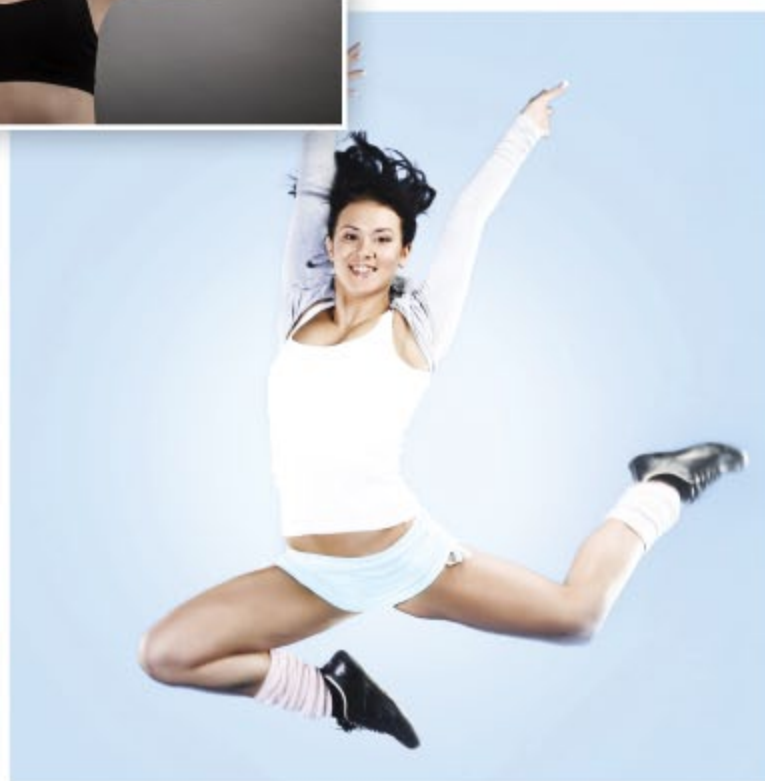
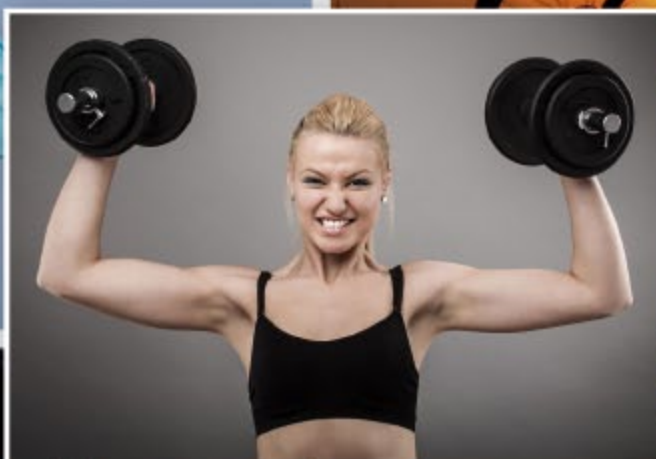


- UroConti walczy z mitami
- Niekorzystne zmiany dla chorych na raka prostaty
- Pilates kontra NTM cz. II
- Biomarkery w diagnostyce OAB



**Temat numeru: Uprawianie sportu a NTM**

# Pierwszy rok ustawy refundacyjnej

*Mija pierwszy rok nowych zasad refundacji leków w Polsce. Komu zmiany przyniosły korzyści, a komu utrudniły życie? Jednego beneficjenta można wskazać bez wątplenia. Jest nim Narodowy Fundusz Zdrowia. Oszczędności, jakie uzyskała ta instytucja w wyniku zmian, tylko w bieżącym roku, mogą wynieść ponad 1,5 mld zł. Jest to niebagatelna suma, zwłaszcza w świetle malejących wpływów z tegorocznych składek.*

*Jak sobie jednak przypomniemy słowa minister Elwy Kopacz, za której kadencji ustawa powstała, miała ona służyć przede wszystkim pacjentom. Czy tak się stało? Odpowiedź nie*

*jest jednoznaczna. Pojawienie się w ustawie zapisu obligującego Ministra Zdrowia do nowelizacji listy leków refundowanych co dwa miesiące, z pewnością przyspieszyło ukazanie się na liście wielu zmian. Pamiętamy jak wyglądało to przed 1. stycznia 2012 r. Na aktualizację listy czekaliśmy miesiącami, po czym byliśmy rozczarowani widząc w jakim tempie pojawiały się na niej nowe, oryginalne leki. Czy jednak tak częsta nowelizacja (6 razy w roku) to dobra decyzja?*

*Raczej nie, widząc skalę zamieszania jaka panuje każdorazowo po publikacji listy. Z pewnością wpływa na ten fakt bardzo krótki okres (zazwyczaj kilka dni) jaki Ministerstwo daje wszystkim uczestnikom rynku (pacjentom, lekarzom, aptekom, hurtowniom, producentom, płatnikowi - NFZ) na dostosowanie się do zmian. Być może nowelizacja 4 razy w roku, przy minimum 1-miesięcznym okresie od publikacji do wejścia w życie byłaby lepszym rozwiązaniem?*

*Wszyscy oczekujemy zmian, ale przede wszystkim zmian poprawiających sytuację pacjentów. Niestety, pierwszy rok doświadczeń nie naprawa nas optymizmem. Spójrzmy chociażby na nasze „podwórko”. Bez wątplenia dużym sukcesem jest pojawienie się w refundacji dwóch leków na zespół pęcherza nadreaktywnego. Szkoda tylko, że w sposób do dzisiaj niewyjaśniony, tajemniczy „ktoś” w ostatniej chwili dodał zapis o konieczności wykonania badania urodynamicznego w celu zdiagnozowania rodzaju NTM, chyba nie rozumiejąc nawet na czym ono polega i jak różnorodnie może być interpretowane. Nadal nie mamy, wykorzystywanej od 20 lat w innych krajach, neuromodulacji, która mogłaby w znaczący sposób poprawić sytuację osób z najcięższą postacią NTM, stając się przy*

*okazji alternatywną formą terapii, obok zwieracza hydraulicznego, wykorzystywanego w terapii NTM u mężczyźni. Zasmucający jest również stan jaki mamy od ponad 10 lat w zaopatrzeniu w środki absorpcyjne. Są one jak mydło w higienie codziennej. Ograniczając w tak znacznym stopniu użycie tego podstawowego środka, nie możemy mówić o kompleksowym wsparciu osób z NTM. Nieludzkie i niezrozumiałe ekonomicznie ograniczenia w refundacji środków absorpcyjnych muszą generować olbrzymie koszty w innych obszarach, ze spadkiem produktywności i koniecznością częstszej hospitalizacji na czele.*

*Polska jest jedynym krajem na świecie, w którym niestrzymanie moczu nie jest podstawowym kryterium przy refundacji pieluch. Trudno zrozumieć również jak można do dzisiaj pozbawiać prawa do wypisywania zleceń na refundowane środki absorpcyjne geriatrów i ginekologów. Po co generować koszty na dodatkowe wizyty u innych*



*lekarzy tylko po to, aby wypisywali oni zlecenie na ten podstawowy artykuł w niestrzymaniu moczu. Kiedy wreszcie pielęgniarka zyska prawo do wypisywania pieluch? Kiedy zostanie urealniona liczba pieluch refundowanych miesięcznie?*

*Wiele zmian w ostatnich miesiącach odnotowaliśmy w terapii hormonalnej stosowanej u mężczyźni z nowotworem prostaty. To dobrze, że pojawiły się nowe leki. Jednak okazuje się, że dobrze jedynie dla płatnika i producentów. Pacjent, pomimo deklaracji również obecnego ministra zdrowia, wcale na tym jednak nie zyskał. Większość leków sprawdzonych i uznawanych za skuteczne, podrożało nawet dziesięciokrotnie. Czyżby głównym motywem wprowadzenia nowych leków na raka prostaty było wyłącznie doprowadzenie do radykalnej obniżki wydatków NFZ w tym segmencie, kosztem kieszeni pacjentów? Na to wygląda. Sposób w jaki ominięto przepisy wprowadzając nowe leki na listę, wyraźnie wskazuje na wyłącznie ekonomiczny charakter tych zmian.*

*Czy zatem ustawa refundacyjna naprawę pozwoliła poprawić sytuację pacjentów, którzy mieli być jej głównym beneficjentem?*

*Tomasz Michatek*

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci  
**Prof. dr hab. Andrzeja Steciwo, Prezesa Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej**  
 Pełni uznania dla zasług wybitnego specjalisty, w imieniu redakcji Kwartalnika NTM  
 wyrażamy głęboki żal i szczerze wyrazy współczucia

## SPIS TREŚCI

## LECZENIE NTM

|  |     |
|--|-----|
| Uprawianie sportu a NTM .....                              | 4-5 |
| Biomarkery w zespole pęcherza nadreaktywnego.....          | 5-7 |
| Pracownie urodynamiczne -<br>woj. warmińsko-mazurskie..... | 7   |
| Zaburzenia seksualne a nietrzymanie moczu .....            | 8-9 |
| Operacje z użyciem taśm w woj. dolnośląskim.....           | 9   |
| Kompleksowe leczenie nietrzymania moczu.....               | 10  |

## NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

|  |    |
|--|----|
| UroConti walczą z mitami .....   | 11 |
| NTM u pacjentów w zakładach stacjonarnej<br>opieki długoterminowej ..... | 12 |

## PIELĘGNACJA I PROFILAKTYKA

|  |       |
|--|-------|
| Personel opiekuńczy w Polsce .....                                     | 13-15 |
| Pilates kontra NTM - cz. II ćwiczenia .....                            | 15-17 |
| Środki absorpcyjne dla mężczyzn -<br>charakterystyka i refundacja..... | 17-18 |

## REFUNDACJA

|   |       |
|---|-------|
| Przepis, który nadal obowiązuje chociaż<br>nikt go nie chce ..... | 18-19 |
| Niekorzystne zmiany dla chorych na raka prostaty.....             | 19-20 |

## ORGANIZACJE

|   |       |
|---|-------|
| Razem jest łatwiej .....                  | 21-22 |
| Dostępność do zaopatrzenia - WO NFZ ..... | 22    |

**Redaktor naczelny:** Tomasz Michałek; **Redaktor wydania:** Katarzyna Walewska;

**Sekretarz redakcji:** Karolina Ciepiała;

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

**Zespół redakcyjny:** Magdalena Kowalewska, Magdalena Potoczek, Anna Sulka, Kinga Suwała;

**Komentatorzy:** Józef Góralczyk, Elżbieta Szwałkiewicz, Grażyna Śmiarowska;

**Korekta:** Marzena Michałek; **Zdjęcia:** Photogenica Sp. z o.o.;

**Rysunki:** Dariusz Pietrzak; **Skład:** Wojciech Polniak

**Adres redakcji:** ul. E. Ciołka 13, 01-445 Warszawa, tel.: (22) 279 49 07, faks: (22) 279 49 10, 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: Photogenica Sp. z o.o.

