

- Rozmowa z prof. Zbigniewem Wolskim, Prezesem Polskiego Towarzystwa Urologicznego
- Uroginekologia - kiedy nowa nadspecjalizacja?

- Pilates kontra NTM
- Biofeedback - skuteczna rehabilitacja NTM
- Fundacja „Zachowaj sprawność”

***Żyj zdrowo i aktywnie***



**Eurocarers ocenia jakość życia opiekunów nieformalnych**

# Ortopedia i środki pomocnicze - wstydliva cisza



Z dniem 1. stycznia 2014 r. wejdzie w życie nowe rozporządzenie ministra zdrowia regulujące zasady zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (w tym środki absorpcyjne). Taki obowiązek na ministrze zdrowia ciąży od momentu uchwalenia ustawy refundacyjnej.

Co to oznacza dla pacjentów? Nadzieję, ale także wiele obaw. Niepełnosprawni wielokrotnie głośno przypominali kolejnym ministrom zdrowia o konieczności zmian. Zazwyczaj kończyło się to ujawnieniem projektu, który zmiany owszem wprowadzał, ale na gorsze. W efekcie fala protestów i oburzenia różnych środowisk wystarczała za argument, aby nowelizować rozporządzenie według zasady „kopiuj-wklej”. Tak uczyniła między innymi minister zdrowia Ewa Kopacz, gdy trzeba było wydać rozporządzenie po wejściu w życie ustawy koszykowej.

Potrzeba nowelizacji zasad zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze jest wyrażana przez wiele środowisk. To jednak w pacjentów najbardziej uderzają absurdy obecnie obowiązujących zasad refundacji. Osoby korzystające z produktów ortopedycznych otrzymują coraz gorszej jakości sprzęt produkowany masowo w egzotycznych krajach. W zaopatrzeniu w środki absorpcyjne Polska również jest egzotycznym krajem z zasadą, że nietrzymanie moczu nie uprawnia do nabycia refundowanych pieluch. To tak jakby osobom z wyprowadzoną stomią zabronić nabywania w refundacji worków stomijnych, a osobom niedosłyszącym – aparatów słuchowych. Skoro już o aparatach słuchowych – to nie-

zwyczajnie, że w naszym kraju osoba raz zdiagnozowana z niedosłuchem musi ten niedosłuch udowodniać co pięć lat u lekarza specjalisty. To tylko nieliczne przykłady obrazujące z jak fatalnie napisanym rozporządzeniem jesteśmy konfrontowani od kilkunastu lat.

Przez ten czas miałem okazję widzieć wiele projektów zmian. Większość z nich nadawała się do kosza. Do dzisiaj jednak pamiętam jedno opracowanie, które zaskoczyło mnie odważnymi – i co najważniejsze – przemyślanymi zmianami. Co interesujące, powstało ono w Ministerstwie Zdrowia i pewnie do dzisiaj mogłoby służyć niepełnosprawnym, gdyby nie decyzja minister Kopacz o forsowaniu innych rozwiązań ewidentnie faworyzujących grupę dystrybutorów sprzętu ortopedycznego.

Jak będzie tym razem? Obawiam się, że podobnie. Prace nad projektem trwają praktycznie od wejścia w życie ustawy koszykowej, czyli od 2009 roku, a efektów do dzisiaj nie widać. To wcale nie oznacza, że prace prowadzone są intensywnie. Obecny minister zdrowia unika zabrania głosu w tej sprawie od początku urzędowania. A jak nie ma woli politycznej to, jak wiemy z przeszłości, skończy się pisaniem lub co gorsza przepisywaniem zasad refundacji na kolanie w ostatniej chwili. Chyba, że znowu pojawi się wpływowa grupka, która spróbuje napisać coś dla siebie... Obym się mylić, czego sobie i Państwu bardzo życzę.

Tomasz Michatek



## SPIS TREŚCI

## WYWIAD

O sytuacji chorych na NTM w Polsce. Rozmowa z prof. Zbigniewem Wolskim, Prezesem Polskiego Towarzystwa Urologicznego ..... 4-5

## LECZENIE NTM

Biofeedback - skuteczna rehabilitacja NTM ..... 6-8  
Operacje z użyciem taśm w woj. podkarpackim ..... 8  
O NTM w multidyscyplinarnym gronie, Warszawskie Seminarium Neurourologii ..... 9-10

## GDZIE LECZYĆ NTM

Tradycja i doświadczenie ..... 11

## NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Nadspecjalizacja z uroginiekologii - czy jest potrzebna? Cz. I ..... 12-13  
Badanie urodynamiczne w woj. podlaskim ..... 13

## PIELĘGNACJA I PROFILAKTYKA

Pilates kontra NTM - cz. III. Ćwiczenia ..... 14-16  
Środki absorpcyjne na dzień i na noc ..... 16-17  
W roli opiekuna ..... 17-18

## REFUNDACJA

Rak prostaty - zmiany na liście leków refundowanych ..... 19  
Neuromodulacja w poczekalni już ponad 2 lata ..... 19  
O zaopatrzeniu cyklicznym w Komisji Polityki Społecznej i Rodziny ..... 20

## ORGANIZACJE

Zawsze sprawni ..... 20-21  
Dostęp do zaopatrzenia ..... 22

**Redaktor naczelny:** Tomasz Michałek; **Redaktor wydania:** Anna Sulka;  
**Sekretarz redakcji:** Karolina Ciepela;  
**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, Natalia Łyczko, Magdalena Potoczek, Kinga Suwała, Katarzyna Walewska;  
**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 09, faks: (22) 279 49 10, e-mail: ntm@ntm.pl

**Infolinia:**  
**801 800 038** (dla telefonów stacjonarnych)  
**22 279 49 08** (dla telefonów komórkowych)  
**www.ntm.pl**

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

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

Szanowni Państwo,

Wiosna za pasem, słońce coraz śmielej wychyla się zza chmur i sprawia, że jesteśmy gotowi podjąć nowe wyzwania. To doskonały moment, aby zrealizować noworoczne postanowienia i zacząć żyć zdrowo i aktywnie. O wiele przyjemniej i łatwiej jest zrobić pierwszy krok wraz z przyjaciółmi, wspierając się i motywując, a potem wspólnie cieszyć się sukcesem. Osoby mieszkające w Bydgoszczy, Gdańsku, Kielcach, Lublinie, Łodzi, Poznaniu, Warszawie czy Wrocławiu mogą rozpocząć swoją przygodę z aktywnością fizyczną ćwicząc mięśnie dna miednicy (Kegla) wspólnie z członkami regionalnych oddziałów Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”. Czytelników z innych regionów kraju gorąco zachęcam do kontaktu ze stowarzyszeniami, fundacjami czy klubami mającymi siedziby w ich okolicy. Może okazać się, że nieopodal działa jakaś fantastyczna organizacja zrzeszająca osoby, które podzielają Państwa zainteresowania, mają podobne cele lub walczą z tymi samymi przypadłościami.

Doskonałym przykładem takiej inicjatywy jest Fundacja „Zachowaj Sprawność” z Gdyni wspierająca osoby cierpiące na nietrzymanie moczu poprzez popularyzowanie oraz organizowanie zajęć gimnastycznych z fizjoterapeutą, którą zaprezentowała Magdalena Kowalewska w artykule „Zawsze Sprawni”. Katarzyna Jaszczuk, inicjatorka i fundatorka pomysłu, zaczęła interesować się działaniami ukierunkowanymi na popularyzację profilaktyki wysiłkowego nietrzymania moczu po porodzie swojego pierwszego dziecka, kiedy zauważyła jak ważną kwestią jest trening mięśni dna miednicy, by osłabione mięśnie możliwie najszybciej wróciły do sprawności.

Wszystkie czytelniczki, którym problem ten nie jest obcy, gorąco zachęcam do wypróbowania zestawu ćwiczeń zaproponowanych przez Magdalенę Potoczek, fizjoterapeutkę i instruktorkę Pilates w artykule „Pilates kontra NTM”. Pamiętajmy, że prawidłowo wykonywana gimnastyka mięśni Kegla doskonale wspomaga leczenie nietrzymania moczu.

Innym sposobem usprawnienia naszych mięśni dna miednicy jest Biofeedback czyli biologiczne sprzężenie zwrotne. W artykule „Biofeedback - skuteczna rehabilitacja NTM”, Piotr Basista - fizjoterapeuta, opowiedział o zaletach i możliwościach tej metody w walce z nietrzymaniem moczu.

Wiele ciekawych informacji o sposobach leczenia NTM, refundacji poszczególnych form terapii, dostępie do leczenia, a także polityce refundacyjnej ministerstwa zdrowia dostarczy Państwu również lektura wywiadu, którego Kwartalnikowi NTM udzielił prof. Zbigniew Wolski, Prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego.

Z kolei dr Paweł Miotła w tekście „O NTM w multidyscyplinarnym gronie” opowiedział o Warszawskim Seminarium Neurourologii, podczas którego urologi, neurologi, ginekolodzy oraz lekarze innych specjalizacji zajmujących się diagnostyką i leczeniem zaburzeń funkcjonowania układu moczowego dyskutowali o najbardziej kontrowersyjnych kwestiach z zakresu neurourologii.

Życzę miłej lektury.

Anna Sulka

# O sytuacji chorych na NTM w Polsce...

z prof. Zbigniewem Wolskim, Prezesem Polskiego Towarzystwa Urologicznego rozmawia Anna Sulka

## Jak Pan Profesor ocenia sytuację pacjentów z NTM w Polsce?

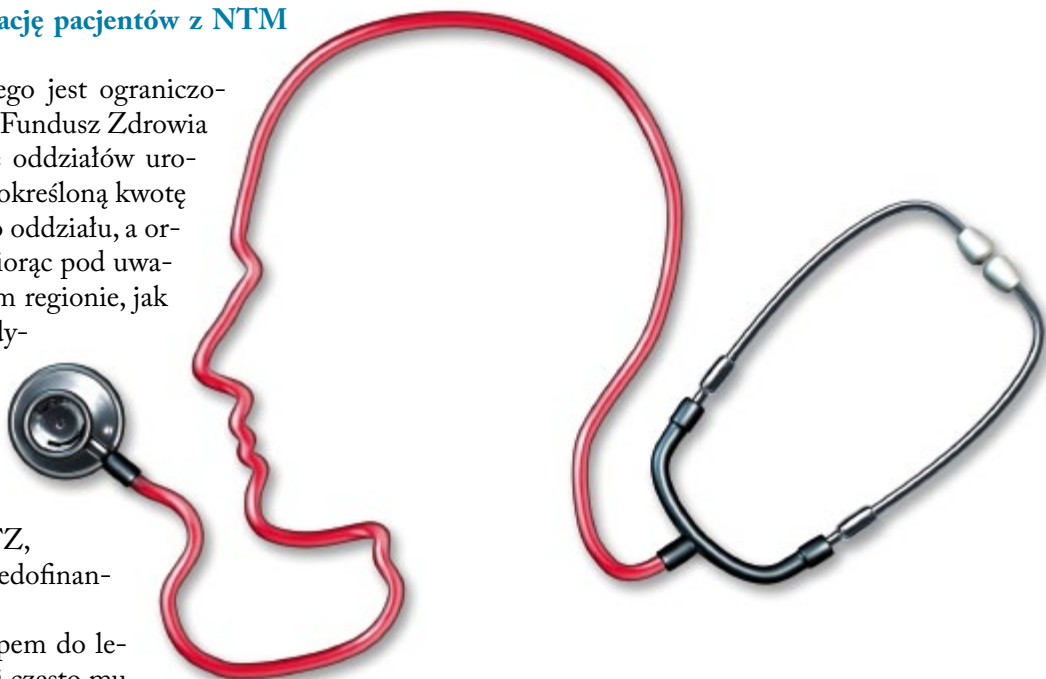
Dostęp do leczenia operacyjnego jest ograniczony nakładami, które Narodowy Fundusz Zdrowia przeznacza na funkcjonowanie oddziałów urologicznych. Płatnik przekazuje określoną kwotę na działalność leczniczą danego oddziału, a ordynator musi podjąć decyzję, biorąc pod uwagę potrzeby pacjentów w danym regionie, jak - w sposób optymalny - rozdysonować te środki. Dostęp do leczenia jest więc ograniczony limitem wydatków na procedury urologiczne, a w związku z tym, że procedury te są niewłaściwie wycenione przez NFZ, szpitale wciąż borykają się z niedofinansowaniem.

Podobnie rzecz ma się z dostępem do leczenia zachowawczego. Pacjenci często muszą czekać na wizytę u urologa kilka miesięcy, np. w grudniu prowadzone są zapisy na marzec. NFZ narzuca zbyt restrykcyjne limity na porady urologiczne, co w efekcie opóźnia podjęcie, przez wielu chorych, leczenia. Z kolei gimnastyka mięśni Kegla, zalecana u pacjentek z lekkim i średnim nietrzymaniem moczu, w ogóle nie jest finansowana przez państwo. A tego typu terapia u części chorych, w zależności od stopnia i rodzaju NTM, przynosi bardzo dobre rezultaty. Refundowanie fizjoterapii mogłoby przynieść w dłuższej perspektywie znaczne oszczędności.

