



Fot. Miodobrodzki/EAST NEWS



Fot. PHANIE/EAST NEWS



Fot. Mariana Ocho/EAST NEWS



Fot. Altoprac/EAST NEWS

## Nowoczesne terapie

**Wszczepienie neuromodulatora  
nerwów krzyżowych -  
pierwszy raz w Polsce**

**Solifenacyna już wkrótce na  
liście leków refundowanych**

**Co lekarze POZ wiedzą o NTM?**

## Leczenie i profilaktyka

**Zalecenia dla kobiet w ciąży  
i po porodzie**

**Badanie urodynamiczne -  
wskazania i przebieg**

## Refundacja

**Pacjenci z wizytą  
w Ministerstwie Zdrowia**

**Pracownie badań urodynamicznych w województwie śląskim**

# Refundacja na nowo?

W połowie bieżącego roku prezydent podpisał uchwaloną przez sejm ustawę refundacyjną. Ma to być kamień milowy rządu PO-PSL na drodze do racjonalizacji wydatków w służbie zdrowia. Czym bliżej terminu wejścia w życie (1. stycznia 2012r.), tym więcej podnosi się z różnych stron głosów krytyki i wątpliwości czy jeszcze jesteśmy w stanie dotrzymać tego terminu. Niestety, jak to wielokrotnie bywało, słynny już bałagan organizacyjny, firmowany przez ministra zdrowia Erwę Kopacz, po raz kolejny doprowadził do sytuacji, gdy brakuje aktów wykonawczych niezbędnych do wdrożenia ustawy. Coraz trudniej jest również zrozumieć jak w ciągu najbliższych kilku tygodni można przeprowadzić kilka tysięcy negocjacji z producentami i dystrybutorami leków refundowanych w celu wyeliminowania zbyt wysokich marży. A taki przecież był jeden z najważniejszych celów tej ustawy.

Ustawa refundacyjna miała być największą zmianą w okresie 4 lat sprawowania rządów w resorcie zdrowia przez Erwę Kopacz. Miała zdyscyplinować lekarzy wypisujących recepty, ograniczać marże hurtowników i producentów, ujednoclić ceny w aptekach. Wszystko oczywiście dla dobra pacjenta. Tylko kiedy i w jaki sposób pacjenci, czyli my wszyscy zostaliśmy o to zapytani? Czy przeprowadzono rzetelne debaty ze środowiskiem lekarzy, pielęgniarek, producentów, dystrybutorów,



aptekarzy, ekonomistów, prawników itd.? Czy przeprowadzono szerokie badania opinii publicznej? Niestety nie. Projekt ustawy powstawał w zaciszu gabinetów przy ulicy Miodowej (red. siedziba Ministerstwa Zdrowia), był wielokrotnie zmieniany w sejmie, przy protestach bezradnej opozycji. W efekcie otrzymaliśmy to, co minister Kopacz mogła nam dać od siebie najlepszego. Kolejny chaos i naiwną wiarę, że będzie lepiej. Tylko dla kogo?

Tomasz Michałek

**ZAWŻDY ZNAJDZIE PRZYCZYNĘ, KTO ZDOBYCZY PRAGNIE.  
DWÓCH WILKÓW JEDNO W LESIE NADYBALI JAGNIĘ;  
JUŻ GO MIELI ROZERWAĆ, RZEKŁO: "JAKIM PRAWEM?"  
"SMACZNYŚ, SŁABY I W LESIE!" - ZJEDLI NIEBAWEM**

„Jagnię i wilcy” - Ignacy Krasicki

W tym roku moje liceum im. Stefana Żeromskiego w Bielsku-Białej obchodziło swoje 60-lecie. I choć niestety nie mogłem brać udziału w uroczystościach, lata szkolne wywołały we mnie lawinę wspomnień. Przypomniałem sobie maturę i jej temat „Mądrzy i Odważni epoki Oświecenia”. I wtedy i obecnie mieliśmy podobną sytuację: mądrych i głupich oraz walkę o przywództwo. Tymczasem interesy maluczkich, nie mogących się bronić, są marginalizowane. Przypomniał mi się na tę okoliczność powyższy cytat mistrza cennej fraszki, Ignacego Krasickiego. Tacy są nasi pacjenci – słabi i sami.

Nowa ustawa, o której pisze red. T. Michałek, miała w zamierzeniu ułatwić dostęp do leków, technologii i leczenia. Niestety. Intencje były dobre, ale wyszło jak zwykle. Silniejsi

dyktują warunki, słabsi muszą się dostosować.

Oczywiście współczesna medycyna jest w stanie skosztować każde pieniądze. Nie ma górnego pułapu kosztów leczenia. Polska, będąc krajem o średnim poziomie PKB, powinna tym bardziej mieć medycynę opartą o rzetelne analizy farmakoekonomiczne. Tak niestety nie jest. Nikt nie wycenił realnie poszczególnych form i sposobów leczenia. Wpływ leczenia na jakość życia, szybkość powrotu do pracy i sprawność pacjentów nie jest na ogół brany pod uwagę. Podobnie, w żadnej analizie, nie uwzględniania się pracy lekarza. W sporadycznych wyjątkach, jeśli tak jest, to okazuje się, że godzina pracy lekarza jest warta mniej niż godzina pracy urzędnika.

Powstaje pytanie, czy rozwiązaniem jest kreowanie nowych inicjatyw ustawodawczych, czy rzetelna wycena, ocena i rozpoczęcie wszystkiego od nowa, tak aby nasza medycyna, leczenie i sposoby refundacji terapii były dostosowane do realnych warunków ekonomicznych w Polsce.

Mam nadzieję, że nowy Sejm i nowy Rząd będą „Mądrzy i Odważni”, a prawo będzie broniono słabych i samotnych.

Prof. Piotr Radziszewski

## SPIS TREŚCI

## LECZENIE NTM

NTM w ciąży i po porodzie - działania profilaktyczne i terapeutyczne cz. 2 .....	4-6
Porównanie klasycznych metod operacyjnego leczenia .....	7

## DIAGNOSTYKA

Badanie urodynamiczne: wskazania i przebieg .....	8-9
Pracownie urodynamiczne w woj. śląskim .....	9

## WYWIAD

Żyję w ciągłym stresie - rozmowa z Ewą Górniak, członkinią Stowarzyszenia „UroConti” .....	10
--	----

## NTM PROBLEM SPOŁECZNY

Neuromodulacja: pionierski zabieg w Polsce .....	11
W Ministerstwie o opiece nieformalnej i problemie NTM .....	12-14
Rola rehabilitacji w profilaktyce i terapii NTM, cz. III - kinezyterapia .....	15-16
Co o NTM wiedzą lekarze pierwszego kontaktu? .....	16-17

## ORGANIZACJE

Wolontariat opiekuńczy: sposób na pomoc osobom starszym .....	18-20
Szpital z tradycjami .....	20

## ZABIEGI LECZĄCE NTM

Operacje z użyciem taśm w woj. pomorskim .....	21
--	----

## STRONA PACJENTA

Nowy Oddział Stowarzyszenia "Uroconti" w Bydgoszczy .....	22
Dostępność do zaopatrzenia - WO NFZ .....	22

**Redaktor naczelny:** Tomasz Michałek; **Redaktor wydania:** Anna Sulka;  
**Sekretarz redakcji:** Karolina Ciepela;  
**Komitet redakcyjny:** prof. dr hab. n. med. Piotr Radziszewski - Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, dr n. med. Piotr Dobroński - Oddział Urologii Szpitala Bielańskiego w Warszawie;  
**Zespół redakcyjny:** Magdalena Kowalewska, Natalia Łyczko, Magdalena Potoczek, Kinga Suwała, Katarzyna Walewska;  
**Komentatorzy:** Józef Góralczyk, Elżbieta Szałkiewicz, Grażyna Śmiarowska;  
**Korekta:** Marzena Michałek; **Zdjęcia:** Photogenica Sp. z o.o., Dominik Skurzak  
**Rysunki:** Dariusz Pietrzak; **Skład:** Wojciech Polniak  
**Adres redakcji:** ul. E. Ciołka 13, 01-445 Warszawa, tel.: (22) 462 49 15, fax: (22) 533 62 93, e-mail: ntm@ntm.pl

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

**Wydawca:** Studio PR  
**Realizacja Wydawnicza:**  
 Omni Consumer Info Sp. z o.o.  
**Druk:** Kunke Poligrafia

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń oraz zastrzega sobie prawo skracania tekstów i zmiany ich tytułów. Nakład: 2000 egzemplarzy.  
 Zdjęcia na okładce: East News Sp. z o.o.

*Szanowni Państwo, z przyjemnością oddajemy w Państwa ręce 38 nr Kwartalnika NTM.*

*Kiedy rozpoczynałam pracę nad przedostatnim w tym roku wydaniem naszego pisma, żywiłam głębokie przekonanie, że będę mogła na jego łamach przekazać Państwu dobre wieści odnośnie długo oczekiwanej nowelizacji przepisów regulujących zasady zaopatrzenia osób z NTM w środki absorpcyjne. Moje przekonanie nie było bezpodstawne gdyż zgodnie z tzw. ustawą refundacyjną z dniem 1 stycznia 2012 r. powinno wejść w życie nowe rozporządzenie regulujące tę kwestię. Pomimo tego, resort zdrowia do chwili obecnej nie przedstawił żadnego projektu. Więcej inicjatywy wykazali pacjenci, którzy postanowili wziąć sprawy w swoje ręce i zorganizowali w Ministerstwie Zdrowia Pierwszą Ogólnopolską Konferencję Stowarzyszenia UroConti podczas, której zaprezentowano, sprawdzone przez naszych sąsiadów m. in. z Czech i Holandii, rozwiązania w zakresie opieki nad osobami z NTM. Na łamach 38 nr Kwartalnika NTM mogą Państwo przeczytać relacje z tego wydarzenia.*

*Również w obszarze farmakoterapii sytuacja wygląda nie najlepiej. W tym roku nie opublikowano ani jednej nowej listy leków refundowanych; zgodnie z przepisami wykaz powinien być aktualizowany cztery razy do roku. Projekt nowej listy leków refundowanych, był co prawda już dwa razy przedstawiany do konsultacji społecznych, jednak do chwili obecnej nie opublikowano ostatecznej wersji. Zgodnie z zaprezentowanym projektem, resort zdrowia planuje objąć refundacją kolejny lek stosowany w leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego. Miejmy nadzieję, że stanie się to jeszcze w tym roku. O potrzebach i oczekiwaniach pacjentów w tym zakresie, na łamach Kwartalnika NTM, opowiedziała p. Ewa Górniak, członkini Stowarzyszenia „UroConti”.*

*Na rozstrzygnięcie czeka również kwestia finansowania z budżetu NFZ neuromodulacji krzyżowej w leczeniu zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych. W lipcu br miała miejsce, pierwsza w Polsce, operacja wszczepienie neuromodulatora pacjentom cierpiącym na zespół pęcherza nadreaktywnego. Zwińczoną sukcesem operację przeprowadził prof. Piotr Radziszewski, ceniony specjalista w dziedzinie NTM oraz konsultant medyczny Kwartalnika NTM. W bieżącym numerze przeszedziliśmy dalsze losy inicjatywy pacjenckiej dotyczącej refundacji zabiegu wszczepienie neurostymulatora w przypadku pacjentów opornych na inne formy leczenia.*

*W tym numerze Kwartalnika NTM prezentujemy również Państwu kolejne metody profilaktyki i terapii zalecane kobietom w ciąży i po porodzie a także opowiemy o wskazaniach i przebiegu badania urodynamicznego. Życzę miłej lektury.*

Anna Sulka

# NTM w ciąży i po porodzie

## działania profilaktyczne i terapeutyczne cz. 2

dr n. med. Edyta Wlazlak, dr n. med. Grzegorz Surkont

Klinika Ginekologii Operacyjnej i Onkologicznej

I Katedra Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi WSSz im. M. Pirogowa



Fot. Photogenica Sp. z o.o.

**D**ane, którymi dotychczas dysponujemy, wskazują, że do istotnego osłabienia struktur, dzięki którym kobiety trzymają mocz a pochwa „jest na swoim miejscu”, dochodzi u wielu pacjentek, w wyniku ciąży. Często przyczyną uszkodzeń w zakresie mięśni, więzadeł i nerwów jest poród. Nie wiadomo czy do uszkodzeń dochodzi podczas końcowego etapu rodzenia, czy też na samym początku. Prawdopodobnie na wszystkich etapach. Zaburzenia dotyczą prawdopodobnie też funkcjonowania mięśni i więzadeł na poziomie ultrastrukturalnym. W dniu dzisiejszym nie wiadomo dokładnie, do jakich uszkodzeń dochodzi podczas ciąży i porodu.

Obecnie dysponujemy skutecznymi metodami profilaktycznymi oraz leczniczymi, zarówno nieoperacyjnymi jak i operacyjnymi. W każdym przypadku efekt terapii w dużej mierze zależy od pacjentki.