*Drodzy Czytelnicy,*

*Jak w mgnieniu oka minęło kolejnych 12 miesięcy. Choć czas biegnie nieubłaganie, w polskim systemie ochrony zdrowia na jakąkolwiek zmianę trzeba czekać miesiącami, a nawet latami. To kolejny rok, w którym wiązaliśmy nadzieję z nowelizacją rozporządzenia regulującego zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, na którą osoby niepełnosprawne i przewlekle chore czekają już dobre kilkanaście lat. To również pierwszy rok obowiązywania ustawy refundacyjnej i pierwsze skutki jej działania. Pomimo częstych zmian w obwieszczeniach refundacyjnych, apeli środowisk lekarskich i pacjenckich, nadal nie udało się zmienić zapisu dotyczącego obligatoryjnego badania urodynamicznego przy refundacji leków na OAB. O tym jak do obowiązującego przepisu odnieśli się lekarze ginekolodzy na ostatnim zjeździe PTG oraz jak swoją decyzję argumentuje Ministerstwo Zdrowia przeczytają Państwo w artykule Anny Sulki „Przepis, który nadal obowiązuje chociaż nikt go nie chce”.*

*W bieżącym wydaniu poruszamy również głośną i kontrowersyjną zmianę, jaka zaszła na ostatnim wykazie refundacyjnym. Dotyczy ona leków na raka prostaty. O wzroście cen, wprowadzeniu nowych preparatów dowiedzą się Państwo z artykułu „Niekorzystne zmiany dla chorych na raka prostaty”.*

*Coverem bieżącego wydania jest artykuł prof. Tomasza Rechbergera i dr Katarzyny Jankiewicz o wpływie aktywności fizycznej na występowanie nietrzymania moczu, do którego lektury serdecznie Państwa zachęcam. Autorzy analizują w nim dziedziny sportu, które mogą mieć wpływ na występowanie NTM.*

*W cyklu poświęconym pielęgnacji i profilaktyce prezentujemy Państwu kolejną część artykułu nt. ćwiczeń Pilates w terapii NTM. Magdalena Potoczek, tym razem, zapoznaje nas m. in. z technikami właściwego oddychania w trakcie treningu. Nie pomijamy również kwestii opieki długoterminowej, tematu coraz częściej pojawiającego się w publicznych dyskusjach. O specyfice opieki nad niesamodzielnymi oraz o personelu opiekuńczym w Polsce pisze w swoim artykule dr Elżbieta Szwałkiewicz.*

*W rubrykach stałych prezentujemy pracownie urodynamiczne na Warmii i Mazurach oraz placówki z Dolnego Śląska, w których leczy się NTM.*

*W Nowym Roku chciałabym życzyć Państwu wszelkiej pomysłowości i sukcesów na najbliższe 12 miesięcy. Wierzę, że 2013 rok przyniesie szereg pozytywnych zmian w systemie ochrony zdrowia, które podniosą standardy leczenia i opieki nad osobami z NTM. Pamiętajmy, że 2013 rok to również kluczowy czas dla resortu zdrowia, który zobligowany jest przygotować znówelizowane rozporządzenie regulujące zaopatrzenie pomocnicze i ortopedyczne. O tym jak potoczą się losy nowelizacji przepisów będziemy informowali Państwa na bieżąco na łamach naszego Kwartalnika. Oddając w Państwa ręce bieżący numer, wierzę, że poruszone w nim tematy wzbudzą Państwa zainteresowanie i zachęcą do lektury.*

*Katarzyna Walewska*

# Uprawianie sportu a NTM

## Czy aktywność fizyczna zwiększa ryzyko wystąpienia nietrzymania moczu?

dr Katarzyna Jankiewicz, prof. Tomasz Rechberger  
II Klinika i Katedra Ginekologii UM w Lublinie



**W**potocznym mniemaniu oraz według wielu doniesień naukowych sport równa się zdrowiu. Ale czy zawsze tak jest? W przypadku nietrzymania moczu (NTM) większość publikacji podkreśla profilaktyczne i lecznicze znaczenie ruchu i szeroko pojętej aktywności fizycznej, szczególnie aktywności mięśni dna miednicy, która zapobiega powstawaniu wysiłkowego nietrzymania moczu. Poza samymi ćwiczeniami, istnieje również grupa urządzeń, które taką terapię mogą wspomagać (aquaflex, elektrostymulacja, biofeedback), a efekty ich działania opierają się na pobudzeniu aktywności w/w mięśni. Największe opracowania i metaanalizy wskazują, że prawidłowo wykonywane ćwiczenia mogą dawać poprawę w zakresie leczenia NTM nawet do 70% (Bø K., Hilde G. 2012). Niestety okazuje się, że nie każdy rodzaj aktywności fizycznej ma pozytywny wpływ na szeroko pojęte rozumienie zdrowia. Wiadomo, że pewne dziedziny sportu niosą ze sobą duże ryzyko urazów i uszkodzeń. Podobnie jest z nietrzymaniem moczu. Na podstawie obserwacji, udowodniono, że uprawianie pewnych dziedzin sportu wiąże się z podwyższonym ryzykiem wystąpienia NTM. Tak więc zarówno brak aktywności fizycznej, jak i nadmierny wysiłek mogą mieć negatywny wpływ na mechanizmy zabezpieczające trzymanie moczu. Powszechnie wiadomo, że ciężka praca fizyczna oraz uprawianie pewnych sportów (siłowych i wytrzymałościowych) zwłaszcza u kobiet może powodować nietrzymanie moczu. Do szczególnie niebezpiecznych dyscyplin zalicza się podnoszenie ciężarów, skoki spadochronowe, rzut młotem, skoki na trampolinie oraz tenis i biegi.

Istnieje grupa publikacji dotyczących młodych sportsmenek, uprawiających w/w „niebezpieczne” dziedziny sportu, w których autorzy wykazują bardzo wysoki odsetek występowania NTM u zawodniczek. W pra-

cy Thyssen i wsp. z 2002 r. w grupie niemal 300 młodych kobiet (średnia wieku 23 lata) uprawiających lekkoatletykę, 52% doświadczało ucieczek moczu. Podobnie w badaniu Nygaard i wsp. z 1990 r. 47% kobiet skarżyło się na nietrzymanie moczu związane z uprawianiem sportu, największe nasilenie dolegliwości wiązało się z ćwiczeniami wymagającymi powtarzających się podskoków. Kolejne bardzo ciekawe, retrospektywne badanie kohortowe przeprowadzono wśród amerykańskiej żeńskiej ekipy olimpijskiej z lat 1960-1976 (wyniki badania opublikowano w 1997 r.). Kobiety podzielono na dwie grupy:

grupę kobiet, które w przeszłości uprawiały sporty siłowe vs grupę pływaczek. Konkluzja była następująca: uprawianie sportów siłowych w młodości nie skutkuje w późniejszym życiu większym odsetkiem występowania NTM w porównaniu do grupy kontrolnej (pływaczek). Natomiast wyniki badań Fozzatti i wsp. przeprowadzone w grupie niemal 500 nieródek (red. kobiet, które w swoim życiu jeszcze ani razu nie urodziły dziecka) opublikowane w 2012 r. przynoszą ewidentne dowody na szkodliwy wpływ sportów siłowych i istotnie statystycznie wyższy odsetek występowania wysiłkowego nietrzymania moczu

w tej grupie pacjentek. Bø K. w publikacji z 2004 roku opisała częstość występowania NTM w wyselekcjonowanej grupie młodych nieródek uprawiających lekkoatletykę. Częstość ta wahała się od 0% wśród grających w golfa do 80% wśród kobiet skaczących z trampoliny. Najwyższa częstość występowania dotyczyła sportów związanych z działaniem dużych sił podczas uprawiania gimnastyki, lekkoatletyki oraz niektórych rodzajów gry w piłkę. Autorka zaobserwowała również, że „sztywne” i silne dno miednicy usytuowane na optymalnym poziomie może być kluczowym czynnikiem w przeciwdziałaniu wzrostowi ciśnienia śródbrzusznego



go generowanego podczas w/w sportów siłowych, co potwierdzają obserwacje u pacjentek w populacji ogólnej. Kolejne opracowanie Nygaard i wsp. na podstawie oceny 156 młodych sportswerek (średnia wieku: 20 lat, rodność: 0) uprawiających lekkoatletykę wykazało występowanie NTM u 28% kobiet, z których w 67% dotyczyło gimnastyczek, 50% tenisistek, 10% pływaczek i 0% golfistek. Najbardziej niekorzystne obserwacje wynikają jednak z badania przeprowadzonego w grupie młodych dziewcząt uprawiających skoki na trampolinie (Eliasson K. i wsp.), opublikowanego w 2002 r. Średnia wieku w tym badaniu wynosiła 15 lat, ucieczki moczu badanych dziewcząt pojawiały się średnio po 2,5 roku od rozpoczęcia treningów, a częstość występowania NTM wynosiła aż 80%! Nasilenie objawów nietrzymania moczu korelowało z wiekiem, czasem trwania treningów i ich częstością. U 1/3 pacjentek udało się wykonać badanie perineometryczne, które wykazało prawidłową siłę mięśni dna miednicy.

W oparciu o przytoczone powyżej dane literaturowe słuszny wydaje się być wniosek, że niestety nie każdy rodzaj sportu korzystnie wpływa na mechanikę i funkcjonowanie dna miednicy u kobiet. Te rodzaje aktywności, które wiążą się z dużymi przeciążeniami i wysokimi ciśnieniami generowanymi w jamie brzusznej mogą prawdopodobnie „nadwyrężyć” aparat mięśniowo-więzadłowy miednicy i predysponować do dysfunkcji, objawiających się NTM lub zaburzeniami statyki narządów rodnych. W sytuacji wykonywania tego rodzaju wysiłku rozważyć można stosowanie tamponów lub pessarów, które



zapobiegać mogą epizodom ucieczek moczu. Natomiast w długoterminowej perspektywie kobietom uprawiającym takie dyscypliny sportu, jak również wszystkim innym paniom zaleca się trening mięśni dna miednicy dla profilaktyki i/lub leczenia NTM. Korzystny skutek przynoszą ćwiczenia typu pilates, jogi, ćwiczenia mięśni brzucha lub mięśni Kegla wykonywane we własnym zakresie bądź w specjalnych grupach organizowanych dla pacjentek z NTM, gdzie panie ćwiczą pod okiem trenera, pielęgniarki lub fizjoterapeuty z doświadczeniem w tej dziedzinie. W każdym z tych rodzajów aktywności dla uzyskania wymiernych efektów najważniejsza jest systematyczność.

*Piśmiennictwo u autorów*

## Biomarkery w zespole pęcherza nadreaktywnego

Dr n. med. Jacek Tomaszewski

II Katedra i Klinika Ginekologii UM w Lublinie

Postęp, jaki dokonał się w neurofizjologii, zrozumieniu patogenezy, diagnostyce oraz leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego zaowocował podjęciem działań mających na celu opracowanie testów biochemicznych/obrazowych/genetycznych umożliwiających jeszcze bardziej efektywną identyfikację chorych z OAB. Idealny biomarker OAB powinien charakteryzować się nie tylko wysoką czułością i swoistością diagnostyczną, ale być także przydatny pod kątem prognostycznym, biorąc pod uwagę unikalny profil anatomiczny pacjenta z nadreaktywnością pęcherza. Oczywiście, materiał biologiczny do testu powinien być pozyskany prostymi metodami nieinwazyjnymi (mocz, USG, MRI) lub minimalnie inwazyjnymi (krew, spektroskopia w podczerwieni), badanie nie powinno być czasochłonne, skrining powinien być powtarzalny i wiarygodny, możliwy do wykonania przez każde laboratorium/szpital, a koszty badania przesiewowego w kierunku OAB akceptowane z punktu widzenia ekono-

miki leczenia. Jak dotąd nie dysponujemy „idealnym narzędziem diagnostycznym” w profilaktyce, wykrywaniu czy kontroli terapii chorych z OAB. Poniżej prezentuję kilka substancji aktywnych biologicznie, badań obrazowych, genetycznych, które mogą zostać potencjalnie wykorzystane jako marker zagrażającej lub dokonanej nadreaktywności pęcherza moczowego.

### Czynnik wzrostu nerwów (NGF)

Jest polipeptydem o masie 26 kDa, który obok czynnika neurotroficznego pochodzenia mózgowego (BDNF), neutrofin 3-6, należy do superrodziny białek regulujących czynność neuronów centralnego układu nerwowego (wzrost, różnicowanie, regenerację, degenerację, gojenie uszkodzeń tkankowych). NGF/NGFR zidentyfikowano w pęcherzu moczowym i ośrodkach mikcji u ludzi. Ponadto NGF jest syntetyzowany przez neurony uszkodzonych aferentnych włókien typu C. Tkankowa lokali-

zacja NGF/NGFR nie zawsze koreluje z gęstością włókien nerwowych.

NGF produkowany przez komórki urotelium jest uwalniany do światła pęcherza. Rozciąganie ściany pęcherza zwiększa produkcję i sekrecję NGF. Wykazano, że do-rdzeniowe/dopęcherzowe podanie NGF indukuje nadreaktywność pęcherza, a zawartość NGF w pęcherzu moczowym/zwojach grzbietowych zwiększa się po ura-zie rdzenia kręgowego.

