydatki, to każde pieniądze można wpompować bez końca i bez efektów. A racjonalizację wydatków można uzyskać przede wszystkim poprzez koszty świadczeń gwarantowanych.

Każdy obywatel w ramach ubezpieczenia powszechnego wiedziałby wówczas, na jaki zakres pomocy medycznej w ramach ubezpieczenia może liczyć, a ile musi dołożyć z własnych pieniędzy. Taki system różnicuje ludzi, którzy dokładają się ze swoich wynagrodzeń do tego systemu odpowiednio wysoką składką, od tych, którzy są bezrobotni, albo za których płaci symboliczną składkę pomoc społeczną. Udawanie, że każdemu należy się po równo jest - moim zdaniem - głęboko niesprawiedliwe i nieuczciwe wobec osób, które pracują. W takich warunkach trudno się też dziwić, że ludzie zarabiający lepiej - w razie choroby szukają pomocy w prywatnych placówkach, a tym samym ich pieniądze wypływają poza powszechny system opieki zdrowotnej.

A co z ustawą pielęgnacyjną? Czy PO jest zwolennikiem uchwalenia tej ustawy?

Myślę, że uchwalenie ustawy pielęgnacyjnej nastąpi nie w tym roku i nie w tej

kadencji. Wymaga to cierpliwej pracy. Dzisiaj mamy wielki bałagan jeśli idzie o różne formy opieki: ambulatoryjna, w domach środowiskowych, w placówkach stacjonarnych.

Aby mieć odpowiednio stosować te różne formy, warto skorzystać choćby z doświadczeń USA, gdzie sytuację każdej osoby wymagającej opieki analizuje się w ramach tzw. *case management*. Dzięki temu można ocenić np. do kiedy warto utrzymywać opiekę ambulatoryjną, a kiedy trzeba przenieść podopiecznego do placówki stacjonarnej. W Stanach umiejętnie angażuje się także do opieki wolontariuszy (np. emerytów, sąsiadów), dzięki czemu kwestia posiłków, karmienia, posprzątania mieszkania może się odbywać przy wsparciu organizacji pozarządowych. Gdybyśmy w Polsce zbudowali taką sieć wolontariatu, to o ilez łatwiej można by zorganizować system opieki.

Czekają nas przedterminowe wybory do parlamentu. Istnieje prawdopodobieństwo, że PO będzie tworzyła nowy rząd po wyborach. Wierzymy, że wśród celów polityki zdrowotnej znajdują się również te, dotyczące wsparcia osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych. Co Pan rekomendowałby nowemu rządowi?

Program polityki społecznej PO jest publicznie znany. Cały czas natomiast staramy się go jeszcze pogłębiać, a zwłaszcza aktualizować. Sytuacja w służbie zdrowia nie jest stała i wciąż się mocno zmienia. W moim przekonaniu jest wiele doświadczeń krajów wysoko rozwiniętych, które pokazują, że nie tyle nawet pieniądze, co wrażliwość - żeby dostrzec problem, kompetencje - żeby umieć ten problem rozwiązać, i odwaga - żeby to realizować, decydują o tym jak skuteczny jest ten system polityki społecznej.



Nie przypadkiem Polska, w której wszyscy mówią do znudzenia jak to lubią niepełnosprawnych, ma najniższy poziom aktywności zawodowej niepełnosprawnych - ok. 20%. Najwyższy w Europie mają Norwegia i Szwajcaria - około 64%, a średnia w UE to 50%. Publiczne pieniądze trzeba umieć racjonalnie wydawać.

Twierdzę - i tym się zawsze kierowałem w mojej działalności publicznej - że pieniądze nam łatwo nie przybędzie. Wołanie o dodatkowe i duże pieniądze jest przejawem bezradności. Pozostaje nam pytanie trudniejsze: na ile w ramach istniejących pieniędzy można osiągnąć dużo więcej. Polskie samorządy, skąd pochodzi znaczna część parlamentarzystów PO, pokazały, że umieją - dzięki wrażliwości, kompetencjom oraz odważnej, wytrwałej pracy - skutecznie pomagać ludziom potrzebującym (sam przez 11 lat byłem radnym Wrocławia).