### Ćwiczenia Kegla

Ćwiczenia Kegla znajdują zastosowanie w wielu sytuacjach klinicznych. Wiele kobiet wie, że można je stosować do leczenia nietrzymania moczu oraz początkowych etapów wypadania pochwy, czyli zaburzeń statyki narządu płciowego. Są one często polecane jako profilaktyka: NTM i wypadania pochwy zalecana w ciąży. Powinny być wykonywane przez wszystkie ciężarne. Nie szkodzą one ani nie zagrażają ciąży. Zdaniem wielu specjalistów stosowanie ćwiczeń Kegla przed i po operacji uroginekologicznej podnosi szansę na skuteczne wyleczenie po operacji. Efekt, który uzyskuje się podczas ćwiczeń zależy od tego czy są one dobrze wykonywane. Źle wykonywane ćwiczenia mogą czasami przynieść efekt odwrotny od zamierzonego. Ćwiczenia Kegla niczym się w tym względzie nie róż-

nią od innych ćwiczeń. Dlatego chcielibyśmy omówić dokładnie, jak praktycznie należy je prawidłowo wykonywać. Najczęstszym błędem, który popełniają pacjentki, jest próba wzmocnienia skurczu mięśni przepony moczowo-płciowej poprzez napięcie mięśni brzucha i pośladków oraz zatrzymanie oddechu. Natomiast podstawowa zasada, o której należy pamiętać, to kurczenie tylko mięśni krocza - czyli przepony moczowo-płciowej podczas normalnego oddychania. Skurcze mięśni brzucha podnoszą ciśnienie wewnątrz jamy brzusznej. Szczególnie u pacjentek z nietrzymaniem moczu, gazów i stolca jest to niekorzystne. Może doprowadzić do popuszczenia moczu podczas ćwiczeń oraz do efektu odwrotnego od zamierzonego, to jest do osłabienia mięśni przepony moczowo-płciowej, zamiast ich wzmocnienia. Dlatego podczas wykonywania ćwiczeń Kegla bardzo istotne jest, aby pamiętać o rozluźnieniu mięśni brzucha i pośladków i wykonywaniu ćwiczeń tylko mięśni przepony moczowo-płciowej. Kolejnym błędem, który popełniają pacjentki jest ćwiczenie podczas mikcji. Nie należy tego robić! Wykonywanie ćwiczeń podczas mikcji może prowadzić do zaburzeń pracy pęcherza, na przykład pojawienia się lub nasilenia objawów pęcherza nadreaktywnego (parć, częstomoczu).

Pacjentki, które zaczynają naukę ćwiczeń Kegla, powinny pamiętać, że należy napinać tylko mięśnie przepony moczowo - płciowej bez napinania mięśni brzucha, pośladków, ud. Skurcz ten należy dostosować do swoich możliwości. Pacjentka powinna napiąć mięśnie tak jakby chciała zatrzymać gazy lub mocz. Można początkowo kilka razy poćwiczyć podczas mikcji, aby zrozumieć o jakie mięśnie chodzi. Natomiast nie wolno wykonywać ćwiczeń podczas mikcji na stałe.

Podczas pierwszych prób wykonywania ćwiczeń Kegla pacjentka powinna dążyć do opanowania właściwej techniki skurczu, nie starając się uzyskać maksymalnej siły skurczu. Siłę mięśniową przepony moczowo-płciowej buduje się stosując stopniowo coraz silniejsze i dłuższe skurcze oraz stopniowo zwiększając liczbę powtórzeń, unikając napinania innych mięśni. Podczas ćwiczeń należy również dbać o regularny oddech. Intensywność ćwiczeń pacjentka musi dostosować do swoich możliwości,

aby nie doprowadzać do nadmiernego zmęczenia mięśni, co może dawać bóle i zniechęcać do ćwiczeń.

Mięśnie przepony moczowo-płciowej składają się z włókien szybko - i długokurczących się. Każde z nich wymaga innych ćwiczeń. Wzmocnienie włókien szybko kurczących się odbywa się poprzez szybkie i krótkie skurcze oraz krótkie przerwy pomiędzy nimi. Siła włókien wolnokurczących się ulega wzmocnieniu przy odpowiednio długo trwających skurczach oraz dłuższych przerwach pomiędzy nimi. Włókna szybko kurczące się męczą się szybko, podczas gdy włókna wolnokurczące się służą do utrzymywania struktur przez dłuższy czas. Technika ćwiczeń musi być dostosowana do włókien mięśniowych. Na początku należy kilka razy szybko skurczyć i rozluźnić mięśnie stosując maksymalnie krótkie przerwy pomiędzy skurczami (maksymalnie od 5 do 10 razy). Następnie wykonywać dłuższe skurcze z dłuższymi przerwami. Na koniec, powtórzyć kilka krótkich skurczów (maksymalnie od 5 do 10 razy). Początkowo całe ćwiczenia (krótkie i długie skurcze) mogą trwać na przykład 1-2 minuty, tak by stopniowo osiągnąć możliwość treningu trwającego 7-10 minut 3 razy dziennie. Jeżeli pacjentka osiągnie zadowalającą ją efekt, powinna wykonywać ćwiczenia regularnie do końca życia. Niestety zaprzestanie regularnego treningu zwykle jest przyczyną nawrotu dolegliwości. Same regularne ćwiczenia często przynoszą poprawę w zakresie dolegliwości pęcherzowych. Dodatkowo, opanowanie umiejętności szybkich skurczów i wzmocnienie włókien odpowiedzialnych za nie, pozwala na odpowiednio szybką reakcję podczas kaszlu, kichania, dzwigania, biegania. Pozwala ona na unikanie popuszczania moczu poprzez zaciśnięcie odpowiednich mięśni, zanim mocz wypłynie. Często też skurcz szybko kurczących się mięśni przepony moczowo-płciowej pozwala na uniknięcie nietrzymania moczu podczas nagłego skurczu pęcherza, który odczuwany jest przez pacjentkę jako parcie. Należy pamiętać, że pęcherz może być w skurczu od kilkunastu do kilkudziesięciu sekund. Gdy kobieta odczuwa parcie na pęcherz, nie powinna od razu biec do toalety, bo wtedy często w drodze do niej dochodzi do popuszczania moczu. W takiej sytuacji należy stanąć lub usiąść, przypomnieć sobie o ćwiczeniach Kegla i zaczekać, aż uczucie parcia minie. Kolejny skurcz zwykle pojawia się po kilku minutach. Jest to wystarczający czas, aby zdążyć do toalety i uniknąć zmożenia się.

Ćwiczenia Kegla pozwalają nie tylko wzmocnić mięśnie, ale też przywrócić prawidłowe napięcie spoczynkowe mięśni oraz właściwą relaksację podczas mikcji i defekacji.

### **Odpowiednie zachowania: mikcja, wypijane płyny**

Istotnym elementem profilaktyki i leczenia schorzeń uroginekologicznych są odpowiednie zachowania w zakresie wypijanych płynów jak i rytmu mikcji. Niemały odsetek dolegliwości kobiet jest konsekwencją niewła-



Fot. Photogenica Sp. z o.o.

ściwych nawyków w tym zakresie. Wiele kobiet uważa, że zmniejszenie ilości wypijanych płynów spowoduje, że dolegliwości pęcherzowe będą występowały rzadziej lub że w ogóle ustąpią. Nic bardziej błędnego. Wypijanie zbyt małych ilości płynów nasila zaparcia. Sprzyja też zapaleniom dróg moczowych, co często jest przyczyną pogorszenia istniejących dolegliwości pęcherzowych oraz pojawienia się nowych. Zbyt częste jak i zbyt rzadkie oddawanie moczu jest niekorzystne dla pęcherza. Podczas dnia kobieta powinna chodzić do toalety co ok. 4 godziny. Szczególnie podczas upalnych dni oraz zimą w trakcie sezonu grzewczego często wypijamy zbyt mało płynów. Odpowiedni rytm mikcji stosowany jest jako element terapii pacjentek z parciem, częstomoczem oraz nietrzymaniem moczu zarówno wysiłkowym, jak i z parć nagłych. Istotne znaczenie w zakresie nasilania lub zmniejszania dolegliwości pęcherzowych ma również rodzaj wypijanych płynów. Chore (z objawami podrażnieniami ze strony dolnych dróg moczowych) powinny unikać: napojów gazowanych, produktów zawierających kofeinę (np. coli, czekolady, kawy), cytrusów, napojów sztucznie słodzonych.

### **Odpowiednia dieta: walka z wzdęciami, zaparciami oraz otyłością**

Odpowiednia dieta zwykle pozwala na zlikwidowanie lub znaczną poprawę w zakresie dolegliwości jelitowych, zaparcie oraz nadmiernej masy. Udowodniono, że zaparcia, dolegliwości jelitowe oraz otyłość są często przyczyną występowania lub nasilania się dolegliwości pęcherzowych oraz wysuwania się pochwy i macicy. Czasami dieta nie jest wystarczającym sposobem walki. Wskazana jest wtedy konsultacja u specjalisty i włączenie farmakoterapii.

### **Po menopauzie - estrogeny dopochwowo**

Nierzadko kobiety podczas wizyty u uroginekologa mają przepisywane estrogeny dopochwowe. Są one stosowa-

ne w celu likwidacji dolegliwości pęcherzowych, przed i po operacji uroginekologicznej, jako uzupełnienie innych metod leczenia lub jako podstawowy sposób terapii. Duża część kobiet z obawy przed hormonami, w krótkim czasie przerywa dopochwowe stosowanie estrogenów lub w ogóle nie rozpoczyna tej terapii. Obawy te są całkowicie niesłuszne.

Estrogeny dopochwowe są często mylone zarówno przez pacjentki jak i personel medyczny, z ogólnie stosowaną hormonalną terapią zastępczą (HTZ). HTZ to stosowane ogólnie hormony w celu likwidacji dolegliwości menopauzalnych. Są one skonstruowane tak, by likwidowały uderzenia gorąca, poty nocne, by wzmacniały kości i poprawiały stan naczyń tętniczych. Występują w postaci tabletek doustnych, plastrów przez skórnych, zastrzyków, kremów na skórę. Hormonalna terapia zastępcza jest jednak obciążona niewielkim ryzykiem poważnych powikłań. Są one na tyle rzadkie, że HTZ przez większość specjalistów traktowana jest jako wysoce bezpieczna. Dla wielu kobiet to niewielkie ryzyko jest jednak zbyt duże i dlatego rezygnują ze stosowania hormonów. Na szczęście menopauza to nie „rak” i dlatego bardzo duża część ciężaru decyzyjnego w zakresie brać czy nie brać należy do kobiet. Estrogeny dopochwowe stosowane są miejscowo, a nie ogólnie i dlatego niosą jeszcze mniejsze ryzyko niż ogólna HTZ. Poza rzadko występującymi uczuleniami w obrębie pochwy, odpowiednio stosowane pod fachowym nadzorem, nie niosą większego ryzyka. Wynika to z faktu, że do krwi dostają się one w śladowych ilościach. Stężenia te nie są wystarczające, by skutecznie walczyć z uderzeniami gorąca, potami nocnymi, czy osteoporozą. Ale dzięki temu są bezpieczniejsze niż estrogeny stosowane ogólnie. Ich celem jest działanie miejscowe w zakresie pochwy, cewki moczowej i pęcherza. Dodatkowo estrogeny likwidują świąd, pieczenia i uczucie su-

chości w obrębie sromu i pochwy. Są też podstawowym lekiem do likwidacji bolesnych stosunków, które są najczęstszą przyczyną zaprzestania współżycia przez kobiety po menopauzie. Większość z pacjentek nie wiąże tych dolegliwości z brakiem hormonów i dlatego nie zgłasza się do ginekologa. Często dochodzą do wniosku, że są za stare na współżycie. Prawda jest inna. Dolegliwości nie mają związku z wiekiem, lecz z czasem jaki minął od menopauzy. Na przykład dotyczą kobiet 40-letnich, które weszły w okres menopauzy w wieku 35-38 lat, po operacji ginekologicznej.

Liczba przeciwwskazań do stosowania estrogenów dopochwowych jest bardzo krótka, ponieważ ich ingerencja w organizm kobiety jest bardzo mała.

Zastosowanie terapii indywidualnie dopasowanej do rodzaju i nasilenia objawów, zależnie od ich wpływu na jakość życia pacjentki oraz jej oczekiwań w zakresie sposobu leczenia (nieoperacyjne, operacyjne), pozwala na uzyskanie efektu, który zadawała większość chorych kobiet. Ponieważ schorzenia pęcherzowo - pochwowe wpływają przede wszystkim na jakość życia chorych, współczesna uroginekologia podniosła znacznie „poprzeczkę” dla lekarzy, ale i dla pacjentek. Istotnym elementem oceny skuteczności leczenia są obecnie odczucia pacjentek, które muszą być brane pod uwagę przez lekarzy. Jednocześnie udowodniono, że bez aktywnego współudziału kobiet w procesie leczenia, chore nie mogą oczekiwać bardzo dobrych efektów leczenia zarówno nieoperacyjnego, jak i operacyjnego od swoich uroginekologów.