Nadreaktywność pęcherza może być uwarunkowana gęstym unerwieniem jego ściany (stymulujące działanie neurotrofin typu 3 i 4, NGF, BDNF oraz czynnika wzro-stu nerwów pochodzenia glejowego - glia-derived neu-rothrophic factor (GDNF)). Efektem pobudzenia zbyt dużej liczby włókien nerwowych w fazie gromadzenia moczu (rozciąganie ściany pęcherza) jest niewspółmier-ny do objętości moczu skurcz mięśnia wypieracza w idio-patycznej postaci OAB.

| Skrót Biomarkera | Pełna nazwa biomarkera                              | Możliwe zastosowanie w praktyce klinicznej   |
|------------------|---|--|
| NGF              | <b>Czynnik wzrostu nerwów (Nerve Growth Factor)</b> | Stężenie NGF w moczu jest podwyższone u pacjentów z OAB, z neurogennym pęche-rzem nadreaktywnym, zespołem bólowym pęcherza moczowego (PBS)/zapaleniem śródmięzszowym pęcherza (IC).<br>U nieleczonych chorych z OAB lub pacjentów nie reagujących na leczenie antycho-linergiczne, toksyna botulinowa redukuje czynność wypieracza (odczucie parcia), co było skorelowane ze zmniejszeniem syntezy/wydzielania NGF do moczu.<br>Stężenie NGF w moczu jest czulszym wskaźnikiem OAB wet niż ocena DWT. Dla OAB dry stężenie NGF nie było podwyższone. |

## Czynnik neurotroficzny pochodzenia mózgowego (BDNF)

Polipeptyd wydzielniczy należący do klasy neurotrofin - białek o działaniu neuroprotekcijnym. BDNF kontrolu-je procesy różnicowania/apoptozy komórek ośrodkowe-go układu nerwowego, modyfikuje zjawisko plastyczno-ści oraz transmisji synaptycznej neuronów. BDNF wią-że się z receptorami z rodziny kinazy tropomiozynowej (TrkB) oraz z receptorami p75NTR, które pełnią funk-

cję ko-receptora dla Trk, lub aktywują niezależne ścież-ki transmisji sygnałów neuronalnych, np. via kompleks receptora Nogo/białko MAG (hamowanie wzrostu ak-sonów).

W zdrowej tkance nerwowej neurony stanowią głów-ne źródło i punkt uchwytu dla czynników neurotroficz-nych. W warunkach patologicznych dodatkowa synte-za BDNF przez monocyty kompensuje ich niedobór w tkance nerwowej.

| Skrót Biomarkera | Pełna nazwa biomarkera  | Możliwe zastosowanie w praktyce klinicznej   |
|------------------|---|--|
| BDNF             | <b>Czynnik neurotroficzny pochodzenia mózgowego (Brain-Derived Neurotrophic Factor)</b> | Zwiększoną aktywność BDNF odnotowano w schorzeniach przebiegających z odczy-nem zapalnym ściany pęcherza moczowego.<br>U chorych z OAB wykazano podwyższoną koncentrację BDNF w moczu. Stężenie biał-ka korelowało ze stopniem nasilenia objawów nadreaktywności pęcherza moczowego.<br>U chorych z IC/PBS podwyższone stężenie BDNF w moczu zmniejszało się po terapii toksyną botulinową, co wskazuje na przydatność tego białka jako markera poprawy funkcji mięśnia wypieracza pęcherza moczowego. |

## Prostaglandyny

Prostaglandyny syntetyzowane są w komórkach urothe-lium/mięśnia wypieracza pęcherza moczowego przez cyklooksygenazy COX-1/COX-2 w odpowiedzi na uraz tkankowy indukowany przez czynniki chemicz-ne, fizyczne, mediatory stanu zapalnego lub po aktyw-

cji receptorów wrażliwych na rozciąganie zlokalizowa-nych w ścianie wypieracza. W wypieraczu zlokalizowa-no receptory dla prostanoidów, które prawdopodobnie nasilają uwalnianie acetylocholino z zakończeń choli-nergicznych.

Prostaglandyny modyfikują napięcie spoczynkowe włó-

| Biomarker             | Możliwe zastosowanie w praktyce klinicznej   |
|-----------------------|--|
| <b>Prostaglandyny</b> | Brak jednoznacznych danych klinicznych potwierdzających bądź wykluczających efekt hipersekcji prostaglandyn przez komórki ściany pęcherza moczowego na wystąpienie objawów nadreaktywności.<br>U chorych z OAB odnotowano podwyższone stężenie prostaglandyn w moczu. Co ciekawe, wykazano odwrotną ko-relację pomiędzy stężeniem prostaglandyn w moczu, a odczuciem pierwszej potrzeby oddania moczu oraz pojem-nością cystometryczną pęcherza moczowego.<br>Inne badania podważają przydatność oceny stężenia prostaglandyn w moczu jako wskaźnika klinicznego nasilenia IC/PBS/OAB. |

kien wypieracza pęcherza moczowego oraz modulują neuroprzekaźnictwo drogach nerwowych zstępujących/wstępujących. Odgrywają również istotną rolę w sensytyzacji nerwów czuciowych.

Zapalenie nabłonka przejściowego dróg moczowych zwiększa ekspresję COX-2 i stężenie prostaglandyn, które stymulują zakończenia nerwowe dla kapsaicyny, a w konsekwencji prowadzą do skurczu mięśnia wypieracza. Efekt ten zaobserwowano w popromiennym zapaleniu pęcherza moczowego, zapaleniu pęcherza po terapii cyklofosfamidem oraz po urazie pęcherza moczowego spowodowanym cewnikowaniem. Nadreaktywność wypieracza na tle schorzeń neurologicznych często współistnieje z nadaktywnością cyklooksygenaz. Przewlekła rozstrzeń pęcherza zwiększa ekspresję

COX-2 (stymulacja mechaniczna) i może prowadzić do zwłóknienia i/lub zaburzenia transmisji sygnałów mięszykomórkowych.

### Cytokiny

Są to glikoproteidy przekaźnikowe macierzy pozakomórkowej o działaniu pro- i przeciwzapalnym. Modyfikują gojenie rany przez wpływ na etap zapalenia tkankowego, różnicowania, proliferacji, migracji komórek, włóknienia, regulują ekspresję białek adhezyjnych na komórkach śródbłonka, indukują syntezę prostaglandyn, wpływają na syntezę białek ostrej fazy, aktywują komórki fazy zapalenia: neutrofile, makrofagi, komórki tuczne. Kontrolują wszystkie etapy odpowiedzi immunologicznej - indukcyjną, efektorową i wygaszającą.

| Biomarker | Możliwe zastosowanie w praktyce klinicznej   |
|-----------|--|
| Cytokiny  | <p>Markery ostrego uszkodzenia nerki.</p> <p>Hipotetycznie - przydatne w ocenie klinicznego nasilenia OAB. U pacjentów z nadreaktywnością pęcherza stwierdzono 5-10 krotnie wyższe stężenia wybranych cytokin, chemokin, czynników wzrostu, oraz niektórych rozpuszczalnych frakcji receptorów błonowych.</p> <p>Duże nadzieje wiąże się z proteomiką mikromacierzy cytokin w diagnostyce OAB. W moczu uzyskanym od pacjentów z nadreaktywnością pęcherza zidentyfikowano 120 cytokin, unikalnych pod względem charakterystyki molekularnej dla chorych OAB. W porównaniu do próbek moczu uzyskanych od osób zdrowych/z infekcją pęcherza moczowego, u chorych z OAB odnotowano zmniejszenie ekspresji niektórych typów cytokin.</p> |

## Badanie urodynamiczne w woj. warmińsko-mazurskim

W najnowszym numerze Kwartalnika NTM prezentujemy Państwu listę pracowni urodynamicznych z województwa warmińsko-mazurskiego.

Według zebranych danych (stan na 11.2012) w województwie warmińsko-mazurskim pełne badanie urodynamiczne wykonuje obecnie 7 placówek - część z nich przeprowadza badanie jedynie u dorosłych. Pacjenci, którzy chcą skorzystać z diagnostyki w ramach refundacji NFZ, muszą liczyć się z koniecznością oczekiwania w kolejce, nawet do dwóch miesięcy.

Porównując obecne dane ze statystykami sprzed czterech lat (kiedy po raz pierwszy analizowaliśmy sytuację w województwie) liczba pracowni urodynamicznych wzrosła o dwie. Pełny wykaz placówek wykonujących badania urodynamiczne na terenie całego kraju dostępny jest na stronie internetowej [www.ntm.pl](http://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](mailto:ntm@ntm.pl).

### Elbląg

1. Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Miejski im. Jana Pawła II; ul. Żeromskiego 22
2. NSZOZ METER PRO VITA, Centrum Profilaktyki Zdrowia; ul. Bema 42
3. Urologia Centrum Pracownia ESWL; ul. Królewiecka 146 (badanie tylko dla dorosłych)

### Lidzbarski

1. NZOZ ESKULAP; ul. Zieluńska 25

### Olecko

1. Centrum Medyczne Zakład Opieki Zdrowotnej „OLMEDICA”; ul. Gołdapska 1

### Olsztyn

1. Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. prof. Stanisława Popowskiego; ul. Żołnierska 18
2. Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii; ul. Wojska Polskiego 37

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji uzyskanych w placówkach oraz danych zamieszczonych na ich stronach internetowych

# Zaburzenia seksualne a nietrzymanie moczu

lek. med. Anna Bonder-Nowicka

Oddział urologii, Szpital Bielański im. Ks. Jerzego Popiełuszki w Warszawie

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby, czy kalectwa, ale także stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu. Nietrzymanie moczu (NTM), choć nie jest stanem zagrażającym życiu dobitnie dotyczy wszystkich elementów tej definicji. Pacjenci ze wszystkimi głównymi postaciami NTM (wysiłkowym, mieszanym i nagłym) doświadczają negatywnych skutków tego schorzenia zarówno w sferze fizycznej (podrażnienie skóry okolicy genitalnej objawiające się swądem, dyskomfortem i nierzadko prowadzące do bakteryjnych oraz grzybiczych



infekcji), psychicznej (zaburzenia depresyjne, wzmożony stres wywołany wstydem i lękiem przed niekontrolowanym wyciekaniem moczu oraz wynikająca z powyższych utrata pewności siebie) oraz społecznej (wycofywanie się z wydarzeń towarzyskich oraz kulturalnych i redukcja aktywności fizycznej, co prowadzi do poczucia izolacji i utraty niezależności).

NTM jako samodzielny czynnik oraz wszystkie wymienione wyżej okoliczności dramatycznie wpływa na aktywność seksualną pacjentów. Aż 30,5% (wśród kobiet 46%) chorych skarży się na zaburzenia seksualne związane z NTM tj.: hipolibidemię (zmniejszenie popędu płciowego), osłabione pobudzenie, zaburzenia fazy orgazmu, zaburzenia erekcji oraz ból podczas współżycia (dyspareunia i bolesna ejakulacja).

## Zaburzenia seksualne a NTM u kobiet

Cechą wspólną dla nietrzymania moczu i zaburzeń seksualnych u kobiet jest powszechne występowanie (dotyczy od 30% do 50% pacjentek) oraz wzrastająca z wiekiem częstość występowania i stopień nasilenia objawów. Andrea Salonia w badaniu z 2003 r. przebadał 227 pacjentek w średnim wieku 52 lat (od 19 do 66), 59% z nich było leczonych z powodu NTM. Spośród nich 38% miało objawy nagłego NTM, 62% - wysiłkowego. Objawy LUTS (częstomocz, objawy dyzuryczne) bez epizodów infekcji

układu moczowego prezentowało 11%, a z nawracającymi infekcjami - 29%. 40% badanych było w fazie menopauzy. Przebadane pacjentki zgłaszały cztery typy objawów zaburzeń seksualnych: zaburzenia fazy pożądania, podniecenia, orgazmu oraz zespoły bólowe. Kobiety z hipolibidemią (34%, z czego 62% w trakcie menopauzy) skarżyły się na nasilenie parć nagłych z częstszymi epizodami NTM podczas próby współżycia. Zmniejszenie lub brak wrażliwości pochwy z towarzyszącą suchością zgłosiło 23% pacjentek (w tym 30% w trakcie menopauzy) w grupie zaburzeń podniecenia. Opóźniony orgazm lub anorgazmia dotyczyła 11% pacjentek (45% po menopauzie). Na zaburzenia seksualne związane z bólem skarżyło się 44% kobiet, u 84% z nich zdiagnozowano pełnoobjawową dyspareunię. Nawracające infekcje pęcherza moczowego korelowały z występowaniem bólu niezależnie od czynności seksualnych (16% badanych). Nie zaskakuje również fakt, że aż 21% kobiet skarżyło się na więcej niż jedno zaburzenie. Wszystkie przebadane pacjentki zgłosiły potrzebę diagnozowania i leczenia zaburzeń seksualnych, przed badaniem tylko 26% z nich miało taką możliwość.

