

Rola pielęgniarki urologicznej i ginekologicznej w profilaktyce i diagnostyce NTM

Co dalej z badaniem urodynamicznym?

Refundacja środków absorpcyjnych

Wskazania medyczne

Na kłopoty z NTM... neurolog

Wywiad z dr Jackiem Zaborskim

Estrogeny przy NTM: pomagają czy szkodzą

Zmarnowany czas

Mijają kolejne miesiące nowego roku, a mną targa przeświadczenie, że mimo burzy jaka towarzyszyła wejściu w życie ustawy refundacyjnej z opublikowaną nową listą leków i wyrobów medycznych, nadal jesteśmy na początku drogi. 1. marca br. Minister Zdrowia przedstawił już kolejną listę (według nowej ustawy ma obowiązek nowelizowania jej co dwa miesiące). Po analizie listy okazało się, że zmiany polegały na przywróceniu leków, które już wcześniej były refundowane. Wyjątkiem jest tylko jeden specyfik. Trudno więc zgodzić się z deklaracjami Ministra Zdrowia, że wraz z nową ustawą na liście pojawiły się nowe substancje zaliczane do leków innowacyjnych. Jestem jednak daleki od tego, aby zrzucać pełną odpowiedzialność na Ministra Artukowicza. Doskonale pamiętam w jakich okolicznościach objął resort. Działania jakie mają teraz miejsce i pewnie potrwać jeszcze ok 6 miesięcy, mają na celu uporządkowanie listy. Minister Ewa Kopacz miała ponad pół roku po uchwaleniu ustawy (maj 2011), aby powołać komisję ekonomiczną i rozpocząć negocjacje w producentami i dystrybutorami. Zrobiła to jednak dopiero w listopadzie. Takie zachowanie jest karygodne i ociera się o Trybunał Stanu, zwłaszcza jeśli w grę wchodzi zdrowie i życie milionów ludzi. Nic nie usprawiedliwia takich zaniedbań i należy pamiętać, że to Ewa Kopacz w pierwszej kolejności odpowiada za to co spotkało nas wszystkich po 1. stycznia 2012 roku. Wobec takich zaniedbań nagradzanie jej osoby funkcją Marszałka Sejmu jest kpinią z obywateli tego kraju.

Oczywiście można mieć pretensje do obecnego kierownictwa Ministerstwa, za to jak próbowało nadrobić stracony czas. Bądźmy jednak realistami. W tak skomplikowanej i poddawanej tak wielu naciskom materii, jaką jest refundacja leków i wyrobów medycznych, nawet czas zagwarantowany w ustawie (6 miesięcy) wydaje się niewystarczający, jeżeli



ma się świadomość jak kiepsko zorganizowane i wyposażone jest Ministerstwo Zdrowia.

Minister Artukowicz jest młodym i ambitnym politykiem. Sprawia wrażenie bardziej otwartego na argumenty niż jego poprzedniczka. Jeżeli nie straci tych cech, jeżeli uda mu się nie zatracić w bieżących problemach, jest szansa, że już gorzej niż za Ewy Kopacz nie będzie, a my już nie będziemy odliczać kolejnych zmarnowanych miesięcy i lat...

Tomasz Michatek

„LE CZY WSPOMNIENIE MINIONEJ NIEDOLI, NIE JEST RADOŚCIĄ CHWILI OBECNEJ?”

Edgar Allan Poe

Możemy się martwić, utyskiwać, że nadal jest źle, że nic nie zrobiono, że nasze postulaty (lekarzy i pacjentów) są ignorowane. Ale... wspomnijmy na czasy minione. Ledwie 15 lat temu nietrzymanie moczu nie było uznawane za istotny problem medyczny, zabiegi operacyjne w wysiłkowym nietrzymaniu moczu były wykonywane sporadycznie, w Polsce działało kilka pracowni urodynamicznych, był dostępny jeden lek antycholinergiczny (nierefundowany), a lekarze nie umieli zdiagnozować prawidłowo nietrzymania moczu. Możemy... ale spójrzmy jak wiele się zmieniło. Pacjenci mają

praktycznie nieograniczony dostęp do refundowanych, nowoczesnych operacji nietrzymania moczu (w tym sztucznego zwieracza), w każdym województwie mamy przynajmniej kilka pracowni urodynamicznych, a niektóre leki antycholinergiczne są już refundowane. Oczywiście nadal wiele pozostaje do zrobienia, nadal brak jest refundacji niektórych (często jedynych w danym przypadku) metod leczenia (jak choćby neuromodulacja, taśmy dla mężczyzn), nadal leki refundowane przepisywane są ze sztucznymi ograniczeniami (wymóg badania urodynamicznego w przypadku leków antycholinergicznych). Ale krok we właściwym kierunku został uczyniony. Musimy dalej rozmawiać. I właśnie o taki dialog między NFZ, Ministerstwem, a profesjonalistami i pacjentami apeluję, aby nadal cieszyć się chwilą obecną.

Prof. Piotr Radziszewski

SPIS TREŚCI

LECZENIE NTM

Rola pielęgniarki urologicznej i ginekologicznej w profilaktyce i diagnostyce NTM.....	4-5
Estrogeny przy NTM: pomagają czy szkodzą?	6-7
Co dalej z badaniem urodynamicznym?.....	8

WYWIAD

Na kłopoty z NTM...neurolog	9-10
-----------------------------------	------

ORTOPEDIA I ŚRODKI POMOCNICZE

Refundacja środków absorpcyjnych - wskazania medyczne, cz. I.....	11
---	----

DIAGNOSTYKA

Badanie urodynamiczne - wskazania i przebieg, cz. 3.....	12-13
--	-------

ZABIEGI LECZĄCE NTM

Operacje z użyciem taśm w Małopolsce.....	14
---	----

NTM PROBLEM SPOŁECZNY

W stowarzyszeniu rażniej! Lubelski Oddział Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”.....	15
--	----

PIELĘGNACJA I PROFILAKTYKA

Teoria behawioralna i zmiana stylu życia	16-17
Pracownie urodynamiczne - woj. wielkopolskie	17
Rola prawidłowego odżywiania w profilaktyce i terapii NTM.....	18-19

ORGANIZACJE

Wspólnie przełamujemy wstyd	20-21
Dostępność do zaopatrzenia - WO NFZ.....	21

Redaktor naczelny: Tomasz Michałek; **Redaktor wydania:** Anna Sulka;

Sekretarz redakcji: Karolina Ciepela;

Komitet redakcyjny: prof. dr hab. n. med. Piotr Radziszewski - Katedra i Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, dr n. med. Piotr Dobroński - Oddział Urologii Szpitala Bielańskiego w Warszawie;

Zespół redakcyjny: Magdalena Kowalewska, Beata Pilarska, Magdalena Potoczek, Kinga Suwała, Katarzyna Walewska;

Komentatorzy: Józef Góralczyk, Elżbieta Szwałkiewicz, 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,

faks: (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.

Zdjęcie na okładce: East News Sp. z o.o.

Szanowni Państwo,

Z przyjemnością oddajemy w Państwa ręce pierwsze w tym roku wydanie Kwartalnika NTM. Jestem przekonana, że każdy z Państwa znajdzie w tym numerze coś dla siebie.

Ogromne zainteresowanie, z jakim spotkały się artykuły dedykowane kobietom w ciąży oraz planującym powiększenie rodziny, zainspirowało nas do przygotowania kolejnego cyklu. Tym razem zgłębimy zagadnienia związane z rolą pielęgniarki urologicznej i ginekologicznej w profilaktyce, diagnostyce i leczeniu NTM. Temat ten jest ważny z kilku powodów. Po pierwsze – pielęgniarka towarzyszy pacjentowi we wszystkich etapach jego choroby i powrotu do zdrowia, po drugie – jest w stałym kontakcie z całym zespołem terapeutycznym, po trzecie – najważniejsze – personel pielęgniarski cieszy się bardzo dużym zaufaniem społecznym i pozostaje w bliskich relacjach z pacjentami i ich rodzinami. Co więcej, już wkrótce pielęgniarki zyskają kolejne uprawnienie – będą mogły wypisywać zlecenia na kontynuację zaopatrzenia w środki absorpcyjne. Takie rozwiązanie, poprzez eliminację konieczności odbycia wizyty u lekarza, znacznie ułatwi dostęp do tego typu artykułów i poprawi jakość życia pacjentów z NTM. O zadaniach pielęgniarek urologicznych i ginekologicznych związanych z profilaktyką i diagnostyką NTM opowiedziała mgr Beata Pilarska, pielęgniarka ze Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr Jana Bizziela w Bydgoszczy, sekretarz Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Urologicznych. W 40 numerze Kwartalnika NTM mogą również przeczytać Państwo wywiad z dr Jackiem Zaborskim, ordynatorem Oddziału Neurologii i Neurorehabilitacji Międzyleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie. Doktor Zaborski przybliżył nam relacje między zaburzeniami neurologicznymi, a występowaniem nietrzymania moczu, a także opowiedział jak powinno przebiegać badanie neurologiczne u pacjentów z NTM.

Z kolei prof. Tomasz Rechberger skonfrontował dwa, całkowicie odmienne stanowiska odnośnie stosowania estrogenów w terapii NTM, które zostały zaprezentowane na łamach 39 numeru naszego Kwartalnika. Prof. Rechberger wytłumaczył skąd biorą się tak znaczne różnice między zaleceniami poszczególnych specjalistów.

Z najnowszego wydania dowiedzą się Państwo także jaką rolę, w codziennej praktyce klinicznej, odgrywa badanie urodynamiczne i w których placówkach w Wielkopolsce mogą Państwo je wykonać.

Sporo uwagi poświęciliśmy również znaczeniu modyfikacji stylu życia w profilaktyce i leczeniu nietrzymania moczu. Magdalena Potoczek, fizjoterapeutka i doradca żywieniowy, opowiedziała o leczeniu poprzez żywienie oraz terapii behawioralnej.

Życzę miłej lektury.

Anna Sulka

Rola pielęgniarki urologicznej i ginekologicznej w profilaktyce i diagnostyce NTM

mgr Beata Pilarska

Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy

Mimo postępu, jaki obserwujemy w diagnostyce i leczeniu zaburzeń uroginekologicznych, nietrzymanie moczu nadal stanowi, niezależnie od wieku i płci, istotny problem natury zdrowotnej, medycznej i epidemiologicznej.

Problemy z kontrolowaniem własnego pęcherza dotyczą nie tylko osoby w podeszłym wieku, ale także tzw. ludzi sukcesu, ludzi czynnych zawodowo i aktywnych, których nikt nie podejrzewa o kłopoty ze zdrowiem. - *Wstydzę się kiedy prowadząc szkolenie dla pracowników, kilka razy wychodzę do toalety - zwraca się pani prezes renomowanej firmy. - Zawsze zabieram do pracy drugi komplet bielizny, by być przygotowaną na każdą przykrą ewentualność.*

Ten prozaiczny problem może urosnąć do rangi prawdziwego dramatu. Całe dotychczasowe życie pacjenta zostaje podporządkowane pęcherzowi. Chorzy stale się kontrolują - uważają, aby nie zaśmiać się zbyt spontanicznie, aby skrzyżować nogi podczas kaszlu lub kichania, aby nie przebywać zbyt długo poza domem, a jeżeli zajdzie już taka potrzeba, drastycznie ograniczają ilość wypijanych płynów i koniecznie zapoznają się z lokalizacją wszystkich toalet po drodze.

Mimo że znane jest powiedzenie: *Lepiej zapobiegać niż leczyć*, nadal trudno jest wdrożyć działania zapobiegające utracie zdrowia. Pacjenci wciąż zbyt późno podejmują decyzję o wizycie u lekarza. Pielęgniarki wykonując swoje obowiązki zawodowe pozostają w bliskich relacjach z pacjentami i ich rodzinami, mogą więc skutecznie promować właściwe wzorce prozdrowotne, eliminować deficyt informacji, prowadzić edukację zdrowotną i profilaktykę nietrzymania moczu.

Celem prowadzenia profilaktyki jest wczesne wykrywanie i eliminowanie, dających się zmodyfikować, czynników ryzyka i dbanie o prawidłowe funkcjonowanie mechanizmów strukturalnych zabezpieczających przed gubieniem moczu. Wśród działań prowadzonych przez pie-



Fot. Photogenica Sp. z o.o.