## Jak Pan Profesor ocenia system refundacji operacyjnego leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu obowiązujący w Polsce?

Państwo w 100% refunduje zabiegi operacyjne z użyciem taśm syntetycznych wykonywane u kobiet oraz procedurę wszczepienia hydraulicznego zwieracza cewki moczowej stosowaną u mężczyzn. Tak zwany „męski sling”, który jest kilka razy tańszy, nie jest refundowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia, ale należy podkreślić, że u mężczyzn cierpiących na wysiłkowe NTM standardowym leczeniem jest jednak zabieg implantacji sztucznego zwieracza.

Dobrym rozwiązaniem, wspierającym pacjentów z wysiłkowym nietrzymaniem moczu, byłoby wyznaczenie ośrodków referencyjnych, zajmujących się najbardziej



skomplikowanymi przypadkami. Jednak zarówno NFZ jak i Ministerstwo Zdrowia bronią się przed wyznaczeniem takich wyspecjalizowanych placówek, również w innych procedurach.

## Dlaczego tak jest?

Chodzi o wyższe koszty funkcjonowania tych ośrodków. W związku z tym, że trafiałoby do nich bardziej wymagający pacjenci - z powikłaniami bądź w ciężkim stanie - procedury medyczne powinny być wyżej wyceniane, co stanowiłoby dodatkowe koszty dla płatnika. Warto jednak zwrócić uwagę, że w dłuższej perspektywie takie rozwiązanie może przynieść konkretne oszczędności. U pacjentów objętych specjalistyczną opieką o wiele rzadziej dochodzić będzie do nawrotów lub poważnych powikłań.

**W ostatnich latach wiele się dzieje jeżeli chodzi o refundację farmakologicznego leczenia nietrzymania moczu. Ministerstwo Zdrowia wpisało na listę leków refundowanych trzy preparaty stosowane w leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego (OAB), jednocześnie wprowadzając obostrzenie w ich dostępie. Refundacja przysługuje jedynie pacjentom, którzy wykonali badanie urodynamiczne. Czy Pan Profesor uważa, że decyzja Ministerstwa jest słuszna?**

To jest bardzo ważne pytanie. Według zaleceń Europej-

skiego Towarzystwa Urologicznego (European Association of Urology) i Polskiego Towarzystwa Urologicznego badanie urodynamiczne nie jest konieczne do rozpoznania zespołu pęcherza nadreaktywnego. Wystarczy rzetelnie przeprowadzony wywiad i karta mikcji. Przesaliśmy do Ministerstwa Zdrowia swoje stanowisko w tej sprawie, jednak nie mamy bezpośredniego wpływu na politykę refundacyjną resortu zdrowia, możemy jedynie przekazać swoje zalecenia. Przypuszczam, że intencją ministerstwa było ograniczenie wypisywania pacjentom leków nowej generacji. Preparaty starszego typu są bardzo tanie nawet bez refundacji, z tym że mają one bardziej nasilone objawy uboczne.

### Jak często efektem chorób gruczołu krokowego jest NTM?

Patomechanizm prowadzący do NTM u mężczyzn tylko w niewielkim procencie przypadków jest podobny do tego występującego u kobiet czy dzieci i najczęściej wiąże się z neurogeną dysfunkcją pęcherza lub uszkodzeniami rdzenia kręgowego. Dla mężczyzn charakterystyczne jest nietrzymanie moczu spowodowane operacjami w obrębie tylnej cewki i stercza. NTM występuje u części mężczyzn, którzy przeszli prostatektomię radykalną, czyli całkowite wycięcie gruczołu krokowego wraz z pęcherzykami nasiennymi i otaczającymi węzłami chłonnymi stosowane w przypadku nowotworu stercza ograniczonego do narządu. Inną przyczyną są endoskopowe operacje na gruczole krokowym w przypadku rozrostu łagodnego lub też zwężenia cewki tylnej w okolicy błoniastej, bądź zwężenia pourazowe, jatrogenne.

Najlepsze ośrodki amerykańskie podają, że od 2 do 5% pacjentów po prawidłowo wykonanej prostatektomii radykalnej skarży się na występowanie nietrzymania moczu. Różnice w danych mogą być spowodowane np. indywidualnymi odczuciami pacjentów, jeden pacjent już lekkie popuszczanie będzie traktował jako NTM, inny dopiero bardzo obfite wycieki moczu. Ocenia się, że ok. 5-10% mężczyzn cierpiących na NTM po prostatektomii radykalnej ma ciężkie nietrzymanie moczu.

### Jak Pan Profesor ocenia wiedzę pacjentów nt. profilaktyki, diagnostyki i leczenia schorzeń prostaty?

Dzięki akcjom Polskiego Towarzystwa Urologicznego prowadzonym wraz z zaprzyjaźnionymi fundacjami i stowarzyszeniami mającym na celu popularyzację tej tematyki, świadomość mężczyzn, odnośnie konieczności wykonywania badań diagnostycznych, znaczenia profilaktyki oraz wpływu zdrowego trybu życia na występowanie chorób układu moczowo-płciowego, jest na stosunkowo wysokim poziomie. Akcje informacyjne przekładają się na wzrost liczby mężczyzn po 50-tym roku życia profilaktycznie zgłaszających się do urologów na badania w celu oceny stanu gruczołu krokowego.

### W listopadzie zaszły zmiany na liście leków refundowanych w zakresie analogów LHRH stosowanych w leczeniu raka stercza, w konsekwencji ceny niektórych z tych preparatów wzrosły nawet o 1000%. Jak Pan Profesor ocenia politykę refundacyjną w tym zakresie?

Nagły wzrost cen leków wywołał spore zamieszanie, zwłaszcza, że u chorych na raka stercza nie zaleca się zmiany terapii, jeżeli dany lek okazał się skuteczny. Dla części pacjentów oznaczało to drastyczny wzrost kosztów. Dezorientacja pacjentów była tym większa, że lek, który stał się podstawą limitu refundacji pozostałych preparatów z tej grupy, okazał się słabo dostępny w aptekach. Z kolei drugi lek, który pozostał w niskiej cenie budzi sporo kontrowersji z powodu braku wystarczającej dokumentacji medycznej, która potwierdzałaby jego skuteczność.

Cieszę się, że resort zdrowia zdecydował się jednak od marca obniżyć ceny leków na nowotwór stercza.

### Ilu jest w Polsce mężczyzn cierpiących na raka prostaty?

Co roku rozpoznaje się ok. 9 tys. nowych zachorowań. Dzięki wcześnie postawionej diagnozie ok. 2/3 z nich ograniczonych jest do narządu. 50% chorych leczonych jest operacyjnie bądź za pomocą radioterapii. Pozostali są obserwowani (są to osoby w starszym wieku, pacjenci, którzy nie wyrażają zgody na leczenie i osoby, u których choroby współistniejące wykluczają operacje) bądź leczeni hormonalnie - ok. 40-45 tys. chorych rocznie.

### Czy w najbliższym czasie zostanie utworzona nadspecjalizacja uroginekologiczna, tak ważna dla osób cierpiących na NTM?

Nie jest to możliwe. Obecnie jesteśmy w trakcie reformy, która wprowadzi tzw. modułowy system specjalizacji, w związku z czym Ministerstwo Zdrowia ogranicza tworzenie nowych nadspecjalizacji. Osobiście uważam, że nie są one konieczne. W zupełności wystarczy wprowadzenie tzw. umiejętności nabywanych poprzez uczestnictwo w dodatkowych kursach.

### Jakie miejsce zajmuje problem nietrzymania moczu w całości zainteresowań PTU?

Wychodzimy naprzeciw pacjentom cierpiącym na nietrzymanie moczu poprzez współpracę z fundacjami, stowarzyszeniami oraz firmami, które są zainteresowane propagowaniem nowoczesnego leczenia. Agitujemy na rzecz poszerzania dostępu pacjentów do nowoczesnego, skutecznego leczenia. Staramy się również interweniować w resorcie zdrowia, gdy zagrożone są prawa pacjentów.

**Dziękuję bardzo za rozmowę.**



# Biofeedback - skuteczna rehabilitacja NTM

mgr fizjoterapii Piotr Basista

H&B Clinic - klinika rehabilitacji NTM, Warszawa

## Czym jest EMG<sup>1</sup> biofeedback?

Biofeedback czyli biologiczne sprzężenie zwrotne. Metoda ta pozwala na zobrazowanie pracy mięśnia, bądź grupy mięśni, poprzez obraz lub obraz i dźwięk jednocześnie. Dzięki wizualizacji pojawiają się nowe możliwości. Skurcz i rozkurcz widoczne są w formie wykresu na ekranie monitora. Wykres pokazuje siłę, jakość skurczu, pojawiające się zmęczenie. Ludzki mózg otrzymuje więc dodatkowe informacje na temat zadania jakie przed



Fot.: Archiwum autora

chwilą wykonał. Dzięki tym danym, zarówno pacjent jak i terapeuta, może poddać wykonane ćwiczenie obiektywnej ocenie, a pacjent dodatkowo posiadając informację zwrotną, może wpływać na jakość wykonanego skurczu i rozkurczu mięśniowego. Doskonając się w posługiwaniu danym mięśniem, można osiągnąć stosunkowo szybko poprawę funkcjonowania i koordynacji mięśniowej, a co najważniejsze - poprawić funkcję danego mięśnia. Podsumowując, biofeedback to dodatkowa informacja zwrotna, którą mózg z udziałem woli człowieka wykorzystuje do modyfikacji jakości pracy mięśni, ich koordynacji, świadomości i rozwijania siły mięśniowej.

## Biofeedback w leczeniu NTM

U podłoża NTM oprócz uszkodzeń powięziowo-wię-

zadłowych, leżą również uszkodzenia nerwowo-mięśniowe. Mięśnie dna miednicy łączą się bezpośrednio ze strukturami powięziowo-więzadłowymi, tworząc razem z nimi, aparat podpierający narządy miednicy mniejszej, czyli: pęcherz, pochwę, macicę i odbyt. Wszelkie uszkodzenia aparatu podporowego prowadzą do utraty odpowiedniego wsparcia antygravitacyjnego dla tych narządów, co skutkuje obniżaniem się dna miednicy oraz występowaniem objawów NTM, pod postacią wysiłkowego nietrzymania moczu lub parć nagłych. O ile uszkodzenia powięzi i więzadeł nie poddają się leczeniu zachowawczemu, o tyle na mięśnie i ich unerwienie mamy istotny wpływ. Dzięki poprawie funkcjonowania nerwów i mięśni dna miednicy usprawniamy część aktywną aparatu podpierającego narządy miednicy mniejszej, wpływając na poprawę funkcji przepony miednicznej, a przez to również na elementy biernego układu podpierającego, ze względu na anatomiczne połączenie tych dwóch elementów ze sobą. Biofeedback daje tu duże możliwości, gdyż pozwala usprawniać nie tylko mięśnie, ale również całe połączenie nerwowe, od ośrodkowego układu nerwowego, aż po sam mięsień. Ma to istotne znaczenie w przypadku, gdy mamy do czynienia z uszkodzeniem unerwienia mięśni dna miednicy (często dochodzi do obwodowego uszkodzenia unerwienia mięśni dna miednicy w wyniku powikłanego lub skomplikowanego porodu). Przy dużych uszkodzeniach unerwienia pacjentka nie jest w stanie wykonać skurczu mięśni dna miednicy lub skurcz jest na tyle słaby, że nie jest wyczuwalny. Dzięki biofeedbackowi pacjent jest w stanie zaobserwować nawet najmniejszą akcję mięśniową, a także obserwować jak w rzeczywistości reagują mięśnie dna miednicy, kiedy próbuje je napiąć. Pacjent poddając obiektywnej ocenie pracę swoich mięśni zaczyna wpływać na jakość skurczu i rozkurczu oraz buduje świadomość posługiwania się mięśniami dna miednicy, gdyż otrzymuje informację zwrotną. Biofeedback jest bardzo skuteczną formą usprawniania mięśni i unerwienia dna miednicy, nawet u pacjentów z dużymi zanikami i dysfunkcjami mięśniowymi. W standardowych ćwiczeniach usprawniających, oprócz subiektywnego odczucia wykonania skurczu, pacjentka nie otrzymuje żadnej innej informacji zwrotnej. Nie wie z jaką siłą wykonała skurcz, czy skurcz był stabilny, a co najważniejsze, nie ma celu do osiągnięcia przy wykonywaniu skurczu mięśniowego. Trudno jest więc monitorować pracę swoich mięśni, angażować się w ćwicze-

<sup>1</sup> EMG - biofeedback oparty na elektromiografii powierzchniowej - odczytującej potencjały elektryczne z mięśni.

nia, osiągać wyznaczone cele oraz obserwować postępy. Biofeedback daje te wszystkie możliwości, pokazuje pacjentowi zadanie do wykonania podczas każdego skurczu, angażując jego uwagę przez cały czas wykonywania ćwiczeń. Pozwala również zauważyć poprawę dzięki raportom postępów wyrażonych w wartościach liczbowych. Jest to bardzo ważne dla motywacji pacjenta. Pozwala również ocenić fizjoterapeucie prowadzącemu terapię oraz lekarzowi prowadzącemu, progres rehabilitacji. Co ważne, tylko biofeedback daje możliwości prowadzenia usprawniania poprzez wyznaczenie pacjentowi konkretnych zadań do wykonania przy użyciu wizualizacji ekranowych oraz zweryfikowania poprawności ich wykonania, wyrażoną procentowo oceną. Dzięki temu terapia nie jest nużąca, motywuje do osiągania jak najlepszych wyników, przez co przynosi o wiele szybsze efekty i jest możliwa do obiektywnej oceny. Dzięki stymulacji całego połączenia mózg-mięsień-mózg, biofeedback poprawia przewodnictwo nerwowe i stymuluje uszkodzone elementy układu nerwowego do regeneracji (reinnerwacji).