Zaprezentowane formy profilaktyki i terapii nie wyczerpują katalogu stosowanych obecnie metod. W kolejnym numerze Kwartalnika NTM omówimy praktyczne aspekty ćwiczeń biofeedback, elektrostymulacji, stosowania pessarów, farmakoterapii i leczenia operacyjnego.



corewellness - wewnętrzna siła

Celem kampanii „CoreWellness - wewnętrzna siła” jest edukowanie społeczeństwa na temat możliwości prowadzenia aktywnego trybu życia przez osoby dotknięte problemem nietrzymania moczu, obalenie mitów na temat nietrzymania moczu jako dolegliwości osób starszych i schorowanych oraz zachęcenie kobiet do poruszania tego tematu podczas rozmowy ze swoim lekarzem.

Patronat nad kampanią objęło Polskie Towarzystwo Urologiczne i Polskie Towarzystwo Ginekologiczne. Organizatorem kampanii jest firma SCA Hygiene Products, producent marki TENA. Partnerem akcji jest Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”.

W ramach kampanii podjęto współpracę ze światowej sławy ekspertem w zakresie ćwiczenia mięśni dna miednicy - prof. Kari Bø. Opracowała ona Technikę Pelvicore - zestaw ćwiczeń, który pomaga wzmocnić siły mięśni dna miednicy.

Bezpłatną płytę z ćwiczeniami mięśni dna miednicy autorstwa prof. Kari Bø można zamówić na stronie [www.corewellness.pl](http://www.corewellness.pl) i [www.TENA.pl](http://www.TENA.pl) lub za pośrednictwem bezpłatnej infolinii 800 60 66 68 czynnej pon.- pt. w godz. 8.30 - 17.30.

# Porównanie klasycznych metod operacyjnego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu typu TVT i TOT z nową metodą typu mini-slings: meta-analiza przedstawiająca skuteczności i powikłania\*

lek. med. Tomasz Mutrynowski

Katedra i Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej w Warszawie

Standardem leczenia zabiegowego wysiłkowego nietrzymania moczu w ostatniej dekadzie są popularnie stosowane w uroginologii beznapięciowe taśmy polipropylenowo - monofilamentowe. Aktualny podział klasyfikuje metody operacyjne na trzy generacje: pierwsza generacja zaprezentowana i wprowadzona przez Ulmstena i Petrosa w 1996 r. tzw. metoda TVT (tension-free vaginal tape) zrewolucjonizowała leczenie wysiłkowego nietrzymania moczu. Drugą generacją zaproponowaną i wprowadzoną przez Delorme w 2001 r. była metoda oparta na wprowadzeniu taśm przez otwory zasłonięte tzw. TOT. Wprowadzenie do użycia taśm typu TOT było podyktowane potrzebą znalezienia metody operacyjnej zmniejszającej ilość powikłań typowych dla TVT (uszkodzenia jelit, pęcherza i dużych naczyń). Trzecią generacją przedstawioną w 2006 r. są tzw. mini-slings (SIMS - single incision mini slings). Taśmy te, po wykonaniu jednego nacięcia, zakładane są w pozycji „podcewkowego hamaka”, zbliżonej do tej stosowanej w dwóch pierwszych metodach. Najczęściej stosowanymi taśmami typu SIMS są: TVT-secure, MiniArc oraz Ajust, jednak z uwagi na małą liczbę randomizowanych badań klinicznych oceniających ich skuteczność, powszechne zastosowanie wywołuje pewne kontrowersje.

W prezentowanym artykule autorzy przedstawili wyniki dziewięciu randomizowanych badań, porównujących skuteczność oraz występujące komplikacje u pacjentek operowanych metodą TVT i TOT z operacjami typu mini-slings. Wszystkie publikacje spełniające kryteria włączenia do meta-analazy, były niezależnie ocenione przez dwóch autorów (J. Ford'a, C. Lim'a).

W dziewięciu pracach przedstawiono wyniki leczenia 758 pacjentek, zasadniczej ocenie poddano poprawę objawów związanych z nietrzymaniem moczu w pooperacyjnej obserwacji krótkoterminowej (6-12 miesięcznej). Dodatkowo przeanalizowano wyniki operacji (czas trwania zabiegu, utratę krwi), powikłania okołoperacyjne (uszkodzenie naczyń, pęcherza moczowego, jelit oraz nerwów) oraz pooperacyjne (zaburzenia w oddawaniu moczu, ból pooperacyjny, erozję taśm do cewki/pochwy, zakażenia oraz de novo nadczynność wypieracza pęcherza moczowego). W pracy tej poddano analizie również wyniki kwestionariuszy oceniających jakość życia (QoL - quality of life) przed i po operacji.



Fot. Dominik Skurzak

Na podstawie wyników omawianej meta-analazy wykazano, iż w grupie pacjentek operowanych metodą typu mini-slings uzyskano znacząco mniejszą poprawę objawów klinicznych po operacji w porównaniu z grupą chorych poddanych operacji metodami TVT oraz TOT w obserwacji 6-12 miesięcznej. Liczba pacjentek wymagających ponownego zabiegu z powodu zaburzeń związanych z nietrzymaniem moczu była statystycznie istotnie wyższa w grupie chorych po operacji SIMS; również ilość przypadków erozji taśm oraz parć nagłych po zabiegu była wyższa w tej grupie badanych. W czterech opisywanych pracach stwierdzono, że czas operacji jest istotnie statystycznie krótszy w przypadku zabiegów typu mini-slings (WMD: 8,67min; 95% CI, -17.32 do -0.02). Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie co do ilości powikłań okołoperacyjnych, pooperacyjnych, długości pobytu chorych w szpitalu, zaburzeń mikcji oraz wyników kwestionariusza QoL.

Operacyjne leczenie wysiłkowego nietrzymania moczu w ciągu ostatnich kilkunastu lat przeszło bardzo istotne zmiany. Przykładem tego jest wprowadzanie nowych rozwiązań zabiegowych oraz intensywny rozwój badań nad mało inwazyjnymi metodami operacji wysiłkowego NTM. Opisywana meta-analiza jest największym jak dotąd badaniem porównującym metody operacyjne pierwszych dwóch generacji (TVT, TOT) z najnowszą metodą typu mini-sling. Autorzy przedstawionej meta-analazy podkreślają mniejszy stopień poprawy objawów subiektywnych i obiektywnych u pacjentek operowanych nową metodą w obserwacji 6-12 miesięcy oraz wyższy odsetek re-operacji związanych z nietrzymaniem moczu u pacjentek, u których zastosowano metodę typu mini-slings.

\* Na podstawie artykułu: Single-Incision Mini-Slings Versus Standard Midurethral Slings in Surgical Management of Female Stress Urinary Incontinence:

A Meta-Analysis of Effectiveness and Complications. Mohamed Abdel-Fattah, John A. Ford, Chou Phay Lim, Priya Madhuvrata. European Urology, Volume 60, issue 3, str. e19-e28, September 2011

# Badanie urodynamiczne: wskazania i przebieg

dr n. med. Edyta Wlazlak, dr n. med. Grzegorz Surkont  
Klinika Ginekologii Operacyjnej i Onkologicznej  
I Katedra Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego  
w Łodzi WSSz im. M. Pirogowa

## Co to jest badanie urodynamiczne?

Badanie urodynamiczne (nazywane potocznie urodynamią) służy do czynnościowej oceny dolnego odcinka dróg moczowych. Wykorzystujemy je do zbadania funkcji struktur odpowiedzialnych za utrzymanie moczu i właściwe opróżnienie pęcherza podczas mikcji: mięśnia wypieracza pęcherza moczowego, szyi pęcherza, zwieracza zewnętrznego cewki moczowej. Badanie analizuje pracę w fazie gromadzenia moczu i opróżniania pęcherza moczowego. Może być wykonywane u chorych w każdym wieku, nawet wielokrotnie, także u dzieci.

Jest ono wykonywane u chorych z:

- nietrzymaniem moczu,
- trudnościami w opróżnianiu pęcherza,
- częstomoczem,
- parciem nagłymi.

Badanie trwa zwykle od 30 do 60 minut. W jego trakcie mierzy się ilość i czas oddawanego moczu, ciśnienie wewnątrz pęcherza i odbytnicy oraz napięcie mięśni zwieraczy. Składa się ono z kilku etapów. Aparat do wykonywania badania urodynamicznego jest podłączony do komputera, w którym za pomocą specjalistycznego programu dokonywana jest analiza danych. Wynik przedstawiany jest w formie wykresu i danych liczbowych. Interpretacją wykresów i danych liczbowych zajmuje się odpowiednio wyszkolony lekarz. Aby uzyskać prawidłowy wynik należy wykonać je w odpowiedni sposób, stworzyć warunki zbliżone do fizjologicznych i wyeliminować wszelkie możliwe artefakty (czyli zakłócenia widoczne na wykresach, zmieniające dane liczbowe). Nie jest to łatwe. Potrzebna jest do tego dobra aparatura, ale przede wszystkim bardzo doświadczony personel, którego nie zastąpi nawet najlepszy aparat. Wykonywanie tego badania przez osoby o małym doświadczeniu często powoduje uzyskanie nieprawdziwego wyniku. Badanie urodynamiczne w codziennej praktyce klinicznej powinno odzwierciedlać objawy nietrzymania moczu za pomocą mierzalnych metod. Wywołanie określonych zaburzeń pozwala na postawienie rozpoznania, ułatwia wybór sposobu leczenia oraz poprawia jego efekty. Diagnostyka urodynamiczna pozwala na obiektywne, graficzne zobrazowanie dolegliwości dolnego odcinka dróg moczowych poprzez różnego rodzaju jakościowe i ilościowe parametry. Jest jednym z elementów diagnostyki stosowanym do wykrywania zaburzeń w utrzymaniu moczu. Badanie pozwa-



Fot. Photogenica Sp. z o.o.

la na uzyskanie powtarzalnych wyników kwalifikujących chorych do wyboru optymalnego sposobu leczenia, dzięki któremu można osiągnąć najlepszy możliwy efekt terapeutyczny. Wynik badania wydawany jest w formie opisu, niekiedy z dołączonymi wydrukami pomiarów ciśnień i zapisów elektromiograficznych.

Badanie urodynamiczne może być wykonywane przez lekarzy lub pielęgniarki pod nadzorem lekarskim.

## Jakich informacji dostarcza badanie urodynamiczne?

Podczas wykonywania badania powinny być widoczne zaburzenia, które na co dzień wywołują dolegliwości u pacjenta, w celu uzyskania ich patofizjologicznego wy tłumaczenia.

Urodynamiczna ocena jest wskazana po to, by:

- wskazać przyczyny nietrzymania moczu i określić ich kliniczne znaczenie w danym przypadku,
- pomóc w przewidywaniu efektów planowanego leczenia wraz z możliwością określenia prawdopodobieństwa wystąpienia określonych powikłań,
- ułatwić dobór najbardziej optymalnego rodzaju leczenia,
- poznać przyczyny niepowodzeń terapii,
- obiektywnie potwierdzić efekty leczenia,
- pozwolić na rozdzielenie przypadków prostych, niepowikłanych od powikłanych, złożonych objawów uroginekologicznych oraz pozwolić na określenie czynników komplikujących, współwystępujących z chorobą podstawową.

Badanie urodynamiczne dostarcza ważnych informacji:

- po nieudanych operacjach,
- w przypadku kłopotów z mikcją,
- z podejrzeniem obstrukcji,
- ze słabymi skurczami wypieracza,
- ze zmniejszoną pojemnością pęcherza,
- u chorych bez dodatniego testu kaszlowego,
- u chorych z nietrzymaniem moczu z parć nagłych lub mieszanym nietrzymaniem moczu,
- z nasilonymi postaciami NTM.

Badanie urodynamiczne pozwala na:

- kompleksową diagnostykę czynnościową pęcherza i cewki moczowej w fazie jego napełniania i opróżniania,
- u pacjentek z nietrzymaniem moczu i wypadaniem macicy oraz pochwy pozwala na wykrycie ukrytego wysiłkowego nietrzymania moczu, maskowanego pęcherza nadreaktywnego lub nietrzymania moczu z przepełnienia.