łęgniarki można wyróżnić prewencję pierwotną (zapobieganie wystąpieniu choroby), wtórną (wczesne wykrywanie nieprawidłowości i zapobieganie dalszemu rozwojowi) i trzeciorzędową (zapobieganie i opóźnianie występowania ewentualnych powikłań). Pielęgniarka współpracując z pozostałymi członkami zespołu terapeutycznego, w którego skład wchodzi m.in. lekarz urolog, ginekolog, rehabilitant, psychoterapeuta skutecznie realizuje założenia profilaktyki. Dodatkowym atutem jest fakt, że pielęgniarki cieszą się zaufaniem społecznym, są osobami, z którymi pacjenci łatwiej rozmawiają o swoich bardzo intymnych i często skrywanych problemach.

Pielęgniarka podczas swojej codziennej pracy w przychodni, czy na oddziale lub podczas patronażu w terenie prowadzi rozmowy z pacjentami i ich rodzinami. Wykonując zabiegi pielęgnacyjne ma czas, aby zapoznać się z czynnikami ryzyka wystąpienia nietrzymania moczu. Wychwytuje wszelkie niepokojące objawy i patologie, prowadzi instruktaż dotyczący samooceny. Zaleca prowadzenie zdrowego stylu życia, czyli odpowiedniej diety bez używek i substancji drażniących (kofeina, także w napojach typu cola, słodziki, napoje gazowane, kwaśne soki, mocna herbata, alkohol) i regularnych ćwiczeń, które poprawiają ogólną kondycję, zapobiegają licznym schorzeniom i wzmacniają mięśnie dna miednicy. Ruch i odpowiednie odżywianie zapobiegają nadwadze, zaparciom, które należą do czynników mogących sprzyjać wystąpieniu inkontynencji. Zmniejszenie objawów gubienia moczu można także uzyskać ograniczając zbyt duży wysiłek fizyczny, czasami kontrolując ilość wypijanych płynów. Pacjenci, u których występują dotkliwe objawy wypadowe, często odczuwają zniecierpliwienie z powodu własnych słabości i nie potrafią znaleźć motywacji do zapobiegania występowaniu objawów gubienia moczu. Pielęgniarka uczy swoich pacjentów, jak zapobiegać dokuczliwym objawom urogenitalnym i jak łagodzić występujące

już dolegliwości, wskazuje jak skutecznie poprawić swoją jakość życia, pomaga uwierzyć, że nietrzymanie moczu można leczyć, a także mu zapobiegać. Bardzo ważne jest bowiem, aby pacjenci potrafili zauważyć niepokojące symptomy i wcześniej zgłaszać się do specjalisty.

Pielęgniarka, realizując zadania zawodowe, towarzyszy pacjentowi we wszystkich etapach jego choroby i powrotu do zdrowia. Najpierw uczy go odpowiednich postaw prozdrowotnych, a jeśli pojawiają się niepokojące objawy - uczestniczy razem z nim i jego rodziną w diagnostyce wstępnej i specjalistycznej, a później w leczeniu.

Diagnostyka wstępna rozpoczyna się od zebrania szczegółowego wywiadu chorobowego dotyczącego szczególnie charakteru dolegliwości. Pacjenci dość często wstydzą się rozmawiać o swojej wstydlivej przypadłości. Dzieje się tak, ponieważ problem dotyczy intymnych sfer naszego życia, sfer które zawsze były tematem tabu. Mężczyźni wstydzą się przyznać, że mają np. problemy z potencją, które mogą być ściśle związane z kłopotami z pęcherzem. Kobiety przemilczają, że odczuwają bolesność podczas stosunku, że skóra krocza piecze i krwawi przy dotyku, co spowodowane może być stosowaniem niewłaściwych środków chłonnych lub środków kosmetycznych. Zdarza się, że powodu niedoboru hormonów płciowych skóra okolic intymnych jest bardziej sucha, krucha i podatna na urazy. Można temu zapobiec stosując odpowiednie środki pielęgnacyjne lub farmakologiczne. Pacjentki pomijają w rozmowie z lekarzem czy pielęgniarką, że odczuwają świąd w okolicy krocza, martwią się bowiem, że zostanie to odebrane jako brak higieny intymnej. Nic bardziej mylnego! Przeciż gubieniu moczu towarzyszy zawilgocenie skóry, maceracja i tworzenie się odczynów zapalnych. Uczucie świądu czy pieczenia sprawia, że jest to miejsce narażone na drapanie i tworzenie się ran i owrzodzeń. W sprzedaży dostępne są łagodne preparaty ochronne, które pozwolą złagodzić przykre dolegliwości.

Kolejnym elementem diagnostyki NTM jest dzienniczek mikcji, w którym pacjent przez kilka kolejnych dni wpisuje wszystkie mikcje i ich objętość oraz występowanie parć lub epizodów niekontrolowanego wycieku moczu. Dzienniczek pozwala także uzyskać informację o ilości zużytych materiałów chłonnych. Mimo, że jest to zadanie, które pacjent realizuje w domu, to bardzo często zwraca się do pielęgniarki o dodatkowe informacje, jak wypełnić

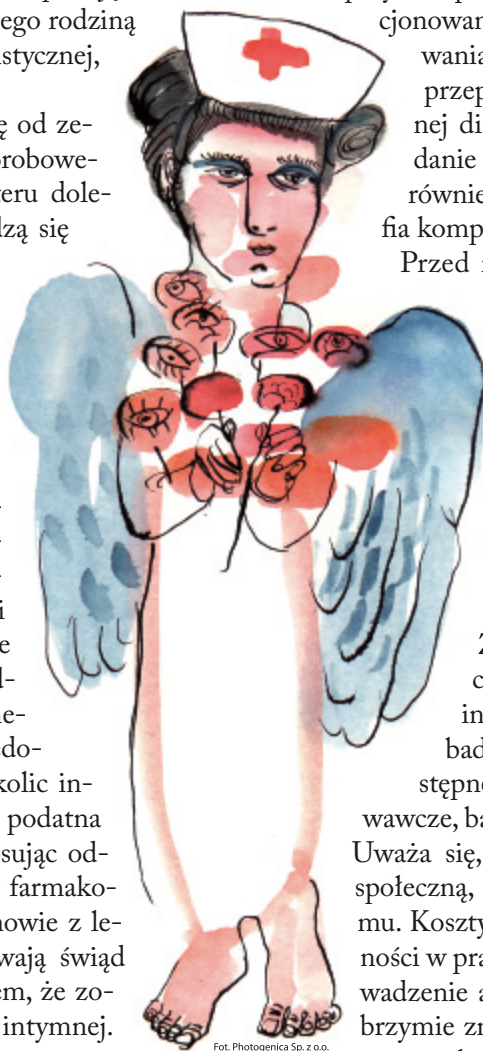
właściwie dzienniczek lub jak dokonywać pomiarów.

Pielęgniarka wykonuje także lub asystuje przy badaniu fizykalnym, podczas którego bardzo często wykonywany jest test kaszlowy, który pozwala wstępnie sprawdzić, czy zgłaszane przez pacjenta dolegliwości mają charakter wysiłkowy.

W przypadku planowanego leczenia zabiegowego NTM, jak również w sytuacji, gdy podjęte leczenie zachowawcze nie przynosi poprawy w zakresie prawidłowego funkcjonowania mechanizmu gromadzenia i oddawania moczu, konieczne może okazać się przeprowadzenie specjalistycznej i pogłębionej diagnostyki, w której skład wchodzi badanie urodynamiczne, ultrasonograficzne, jak również wideocystourethrografia czy tomografia komputerowa.

Przed rozpoczęciem badań diagnostycznych pielęgniarka szczegółowo informuje pacjenta, jak należy przygotować się do badania, jaki jest cel badania, jakie są jego kolejne elementy składowe. Pozwala to zminimalizować strach pacjenta i uzyskać lepszą współpracę między przeprowadzającym badanie, a chorym. Pielęgniarka przygotowuje instrumentarium do badania, asystuje lub wykonuje badanie diagnostyczne. Zapewnia pacjentowi opiekę i poczucie bezpieczeństwa, udziela niezbędnych informacji dotyczących postępowania po badaniu, pomaga przygotować się do następnego etapu, którym jest leczenie zachowawcze, bądź operacyjne.

Uważa się, że nietrzymanie moczu jest chorobą społeczną, co wskazuje na rozmiar tego problemu. Koszty leczenia i związanych z nim nieobecności w pracy są bardzo wysokie. Dlatego też, prowadzenie aktywnej profilaktyki i edukacji ma olbrzymie znaczenie. Przykładowo, w Anglii wszyscy instruktorzy aerobiku są szkoleni, aby w trakcie zajęć prowadzili także ćwiczenia mięśni krocza. Z kolei w Australii, podczas wizyty pacjentki u ginekologa, pielęgniarki kontrolują umiejętność wykonywania przez pacjentkę skurczów mięśni miednicy mniejszej. Jeśli nie posiada ona takiej umiejętności, otrzymuje odpowiedni instruktaż. We Francji, wszystkim kobietom po urodzeniu pierwszego dziecka zalecane są profilaktyczne ćwiczenia z ciężarkami dopochwowymi. Każda poradnia ginekologiczna czy urologiczna zaopatrzona jest w rozmaite broszury, informujące dlaczego ćwiczenia mięśni krocza są tak bardzo ważne i jak je właściwie wykonać. Niestety w Polsce, nadal nie jest prowadzony żaden program profilaktyki w kierunku zapobiegania problemowi nietrzymania moczu.



Fot. Photogenica Sp. z o.o.

Estrogeny przy NTM: pomagają czy szkodzą?

Prof. zw. dr hab. med. Tomasz Rechberger
Kierownik II Katedry i Kliniki Ginekologii UM w Lublinie



For: Photogenics Sp. z o.o.

W ostatnim numerze Kwartalnika NTM ukazały się dwa bardzo ciekawe artykuły dotyczące problematyki nietrzymania moczu u kobiet. Specjaliści urolodzy z Oddziału Urologicznego Szpitala Bielańskiego w Warszawie, lek. med. Łukasz Kupis oraz dr n. med. Piotr Dobroński, wnikliwie przedstawili aktualnie obowiązujący stan wiedzy dotyczący problemów ewentualnego stosowania hormonalnej terapii zastępczej u kobiet w okresie menopauzy w aspekcie nietrzymania moczu. Autorzy, w oparciu o analizę badania HERS i WHI konkludują, że nie należy stosować HTZ w celu leczenia NTM u kobiet, ponieważ pozostaje ona bez wpływu na NTM lub może wręcz nasilać każdy jego rodzaj. Autorzy stwierdzają również - cytując, że: *estrogeny mogą prowadzić do zmniejszenia liczby włókien kolagenu, a z drugiej strony do wzrostu liczby włókien mięśni gładkich w ścianie cewki i pęcherza, co wiąże się ze zwiększeniem kurczliwości pęcherza i napięcia spoczynkowego.* U małp i szczurów zaobserwowano wzrost ilości naczyń okołocewkowych pod wpływem terapii hormonalnej. Chociaż początkowo uważano to za pozytywny czynnik, to obecnie sądzi się, że nowo tworzące się naczynia wraz z luźną tkanką łączną zastępują kolagen powodując osłabienie podparcia dla cewki moczowej. Połączenie zwiększonego ciśnienia w pęcherzu z osłabieniem wydolności cewki moczowej może prowadzić do NTM. W drugim artykule, napisanym przez wybitnych uroginetologów - dr med. Edytę Właźlak i dr med. Grzegorza Surkonta, możemy przeczytać - cytując: *Skuteczność estrogenoterapii w zakresie wysiłkowego nietrzymania moczu budzi kontrowersje. Słabsze ukrwienie cewki moczowej jest przyczyną zmniejszenia ciśnienia śródcewkowego i wpływa na pogorszenie funkcjonowania aparatu zwieraczowego. Stosowanie estrogenów przywraca prawidłowe ukrwienie w obrębie cewki moczowej i powoduje wzrost ciśnienia cewkowego. Utrata elastyczności mięśni przepony moczowo-płciowej po porodzie może doprowadzić do obniżenia ścian pochwy, szyi pęcherza moczowego i macicy. Miejscowa ETZ (miejscowa estrogenoterapia zastępcza) korzystnie modyfikuje metabolizm tkanki łącznej struktur dna miednicy mniejszej. Dla-*

tego wielu specjalistów stosuje estrogeny dopochwowo także jako leczenie wysiłkowego NTM. U niektórych kobiet z parciami nagłącymi podawanie dopochwowo ETZ pozwala na zlikwidowanie objawów lub znaczną poprawę komfortu życia. Pełny efekt obserwuje się po upływie 1-3 miesięcy terapii preparatami dopochwowymi.