### Jak wygląda zabieg biofeedback w terapii NTM?

Pacjent jest podłączany do aparatury monitorującej, odczytującej powierzchniowo potencjały elektryczne z mięśni. W pochwie lub odbycie umieszczana jest elektroda stykająca się bezpośrednio z mięśniami dna miednicy i odczytująca potencjały elektryczne z mięśni dna miednicy. Pacjent, wykonując skurcz, obserwuje wykres na ekranie monitora, który odwzorowuje pracę mięśni. Widząc ten obraz, może wpływać na jego zapis bardziej przykładając się do wykonania skurczu i rozkurczu oraz precyzyjniej napinając mięśnie dna miednicy.

Pacjent najczęściej otrzymuje zadanie do wykonania. Terapeuta umieszcza na ekranie monitora specjalny szablon (indywidualnie stworzony rysunek), a pacjent ma za zadanie w taki sposób sterować pracą mięśni dna miednicy, aby jak najdokładniej odwzorować umieszczony na ekranie szablon. Terapeuta może również wyznaczyć próg zadaniowy, trudny, ale możliwy dla osiągnięcia przez pacjenta, polecając wykonanie skurczy mięśniowych trwających określony czas, z określoną minimalną siłą. Jeśli pojawia się problem z rozkurczem mięśniowym, terapeuta ustawia zadania w taki sposób, aby pacjent doskonalił się w wykonywaniu rozkurczu mięśniowego. Sesje terapeutyczne biofeedbacku trwają 20-30 minut w zależności od możliwości pacjenta, z częstotliwością: codziennie lub co drugi dzień.

### Efekty terapii biofeedback

Pierwszych efektów terapii można się spodziewać już po miesiącu, czyli około 20 sesjach zabiegowych. Na bieżąco wykonywane są badania oceniające postępy w poprawie funkcjonowania mięśni dna miednicy. W zależności od przypadku terapia może trwać 3-12 miesięcy, a w bardzo skomplikowanych i trudnych przypadkach nawet dłużej. Najczęściej są to 3-4 miesiące terapii. Po takim czasie terapeuta jest w stanie zwykle odpowiedzieć na pytanie, czy problemu nietrzymania moczu będzie można pozbyć się wyłącznie leczeniem zachowawczym.

### Biofeedback, a inne metody rehabilitacji nietrzymania moczu

Terapia biofeedback nie wyklucza innych metod rehabilitacji mięśni dna miednicy, wręcz przeciwnie, dla uzyskania szybszych efektów terapeutycznych warto łączyć biofeedback z innymi metodami takimi jak: elektrostymulacje mięśni dna miednicy, elektrostymulacje unerwienia dna miednicy, samodzielne ćwiczenia, terapia behawioralna, używanie stożków dopochwowych czy terapia manualna istniejących dysfunkcji kręgosłupa. Wtedy efekty terapii przychodzą o wiele szybciej.

### Gdy pacjent jest zakwalifikowany do operacji

Warto, żeby pacjent zakwalifikowany przez lekarza prowadzącego do operacji skorzystał z rehabilitacji przygotowującej do zabiegu. Również po operacji można



Fot.: Archiwum autora

poddać się usprawnianiu, aby wyeliminować ryzyko nawrotu objawów NTM, związanych z istniejącymi zaburzeniami funkcji nerwów i mięśni dna miednicy, których zabieg nie koryguje.

### Weryfikacja postępów przez lekarza

Terapia biofeedback daje możliwości dokumentowania, postępów rehabilitacji. Badanie EMG biofeedback rejestruje jakość skurczu i rozkurczu mięśniowego, wytrzymałość na zmęczenie, siłę oraz występujące zaburzenia neurologiczne. Regularne prowadzenie dokumentacji i weryfikowanie postępów rehabilitacji, porównywanie wyników przed, w trakcie i po terapii, pozwala w pełni monitorować zmiany jakie zachodzą w wyniku pro-

wadzonej terapii. Jest to bardzo cenne źródło informacji dla fizjoterapeuty jak również lekarza prowadzącego, który na podstawie otrzymywanych raportów z rehabilitacji zawierających opisy oraz konkretne wskaźniki liczbowe, może łatwiej podejmować decyzje co do dalszego leczenia pacjenta.

*Od redakcji: koszt terapii biofeedback nie jest refundowany przez NFZ.*

## Operacje z użyciem taśm w woj. podkarpackim

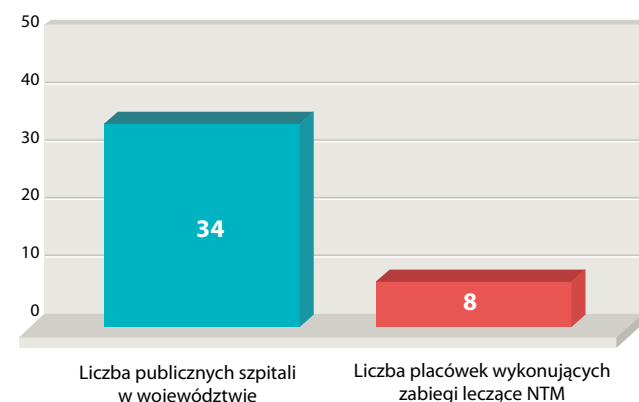
**W**bieżącym numerze Kwartalnika NTM prezentujemy Państwu wykaz placówek z województwa podkarpackiego, w których wykonuje się refundowane zabiegi operacyjne na nietrzymanie moczu przy użyciu taśm syntetycznych.

Prezentowane poniżej dane powstały w oparciu o informacje uzyskane z podkarpackiego oddziału NFZ. Według zebranych informacji w 2012 roku na Podkarpaciu przeprowadzono 50 tego typu zabiegów w 8 placówkach. Zabiegi stosowane w leczeniu NTM wykonywane były w oddziałach:

- ginekologiczno-położniczych (40 zabiegów);
- urologicznych (6 zabiegów);
- chirurgii ogólnej (4 zabiegi).

Na 34 publiczne placówki w województwie, które dysponują 22 oddziałami ginekologicznymi, ginekologiczno-położniczymi i 5 oddziałami urologicznymi (źródło: [www.rejestrzoz.gov.pl](http://www.rejestrzoz.gov.pl)) tylko w 8 placówkach wykonywano w roku ubiegłym zabiegi operacyjne na nietrzymanie moczu przy użyciu taśm syntetycznych.

Zabiegi z użyciem taśm w woj. podkarpackim\*



\* dane szacunkowe powstałe w oparciu o informacje uzyskane z podkarpackiego oddziału NFZ

Źródło: opracowanie własne

Poniżej prezentujemy listę szpitali, w których w 2012 roku przeprowadzono refundowane zabiegi operacyjne na nietrzymanie moczu przy użyciu taśm syntetycznych:

Nazwa placówki	Adres	Oddział	L. wykonanych zabiegów w 2012 r.
Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu	ul. 3 Maja 70, 37-500 Jarosław	ginekologiczno-położniczy	1
Szpital Powiatowy im. Edmunda Biernackiego w Mielcu	ul. Żeromskiego 22, 39-300 Mielec	ginekologiczno-położniczy	17
Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu	ul. Monte Cassino 18, 37-700 Przemyśl	ginekologiczno-położniczy	14
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Przeworsku	ul. Szpitalna 16, 37-200 Przeworsk	urologiczny	4
Szpital Wojewódzki Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie	ul. Lwowska 60, 35-301 Rzeszów	ginekologiczno-położniczy	5
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Fryderyka Chopina	ul. Chopina 2, 35-055 Rzeszów	urologiczny	2
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku	ul. 800-lecia 26, 38-500 Sanok	chirurgiczny ogólny	4
Zespół Opieki Zdrowotnej w Strzyżowie	ul. Dąbrowskiego 10, 38-100 Strzyżów	ginekologiczno-położniczy	3

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji uzyskanych z podkarpackiego oddziału NFZ



# O NTM w multidyscyplinarnym gronie Warszawskie Seminarium Neurourologii

dr Paweł Miotła

Klinika Ginekologii Operacyjnej, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie

19 stycznia 2013 r. w Auli Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, dzięki sprawnej pracy komitetu organizacyjnego pod przewodnictwem prof. dr hab. Andrzeja Borkowskiego oraz prof. dr hab. Piotra Radziszewskiego, odbyło się V Jubileuszowe Warszawskie Seminarium Neurourologii. Pomimo niesprzyjających warunków pogodowych prezentowanym wykładom przysłuchiwała się liczna grupa urologów, neurologów, ginekologów oraz innych specjalistów zajmujących się diagnostyką i leczeniem zaburzeń funkcjonowania układu moczowego. Dyskusji sprzyjał fakt, że znaczna część wykładów poza aspektami czysto teoretycznymi, dotyczyła również sytuacji klinicznych z codziennej praktyki lekarskiej, a uczestnicy sympozjum mieli możliwość skomentowania prezentowanych zagadnień opierając się na własnych obserwacjach i doświadczeniach.

## Wytyczne i terminologia

W pierwszej części seminarium, której moderatorem był prof. dr hab. Włodzimierz Baranowski, przedstawione zostały aktualne wytyczne International Continence Society (ICS) dotyczące terminologii nietrzymania moczu (NTM), techniki wykonywania i interpretacji badań urodynamicznych oraz współczesnych trendów w farmakoterapii różnych postaci NTM. Dr Jacek Borkowski przypomniał uczestnikom spotkania, że wieloczynnikowa etiopatogeneza nietrzymania moczu jest odpowiedzialna za występowanie jego licznych postaci klinicznych, co z kolei przysparza wiele trudności w stworzeniu jednolitej klasyfikacji tego schorzenia. Najbardziej uproszczony podział ICS wyodrębnia cewkową oraz pozacewkową postać nietrzymania moczu. Z kolei w oparciu o klasyfikację Weina wyróżniono zaburzenia w fazie gromadzenia moczu oraz dysfunkcje w fazie opróżniania pęcherza moczowego. Wyszczególnione również zostały niektóre z przyczyn odpowiedzialnych za występowanie objawów nietrzymania moczu, m. in. zakażenia dróg moczowych, przebyte ciążę i porody, wpływ wieku, obecność wad wrodzonych, nadwaga, wpływ przyjmowanych leków, przebyte zabiegi operacyjne, współistniejące scho-

zenia neurologiczne. W oparciu o najnowszą klasyfikację, wg ICS przedstawiono następujące formy nietrzymania moczu: wysiłkową, nagłą, ortostatyczną, mieszaną, bezwiedną, ciągłą, moczenie nocne oraz ucieczki



moczu występujące w trakcie stosunku płciowego. Każde z powyższych rozpoznań warunkuje indywidualizację procesu leczenia, niejednokrotnie wieloetapowego, uwzględniającego możliwości fizykoterapii, farmakoterapii lub interwencji chirurgicznej.