Proste rozwiązania

Józef Góralczyk

Małopolski Sejmik Organizacji Osób Niepełnosprawnych



Rehabilitacja domowa to temat bardzo aktualny zwłaszcza w sytuacji, kiedy tyle problemów występuje w służbie zdrowia. Przedstawiciele rządu tłumaczą, że przyczyną wielu kłopotów w systemie zdrowotnym jest niewystarczająca ilość środków finansowych. Może to i prawda, ale chyba nie tak do końca. Wmawia się nam, że reformuje się system, że potrzeba więcej czasu. Nie robi się jednak nic żeby wykorzystywać wiele prostych pomysłów, które zabezpieczając potrzeby chorych znacznie w mniejszym stopniu angażują środki finansowe.

Jednym z wielu przykładów jest właśnie rehabilitacja domowa, która powinna wreszcie znaleźć uznanie u decydentów NFZ. A jednak nikt nie jest tym zainteresowany. Co kogo to interesuje, że można taniej i lepiej, że rehabilitując ciężko chorego w domu stwarza się mu komfortowe warunki przebywania w miejscu, w którym czuje się najlepiej wśród bliskich osób. Nie przemawia do nich, że łatwiej dojechać rehabi-

litantowi do domu chorego niż osobie ciężko chorej do sali rehabilitacyjnej. Nie przemawia również to, że koszt utrzymania sali rehabilitacyjnej oraz dowozu ciężko chorych osób jest niewspółmiernie wyższy od dojazdu wysoko kwalifikowanego fachowca do chorego. Bezdusność urzędników jest zastanawiająca, ale chyba władza deprowuje, a podpowiedzi dobrych rozwiązań przekazywane z dołu są niemile widziane.

Kolejny przykład to tlenoterapia w warunkach domowych. Pacjent może otrzymać aparat do tlenoterapii jedynie ze szpitala, ponieważ na rynku urządzenia te w ubezpieczeniu nie są dostępne. Władze NFZ wymyśliły, że szpitale muszą ogłaszać przetargi na zakup urządzeń do tlenoterapii, a następnie po wyłonieniu dostawcy rozprowadzać urządzenia wśród pacjentów. Takie rozwiązania podrażają znacznie procedurę, ponieważ konieczne jest tworzenie ton dokumentów przetargowych, powoływanie wielu ludzi do komisji przetargowych, two-

żenie magazynów na zakupiony sprzęt oraz prowadzenie serwisowania urządzeń. Nie powiem o możliwościach korupcyjnych, które jak rzeczywistość polska pokazuje nie są rzadkością. A przecież można by ustalić otwarty system dystrybucji dopuszczając do rynku wszystkich producentów gdzie pacjent decydował by, u kogo kupi urządzenie. Wiedziałyby, do kogo udać się w wypadku awarii, a ceny w bliższej perspektywie na pewno uległy by zmniejszeniu przy naturalnej konkurencji, jaka istnieje na każdym cywilizowanym rynku.

Podaję tylko dwa przykłady jak bezdusność i ignorancja ludzi odpowiedzialnych za służbę zdrowia tak naprawdę blokują reformy i są największym zagrożeniem dla bezpieczeństwa pacjentów w Polsce.

Jeżeli urzędnik będzie za wszelką cenę dążył do utrzymania władzy chcąc decydować o wszystkim, a nie odda tej decyzji w dół wg. kompetencji, zapomnijmy o reformie służby zdrowia. ■

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	e) CPAP
Lubuskie	51	20	1024	62	nb	5 mc*	nb	5 mc	nb	nb
Opolskie	73	15	1088	79	14 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Małopolskie	147	22	3223	475	14 dni	1 mc	nb	1 mc	nb	1 mc
Podkarpackie	266	8	2126	173	14 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Podlaskie	307	4	1228	76	30 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Świętokrzyskie	331	4	1325	282	14 dni	3 mc	nb	nb	nb	nb
Śląskie	348	14	4866	651	nb	nb	nb	nb	nb	nb
Warmińsko-mazurskie	489	3	1466	123	30 dni	18 mc	nb	nb**	nb	nb
Kujawsko-pomorskie	525	4	2101	79	nb	nb	nb	nb	nb	nb
Łódzkie	531	5	2653	160	14-21 dni	7 mc	nb	2 mc	nb	2 mc
Lubelskie	559	4	2235	235	30 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Wielkopolskie	559	6	3355	228	14 dni	1 mc	nb	nb	nb	nb
Dolnośląskie	745	4	2978	151	14 dni	5 mc***	nb	nb****	nb	nb
Mazowieckie	845	6	5067	239	14 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Zachodniopomorskie	867	2	1733	121	15-30 dni	6 mc*****	nb	1 mc	nb	nb
Pomorskie	2192	1	2192	139	nb	3 mc	nb	nb	nb	nb