Te tak odmienne poglądy prezentowane na łamach tego samego numeru Kwartalnika NTM mogą i muszą powodować zamęt u czytelników. Mamy tutaj bowiem do czynienia z oczywistym konfliktem pomiędzy Evidenced Based Medicine z jednej strony (analiza badań HERS i WHI), a Experienced Based Medicine (wcześniejsze badania obserwacyjno-kontrolne i powszechnie stosowana praktyka lekarska). Pomiedzy układem moczowym i rozrodczym kobiety istnieją ściśle powiązania wynikające z ich wspólnego pochodzenia w rozwoju embriologicznym i związanych z tym faktem zależności anatomicznych oraz czynnościowych. Niedobór estrogenów z jakim mamy do czynienia w okresie menopauzy, kojarzony był przez wiele lat, z częstszym występowaniem dolegliwości ze strony układu moczowo-płciowego: wysiłkowym nietrzymaniem moczu, parciami nagłącymi, nawracającymi infekcjami, zaburzeniami statyki narządu płciowego oraz dyskomfortem na tle zmian zanikowych w obrębie sromu i pochwy. Estrogeny wpływają bowiem w ewidentnie pozytywny sposób na szereg parametrów odpowiedzialnych za prawidłową kontrolę nad mikcją:

- podwyższają ciśnienie zamykające cewkę moczową,
- zwiększają przepływ krwi przez cewkę moczową,
- zwiększają gęstość receptorów α -adrenergicznych,
- przywracają prawidłową morfologię zarówno nabłonka pochwy jak też cewki moczowej.

Ponadto wpływ steroidów jajnikowych na komórki tkanki łącznej może dotyczyć ich roli w mechanizmach regulujących metabolizm kolagenu (tabela I).

Dlatego estrogeny (przede wszystkim stosowane miejscowo) od dawna wykorzystywane są do leczenia wymienionych powyżej stanów, jakkolwiek znikoma ilość dobrze zaprogramowanych badań nie pozwala obecnie na jednoznaczne potwierdzenie lub zanegowanie ich rze-

Tabela I. Wpływ estrogenów na metabolizm kolagenu

Hypoestrogenizm	Estrogenowa terapia zastępcza
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deficyt kolagenu w aparacie więzadłowym przepony moczowo-płciowej i tkance łącznej okołocewkowej ▪ 40% redukcja zawartości hydroksyproliny u kobiet z wysiłkową formą nietrzymania moczu ▪ Ścisła korelacja pomiędzy zawartością kolagenu, a ciśnieniem zamykającym cewkę moczową 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aktywacja ekspresji genu kolagenu ▪ Stymulacja produkcji kolagenu włóknikowego w elementach powięziowych miednicy mniejszej (powięź łonowo-cewkowa) ▪ Wzrost biosyntezy kolagenu w tkance łącznej okołocewkowej

czywistej użyteczności klinicznej (pamiętajmy, że zarówno badanie HERS jak i WHI nie były pierwotnie zaplanowane jako badania poświęcone problematyce uroginekologicznej, a informacje z nich uzyskane oparte są jedynie o wywiad, a nie o badania obiektywne). Z kolei prace eksperymentalne dotyczące wpływu sterydów jajnikowych na metabolizm komórek tkanki łącznej przepony moczowo-płciowej, uzyskanej głównie od zwierząt doświadczalnych lub ze struktur miednicy mniejszej kobiet, są nieliczne, a ich wyniki niejednoznaczne. Rezultaty tych badań, oceniających między innymi komórkową dystrybucję izoform receptora estrogenowego, aktywność enzymatyczną metaloproteinaz oraz ich inhibitorów, zawartość kolagenu włóknikowego i białek macierzy pozakomórkowej dowodzą wielokierunkowego efektu wywieranego przez estrogeny na komórki tkanki łącznej struktur dna miednicy mniejszej. W roku 2003 analiza bazy Cochrane dotycząca 28 badań z udziałem 2926 kobiet wykazała, że dla wszystkich rodzajów NTM subiektywne odczucia pacjentek były lepsze w grupach otrzymujących estrogeny (36/101, 36% vs 20/96, 21%; RR 1.61, 95% CI: 1.04 to 2.49). U pacjentek z nagłym NTM szansa poprawy była o 25% większa niż u kobiet cierpiących na wysiłkowe NTM. Z drugiej strony kombinacja estrogenów i gestagenów zmniejszała istotnie prawdopodobieństwo wystąpienia poprawy. Nie jest do końca jasne dlaczego stosowanie HTZ daje tak różne wyniki w aspekcie różnych form klinicznych NTM u kobiet. Receptory estrogenowe α i β zidentyfikowano zarówno w układzie moczowym (błona śluzowa pęcherza moczowego, trójkąt pęcherza, cewka moczowa) jak też niemal we wszystkich strukturach odpowiedzialnych za prawidłową statykę dna miednicy. Biorąc pod uwagę powyższe ogromną niespodzianką były doniesienia odnośnie spadku stężenia kolagenu, zmniejszenia ilości wiązań stabilizujących jego cząsteczki i wzrost markerów jego obrotu metabolicznego po zastosowaniu HTZ. Musimy jednak pamiętać, że ekspresja i gęstość obu podtypów receptora estrogenowego jest inna u kobiet przed i pomenopauzalnych. Może to mieć zasadnicze znaczenie dla wyjaśnienia wpływu HTZ na funkcje dna miednicy,

ponieważ przed menopauzą dominującym typem receptora w obrębie struktur dna miednicy jest receptor β , podczas gdy w późnej menopauzie stwierdza się jedynie receptor α . Pamiętajmy, że w badaniu HERS średni wiek pacjentek wynosił 66 lat, zaś w badaniu WHI 2/3 kobiet było w późnej menopauzie, co oczywiście implikuje fakt, że estrogeny nie mogły u tych kobiet działać optymalnie z powodu braku receptora β . Pamiętać należy również o tym, że u kobiet w wieku poniżej 60-tego roku życia biorących udział w badaniu WHI nie stwierdzono negatywnego wpływu estrogenoterapii na występowanie NTM, co pozwala przypuszczać, że rozpoczęcie takiego leczenia w tzw. „oknie terapeutycznym” może nie tylko nie pogarszać, ale wręcz zapobiegać występowaniu NTM u kobiet. Estrogeny stosowane w hormonalnej terapii zastępczej prowadzą do przywrócenia prawidłowego ekosystemu pochwy co jest teoretyczną podstawą ich stosowania w prewencji nawracających stanów zapalnych dróg moczowych w okresie menopauzy. Do dzisiaj w literaturze przedmiotu opublikowano pięć randomizowanych badań dotyczących tego problemu. Na podstawie ich wyników komitet nadzorujący badania nad stosowaniem hormonalnej terapii zastępczej w leczeniu zaburzeń uroginekologicznych (HUT - Hormones and Urogenital Therapy Committee) podjął decyzję, że stosowanie dopochwowe estrogenów jako terapii uzupełniającej w leczeniu nawracających infekcji dróg moczowych w okresie menopauzy jest efektywne i w pełni uzasadnione naukowo.

Podsumowując, można stwierdzić, że w świetle aktualnych danych estrogeny nie są skuteczne, lub są wręcz szkodliwe u kobiet starszych w aspekcie wysiłkowego NTM, podczas gdy mogą działać synergistycznie z preparatami antycholinergicznymi u pacjentek cierpiących z powodu nagłej formy NTM. Również miejscowe stosowanie estrogenów jest w pełni uzasadnione w przypadku nasilonej atrofii nabłonka pochwy, przed zabiegami uroginekologicznymi jako przygotowanie przedoperacyjne oraz w przypadkach nawracających infekcji dróg moczowych u kobiet w okresie menopauzalnym.

List profesorów do ministra Co dalej z badaniem urodynamicznym?

Anna Sulka

W przypadku wystąpienia u pacjenta zespołu pęcherza nadreaktywnego (OAB) podstawową metodą terapii jest podanie leków antymuskarynowych. W Polsce ta forma leczenia w dalszym ciągu jest refundowana w niewielkim stopniu. Obecnie NFZ dofinansowuje jedynie dwa preparaty stosowane w tym wskazaniu - Vesicare (solifenacyna) oraz Uroflow (tolterodyna). Dodatkowo pacjenci, którzy wymagają farmakoterapii muszą poddać się badaniu urodynamicznemu. Przeciw takiemu wymogowi zaprotestowali profesorowie urologii, ginekologii oraz medycyny rodzinnej. Specjaliści - *prof. Włodzimierz Baranowski, prof. Andrzej Borkowski, prof. Piotr Radziszewski, prof. Tomasz Rechberger, prof. Krzysztof Czajkowski, prof. Romuald Dębski, prof. Ewa Nowak-Markwitz, prof. Tomasz Paszkowski, prof. Andrzej Steciwko i prof. Andrzej Witek* - wystosowali do Ministra Zdrowia - Bartosza Arłukowicza - list otwarty, w którym wyrazili sprzeciw wobec takiemu wymogowi. Lekarze argumentują: *Objawowe rozpoznanie [OAB – przyp. red.] w oparciu o wywiad i podstawowe badanie przedmiotowe, jest wystarczające do podjęcia decyzji o wdrożeniu postępowania podstawowego.* Sygnatariusze listu zwracają również uwagę na problem, jakim jest brak nadzoru nad wykonywaniem badania urodynamicznego. Osobie niedoświadczonej, bądź z niewystarczającym przygotowaniem merytorycznym, interpretacja wyników takiego badania może nastęrczyć wiele problemów, a w konsekwencji doprowadzić do błęd-

nego rozpoznania.

Również niewystarczająca liczba placówek realizujących tego rodzaju diagnostykę może generować poważne komplikacje. *Nasze zastrzeżenia odnośnie wymogu wykonania badania urodynamicznego wynikają również z małej dostępności placówek wykonujących tego typu badanie. [...] Niestety, znaczna część placówek w Polsce nie posiada jeszcze pracowni badań urodynamicznych.* Może się więc zdarzyć, że pacjenci będą zmuszeni czekać w kolejce na wykonanie - zdaniem ekspertów - niepotrzebnego badania.

Pacjenci, którzy korzystają z leków na OAB, również nie kryją niezadowolenia z wprowadzenia takiego rozwiązania. - *Jesteśmy zaniepokojeni całą tą sytuacją. Urzędnicy utrudniają i opóźniają nam dostęp do leczenia. Jednocześnie generując dodatkowe koszty dla ochrony zdrowia, ponieważ badanie urodynamiczne jest bardzo drogie i w pełni finansowane przez NFZ.*

Debata odnośnie zasadności wprowadzenia wymogu badania urodynamicznego trwa już ponad rok, w tym czasie swoje niezadowolenie wyraziły środowiska pacjentów oraz lekarzy. Choć specjaliści wskazują, że koszt refundacji leków na OAB wynosi od kilkunastu do kilkudziesięciu zł miesięcznie (w zależności od leku), natomiast obciążenie z tytułu badania urodynamicznego sięga nawet 1000 zł (w całości pokrywa je NFZ), resort zdrowia pozostaje głuchy na ich argumenty.

„Aby prawidłowo zdiagnozować pacjenta, obowiązkowo należy wykonać: badanie ginekologiczno-urologiczne w pozycji litotomijnej z oceną napięcia mięśni, ogólną ocenę statyki miednicy mniejszej, stanu estrogenizacji pochwy, obecności infekcji, obecności przetok, próbę kaszlową w pozycji ginekologicznej i stojącej. Dodatkowo można wykonać: badanie ogólne moczu, test paskowy lub badanie laboratoryjne; u kobiet z objawami sugerującymi dysfunkcję mikcyjną (osłabiony strumień moczu, używanie tłoczni brzusznej, uczucie zalegania po mikcji) oraz u kobiet z nawracającymi infekcjami dróg moczowych powinna być wykonana ocena zalegającego moczu. Ocenę zalegania moczu powinno się wykonywać za pomocą badania ultrasonograficznego (preferowane) lub poprzez cewnikowanie pęcherza.