Może być wykonywane w połączeniu z nieinwazyjną diagnostyką obrazową - usg miednicy mniejszej (ang. pelvic floor sonography). Każde z tych badań dostarcza innych informacji. Połączenie ich pozwala na postawienie kompleksowej diagnozy. Stosowane jest do określenia przyczyn nieprawidłowości, jakie występują w zakresie cewki moczowej i pęcherza moczowego. Służy do ustalenia pojemności pęcherza moczowego oraz subiektywnego odczuwania jego wypełnienia. W badaniu urodynamicznym można określić sprawność mięśni biorących udział w opróżnianiu pęcherza moczowego, ale także prawidłowość koordynacji pomiędzy wypieraczem pęcherza a zwieraczem cewki moczowej. Wykonywane jest w przypadkach braku poprawy w trakcie leczenia zachowawczego lub niepowodzeń po operacji czy też przed planowanym zabiegiem. Badanie to wykonuje się m. in. w celu bardziej optymalnego doboru rodzaju zabiegu przed operacjami leczącymi nietrzymanie moczu oraz wypadanie macicy i pochwy. Diagnostykę ukrytego nietrzymania moczu wykonuje się bez repozycji, a następnie z repozycją przedniej ściany pochwy u kobiet z obniżeniem w obrębie kompartmentu przedniego w celu wyprostowania zagięcia cewki moczowej, aby porównać występowanie nieprawidłowych objawów lub powstanie nowych. Rozpoznanie ukrytego nietrzymania moczu pozwala na poinformowanie pacjentki o zwiększonym prawdopodobieństwie występowania NTM po skutecznej operacji naprawczej, ewentualnie na równoczesne zastosowanie operacji leczącej NTM i zaburzenia statyki. U niektórych chorych sytuacja jest na tyle skomplikowana, że wymaga bardziej złożonej, kompleksowej diagnostyki. Niestety badanie urodynamiczne, jak zresztą każdy rodzaj diagnostyki w dniu dzisiejszym, ma swoje niedoskonałości, pomimo wykonywania go przy użyciu najnowocześniejszej aparatury. Dlatego istotne znaczenie ma doświadczenie i kwalifikacje personelu. Pomimo uzyskaniu wielu istotnych, obiektywnych informacji w badaniu urodynamicznym, diagnoza i leczenie nietrzymania moczu powinno być oparte przede wszystkim na klinicznym doświadczeniu, a nie tylko na urodynamicznych parametrach.

### Z jakich etapów składa się badanie urodynamiczne?

Badanie urodynamiczne składa się z kilku etapów:

- przepływ cewkowy (uroflometria) z oceną zalegania moczu po mikcji,
- cystometria,
- profilometria.

Nie u wszystkich chorych badanie urodynamiczne będzie wyglądało tak samo. Dobór poszczególnych elementów diagnostycznych przeprowadza się indywidualnie, po analizie danych uzyskanych z wcześniej zebranego wywiadu, z badania klinicznego, usg uroginekologicznego, itd.

## Badanie urodynamiczne w województwie śląskim

W najnowszym numerze prezentujemy Państwu listę pracowni urodynamicznych z województwa śląskiego.

Według zebranych danych (stan na 09.2011) w województwie śląskim pełne badanie urodynamiczne wykonuje obecnie 8 placówek, w tym jedna z pracowni przeprowadza badanie urodynamiczne tylko u dzieci i młodzieży do 18 roku życia.

Średni czas oczekiwania na badanie waha się od jednego miesiąca do pół roku, zdarzają się jednak placówki, w których czas oczekiwania na badanie przekracza rok. Czas oczekiwania na badanie uzależnione jest od tego czy jest ono refundowane przez NFZ czy opłacane przez pacjenta (koszt badania wynosi ok. 500 zł).

Biorąc pod uwagę gęstość zaludnienia w województwie (4 638 tys. mieszkańców) na jedną pracownię przypada ok. 579 tys. pacjentów. Wynik ten nie jest zadowalający, w porównaniu do regionów o podobnej liczbie mieszkańców. Porównując obecne dane ze statystykami sprzed czterech lat, liczba pracowni urodynamicznych nie zmieniła się. W następnym numerze Kwartalnika NTM zaprezentujemy Państwu listę pracowni urodynamicznych z województwa dolnośląskiego.

Wykaz placówek wykonujących badania urodynamiczne na terenie całego kraju dostępny jest na stronie internetowej [www.ntm.pl](http://www.ntm.pl). Lista powstała w oparciu o informacje uzyskane od przedstawicieli prezentowanych placówek. W razie jakichkolwiek sugestii dotyczących uzupełnienia prezentowanej listy prosimy o kontakt na adres mailowy: [ntm@ntm.pl](mailto:ntm@ntm.pl).

#### Bytom

1. Szpital Specjalistyczny Nr 2, Oddział Kliniczny Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej; 41-902 Bytom, ul. Stefana Batorego 15

#### Chorzów

1. Śląskie Centrum Urologii „UROVITA”; 41-500 Chorzów, ul. Strzelców Bytomskich 11 (refundowane dla pacjentów placówki)

#### Częstochowa

1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. L. Rydygiera; 42-200 Częstochowa, ul. Mirowska 15

#### Katowice

1. Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka i Matki im. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Oddział Chirurgii i Urologii; 40-752 Katowice, ul. Medyków 16 (tylko dla dzieci i młodzieży do 18 r. ż)
2. Szpital im. prof. E. Michałowskiego SP ZOZ; 40-073 Katowice, ul. Strzelecka 9

#### Rybnik

1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny Nr 3, Oddział Urologiczny; 44-200 Rybnik, ul. Energetyków 46

#### Zabrze

1. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego; 41-800 Zabrze, 3 Maja 13-15

#### Żory

1. NZOZ MED-ART Poradnie Specjalistyczne; 40-244 Żory, os. ks. Władysława 27

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji uzyskanych w placówkach

# "Żyję w ciągłym stresie"

z Ewą Górniak, członkinią Stowarzyszenia „UroConti” rozmawia Katarzyna Walewska

## Proszę powiedzieć, jak wygląda życie z chorobą pęcherza nadreaktywnego (OAB)?

Pacjent z chorobą pęcherza nadreaktywnego żyje w ciągłym stresie. Z mojej kilkunastoletniej obserwacji wynika, że objawia się to różnie w zależności od nasilenia choroby. Początkowo wygląda dość niewinnie: częste oddawanie moczu, chwilami nagła potrzeba skorzystania z toalety. To początek, który w miarę upływu lat staje się koszmarem. Wyjście z domu trzeba tak planować, aby wiedzieć, gdzie jest dostęp do toalety. Często trzeba korzystać z toalet na mieście: przychodnie zdrowia, gabinety fryzjerskie. Idąc, wszystkie myśli skupione są na potrzebie skorzystania z toalety. Podobnie jest z jazdą komunikacją - wielokrotnie musiałam przerywać podróż, udać się do toalety i jechać dalej. Nagła, niepoohamowana potrzeba wypróżnienia pęcherza powoduje, iż nie jest się w stanie o niczym innym myśleć. Każde wyjście z domu, to lęk czy się zdąży. Ciągła obawa ogranicza życie towarzyskie, kulturalne, rozrywkowe. Strach nie pozwala na dłuższe wycieczki, imprezy. Przykłady można mnożyć. Nie zrozumie tego osoba, która nie cierpi na tego typu „wstydlive” schorzenie. Prowadzenie normalnego codziennego życia wystawione jest na nie lada próbę.

## Czy Pani zdaniem funkcjonujący od niedawna przepis mówiący o obowiązkowym wykonaniu badania urodynamicznego dla uzyskania refundacji leków na OAB jest ułatwieniem czy utrudnia pacjentowi dostęp do tańszych leków?

Nie znam tego przepisu. Owszem, przeszłam badanie urodynamiczne, ale nawet nie wiem, że wiąże się to z uzyskaniem leków refundowanych. O ile przepis ten funkcjonuje, to według mnie jest nieporozumieniem. Występowanie OAB może stwierdzić lekarz specjalista w oparciu o objawy i wykonanie prostych badań diagnostycznych (badanie moczu, USG) i to powinno być wiarygodne dla uzyskania refundacji. Badanie urodynamiczne nie należy do przyjemnych i niepotrzebnie naraża badane osoby na dodatkowe stresy, których i tak jest niemało w ich życiu. Jest ono niekiedy konieczne, ale tylko w przypadkach



Fot. Photogenica Sp. z o.o.

wątpliwych i przed leczeniem zabiegowym.

## Jak Pani ocenia dostępność do nowoczesnych leków stosowanych w leczeniu OAB?

Negatywnie. Praktycznie nie ma dostępu do nowoczesnych leków chyba, że poprosi się lekarza o receptę za pełną odpłatnością. Lekarze przypisują tylko leki starszej generacji, a te niestety niosą za sobą - przy dłuższym zażywaniu - duże skutki uboczne.

## Czy obecnie korzysta Pani z refundowanych leków?

Teraz nie. Ich mała skuteczności, niepożądane działania uboczne były w moim przypadku niepokojące, dlatego zdecydowałam się na lek pełnopłatny.

## Czy Pani zdaniem brak refundacji droższych leków na OAB powoduje, że pacjenci skłaniają się do zakupu tych tańszych, ale czasem mniej skutecznych?

Oczywiście. Chorzy kupują tańsze leki, chociaż trzeba przyjmować ich więcej w ciągu doby dla osiągnięcia pożądanego efektu. Wielu pacjentów nie stać na lek pełnopłatny. Część z nich dlatego rezygnuje z leczenia, cierpiąc przy tym psychicznie, fizycznie, unikając życia towarzyskiego, nie prowadząc aktywnego trybu życia. Sama mając doświadczenie z lekami refundowanymi i ich słabym działaniem, skutkami ubocznymi, wybierając zdrowie, przeszłam na leczenie lekiem pełnopłatnym.

## W projekcie leków refundowanych ukazał się nowy lek na OAB. Czy poszerzenie listy o kolejny lek zmieni coś w Pani życiu jako pacjentki?

Oczywiście że tak! Kolejny refundowany lek to szansa na łatwiejszy dostęp do terapii OAB, więcej refundowanych leków to również niższe ceny. Na dodatek, to jest jeden z nowszych leków na OAB. Pacjenci powinni mieć jak największy dostęp do nowoczesnych, bardziej skutecznych leków.

# Neuromodulacja: pionierski zabieg w Polsce

Anna Sulka

Udowodniono, że neuromodulacja korzeni krzyżowych ma pozytywny wpływ na redukcję objawów nietrzymania moczu. Wskazaniami do stosowania neuromodulacji krzyżowej w zaburzeniach mikcji są: nadreaktywność pęcherza, nagłace nietrzymania moczu (nietrzymanie moczu z parcia), zespół bolesnej miednicy z częstomoczem i parciami nagłącymi, zaleganie moczu bez przeszkody podpęcherzowej z zachowaną czynnością mięśnia wypieracza. Neuromodulacja nie jest niczym nowym w medycynie. Na całym świecie metodę tę wykorzystuje się w leczeniu nietrzymania moczu, bólu a także w neurochirurgii. Neuromodulacja jest również doskonale znana i z powodzeniem wykorzystywana przez specjalistów w Polsce. NFZ finansuje procedury medyczne z użyciem stymulatora (np. *wszczepienie i wymianę stymulatora rdzenia kręgowego lub generatora do stymulacji struktur głębokich mózgu*) chociażby u pacjentów cierpiący na chorobę Parkinsona czy złośliwy zespół neuroleptyczny.

Pomimo udowodnionej skuteczności w leczeniu ciężkich przypadków nietrzymania moczu, neuromodulacja w dalszym ciągu jest niemal niedostępna w ramach publicznej opieki zdrowotnej dla pacjentów z NTM w Polsce. Obecnie osoby z NTM, którym zaleca się terapię w postaci neuromodulacji krzyżowej, po uzyskaniu zgody Konsultanta Krajowego w dziedzinie urologii oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, leczone są jedynie za granicą. Koszty powyższej procedury znacznie przewyższają sumy, które wynikałyby z kontraktowania neuromodulacji krzyżowej przez polskich świadczeniodawców.

Tymczasem jak pokazały, zakończone sukcesem - pierwsze w Polsce - procedury implantacji neurostymulatora dróg moczowych, nasi rodzimi specjaliści są gotowi przeprowadzać tego typu zabiegi w kraju. Pionierskie operacje w Polsce wykonał prof. Piotr Radziszewski z Katedry i Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Zabiegom poddani zostali: 37-letni mężczyzna oraz 45-letnia kobieta. Osoby te od lat cierpią na uporczywe parcia nagłace i bóle pęcherza, niepoddające się standardo-



Fot. Meedboard/EAST NEWS

wej terapii. *„Pacjentom wszczepiono elektrody w pobliżu nerwów krzyżowych, a jedna z końcówek przewodu została podłączona do zewnętrznego stymulatora noszonego na pasie. Następnie przez miesiąc testowano skuteczność stymulacji. Test wypadł pozytywnie i mogliśmy umieścić u obu pacjentów neurostymulator na stałe pod skórą w górnej części jednego z pośladków. Ten dwuetapowy sposób postępowania pozwala na zakwalifikowanie do implantacji stymulatora tylko tych pacjentów, u których rzeczywiście przyniesie ona największy pożytek”* - wyjaśnia prof. Radziszewski.

O wpisanie neuromodulacji krzyżowej w leczeniu NTM na listę procedur finansowanych z budżetu państwa walczy nie tylko środowisko medyczne, ale przede wszystkim sami pacjenci. Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti” w lutym br. przekazało, za pośrednictwem Konsultanta Krajowego ds. urologii prof. Andrzeja Borówki do Ministerstwa Zdrowia wnioski o wpisanie procedury neuromodulacji korzeni krzyżowych do katalogu świadczeń gwarantowanych w ramach leczenia szpitalnego. Dla pacjentów z NTM pierwsza w Polsce operacja wszczepienia neurostymulatora dróg moczowych stanowiła swojego rodzaju „próbę generalną”, przed udostępnieniem tego typu terapii wszystkim chorym kwalifikującym się do leczenia.