## Kontrowersje wokół urodynamiki

W prezentacji dr Bartosza Dybowskiego omówione zostały poszczególne elementy badania urodynamicznego, przy czym do intensywnej dyskusji uczestników nie doprowadził jednak sposób oceny takich elementów jak uroflowmetria, cystometria czy profilometria, lecz zasadność wykonywania poszczególnych etapów badania w zależności od uwarunkowań refundacji tej procedury diagnostycznej przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Ponadto podniesiona została zasadność wykony-

wania badania urodynamicznego w celu potwierdzenia rozpoznania i umożliwienia refundacji leków w terapii nadreaktywności pęcherza moczowego (OAB), zwłaszcza, że stanowisko NFZ w tej sprawie odbiega od zaleceń polskich, jak też międzynarodowych stowarzyszeń zrzeszających lekarzy zajmujących się problematyką nietrzymania moczu. Zamykając tę sesję, dr Andrzej Wróbel z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, przedstawił możliwości farmakologicznego leczenia zaburzeń funkcjonowania dolnego odcinka dróg moczowych, ze szczególnym uwzględnieniem nadreaktywności pęcherza moczowego. Spośród wielu metod farmakoterapii OAB szczególną uwagę poświęcono wykorzystaniu substancji pobudzających receptory  $\beta$ 3-adrenergiczne, gdyż w badaniach doświadczalnych udowodniono, że powodują one relaksację wypieracza pęcherza moczowego. Przeprowadzone próby kliniczne potwierdziły skuteczność mirabegronu (agonista receptora  $\beta$ 3-adrenergicznego) w terapii OAB. Z perspektywy pacjentów chorujących na nadreaktywność pęcherza moczowego bardzo istotny jest fakt, że lek ten będzie dostępny w polskich aptekach prawdopodobnie już pod koniec tego roku. Trudno jednak przewidzieć czy Narodowy Fundusz Zdrowia zechce partycypować w kosztach leczenia i umożliwi refundację tego preparatu - pozostaje mieć nadzieję, że prędzej lub później będzie to możliwe.

## Neurotoksyny w leczeniu NTM

Kolejnym poruszonym zagadnieniem było wykorzystanie neurotoksyn w leczeniu nadreaktywności pęcherza moczowego, a zwłaszcza coraz szersze wykorzystywanie w tym celu toksyny botulinowej A (Botox). Opiekę nad przebiegiem sesji sprawował prof. dr hab. Tomasz Rechberger, natomiast szczegóły dotyczące mechanizmu działania tej substancji oraz technikę jej podawania przybliżył, w formie interaktywnej prezentacji, prof. dr hab. Piotr Radziszewski. Przedstawiona animacja umożliwiła lepsze zrozumienie niuansów związanych z funkcją białek błonowych (SNARE) oraz ich roli w uwalnianiu acetylocholiny (ACh), a także wpływu podania Botoxu na zahamowanie procesu fuzji pęcherzyków synaptycznych zawierających ACh z błoną presynaptyczną i w konsekwencji denerwacją chemiczną. Obaj profesorowie przekazali cenne wskazówki dotyczące techniki podawania tego leku, jak również podkreślili, że należy pamiętać, że w chwili obecnej są dostępne preparaty toksyny botulinowej różnych producentów, przy czym nie ma uniwersalnego przelicznika pozwalającego porównać siłę biologicznego działania poszczególnych leków, stąd zawsze należy dokładnie sprawdzić, jaka jest rekomendowana dawka terapeutyczna konkretnego preparatu.

## Męskie sprawy

W kolejnych sesjach prowadzonych przez zespół eksper-

tów, którym przewodzili prof. dr hab. Andrzej Paradysz oraz dr Tomasz Borkowski, przybliżone zostały zagadnienia związane z zespołem objawów ze strony dolnego odcinka dróg moczowych (ang. lower urinary tract symptoms - LUTS). Cechami charakterystycznymi tego schorzenia jest występowanie u mężczyzn kilku grup syndromów dotyczących:

- zaburzeń na etapie gromadzenia moczu (uciążliwe uczucie parcia na mocz, częstomocz, nietrzymanie moczu, nocturia),
- utrudnienia oddawania moczu (słaby strumień moczu, pryskanie w trakcie mikcji, oddawanie moczu porcjami, cedzenie, kropelkowanie),
- objawów pomikcyjnych (uczucie niepełnego opróżnienia pęcherza moczowego, pojawianie się kropel moczu po zakończeniu mikcji).

W trakcie dyskusji podkreślono, że łagodny rozrost gruczołu krokowego nabiera klinicznego znaczenia w momencie, gdy pojawiają się uciążliwe dla pacjenta objawy ze strony dolnych dróg moczowych lub też przeszkoda podpęcherzowa. Wtedy właśnie pacjenci zaczynają aktywnie szukać pomocy lekarskiej.

## Techniki zabiegowe

W trakcie obrad, którym przewodzili prof. dr hab. Ewa Barcz oraz prof. dr hab. Włodzimierz Baranowski, poruszone zostały zagadnienia związane z operacyjnym leczeniem nietrzymania moczu, zwłaszcza jego postaci wysiłkowej u kobiet. Szczegółowo scharakteryzowano różnice pomiędzy technikami załonowymi oraz przezzałonowymi, dyskutowano również nad możliwością implementacji do codziennej praktyki operacyjnej techniki polegającej na zakładaniu slingu podcewkowego z wykorzystaniem śródoperacyjnego pomiaru odległości taśmy od ujścia zewnętrznego cewki moczowej. Wszyscy uczestnicy byli zgodni co do użyteczności nowoczesnych technik obrazowania umożliwiających uwidocznienie położenia slingu w diagnozowaniu przyczyn ewentualnych niepowodzeń leczenia operacyjnego. Prof. dr hab. Włodzimierz Baranowski przybliżył również kwestie prawne związane z przeprowadzaniem zabiegów uroginologicznych z użyciem materiałów protezujących, zwłaszcza w świetle rekomendacji FDA (Food and Drug Administration) oraz podkreślił znaczenie prowadzenia dalszej, długofalowej obserwacji uzyskanych wyników pooperacyjnych, co pozwoli na dokładniejszą ocenę przydatności i bezpieczeństwa poszczególnych technik zabiegowych. Tematy poruszone podczas V Jubileuszowego Warszawskiego Seminarium Neurourologii spotkały się z ogromnym zainteresowaniem, nierzadko budziły sporo kontrowersji i inspirowały do burzliwych dyskusji. Takie spotkania uzmysławiają nam to, jak ważne i potrzebne są dyskusje w tak multidyscyplinarnym gronie specjalistów.

# Tradycja i doświadczenie



Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny  
Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Natalia Łyczko

**W** kolejnej części cyklu prezentującego polskie placówki ginekologiczne i urologiczne specjalizujące się w leczeniu NTM przedstawimy Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, mieszczący się przy ul. Polnej 33.

Szpital powstał na początku ubiegłego wieku. Pierwsze pacjentki przyjęto w 1901 roku, kilkanaście lat później przekształcono go zaś w Krajową Klinikę dla Kobiet. Placówkę obsadzono polską kadrami, a kilka łóżek wydzielono na potrzeby nowo utworzonego Uniwersytetu Poznańskiego. W 1921 roku szpital stał się siedzibą jednostek akademickich - i jest nią do dziś. W latach powojennych z Uniwersytetu Poznańskiego wyodrębniono Akademię Lekarską (obecnie: Uniwersytet Medyczny).

W marcu 1950 roku szpital przyjął nazwę i status Państwowego Szpitala Klinicznego Nr 3. Na jego bazie powstała I Katedra i Klinika Ginekologii i Położnictwa, w miejsce której w 1970 roku utworzono Instytut Ginekologii i Położnictwa. W kolejnych latach bazę szpitala powiększono o kolejne lokale, a od 1984 roku prowadzona jest systematyczna rozbudowa i modernizacja placówki. W grudniu 1998 roku szpital otrzymał osobowość prawną i przyjął obecną nazwę.

GPSKUM w Poznaniu to największy szpital ginekologiczno-położniczy w Polsce. Wykonuje się w nim ok. 5,5 tys. ginekologicznych, andrologicznych, położniczych i onkologicznych operacji rocznie; według szacunków - także najwięcej operacji na NTM w województwie wielkopolskim. Aktualnie w szpitalu funkcjonuje 20 oddziałów, 17 poradni specjalistycznych, 12 klinik oraz 11 pracowni diagnostycznych. Działają tu także 2 zakłady naukowe.

W szpitalu zatrudnionych jest ponad 400 położnych i pielęgniarek oraz ok. 150 lekarzy na etatach akademickich, szpitalnych i stażowych. O naukowy prestiż szpitala dba 21 profesorów i docentów.

Szpitalne procedury diagnostyczno-lecznicze zgodne są z przyjętymi na świecie standardami. Placówka dysponuje nowoczesną aparaturą diagnostyczno-leczniczą, wśród której znajdują się m.in.: ultrasonografy, mammografy, densytometry, mammotom i unikalna w Polsce aparatura do badań urodynamicznych. Leczenie operacyjne odbywa się w siedmiu nowoczesnych salach operacyjnych i czterech zabiegowych. Wyposażono je m.in. w najnowszą generację sprzęt endoskopowy, noże harmoniczne, lasery i urządzenia ultradźwiękowe oraz argonowe.

Leczenie NTM odbywa się na wszystkich oddziałach szpitala. Szczególną rolę odgrywa na tym polu jednak Klinika Ginekologii Operacyjnej, której kierownikiem oraz szefem bloku operacyjnego - od początku jej istnienia - jest prof. dr hab. n. med. Stefan Sajdak.

O zdrowie pacjentów dba wykwalifikowana kadra medyków. *W Klinice pracuje blisko 20 lekarzy ginekologów, w całym szpitalu - ponad setka* - wyjaśnia w rozmowie z Kwartalnikiem NTM prof. Sajdak.

W ramach działalności Kliniki prowadzone są: kompleksowa diagnostyka laboratoryjna i obrazowa (USG sutka, sonda waginalna, sonda brzuszna) oraz leczenie zabiegowe. *Klinika wykonuje pełen zakres operacji ginekologicznych: począwszy od zwykłych mięśniaków, poprzez wycięcie macicy, wycinanie guzów jajnika z rozpoznaniem śródoperacyjnym, onkologię ginekologiczną, po operację guzów piersi, laparoskopię, histeroskopię, thermachoice, czyli destrukcję błony śluzowej endometrium, czy mammotom - bezoperacyjne, biopsyjne usuwanie guzów piersi* - wlicza kierownik Kliniki.

Wykonuje się tu także operacje pochwowe z powodu obniżenia narządów płciowych i nietrzymania moczu, także z użyciem TVT i IVS. *Klinika oferuje szeroki wachlarz zabiegów w zakresie leczenia NTM: od założenia taśmy przez otwór zastonowy, przez nowe taśmy niewymagające perforacji otworu zastonowego, nieprzeprowadzane na wyłot, po siatki do plastyki przedniej (i tylnej). W ramach struktur Szpitala funkcjonuje także Pracownia Urodynamiczna, w której badane są przyczyny nietrzymania moczu i ewentualne kwalifikacje do leczenia zachowawczego* - wyjaśnia prof. Sajdak.

Z usług Pracowni mogą skorzystać pacjentki posiadające skierowanie od lekarza na diagnostykę urodynamiczną. Do badania nie ma kolejek - wymagana jest jedynie wcześniejsza rejestracja pod numerem: 61 841 96 16.

Osoby, które cierpią na zaburzenia czynności dróg moczowych, ale nie posiadają skierowania, mogą zgłosić się na konsultację do Poradni Uroginekologicznej, aby otrzymać skierowanie na dalszą diagnostykę. *Poradnia Uroginekologiczna jest również poradnią szpitalną, tam też znajduje się aparat do urodynamiki. Wszystkie działania realizowane są w ramach jednego bloku; w tym samym szpitalu* - mówi prof. Sajdak.

Funkcję kierownika Poradni Uroginekologicznej i Pracowni Urodynamiki sprawuje dr hab. n. med. Magdalena Pisarska-Krawczyk. Kadre dopełniają dr n. med. Przemysław Kądziołka i dr n. med. Robert Stanek.



# Nadspecjalizacja z uroginekologii - czy jest potrzebna? Cz. I

Katarzyna Walewska

Zaburzenia statyki narządu płciowego u kobiet oraz problemy z nietrzymaniem moczu to w wielkim skrócie główne obszary zainteresowań uroginekologii, która pomimo ogromnego zapotrzebowania nie jest uwzględniona w oficjalnym programie szkoleń dla młodych lekarzy jako jedna z nadspecjalizacji. Uroginekologia zajmuje się zaburzeniami statyki dna miednicy u kobiet, która jest powszechną dolegliwością szczególnie w okresie pomenopauzalnym, często połączoną z zaburzeniami prawidłowego oddawania moczu. Obecnie na szeroką skalę obserwuje się występowanie problemów uroginekologicznych. Jak sygnalizują specjaliści, z upływem lat, trend ten będzie systematycznie wzrastał, głównie ze względu na rosnącą grupę osób starszych. Aktualnie w Polsce ok. 50% kobiet w wieku 40-70 lat cierpi na schorzenia uroginekologiczne. Dla lepszej diagnostyki oraz właściwego leczenia, dolegliwości te powinny być konsultowane właśnie ze specjalistami uroginekologii.