W postępowaniu podstawowym nie zaleca się wykonywania badania urodynamicznego ze względu na inwazyjny charakter tej procedury.

Przeprowadzenie wywiadu oraz wykonanie rekomendowanych badań pozwala z dużym prawdopodobieństwem na ustalenie z jakiego rodzaju nietrzymaniem moczu mamy do czynienia. Precyzyjny wywiad chorobowy pozwala często na postawienie właściwej diagnozy bez potrzeby wykonywania szeregu kosztownych badań dodatkowych i opóźniania wdrożenia właściwego leczenia.”

Fragment listu otwartego do Ministra Zdrowia Bartosza Arłukowicza, sygnowanego przez: prof. Włodzimierza Baranowskiego, prof. Andrzeja Borkowskiego, prof. Piotra Radziszewskiego, prof. Tomasza Rechbergera, prof. Krzysztofa Czajkowskiego, prof. Romualda Dębskiego, prof. Ewę Nowak-Markwitz, prof. Tomasza Paszkowskiego, prof. Andrzeja Steciwko i prof. Andrzeja Witka.

Na kłopoty z NTM... neurolog

z dr. n. med. Jackiem Zaborskim, ordynatorem Oddziału Neurologii i Neurorehabilitacji Międzyleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie, członkiem Medycznej Komisji Doradczej PTSR, rozmawia Magdalena Kowalewska



Fot. Photogenica Sp. z o.o.

Neurologia to gałąź medycyny zajmująca się zaburzeniami ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego. Układ nerwowy i dolne drogi moczowe stanowią zaś system, którego zadaniem jest między innymi zapewnienie sprawnej i świadomej kontroli procesu opróżniania pęcherza. Kiedy jednak występują zaburzenia neurologiczne, może dojść do zaburzeń mikcji i pojawienia się nietrzymania moczu...

Do zaburzeń mikcji może dojść, ale wzajemne relacje między układem nerwowym i dolnymi drogami moczowymi nie są takie proste, jak kiedyś się wydawało. Kilkanaście lat temu NTM było słowem kluczem, wyjaśnieniem wielu procesów. W tej chwili, w dobie zarówno bardzo nowoczesnych technik badawczych, takich jak rezonans magnetyczny, czynnościowy rezonans magnetyczny, badania urodynamiczne, badania neurofizjologiczne, wiemy że te relacje są bardzo skomplikowane. Jest bardzo wiele połączeń i mechanizmów zarówno ośrodkowych, takich jak regulacja na poziomie mózgowia, pnia mózgu, jak również mechanizmów wykonawczych, mechanizmów częściowo regulacyjnych na poziomie rdzenia kręgowego, jak i pęcherza moczowego, których uszkodzenie może powodować problemy z kontrolą oddawania moczu.

Które schorzenia neurologiczne mają największy wpływ na powstawanie bądź pogłębianie się nietrzymania moczu?

Pojawienie się problemu nietrzymania moczu, to konsekwencja miejsca uszkodzenia. W ośrodkowym układzie nerwowym, czyli mózgu i rdzeniu kręgowym są

ośrodki odpowiedzialne za kontrolę oddawania moczu i uszkodzenia tych ośrodków mogą być związane z zaburzeniami czynności dolnych dróg moczowych, czyli z NTM. Z chorób, które najczęściej związane są z zaburzeniami mikcji można wymienić stwardnienie rozsiane (SM) oraz choroby rdzenia kręgowego. Wynika to z faktu, że w przypadku SM uszkodzeń, zarówno mózgowych jak i rdzenia kręgowego, jest dużo. W chorobach rdzenia uszkodzone są zarówno włókna, jak i ośrodki mikcji w rdzeniu i drogi przewodzeniowe. Praktycznie wszyscy pacjenci z SM na pewnym etapie choroby stale cierpią na zaburzenia moczowe, natomiast wśród pacjentów z urazami, zapaleniami rdzenia, część tych objawów ma charakter przemijający.

Istnieją też inne grupy chorób neurologicznych, w których również, choć znacznie rzadziej, spotykamy zaburzenia czynności dolnych dróg moczowych. Są to choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego, takie jak choroba Parkinsona czy zanik wieloukładowy, czyli MSA (z ang. Multiple System Atrophy). Także pacjenci po udarze mózgu mogą być doświadczeni zaburzeniami czynności dolnych dróg moczowych.

Czy każda osoba, która zauważyła u siebie objawy NTM powinna bezwzględnie udać się do neurologa, by wykluczyć lub potwierdzić zaburzenia neurologiczne?

Na początku drogi diagnostycznej pacjent powinien udać się do lekarza pierwszego kontaktu. Trzeba zdawać sobie sprawę z tego, że na szczęście, część przypadków NTM spowodowana jest banalnymi dolegliwościami np. infek-

cją dróg moczowych i nie wymaga specjalistycznej diagnostyki. Jednakże, jeżeli objawy zaburzeń czynności dróg moczowych utrzymują się, to lekarzem pierwszego wyboru jest urolog. Dotyczy to grupy pacjentów, u których nie widać dysfunkcji układu nerwowego. Jeżeli urolog w oparciu o swoje badania i doświadczenie wyklucza urologiczną przyczynę nietrzymania moczu, każdy taki pacjent powinien być skonsultowany przez neurologa. Niezwykle istotna jest wzajemna współpraca neurologa z urologiem, szczególnie w przypadku pacjentów, którzy początkowo nie mają żadnych innych objawów neurologicznych, poza nietrzymaniem moczu. Bywa tak, w przypadkach niektórych osób z SM, u których pierwszym, jedynym objawem choroby są właśnie zaburzenia układu moczowego i dopiero w toku dalszego przebiegu choroby pojawiają się inne objawy.

Jak powinno przebiegać badanie neurologiczne u pacjentów nietrzyających moczu?

Badanie powinno rozpocząć się analizą karty mikcyjnej, na której pacjent zapisuje częstość i charakter oddawania moczu - to jest wstęp do rzeczywistej analizy problemu oddawania moczu. Drugi etap - badanie z wyboru, to ocena objętości zalegającego moczu w pęcherzu po mikcji, czyli PVR. Wiadomo, że są wartości prawidłowe i patologiczne, powyżej wartości prawidłowej pacjent wymaga dalszej diagnostyki. Oczywiście, każdy taki pacjent powinien przejść normalne badanie neurologiczne i jeżeli stwierdzamy jakąś dysfunkcję czy nieprawidłowość to zaleca się bardziej szczegółową diagnostykę, np. badanie techniką magnetycznego rezonansu jądrowego. Trzeba pamiętać, że w neurologii NTM bardzo rzadko jest izolowanym objawem neurologicznym, przeważnie towarzyszy innym zaburzeniom neurologicznym. Zaburzenia układu moczowego są jednym z elementów obrazu chorobowego - czasami dominującym, czasami najbardziej dotkliwym dla pacjenta, ale problemem jest cała choroba neurologiczna, a nie NTM.

Jak często Pana pacjentami są osoby, u których wystąpiło NTM?

Moi pacjenci bardzo często są dotknięci problemem nietrzymania moczu. Jestem jednak dosyć niereprezentatywnym członkiem grupy lekarzy neurologów, ponieważ opiekuję się chorymi na SM i trzeba powiedzieć uczciwie, że większość z tych pacjentów ma zaburzenia czynności dolnych dróg moczowych. Problem ilości osób z NTM jest niedoszacowany, dlatego że w większości wypadków pacjenci krępują się na ten temat mówić. NTM związane jest z wiekiem, z płcią. U mężczyzn kłopoty

z oddawaniem moczu wynikają z rozrostu gruczołu krokowego, u kobiet z kolei występowanie NTM ma związek z budową anatomiczną. Jeżeli dołączymy do tego choroby neurologiczne, które mogą potęgować NTM, to duży odsetek pacjentów może mieć z tym problemy. Jednak większość nie ma prowadzonej celowanej diagnostyki.

Czy zależność między zaburzeniami w utrzymywaniu moczu, a chorobami neurologicznymi zmienia się wraz z wiekiem, czy na stopień tej zależności wpływa płeć pacjenta, jego tryb życia?

Można powiedzieć, że etiologia zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych związanych z poszczególnymi typami chorób wiąże się też oczywiście z wiekiem, ponieważ pewne choroby występują w pewnych grupach wiekowych (np. SM - choroba młodych dorosłych; udar mózgu, choroba Parkinsona - choroby ludzi starszych).

Czy w ogóle można podjąć jakieś działania profilaktyczne, by ustrzec się NTM wywołwanego schorzeniami neurologicznymi?

W części przypadków nie można podjąć niestety żadnych działań profilaktycznych, dlatego że zaburzenia moczowe w chorobach neurologicznych są wynikiem uszkodzenia poszczególnych struktur, a na to pacjent nie ma wpływu. Natomiast w momencie, kiedy objawy NTM się już pojawią należy z nimi jak najszybciej w sposób prawidłowy postępować, aby ustrzec się zakażenia dróg moczowych, które mogą przyczynić się do uszkodzenia nerek, do infekcji ogólnoustrojowych, co w istotny sposób może pogorszyć stan pacjenta.

Czy według Pana oceny, „pacjenci neurologiczni” ze stwierdzonym NTM mają obecnie większe szanse na wyleczenie, niż mieli kilka lat temu?

I tak, i nie. W części przypadków dostęp do nowoczesnej diagnostyki neurourologicznej poprawił się, jednakże nie jest taki, jak się spodziewaliśmy. Część preparatów leczniczych, metod terapeutycznych to metody nier refundowane, niestety związane z wysokimi kosztami, co w istotny sposób ogranicza możliwość terapii. Większość pacjentów to renciści, niezarabiający, pozbawieni środków finansowych na leczenie. To niestety realna sytuacja. Ważne jest jednak, że znacznie wzrosła świadomość lekarzy dotycząca problemu NTM. To co jeszcze kilkanaście lat temu było traktowane trochę po macoszemu, jako problem marginalny, teraz jest dostrzegane przez lekarzy, którzy bardzo szybko zaczynają przeciwdziałać nietrzymaniu moczu.

Refundacja środków absorpcyjnych - wskazania medyczne, cz. I

Anna Sulka

Do redakcji Kwartalnika NTM bardzo często dzwonią oburzeni czytelnicy z pytaniem - *dlaczego nie przysługuje im dofinansowanie do środków absorpcyjnych, pomimo że od lat cierpią na NTM*. W odpowiedzi na te oraz inne wątpliwości, postanowiliśmy przypomnieć przepisy regulujące zasady refundacji środków pomocniczych w Polsce, a także skonfrontować je z rozwiązaniami zastosowanymi w innych krajach.

W Polsce dopłata do środków pomocniczych przysługuje osobom, u których zdiagnozowano: chorobę nowotworową przebiegającą w postaci owrzodziałych lub krwawiących guzów krocza lub okolicy krzyżowej, przetoki nowotworowe lub popromienne (pęcherzowo-pochwowe, pęcherzowo-pochwowo-odbytnicze, pochwowo-odbytnicze), nietrzymanie moczu lub stolca w wyniku cho-

rób nowotworowych, głębokie upośledzenie umysłowe, zespoły otępienne o różnej etiologii, postępujące choroby układu nerwowego z pęcherzem neurogennym lub z zaburzeniami mikcji zwieraczy, wady rozwojowe: przepukliny oponowo-rdzeniowe, przepukliny oponowo-mózgowe oraz wyciszenie pęcherza. **W Polsce nadal samo nietrzymanie moczu nie jest warunkiem wystarczającym do otrzymania refundacji na środki absorpcyjne.**

Polska pozostaje jedynym krajem w Unii Europejskiej, w którym funkcjonują tak anachroniczne kryteria przyznawania dopłaty do środków absorpcyjnych. Przyjrzyjmy się chociażby przepisom obowiązującym u naszych sąsiadów (tab. I). Tam nietrzymanie moczu jest podstawowym kryterium uprawniającym do otrzymania refundacji kosztów zakupu środków wchłaniających.

Tab. I Kryteria chorobowe uprawniające do refundacji kosztów środków wchłaniających (wybrane kraje).