Porównanie pacjentek z objawami NTM z grupą kontrolną za pomocą testu FSFI (Female Sexual Function Index) wskazuje na zaburzenia pożądania (2.0 vs. 3.2,  $p < 0.01$ ), odpowiedniego nawilżenia pochwy (3.2 vs. 4.4,  $p = 0.01$ ), mniejszą satysfakcję seksualną 2.7 vs. 4.0 ( $p < 0.01$ ) i częstość występowania bólu podczas stosunku 1.8 vs. 4.0 ( $p < 0.001$ ). Najmniej różnic stwierdzono w zakresie zaburzeń fazy orgazmu (4.1 vs. 4.4,  $p = n.s.$ ) i podniecenia (2.8 vs. 3.6,  $p = n.s.$ ).

Stwierdzono również, że leczenie nietrzymania moczu znacząco wpływa na poprawę życia seksualnego pacjentek. Dr Halina Zyczynski podczas dwuletniej obserwacji chorych poddanych zabiegom załonowego lub przezzałonowego podwieszenia cewki moczowej stwierdziła istotną poprawę funkcji seksualnych ocenianą za pomocą formularzy PISQ-12 (pelvic organ prolapse/urinary incontinence sexual questionnaire): z 32,8 do 37,3 punktów, na 48 możliwych. Wśród badanych pacjentek osobną grupę stanowiły kobiety z objawami nadreaktywności pęcherza (mieszane NTM). Przed operacją oceniały one gorzej swoją aktywność seksualną, a kontrolne badania nie pokazywały znaczącej poprawy. Tym samym można stwierdzić, że nagłe NTM jest silniejszym czynnikiem ryzyka dysfunkcji seksualnych niż powikłania pooperacyjne.

## Zaburzenia seksualne a NTM u mężczyzn

NTM rzadziej dotyczy mężczyzn i jest jednym z objawów określanym mianem LUTS obok częstomoczu, parć nagłych, osłabionego strumienia moczu, wyczekiwania na mikcję, zalegania po mikcji i nykturii. Są one powszech-



ne w populacji starzejących się mężczyzn, ale ich wpływ na jakość życia, w tym na aktywność seksualną jest niezależny od wieku i schorzeń współistniejących. W rozlicznych badaniach analizowano wpływ LUTS na aktywność seksualną zarówno w populacji ogólnej, jak i wśród chorych uczęszczających do poradni urologicznych. Pacjenci skarżyli się na osłabienie erekcji (35-63%), zmniejszenie wytrysku (28-67%) i ból podczas ejakulacji (4-17%). Aż 45% pacjentów stwierdziło, że LUTS „zepsuły” im życie seksualne, a 70% uważa wpływ LUTS na aktywność seksualną za istotny problem.

Z badań zostali wyłączeni pacjenci z rakiem prostaty (CaP) ponieważ jest on niezależnym i istotnym czynnikiem wystąpienia zaburzeń seksualnych zarówno ze względu na swoją istotę (naciekanie pęczków naczyniowo-nerwowych, objawy depresyjne i lękowe związane

z diagnozą), jak i metody jego leczenia (prostatektomia radykalna, radioterapia z pól zewnętrznych oraz brachyterapia, hormonoterapia).

Wśród mężczyzn, podobnie jak u kobiet zaobserwowano poprawę funkcji seksualnych po leczeniu NTM. Zauważono paradoksalnie, że zastosowanie inhibitorów fosfodiesterazy, dotychczas używanych w leczeniu zaburzeń erekcji, poprawia kontrolę nad mikcjami i zmniejsza dokuczliwość LUTS. Jednak użycie inhibitorów fosfodiesterazy w leczeniu zaburzeń seksualnych u kobiet wymaga wciąż potwierdzenia w badaniach.

NTM i inne objawy LUTS oraz dysfunkcje seksualne nie są łatwe w diagnozowaniu ani w leczeniu, a ich wpływ na jakość życia jest istotny. Wobec starzejącego się społeczeństwa skuteczne postępowanie w przypadku zaburzeń seksualnych będzie więc nabierało coraz większego znaczenia.

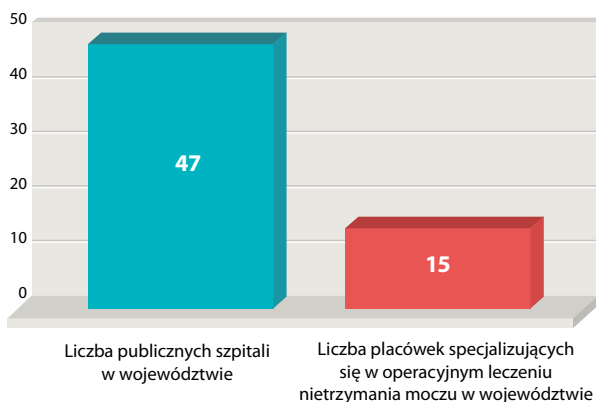
## Operacje z użyciem taśm w woj. dolnośląskim

W bieżącym numerze Kwartalnika NTM prezentujemy Państwu placówki z województwa dolnośląskiego, w których wykonywane są zabiegi operacyjne nietrzymania moczu przy użyciu taśm syntetycznych. Według naszych statystyk, obecnie w regionie, tego typu operacje nietrzymania moczu przeprowadza się w 15 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 2008 roku sytuacja uległa poprawie. Kiedy po raz pierwszy prezentowaliśmy Państwu dane dotyczące operacyjnego leczenia NTM w województwie dolnośląskim, informacje odnośnie wykonywania zabiegów z użyciem taśm zdecydowało się udostępnić jedynie 9 placówek.

Obecnie na 47 publicznych szpitali w województwie, które dysponują oddziałami ginekologicznymi

### Placówki specjalizujące się w operacyjnym leczeniu NTM w woj. dolnośląskim\*



\* dane szacunkowe powstałe w oparciu o wywiady z placówkami i informacje zamieszczone na stronach internetowych placówek

Źródło: opracowanie własne

mi, ginekologiczno-położniczymi oraz ginekologii onkologicznej (20) i oddziałami urologicznymi (9) (źródło: [www.rpwdl.csioz.gov.pl/RZOZ](http://www.rpwdl.csioz.gov.pl/RZOZ)), 15 placówek specjalizuje się w leczeniu nietrzymania moczu metodą operacyjną.

Poniżej prezentujemy listę szpitali, w których można wykonać zabiegi. Lista powstała w oparciu o informacje uzyskane od przedstawicieli danych placówek. Zastrzegamy sobie, że lista może być niepełna.

#### GNIEZNO

1. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Bogatyni, ul. Wyczółkowskiego 15

#### BOLESŁAWIEC

1. Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu, ul. Jeleniogórska 4

#### GÓRA

1. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej, ul. Hirszfelda 8

#### JELEŃ GÓRA

1. Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej, ul. Ogińskiego 6

#### KŁODZKO

1. Zespół Opieki Zdrowotnej, ul. Szpitalna 1

#### LEGNICA

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, ul. Iwaskiewicza 5

#### MILICZ

1. Szpital Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Grzybowa 1

#### WAŁBRZYCH

1. Szpital Ginekologiczno-Położniczy, ul. Paderewskiego 10

#### WROCLAW

1. IV Wojskowy Szpital Specjalistyczny z Polikliniką, ul. R. Weigla 5
2. Akademicki Szpital Kliniczny we Wrocławiu, ul. Borowska 213
3. Prywatna Poliklinika „Na Grobli”, ul. Hirszfelda 1
4. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych we Wrocławiu, ul. Olbiańska 32
5. Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu, ul. Warszawska 2
6. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, ul. Kamieńskiego 73A

#### ZGORZELEC

1. Wielospecjalistyczny Szpital - Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu, ul. Lubańska 11-12

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji uzyskanych w placówkach oraz danych zamieszczonych na ich stronach internetowych

# Kompleksowe leczenie nietrzymania moczu

## Klinika Ginekologii i Uroginekologii w Policach

Kinga Suwała

**W**bieżącym numerze Kwartalnika NTM, w cyklu poświęconym placówkom specjalizującym się w leczeniu NTM, prezentujemy Klinikę Ginekologii i Uroginekologii w Policach, będącą częścią Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego im. prof. Tadeusza Sokołowskiego w Szczecinie. Siedziba główna szpitala wraz z częścią oddziałów znajduje się w Szczecinie, natomiast opisywana klinika mieści się w Policach.

### Trochę historii

Szpital zaczęto budować już w 1936 r. jako lecznicę na potrzeby niemieckiego wojska. Po wojnie funkcjonował on pod różnymi nazwami, doskonale wyposażony otwierał kolejne oddziały. Uznawany był za jeden z najnowocześniejszych szpitali w Polsce. W 1998 r. w budynku wybuchł pożar, który strawił część szpitala, jednak intensywne prace umożliwiły szybkie uruchomienie na nowo więk-

ne, badania nasienia, inseminacje homo- i heterologiczne, zapłodnienie in vitro, ICSI, diagnostykę histeroskopową i laparoskopową, diagnozuje i leczy zaburzenia hormonalne, zajmuje się leczeniem schorzeń szyjki macicy (kolposkopia, wycinki i leczenie operacyjne), oferuje pełen zakres zabiegów operacyjnych. Klinika zajmuje się również diagnostyką i leczeniem nietrzymania moczu oraz zaburzeń statyki narządów miednicy. Na terenie kliniki znajduje się pracownia urodynamiczna, w której pacjentki są poddawane ocenie dróg moczowych i diagnozowane do dalszego leczenia. Pacjentki cierpiące na pęcherz nadreaktywny poddawane są leczeniu zachowawczemu. *Klinika znajduje się na Wydziale Nauk o Zdrowiu, na którym jednym z kierunków jest fizjoterapia, mamy więc możliwość przeprowadzenia rozmaitych fizjoterapeutycznych zabiegów wspomagających leczenie pacjentek* - mówi w rozmowie z Kwartalnikiem NTM prof. Andrzej Starczewski. Chore wymagające leczenia operacyjnego mogą liczyć na operacje drogą brzuszną oraz klasyczne operacje z użyciem taśm TOT oraz TVT wykonywane drogą przezpochwową. Pomoc uzyskują również pacjentki z zaburzeniami statyki narządu płciowego. *Częstym przypadkiem są sytuacje, w których po leczeniu obniżenia narządów miednicy występuje nietrzymanie moczu i odwrotnie, jeżeli nie wykona się operacji zaburzeń statyki, to nie można też zrobić operacji nietrzymania moczu, ponieważ wtedy będziemy mieć do czynienia z sytuacją zatrzymania moczu* - wyjaśnia prof. Starczewski - *tych operacji się z reguły ze sobą nie łączą, aczkolwiek jeżeli naprawia się statykę, to bardzo często, przy okazji leczy się nietrzymanie moczu. W zakresie zabiegów naprawy statyki, wykonywane są operacje od strony pochwy, a także metodą laparoskopową od strony brzucha, czyli podwieszanie macicy lub pochwy do kości krzyżowej. Nietrzymanie moczu jest problemem społecznym* - uważa prof. Starczewski - *w związku z tym, że społeczeństwo się starzeje jest coraz więcej kobiet w wieku, w którym nietrzymanie moczu jest już bardzo częste. Po 60. roku życia nietrzymanie moczu dotyczy już blisko 60% kobiet. Na szczęście edukacja i świadomość też jest coraz większa, coraz częściej mówi się o problemie NTM i zauważalne jest to, że kobiety liczniej zgłaszają się po pomoc* - dodaje. W klinice rocznie przeprowadzanych jest ok. 100 operacji nietrzymania moczu, drugie tyle zabiegów dotyczy naprawy zaburzeń statyki. Dodatkowo w klinice szkolą się studenci V i VI roku Wydziału Lekarskiego oraz Wydziału Nauk o Zdrowiu, w tym również studenci anglojęzyczni. Lekarze ginekolodzy mają możliwość dokończenia się w zakresie endokrynologii ginekologicznej, diagnostyki laparoskopowej i histeroskopowej oraz laparoskopii i histeroskopii operacyjnej dzięki specjalistycznym szkoleniom odbywającym się na terenie kliniki.



szości oddziałów, niestety część z nich długo musiała być restaurowana. W tym czasie sukcesywnie zaczęły powstawać też kolejne oddziały. W 2009 r., w wyniku przekształceń, doszło do podziału Kliniki Rozrodczości i Ginekologii na Klinikę Ginekologii i Uroginekologii oraz Klinikę Medycyny Rozrodu i Ginekologii. Szpital może poszczycić się licznymi certyfikatami, dyplomami oraz nagrodami, jak np. kilkukrotne znalezienie się w gronie wyróżnionych certyfikatem „Bezpieczny Szpital”.