Niestety, okazało się, że chorzy muszą uzbroić się w cierpliwość gdyż resort zdrowia wybrał najdłuższą możliwą ścieżkę procedowania i 6 września br. zlecił Agencji Ocen Technologii Medycznych przygotowanie rekomendacji dla zakwalifikowania neuromodulacji krzyżowej w leczeniu zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych jako świadczenia gwarantowanego. *„Neuromodulacja została potraktowana jako nowa procedura a nie jako rozszerzenie zastosowania metody już znanej. Taka decyzja Ministerstwa Zdrowia ma przykre konsekwencje dla pacjentów, oznacza wielomiesięczne oczekiwanie na opinie Agencji”* - tłumaczy Maria Zdeb, Prezes Zarządu Głównego Stowarzyszenia „UroConti”. Stowarzyszenie zapowiada, że będzie apelowało do Ministerstwa Zdrowia o zmianę trybu rozpatrywania wniosku o finansowanie neuromodulacji krzyżowej przez NFZ ponieważ jest to metoda znana i stosowana od niemal 20 lat.

# W Ministerstwie o opiece nieformalnej i problemie NTM

Katarzyna Walewska



Od lewej: prof. Piotr Radziszewski (specjalista urolog), Barbara Woźniak (UroConti), Marek Cytacki (Biuro Rzecznika Praw Pacjenta)

**Z**a nami kolejny Światowy Tydzień Kontynencji – międzynarodowej inicjatywy zmierzającej do popularyzacji problematyki nietrzymania moczu. Od 2008 roku wydarzenie to organizowane jest pod auspicjami Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji (ICS – *International Continence Society*).

W Polsce tegoroczne obchody Tygodnia Kontynencji rozpoczęła Pierwsza Ogólnopolska Konferencja Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”. Spotkanie odbyło się 20 czerwca w siedzibie Ministerstwa Zdrowia.

Wśród uczestników konferencji znaleźli się zarówno przedstawiciele strony rządowej (przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia), środowiska medycznego (prof. Piotr Radziszewski), jak i reprezentanci organizacji pacjenczkich z Polski i zagranicy. Specjalnymi gośćmi konferen-

cji byli przedstawiciele międzynarodowych organizacji – World Federation of Incontinent Patients WFIP (Światowej Federacji Organizacji działających na rzecz osób z NTM) oraz Stowarzyszenia Eurocarers z Holandii, Szwecji i Finlandii. Salę wypełniła liczna grupa przedstawicieli ośmiu oddziałów Stowarzyszenia „UroConti” oraz innych organizacji pacjenczkich z kraju m.in.: Małopolskiego Sejmiku Organizacji Osób Niepełnosprawnych, Europejskiej Fundacji Opieki, Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego Oddziału w Warszawie oraz Charytatywnego Stowarzyszenia Niesienia Pomocy Chorym „Misericordia” z Lublina. Łącznie w spotkaniu udział wzięło ponad 200 osób.

Tematem przewodnim czerwcowego spotkania była problematyka leczenia nietrzymania moczu, system opieki



Fot. Dominik Sturzak

długoterminowej w Polsce i Europie oraz dostęp do zaopatrzenia w środki pomocnicze dla osób z NTM.

O nowoczesnych metodach leczenia nietrzymania moczu, skuteczności farmakoterapii pęcherza nadreaktywnego oraz zastosowaniu neuromodulacji w leczeniu ciężkich przypadków nietrzymania moczu opowiedział wybitny specjalista w dziedzinie urologii prof. Piotr Radziszewski. Gospodarze konferencji - członkowie Stowarzyszenia „UroConti” - zaprezentowali uczestnikom swoje postulaty dotyczące refundacji nowoczesnych terapii NTM oraz środków absorpcyjnych. Zmiana kryterium chorobowego uprawniającego do uzyskania refundowanych środków absorpcyjnych, uprawnienia dla geriatry i ginekologa do wystawiania zleceń, większe limity ilościowe oraz urealnione limity cenowe to główne postulaty „UroConti” dotyczące zaopatrzenia pomocniczego w obszarze leczenia NTM. Stowarzyszenie postulowało również o jak najszybsze uwzględnienie neuromodula-

cji na liście refundowanych procedur szpitalnych (w Europie ta terapia jest osiągalna już od 20 lat!) oraz o systematyczne poszarżanie listy leków refundowanych o nowe preparaty stosowane w leczeniu OAB. *Nasze oczekiwania są szansą dla pacjentów na dostęp do nowych metod leczenia NTM, których obecnie brakuje w naszym kraju, a które są normą w Unii Europejskiej* - argumentowała Maria Zdeb. Obecnie osoby z ciężkim NTM zmuszone są wyjeżdżać na leczenie poza granice kraju.

Spotkanie było również dobrą okazją do porównania polskich standardów zaopatrzenia pomocniczego dla osób z NTM z warunkami w Republice Czeskiej. Zdenek Kucera, przybyły na konferencję z Pragi, przybliżył uczestnikom obecny system zaopatrzenia w środki chłonne w Czechach. Porównując obowiązujące w tym kraju standardy z polskim systemem zaopatrzenia, wypadamy bardzo słabo. W Czechach obowiązuje refundacja max.150 sztuk środków wchłaniających na miesiąc. Ro-



Fot. Dominik Sturzak

Zdenek Kucera (Czechy) - członek rady wykonawczej WFIP



Fot. Dominik Skurzak

dziej oraz ilość środków absorpcyjnych przyznawane są zgodnie z podziałem na stopnie NTM (lekkie, średnie, ciężkie NTM). **W Polsce limit wynosi tylko 60 szt. miesięcznie a NTM nie jest wskazaniem medycznym.**

Jednym z najważniejszych punktów konferencji było wystąpienie przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia. Uczestnicy spotkania, w większości osoby z NTM, oczekiwali na deklaracje ze strony resortu dotyczące poprawy niezmiennych od lat kryteriów zaopatrzenia pomocniczego. Niestety wystąpienie Ministerstwa rozczarowało słuchaczy. Przedstawiciele resortu bardzo zdawkowo odnieśli się do omawianych tematów. Jedynym zapewnieniem była informacja o zbliżającej się nowelizacji przepisów regulujących zaopatrzenie w środki pomocnicze. Resort zdrowia zobligowany jest do końca roku znowelizować obowiązujące przepisy. Nowe rozporządzenie powinno wejść w życie z dniem 1 stycznia 2012.



Fot. Dominik Skurzak

dr Elżbieta Szwałkiewicz, Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych

*Liczyliśmy, że usłyszymy informacje, które dadzą nam nadzieję na zmianę dzisiejszej sytuacji. Wielu z nas od dawna czeka na nowe limity czy wyższe dofinansowanie ze strony państwa - komentuje wystąpienie jedna z uczestniczek konferencji.*

Poza problematyką NTM na konferencji dyskutowano również o opiece długoterminowej w Polsce i Europie. Dr Elżbieta Szwałkiewicz oraz prof. Piotr Błędowski - zaprezentowali uczestnikom obowiązujący w Polsce model opieki nad osobami niesamodzielnymi, prezentując przy tym główne problemy oraz propozycje ulepszenia systemu.

Alternatywą dla polskich rozwiązań są doświadczenia innych krajów Unii Europejskiej. Przedstawiciele Stowarzyszenia Eurocarers ze Szwecji i Finlandii, zaprezentowali skandynawski system opieki, którego główny filar stanowią opiekunowie nieformalni. Mogą oni liczyć na wsparcie państwa i samorządów w postaci comiesięcznej pensji oraz gwarancji zastępczych opiekunów na czas obowiązkowego płatnego urlopu. Państwu bardziej się opłaca ponosić takie koszty niż łożyć większe środki na opiekę instytucjonalną.

Pomimo braku wyraźnych deklaracji ze strony resortu zdrowia, organizatorzy oceniają ją pozytywnie. Według Marii Zdeb Prezes „UroConti”. *Czerwcową konferencja była dla naszej organizacji dużym wydarzeniem, niezmiernie ucieszyła nas tak liczna grupa uczestników, która niewątpliwie świadczy o wadze tematyki poruszanej na spotkaniu. Dużym rozczarowaniem natomiast była nieobecność ministrów zaproszonych na nasze spotkanie. Bardzo żałujemy, że żaden z nich nie zdecydował się na publiczne wystąpienie i zajęcie stanowiska w sprawie omawianych kwestii.*

## ICS nagradza UroConti

Ogólnopolska Konferencja Stowarzyszenia „UroConti” została wyróżniona nagrodą Silver Award Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji. Złotą nagrodę przyznano organizacjom z Australii oraz Niemiec, natomiast srebrną Polsce i Stanom Zjednoczonym.

Nagrody zostały przyznane podczas 41 Kongresu Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji (International Continence Society) w Glasgow (29.08-2.09.).

World Continence Week Awards są wyróżnieniem dla organizacji, które najskuteczniej promują problematykę nietrzymania moczu na terenie swoich krajów w ramach obchodów Światowego Tygodnia Kontynencji.

# Rola rehabilitacji w profilaktyce i terapii NTM, cz. III - kinezyterapia

mgr Magdalena Potoczek  
Fizjoterapeuta

W poprzedniej części artykułu (Kwartalnik NTM nr 37) omówione zostały podstawowe ćwiczenia wykorzystywane w zachowawczym leczeniu NTM. W tej części przedstawiamy krótki przegląd specjalistycznych ćwiczeń opartych na znanych metodach terapeutycznych.

Należą do nich: metoda Kegla, metoda Biofeedback, metoda Pilates, metoda Cantienica® i technika Pelvicore®. W krajach, z których wywodzą się omówione poniżej metody rehabilitacyjne, duży nacisk kładzie się przede wszystkim na zapobieganie NTM. Jest to dobry przykład do naśladowania.

## Metoda Kegla

Na początku XX wieku amerykański lekarz Arnold Kegel opracował skuteczny system leczenia NTM za pomocą ćwiczeń rehabilitacyjnych. Jego metoda zyskała na popularności i jest stosowana do dziś. Początkowo ćwiczenia były prowadzone z zastosowaniem urządzenia pomiarowego - perineometru, który badał siłę mięśni oraz skuteczność ich pracy. Dziś ćwiczenia Kegla kojarzone są z izometrycznym skurczem mięśni w odpowiednim rytmie i tempie, o określonej ilości powtórzeń. Wykonuje się napięcia długie i krótkie, aby uaktywniać oba rodzaje włókien, z których zbudowane są omawiane mięśnie (włókna szybko- i wolnokurczliwe). Ćwiczenia mięśni dna miednicy, nazywane potocznie ćwiczeniami Kegla, powinny być wykonywane zarówno profilaktycznie (szczególnie w grupach podwyższonego ryzyka NTM) jak i w celach leczniczych.

## Metoda Biofeedback

Badania naukowe wykazują, że jedynie niewielki odsetek osób potrafi u siebie prawidłowo zlokalizować mięśnie dna miednicy. Najczęściej podczas prób ćwiczeń uruchamiają się tzw. mięśnie pomocnicze, czyli mięśnie brzucha, wewnętrznej strony ud czy pośladków. Aby nauczyć pacjentów wyizolowanej pracy mięśni dna miednicy i kro-



Fot. Photogenica Sp. z o.o.

cza opracowano specjalny system wizualnego lub dźwiękowego wspomaganie identyfikacji tych mięśni - biofeedback. Opiera się on na zjawisku biologicznego sprzężenia zwrotnego, a za jego ojca można uznać Arnolda Kegla. W metodzie tej wykorzystywane są różnego rodzaju urządzenia (dzisiejsze odpowiedniki perineometru Kegla), które pozwalają określić czy napinają się odpowiednie mięśnie. Przykładem takiego urządzenia jest tzw. Edukator, który umieszcza się w pochwie. Posiada on niewielki wskaźnik, który pozostaje na zewnątrz. Podczas ćwiczeń obserwuje się ruchy wskaźnika, co daje informację o poprawności ich wykonywania. Szczególnym rodzajem ćwiczeń biofeedback jest EMG-biofeedback, w którym wykorzystuje się elektromiografię oraz elektrody dopochwowe lub doodbytne. Za ich pomocą rejestrowane są skurcze mięśni dna miednicy oraz mierzona jest ich siła. W trakcie terapii pacjent obserwuje pracę swoich mięśni na ekranie komputera, dzięki czemu świadomie je napina. Taki system ćwiczeń jest bardzo motywujący i pozwala na określenie postępów leczenia. Należy zaznaczyć, że jest to metoda bezbolesna, niekrępująca. Pacjent samodzielnie zakłada elektrodę wewnętrzną i podczas sesji pozostaje w ubraniu dzięki czemu może czuć się swobodnie. Do metody biofeedback często zaliczane są też ćwiczenia ze stożkami dopochwowymi, które zostały omówione w poprzedniej części artykułu.