Kraj	L. mieszkańców	Wskazania medyczne do przyznania refundacji	Klasyfikacja refundacji w oparciu o stopień nietrzymania moczu
Niemcy	82,5 mln	nietrzymanie moczu	w zależności od stopnia NTM refundacja wkładów urologicznych dla kobiet i mężczyzn, pieluch anatomicznych, pieluchomajtek i podkładow
Czechy	10 mln	nietrzymanie moczu	w zależności od stopnia NTM refundacja wkładów anatomicznych, pieluch anatomicznych, pieluchomajtek, podkładow i majtek chłonnych
Słowacja	5,4 mln	nietrzymanie moczu	w zależności od stopnia NTM (lekkie, ciężkie) refundacja wkładów anatomicznych, pieluch anatomicznych, pieluchomajtek i podkładow
Szwecja	9 mln	nietrzymanie moczu	w zależności od stopnia NTM refundacja wkładów anatomicznych, pieluch anatomicznych, pieluchomajtek i prześcieradeł
Rosja	147 mln	nietrzymanie moczu	przy ciężkim stopniu NTM refundacja pieluchomajtek, majtek chłonnych, pieluch anatomicznych i podkładow

ZDANIEM SPECJALISTY ...

Nietrzymanie moczu jest nazwą objawu podmiotowego (wyciek moczu zgłoszony przez pacjenta) i przedmiotowego (wyciek moczu zaobserwowany przez lekarza w czasie badania), i tak jest ujęty w międzynarodowej klasyfikacji ICD-10. Jednak, gdy przyczyna nietrzymania moczu nie jest jednoznacznie ustalona, określenie to pełni w praktyce również funkcję nazwy jednostki chorobowej. [...] Zgodnie z [zaleceniami WHO] u niektórych pacjentów należy uznać ograniczone nietrzymanie (tzn. kontrolowane przy pomocy środków wchłaniających) za jedyny możliwy do osiągnięcia cel.

Nomenklatura i refundacja produktów wchłaniających w innych krajach Unii Europejskiej jest dostosowana do międzynarodowych zaleceń Towarzystw Urologicznych (EAU) i Nietrzymania Moczu (ICS, ICI). Oznacza to, że rozpoznanie nietrzymania moczu jest konieczne, ale i wystarczające do wystawienia zlecenia na refundowane środki absorbujące mocz. Nie różnicuje się dalej nietrzymania moczu, a jedynie (w niektórych krajach) stosuje stratyfikację: lekkie, średnie, ciężkie i uzależnia od niej ilość i rodzaj produktów.

Opinia prof. dr hab. n. med. Piotra Radziszewskiego w sprawie kryteriów chorobowych uprawniających do refundacji środków absorpcyjnych

Badanie urodynamiczne wskazania i przebieg, cz. 3

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. Dominik Skurzak

Przygotowanie do badania

Przed diagnostyką urodynamiczną należy wykonać: badanie ogólne moczu, posiew moczu oraz badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej z oceną zalegania moczu po mikcji. U niektórych pacjentów (zwłaszcza u dzieci) istnieje potrzeba wcześniejszego wykonania urografii lub cystoureterografii mikcyjnej w celu wykrycia trwałych zmian układu moczowego.

Pomocny w interpretacji badania może być prowadzony przez pacjentki dzienniczek mikcji (najczęściej zaleca się 3 dniowy), w którym uwzględnia się:

1. Ilość mikcji na dobę oraz ilość moczu na porcję.
2. Datę i godzinę popuszczania moczu.
3. Czynności, przy jakich doszło do nieplanowanego wycieku moczu np. podczas podskakiwania, kichania, kaszlu lub innej.
4. Pozycję, w której do tego doszło (w pozycji siedzącej, stojącej, leżącej).
5. Informację nt. popuszczania moczu podczas snu.
6. Informację nt. oddawania moczu w nocy.
7. Informację czy oddawaniu moczu każdorazowo towarzyszy uczucie parcia, czy też nie.

Kto kieruje na badanie urodynamiczne?

O potrzebie skierowania na badanie urodynamiczne decyduje lekarz. Najczęściej jest to ginekolog lub urolog, ale może być to również lekarz pierwszego kontaktu lub lekarz innej specjalności. Wiele pacjentek sama zgłasza się od razu od lekarza specjalisty zajmującego się diagnostyką urodynamiczną. Z wyników tego badania korzystają urolodzy, ginekolodzy, pediatrizy, chirurdzy i coraz częściej neurologdzy.

Wskazania do przeprowadzenia badania urodynamicznego

Wskazaniami do badania cystomanometrycznego są:

- znaczne, powodujące dolegliwości wypadanie narządu płciowego,
- zaleganie moczu powyżej 200ml lub 50% pojemności pęcherza,
- nawrotowe nietrzymanie moczu,
- nietrzymanie moczu związane z bólem w obrębie miednicy,
- nawrotowe infekcje dróg moczowych (więcej niż 3 epizody infekcji w ciągu roku, potwierdzone posiewem moczu),

- nietrzymanie moczu po radioterapii,
- podejrzenie przetoki.

Możliwe powikłania

Po badaniu cystomanometrycznym u niewielkiego odsetka pacjentów występuje przejściowe uczucie pieczenia i dyskomfortu przy oddawaniu moczu. Czasami może wystąpić infekcja dolnych dróg moczowych. W bardzo rzadkich sytuacjach podczas badania może pojawić się ból świadczący o tym, że cewnik znajduje się w pęcherzu w pobliżu ujścia moczowodu. Ból ten ustępuje zaraz po zatrzymaniu podawania wody do pęcherza. Nie oznacza uszkodzenia moczowodu ani pęcherza moczowego. W czasie badania należy zgłaszać personelowi wykonującemu badanie wszelkie nagłe dolegliwości (np. ból). Niekiedy lekarz po badaniu może zalecić przyjmowanie leków w celu profilaktyki infekcji dróg moczowych.

Jaka jest rola badania urodynamicznego w codziennej praktyce klinicznej?

Miejsce badania urodynamicznego we współczesnej uroginekologii nie zostało w sposób jednoznaczny określone. Badania różnych autorów, których celem było ustalenie korelacji pomiędzy wartościami parametrów urodynamicznych, a obrazem wysiłkowego NTM, dostarczają sprzecznych rezultatów. Jednocześnie jest sprawą dyskusyjną, czy wdrożenie leczenia na podstawie analizy klinicznej jest wystarczające.

Badanie urodynamiczne służy do obiektywizacji objawów nietrzymania moczu. Wykonywane jest tylko w pewnych sytuacjach. Większość pacjentów może być profesjonalnie leczona bez wykonywania tego badania.

Zależnie od sytuacji klinicznej wykonywane są różne elementy badania urodynamicznego. W wielu przypadkach nie jest konieczne przeprowadzenie wszystkich etapów badania czyli pełnego badania urodynamicznego.

Badanie urodynamiczne nie daje odpowiedzi na wszystkie pytania. Należy je traktować jako jeden z elementów procesu diagnostycznego, jako „kolejny, aczkolwiek bardzo istotny, element puzzli diagnostycznych”. Specjaliści podczas czwartych międzynarodowych konsultacji nt. inkontynencji – grupa doradcza Światowej Organizacji Zdrowia (4th International Consultation on



Fot. Photogenica Sp. z o.o.

Miejsce badania urodynamicznego we współczesnej uroginekologii nie zostało w sposób jednoznaczny określone

Incontinence), które odbyło się w 2008 r. w Paryżu, ponownie zarekomendowali, aby interpretację wyniku badania urodynamicznego przeprowadzać w korelacji z objawami, wynikiem badania klinicznego i innych wykonanych badań

dotychczasowych oraz dziennikiem mikcji.

Pomimo swoich niedoskonałości, jest najbardziej obiektywnym i wiarygodnym badaniem określającym rodzaj NTM i wywołującą go przyczynę. Gdy dotychczas stosowane leczenie zawodzi lub w sytuacjach skomplikowanych, badanie urodynamiczne nabiera podstawowego znaczenia.

Kompleksowa analiza wyników badania klinicznego, badań dodatkowych, kwestionariuszy i dzienników wypełnianych przez pacjentkę czy wpływu choroby na jakość życia, stwarza możliwość postawienia właściwej diagnozy i wdrożenia optymalnego sposobu leczenia operacyjnego, często bez wykonywania badania urodynamicznego. Jednocześnie, w wielu sytuacjach klinicznych, informacje uzyskiwane podczas tego badania są bezcenne.

Operacje z użyciem taśm w Małopolsce

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

Według naszych statystyk, obecnie w regionie, tego typu operacje na nietrzymanie moczu przeprowadza się w 25 placówkach. Zabiegi stosowane w leczeniu NTM wykonywane są zarówno na oddziałach ginekologicznych, jak i na urologii. W większości placówek przeprowadzane są na bieżąco.

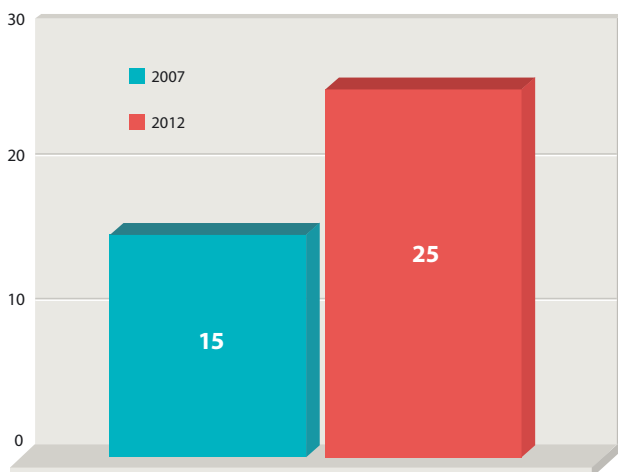
Porównując obecną sytuację ze statystykami z 2007 roku (kiedy po raz pierwszy prezentowaliśmy Państwu dane dotyczące operacyjnego leczenia NTM w województwie małopolskim), sytuacja uległa znaczącej poprawie, a liczba placówek przeprowadzających zabiegi wzrosła o 10.

Obecnie na 89 publicznych oraz prywatnych szpitali w województwie, które dysponują 33 oddziałami ginekologicznymi, ginekologiczno-położniczymi oraz ginekologii onkologicznej i 13 oddziałami urologicznymi (źródło: www.rejestrzoz.gov.pl), 25 placówek specjalizuje się w leczeniu nietrzymania moczu metodą operacyjną.

Z danych uzyskanych z Małopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że w 2011 roku zrefundowano łącznie 282 zabiegi leczące NTM z użyciem materiału syntetycznego, w tym w oddziałach ginekologiczno-położniczych - 269 zabiegów, w oddziałach urologicznych, w tym również w ramach zabiegów chirurgii jednego dnia wykonano 13 takich zabiegów.

Poniżej prezentujemy listę szpitali, w których można wykonać zabiegi. Lista powstała w oparciu o informacje uzyskane od przedstawicieli danych placówek.

LICZBA PLACÓWEK WYKONUJĄCYCH ZABIEGI LECZĄCE NTM W WOJ. MAŁOPOLSKIM



Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji uzyskanych w placówkach

BOCHNIA

1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni „Szpital Powiatowy” im. bł. Marty Wieckiej, oddział ginekologiczno-położniczy; ul. Krakowska 31

GORLICE

1. Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach, oddział ginekologiczno-położniczy; ul. Węgierska 21

KRAKÓW

1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie, oddział ginekologiczno-położniczy; ul. Kopernika 23
2. Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, oddział ginekologiczno-położniczy; osiedle Na Skarpie 66
3. Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza w Krakowie, oddział ginekologiczno-położniczy; ul. Prądnicka 35
4. Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie, oddział ginekologiczno-położniczy; ul. Kronikarza Galla 25
5. Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie, oddział ginekologiczno-położniczy, oddział urologiczny; os. Złotej Jesieni 1
6. Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Położniczo-Ginekologiczny „Ujastek”; ul. Ujastek 3
7. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital na Siemiradzkiego im. Rafała Czerwiakowskiego, oddział ginekologiczno-położniczy; ul. Siemiradzkiego 1
8. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Raclawicka”, oddział urologiczny, zespół chirurgii jednego dnia; ul. Raclawicka 48

KRYNICA ZDRÓJ

1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Szpital im. dr Józefa Dietla w Krynicy Zdroju, oddział ginekologiczno-położniczy; ul. Kraszewskiego 142

LIMANOWA

1. Szpital Powiatowy w Limanowej, oddział ginekologiczno-położniczy; ul. Piłsudskiego 61

NOWY SĄCZ

1. Specjalistyczne Gabinety Diagnostyki Lekarskiej „MEDIKOR” Sp. z o.o., oddział ginekologiczno-położniczy; ul. Długosza 45
2. Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu, oddział urologiczny; ul. Młyńska 10

NOWY TARG

1. Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu, oddział ginekologiczno-położniczy; Szpitalna 14

MYŚLENICE

1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach, oddział ginekologiczno-położniczy; ul. Szpitalna 2

OLKUSZ

1. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Nowy Szpital w Olkuszu, oddział ginekologiczno-położniczy; ul. 1000-lecia 13

PROSZOWICE

1. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Proszowicach, oddział ginekologiczno-położniczy; ul. Mikołaja Kopernika 13

SUCHA BESKIDZKA

1. Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej, oddział urologiczny; ul. Szpitalna 22

TARNÓW

1. Specjalistyczny Szpital im. E. Szczeklika w Tarnowie, oddział ginekologiczno-położniczy; ul. Szpitalna 13
2. Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie, oddział ginekologiczno-położniczy; ul. Lwowska 178A

TUCHÓW

1. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Szpital Położniczo-Operacyjny im. Św. Elżbiety” Spółka z o.o; ul. Szpitalna 1
2. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Zdrowia Tuchów, oddział ginekologiczno-położniczy; ul. Szpitalna 1

WADOWICE

1. Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wadowicach, oddział ginekologiczno-położniczy; ul. Karmelicka 5

ZAKOPANE

1. Szpital Powiatowy im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem, oddział urologiczny; ul. Kamieniec 10

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji uzyskanych w placówkach

W stowarzyszeniu różnie!

