

SREBRNY RYNEK

wyzwania, perspektywy i kierunki rozwoju

LECZENIE NTM

W Bydgoszczy wszczepiono
neuromodulator nerwów krzyżowych

NTM PROBLEM SPOŁECZNY

Relacja z wydarzeń 6. Światowego
Tygodnia Kontynencji w Polsce

PROFILAKTYKA I REHABILITACJA

Metoda BeBo - trening dna miednicy

Wulwodynia, czyli przewlekły ból narządów płciowych

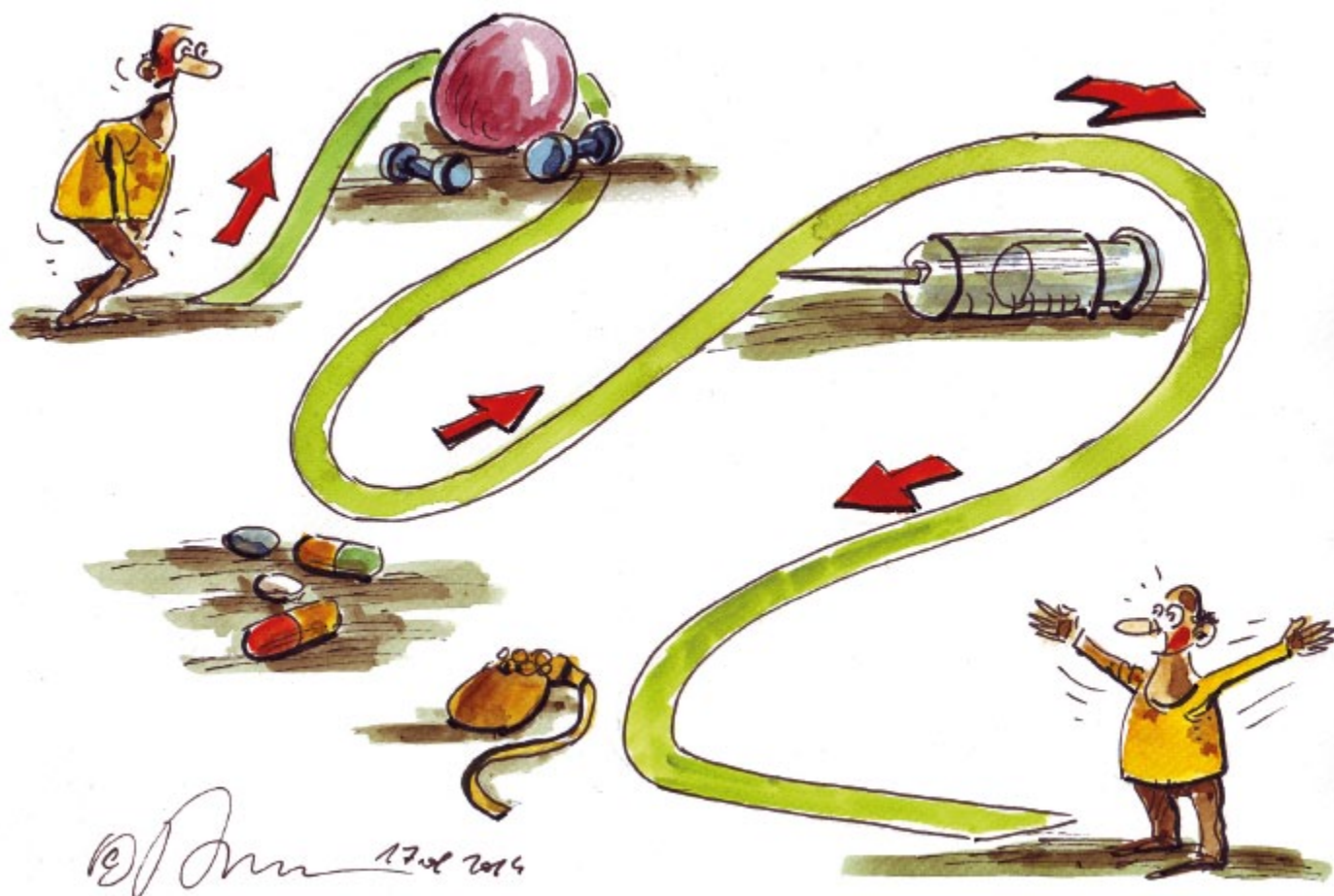
Światełko w tunelu

To może być historyczny rok dla osób z NTM w Polsce. Najpierw, po raz pierwszy od 14 lat, zostały zmienione zasady refundacji środków absorpcyjnych. Od 1 stycznia br. zlecenia na refundowane pieluchy, pieluchomajtki i wkłady urologiczne mogą wypisywać również lekarze geriatrzy, ginekolodzy onkologiczni i, co bardzo istotne, pielęgniarki (w przypadku kontynuacji zlecenia).

Kilka miesięcy temu, w maju br., Agencja Ocen Technologii Medycznych wydała pozytywną rekomendację dla leczenia toksyną botulinową pęcherza nadreaktywnego u osób ze stwardnieniem rozsianym lub po urazach rdzenia kręgowego. Co prawda, rekomendacja obejmuje tylko wybrane grupy w ramach programu lekowego, ale i tak jest to bardzo dobra wiadomość dla pacjentów, u których leczenie farmakologiczne nie przyniosło efektów, lub u których działania uboczne okazały się zbyt uciążliwe. Przypomnijmy, leczenie farmakologiczne, które obejmuje jedynie dwa leki i które do dzisiaj jest ograniczone kontrower-

syjnym warunkiem wykonania badania urodynamicznego. Wrzesień przyniósł kolejną, długo wyczekiwaną wiadomość. Terapia neuromodulacji krzyżowej, świętująca na świecie 20-lecie, wreszcie, po wielu latach oczekiwania, otrzymała rekomendację tej samej agencji. Tutaj również zakres osób mogących z niej skorzystać został ograniczony, ale nie to jest istotne. To