### Metoda Pilates

Niemiecki sportowiec żyjący na przełomie XIX i XX wieku, Joseph Pilates, jest twórcą specjalistycznego systemu ćwiczeń rehabilitacyjnych wzmacniających mięśnie stabilizujące prawidłową postawę ciała. Ćwiczenia koncentrują się przede wszystkim na wzmocnieniu mięśni głębokich brzucha oraz dna miednicy (tzw. mięśnie centrum). Jednocześnie kładzie się duży nacisk na odpowiedni rytm oddychania. Taki sposób wykonywania ćwiczeń wpływa na wytwarzanie prawidłowego ciśnienia podprzeponowego i śródbrzusznego, które warunkują poprawne ułożenie narządów wewnątrz miednicy. Systematyczne wykonywanie ćwiczeń Pilatesa pod kontrolą doświadczanego instruktora - terapeuty powoduje wzmocnienie mięśni i lepszą kontrolę nad czynnościami fizjologicznymi, a także dobre poznanie własnego ciała.

### Metoda Cantienica®

Kolejna metoda terapeutyczna warta uwagi wywodzi się ze Szwajcarii, a jej twórczynią jest Benita Cantieni. Cantienica® wzmacnia całe ciało oraz poprawia postawę. Część systemu jest poświęcona ćwiczeniom mięśni dna miednicy, przy czym trening jest opracowany tak, aby mogli z niego skorzystać zarówno mężczyźni jak i kobiety. Cantieni uważa, że silne, wydolne mięśnie dna

miednicy i krocza pozwalają długo cieszyć się zdrowiem bez względu na wiek.

### Technika Pelvicore®

Twórczynią metody jest prof. Kari Bø, fizjoterapeutka, która od lat zajmuje się problematyką nietrzymania moczu w Norwegii. Jest autorką licznych badań naukowych nad mechanizmami i przyczynami powstawania oraz sposobami leczenia NTM. Na podstawie swoich wieloletnich obserwacji i doświadczeń opracowała system ćwiczeń poprawiających kontrolę nad czynnościami fizjologicznymi poprzez wzmocnienie mięśni dna miednicy, brzucha i grzbietu. Jej autorski program ćwiczeń jest rekomendowany przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne i Polskie Towarzystwo Urologiczne, a płytę DVD z jej ćwiczeniami można zamówić bezpłatnie na stronie internetowej [www.corewellness.pl](http://www.corewellness.pl).

Istnieje szereg specjalistycznych metod rehabilitacji urologicznej, które powinny być prowadzone w pierwszej kolejności, zanim lekarz podejmie decyzję o konieczności leczenia farmakologicznego czy operacyjnego. Jednocześnie ćwiczenia powinny być stosowane profilaktycznie, szczególnie u osób z grup podwyższonego ryzyka wystąpienia NTM.

*Piśmiennictwo u autora*

## Co o NTM wiedzą lekarze pierwszego kontaktu?

Natalia Łyczko

Gdy u człowieka pojawia się problem nietrzymania moczu, pierwszym specjalistą, do którego trafia, jest lekarz pierwszego kontaktu. To on powinien rozpoznać dolegliwość, skierować na dodatkowe konsultacje lub wskazać właściwą formę terapii. Niestety, nie we wszystkich przypadkach proces ten przebiega prawidłowo. Ocenia się, że tylko 1/3 pacjentów cierpiących na NTM poszukiwała odpowiedniej formy leczenia, a sam problem rzadko jest przedmiotem dyskusji pomiędzy lekarzem a pacjentem podczas rutynowych badań. Co więcej, lekarze pierwszego kontaktu mają różną wiedzę na temat kwestii związanych z NTM.

Podczas ubiegłorocznego Globalnego Forum nt. NTM (GFI - Global Forum on Incontinence) w Pradze zaprezentowano wyniki ankiety przeprowadzonej przez Diane Newman (Uniwersytet Pensylwanii - USA), dotyczącej stanu wiedzy lekarzy pierwszego kontaktu i ich zrozumienia kwestii związanych z nietrzymaniem moczu. W internetowym badaniu wzięło udział 551 lekarzy pierwszego kontaktu - internistów z Francji, Polski i Wielkiej Brytanii. Respondenci musieli posiadać aktywną praktykę kliniczną, trwającą min. 3 lata i nie dłużej niż

35 lat, oraz w ciągu ostatnich 3 miesięcy przyjąć min. 5 pacjentów w wieku powyżej 65. roku życia.

Z analizy sondażu wynika, że lekarze mają znaczną świadomość faktu, że nietrzymanie moczu w wysokim stopniu wpływa na jakość życia pacjentów (w ich ocenie, porównywalnie z artretyzmem czy depresją), jednak problem ten wciąż nie jest jeszcze postrzegany jako priorytetowy w opiece zdrowotnej.

Jak wynika z przeprowadzonej ankiety, jedynie 10% lekarzy z badanych krajów (Francji, Polski i Wielkiej Brytanii) deklaruje rozmowę ze wszystkimi pacjentami, u których podejrzewa występowanie NTM. Średnio 30% lekarzy przyznało, że pyta o tę dolegliwość większość takich pacjentów, zaś jedynie niektórych - 37%. O istnieniu problemu nietrzymania moczu w ogóle nie pyta swoich pacjentów co piąty lekarz; skala tego zjawiska jest szczególnie alarmująca w Polsce, w której odsetek internistów wskazujących tę odpowiedź był największy i wyniósł 27% (dla porównania, w Wielkiej Brytanii było to 23%, a we Francji - 15%).

Mniej niż połowa lekarzy biorących udział w ankiecie (48%) deklaruje całkowite lub względne zadowolenie



## Polska: Podejście lekarzy POZ do omawiania problemu NTM z pacjentami

- ▶ Nie omawiam problemu nietrzymania moczu z żadnym pacjentem chyba, że pacjent sam podejmie temat

---

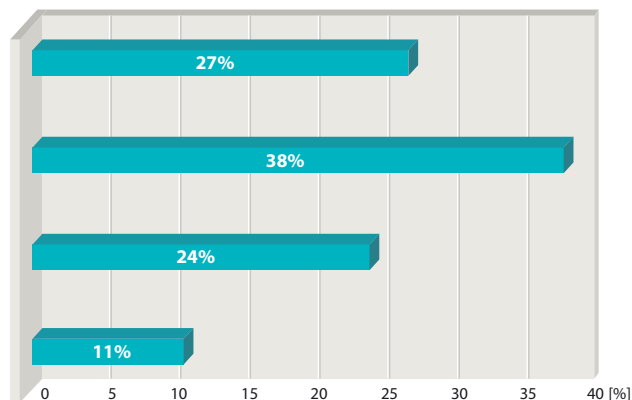
- ▶ Omawiam problem nietrzymania moczu z niektórymi pacjentami, u których podejrzewam, że mają pytania dotyczące problemu

---

- ▶ Omawiam problem nietrzymania moczu z większością pacjentów, u których podejrzewam, że mają pytania dotyczące problemu

---

- ▶ Omawiam problem nietrzymania moczu ze wszystkimi pacjentami, u których podejrzewam, że mają pytania dotyczące problemu



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania dot. stanu wiedzy lekarzy POZ nt. nietrzymania moczu przeprowadzonego na populacji 150 lekarzy pierwszego kontaktu z Polski, zaprezentowanego podczas Global Forum on Incontinence w Pradze w 2010 r.

z dostępnych metod pomocy pacjentom z NTM. Najmniejszą satysfakcję z oferowanych usług deklarowali polscy interniści.

Za główny powód niezadowolenia z istniejącej sytuacji polscy lekarze uważają marginalizację problemu i nienadawanie mu należytej wagi. Wśród kolejnych przyczyn braku satysfakcji internistów z podejmowanych działań znalazły się potrzeba skoordynowania aktywności lekarzy różnych specjalizacji i nienależyty dostęp do specjalistów z dziedziny urologii. Aby zmienić ten stan rzeczy, polscy lekarze najczęściej wskazywali na potrzebę podniesienia świadomości i zwiększenia zrozumienia problemu wśród

nie są przepełnione. Ponadto większość ankietowanych lekarzy wyraża przekonanie, że nie istnieje zintegrowany system opieki nad pacjentem z NTM, który mogliby zastosować.

W Wielkiej Brytanii pacjenci z NTM są regularnie kierowani na badania do specjalistów, zaś we Francji częstą praktyką są konsultacje z fizjoterapeutą. Jak wynika z przeprowadzonej ankiety, w Polsce brak jest odpowiedniego wsparcia w tym zakresie lub dostęp do niego jest utrudniony.

Wyniki sondy są niepokojące, mogą jednak przyczynić się do zmiany zaistniałej sytuacji. Aby proces leczenia NTM

## Przyczyny niezadowolenia lekarzy POZ z dostępnych metod pomocy pacjentom z NTM

- ▶ Niedostateczny dostęp do fizjoterapii

---

- ▶ Niedostateczny dostęp do lekarzy specjalizujących się w urologii

---

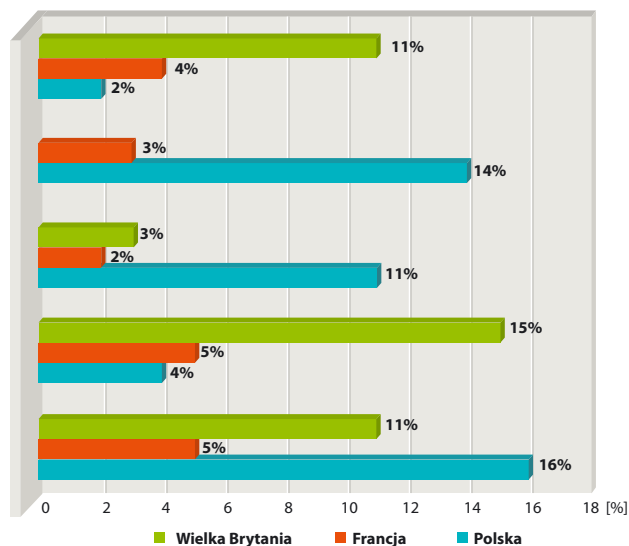
- ▶ Brak klinik i ośrodków leczących nietrzymanie moczu

---

- ▶ Brak dostępu do specjalistów w zakresie nietrzymania moczu

---

- ▶ Potrzeba bardziej skoordynowanych/zintegrowanych działań



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania dot. stanu wiedzy lekarzy POZ nt. nietrzymania moczu przeprowadzonego na populacji 551 lekarzy pierwszego kontaktu z Francji, Polski i Wielkiej Brytanii zaprezentowanego podczas Global Forum on Incontinence w Pradze w 2010 r.

kadry medycznej i samych pacjentów. Jedyne 6% polskich lekarzy uważa, że obecny zakres świadczeń jest adekwatny do potrzeb pacjentów z NTM; na łatwy dostęp do usług wspomagających osoby z nietrzymaniem moczu wskazało 7% ankietowanych internistów z naszego kraju. Jednocześnie 17% polskich lekarzy twierdzi, że placówki oferujące pomoc pacjentom z NTM

przebiegał prawidłowo, należy przede wszystkim promować świadomość i wagę problemu wśród lekarzy pierwszego kontaktu oraz wpłynąć na poprawę samooceny internistów w zakresie umiejętności omawiania i leczenia nietrzymania moczu. Do uzyskania poprawy niezbędny jest także szerszy dostęp do świadczeń i wsparcia, wynikający z uproszczonej i jasnej struktury systemu opieki zdrowotnej.



# Wolontariat opiekuńczy: sposób na pomoc osobom starszym

Magdalena Kowalewska

**S**tarość jest procesem uwarunkowanym zarówno przez czynniki biologiczne jak i środowiskowe. W ten sposób nazywamy końcowy etap życia każdego organizmu. Należy jednak pamiętać, że moment, w którym stajemy się starzy jest kwestią umowy. Uczni oceniają, że około pięć tysięcy lat temu przeciętny człowiek, nie dożywał nawet 25 lat. Prawdopodobnie aż do XVII stulecia osoby w wieku podeszłym, we współczesnym rozumieniu były postrzegane jako fenomen. Sytuacja zaczęła się diametralnie zmieniać wraz z rozwojem medycyny oraz wiedzy na temat higieny i zdrowia. Obecnie w krajach uprzemysłowionych długość życia przeciętnego człowieka wynosi 80 lat. Dlatego europejscy naukowcy coraz więcej uwagi poświęcają problemowi starzenia się społeczeństwa. Według raportów Unii Europejskiej, w roku 2050, prawie 40% ludności Europy będzie miało więcej niż 65 lat.