Lubelski Oddział Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”

Katarzyna Walewska

Lubelski Oddział Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” rozpoczął swoją działalność w maju 2007 roku. Inicjatywa utworzenia oddziału dotarła do Lublina z Warszawy, z głównej siedziby Zarządu Głównego „UroConti”. Początkowo oddział zrzeszał niewielką grupę osób. Działalność rozpoczęła się od spotkania założycielskiego, podczas którego na wniosek 22 osób zostało powołane koło regionalne w Lublinie. Obecnie oddział liczy około 130 członków i sukcesywnie powiększa się o nowych. Patronat nad oddziałem objęli: specjalista ginekolog dr n. med. Monika Maciejczyk-Pencuła oraz urolog dr n. med. Krzysztof Zajączkowski.

W przeciągu kilku lat działalności „UroConti”, wzrosło w Lublinie i całym regionie zainteresowanie tematyką nietrzymania moczu i metodami leczenia tego wstydliwego schorzenia. Coraz więcej osób szuka pomocy w Stowarzyszeniu. *Kobiety, które do nas przychodzą pytają o radę, o to co mają zrobić, do kogo udać się po pomoc - mówi Teresa Bodzak, prezes oddziału lubelskiego. Często za naszym pośrednictwem dowiadują się, że nietrzymanie moczu można leczyć - dodaje.*

Wiele Pań w ramach profilaktyki bierze udział w zajęciach gimnastycznych na NTM, które orgagnizowane są od początku istnienia oddziału. Zajęcia te skupiają się głównie na ćwiczeniu mięśni Kegla, odpowiadających m.in. za prawidłowe oddawanie moczu. Ponadto członkowie oddziału mają możliwość uczestniczenia w spotkaniach edukacyjnych z lekarzami różnych specjalności, które orgagnizowane są na terenie Lublina i okolic. *Staramy się w miarę naszych możliwości organizować tego typu spotkania. Są one doskonałą okazją do zapoznania się z problematyką NTM, pozyskania informacji na temat dostępnych metod leczenia, profilaktyki czy zasad zaopatrywania się w środki wchłaniające - wyjaśnia prezes oddziału. Przynależność do oddziału daje również inne profity tj. możliwość bezpłatnej porady lekarskiej, uczestnictwo w konferencjach, różnego rodzaju imprezach integracyjnych, wycieczkach. Nasi członkowie w ramach obchodów Światowego Tygodnia Kontynencji mieli możliwość korzystania z porad lekarskich konsultantów Stowarzyszenia. Na preferencyjnych warunkach, bez oczekiwania w długich kolejkach mogli skorzystać z porady specjalistów urologa bądź ginekologa.*

Oddział lubelski aktywnie uczestniczy we wszelkiego rodzaju akcjach skierowanych do seniorów oraz osób niepełnosprawnych na terenie miasta i okolic. Jest jednym z członków Lubelskiego Forum Organizacji Osób Nie-

pełnosprawnych - formacji, która zrzesza organizacje pozarządowe działające na rzecz niepełnosprawnych. Sam oddział również aktywnie działa na rzecz poprawy jakości życia osób z NTM. Dotychczas z pomocą członków oddziału zostało wysłane kilkadziesiąt pism do Ministerstwa Zdrowia, w których apelowano m.in. o zwiększenie dostępu do refundowanych środków wchłaniających, uznania nietrzymania moczu za jednostkę chorobową, jak również uzyskania zlecenia na pieluchomajtki od lekarza ginekologa i geriatry, czy refundację nowych leków na nietrzymanie moczu. Do powyższych działań należy doliczyć również spotkania z politykami, podczas których przedstawiciele oddziału sygnalizowali potrzeby osób z NTM, jak również zwracali uwagę na długoletni brak nowelizacji przepisów regulujących zaopatrzenie w środki wchłaniające.

Swoją aktywność oddział wykazuje również w lokalnych mediach. Za pośrednictwem zaprzyjaźnionych stacji radiowych, telewizyjnych organizuje audycje poświęcone tematyce NTM. *Staramy się głośno i dużo mówić o problemie NTM, zachęcać do ćwiczeń i przede wszystkim do leczenia - mówi prezes oddziału. Naszą aktywnością przełamujemy temat tabu jakim jest nietrzymanie moczu - dodaje. Dzięki aktywności Stowarzyszenia „UroConti” coraz więcej osób dowiaduje się, że NTM można leczyć. Z roku na rok coraz liczniejsze grono osób przełamuje w sobie wstyd, zgłasza się do lekarza, zaczyna uczestniczyć w ćwiczeniach.*

Lubelski oddział Stowarzyszenia ma również swój wkład w działalność całej organizacji. Dwie członkinie „UroConti” w Lublinie pełniły funkcje w Zarządzie Głównym Stowarzyszenia. W latach 2007-2009 sekretarzem Zarządu Głównego była p. Zofia Ikwanty, natomiast od 2009 roku do końca 2011 stanowisko prezesa obejmowała p. Maria Zdeb, również z Lublina. Oddział lubelski posiada również własne koło, które działa w Świdniku od listopada 2009 roku.

Jak wspomina prezes Bodzak, początki działalności oddziału były trudne, ciężko było pozyskiwać nowych członków do organizacji ściśle związanej z tak wstydliwym tematem jak nietrzymanie moczu. Wiele osób w zaciszu swoich domów godziło się na życie z tą przykrą dolegliwością, nie widząc szans na jej wyleczenie. Utworzenie oddziału stowarzyszenia w Lublinie w pewnym stopniu przełamało bariery wstydu, zachęciło wiele osób do pokonania skrywanej dolegliwości. *Dzisiaj tematyka nietrzymania moczu powoli przestaje być tematem tabu, przynajmniej w obrębie naszego Stowarzyszenia - dodaje prezes Oddziału.*

Terapia behawioralna i zmiana stylu życia

Rola rehabilitacji w profilaktyce i terapii NTM - cz. V

mgr Magdalena Potoczek, fizjoterapeuta

NZOZ Szpital Położniczo-Ginekologiczny „Na Siemiradzkiego” im. R. Czerwiakowskiego w Krakowie

Nieodłącznym elementem procesu rehabilitacyjnego u osób z nietrzymaniem moczu jest terapia behawioralna. Niezbędna jest również zmiana dotychczasowego trybu życia, szczególnie jeżeli powodował on nasilenie objawów NTM. Terapia behawioralna obejmuje wszelkie zmiany zachowań dotyczących aktu mikcji i/lub defekacji czyli oddawania moczu i stolca.

muszone parcie podczas wizyty w toalecie prowadzi do patologicznego wzrostu ciśnienia śródbrzusznego i może powodować postępujące mikrouszkodzenia tych mięśni oraz dalsze ich osłabianie, co w rezultacie nasila NTM.

- Należy wyeliminować nieprawidłowe ćwiczenia mięśni dna miednicy. Pomimo oczywistej szkodliwości ćwiczeń polegających na wstrzymywaniu strumienia moczu podczas mikcji, niestety wiele osób wciąż zaleca takie praktyki swoim pacjentom. Konsekwencje obejmują zaleganie moczu i zakażenia układu moczowego. Takie ćwiczenia są więc bezwzględnie przeciwwskazane.

Terapia behawioralna w pęcherzu nadreaktywnym

Obejmuje przede wszystkim tzw. trening (reżim) pęcherza moczowego. Trening ten składa się z następujących elementów:

- Prowadzenie tzw. dziennika mikcji czyli zapisywanie przez pacjenta częstotliwości i ilości mikcji w ciągu doby oraz objętości oddawanego moczu. Ważne są też dodatkowe informacje na temat odczuć podczas mikcji - ewentualnego bólu oraz nieprawidłowości np. przerywanego strumienia moczu, gubienia moczu między mikcjami itd.
- Ustalenie określonych pór mikcji w celu zdyscyplinowania pęcherza moczowego i narzucenia mu określonego schematu działania (trening pęcherza moczowego jest określany w języku angielskim jako bladder drill, bladder re-education, a także bladder discipline).
- Zwiększanie odstępów czasu pomiędzy poszczególnymi mikcjami stopniowo, wraz z postępem terapii.

Terapia behawioralna w wysiłkowym nietrzymaniu moczu

- W przypadku wysiłkowego nietrzymania moczu i współistniejących zaburzeń statyki narządu rodnego (u kobiet) należy uświadomić pacjentowi jak ważne jest rozluźnianie mięśni dna miednicy mniejszej w czasie oddawania moczu i stolca. Zbyt silne, wy-

Zmiana stylu życia

Zmiana stylu życia polega na wyeliminowaniu zachowań antyzdrowotnych, które powodują pogłębienie problemów z NTM lub stanowią jego bezpośrednią lub pośrednią przyczynę. Do takich zachowań należą nieprawidłowe żywienie i brak umiarkowanej aktywności ru-



Fot. Photogenica Sp. z o.o.

chowej, które prowadzą do nadwagi i otyłości, a także chronicznych zaparć. Należy więc zmienić dotychczasowe nawyki żywieniowe, dbać o dobry bilans energetyczny posiłków dostosowany do potrzeb indywidualnych, ograniczyć spożycie tłuszczów nasyconych, cukrów prostych oraz soli. Płynny i posiłki powinny być podawane regularnie, kilka razy w ciągu dnia. Codzienna dieta powinna dostarczać odpowiedniej ilości błonnika, który reguluje pracę jelit. Ważna jest także eliminacja z diety produktów działających drażniąco na pęcherz moczowy - alkoholu, napojów kofeinowych, a także tytoniu. Warto wspomnieć, iż nikotynizm powoduje też przewlekłe choroby układu oddechowego objawiające się chronicznym kaszlem, który stale nasila ciśnienie śródbrzuszne. Również umiarkowana aktywność fizyczna pomoże w utrzymaniu prawidłowej masy ciała i odpowiedniej perystaltyki jelit. Wiele osób cierpiących z powodu NTM rezygnuje z ruchu w obawie przed epizodami gubienia moczu w trakcie ćwiczeń. Nie należy wycofywać się z aktywności ruchowej, jednak dobierać ją rozsądnie po konsultacji ze specjalistą, gdyż niektóre formy ćwiczeń mogą nie-

stety nasilać problemy z NTM. Kolejnym niepożądanym zachowaniem, które prowadzi do pogłębienia NTM, jest dźwiganie ciężkich przedmiotów i szeroko pojęta ciężka praca fizyczna. Te czynniki należy więc również wyeliminować z życia codziennego lub znacznie ograniczyć, zmodyfikować.