Działająca przy Polskim Towarzystwie Ginekologicznym (PTG) sekcja uroginekologii, przez lata swojej aktywności uświadamiała szerokiemu gremium lekarzy ginekologów i urologów jak ważną rolę pełni uroginekologia w codziennej pracy kliniczno-szpitalnej oraz diagnostyce. Dzięki aktywnej pracy specjalistów problematyka schorzeń uroginekologicznych wzbudziła zainteresowanie polskich lekarzy, czego dowodem jest powiększająca się sieć ośrodków leczących tego typu schorzenia. Obecnie zabiegi uroginekologiczne może przeprowadzić każdy urolog i ginekolog, jednakże w wyniku braku specjalistycznych szkoleń w zakresie uroginekologii, wiele zabiegów jest wykonywanych nieprawidłowo. Sytuacja ta jednoznacznie przemawia za koniecznością utworzenia nadspecjalizacji z uroginekologii, dzięki której szkolono by konkretnych specjalistów w tej dziedzinie.

Sekcja uroginekologii PTG od lat stara się o formalne utworzenie nadspecjalizacji uroginekologii. W tej sprawie specjaliści z dziedziny ginekologii, na czele z prof. Tomaszem Rechbergerem oraz prof. Włodzimierzem Baranowskim, w porozumieniu z urologami, opracowali obszerny program wraz z harmonogramem szkoleń dla przyszłych specjalistów. Program został złożony do konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii, prof. Stanisława Radowickiego, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego oraz do Ministerstwa Zdrowia. Niestety, pomimo złożonego wniosku oraz mocnych argumentów



przemawiających za wprowadzeniem tej nadspecjalizacji, do dziś nie udało się sfinalizować formalnego utworzenia i uwzględnienia jej na ścieżce edukacyjnej. Jaka jest tego przyczyna? O komentarz w tej sprawie poprosiliśmy prof. Tomasza Rechbergera: *Trudno mówić mi o przyczynach braku pozytywnej decyzji w tej sprawie. Ze strony lekarzy zostało zrobione wszystko, teraz decyzja leży w gestii resortu zdrowia. Finalna wersja programu specjalizacji trafiła do konsultanta krajowego oraz do resortu zdrowia. Początkowo Ministerstwo zainteresowało się tą kwestią, jednak z czasem, temat ucichł* - tłumaczy profesor. Zdaniem prof. Rechbergera zapotrzebowanie na specjalistów uroginekologii jest bardzo duże. *Obecnie wykonywanych jest szereg zabiegów uroginekologicznych, gdyż schorzenia tego typu występują u bardzo dużej grupy pacjentek, szczególnie w starszym wieku* - argumentuje. *Należy pamiętać, że zapotrzebowanie na leczenie uroginekologiczne z roku na rok będzie wzrastać, głównie z powodu sukcesywnie powiększającej się grupy kobiet narażonej na tego typu schorzenia* - dodaje.

*Obecnie zabiegi uroginekologiczne może wykonywać praktycznie każdy specjalista ginekolog i urolog, ponieważ nie ma żadnych odgórnych ograniczeń, które regulowałyby tę kwestię. Niestety skutkuje to mnóstwem zabiegów wykonywanych nieprawidłowo, których efektem są ponowne operacje, obciążające przede wszystkim zdrowie i komfort pacjenta, jak również budżet państwa, który finansuje kolejne zabiegi. To jeden z głównych argumentów, który przemawia za utworzeniem specjalizacji, dzięki której w Polsce szkolono by specjalistów w dziedzinie uroginekologii, znających się na swojej pracy.*

*Ważne jest, aby wraz z utworzeniem nadspecjalizacji w każdym województwie powstawały ośrodki referencyjne specjalizujące się w uroginekologii. Początkowo po 2-3 ośrodki w większych województwach, w zależności od zapotrzebowania na tego typu leczenie oraz po 1 ośrodku w mniejszych regionach, gdzie liczba przeprowadzonych zabiegów jest nieco niższa. W każdym ośrodku powinno pracować minimum 2-3 przeszkolonych specjalistów, którzy dzięki swojej wiedzy i doświadczeniu mogliby uczyć kolejne pokolenia. Stu specjalistów uroginekologii w całym kraju to na początek absolutne minimum, docelowo liczba ta powinna wzrosnąć nawet do 200-300 osób* - tłumaczy w rozmowie z Kwartalnikiem NTM prof. T. Rechberger.

A jakie zdanie w tej sprawie mają młodzi specjaliści?

O opinie poprosiliśmy młodą stażem specjalistkę ginekologa dr Katarzynę Perzyło. *Uważam, że uroginekologia powinna uzyskać status specjalizacji szczegółowej, w której lekarze mogliby się specjalizować po uzyskaniu tytułu specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Problem nietrzymania moczu i zaburzeń statyki narządu rodowego dotyczy szerokiego grona kobiet w Polsce. Zaburzenia te są obecnie leczone przez ginekologów i urologów. Większość z nich niestety ma na ten temat ograniczoną wiedzę, popartą niedostatecznym doświadczeniem. W programie specjalizacji podstawowej jaką jest urologia i ginekologia, problem ten jest ujęty w stopniu niewystarczającym. Specjalizacja w dziedzinie uroginekologii poszerzyłaby wiedzę lekarzy oraz przyczyniłaby się do podniesienia standardów opieki medycznej* - argumentuje doktor.

Dr Perzyło, podobnie jak profesor T. Rechberger, jest zdania, że zabiegi uroginekologiczne powinny być wykonywane przez lekarzy specjalizujących się w tej problematyce i wykonujących dużą ilość tego rodzaju zabiegów. *Obecnie wiele ośrodków podejmuje się leczenia zaburzeń związanych z nietrzymaniem moczu i korekcyjną statyką narządu rodowego. Niestety nie posiadają one odpowiedniego przygotowania do ich przeprowadzania, bądź nie wykonują dostatecznej ilości tych zabiegów. W konsekwencji, w ośrodkach tych występuje duża ilość powikłań, z którymi nie potrafią sobie poradzić. Pacjentki takie są dopiero na tym etapie przekazywane do klinik posiadających odpowiednie doświadczenie* - argumentuje. Uwa-

żam, że ograniczenie w wykonywaniu tych zabiegów do kilku ośrodków w kraju posiadających największe doświadczenie, ograniczyłoby występowanie powikłań u pacjentek - dodaje. Specjaliści ginekologii wyraźnie opowiadają się za potrzebą utworzenia specjalizacji uroginekologii. Wszystko wskazuje więc na to, że w tym momencie decyzja o jej powołaniu leży po stronie Ministerstwa Zdrowia, które jest instytucją decyzyjną w kwestii rozwiązań systemowych dotyczących powoływania specjalizacji lekarskich. Na stronie resortu znajduje się dokument poświęcony perspektywom rozwoju specjalizacji lekarskich w Polsce na lata 2010-2015. Co ciekawe, zawiera on szereg sprawozdań oraz rekomendacji ze strony właściwych dla danej specjalizacji konsultantów krajowych, w tym również konsultanta w dziedzinie położnictwa i ginekologii. W części przedstawionej przez prof. S. Radowickiego widnieje rekomendacja w sprawie dalszego rozwoju specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii, w tym stworzenia specjalizacji szczegółowych (nad-specjalizacji) tj. uroginekologii. Dlaczego więc nadal brak decyzji w tej sprawie? Parafrazując słowa profesora, można by rzec, że pomimo wyraźniej woli środowiska lekarskiego, nadal brakuje woli decydentów w tej sprawie. W kolejnych częściach cyklu artykułów poświęconych uroginekologii zaprezentujemy opinie innych środowisk i specjalistów oraz stanowisko Ministerstwa Zdrowia w tej sprawie.

## Badanie urodynamiczne w woj. podlaskim

W najnowszym numerze prezentujemy Państwu listę pracowni urodynamicznych z województwa podlaskiego. Według zebranych danych (stan na 02.2013) na Podlasiu, badanie urodynamiczne wykonuje obecnie 11 placówek. Porównując obecne dane ze statystykami sprzed czterech lat, (kiedy po raz pierwszy analizowaliśmy sytuację w województwie) liczba pracowni urodynamicznych wzrosła niemalże dwukrotnie. W większości z placówek badanie można wykonać na

bieżąco. Badanie jest refundowane dla osób posiadających ubezpieczenie w Narodowym Funduszu Zdrowia. Dla osób nieubezpieczonych koszt badania to wydatek ok. 600 zł.

Pełny wykaz placówek wykonujących badania urodynamiczne na terenie całego kraju dostępny jest na stronie internetowej [www.ntm.pl](http://www.ntm.pl).

Ewentualne uwagi i sugestie prosimy zgłaszać na adres: [ntm@ntm.pl](mailto:ntm@ntm.pl).

### Białystok

1. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Położniczo-Ginekologiczna w Białymstoku, ul. NMP Królowej Rodzin 21, 15-684 Białystok;
2. Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, poradnia urologiczna, ul. Fabryczna 27, 15-471 Białystok;
3. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego, oddział ginekologii, ul. Warszawska 15, 15-062 Białystok (chwilowo wstrzymane);
4. Poliklinika Ginekologiczno-Położnicza Arciszewscy, ul. Zamenhofska 19, 15-435 Białystok;
5. Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofska w Białymstoku, poradnia urologiczna, ul. Waszyngtona 17, 15-274 Białystok (tylko dla dzieci);
6. NAPRO MEDICA NZOZ, ul. Antoniuk Fabryczny 10, 15-741 Białystok;

7. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, Klinika Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej, ul. M. Skłodowskiej-Curie 24a, 15-276 Białystok;

### Łomża

1. Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego, poradnia urologiczna, al. Piłsudskiego 11, 18-404 Łomża;

### Sejny

1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sejnach, oddział ginekologiczny, ul. E. Rittlera 2, 16-500 Sejny;

### Siemiatycze

1. SP ZOZ w Siemiatyczach, oddział ginekologiczno-położniczy, ul. Szpitalna 8, 17-300 Siemiatycze;

### Suwałki

1. Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach, ginekologia i położnictwo z patologią ciąży, ul. Szpitalna 60, 16-400 Suwałki;

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

# Pilates kontra NTM - cz. III. Ćwiczenia

mgr Magdalena Potoczek, fizjoterapeuta/instruktor Pilates

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

W poprzednim numerze Kwartalnika poznaliśmy podstawy oddychania w technice Pilates oraz ćwiczenie „Most Ramion” w kilku modyfikacjach. W tym wydaniu zaprezentowane zostały kolejne ćwiczenia, które mogą wspomagać leczenie nietrzymania moczu. Potrzebna nam będzie cienka mata lub koc (ćwiczenia należy wykonywać na twardym podłożu), mała elastyczna piłeczka do ćwiczeń (ok. 18-20 cm średnicy) oraz duża piłka rehabilitacyjna.

## Piłka rehabilitacyjna w ćwiczeniach Pilates

Dobór piłki rehabilitacyjnej jest zależny od indywidualnych parametrów, przede wszystkim od wzrostu. W czasie siedzenia na piłce biodra powinny znajdować się na tej samej wysokości co kolana, lub nieco wyżej, nigdy odwrotnie. Poniższa tabela pokazuje w jaki sposób dobrać średnicę piłki w zależności od wzrostu.

Wzrost	Średnica piłki
155 - 165 cm	55 cm
165 - 175 cm	65 cm
175 - 185 cm	75 cm
Powyżej 185 cm	85 cm i więcej

Duża piłka jest cennym przyborem rehabilitacyjnym i można ją wykorzystać podczas wielu ćwiczeń. Nie tylko urozmaica trening, ale przede wszystkim czyni go bardziej efektywnym. Podczas gdy siedzimy na piłce, nasza równowaga jest lekko zaburzona. Aby jej nie stracić musimy zaangażować wiele mięśni, w tym mięśnie głębokie, które odpowiadają za lepszą stabilizację ciała oraz prawidłową postawę. Aktywne są między innymi mięśnie grzbietu, brzucha oraz mięśnie dna miednicy. Jak pamiętamy, system Pilates oferuje dużo różnych modyfikacji podstawowych ćwiczeń wyjściowych, z których większość można wykonać właśnie z wykorzystaniem piłki. W sklepie ze sprzętem medycznym czy sportowym sprzedawca pomoże nam wybrać odpowiednią piłkę. Można ją kupić już za 20-30 zł.

## Rozgrzewka - ćwiczenia miednicy w siadzie na piłce

Ćwiczenia te świetnie angażują mięśnie dna miednicy, mobilizują kręgosłup i mogą być wykonywane jako rozgrzewka przed każdym treningiem. Jednocześnie są delikatne, bezpieczne i właściwe mogą być wykonywane przez każdego. Jeżeli początkowo będziesz mieć problem

z utrzymaniem równowagi na piłce - ćwicz przy drabince, ścianie, krześle - tak aby w razie potrzeby móc się czegoś przytrzymać. Ćwicząc pamiętaj o spokojnym oddechu torem bocznym żebrowym (opisanym w poprzednim numerze Kwartalnika), płynności i koncentracji na wykonywanym ruchu, które są kluczowe w technice Pilates.