### Działalność Kliniki

Klinikę Ginekologii i Uroginekologii kieruje prof. dr hab. n. med. Andrzej Starczewski. Zakres działalności kliniki jest bardzo szeroki. Oferuje diagnostykę i leczenie niepłodności małżeńskiej, w tym HSG, badania hormonal-

# UroConti walczy z mitami

## Jaka jest rzeczywista refundacja środków absorpcyjnych w Polsce?

Katarzyna Walewska



**M**inisterialne rozporządzenie regulujące dostęp do zaopatrzenia w środki pomocnicze gwarantuje refundację 60 szt. pieluchomajtek na miesiąc. Refundacja jest podzielona, pod względem limitów cenowych, na dwie grupy. Pierwszą z nich stanowią osoby cierpiące na choroby onkologiczne, które otrzymują 100% refundacji na środki absorpcyjne w limicie cenowym do 77 zł. Druga grupa to m. in. osoby z głębokim upośledzeniem umysłowym, zespołem otępiennym, cierpiący na wady rozwojowe czy choroby mające podłoże neurologiczne. Tej grupie chorych przysługuje 70% refundacji do limitu 90 zł, pozostałe 30% kosztów zakupu choroby pokrywają z własnych środków. Z powyższych założeń wynika, że chorzy powinni otrzymać, w ramach refundacji, 2 sztuki pieluchomajtek na dobę. Czy jednak zawarte w rozporządzeniu limity mają odzwierciedlenie w rzeczywistości? Wyjaśnienia tego, jaka jest prawdziwa redundacja środków absorpcyjnych w Polsce oraz ile w rzeczywistości środków chłonnych otrzymuje chory, podjęło

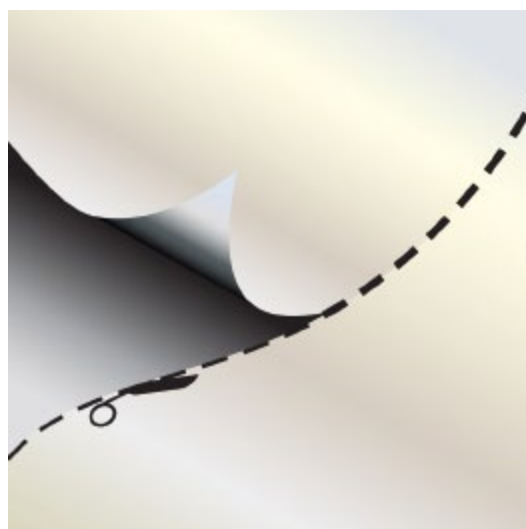
się Stowarzyszenie „UroConti”, które na podstawie powszechnie dostępnych danych oraz cen rynkowych środków absorpcyjnych obliczyło, jak wygląda rzeczywista refundacja. Przy założeniu średnich cen rynkowych środków absorpcyjnych 2 zł za pieluchmajtke oraz 1,50 zł za pieluchę anatomiczną i zestawieniu ich z limitami cenowymi, jakie określa w swoim rozporządzeniu resort zdrowia, okazało się, że chory otrzymuje miesięcznie średnio 31 szt. pieluchomajtek lub 42 szt. pieluch anatomicznych, co w przeliczeniu daje średnio tylko 1 pieluchę na dobę. Ponadto koszty jakie ponoszą pacjenci wynoszą ok. 50% całego zaopatrzenia, a nie 30%, jak gwarantuje ministerialne rozporządzenie. Wynika z tego, że NFZ opłaca chorym tylko połowę refundacji, którą określa rozporządzenie. Stowarzyszenie „UroConti” chcąc nagłośnić problematykę ograniczonego dostępu do zaopatrzenia oraz ponaglić

zmianę tej niecierpiącej zwłoki sytuacji, wysłało do przedstawicieli środowiska politycznego oraz urzędników resortu zdrowia i NFZ, przesyłkę zawierającą fragment pieluchy symbolizujący połowę refundacji, jaką osoby z NTM otrzymują z budżetu państwa. *Mamy nadzieję, że nasza przesyłka zwróci uwagę polityków na nierealne limity oraz skłoni ich do zastanowienia się nad tym czy refundacja jednej pieluchy na dobę może zapewnić komfort i higienę osobistą osobie cierpiącej na nietrzymanie moczu, a w efekcie zobliguje urzędników Ministerstwa do przygotowania nowelizacji przepisów* - argumentuje Anna Sarbak - Prezes „UroConti”. To nie pierwszy raz, kiedy Stowarzyszenie „UroConti” w zaskakujący sposób próbowało zwrócić uwagę urzędników na niewłaściwe przepisy. Do-

tychczas wysłano już paczkę z pieluchą i butelką wody, symbolizującą niewystraszające limity zaopatrzenia oraz breloczek w kształcie samochodu, mający zwrócić uwagę na kosztowne, porównywalne do ceny zakupu małego samochodu, leczenie powikłań występujących u osób z NTM. Ostatnia akcja ma za zadanie uświadomić Ministerstwu, że już najwyższy czas znowelizować przestarzałe przepisy regulujące zaopatrzenie w środki pomocnicze, które nie były zmieniane od ponad 12 lat. Ostatnia nowelizacja rozporządzenia mają-

ca realne znaczenie dla zaopatrzenia w środki absorpcyjne miała miejsce w 2003 roku, kiedy to do wykazu refundowanych środków dodano wkładki urologiczne. Obowiązujące limity ilościowe i cenowe nie były zmieniane od 1999 roku, i jak pokazują powyższe wyliczenia, znacząco mijają się one z rzeczywistymi potrzebami osób cierpiących na NTM.

Warto dodać, że poza nieadekwatnymi limitami, w rozporządzeniu brakuje również jednostki chorobowej „nietrzymanie moczu”, uprawniającej do otrzymania refundacji, jak i uprawnień do wypisywania zleceń na środki chłonne dla specjalistów ginekologa i geriatry. Zgodnie z ustawą refundacyjną, finalny termin wejścia w życie znowelizowanych przepisów upływa 1 stycznia 2014 r., Ministerstwu pozostało więc coraz mniej czasu na przygotowanie dobrego projektu nowego rozporządzenia.





# Personel opiekuńczy w Polsce



Dr Elżbieta Szwałkiewicz

Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych

**P**odniesienie poziomu gospodarczego, socjalnego, zmiana stylu życia oraz postęp w medycynie połączony z powszechną dostępnością do świadczeń systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej wpływa na wydłużanie trwania życia. Polska podobnie jak Europa, szybko „starzeje się”, co już obecnie powoduje poważne konsekwencje społeczno-ekonomiczne. Taką konsekwencją starzenia się jest wzrost zagrożenia chorobami przewlekłymi, których cechą charakterystyczną jest niemożność wyleczenia połączona z postępującym upośledzeniem funkcji ciała, co z kolei powoduje konieczność zapewnienia długotrwałej opieki tej grupie osób. Tak więc rosnący odsetek ludzi starych będzie miał wpływ nie tylko na system świadczeń społecznych nadzorowanych przez państwo, ale też na rynek dóbr i usług zakupywanych w celu zaspokajania rozmaitych potrzeb osób zależnych od opieki. Już obecnie w Polsce, w populacji ponad 4 mln osób wyodrębnionych statystycznie jako „wymagające opieki innych osób”, około 1 mln jest niesamodzielnymi, a ponad 756 tysięcy osób (18,2%) zamieszkuje samotnie w tzw. 1-osobowych gospodarstwach. W grupie tej, osoby w podeszłym wieku (powyżej 70 lat) stanowiły 68,9%. Z powodu bardzo ograniczonej dostępności do profesjonalnej opieki domowej, wielu ludzi decyduje się na całodobową opiekę instytucjonalną. Decyzja o opuszczeniu swojego środowiska i zamieszkaniu w domu opieki jest przez większość tych osób odczuwana jako wymuszona, dramatyczna i ostateczna. Nieco lepiej ludzie znoszą przymus zamieszkania u najbliższych członków rodziny. Wszędzie tam gdzie pojawia się osoba niesamodzielną potrzebny jest opiekun, gdyż bez jego pomocy życie jest pełne cierpienia, a niekiedy wręcz niemożliwe. Wszystkie kraje Unii Europejskiej koncentrują się na rozwiązaniu poważnych problemów kadrowych w sektorze opieki długoterminowej. W tej sytuacji nie do przecenienia jest rola zarówno opiekunów profesjonalnych (czyli świadczących opiekę zawodowo) jak i opiekunów nieformalnych (najczęściej są to opiekunowie rodzinni). W każdym kraju system społeczny w dużej mierze opiera się na opiece nieformalnej (rodzinnej) jednak nie bierze się pod uwagę, że rynek pracy wymusza na pracownikach pełną dyspozycyjność w pracy co uniemożliwia sprawowanie bezpośredniej opieki nad chorymi i niepełnosprawnymi członkami rodziny. Niesamodzielną starą osobę ma w zasadzie dwa marzenia: pozostanie we własnym mieszkaniu i nieobciążanie rodziny opieką nad sobą. Takie po-

dejście do własnej choroby i niepełnosprawności w naturalny sposób stwarza zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze. W naszym kraju funkcjonuje kilka zawodów świadczących usługi opiekuńcze. Według rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2010 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania, zawody opiekuńcze to:

- opiekunka dziecięca (nr zawodu 325905) zakwalifikowana do średniego personelu ds. zdrowia,
- opiekun medyczny (nr zawodu 532102) jest to pomocniczy personel medyczny, zakwalifikowany do grupy pracowników opieki osobistej w ochronie zdrowia,
- asystent osoby niepełnosprawnej (nr zawodu 341201) zakwalifikowany do grupy pracowników pomocy społecznej i pracy socjalnej,
- opiekun osoby starszej (nr zawodu 341202) zakwalifikowany do grupy pracowników pomocy społecznej i pracy socjalnej,
- opiekun w domu pomocy społecznej (nr zawodu 341203) zakwalifikowany do grupy pracowników pomocy społecznej i pracy socjalnej,
- opiekunka środowiskowa (nr zawodu 341204) zakwalifikowana do grupy pracowników pomocy społecznej i pracy socjalnej.

Kwalifikacje w zawodach opiekuńczych zdobywa się w kształceniu szkolnym. Między tymi zawodami istnieją pewne różnice w programie kształcenia i zakresie kompetencji, ale wspólnym zakresem jest pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych osobie, która z powodu upośledzenia funkcji ciała nie jest w stanie samodzielnie funkcjonować. Potrzeba podstawowa to taka, której niezaspokojenie wywołuje chorobę i w następstwie śmierć. Do takich potrzeb należy potrzeba oddychania, jedzenia, picia, wydalania, higieny ciała, poruszania się, przyjmowania zaleconych leków itd. Zakres wsparcia udzielanego przez opiekuna przedstawiam w formie „mapy aktywności opiekuna”.