Podsumowanie

Można śmiało stwierdzić, iż proces leczenia zaburzeń kontynencji nie może odbyć się bez reorganizacji dotychczasowego trybu życia i wprowadzenia terapii behawioralnej. Etiologia NTM często jest wieloskładnikowa i aby osiągnąć zamierzony cel terapii konieczna jest eliminacja wszystkich czynników, które potencjalnie osłabiają skuteczność prowadzonego leczenia. Dlatego przed zaplanowaniem procesu terapeutycznego wymagane jest przeprowadzenie pełnej diagnostyki w oparciu o dokładny i wyczerpujący wywiad z pacjentem (również z wykorzystaniem gotowych narzędzi kwestionariuszowych).

Piśmiennictwo u autora

Badanie urodynamiczne w Wielkopolsce

W obecnym numerze prezentujemy Państwu listę pracowni urodynamicznych z województwa wielkopolskiego.

Według zebranych danych (stan na 02.2012) w województwie wielkopolskim badanie urodynamiczne wykonuje obecnie 9 placówek. W niektórych placówkach pacjenci, którzy chcą skorzystać z diagnostyki w ramach refundacji NFZ, muszą czekać w kolejkach. Średni czas oczekiwania wynosi około 3 miesięcy. Pacjenci, którzy nie chcą czekać na badanie, mogą wykonać je prywatnie. Porównując obecne dane ze statystykami sprzed czterech

lat (kiedy po raz pierwszy analizowaliśmy sytuację w województwie), liczba pracowni urodynamicznych wzrosła o 3.

Pełny wykaz placówek wykonujących badania urodynamiczne na terenie całego kraju dostępny jest na stronie internetowej www.ntm.pl.

W razie jakichkolwiek sugestii dotyczących uzupełnienia prezentowanej listy pracowni urodynamicznych w poszczególnych województwach prosimy o kontakt na adres mailowy: ntm@ntm.pl.

Leszno

Wojewódzki Szpital Zespolony, oddział urologiczny; ul. Kiepury 45

Konin

Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie, oddział urologiczny; ul. Szpitalna 45

Ostrów Wielkopolski

Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Ostrów Wielkopolski; ul. Limanowskiego 20/22

Piła

Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica; ul. Rydygiera 1

Poznań

1. Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycz-

nego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, pracownia urodynamiki; ul. Szpitalna 27/33

2. Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo Leczniczym, oddział urologiczny; ul. Szwajcarska 3 (czas oczekiwania: do kilku miesięcy)
3. Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu, oddział urologii; ul. Bolesława Krysiwicza 7/8
4. REMEDIUM - Wielkopolskie Centra Medyczne; Os. St. Batorego 80D

Września

Centrum Medyczne AMIKA; ul. Piastów 16 (na badania refundowane z NFZ przyjmowane jest tylko 8 osób w miesiącu, czas oczekiwania: do 3 miesięcy)

Rola prawidłowego odżywiania w profilaktyce i terapii NTM

mgr Magdalena Potoczek, fizjoterapeuta, doradca żywieniowy
NZOZ Szpital Położniczo-Ginekologiczny „Na Siemiradzkiego” im. R. Czerwiakowskiego w Krakowie

Prawidłowe żywienie jest podstawą profilaktyki zdrowotnej. Edukacja żywieniowa wśród osób cierpiących na nietrzymanie moczu jest nieocenionym elementem leczenia, który może przyczynić się do zwiększenia skuteczności prowadzonej terapii podstawowej. Leczenie poprzez żywienie w przypadku osób z NTM koncentruje się przede wszystkim na eliminacji czynników pogłębiających problem, a więc nadwagi i otyłości oraz przewlekłych zaparć. Ponadto należy unikać produktów, które działają drażniąco na pęcherz moczowy, a także tych nasilających zakażenia dróg moczowych. W zależności od przyczyny NTM należy też zwrócić uwagę na dietę stosowaną wspomagająco lub profilaktycznie w leczeniu choroby podstawowej (np. dieta antynowotworowa, dieta cukrzycowa, dieta redukująca zaparcia).



Fot. Photogenia Sp. z o.o.

Zwalczanie nadwagi i otyłości

Osoby z NTM obowiązują taka sama piramida żywieniowa jak w przypadku osób zdrowych. Codzienna dieta musi dostarczać organizmowi odpowiedniej ilości energii dostosowanej do masy ciała i aktywności ruchowej w ciągu dnia, a także witamin i minerałów zgodnie z zapotrzebowaniem w zależności od wieku i płci. Nadwaga i otyłość są znanymi czynnikami ryzyka i nasilającym NTM. Dlatego tak ważne jest utrzymanie prawidłowej masy ciała. Należy unikać spożywania potraw zawierających dużą ilość tłuszczów nasyconych oraz słodczy, szczególnie tych niskiej jakości, a także słodkich napojów, w tym gazowanych. Do utrzymania prawidłowej masy ciała przyczynia się też odpowiednia podaż błonnika pokarmowego z dietą.

Przeciwdziałanie zaparciom

Problemy z wypróżnianiem przyczyniają się do mocnego parcia podczas oddawania stolca, co wywiera niekorzystny wzrost ciśnienia w jamie brzusznej. Jeżeli zaparcia pojawiają się często, to mogą doprowadzić do osłabienia mięśni dna miednicy oraz ich uszkodzeń, co z kolei upośledza kontrolę nad pęcherzem moczowym.

Rola dobrego nawodnienia

Bardzo ważną rolę w przeciwdziałaniu zaparciom odgrywa dieta. Powinna ona zapobiegać odwodnieniu organizmu. Osoby z NTM często ograniczają ilość spożywanych płynów, co może prowadzić do zagęszczenia stolca. Dlatego nie powinno się eliminować płynów bez wyraźnego zalecenia lekarskiego. Natomiast warto pamiętać o przyjmowaniu ich w określony sposób – regularnie, mniejszymi porcjami. Częstym błędem jest unikanie picia przez dłuższy czas w ciągu dnia, następnie – w wyniku uciążliwego pragnienia – wypijanie dużej ilości wody naraz. Powinno się przyjmować ok. 1,5 litra płynów dziennie. Pamiętajmy jednak, że woda znajduje się także w zupach, warzywach i owocach. Osoby prowadzące dziennik mikcyjny powinny trzymać się specjalnych schematów przyjmowania płynów.

Rola błonnika pokarmowego

Formą przeciwdziałania zaparciom jest tzw. dieta bogatoreszkowa czyli odpowiednia podaż błonnika pokarmowego w codziennej racji pokarmowej. Jest on zaliczany do węglowodanów nieprzyswajalnych, nie ulega wchłanianiu w naszym organizmie, ale ma dobroczynny wpływ na funkcjonowanie układu pokarmowego poprzez ułatwienie procesów trawienia i wypróżniania. Źródłem włókna pokarmowego są produkty pochodzenia roślinnego – produkty zbożowe, warzywa i owoce. Duże ilości tego składnika znajdujemy między innymi w: pełnoziarnistych produktach zbożowych, otrębach pszennych, suszonych śliwkach i morelach, a także w migdałach, jabłkach czy siemieniu lnianym. Zapotrzebowanie na błonnik wynosi od 20 nawet do 40g/dobę. Należy jednak pamiętać, iż istnieją pewne przeciwwskazania do spożywania większych ilości błonnika (np. zaburzenia wchłaniania). Przy zaparciach spastycznych (kiedy występują kurcze jelit ograniczające wypróżnienia) zalecana jest dieta lekkostrawna.

Inne produkty w przeciwdziałaniu zaparciom

Perystaltyka jelit jest wspomagana także poprzez następujące produkty: przetwory mleka takie jak kefir, naturalne jogurty czy kwaśne mleko, sok/kompot z suszonych śliwek, buraki, oliwa z oliwek (np. podawanie 1 łyżki oliwy na czczo). Ograniczyć należy banany, białe pieczywo, biały ryż.

Nadmiar żelaza

Żelazo jest niezbędne do prawidłowego funkcjonowania naszego organizmu, jednak w nadmiarze może powodować zaparcia. Dlatego należy dbać o to, aby jego ilość dostarczana z dietą i jej suplementami nie przekraczała zalecanych norm. Przykładowo, do produktów zawierających duże ilości żelaza zaliczyć można podroby (szczególnie wątróbka i nerki), nie spożywamy ich jednak aż tak dużo, aby mogło to wywołać niepożądane objawy.

Unikanie produktów drażniących pęcherz moczowy

Produkty drażniące pęcherz moczowy to między innymi te o wysokiej zawartości kofeiny. Jest to: mocna kawa i herbata, kakao i czekolada, napoje typu cola/pepsi i energetyzujące. W związku z tym należy ograniczyć ich spożycie. Wyeliminować należy także alkohol, cytrusy. Według niektórych doniesień naukowych drażniąco może działać niekiedy żurawina, która jest często zalecana przy nawracających infekcjach dróg moczowych.

Dieta zapobiegająca zakażeniom układu moczowego

Infekcje dróg moczowych pogłębiają problemy z NTM. Dlatego należy starać się ich unikać. Skutecznym sposobem na to jest odpowiednia dieta w połączeniu z higieną. Zakażenia dróg moczowych nasila zagęszczenie moczu na skutek ograniczenia przyjmowania płynów. Należy więc dbać o dobre nawodnienie (prawidłowo kolor moczu ma być słomkowy). Powszechną formą przeciwdziałania zakażeniom układu moczowego jest stosowanie żurawiny. Jej działanie polega na utrudnieniu bakteriom chorobotwórczym namnażania oraz bytowania w drogach moczowych oraz na obniżaniu pH moczu. Część badań naukowych wykazuje, że spożywanie codziennie 300 ml soku z żurawin może skutecznie zapobiegać nawrotom zakażeń układu moczowego. Zalecane jest picie soku żurawinowego. Najlepszy jest sok 100%, który można kupić w sklepie z żywnością ekologiczną lub w dobrych delikatesach. Jego cena jest wyższa, ale starcza na dłużej, gdyż należy go rozcieńczać wodą mineralną. W przeciwnym razie jest bardzo kwaśny i mógłby działać drażniąco. Dostępne są też specjalne preparaty i herbatki żurawinowe. Planując spożywanie żurawiny i jej przetworów należy porozumieć się z lekarzem. Istnieją bowiem stany, kiedy może to być szkodliwe (np. przy osteoporozie - gdyż żurawina może ograniczać wchłanianie wapnia). W profilaktyce i wspomaganiu leczenia zaka-

żeń układu moczowego rekomendowane są również jogurty naturalne z żywymi kulturami bakterii (lactobacillus). Można przygotować własny jogurt owocowy dodając owoce świeżej lub kandyzowanej żurawiny, suszone morele, siemię lniane i odrobinę miodu. Unikać należy spożywania dużych ilości cukrów prostych, dosładzania kawy czy herbaty oraz potraw, ponieważ cukier stanowi pożywkę dla bakterii.



Fot. Photogenica Sp. z o.o.

Rola witaminy D

Niektóre badania naukowe wiążą zaburzenia pracy mięśni dnamiędnicy i nietrzymanie moczu z niedoborami witaminy D. Dienne zapotrzebowanie na tą witaminę jest różne w zależności od wieku (rośnie wraz z wiekiem). U mężczyzn i kobiet w wieku do 50 r.ż. wynosi 5, powyżej 50 r.ż. - 10, a po 60 r.ż. - 15 mikrogramów na dobę (Normy Żywienia Człowiek, M. Jarosz). Dobrym źródłem witaminy D z pożywienia są przede wszystkim tłuste ryby morskie (śledź, dorsz, makrela, łosoś, tuńczyk, sardynka), których spożywamy zdecydowanie za mało. Witamina D jest również wytwarzana w naszym organizmie na skutek syntezy skórnej podczas ekspozycji ciała na promienie słoneczne (odsłonięte przedramiona i twarz minimum 30 minut podczas słonecznych dni).

Podsumowanie

Osoby zmagające się na co dzień z NTM powinny do swojego leczenia włączyć odpowiednią dietę. Może to skutecznie złagodzić objawy i przyczynić się do lepszych efektów terapii podstawowej. Wszelkie zmiany w diecie powinny jednak być konsultowane z lekarzem prowadzącym. Nie powinno się również przyjmować żadnych ziół czy suplementów diety na własną rękę, pomimo iż są one dostępne bez recepty.