## Wersja 1 - huśtanie biodrami w przód i tył

**Pozycja wyjściowa i końcowa:** Usiądź na piłce z rękami na biodrach. Stopy oprzyj na podłożu i rozstaw nieco szerszej niż biodra. Brodę ściągnij lekko w stronę klatki piersiowej, rozluźnij i opuść barki. Pomyśl o wydłużeniu kręgosłupa od czubka głowy aż do kości ogonowej. Nie wypychaj żeber do przodu, ani pośladków w tył. Kręgosłup ma być w neutralnej pozycji z zachowaniem naturalnych krzywizn. Ćwiczenie zaczynamy i kończymy w tej pozycji (zdj. 1).

**Akcja:** Nabierz powietrza nosem, a następnie z wydechem ustami podwinij kość ogonową pod siebie (wyobraź sobie, że chcesz „podkulić ogon”). Piłka lekko przetacza się do przodu (zdj. 2). Z kolejnym wdechem ustami powrót do pozycji wyjściowej.

## Wersja 2 - huśtanie biodrami w prawo i lewo

**Pozycja wyjściowa i końcowa:** j.w.

### Akcja:

Nabierz powietrza nosem, a następnie z wydechem ustami wysuń lekko biodro w prawą stronę i delikatnie ku górze. Z wdechem wróć do pozycji wyjściowej. Z kolejnym wydechem powtórz ruch na lewą stronę. W tym ćwiczeniu huśtaj płynnie biodrami w prawo i lewo (zdj. 3a i 3b).





### **Wersja 3 - Krążenia biodrami**

**Pozycja wyjściowa i końcowa:** j.w.

**Akcja:** Oddychając równomiernie wykonuj średniej wielkości krążenia biodrami po 10 razy w każdą stronę. Staraj się skoncentrować na pracy mięśni dolnej części ciała, podczas gdy góra pozostaje rozluźniona.

### **Wersja 4 - Ósemki bioder**

**Pozycja wyjściowa i końcowa:** j.w.

**Akcja:** Podobnie jak w poprzedniej wersji ćwiczenia zataczaj ruchy miednicą, ale tym razem w taki sposób, aby rysować biodrami na podłodze kształt leżącej ósemki.

### **Wersja 5 - Alfabet biodrami**

**Pozycja wyjściowa i końcowa:** j.w.

**Akcja:** Zamień ćwiczenie w następującą zabawę - postaraj się zataczać biodrami kształt liter swojego imienia i nazwiska lub innych dowolnych wyrazów.

### **Ćwiczenie Shoulder Bridge - most ramion z piłką rehabilitacyjną**

W poprzednim numerze Kwartalnika poznaliśmy to ćwiczenie w kilku różnych modyfikacjach. Oto kolejna wersja, tym razem z wykorzystaniem dużej piłki rehabilitacyjnej.

**Pozycja wyjściowa i końcowa:** Połóż się na plecach, ręce wyciągnij wzdłuż ciała. Nogi oprzyj na dużej piłce i zegnij je pod kątem ok. 90 stopni tak, by piłka dotykała tylnej powierzchni Twoich ud (zdj. 4a).



**Akcja:** Nabierz powietrza nosem, następnie z długim wydechem ustami rozpocznij podwijanie kości ogonowej i stopniowe odrywanie kręgosłupa od podłoża. W tym samym czasie pięty naciskają na piłkę. Zatrzymaj się gdy ciało będzie w jednej linii i zrób wdech nosem. Z kolejnym wydechem ustami stopniowo opuszczaj biodra przyklejając kręgosłup kręgu po kręgu do maty (zdj. 4b i 4c).

### **Ćwiczenie The Clam - Małż Wersja 1**

**Pozycja wyjściowa i końcowa:** Połóż się na boku i ugnij

nogi w kolanach nieco powyżej 90 stopni. Kręgosłup ustaw w pozycji neutralnej. Biodra muszą być w jednej linii (jedno nad drugim) co oznacza, że miednica nie może być odchylna do tyłu, ani pochylona w przód. Ustabilizuj miednicę poprzez położenie dłoni na biodrze od góry. W czasie ćwiczenia kontroluj czy miednica się nie kołysze - powinna pozostać nieruchoma od początku do końca ruchu. Ćwiczenie rozpoczynamy i kończymy w tej pozycji (zdj. 5a).

**Akcja:** Po ustawieniu pozycji wyjściowej zaangażuj mięśnie brzucha - pomyśl o lekkim pociągnięciu pępka w stronę kręgosłupa. Zrób wdech nosem, następnie z wolnym wydechem ustami rozpocznij odrywanie górnego kolana („otwórz” kolana), stopy pozostają złączone. Podczas unoszenia kolana podciągaj jednocześnie mięśnie dna miednicy ku górze. W czasie opuszczania kolana rozluźniaj mięśnie stopniowo. Pilnuj stabilnej, nieruchomej miednicy. Ćwiczenie należy powtórzyć na drugim boku (zdj. 5b).



### **Wersja 2**

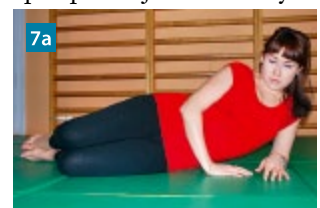
**Pozycja wyjściowa i końcowa:** Połóż się na plecach i wyciągnij ręce wzdłuż tułowia lub na miednicy. Pod głowę, jak poduszkę, podłóż małą piłeczkę. Ugnij nogi w kolanach i rozstaw je na boki pozostawiając stopy złączone ze sobą podeszwami.

**Akcja:** Nabierz powietrza nosem, następnie z wydechem zbliżaj kolana do siebie na końcu ruchu naciskając kolanem na kolano z jednoczesnym napięciem mięśni dna miednicy. Z wdechem stopniowo rozluźniaj mięśnie powracając do pozycji wyjściowej (zdj. 6a i 6b).



### **Ćwiczenie Side Bend - boczne zgięcie**

**Pozycja wyjściowa i końcowa:** Połóż się na lewym boku w taki sposób, że ciało podparte jest na lewym łokciu, przedramieniu i dłoni, a prawa ręka oparta jest na podłodze przed klatką piersiową. Nogi ugnij w kolanach powyżej 90 stopni, a pięty podsuń pod pośladki.



Ustaw neutralną pozycję kręgosłupa i uważaj, aby lewy bok ciała nie opadał w stronę podłogi (nie wyginał się w łuk - zdj. 7a).

**Akcja:** Nabierz powietrza nosem, następnie z wydechem ustami oderwij od podłogi biodra. Wytrzymaj w tej pozycji do sekund, z kolejnym wdechem opuść biodra z powrotem na podłogę. W tym ćwiczeniu uważaj, aby nie przenosić ciężaru ciała do przodu na prawą rękę. To najczęstszy błąd. Ćwiczenie powtórz na prawym boku (zdj. 7b i 7c).



### Ćwiczenie Inner Thigh Lift - uniesienie wewnętrznej części uda

**Pozycja wyjściowa i końcowa:** Połóż się na lewym boku w taki sposób, że głowa podparta jest na lewej dłoni, a prawa dłoń oparta jest przed klatką piersiową. Prawa noga jest zgięta w stawie biodrowym i kolanowym (leży z przodu przed ciałem), a kolano oparte jest na małej piłeczce. Lewa noga jest wyprostowana.

**Akcja:** Nabierz powietrza nosem, następnie z wydechem ustami unieś lewą nogę. Z kolejnym wdechem opuść nogę z powrotem na podłogę. Bardzo ważne w tym ćwiczeniu jest to, żeby nie szarpać nerwowo nogi w górę oraz nie rzucać jej bezwładnie na podłogę. Ruch nogą jest płynny z pełną koncentracją na pracy mięśni od początku do końca ćwiczenia. Ćwiczenie powtórz na prawym boku (zdj. 8a i 8b).



### Podsumowanie i uwagi do treningu

Ćwiczenia rozpocznij rozgrzewką na piłce i ćwiczeniami oddechowymi. Ćwiczenia główne wykonuj po 10 powtórzeń w serii i łącz je z tymi opisanymi w poprzednim numerze Kwartalnika. W danym dniu wybierz sobie 4-5 ćwiczeń, nie wykonuj wszystkich jednorazowo. W kolejnym numerze poznamy następne modyfikacje ćwiczeń Pilates, które uzupełnią Twój program rehabilitacyjny. Pamiętaj, że przed wprowadzeniem ćwiczeń zawsze warto skonsultować się ze swoim lekarzem lub fizjoterapeutą.

*Zdjęcia: Magdalena Potoczek*

# Środki absorpcyjne na dzień i na noc

**mgr Magdalena Potoczek**

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

**O**rganizm każdego człowieka ma swój określony rytm dobowy, który dotyczy także czynności fizjologicznych, a więc między innymi wytwarzania moczu.

Pomimo faktu, iż gromadzenie i wydalanie moczu to nieprzerwany cykl, występują różnice pomiędzy tym procesem w ciągu dnia i nocy. Podczas dnia, kiedy jesteśmy aktywni oraz dostarczamy naszemu organizmowi płynów (zarówno z napojami jak i z pożywieniem - zupy, warzywa i owoce) wytwarzanie moczu jest większe. W nocy natomiast podaż płynów zmniejsza się (lub nie ma jej w ogóle), metabolizm zwalnia oraz jest wydzielany tzw. hormon antydiuretyczny (wazopresyna), który ma za zadanie zagęszczać mocz i ograniczać jego produkcję. Informacje te mogą okazać się cenną wskazówką odnośnie tego, w jaki sposób należy dobierać środ-



ki chłonne w zależności od pory dnia. Zwiększa to komfort, jednocześnie obniżając koszty związane z użytkowaniem tych środków. Najlepszym sposobem doboru odpowiedniego zabezpieczenia jest obser-

wacja, np. na podstawie dziennika mikcji. W dzienniku zapisywane są informacje o tym jak często i w jakiej ilości przyjmowane są płyny, jaka jest częstotliwość i objętość oddawanego moczu i kiedy wystąpiły epizody niekontrolowanej utraty moczu. Dzięki temu dużo łatwiej będzie zdecydować kiedy potrzebujemy dodatkowej ochrony, a kiedy wystarczy tylko ta podstawowa.

Poniższa tabela przedstawia wskazówki w jaki sposób dobrać środek chłonny w zależności od stopnia nietrzymania moczu z uwzględnieniem pory dnia oraz aktywności ruchowej:

Nietrzymanie moczu w stopniu lekkim/średnim	
dzień	noc
<b>Aktywności dnia codziennego:</b> wkładka o podstawowej pojemności chłonnej typu mini (stopień lekki) i większej typu mi-di-normal (stopień średni)	<b>Wysiłkowe NTM:</b> W lekkim i średnim stopniu NTM nie powinno dochodzić do gubienia moczu w spoczynku. W związku z tym można nie stosować zabezpieczenia lub dla poczucia komfortu zastosować wkładkę. Jest to jednak kwestia indywidualna i jeżeli kiedykolwiek doszło do zmożenia bielizny w czasie odpoczynku nocnego zabezpieczenie należy stosować każdorazowo.
<b>WzmóŜona aktywność fizyczna np. dźwiganie cięŜszych przedmiotów czy uprawianie sportów:</b> wkładka o podwyższonej pojemności chłonnej w stosunku do normalnych czynności dnia codziennego (normal, extra, plus)	
<b>SpoŜywanie większej ilości napojów niŜ przeciętnie, szczególnie alkoholowych:</b> wkładka o zwiększonej pojemności chłonnej (normal, extra, plus)	
Nietrzymanie moczu w stopniu średnim/cięŜkim	
dzień	noc
<b>U osób aktywnych:</b> majtki chłonne lub pieluchy anatomiczne noszone ze specjalną bielizną siatkową zapobiegającą przed przemieszczaniem się pieluchy	<b>Średnie NTM:</b> majtki chłonne lub pieluchomajtki
<b>U osób częściowo/całkiem unieruchomionych:</b> majtki chłonne lub pieluchomajtki	<b>CięŜkie NTM:</b> pieluchomajtki + podkłady/prześcieradła chłonne jako dodatkowe zabezpieczenie

Niektóre marki produkujące zaopatrzenie higieniczne dla osób z nietrzymaniem moczu mają w swojej ofercie specjalne produkty zapewniające dodatkowe zabezpieczenie podczas odpoczynku nocnego, tzw. night (od angielskiego noc). Różnią się one pewnymi cechami od swoich odpowiedników na dzień. Przykładowo, wkładki mają wydłużoną i poszerzoną część tylną co zapewnia większą ochronę przed przeciekaniem podczas gdy znajdujemy się w pozycji leżącej na plecach. Produkty typu night posiadają też inne zabezpieczenia, np. elastyczne mankiety wokół nóg, które również chronią przed przeciekaniem. Część z nich jest wyposażona

w indykatory wilgoci, dzięki którym łatwiej ocenić odpowiedni moment potrzeby zmiany pieluchy. Jest to bardzo istotne w przypadku opieki nad osobami unieruchomionymi w łóżku. W nocy, kiedy zmiany pieluch/podkładów są rzadsze niż w ciągu dnia, należy upewnić się, że stosujemy produkt o odpowiednio duŜej chłonności, który zabezpieczy chorego na dłuŜej bez konieczności leŜenia w przemoczonej bieliźnie. Niestety, wielu opiekunów popełnia błędy, np. zakłada kilka pieluch jedna na drugą. Takie postępowanie jest niedopuszczalne i grozi powaŜnymi powikłaniami zdrowotnymi.