Podstawowym problemem w polskim systemie zabezpieczenia opieki długoterminowej nad osobami, które z powodu choroby, urazu lub wieku są niezdolne do samodzielnej egzystencji, jest brak uwarunkowań prawnych i finansowych do budowy odpowiedniej do potrzeb infrastruktury. Szczególnie dotkliwy jest brak warunków zabezpieczających wystarczająco liczną grupę wykwalifikowanych



pracowników systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Obecnie i w przyszłości, wydolność formalnego systemu opieki we wszystkich społeczeństwach europejskich będzie zależeć od zaangażowania opiekunów nieformalnych. Być może to jest powodem podtrzymywania w naszym społeczeństwie przeświadczenia o moralnym obowiązku świadczenia opieki słabszym członkom rodzin. Co więcej, personel medyczny i pomocy społecznej, mimo zmian demograficznych i dokonującej się transformacji w polskiej rodzinie, nadal oczekuje, że członkowie rodzin będą tę opiekę w pełni kontynuować i poszerzać odpowiednio do pogarszającego stanu osoby objętej opieką. Ma to być pancerzem na brak środków na opiekę formalną. Zaczyna być normą, że opiekunowie po prostu wypełniają formalne luki w zabezpieczeniu opieki i uzupełniają (różnego rodzaju) niedobory opieki świadczonej publicznie, a pracownicy profesjonalni (pielęgniarki, opiekunowie) traktują opiekunów nieformalnych jako pracowników drugiej kategorii, którzy są obowiązani pielęgnować swych bliskich przebywających w szpitalu



czy w zakładzie opieki długoterminowej. W przeciwnym razie pacjenci niesamodzielni poniosą zdrowotne skutki zaniedbań pielęgnacyjnych. Należy pilnie znaleźć odpowiedź, kto zaspokoi podstawowe potrzeby opiekunów nieformalnych, gdyż oni również wymagają i zasługują na wsparcie. W większości krajów UE, także w Polsce, nie ma ani prawnych regulacji tej kwestii, ani rzeczywistego zainteresowania, mimo cyklicznego ukazywania się w mediach wstrząsających informacji o skutkach braku właściwej opieki formalnej i wyczerpania opiekunów nieformalnych. Sytuacja ta spowodowała aktywizację i konsolidację osób, których ten problem dotyczy. Powstają stowarzyszenia, takie jak Eurocarers, które chcą zabierać głos publicznie i w debacie politycznej zwrócić uwagę społeczeństw i polityków na problemy opiekunów. W Polsce w lipcu br. powstało Polskie Stowarzyszenie Opiekunów "Z Nami Łatwiej", które jest dobrowolnym, samorządnym zrzeszeniem osób chcących działać na rzecz wspierania i poprawy jakości życia osób świadczących osobistą opiekę osobom niepełnosprawnym i niesamodzielnym.

## Pilates kontra NTM - cz. II. Ćwiczenia

mgr Magdalena Potoczek, fizjoterapeuta/instruktor Pilates

NZOZ Szpital Położniczo-Ginekologiczny na Siemiradzkiego im. R. Czerwiakowskiego w Krakowie

W poprzednim numerze Kwartalnika NTM przedstawione zostały podstawowe zasady metody Pilates - ćwiczeń, które mogą pomagać w leczeniu NTM. W tym numerze poznamy techniki oddychania w trakcie treningu oraz ćwiczenie „Shoulder Bridge” w kilku modyfikacjach. Potrzebna nam będzie cienka mata lub koc (ćwiczenia należy wykonywać na twardym podłożu) oraz mała elastyczna piłeczka do ćwiczeń (ok. 18-20 cm średnicy).

### Aktywizacja mięśni dna miednicy

W czasie poniższych ćwiczeń aktywizujemy mięśnie dna miednicy i krocza (tzw. Kegła). Są to mięśnie poprzecznie prążkowane (czyli podlegające naszej woli) złożone z 2 rodzajów włókien mięśniowych: szybko kurczliwych (białych, ok. 30% wszystkich włókien) i wolno kurczliwych (czerwonych, ok. 70%). Pierwsze z nich, jak wskazuje nazwa, odpowiedzialne są za szybkie i krótkie napięcia, szczególnie ważne w szybkiej reakcji na nagły wzrost ciśnienia śródbrzusznego, stąd ich ogromna rola

w profilaktyce wysiłkowego nietrzymania moczu. Drugi rodzaj włókien odpowiada przede wszystkim za utrzymanie napięcia gwarantującego dobre podtrzymanie narządów wewnętrznych, a więc pełnią dużą rolę w prewencji obniżania narządu rodowego u kobiet.

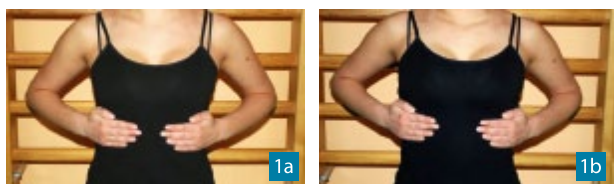
### Rola oddychania podczas ćwiczeń

Oddychanie jest jedną z podstawowych zasad metody Pilates. Oddech towarzyszy każdemu ćwiczeniu, a więc nie wstrzymujemy go na żadnym etapie. Wiele osób ma problemy z połączeniem ruchu razem z oddechem, dlatego potrzebna będzie duża koncentracja w trakcie treningu. Po kilku sesjach ćwiczeń oddychanie stanie się już nawykiem. W technice Pilatesa stosujemy tzw. oddech boczny żebrowy. W praktyce oznacza to, że podczas wdechu klatka piersiowa poszerza się na boki, a w czasie wydechu zwięża się w tym samym wymiarze. Taki oddech staramy się połączyć z wszystkimi ćwiczeniami. W większości wypadków wydech towarzyszy napięciu mięśni, a wdech ich rozluźnieniu.

## Ćwiczenia oddychania torem bocznym żebrowym

Siadamy na krześle naprzeciwko lustra (w poprzednim artykule opisana została prawidłowa technika siedzenia). W czasie ćwiczeń wdech wykonujemy nosem, natomiast podczas wydechu lekko rozchylonymi ustami wypowiadamy niemą literkę H.

- Dłonie układamy na bocznych powierzchniach żeber po obu stronach klatki piersiowej. Nabieramy powietrza nosem z jednoczesnym rozepchnięciem żeber na boki i obserwujemy w lustrze jak nasza klatka piersiowa zwiększa swój wymiar boczny. Podczas wydechu klatka piersiowa powraca do pozycji wyjściowej (fot. 1a i 1b).



- Dłonie układamy pośrodku klatki piersiowej (tuż pod piersiami) w taki sposób, że szeroko rozstawione palce obu rąk zazębiają się ze sobą. W czasie wdechu, gdy klatka piersiowa poszerza się palce oddalają się od siebie, a podczas wydechu powracają do pozycji wyjściowej (fot. 2a i 2b).



## Ćwiczenie Shoulder Bridge - Most Ramion

### Wersja 1.

**Pozycja wyjściowa i końcowa:** położyć się na plecach, ugnij nogi w kolanach i postaw stopy na podłożu rozstawiając je na szerokość bioder. Ręce ułóż wzdłuż ciała. Brodę skieruj delikatnie w dół i obniż barki. Ustaw tzw. neutralny kręgosłup (patrz poprzedni artykuł w Kwartalniku 42). Ćwiczenie rozpoczynamy i kończymy w tej pozycji.

**Akcja:** w pozycji wyjściowej zrób wdech nosem, następnie z wolnym wydechem ustami rozpocznij rolowanie kręgosłupa kręg po kręgu ku gó-



rze. Podwinij kość ogonową i krzyżową (wyobraź sobie, że chcesz podkulić ogon), następnie stopniowo napinając mięśnie dna miednicy odrywaj od maty bardzo powoli coraz wyższe partie kręgosłupa. Kiedy uniesiesz biodra tak wysoko, że tułów stanowi jedną linię zatrzymaj się w górze i zrób kolejny wdech nosem. Z następnym wydechem zacznij rolować kręgosłup stopniowo ku dołowi i rozluźniając mięśnie dna miednicy przyklejaj do maty najpierw kręgi piersiowe, potem lędźwiowe, a na końcu kość krzyżową i ogonową (fot. 3a, 3b i 3c).

### Wersja 2.

**Pozycja wyjściowa i końcowa:** j.w.

**Akcja:** j.w. Po zatrzymaniu bioder u góry wykonujemy 10 szybkich, krótkich skurczy mięśni dna miednicy (trwających 1 sekundę każdy, tyle samo na rozluźnienie) wykonując wydech przy napięciu i wdech przy rozluźnieniu. Dzięki tym krótkim napięciom uruchamiamy tzw. włókna szybkokurczliwe mięśni. Z wydechem stopniowo opuszczamy kręgosłup w dół. W tej wersji ćwiczenia uważamy, aby nie napinać pośladków zamiast mięśni krocza.

### Wersja 3.

**Pozycja wyjściowa i końcowa:** j.w.

**Akcja:** j.w. natomiast w tej wersji ćwiczymy napięcia długie (uruchamiamy tzw. włókna wolnokurczliwe mięśni dna miednicy). Po uniesieniu bioder z długim wydechem nabieramy powietrza i następnie robiąc kolejny długi wydech napinamy mięśnie i wytrzymujemy tak przez 5-7 sekund. Robiąc wdech rozluźniamy mięśnie i z wydechem wracamy do pozycji wyjściowej.

### Wersja 4.

**Pozycja wyjściowa i końcowa:** tak samo jak w poprzednim ćwiczeniu, z tą różnicą, że między kolanami umieszczamy małą piłeczkę.

**Akcja:** z wydechem unosimy stopniowo biodra jak w poprzednich ćwiczeniach, następnie wykonujemy wdech i z kolejnym wydechem zaciskamy kolana na piłce napinając jednocześnie mięśnie dna miednicy i wytrzymujemy tak 5-7 sekund. Z wdechem rozluźniamy mięśnie i kolana i z wydechem stopniowo rolu-





jemy kręgosłup w dół do pozycji wyjściowej (fot. 4a, 4b i 4c).

### Wersja 5

**Pozycja wyjściowa i końcowa:** j.w.

**Akcja:** z wydechem unosimy stopniowo biodra jak w poprzednim ćwiczeniu, następnie wykonujemy wdech i z kolejnym wydechem zaciskamy kolana na piłce napinając jednocześnie mięśnie dna miednicy. W górze wykonujemy 10 krótkich napięć po 1 sekundzie każde (wydech napięcie, wdech rozluźnienie). Z wdechem rozluźniamy mięśnie i kolana, a z wydechem stopniowo rolujemy kręgosłup w dół do pozycji wyjściowej.

### Wersja 6

**Pozycja wyjściowa i końcowa:** tak samo jak w poprzednim ćwiczeniu, z tą różnicą, że mała piłeczka podłożona jest pod biodra (pod dolny odcinek kręgosłupa i górną część pośladków). Miednica jest podparta na piłce.

**Akcja:** z wydechem podwinąć kość ogonową lekko unosząc biodra, ale nie odrywając ich od piłeczki i jednocześnie napiąć mięśnie dna miednicy. Z wdechem rozluźnić mięśnie i powrócić do pozycji wyjściowej (fot. 5a i 5b).



### Podsumowanie

Powyższe ćwiczenia wykonuj codziennie po 10 powtórzeń w serii. W kolejnym numerze poznamy następne modyfikacje ćwiczeń Pilatesa, które uzupełnią Twój program rehabilitacyjny. Pamiętaj, że przed wprowadzeniem ćwiczeń zawsze warto skonsultować się ze swoim lekarzem lub fizjoterapeutą.

*Zdjęcia: Magdalena Potoczek*

## Środki absorpcyjne dla mężczyzn - charakterystyka i refundacja

mgr Magdalena Potoczek, fizjoterapeuta/instruktor Pilates

NZOZ Szpital ginekologiczno-położniczy na Siemiradzkiego im. R. Czerwiakowskiego w Krakowie

Środki absorpcyjne pełnią ważną rolę pomocniczą w procesie leczenia zaburzeń kontynencji. Wchłaniają gubiony mocz oraz podnoszą higienę i komfort życia. Dzięki ich stosowaniu nie trzeba wycofywać się z życia społecznego, należy jednak pamiętać, iż nie są one alternatywą dla terapii, a jedynie jej uzupełnieniem. Ze względu na różnice anatomiczne dostępne są w wersji dla kobiet i dla mężczyzn.

### Dobór środków absorpcyjnych dla mężczyzn

Oprócz płci przy doborze środków chłonnych należy brać pod uwagę:

- formę nietrzymania (moczowa, kałowa, mieszana),
- stopień nasilenia objawów (nietrzymanie lekkie, średnie, ciężkie),
- aktywność pacjenta (tryb życia aktywny, siedzący, osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim, osoba unieruchomiona w łóżku).

### Rodzaje środków absorpcyjnych dla mężczyzn

Dzięki nowoczesnym technologiom środki chłonne zaopatrzone są w system izolujący ciało od wilgoci oraz zapobiegający niepożądanemu zapachowi. Wykonane są z wysokiej jakości materiałów przyjaznych dla skóry, co ma duże znaczenie w profilaktyce infekcji, odparzeń czy od-

leżyn. Istotną kwestią jest prawidłowa technika zakładania środków i dopasowanie do nich odpowiedniej bielizny. Stosując wkładki i pieluchy bielizna powinna być dobrze dopasowana. Szczególnie nie jest zalecane noszenie luźnej bielizny typu bokserki, gdyż nie gwarantuje to dobrego przymocowania wkładu.