Piśmiennictwo u autora

Wspólnie przełamujemy wstyd

Stowarzyszenie Pacjentów z Chorobami Prostaty, Nerek, Pęcherza i Jąder „Gladiator” im. Profesora Tadeusza Koszarowskiego
Magdalena Kowalewska

Problem rozrostu gruczołu krokowego (prostaty, stercza) dotyczy przeważającej większości mężczyzn w wieku podeszłym. Co trzeci mężczyzna, który ukończył 50-ty rok życia cierpi na dolegliwości związane z oddawaniem moczu - główne objawy rozrostu prostaty. Jednak zaburzenia w oddawaniu moczu mogą być spowodowane również innymi (poza łagodnym rozrostem) chorobami gruczołu krokowego, do których zaliczyć trzeba też nowotwór złośliwy - rak prostaty.



Rak prostaty w Polsce jest trzecim, pod względem częstości występowania, nowotworem wśród mężczyzn. Tak niechlubne wysokie miejsce na liście nowotworów złośliwych powoduje współcześnie zainteresowanie wczesnym rozpoznaniem i jak najskuteczniejszym leczeniem tej choroby. Wczesne ujawnienie zmian chorobowych prostaty i zastosowanie niezbędnego leczenia powstrzyma dalszy rozwój schorzenia. Dlatego właśnie niezwykle ważna jest edukacja w zakresie podstawowej wiedzy medycznej o układzie moczowo-płciowym dla

zapewnienia warunków wczesnego wykrywania choroby, diagnostyki i profilaktyki leczenia.

Popularyzowanie tej wiedzy postawili sobie za cel założyciele Stowarzyszenia Pacjentów z Chorobami Prostaty, Nerek, Pęcherza i Jąder „Gladiator” im. Profesora Tadeusza Koszarowskiego. Głównym inicjatorem był - nieżyjący już - Jan Kwiecień. Stowarzyszenie powstało w 2002 roku (w tym roku obchodzi swoją dziesiątą rocznicę istnienia). Pierwszymi członkami było osiemnastu mężczyzn, kolegów, znajomych, którzy sami - pośrednio lub bezpośrednio dotknięci byli chorobą gruczołu krokowego. Obecny prezes, Tadeusz Włodarczyk, wybrał nazwę - „Gladiator”, wywodzącą się ze starożytnej historii Rzymu, kojarzącą się z nieustanną walką, pokonywaniem słabości. *Zwycięża ten, który o przeciwniku wie znacznie więcej i potrafi wykorzystać wszelkie jego słabości. Podobnie jest z chorobą nowotworową - walczyć z nią trzeba, a wynik walki zależy od tego jak wczesnie chorobę rozpoznamy. Wczesne jej wykrycie, to szansa na zwycięstwo.*

Prócz edukacji społeczeństwa, organizowania spotkań i szkoleń w zakresie podstawowej wiedzy medycznej promującej zasady wczesnego wykrywania chorób nowotworowych, Stowarzyszenie uczestniczy w programach i kampaniach prozdrowotnych, a także prowadzi stronę internetową (www.gladiator-prostata.pl).

Bardzo ważnym celem „Gladiatora” jest skupianie pacjentów ze schorzeniami układu moczowo-płciowego dla wspólnego przezwyciężenia lęku i strachu w procesie leczenia. Organizacja powołuje grupy wsparcia, które są niezmiernie skuteczną formą pomocy psychicznej dla chorych. Innym, niezwykle ważnym aspektem działalności Stowarzyszenia, jest prowadzenie czynnego poradnictwa w formie telefonu zaufania. *Odbieram bardzo wiele telefonów. Ta liczba rozmów, pytań pokazuje jak bardzo ważny jest problem chorób układu moczowo-płciowego wśród mężczyzn. Ludzie dzwonią w sprawach medycznych, ale również psychologicznych, pragną wsparcia, dziękują za rozmowę, ponieważ często nie mają szans na przeprowadzenie ta-*

kiej szczerzej rozmowy z bliską osobą - dodaje prezes Włodarczyk. Istotne, że w początkowym okresie działalności Stowarzyszenia „Gladiator” przeważnie dzwoniły kobiety. 93% rozmówców stanowiły panie - dzwoniły żony, matki, córki, nawet wnuczki w imieniu swoich mężów, ojców, dziadków. Z oddali bardzo często było słycać męski głos - *zapytaj jeszcze o to i tamto...* - wspomina prezes Stowarzyszenia „Gladiator”. *Naszym sukcesem jest fakt, iż obecnie dzwoni zdecydowanie większa liczba mężczyzn. Mężczyźni są coraz bardziej świadomi swoich problemów i przestają bać się o nich rozmawiać* - podkreśla. Zaniedbana choroba męża bardzo często jest powodem rozpadu małżeństwa. Ważne jest, aby kobiety dbały o swoich partnerów, ponieważ oni sami najczęściej nie powiedzą o swoich dolegliwościach.



Tadeusz Włodarczyk, prezes stowarzyszenia

Stowarzyszenie jest członkiem Europejskiej Koalicji Pacjentów z Chorobami Nowotworowymi, Europejskiej Koalicji Pacjentów z Nowotworem Prostaty; współpracuje ze wszystkimi najwybitniejszymi lekarzami onkologami w Polsce

Warto zaznaczyć, że Stowarzyszenie jest członkiem Europejskiej Koalicji Pacjentów z Chorobami Nowo-

tworowymi, Europejskiej Koalicji Pacjentów z Nowotworem Prostaty; współpracuje ze wszystkimi najwybitniejszymi lekarzami onkologami w Polsce. Dzięki współpracy z gro-nem wybitnych specjalistów o bogatym dorobku naukowym i zawodowym, (prezesami towarzystw onkologicznych, przedstawicielami Centrum Onkologii w Warszawie oraz kilku Regionalnych Ośrodków Onkologicznych) Stowarzyszenie wydaje broszury i ulotki na temat profilaktyki i chorób prostaty, a także wydaje kwartalnik, organizuje szkolenia, inicjuje badania przesiewowe oraz współorganizuje konferencje tematyczne. Stowarzyszenie współdziała również z młodzieżą; często wolontariuszami zostają młodzi ludzie, także dziewczęta ze względu na chorobę

swych bliskich. Ważne, że problem chorób układu moczowo-płciowego wśród mężczyzn i ich rodzin przestaje być tematem tabu.

DOŚTĘP DO ZAOPATRZENIA W ŚRODKI POMOCNICZE I PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE WG DANYCH WOJEWÓDZKICH ODDZIAŁÓW NFZ - STAN NA 31.01.2012

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	-	13 mies.	7 181 ☺	nb	-	nb	-	nb	-
Kujawsko-Pomorskie	nb	-	nb	-	8 mies.	4 053 ☺	3 mies.	20 ☺	1-3 mies.	1 320 ☺	3 mies.	379 ☺
Lubelskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Lubuskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Łódzkie	nb	-	nb	-	do 12 mies.	5 981 ☹	do 7 mies.	23	do 7 mies.	3 061 ☹	do 7 mies.	679 ☹
Małopolskie	nb	-	nb	-	6 mies.*	4 408 ☹	nb	-	3 mies.***	2 818 ☺	2 mies.*	488 ☺
Mazowieckie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Opolskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Podkarpackie	nb	-	nb	-	0-4 mies.	1 629 ☺	do 4 mies.	48 ☹	0-4 mies.	1 250 ☺	0-4 mies.	438 ☺
Podlaskie	nb	-	nb	-	4 mies.	688 ☺	nb	-	4 mies.***	152 ☺	nb	-
Pomorskie	nb	-	nb	-	uośf	233 ☺	nb	-	nb	-	nb	-
Śląskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Świętokrzyskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
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	-	1 mies.**	577 ☺	nb	-	1 mies.**	334 ☺	1 mies.**	81 ☺
Zachodniopomorskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wojewódzkich Oddziałów NFZ

nb - na bieżąco, bd - brak danych, uośf - uzależnione od środków finansowych
* 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

Opublikuj artykuł na łamach Kwartalnika NTM

Razem popularyzujemy wiedzę odnośnie problemu NTM!



- Kwartalnik ukazuje się od 2002 roku
- Adresowany jest do środowisk opiniotwórczych (lekarze, pielęgniarki, dziennikarze), decydentów (politycy), a przede wszystkim do pacjentów oraz ich rodzin
- Porusza tematy medyczne i społeczne, związane z problemem nietrzymania moczu

Zapraszamy specjalistów z zakresu nietrzymania moczu do nadsyłania tekstów na tematy:

- Profilaktyka
- Diagnostyka i leczenie
- Nowoczesne terapie
- Refundacja
- Opieka i pielęgnacja
- Rehabilitacja



ntm@ntm.pl

Nadesłane teksty podlegają ocenie merytorycznej Rady Naukowej ds. problemu NTM.

Redakcja zastrzega sobie prawo do ostatecznej decyzji o publikacji nadesłanego tekstu jak również do jego skracania za wiedzą autora.

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
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 (wplata)

nazwa zleceniodawcy

nazwa zleceniodawcy cd.

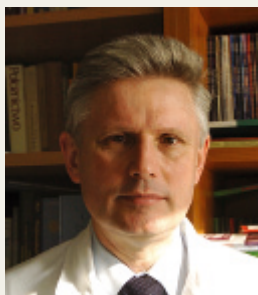
tytułem
krajowa prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“

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



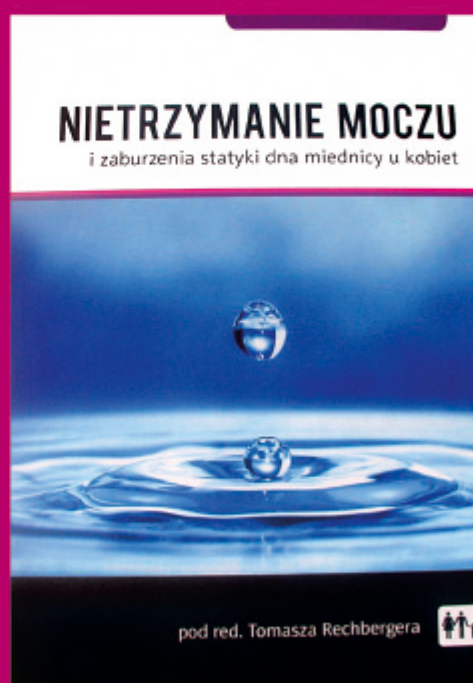
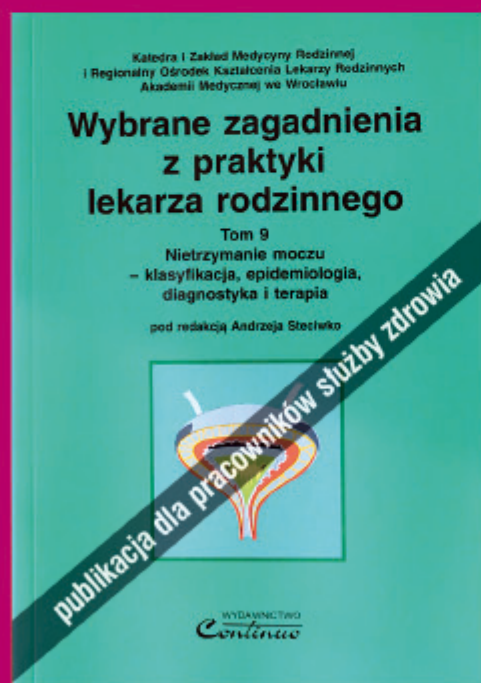
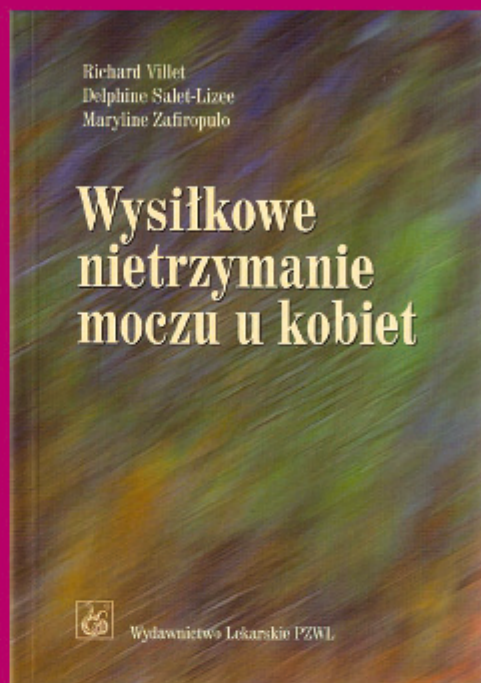
INFOLINIA 801 800 038

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
oraz pod numerem infolinii 801 800 038

Atrakcyjne ceny!