## W roli opiekuna

### Eurocarers ocenia jakość życia opiekunów nieformalnych i ich podopiecznych

Katarzyna Walewska

**W**skaźniki demograficzne biją na alarm, z roku na rok rośnie liczba osób starszych i niesamodzielnych. Dysproporcja pomiędzy osobami w wieku powyŜej 65. roku ŷycia w stosunku do pozostałych grup wiekowych równieŜ drastycznie wzrasta. Obawy te są jeszcze bardziej niepokojące, gdyŜ dotyczą obszaru całej Europy.

Tendencja starzejącego się społeczeństwa pociąga za sobą szereg zmian jakie muszą nastąpić w polityce społecznej i opiece długoterminowej. Rosnąca liczba osób niesamo-

dzielnych wymaga zwiększenia liczby opiekunów, zarówno tych zatrudnionych w opiece instytucjonalnej, jak i tzw. opiekunów nieformalnych, czyli członków rodzin lub bliskich osób niesamodzielnych, którzy sprawują nad nimi opiekę. Choć opiekunowie nieformalni odgrywają istotną rolę w systemie opieki długoterminowej, wciąż jest to sektor pozbawiony naleŜytego wsparcia ze strony wielu państw europejskich, w tym Polski. Sytuacja ta nie dotyczy jednak całej Europy. W niektórych krajach, w tym w Skandynawii, system opieki nieformalnej jest sektorem



prężnie rozwijającym się, będącym wzorem do naśladowania dla innych krajów europejskich.

Rozwijający się sektor opieki nieformalnej oraz rosnąca liczba opiekunów, skłoniły jedną z organizacji działających na rzecz opiekunów (Stowarzyszenie Eurocarers) do bliższego poznania profilu opiekuna rodzinnego. Kim są opiekunowie nieformalni? Jak oceniają swoją rolę w opiece nad osobami niesamodzielnymi? Jak oceniają jakość swojego życia w roli opiekunów? Jak swoje życie oceniają same osoby niesamodzielne? Na te i inne pytania związane z opieką nieformalną próbowali odpowiedzieć autorzy badania o **Jakości życia opiekunów nieformalnych i ich podopiecznych**, przeprowadzonego przy współudziale międzynarodowego Stowarzyszenia Eurocarers.

Celem badania było poznanie jakości życia opiekunów (m.in. małżonków, partnerów, dzieci) osób niesamodzielnych w wieku powyżej 65 lat, poznawczo lub psychicznie niepełnosprawnych, przewlekle chorych, wymagających codziennego wsparcia ze względu na ich kłopoty z nietrzymaniem moczu czy kału. Badanie przeprowadzono równoległe w czterech krajach, reprezentujących cztery części Europy: środkową - Włochy, wschodnią - Słowacja, północną - Szwecja oraz zachodnią - Holandia. Uczestników do badania pozyskiwano za pośrednictwem domów opieki, oddziałów szpitalnych, stowarzyszeń opiekunów nieformalnych, przy współpracy pielęgniarek świadczących opiekę w domu chorego czy list poprzednio badanych opiekunów.

Przeprowadzone badanie koncentrowało się na określeniu wpływu opieki nad osobą z NTM na jakość życia jej opiekunów. Wśród czynników, na które zwrócono szczególną uwagę były ograniczenia wiążące się z opieką nad chorym, codzienne funkcjonowanie i organizacja życia, kwestie finansowe, kłopoty zdrowotne opiekunów, ich relacje emocjonalne z najbliższymi i podopiecznymi oraz formy wsparcia opiekunów i sugestie dotyczące ułatwienia opieki nieformalnej.

Opiekunowie ze wszystkich przebadanych krajów jednoznacznie wskazywali, że opieka nad członkiem rodziny, mającym problemy z nietrzymaniem moczu ma duży wpływ na ich codzienne życie, poczucie zadowolenia, relacje ze społeczeństwem czy organizację pracy zawodowej. Czasem jest ona również obciążeniem finansowym dla całej rodziny.

*Nietrzymanie moczu jest najgorszym aspektem opieki [...], bardzo źle wpływa zarówno na podopiecznych, jak i na nas opiekunów, gdyż dotyka intymnych aspektów ... Teraz jestem już przyzwyczajona do tego zapachu... na początku było to odrażające. Dzisiaj już lepiej sobie z tym radzę (opiekunka z Włoch).*

*Rola opiekuna jest z pewnością bardzo ciężka i trudna. Trzeba dostosować się do tak wielu rzeczy, trzeba przetrknąć i zność tak wiele.... (opiekun ze Słowacji).*

*Zawsze trzeba z nią zostać. Mój mąż i ja nie możemy już ni-*



*gdzie wyjść razem (opiekunka ze Szwecji).*

Specyfika opieki nad osobą z NTM poprzez ciągłą potrzebę kontroli i czuwania nad podopiecznym, systematyczną zmianę środków absorpcyjnych, dbanie o higienę chorego jest znacznym obciążeniem dla wielu opiekunów. Prowadzi do rutyny, poczucia stałego obowiązku czuwania przy chorym, jednocześnie izolując opiekunów od kontaktów społecznych, ograniczając ich życie osobiste. Tylko nieliczni badani nie deklarowali żadnych problemów z opieką nad osobą z NTM:

*Nie widzę wielkiej różnicy między opieką nad osobą z nietrzymaniem moczu, a innym rodzajem dolegliwości podopiecznych, mam zająć się moim bliskim i nie jest to dla mnie problemem (Włochy).*

*Po prostu wyraz jej twarzy jest satysfakcjonujący dla mnie, patrzy na mnie i jest szczęśliwa (opiekunka ze Słowacji).*

*Pamiętam, jak bardzo ją kochałem, gdy była zdrowa i pamiętam, że miłość mnoży się podczas mojej opieki nad nią. Jaki to wielki dar móc pomóc kobiecie, którą kochasz i która ciebie kocha (opiekun z Włoch).*

Pomimo trudności jakie wiążą się z opieką nad osobą niesamodzielną cierpiącą z powodu demencji, niepełnosprawności czy NTM, opiekunowie ze wszystkich badanych krajów deklarowali chęć sprawowania opieki nad członkiem rodziny tak długo, jak to możliwe, nawet za cenę ciężkiej pracy w roli opiekuna.

Wyniki z poszczególnych krajów oraz kolejne zagadnienia związane z przeprowadzonym badaniem zaprezentujemy w kolejnych numerach Kwartalnika NTM.

Stowarzyszenie Eurocarers, jest wiodącą europejską organizacją działających na rzecz opieki nieformalnej. Stowarzyszenie prowadzi szeroką promocję rozwoju usług, które wspomagają rolę opiekunów nieformalnych oraz ich społeczną integrację, jak również aktywnie działa na rzecz rozwoju organizacji opiekunów w krajach i regionach, gdzie takie formacje jeszcze nie istnieją. Więcej informacji na [www.eurocarers.org](http://www.eurocarers.org).

## Rak prostaty - zmiany na liście leków refundowanych

Z początkiem marca zaczęła obowiązywać nowa lista leków refundowanych - dla pacjentów z rakiem prostaty oznacza to kolejne zmiany. Cieszymy się, że tym razem informujemy o obniżkach cen preparatów z grupy analogów LHRH stosowanych przez chorych na nowotwór gruczołu krokowego. Nowe stawki nie osiągnęły co prawda poziomu z przed listopada ubiegłego roku, jednak różnica jest znacząca i odczuwalna dla pacjentów.

Ostatnie zmiany cen w tej grupie leków spowodowane były decyzją resortu zdrowia o uznaniu analogu Decapeptyl Depot w terapii 1-miesięcznej podstawą wyliczania limitu refundacji pozostałych leków z tej grupy. Postanowienie to wzbudziło oburzenie wielu środowisk, zarówno pacjentów jak i lekarzy -

nie czują się oni bezpiecznie w systemie, w którym decyzje refundacyjne nie są całkowicie przejrzyste i zrozumiałe. W tej sprawie głos zabrał Marian Wiech, Prezes Świętokrzyskiego Oddziału Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”. W liście otwartym, skierowanym do Premiera Donalda Tuska zwrócił uwagę, że w jego przekonaniu *Minister Zdrowia przyjmując za podstawę limitu, dla ww. grupy limitowej [od red. dla analogów LHRH], lek Decapeptyl Depot, naruszył art. 15 ust. 4 oraz ust. 7 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych*. Przedstawiciel „UroConti” tłumaczy, że wykaz leków refundowanych na dzień 1 listopada 2012 r. ww. grupie limitowej zawierał trzy leki, o takiej samej substancji czynnej, posiadające tożsame wskazania oraz postać. Są to Decapeptyl Depot oraz Diphereline SR. Lek Diphereline SR w postaci 11,25 oraz 3,75 zostały objęte refundacją z dniem 1 stycznia 2012 r. Lek Decapeptyl Depot został objęty refundacją z dniem 1 listopada 2012 r. Na moment objęcia refundacją leku Decapeptyl Depot, w tej grupie limitowej znajdowały się już dwa leki o tożsamej substancji czynnej, wskazaniu oraz drodze podania. Dlatego też Decapeptyl Depot nie mógł być uznany jako pierwszy odpowiednik, skoro przed jego wprowadzeniem, już taki pierwszy odpowiednik istniał w grupie limitowej. Trzeci lek w kolejności, z zasady, nie może stać się pierwszym odpowiednikiem, może co najwyżej stać się kolejnym odpowiednikiem. Kolejnym zaprzeczeniem, według Mariana Wiecha, racjonalnego działania Ministra Zdrowia jest fakt, iż objęto refundacją lek Decapeptyl Depot na okres dłuższy niż okres obowiązywania pozwolenia na obrót tym lekiem. Przedstawiciel pacjentów do dzisiaj nie otrzymał odpowiedzi na podniesione zarzuty. Jednak zapowiada, że nie zamierza dać za wygraną i będzie kontynuował starania o wyjaśnienie tej kwestii.

Zmiany cen analogów LHRH w kolejnych obwieszczeniach refundacyjnych

	obowiązujące od 1 stycznia 2013 r.	obowiązujące od 1 marca 2013 r.
Eligard 22,5 mg	23,32 zł	23,32 zł
Eligard 45 mg	28,99 zł	28,99 zł
Eligard 7,5 mg	14,93 zł	14,93 zł
Lucrin Depot 11,25 mg	193,91 zł	193,91 zł
Lucrin Depot 3,75 mg	72,24 zł	72,24 zł
Zoladex 3,6 mg	42,98 zł	9,90 zł
Zoladex 10,8 mg	116,01 zł	9,92 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	3,20 zł
Diphereline sr 11,25 mg	115,92 zł	23,32 zł
Diphereline sr 3,75 mg	64,16 zł	64,16 zł

## Neuromodulacja w poczekalni już ponad 2 lata

Minął już ponad rok od kiedy resort zdrowia zlecił Agencji Ocen Technologii Medycznych (AOTM) przygotowanie rekomendacji dla zakwalifikowania neuromodulacji krzyżowej w leczeniu zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych jako świadczenia gwarantowanego. Do dzisiaj nie zapadła żadna decyzja w tej sprawie. Tymczasem pacjenci z ciężkim NTM, u których podstawowe leczenie nie powiodło się, nadal muszą szukać pomocy za granicą. Leczenie poza krajem generuje koszty niewspółmierne do tych, które zostałyby poniesione przez płatnika, gdyby zabieg odbywał się w rodzimej placówce. Taka sytuacja dziwi tym bardziej, że w Polsce są specjaliści, którzy mają kwalifikacje, aby przeprowadzić wszczęcie neuromodulatora korzeni krzyżowych.

Przypomnijmy, że procedura zmierzająca do objęcia refundacją neuromodulacji krzyżowej w leczeniu ciężkich postaci NTM została zainicjowana przez Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti” już w 2010 r. W styczniu 2011 organizacja przekazała, za pośrednictwem ówczesnego Konsultanta Krajowego ds. urologii prof. Andrzeja Borówki, wniosek do Ministerstwa Zdrowia o wpisanie metody tej do katalogu świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Jednak urzędnicy resortu zdrowia, nie zważając na fakt, że neuromodulacja jest stosowana w Polsce już niemal od 20 lat w leczeniu innych schorzeń (np. w chorobie Parkinsona - stymulacja struktur głębokich mózgu), zdecydowali się wystąpić do Agencji Ocen Technologii Medycznych (AOTM) o przygotowanie rekomendacji, tak jak to ma miejsce w przypadku nowych terapii. W rezultacie pacjenci czekając już trzeci rok na decyzję, mają nadal utrudniony dostęp do leczenia ciężkich postaci NTM, natomiast NFZ narażony jest na ponoszenie kosztów refundacji leczenia poza granicami Polski, gdzie koszt sięga nawet 100 000 zł.