### Wkładki anatomiczne

Wkłady w kształcie kieszonki dopasowane są do męskiej anatomii. Na stronie zewnętrznej posiadają samoprzylepny pasek, co umożliwi przymocowanie wkładu do bielizny i zapobiega przed jego przemieszczaniem. Dostępne są wkłady w różnych rozmiarach i o różnej pojemności chłonnej, przeznaczone głównie dla sprawnych ruchowo i aktywnych mężczyzn z lekkim i średnim stopniem NTM.

### Pieluchy anatomiczne

Przeznaczone są dla sprawnych ruchowo, aktywnych mężczyzn ze średnim i ciężkim NTM. Wyglądem przypominają wkłady, ale mają zdecydowanie większą pojemność chłonną.

### Pieluchmajtki

Przeznaczone są dla osób z ciężkim stopniem NTM, przede wszystkim dla pacjentów z ograniczoną możliwo-



ścią poruszania się oraz z zaburzeniami psychicznymi (możliwość nieswiadomego usunięcia wkładu). Noszone są jak tradycyjna bielizna.

### Prześcieradła chłonne

Stanowią dodatkowe zabezpieczenie podczas snu oraz u osób leżących.

### Dodatkowe akcesoria

Uzupełnieniem gamy środków chłonnych są specjalne, wielorazowe majtki wykonane z elastycznego, przepuszczającego powietrze materiału (postać delikatnej siateczki). Przylegają ściśle do ciała, co zapewnia optymalne ułożenie wkładów. Ponadto dostępne są specjalistyczne środki do pielęgnacji okolic intymnych, które chronią skórę przed podrażnieniami i zwiększają poziom higieny intymnej.

### Zasady refundacji w Polsce

Refundacja środków chłonnych przysługuje osobom z:

- chorobami nowotworowymi, których efektem jest nietrzymanie moczu,
- wadami rozwojowymi ośrodkowego układu nerwowego (przepukliny oponowo-rdzeniowe, oponowo-mózgowe),
- z postępującymi schorzeniami neurologicznymi,
- z wycisnieniem pęcherza moczowego,
- z zaburzeniami psychicznymi (choroba otępienna,



upośledzenie umysłowe w stopniu głębokim).

Osobą uprawnioną do wystawienia zleceń na środki chłonne jest lekarz:

- podstawowej opieki zdrowotnej,
- urolog,
- neurolog,
- chirurg,
- onkolog.

Zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 stycznia 2011 pacjent ma prawo do zakupu:

- do 60 sztuk pieluch anatomicznych miesięcznie z limitem 77 zł i 100% refundacją NFZ (dotyczy NTM z przyczyn onkologicznych),
- do 60 sztuk pieluchomajtek, podkładow lub wkładów urologicznych miesięcznie z limitem 90

zł miesięcznie i 30% refundacją NFZ (dotyczy pozostałych pacjentów). Jeżeli koszty zaopatrzenia przekroczą limit miesięczny to nadwyżkę pacjent musi pokryć z własnej kieszeni. 60 sztuk miesięcznie daje średnio 2 pieluchy dziennie, realia są jednak inne. Według szacunków stowarzyszenia „UroConti” rzeczywista refundacja wynosi średnio 1 sztukę na dzień/osobę. Trudno więc mówić o zapewnieniu odpowiedniego poziomu komfortu i higieny osobistej. Organizacje działające na rzecz pacjentów NTM nieustannie walczą o zmiany w zasadach refundacji, które mają być wprowadzone najpóźniej do stycznia 2014 roku.

## Przepis, który nadal obowiązuje chociaż nikt go nie chce

Anna Sulka

**W** dniach 19-22 września, w Katowicach odbył się XXXI Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. W programie kongresu, wśród licznych sesji poświęconych tematyce ginekologicznej, przewidziano również sesję uroginekologiczną, podczas której lekarze dyskutowali m.in. o problemie nietrzymania moczu oraz kontrowersyjnym wymogu (wprowadzonym przez resort zdrowia na mocy rozporządzenia z dnia 22 grudnia 2010 r. w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków i wyrobów medycznych, które ze względu na te choroby są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością) zgodnie, z którym nim lekarz przepisze receptę na preparat stosowany w leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego (OAB) zobowiązany jest do skierowania pacjenta na badanie urodynamiczne, w celu potwierdzenia rodzaju nietrzymania moczu.

Sesji uroginekologicznej przewodniczył prof. Włodzisław Baranowski, wśród uczestników znaleźli się wybitni

specjaliści z Polski i zagranicy, m.in.: prof. Tomasz Rechberger (Polska), Philip van Kerrebroeck (Holandia), David Scheiner (Szwajcaria).

W trakcie sesji profesorowie wyrazili swoje zdziwienie z powodu funkcjonującego w Polsce obostrzenia narzuconego lekarzom i pacjentom przez urzędników państwowych. Prof. Tomasz Rechberger stwierdził, że zapis ten jest szkodliwy, gdyż ogranicza chorym dostęp do refundowanych leków. Prof. Baranowski, popierając zdanie swojego przedmówcy dodał, że Polska jest jedynym krajem, w którym taki przepis istnieje. Profesor van Kerrebroeck zaproponował wręcz, aby napisać w tej sprawie do Ministra Zdrowia pismo, argumentując, iż przytoczony przepis jest szkodliwy dla pacjentów.

Przypomnijmy, że już na początku tego roku dziesięciu polskich profesorów ginekologii, urologii oraz medycyny rodzinnej apelowało w liście otwartym do Ministra Zdrowia o usunięcie obowiązku wykonania badania urodyna-

micznego, jako warunku uzyskania refundacji na leki przepisywane na zespół pęcherza nadreaktywnego. Autorzy listu zaproponowali, by zamiast mnożyć niepotrzebne wydatki, poszerzyć listę o kolejne leki stosowane w leczeniu pęcherza nadreaktywnego, dając w ten sposób większy wybór lekarzom i pacjentom. Z kolei chorzy zrzeszeni w Stowarzyszeniu „UroConti” informują, że: *[...] koszt wykonania takiego badania u jednego pacjenta to ok. 1000 złotych, podczas gdy standardowa terapia farmakologiczna trwająca u pacjentów ok. pół roku, a więc całkowity koszt refundacji leków dla chorego, kosztuje NFZ (30 zł x 6 miesięczna terapia) ok. 180 zł. W ich przekonaniu taka polityka resortu zdrowia to czyste marnotrawienie publicznych pieniędzy.*

Pacjenci wskazują, że badanie urodynamiczne jest bardzo nieprzyjemne i obciążające psychicznie. Podczas diagnostyki badany musi rozebrać się od pasa w dół, następnie personel medyczny zakłada pacjentowi dwa cewniki: do odbytnicy oraz pęcherza moczowego i stopniowo po-

daje płyn. Aparatura rejestruje zmiany ciśnienia w pęcherzu moczowym, jamie brzusznej oraz pośrednio ocenę siły skurczu mięśnia wypieracza pęcherza. Specjaliści wskazują, że w wyniku tego badania może dojść do infekcji pęcherza (ryzyko wystąpienia wynosi 4-5%).

Środowisko lekarzy i pacjentów zwraca uwagę, że Agencja Ocen Technologii Medycznych, która wydała rekomendację utworzenia wspólnej grupy terapeutycznej leków stosowanych w leczeniu OAB nie zalecała wykonania badania urodynamicznego przed zaordynowaniem preparatów tego typu. Takie badanie nie jest również polecane ani rekomendowane przez żadne (polskie czy światowe) towarzystwo naukowe. Zdziwienie budzi również fakt, że resort zdrowia wprowadzając przytoczony zapis de facto wszedł w kompetencje lekarzy specjalistów. Ostateczna decyzja w kwestii wymaganej diagnostyki oraz formy terapii powinna należeć do lekarza prowadzącego, jednak w tym przypadku to urzędnicy zadecydowali na jakie badanie musi skierować specjalista swojego pacjenta.

### Stanowisko Ministerstwa Zdrowia:

W odpowiedzi na zaistniałą sytuację resort zdrowia argumentuje, że decyzja odnośnie rozszerzenia wykazu chorób przewlekłych o nową jednostkę chorobową „Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym” miała gwarantować dostęp do świadczenia tym pacjentom, którzy odniosą najwyższe korzyści ze stosowania terapii. Sama decyzja została podjęta kilka lat wcześniej na podstawie dostępnych wówczas danych, jak argumentuje rzecznik prasowy Ministra Zdrowia.

Ministerstwo Zdrowia poinformowało również, że w ramach pierwszego wykazu refundowanych leków, finansowanych ze środków publicznych, refundacją zostały objęte tylko te leki i tylko w takich wskazaniach, które znajdowały się na listach leków refundowanych wydawanych w formie rozporządzeń Ministra Zdrowia na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (z dnia 27 sierpnia 2004 r.).

Kolejne zmiany ogłaszane były już w formie obwieszczeń i wynikały z przepisów ustawy refundacyjnej. Zgodnie z tą ustawą wnioskodawca (producent) może złożyć do ministra zdrowia wnioski o objęcie refundacją danego leku. Według rzecznika prasowego Ministerstwa Zdrowia, przepis ten odnosi się również do produktów leczniczych objętych już refundacją, dla których wnioskuje się o nowe wskazanie.

## Niekorzystne zmiany dla chorych na raka prostaty

Anna Sulka

W myśl ustawy refundacyjnej resort zdrowia ma obowiązek aktualizowania obwieszczenia refundacyjnego co dwa miesiące. Z początkiem listopada zaczęła obowiązywać szósta, ostatnia w tym roku, lista leków refundowanych. Do obwieszczenia dodano 53 nowe produkty, 11 usunięto z listy, ceny wielu preparatów uległy zmianie - często na niekorzyść pacjentów.

Taka sytuacja ma miejsce w przypadku leków hormonalnych stosowanych w terapii raka prostaty. Ceny analogów LHRH wzrosły od ok. 30 zł (Lucrin Depot 3,75 mg) do 200 zł (Eligard 45 mg). Oznacza to, że niektóre leki podrożały nawet o kilkaset procent. Pacjenci zwracają uwagę, że tak drastyczne podwyżki nie pozwalają im na kontynuację



terapii za pomocą dotychczas stosowanych preparatów. Część leków przestała być w zasięgu finansowym wielu chorych. Porzucanie skutecznej terapii, z powodu nowelizacji obwieszczenia refundacyjnego, która ma miejsce z częstotliwością co dwa miesiące, jest niebezpieczne dla zdrowia – mówi Marian Wiech, Prezes Oddziału Stowarzyszenia „UroConti” w Kielcach i dodaje, że: *Pacjenci i lekarze powinni mieć wybór optymalnej formy leczenia. Wymuszanie zmiany terapii na najtańszą poprzez taką politykę refundacyjną jest niedopuszczalne.*

Wzrost cen preparatów na nowotwór gruczołu krokowego ma związek z wprowadzeniem na listę refundacyjną analogu Decapeptyl Depot w terapii 1-miesięcznej, który stał się podstawą wyliczenia limitu cen pozostałych leków z tej grupy.