AS - aparat słuchowy; PM - pieluchy i pieluchomajtki; PO - przedmioty ortopedyczne; WS - worki stomijne, CPAP - aparaty do leczenia obturacyjnego bezdechu sennego; nb - na bieżąco; * dzieci - nb; pozostali 10 mc; ** wózki i pionizatory do 8 mc; *** dzieci - nb; **** wózki dla dorosłych 3 mc; ***** pozostali - nb.

Opr. K. Oleksiak na podstawie danych z oddziałów NFZ

Operacje z użyciem taśm w woj. świętokrzyskim

Karolina Oleksiak



W tym numerze przedstawiamy placówki, w których można operacyjnie wyleczyć NTM w województwie świętokrzyskim. W wykazie znajdują się tylko te zakłady opieki zdrowotnej, które udzieliły nam informacji o wykonywanych zabiegach. Oprócz zamieszczonych poniżej placówek, NTM jest leczone operacyjnie również na oddziale ginekologii Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach oraz Świętokrzyskiego Centrum Matki i Noworodka.

Zbrane przez nas dane pokazują, że z roku na rok sytuacja w województwie prezentuje się coraz lepiej; w każdej placówce

zwiększyła się liczba wykonywanych operacji. O skomentowanie sytuacji w regionie poprosiliśmy dr. Piotra Niziurskiego, ginekologa z Oddziału Ginekologicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach:

- W województwie świętokrzyskim zabiegi operacyjne u pacjentek z NTM wykonuje się w 13 ośrodkach, głównie na oddziałach ginekologicznych. W 2005 roku wykonano 204, a w 2006 roku 271 zabiegów z użyciem taśm (wzrost o 33%). Liczby te z całą pewnością nie odzwierciedlają skali potrzeb. Wydaje się, że niska zgłaszalność kobiet z NTM do leczenia operacyjnego w województwie

świętokrzyskim nie wynika z trudności w dostępie do procedur, ale spowodowana jest niewiedzą kobiet na temat diagnostyki i leczenia tego schorzenia.

Co w takim razie może pomóc kobietom w dotarciu do informacji o tym jak i gdzie leczyć? Według dr. Niziurskiego tylko szeroka akcja informacyjna w środkach masowego przekazu może przynieść korzystne efekty.

Nazwa szpitala	Adres	Oddział	L. wykonanych zabiegów w 2005	L. wykonanych zabiegów w 2006	L. zaplanowanych zabiegów w 2007	Czas oczekiwania na zabieg refundowany	Wykonywanie zabiegu płatnego
ZOZ	Bohaterów Warszawy 67 Busko-Zdrój	gin.	nie było	25	250	2 tyg.	tylko refundowane
		urol.	5	5	5	ok. 2 m-cy	tylko refundowane
Woj. Special. ZOZ Gruźlicy i Chorób	Czerwona Góra 10 Chęciny	urol.	50	50	ok. 60	2 tyg.	tylko refundowane
Świętokrzyskie Centrum Onkologii	Artwińskiego 3 Kielce	urol.	ok. 10	ok. 10	ok. 10	nie ma	tylko refundowane
Woj. Szpital Zespołony	Grunwaldzka 45 Kielce	gin.	29	31	40	2-3 tyg.	2-3 tyg.
Szpital Miejski Św. Aleksandra	Kościuszki 25 Kielce	gin.	ok. 20	ok. 20	ok. 20	ok. 1 mc	tylko refundowane
ZOZ	Gimnazjalna 41 B Kielce	gin.	30	30	15	nie ma	tylko refundowane
SPZOZ	Słowackiego 13 Opatów	gin.	10	10	10	nie ma	tylko refundowane
ZOZ	Szymanowskiego 11 Ostrowiec Świętok.	urol.	20	20	min. 20	nie ma	nie ma
SPZOZ	Schinzla 13 Sandomierz	gin.	10	15	14	nie ma	tylko refundowane
		urol.	15	20	30	nie ma	tylko refundowane
ZOZ	Szpitalna 1 Skarżysko Kamienna	gin.	30	30	30	ok. 3 tyg.	tylko refundowane
Powiatowy ZOZ	Radomska 70 Starachowice	gin.	15	15	20	nie ma	nie ma
SPZOZ	11 Listopada 78 Staszów	gin.	40	40	50	nie ma	tylko refundowane