*Wzrost liczby osób w starszym wieku oraz potrzebujących specjalistycznej opieki, stanowi duże wyzwanie dla współczesnego społeczeństwa, nie tylko Europy - podkreśla Prezes Zarządu Europejskiej Fundacji Opieki, Joanna Szyszkowska. Bardzo wiele zależy od działań władz poszczególnych państw, podejmowanych by poprawić jakość życia seniorów, ale również od postawy obywateli krajów wspólnoty.*

## Pomóż sobie, pomagając innym

Jednym z pomysłów, jak stawić czoła problemowi starzejącego się społeczeństwa, było utworzenie Europejskiej Fundacji Opieki. Fundacja powstała cztery lata temu w Lublinie i od tego czasu prężnie się rozwija. Jej założyciele i fundatorzy przez wiele lat pracowali w różnych organizacjach w Polsce i w Niemczech, a także sami borykali się z problemem zapewnienia odpowiedniej opieki swoim bliskim. Zdobyte doświadczenie i chęć niesienia pomocy osobom starszym pozwoliło im skutecznie działać na rzecz seniorów i dążyć do podniesienia statusu osób starszych w krajach Unii Europejskiej poprzez współdziałanie międzynarodowych i lokalnych organizacji, regulacje ich praw i przywilejów. Ideą Europejskiej Fundacji Opieki jest dotarcie z pomocą w opiece domowej do osób starszych i ich bliskich, znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej. Członkowie Fundacji pragną wspierać seniorów i osoby niepełnosprawne w co-



Fot. Photogenia Sp.z o.o.

dziennym życiu. Propagują wolontariat jako sposób na pomoc innym i samemu sobie. *Jesteśmy twórcami i propagatorami „wolontariatu opiekuńczego”, promujemy to pojęcie w teorii i praktyce w całej UE - zaznacza Joanna Szyszkowska. „Dom starców” to ostateczne rozwiązanie, niejednokrotnie przygnębiające i brutalne zarówno dla bliskich seniora, jak i jego samego. Niekiedy jednak jedynym możliwe, ze względu na tryb pracy członków rodziny - opiekunów nieformalnych i potrzebę stałej całodobowej opieki nad osobą straszą, której najbliżsi nie są w stanie zapewnić. I tu z pomocą przychodzi Fundacja.*

Wolontariusze pomagają seniorom w wykonywaniu zwyczajnych, codziennych czynności. Spędzają ze swoimi podopiecznymi prawie 24 godziny na dobę. Sprzątają, pielęgnują, pomagają w przygotowywaniu posiłków, w codziennej toalecie, w ubieraniu, robią zakupy, porządki, ale też wspólnie spacerują, czytają, miło spędzają czas. Wolontariusze, którzy wyjeżdżają za granicę, do Niemiec czy Wielkiej Brytanii, po prostu mieszkają wspólnie z osobą starszą. Mają zagwarantowany pokój z podstawowymi wygodami, żywienie, dostęp do łazienki oraz diety - pieniądze na najpotrzebniejsze wydatki. Mogą doszlifować język obcy, poznać inną kulturę, a wolny czas poświęcić na zwiedzanie. *Okres takiego wyjazdu ustalany jest indywidualnie, czasami trwa miesiąc, a czasem zapał i energia wolontariusza, nawiązane więzi pomiędzy opiekunem i podopiecznym pozwalają nawet na półroczny pobyt - twierdzi Prezes Fundacji.*

Wolontariuszem Europejskiej Fundacji Opieki może zostać każdy, kto ukończył osiemnaście lat, najczęściej jednak są to osoby po pięćdziesiątym roku życia, emeryci i renciści. Osoby dojrzałe najlepiej sprawdzają się w tej roli. Wolontariat pozwala im czuć się aktywnym, potrzebnym, wzmacnia poczucie godności. Wolontariusz musi być wolny od wszelkich nałogów, zdrowy i pełen chęci pomagania innym. Musi być cierpliwy i wyrozumiały. Jeśli pragnie wyjechać za granicę, bardzo ważne jest, by w komunikatywnym stopniu znał język podopiecznego. Bariera językowa, niestety, uniemożliwia nawiązanie chociaż nici porozumienia.

## Aktywny senior, zdrowy senior

Innym bardzo ważnym aspektem działalności Funda-

# MPIP

M A G A Z Y N 

# PIEŁĘGNIARKI i POŁOŻNEJ

to ogólnopolski miesięcznik zawodowo-środowiskowy

Ukazuje się od listopada 1995 roku.

Jest oficjalnym czasopismem  
Naczelnej Izby Pielęgniarek  
i Położnych



Ukazuje dorobek zawodu  
i dokonania konkretnych  
ludzi, pełen obraz środowiska,  
promuje pielęgniarstwo  
i położnictwo.



Publikuje artykuły napisane przez czytelników i przygotowane pod wpływem  
inspiracji i sygnałów od nich. To oni współdecydują o zawartości gazety.

[www.nursing.com.pl](http://www.nursing.com.pl)

Index Copernicus 2,33 punktów

5 punktów edukacyjnych za prenumeratę MPIP



Wydawnictwo Lekarskie PZWL

[www.pzwl.pl](http://www.pzwl.pl)

cji jest aktywizacja polskich seniorów. Dla emerytów i rencistów organizowane są wyjścia na basen, do teatru, do kina, wycieczki czy wspólne spotkania. Warto też dodać, że Fundacja współpracuje na różnych płaszczyznach ze stowarzyszeniem UroConti. Zazwyczaj starsze osoby cierpiące na NTM, które trafiają do organizacji, kierowane są właśnie do UroConti na ćwiczenia zapobiegające lub leczące nietrzymanie moczu.

Jednym z sukcesów Fundacji jest zaszczepienie u lubel-

skich seniorów pasji do nordic walking'u. *Największy jednak sukces to bardzo dobra opinia zarówno wśród podopiecznych seniorów, wolontariuszy i pracowników związanych z fundacją. Obecnie wspiera nas swoim potencjałem ok. 50-60 wolontariuszy - podkreśla pani Prezes. Niestety są również i problemy. Główny, to nieprzyjemne polskie realia, zawile sprawy administracyjne i ograniczone fundusze. Na szczęście fakt ten nie hamuje zapału członków Fundacji.*

## Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Oddział Kliniczny Kliniki Ginekologii i Onkologii

# Szpital z tradycjami

Kinga Suwała

**W tym numerze, w ramach cyklu prezentującego placówki specjalizujące się w leczeniu NTM przedstawiamy, mogący poszczycić się wieloletnią tradycją, Oddział Kliniczny Kliniki Ginekologii i Onkologii przy Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie.**

**K**linika Ginekologii i Onkologii funkcjonuje od 7 XI 1936 roku, ale już 15 lat wcześniej pierwszy kamień pod jej fundamenty wbudował Józef Piłsudski. Od początku kierownicze funkcje w Klinice pełnili znakomici lekarze specjalizujący się w ginekologii, położnictwie i onkologii jak np. prof. Stefan Schwarz, czy twórca polskiej szkoły kolposkopii prof. Jan Madej.

Aktualnie stanowisko ordynatora w Oddziale Klinicznym Kliniki Ginekologii i Onkologii pełni prof. dr hab. med. Antoni Basta, który jednocześnie sprawuje funkcję małopolskiego konsultanta wojewódzkiego ds. ginekologii i położnictwa.

Oddział Kliniczny Kliniki Ginekologii i Onkologii zatrudnia 16 asystentów prowadzących działalność naukową - dydaktyczną oraz kilkunastu rezydentów, doktorantów i wolontariuszy. Posiada 27 sal chorych, wyposażonych w 69 łóżek, w tym 7 na Intensywnej Terapii oraz 12 łóżek wybudzeniowych przy, w pełni wyposażonym i nowoczesnym, bloku operacyjnym. Pacjentki oddziału mogą liczyć na kompleksową diagnostykę i terapię ginekologiczno - onkologiczną, w ramach której przeprowadzane jest leczenie chirurgiczne oraz chemioterapia i brachyterapia.

Ponadto w Klinice Ginekologii i Onkologii funkcjonuje Poradnia Urodynamiki i Uroginekologii prowadzona przez dr Klaudię Stangel - Wójcikiewicz, do której kierowane są kobiety z NTM i zaburzeniem statyki narządu rodowego. W poradni wykonywana jest diagnostyka urodynamiczna wraz z badaniem ultrasonograficznym przekroczo- wym. Po badaniu ginekologicznym pacjent-

ka jest kwalifikowana na podstawie otrzymanych wyników do leczenia zachowawczego lub operacyjnego. W ciągu miesiąca, do Poradni Urodynamiki i Uroginekologii na konsultacje, zgłasza się około 45 pacjentek z całej Polski. Około 30 z nich jest operowanych w Oddziale Klinicznym.

Leczenie operacyjne nietrzymania moczu na oddziale przeprowadza się z użyciem kilku metod. *Obecnie wykorzystujemy technikę TOT,TVT oraz klasyczną operację sposobem Burcha - wyjaśnia prof. Basta. - W przypadku towarzyszącego obniżenia narządu rodowego stosowane są siatki syntetyczne. W ramach leczenia zachowawczego wykorzystywana jest elektrostymulacja przezpochwowa w seriach trzymiesięcznych. Ma ona również zastosowanie w dyspareunii i OAB. Metodą eksperymentalną jest wykorzystanie macierzystych komórek mięśniowych (MDSC) i podanie ich do zwieracza cewki moczowej - badanie prowadzi dr Klaudia Stangel-Wójcikiewicz.*

W klinice pomoc uzyskać mogą również pacjentki cierpiące na zespół pęcherza nadreaktywnego. Schorzenie to jest leczone farmakologicznie powszechnie stosowanymi lekami antycholinergicznymi i/lub poddawane elektrostymulacji przezpochwowej.

*W leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego (OAB), zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, stosujemy kurację farmakologiczną - leki antycholinergiczne, oraz w przypadku stwierdzenia atrofii urogenitalnej - miejscową estrogenoterapię - tłumaczy prof. Antoni Basta.*

W Oddziale Klinicznym Kliniki Ginekologii i Onkologii odbywają się również cykliczne warsztaty i wykłady dla lekarzy, którzy specjalizują się w takich dziedzinach jak: położnictwo i ginekologia oraz ginekologia onkologiczna, a także lekarzy członków Małopolskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego i Towarzystwa Kolposkopii i Patologii szyjki macicy.

# Operacje z użyciem taśm w województwie pomorskim

W bieżącym numerze Kwartalnika NTM prezentujemy Państwu placówki z województwa pomorskiego, w których wykonywane są zabiegi operacyjne na nietrzymanie moczu przy użyciu taśm syntetycznych.

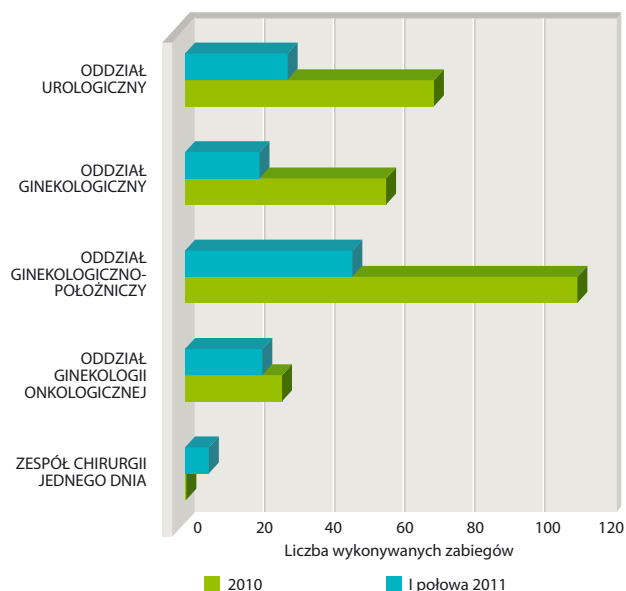
Według naszych statystyk obecnie w regionie operacje „taśmowe” na nietrzymanie moczu przeprowadza się w 13 placówkach. Zabiegi stosowane w leczeniu NTM przeprowadzane są zarówno na oddziałach ginekologicznych, jak i na urologii. Zabiegi w większości placówek wykonywane są na bieżąco.

Porównując bieżącą sytuację ze statystykami z 2006 roku, (kiedy po raz pierwszy prezentowaliśmy Państwu dane dotyczące operacyjnego leczenia NTM na w województwie pomorskim) sytuacja uległa zmianie, od tamtego czasu liczba placówek przeprowadzających zabiegi wzrosła o dwie.

Obecnie na 34 publiczne szpitale w województwie, które dysponują 14 oddziałami ginekologicznymi oraz ginekologiczno-położniczymi, 2 oddziałami ginekologii onkologicznej i 7 oddziałami urologicznymi (źródło: www.rejestrzoz.gov.pl), 13 placówek specjalizuje się w leczeniu nietrzymania moczu metodą operacyjną.

Z danych uzyskanych z pomorskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że w 2010 roku zrefundowano łącznie 272 zabiegi leczące NTM z użyciem materiału syntetycznego, w tym w oddziałach ginekologicznych - 60 zabiegów, oddziałach ginekologii onkologicznej - 29, oddziałach ginekologiczno - położniczych - 111 zabiegów, oddziałach urologicznych - 72 zabiegi. W pierwszej połowie 2011 wykonano 133 takie zabiegi.