W tej sprawie zabrał głos również Prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego Prof. Zbigniew Wolski. W piśmie do Ministra Arłukowicza dot. projektu Obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 listopada 2012 r. zauważył, że *Decapeptyl Depot nie jest obecnie stosowany ani dostępny dla polskich pacjentów i lekarzy. Uznanie tego leku jako podstawy limitu refundacji będzie wiązać się z koniecznością znaczącej dopłaty do innych, powszechnie stosowanych analogów LHRH przez pacjentów z rakiem stercza oraz znacznie ograniczy możliwość ich dalszego stosowania. Ograniczy to w znacznym stopniu podawanie analogów wysokodawkowych zalecanych pacjentom, u których nie uzyskano*



| Nazwa leku               | Ceny  |  |
|--------------------------|---|--|
|                          | Obwieszczenie refundacyjne obowiązujące od 1 września 2012 r. | Obwieszczenie refundacyjne obowiązujące od 1 listopada 2012 r. |
| Eligard 22,5 mg          | 9,60 zł   | 117,22 zł  |
| Eligard 45 mg            | 19,20 zł  | 229,31 zł  |
| Eligard 7,5 mg           | 10,22 zł  | 46,10 zł   |
| Lucrin Depot 11,25 mg    | 95,49 zł  | 195,93 zł  |
| Lucrin Depot 3,75 mg     | 39,42 zł  | 72,90 zł   |
| Zoladex 3,6 mg           | 9,89 zł   | 43,37 zł   |
| Zoladex 10,8 mg          | 9,69 zł   | 117,31 zł  |
| Leuprostin 3,6 mg        | 3,20 zł   | 3,20 zł  |
| Leuprostin 5 mg          | 8,96 zł   | 8,96 zł  |
| Decapeptyl Depot 3,75 mg | -   | 3,20 zł  |
| Diphereline sr 11,25 mg  | 9,60 zł   | 117,22 zł  |
| Diphereline sr 3,75 mg   | 31,27 zł  | 64,75 zł   |

*poziomu kastracyjnego testosteronu przy zastosowaniu tradycyjnych analogów. Niebezpieczną dla zdrowia i życia pacjentów z rakiem stercza będzie sytuacja wymuszenia zamiany dotychczas stosowanego analogu na inny analog o niższej nie sprawdzonej klinicznie dawce (Leuprostin – Sandoz). Ponadto niebezpieczną sytuacją będzie zamiana na lek o utrudnionej handlowej dostępności (Decapeptyl Depot) do stosowania wyłącznie w terapii jednomiesięcznej, tym bardziej, że przyjętym standardem leczenia hormonalnego raka stercza jest terapia 3- i 6- miesięczna.*

Chorzy i lekarze zwracają również uwagę, że terapia lekiem, który stał się podstawą limitu cenowego wymaga częstszych wizyt u specjalistów: urologów, onkologów czy radioterapeutów, co wiąże się z generowaniem kolejek do lekarzy, utrudnieniami w dostępie do leczenia oraz wzrostem kosztów płatnika.

*Członkowie naszej organizacji skarżą się, że lek Decapeptyl Depot jest niedostępny w aptekach! Wprowadziliście państwo (od red. Ministerstwo Zdrowia) na listę leków refundowanych nowy lek, podwyższając jednocześnie ceny tych sprawdzonych, nie dbając o to, czy preparat ten jest w ogóle dostępny w aptekach. Komu taka polityka służy? – czytamy w piśmie wystosowanym przez Stowarzyszenia „UroConti” do Ministra Zdrowia.*

**Od redakcji: W związku z wątpliwościami wyrażonymi przez pacjentów wystosowaliśmy do resortu zdrowia za pytanie w tej sprawie. Do dnia publikacji Kwartalnika NTM Ministerstwo Zdrowia nie nadesłało odpowiedzi.**

*Dane zawarte w artykule opierają się na informacjach sprzed publikacji nowego wykazu leków refundowanych obowiązujących od 1 stycznia 2013 r.*

# Razem jest łatwiej

## Stowarzyszenie Uronef - Nasze Dzieci

Magdalena Kowalewska

uronef.pl

### Stowarzyszenie Uronef - Nasze Dzieci

na rzecz dzieci z chorobami urologicznymi i nefrologicznymi

**U**kład moczowy odpowiedzialny za usuwanie z organizmu szkodliwych i zbędnych produktów przemiany materii, regulujący w nim zawartości wody, niestety czasem przestaje sprawnie funkcjonować. Zaburzenia czynności dróg moczowych są poważnym problemem także w populacji dziecięcej. Cierpią wtedy zarówno dzieci i ich rodzice, którzy nagle muszą stawić czoła nowemu wyzwaniu i rozpocząć zmagania z chorobą dręczącą dziecko.

Pomoc i wsparcie w walce z chorobą dziecka, ze swoim zwątpieniem, lękiem i obawami, rodzice znaleźć mogą wśród członków Stowarzyszenia Uronef - Nasze Dzieci. *Wspieranie rodziców w zmaganiach z chorobami urologicznymi oraz nefrologicznymi, otaczanie opieką rodzin chorych dzieci, to główna działalność organizacji* - mówi rzecznik Uronef, pani Dorota Różycka.

Stowarzyszenie Uronef - Nasze Dzieci istnieje oficjalnie już ponad sześć lat. Pomysł założenia Stowarzyszenia powstał w 2005 roku, kiedy grupa osób skupionych wokół forum [www.uronef.pl](http://www.uronef.pl) postanowiła aktywniej włączyć się w działania na rzecz dzieci z wadami i chorobami urologicznymi oraz nefrologicznymi. Poczynione kroki doprowadziły do powstania Stowarzyszenia Uronef - Nasze Dzieci, zrzeszającego rodziców, krewnych oraz przyjaciół dzieci z chorobami i wadami układu moczowego (takimi jak spodziectwo, wodonercze, agenezja nerki, kamica moczowa, moczenie nocne i dzienne).

Uronef umożliwia również rodzicom wymianę wszelkich doświadczeń związanych z chorobą i pielęgnacją dziecka oraz wymianę informacji o możliwościach efektywnego leczenia. Działalność edukacyjną prowadzi głów-

nie na łamach forum - prawdziwej skarbnicy wiedzy, ale także podczas organizowanych konferencji, zjazdów, imprez kulturalnych, rekreacyjnych. Ze stowarzyszeniem współpracują lekarze: urolodzy, nefrolog, anesteziolog, ale też pediatrizy, położna, logopeda, psycholodzy - można zasięgnąć ich porady i opinii na istotny temat w procesie leczenia dziecka.

*Staramy się budzić i pogłębiać wrażliwość społeczną różnych środowisk do działania na rzecz dzieci z urologicznymi problemami - dodaje rzecznik organizacji. Uronef odnosi wiele sukcesów na tym polu. Ostatnie półtora roku poświęciliśmy akcji społecznej związanej z problemem moczenia nocnego u dzieci. Podsumowaniem tej akcji była konferencja prasowa, w której wzięli udział przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, biura Rzecznika Praw Dziecka, lekarze specjaliści oraz przedstawiciele stowarzyszenia. Omówione zostały (opracowane przez grupę ekspertów) wytyczne postępowania diagnostyczno-terapeutycznego z dzieckiem moczącym się w nocy, dzięki którym pediatrizy*



Fot. Stowarzyszenie Uronef - Nasze Dzieci

*i lekarze pierwszego kontaktu otrzymali narzędzia umożliwiające już na etapie podstawowej opieki zdrowotnej efektywne zajęcie się dzieckiem z problemem moczenia nocnego. Stowarzyszenie Uronef wywalczyło również re-*

fundację leku, desmopresyny, syntetycznego analogu wazopresyny, stosowanego w moczeniu spowodowanym poliurią nocną. Moczenie nocne bowiem, to jedno z bardziej traumatycznych przeżyć dla dziecka. Jest ono powiązane z problemami emocjonalnymi, które często są wynikiem moczenia.

Zjazdy organizowane przez Uronef to możliwość poszerzenia swojej wiedzy nie tylko dla rodziców chorych dzieci, ale również dla lekarzy. *Warsztaty psychologiczne i panele dyskusyjne są okazją do wymiany doświadczeń i nabycia konkretnych umiejętności w zakresie właściwej komunikacji między lekarzem, rodzicem, a dzieckiem. Wszystkie grupy odnoszą korzyść z takich spotkań: lekarze mogą dowiedzieć się, jak np. namówić dziecko do współpracy przy przeprowadzanych zabiegach i badaniach, rodzice uczą się, jak rozmawiać z lekarzami i swoimi dziećmi w sytuacji stresu* - mówi rzecznik Stowarzyszenia.

Podczas warsztatów prowadzonych przez panią Martę Matkowską, pielęgniarkę z Centrum Zdrowia Dziecka, pracującą na co dzień w otwartej niedawno Pracowni Uroterapii, obecni mogli się dowiedzieć czym jest uroterapia, na czym polega, kiedy dziecko powinno się zgłosić do poradni uroterapeutycznej. *Pani Marta Matkowska o uroterapii, która ma ogromne znaczenie*

*w leczeniu czynnościowych zaburzeń dolnych dróg moczowych, opowiadała w sposób bardzo przystępny i konkretny. Nie obyło się bez nauki właściwej pozycji przyjmowanej w trakcie oddawania moczu* - podkreśla Dorota Różycka. Problemem Uronef - Nasze Dzieci jest przede wszystkim duże rozproszenie jego członków, choć z drugiej strony, docieranie do osób mieszkających w najodleglejszych zakątkach Polski to też ogromna zaleta. Trudno organizować wspólne spotkania - Stowarzyszenie nie posiada swojego biura. Ogromną rolę spełnia tu prężnie działające forum umożliwiające kontakty wirtualne oraz coroczne zjazdy. Stowarzyszenie boryka się również z problemami finansowymi. Członkowie Stowarzyszenia to w przeważającej części rodzice chorych dzieci. *Nasze środki własne to przede wszystkim społeczna praca członków Stowarzyszenia w ramach projektów non-profit. Nikt z Zarządu, nikt z całego Stowarzyszenia nie pobiera wynagrodzenia za swój czas i umiejętności poświęcone działalności Stowarzyszenia*, podkreśla pani rzecznik. Bardzo trudno czasem godzić pracę zawodową z działalnością na rzecz Stowarzyszenia. *Na pomoc ułatwiającą działalność liczymy tylko od darczyńców* - dodaje. *Usilnie dążymy do tego, aby dzięki Stowarzyszeniu Uronef sprawdziła się dewiza, że razem jest łatwiej.*

## DOSTĘP DO ZAOPATRZENIA W ŚRODKI POMOCNICZE I PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE WG DANYCH WOJEWÓDZKICH ODDZIAŁÓW NFZ - STAN NA 31.10.2012

| 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               | -                        | 14 mies.         | 6 928 ☹                  | nb  | -                        | nb  | -                        | nb                | -                        |
| Kujawsko-Pomorskie  | nb                        | -                        | nb               | -                        | 7 mies.          | 3 345 ☹                  | 2 mies.   | 24 ☹                     | 2 mies.   | 1 038 ☹                  | 2 mies.           | 365 ☹                    |
| Lubelskie           | nb                        | -                        | nb               | -                        | nb               | -                        | nb  | -                        | nb  | -                        | nb                | -                        |
| Lubuskie            | nb                        | -                        | nb               | -                        | 6 mies.          | 1 423 ☹                  | nb  | -                        | nb  | -                        | 3 mies.           | 106 ☹                    |
| Łódzkie             | nb                        | -                        | nb               | -                        | do 7 mies.       | 4 131 ☺                  | nb  | -                        | do 6 mies.  | 1 819 ☺                  | do 6 mies.        | 450 ☺                    |
| Małopolskie         | nb                        | -                        | nb               | -                        | 3 mies.*         | 2 285 ☺                  | nb  | -                        | nb  | -                        | nb                | -                        |
| Mazowieckie         | nb                        | -                        | nb               | -                        | nb               | -                        | nb  | -                        | nb  | -                        | nb                | -                        |
| Opolskie            | nb                        | -                        | nb               | -                        | nb               | -                        | nb  | -                        | nb  | -                        | nb                | -                        |
| Podkarpackie        | nb                        | -                        | nb               | -                        | do 4,5 mies.     | 1 743 ☹                  | nb  | -                        | do 4,5 mies.  | 1 164 ☹                  | do 4,5 mies.      | 360 ☹                    |
| Podlaskie           | nb                        | -                        | nb               | -                        | nb               | -                        | nb  | -                        | nb  | -                        | nb                | -                        |
| Pomorskie           | nb                        | -                        | nb               | -                        | uśf              | 2 769 ☹                  | nb  | - ☺                      | 1 mies.   | 72 ☺                     | 3 mies.           | 375 ☺                    |
| 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               | -                        | 30 dni ****      | 663 ☹                    | nb  | -                        | nb  | -                        | nb                | -                        |
| Zachodniopomorskie  | nb                        | -                        | nb               | -                        | 3 mies.          | 318 ☹                    | nb  | -                        | nb  | -                        | 3 mies.           | 67 ☹                     |

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wojewódzkich Oddziałów NFZ

nb - na bieżąco, bd - brak danych (oddział NFZ odmówił podania informacji), uśf - 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, \*\*\*\* oczekiwanie na zatwierdzenie zleceń związane z koniecznością weryfikacji wizyty pacjenta w poradni

☺ - 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  
**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**

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



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

Kierownik Katedry i Kliniki  
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  
Bielńskiego im. Ks. J. Popiełuszki  
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