Opracowanie własne na podstawie informacji z poszczególnych ośrodków

Badanie urodynamiczne w Wielkopolsce

Karolina Oleksiak



Wbieżącym numerze Kwartalnika NTM przedstawiamy listę placówek, w których można wykonać badanie urodynamiczne na terenie województwa wielkopolskiego. Jest to już dziewiąte prezentowane przez nas województwo.

W województwie wielkopolskim badanie urodynamiczne można wykonać w sześciu placówkach: w Poznaniu, Pile i Wrześni. Pięć z sześciu z prezentowanych pracowni wykonuje badania urodynamiczne w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Samodzielny Specjalistyczny Szpital nr 5 im. Karola Marcinkowskiego, oraz Gabinet Prywatny Zbigniewa Kwiasa to placówki, w któ-

rych badania urodynamiczne przeprowadzane są również u dzieci.

W następnym numerze Kwartalnika NTM zaprezentujemy listę pracowni, w których można wykonać badanie urodynamiczne na terenie województwa dolnośląskiego. 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.oleksiak@ntm.pl

Szpital Specjalistyczny - Piła, ul. Rydygiera 1

Gabinet Prywatny Kwias Zbigniew - Poznań, ul. Ozimina 16

Szpital Kliniczny nr 5 Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego - Poznań, ul. Szpitalna 27/ 33

SP ZOZ Poznań - Poznań, ul. Szwajcarska 3

Pracownia Urodynamiki - Poznań, ul. Polna 33

AMIKA Konsorcjum Medyczne - Września, ul. Piastów 16



Jak poprawić komfort życia?

Mój syn urodził się z porażeniem mózgowym. Przez pierwsze dwa lata życia był pod intensywną opieką poradni urologicznej, później stan syna był tak dobry, że nie wymagał leczenia. Obecnie ma 14 lat. Porusza się przy pomocy balkonika i wózka inwalidzkiego. W pomieszczeniu raczkuje. Do dwunastego roku życia nie było większych problemów z kontrolą nad oddawaniem moczu. Sygnalizował może częściej niż osoba zdrowa, ale nie wymagał pampersów i przesypiał sucho nocie. Od dwóch lat w nocy muszę często wysadzać synka, już po 2 godzinach od zaśnięcia zmoczy się. Nastąpiła konieczność zgłoszenia się do lekarza urologa. Badania posiewu i ogólne moczu są dobre. Badanie USG pęcherza i nerek w normie. Ponad pół roku syn bierze Uroton 2 x 1 tabl.

Mam pytanie: co mogę zrobić aby polepszyć komfort życia mojego dziecka?

Ula z Gdańska

Jeśli oksybutynina (Uroton) w dawce mniejszej pomaga w dzień, to znaczy że dawka leku jest zbyt mała i prawdopodobnie nie działa już w nocy. Pełne dawkowanie to 1 tabletkę 5 mg co 8 godzin, czyli 3 x na dobę. Można także rozważyć zastosowanie drugiego leku na noc, tj. analogu hormonu antydiuretycznego wazopresyny (desmopresyna, preparat Minirin). W razie braku skuteczności proponuje ponowną konsultację urologa i rozważenie wykonania badania urodynamicznego.

Podniecenie seksualne a NTM

Mam 23 lata i następujący problem: zdarzyło się dwa razy, że podczas intensywnego drażnienia żołędzia nie mogę powstrzymać parcia i oddaję mocz. Nie mam problemów z trzymaniem moczu w innych sytuacjach. Jest to dla mnie bardzo wstydliwy problem, nie wiem co z tym zrobić.