## Zabiegi z użyciem taśm w woj. pomorskim



Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji uzyskanych w placówkach

Prezentowane statystyki świadczą o stosunkowo wysokiej dostępności do tego typu leczenia w województwie pomorskim.

Poniżej prezentujemy listę szpitali, które wykonują zabiegi z użyciem taśm. Lista powstała w oparciu o informacje uzyskane od przedstawicieli danych placówek.

### CHOJNICE

1. Szpital Specjalistyczny im. Łukowicza, Oddział ginekologiczno-położniczy, ul. Leśna 10

### CZŁUCHÓW

1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Oddział ginekologiczno-położniczy, ul. Szczecińska 31

### GDAŃSK

1. 7 Szpital Marynarki Wojennej z Przychodnią SP ZOZ, Oddział urologiczny, ul. Polanki 117
2. Pomorskie Centrum Traumatologii Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika, Oddział ginekologiczny, ul. Nowe Ogrody 1-6
3. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Klinika Urologii, Klinika Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Endokrynologii Ginekologicznej, ul. Kliniczna 1a
4. Swissmed Centrum Zdrowia SA, ul. Wileńska 44
5. Szpital Specjalistyczny Św. Wojciecha SP ZOZ, Oddział ginekologiczny, Al. Jana Pawła II 50

### GDYNIA

1. Szpital Miejski im. Brudzińskiego, Oddział ginekologiczny, ul. Wójta Radtkego 1

### KOŚCIERZYNA

1. Szpital Specjalistyczny, Oddział położniczo-ginekologiczny, ul. Piechowskiego 36

### KWIDZYN

1. NZOZ „Zdrowie”, Oddział urologiczny, ul. Generała Józefa Hallera 31

### SŁUPSK

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka, Oddział ginekologiczno-położniczy, Oddział urologiczny, ul. Obrońców Wybrzeża 4

### WEJHEROWO

1. Szpital Specjalistyczny im. Floriana Ceynowy, Oddział Położnictwa i Ginekologii, Oddział Urologiczny, ul. Jagalskiego 10

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji uzyskanych w placówkach

# Nowy oddział Stowarzyszenia „UroConti” w Bydgoszczy

Swoją działalność rozpoczął ósmy Oddział Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”. Kujawsko-pomorski oddział z siedzibą w Bydgoszczy zawiązał się na bazie Stowarzyszenia Osób Przewlekle Chorych z Chorobami Układu Moczowego UROSTO.

Celem Stowarzyszenia jest zwrócenie uwagi społeczeństwa, środowisk medycznych, decydentów oraz mediów na społeczno-ekonomiczne konsekwencje zaniedbań w obszarze profilaktyki, diagnozy i leczenia NTM. W ramach swojej działalności, Stowarzyszenie „UroConti” organizuje cykliczne spotkania edukacyjne z udziałem lekarzy specjalistów, fizjoterapeutów i pielęgniarek a także spotkania z przedstawicielami administracji państwowej podczas, których prezentowane są postulaty Stowarzyszenia. Organizacja podejmuje aktywną walkę o zmianę zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia dotyczącego zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki

pomocnicze oraz o wpisanie na listę procedur finansowanych przez NFZ nowoczesnych terapii stosowanych w leczeniu nietrzymania moczu na całym świecie. Za pośrednictwem Stowarzyszenia pacjenci z NTM mają również możliwość uczestniczenia w zajęciach gimnastycznych służących wzmocnieniu mięśni dna miednicy, które organizowane są w każdym z oddziałów Stowarzyszenia.

Obecnie Stowarzyszenie „UroConti” zrzesza członków w ośmiu oddziałach: **Wrocławiu, Warszawie, Poznaniu, Łodzi, Lublinie, Kielcach i Gdańsku** oraz w nowopowstałym oddziale w **Bydgoszczy**.

**Więcej informacji o działalności Stowarzyszenia oraz o tym jak zostać członkiem organizacji znajdują państwo pod numerem telefonu: (22) 462 49 14, na stronie: [www.uroconti.pl](http://www.uroconti.pl), oraz pisząc na adres: [zg@uroconti.pl](mailto:zg@uroconti.pl).**



## INFOLINIA NTM - BEZPŁATNE KONSULTACJE LEKARSKIE

Od października ruszyły ponownie dyżury lekarskie na Infolinii NTM. Pod numerem telefonu 801 800 038\* porad udzielają będą specjaliści w leczeniu NTM, urodzili: prof. Piotr Radziszewski i dr Piotr Dobroński.

Więcej informacji znajdą Państwo na stronie: [www.ntm.pl](http://www.ntm.pl) lub kontaktując się z nami pod nr infolinii NTM 801 800 038.

\*Infolinia NTM działa w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 9:00 do 17:00. Koszt połączenia (niezależnie od długości rozmowy) wynosi 0,29 zł + VAT. Dla osób dzwoniących na Infolinię NTM z telefonów komórkowych należy wybrać numer: 22 462 49 13 (opłata wg. taryfikatora operatora)

## DOSTĘP DO ZAOPATRZENIA W ŚRODKI POMOCNICZE I PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE WG DANYCH WOJEWÓDZKICH ODDZIAŁÓW NFZ - STAN NA 30.04.2011

Województwo	Pieluchy i pieluchomajtki		Worki stomijne		Aparaty słuchowe		Aparaty do leczenia obturacyjnego bezdechu sennego (CPAP)		Przedmioty ortopedyczne z wyłączeniem wózków inwalidzkich		Wózki inwalidzkie	
	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących
Dolnośląskie	nb	-	nb	-	11 mies.*	6282 ☹	nb	-	nb	-	nb	-
Kujawsko-Pomorskie	nb	-	nb	-	5 mies.	2490 ☹	1 mies.	1 ☺	1 mies.	445 ☺	1 mies.	154 ☺
Lubelskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Lubuskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Łódzkie	b.d.	b.d.	b.d.	-	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
Małopolskie	nb	-	nb	-	6 mies.*	3887 ☹	nb	-	3 mies.***	2788 ☹	2 mies.*	584 ☺
Mazowieckie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Opolskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Podkarpackie	nb	-	nb	-	do 4 mies.	783 ☹	nb	-	do 4mies.	1445 ☹	do 4 mies.	332 ☹
Podlaskie	nb	-	nb	-	4 mies.	851 ☹	nb	-	4 mies.****	203 ☹	nb	-
Pomorskie	nb	-	nb	-	5 mies.*	2865 ☹	1 mies.	13 ☺	1-2 mies.	754 ☺	12 mies.	622 ☹
Śląskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Świętokrzyskie	nb	-	nb	-	3 mies.*	255 ☹	nb	-	nb	-	3 mies.*	101 ☹
Warmińsko-Mazurskie	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
Wielkopolskie	nb	-	nb	-	1mies.**	673 ☺	nb	-	1 mies.**	524 ☹	1 mies.**	176 ☺
Zachodniopomorskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-

nb - na bieżąco, bd - brak danych

\* dzieci - na bieżąco; \*\* dzieci, osoby czynne zawodowo - na bieżąco, \*\*\* dot. aparatów ortopedycznych na kończyny górne i dolne oraz indywidualnych przedmiotów pionizujących

\*\*\*\* dot. butów ortopedycznych o kodzie 9191.01

☺ - poprawa sytuacji w stosunku do poprzedniego rankingu

☹ - pogorszenie sytuacji w stosunku do poprzedniego rankingu

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

**KWARTALNIK**



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

Nr rachunku odbiorcy  
**20 1140 2017 0000 4902 0451 3842**

kwota  
**38.00**

Dowód pokwitowania dla odbiorcy

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

PODPIS

OPLATA

nazwa odbiorcy  
**STUDIO PR**

nazwa odbiorcy cd.

**UL. CIOŁKA 13, 01-445 WARSZAWA**

i.k. nr rachunku odbiorcy  
**20 11 40 20 17 00 00 49 02 04 51 38 42**

**W P P L N** **38,00**

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

nazwa zleceniodawcy

nazwa zleceniodawcy cd.

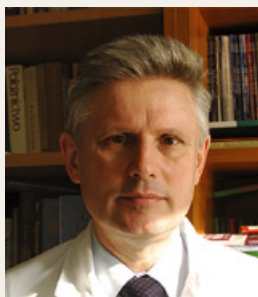
tytułem  
**krajowa prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“**

tytułem cd.

pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy

Oplata:

## RADA NAUKOWA DS. PROBLEMU NTM



**Prof. dr hab. n. med.**  
**Włodzimierz Baranowski**

Kierownik Kliniki Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Centralnego Szpitala Klinicznego MON Wojskowego Instytutu Medycznego



**Prof. dr hab. n. med.**  
**Andrzej Borkowski**

Kierownik Katedry i Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego



**Prof. dr hab. n. med.**  
**Piotr Radziszewski**

Katedra i Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego



**Prof. dr hab. n. med.**  
**Tomasz Rechberger**

Kierownik II Katedry i Kliniki Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

### KONSULTANT MEDYCZNY

**dr n. med.**  
**Piotr Dobroński**

Oddział Urologii Szpitala Bielańskiego w Warszawie



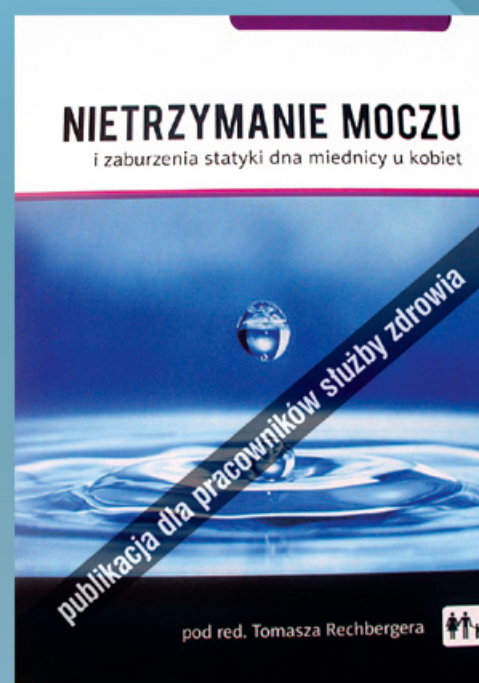
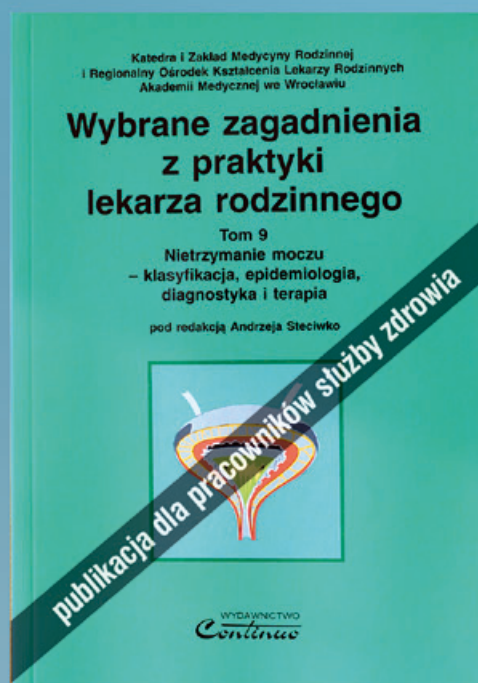
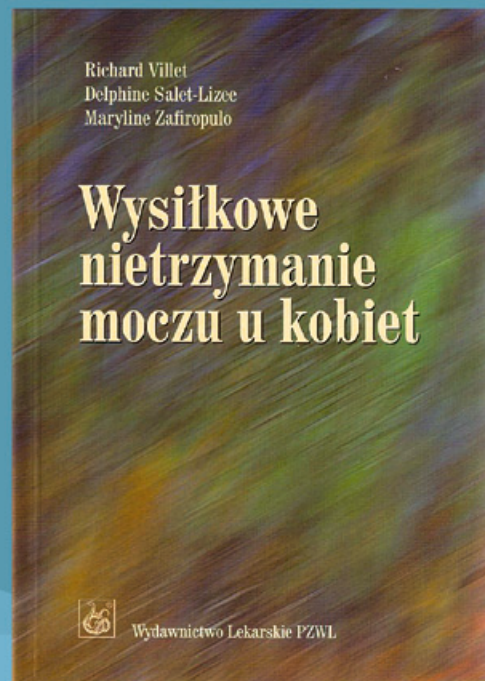
### INFOLINIA 801 800 038

Od 3 lutego 2003 r. działa ogólnopolska infolinia 801 800 038, pod którą wszyscy zainteresowani mogą uzyskać informacje na temat problemu nietrzymania moczu.

Telefon jest czynny w dni powszednie w godz. 9.00-17.00. Całkowity koszt połączenia wynosi 0,29 zł plus VAT.

# Chcesz wiedzieć więcej?

Już teraz zamów najpopularniejsze publikacje o NTM  
Książki można zamówić drogą elektroniczną lub telefonicznie



Szczegóły na stronie [www.ntm.pl](http://www.ntm.pl)  
oraz pod numerem infolinii 801 800 038

Atrakcyjne ceny!