## O zaopatrzeniu cyklicznym w Komisji Polityki Społecznej i Rodziny

Z końcem 2012 r. Komisja Polityki Społecznej i Rodziny obradująca pod przewodnictwem posła Sławomira Piechoty (PO), pochyliła się nad tematyką zaopatrzenia ortopedycznego i pomocniczego dla niepełnosprawnych i przewlekle chorych. Podczas posiedzenia przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, ZUS, KRUS i Fundacji Instytutu Rozwoju Regionalnego przedstawili sprawozdania dot.: nakładów, zasad udzielania wsparcia oraz najbardziej problematycznych obszarów w zakresie finansowania świadczeń skierowanych do niepełnosprawnych i przewlekle chorych. Podniesiono wiele ważnych zagadnień związanych z obowiązującym rozporządzeniem ministra zdrowia z zakresu refundacji zaopatrzenia ortopedycznego i pomocniczego, wytykając jego błędne rozwiązania i podkreślając nieaktualne limity. Tym bardziej dziwi fakt, że na tak ważnym posiedzeniu zabrakło ministra zdrowia bądź jego przedstawiciela.

Leszek Szalak z Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ, który omówił, po krótko, koszty płatnika z tytułu refundacji środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych, zwrócił uwagę, że w 2004 r. kształtowały się one na poziomie ok. 380 mln zł, natomiast w 2012 r. było to już 675 mln zł. Dodał jednocześnie, że 50% z wydatkowanych środków przeznaczanych jest na zaopatrzenia comiesięczne, czyli pieluchomajtki, sprzęt stomijny czy zestawy infuzyjne do osobistych pomp insulinowych. Co więcej, z danych NFZ wynika, że z roku na rok liczba osób korzystających z zaopatrzenia comiesięcznego wzrasta. W 2008 r. liczba świadczeniobiorców, którym tego typu artykuły zostały zrefundowane, wyniosła ok. 415 tys., natomiast już w pierwszej połowie 2012 r. było to 475 tys. osób. Na przestrzeni lat wzrasta więc grupa osób wymagających zaopatrzenia tego typu.

W 2012 r. nakłady na refundację produktów absorpcyjnych, takich jak pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne i ich zamienniki wyniosły 176 mln zł. Zdaniem przedstawiciela NFZ wzrost wydatków na ten cel jest wynikiem głównie zmian demograficznych zachodzących w naszym społeczeństwie, mianowicie wzrostu populacji osób starszych dotkniętych problemem nietrzymania moczu z powodu chorób degeneracyjnych i otępiennych. Na zakończenie swojego wystąpienia reprezentant płatnika podkreślił, że NFZ odpowiada jedynie za finansowanie świadczeń, które zostały ujęte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. NFZ może zaproponować urzędnikom resortu zdrowia pewne rozwiązania, jednak ostateczna decyzja co do objęcia refundacją nowych przedmiotów bądź ich wycena, leżą w gestii Ministerstwa Zdrowia. Pełne sprawozdanie z tego spotkania dostępne jest na stronie <http://orka.sejm.gov.pl>

# Zawsze sprawni

Magdalena Kowalewska

**F**undacja „Zachowaj Sprawność” została powołana do życia w grudniu 2011 roku w Gdyni. Fundatorem oraz inicjatorem pomysłu jej utworzenia jest Katarzyna Jaszczuk, instruktor rekreacji ruchowej. Cele Fundacji „Zachowaj Sprawność” to przede wszystkim: popularyzacja i upowszechnianie aktywności fizycznej wśród mieszkańców Gdyni, organizowanie i wspie-

ranie inicjatyw kulturalnych, artystycznych oraz społecznych, edukacyjnych i sportowych. Celem działań organizacji jest także wspieranie i praca na rzecz osób z różnymi schorzeniami, a zwłaszcza kobiet po amputacji piersi oraz osób z problemem wysiłkowego nietrzymania moczu oraz integracja osób podejmujących aktywność fizyczną, a także promocja zdrowia.



Fot. Fundacja „Zachowaj Sprawność”





Pani Katarzyna Jaszczuk zaczęła interesować się działaniami ukierunkowanymi na popularyzację profilaktyki wysiłkowego nietrzymania moczu po porodzie swojego pierwszego dziecka, kiedy zauważyła jak ważną kwestią jest regularny i świadomy trening mięśni dna miednicy, by osłabiony przez ciążę i poród pęcherz, możliwie najszybciej wrócił do sprawności. *Mnie, jako osobie szkolonej w zakresie świadomości ciała, z dobrą znajomością funkcjonowania organizmu, dużo łatwiej było załagodzić problem wysiłkowego nietrzymania moczu, ale wiele kobiet rodzących w tym samym czasie co ja, nie wiedziało co robić, aby nie dopuścić do pojawienia się problemu wysiłkowego nietrzymania moczu lub jak z istniejącym problemem skutecznie sobie poradzić* - zauważa Katarzyna Jaszczuk. *Drążenie tematu uświadomiło mi, że w wielu europejskich krajach, kobiety wypisywane są z oddziałów położniczych dopiero po odbyciu rehabilitacji mięśni dna miednicy. Najpierw wyszkolony personel uświadamia im rolę tych mięśni i ich lokalizację - dodaje inicjatorka. Jednak jeszcze większy problem nietrzymania moczu dotyczy pań w okresie menopauzalnym, kiedy na skutek zmian hormonalnych, przeżytych cięż i porodów wyraźnie słabną mięśnie dna miednicy. W efekcie pojawiają się problemy z postawą, bóle pleców, jak również nadmierna ruchomość cewki moczowej, prowadząca do wysiłkowego nietrzymania moczu, objawiającego się wyciekaniem moczu podczas wysiłku fizycznego, śmiechu czy kaszlu* - zaznacza.

Po rozmowach z władzami Gdyni, dotyczących ogromnego, ale zaniedbanego zarazem problemu wysiłkowego nietrzymania moczu - zwłaszcza wśród kobiet - wiceprezydent Gdyni, Ewa Łowkiel zgodziła się uruchomić pilotażowy roczny program bezpłatnej gimnastyki dla mieszkańców miasta Gdyni. Zgodziła się również na podjęcie wszelkich działań w celu popularyzacji tego tematu, przełamania społecznego tabu. To był wielki sukces zarówno pani Katarzyny Jaszczuk, jak i miasta Gdynia, którego władze okazały się otwarte na potrzeby swoich mieszkańców, ale przede wszystkim wszystkich osób, które podjęły wspólny regularny trening nie wstydząc się uczestnictwa w gimnastyce „NTM”. Zainteresowanie było ogromne, co potwierdziło fakt, że NTM jest problemem występującym powszechnie. *Duża część osób, która nie wiedziała do kogo się zwrócić ze swoim „wstydliwym” problemem, skontaktowa-*

*ła się ze mną i wyraziła swą wdzięczność za wkład w organizację i prowadzenie bezpłatnej gimnastyki, stanowiącej profilaktykę oraz wspomaganie farmakologicznej terapii NTM. Od roku 2010 każdy chętny mieszkaniec Gdyni może przynajmniej jedną godzinę w tygodniu uczestniczyć w bezpłatnej gimnastyce i przede wszystkim może*

*nauczyć się jak wykonywać trening samodzielnie w domu* - zaznacza Katarzyna Jaszczuk. Systematyczne ćwiczenia mięśni dna miednicy (mięśni Kegla) nie tylko wzmacniają je, przez co pozwalają pozbyć się dolegliwości związanych z NTM, ale poprawiają także postawę ciała, często zwiększają również satysfakcję z życia seksualnego.

Na każdym treningu odbywającym się w ramach działalności Fundacji „Zachowaj sprawność” regularnie ćwiczy ponad 25 osób. *W 2012 roku łącznie ćwiczyło na sali prawie 150 osób* - podaje Katarzyna Jaszczuk. Ćwiczą osoby w różnym wieku zarówno osoby młode, jak i starsze, panie i panowie. Zdecydowana większość ćwiczących to seniorzy, a przynajmniej osoby po 55. roku życia. Średnią wieku określa przedział 51-78 lat. Młodszym osobom zazwyczaj jest wstyd się przyznać, nawet przed samym sobą, do problemu NTM, bagatelizują go. *Z badań przeprowadzonych w najbliższym środowisku wynika, że znaczna część kobiet po porodzie, niezależnie czy naturalnym czy rozwiązaniem przez cesarskie cięcie, od-*

*czuwa problemy z nietrzymaniem moczu podczas fizycznej aktywności* - zauważa założycielka Fundacji „Zachowaj sprawność”.

Głównym celem działalności Fundacji na rok 2013 jest popularyzacja wiedzy na temat profilaktyki wysiłkowego nietrzymania moczu, uruchomienie strony internetowej [www.zachowajsprawnoscfundacja.pl](http://www.zachowajsprawnoscfundacja.pl) oraz wydanie folderu zawierającego zdjęcia z opisem i objaśnieniem jak wykonywać najprostsze ćwiczenia mięśni dna miednicy. Wszystko wskazuje, że założone cele uda się zrealizować. Do tak sprawnej organizacji oraz realizacji planów bez wątpienia motywują osobiste sukcesy członków Fundacji - osób cierpiących na NTM, które dzięki regularnym ćwiczeniom odzyskały pewność siebie i swoje aktywne życie z przed choroby.

*Nigdy nie jest za późno, żeby zacząć ćwiczyć* - podkreśla Katarzyna Jaszczuk.



Fot. Fundacja „Zachowaj Sprawność”

## DOSTĘP DO ZAOPATRZENIA W ŚRODKI POMOCNICZE I PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE WG DANYCH WOJEWÓDZKICH ODDZIAŁÓW NFZ - STAN NA 15.01.2013

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.	5 742 ☺	nb	-	nb	-	nb	-
Kujawsko-Pomorskie	nb	-	nb	-	4.5 mies.	2 201 ☺	nb	- ☺	nb	- ☺	nb	- ☺
Lubelskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Lubuskie	nb	-	nb	-	6 mies.	1 470 ☹	nb	-	nb	-	nb	- ☺
Łódzkie	nb	-	nb	-	do 3 mies.	1 216 ☺	nb	-	do 2 mies.	284 ☺	do 2 mies.	79 ☺
Małopolskie	nb	-	nb	-	3 mies.*	2 068 ☺	nb	-	nb	-	nb	-
Mazowieckie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Opolskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Podkarpackie	nb	-	nb	-	do 4.5 mies.	1 647 ☺	nb	-	do 4.5 mies.	1 181 ☹	do 4.5 mies.	320 ☺
Podlaskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Pomorskie	nb	-	nb	-	4 mies.	2 179 ☺	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	-	30 dni ***	489 ☺	nb	-	nb	-	nb	-
Zachodniopomorskie	nb	-	nb	-	do 3 mies.	988 ☹	nb	-	do 3 mies.	225 ☹	do 3 mies.	215 ☹

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wojewódzkiego Oddziału NFZ

nb - na bieżąco, bd - brak danych (oddział NFZ odmówił podania informacji), \* dzieci - na bieżąco, \*\* dzieci, osoby czynne zawodowo - na bieżąco, \*\*\* 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



**UroConti**  
Stowarzyszenie Osób z NTM

# POMÓŻ NAM POMAGAĆ, PRZEKAŻ SWÓJ



**Numer KRS: 0000276415**

Więcej informacji:

[www.uroconti.pl](http://www.uroconti.pl) lub [www.sekcjaprostaty.pl](http://www.sekcjaprostaty.pl)

Bydgoszcz • Gdańsk • Kielce • Łódź • Lublin • Poznań • Warszawa • Wrocław

# 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 pokwitowanie 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



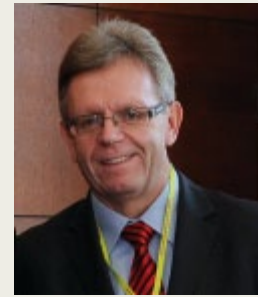
**Prof. dr hab. n. med.  
Andrzej Borkowski**

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 Bielańskiego im. Ks. J. Popiełuszki w Warszawie



**INFOLINIA: 801 800 038** (dla telefonów stacjonarnych)  
**22 279 49 08** (dla telefonów komórkowych)

Od 3 lutego 2003 r. działa ogólnopolska infolinia, 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 (dla telefonów stacjonarnych)  
lub 22 279 49 08 (dla telefonów komórkowych)