Łukasz

Popuszczanie moczu podczas stymulacji członka może być oznaką tzw. „orgazmu moczowego“. Nie jest to choroba. Spowodowane jest to tzw. nadmierną impulsacją czuciową do ośrodków nerwowych w rdzeniu kręgowym. Ośrodki odpowiadające za podniecenie seksualne oraz za oddawanie moczu są zlokalizowane bardzo blisko siebie i dlatego niekiedy może dochodzić do komunikacji między nimi. Jeżeli taka sytuacja występuje również w trakcie normalnego stosunku rozwiązaniem jest przyjmowanie przed stosunkiem leków antycholinergicznych (np. Emselex, Vesicare, Ditropan, Detrusitol).

Popuszczanie moczu podczas stosunku

Mam okropny i bardzo kłopotliwy problem. A mianowicie podczas stosunku popuszczam mocz. Proszę o pomoc. Co mam robić?

Monika



Przyczyny Pani dolegliwości mogą być dwojakiej natury. Jeśli jest Pani osobą młodą, nie rodzila Pani dzieci i nietrzymanie moczu występuje tylko w trakcie stosunku (orgazmu) mamy do czynienia z tzw. "orgazmem moczowym" - (patrz odpowiedź do listu pt. „podniecenie seksualne a NTM”). Jeśli natomiast rodziła już Pani dzieci, a nietrzymanie moczu pojawia się również przy kaszlu, kichaniu, wysiłku fizycznym to może być to oznaka tzw. „wysiłkowego nietrzymania moczu”. W tym przypadku należy udać się do ginekologa, który w zależności od nasilenia nietrzymania moczu zleci odpowiednie ćwiczenia mięśni krocza (ćwiczenia Kegla) lub skieruje Panią na operację. Operacje w nietrzymaniu moczu i ćwiczenia Kegla są szczegółowo opisane na stronie www.ntm.pl

NTM po urazie kręgosłupa

Jestem osobą po wypadku (uraz kręgosłupa na wysokości piersiowo - lędźwiowej) z niedowładem wiotkim kończyn dolnych. Mam 32 lata, wypadek był 14 lat temu. Poruszam się sprawnie na kulach łokciowych, pracuję i ogólnie prowadzę bardzo aktywny tryb życia. Niestety mam problem z pęcherzem, nie trzymam moczu w stopniu wystarczającym, po wizycie w toalecie mam spokój w zależności od okoliczności od jednej do trzech godzin. Nie czuję parcia na pęcherz, a siusiam napinając mięsień brzucha. Czasem stosuję uciskanie na pęcherz. Dość często mam zakażenia pęcherza, leczę je farmakologicznie (często furagin i antybiotyki 2-3 razy w roku). Co pewien czas stosuję cewnikowanie by opróżnić pęcherz do końca. Bardzo zależy mi na tym by poprawić trochę funkcjonowanie organizmu. Co jeszcze mogę zrobić aby poprawić jakość swojego życia?

Tomek

Uraz rdzenia kręgowego doprowadza do uszkodzenia unerwienia pęcherza moczowego. To z kolei powoduje, że oddawanie moczu przestaje być zależne od naszej woli. Pęcherz kurczy się nie wtedy kiedy trzeba lub (w przypadku urazu poniżej ośrodka krzyżowego mikcji) nie kurczy się wcale. Ponadto czynność zwieracza cewki moczowej jest nieskoordynowana z pracą mięśnia pęcherza moczowego.

Z opisu Pana dolegliwości wynika że najprawdopodobniej występuje u Pana nadreaktywność wypieracza połączona z trudnościami mikcyjnymi i zaleganiem moczu po mikcji.

W takim przypadku postępowaniem z wybo-

ru jest leczenie lekami antycholinergicznymi aby porazić zupełnie pęcherz i opróżnianie pęcherza poprzez samocewnikowanie (kilka razy dziennie). Zdecydowanie niezalecane, a wręcz niebezpieczne dla nerek, jest oddawanie moczu przy użyciu tłoczni brzusznej.

W każdym przypadku pacjenta po urazie rdzenia kręgowego, po kilku miesiącach od urazu, powinno skierować się na badanie urodynamiczne aby ustalić zakres uszkodzenia unerwienia i wdrożyć odpowiedni schemat leczenia.

Ciągłe parcie na pęcherz

Mam 28 lat. Niespełna 10 lat temu miałam silną infekcję pęcherza moczowego, która nie poddawała się leczeniu antybiotykowemu. W posiewie wciąż stwierdzano różne szczepy bakterii. Miałam robioną cystoskopię, która oprócz stanu zapalnego niczego nie wykazała. W końcu, po prawie 2 latach, udało się na stałe pozbyć infekcji (w kolejnych posiewach nie stwierdzono bakterii), niestety zostało mi stałe parcie na mocz (ciągłe i nieustające), które trwa do dziś. Wielokrotnie miałam robione USG (także po opróżnieniu pęcherza), które nie wykazało nieprawidłowości. Brałam dwa leki na nadwrażliwość pęcherza, niestety nie odczułam żadnej zmiany. Miałam też w klinice urologicznej w Warszawie cykl wlewów do pęcherza, które nie dały żadnego rezultatu, a nawet zaostrzyły dolegliwości, bo bezpośrednio po nich czułam się fatalnie i reagowałam na nie dosyć hysterycznie. Urolog stwierdził, że problem leży w mojej psychice.

Stałe parcie na pęcherz jest u mnie jedynym objawem, ale nie ustępuje ono nigdy. Okresowo, kiedy specjalnie się na nim nie skupiałam, bywa jakby przytłumione. Ale kiedy tylko myślę o tej dolegliwości, parcie na cewkę nasila się nie do wytrzymania, a pęcherz jest przeciwko pusty.

Nie wiem już, co robić, jestem załamana, wydaje mi się, że jestem już na to skazana do końca życia. Do tego badanie ginekologiczne czy próby penetracji pochwy nasilają dolegliwość. Ginekologicznie u mnie także wszystko w porządku, lekarz twierdzi, że to nerwy. Co robić? Bardzo proszę o pomoc.

Ewa

Często tak bywa, że infekcja wywołuje podrażnienie pęcherza utrzymujące się nawet po jej wyleczeniu. W takim przypadku może rozwinąć się patologiczny odruch odczuwania parcia na mocz. Infekcja może też być czynni-

kiem wyzwalającym zespół bolesnego pęcherza.

Ponieważ nie odpowiedziała Pani na leczenie lekami antycholinergicznymi oraz na wlewki dopęcherzowe, uważam, że należy wykonać po kolei wszystkie badania diagnostyczne aby ustalić przyczynę dolegliwości (badanie urodynamiczne, cystoskopia, cytologia osadu moczu). Należy pamiętać, że leczenie parć naglących jest terapią przewlekłą i nie zawsze pierwszy zastosowany zestaw leków jest skutecznym.

Co to jest biofeedback?

Mam 27 lat i od dłuższego czasu problemy z nadmiernie napiętymi mięśniami dna miednicy. Chciałem zasięgnąć porady odnośnie metody biofeedback. Czy w okolicach Łodzi znają Państwo jakąś klinikę, która specjalizowałaby się w tej dziedzinie?

Paweł

Metoda biofeedback istotnie pozwala na naukę relaksacji mięśni dna miednicy. Polega na obserwowaniu na specjalnym ekranie sily skurczu swojego mięśnia i na zasadzie sprzężenia zwrotnego, świadomej jego relaksacji. W ten sposób wytwarza się nowy odruch.

Nie pisze Pan jednak jakie ma Pan objawy, skąd wzięło się rozpoznanie nadmiernego napięcia dna miednicy. W pierwszym rzędzie powinien udać się Pan do urologa zajmującego się urologią czynnościową, aby wykonać odpowiednie badania diagnostyczne i postawić właściwe rozpoznanie. Urolog dopiero zaleca odpowiednie metody postępowania.

W Łodzi proponuję kontakt z Kliniką Urologii Akademii Medycznej.

Przekazywane treści mają charakter informacyjny i nie mogą być traktowane jako porada lekarska.

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

Zachęcamy do konsultacji telefonicznych z naszymi specjalistami:

infolinia 0 801 800 038

(całkowity koszt połączenia 0,29 zł + VAT)

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 wplacającego

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

PÓDPIS

OPLATA

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa

nazwa odbiorcy	STUDIO PR
nazwa odbiorcy cd.	
UL. CIOŁKA 13, 01-445 WARSZAWA	
I.k.	nr rachunku odbiorcy
2 0 1 1 4 0 2 0 1 7 0 0 0 0 4 9 0 2 0 4 5 1 3 8 4 2	
W P P L N 3 8 , 0 0	
nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)	
nazwa zleceniodawcy	
nazwa zleceniodawcy cd.	
tytułem	krajowa prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“
tytułem cd.	
pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy	

Opłata:

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



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



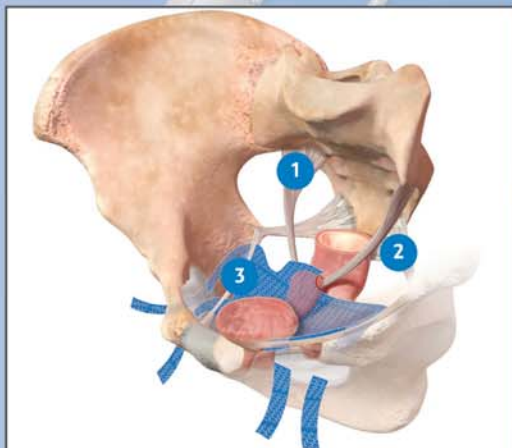
**KONSULTANT
MEDYCZNY**
*dr med.
Piotr Dobroński*
Katedra i Klinika
Urologii
Akademii Medycznej
w Warszawie

Gynecare PROLIFT*

Systemy rekonstrukcji dna miednicy

Optymalna technika umożliwiająca dostęp do kluczowych punktów anatomicznych

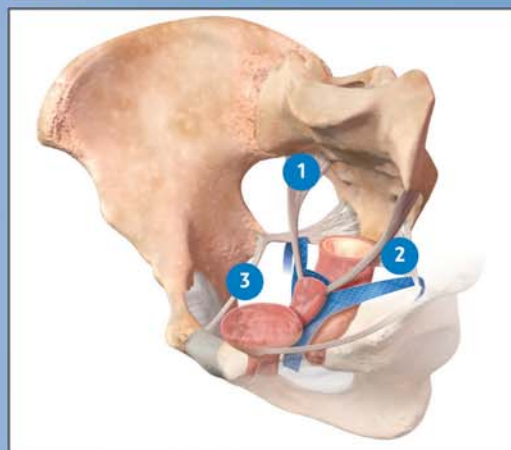
Położenie siatki do rekonstrukcji przedniej



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

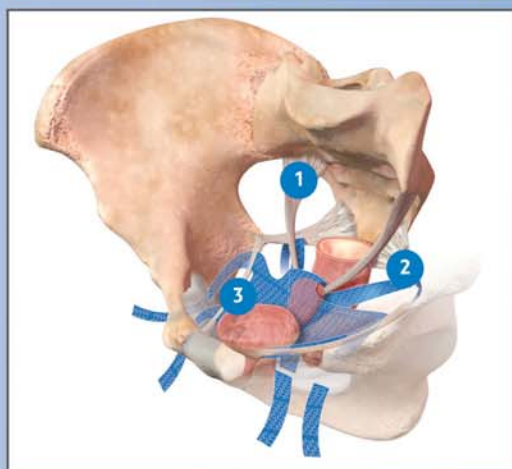
- 1 Węzadło krzyżowo-maciczne
- 2 Węzadło krzyżowo-kolcowe
- 3 Łuk ścięgnisty powięzi miedniczej

Położenie siatki do rekonstrukcji tylnej



Jeden pas siatki przeprowadzony został przez więzadło krzyżowo-kolcowe

Położenie siatki do rekonstrukcji całkowitej



Połączenie elementów rekonstrukcji przedniej i tylnej

Innowacyjny kształt wszczepianej siatki oraz jej rozmiar zapewniają optymalne pokrycie ubytku

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

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

*Znak handlowy