duża zmiana jakościowa szczególnie dla kobiet, które miały prawo czuć się od wielu lat dyskryminowane. Podczas, gdy mężczyźni, przy najcięższych postaciach NTM, mogą korzystać z refundacji terapii z użyciem zwieracza hydraulicznego, kobietom pozostawała jedynie farmakologia lub pieluchy. Oczywiście pozytywne rekomendacje AOTM-u nie przesądzą jeszcze o refundacji. Trudno mi jednak wyobrazić sobie, abyśmy nie poszli śladem innych krajów, które już dawno dały szansę powrotu do zdrowia swoim obywatelom cierpiącym na to, jakże uciążliwe, schorzenie.

Tomasz Michatek



SPIS TREŚCI

OPIEKA I PIELEGNACJA

Srebrny rynek - wyzwania, perspektywy i kierunki rozwoju	4-5
Pielęgniarska misja - wspomnienie o Ilonie Tułodzieckiej	6
Chłonność w pieluchach jest ważna, ale... ..	7

WYWIAD

Współczesne możliwości leczenia różnych postaci NTM u mężczyzn - II cz. wywiadu z prof. Zbigniewem Wolskim	8
--	---

LECZENIE NTM

W Bydgoszczy wszczepiono neuromodulator nerwów krzyżowych	10-11
Dostępność do leczenia NTM dla mężczyzn z nowotworem prostaty	12

NTM-PROBLEM SPOŁECZNY

Wulwodynia, czyli przewlekły ból narządów płciowych	13-14
O NTM, OAB i kosztach zaopatrzenia w środki absorpcyjne, czyli relacja z wydarzeń 6. Światowego Tygodnia Kontynencji w Polsce	15-16
Badanie urodynamiczne w woj. lubelskim	16

PROFILAKTYKA I REHABILITACJA

Metoda BeBo® - trening dna miednicy	17-18
Dostępność do zaopatrzenia NFZ	18

LEGISLACJA

Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej 2014	19-20
---	-------

GDZIE LECZYĆ NTM

Zabiegi leczące NTM z użyciem taśm	21
--	----

ORGANIZACJE

Regulacja zawodu fizjoterapeuty potrzebna od zaraz	22
--	----

Szanowni Państwo,

W bieżącym numerze Kwartalnika NTM sporo uwagi poświęciliśmy tematyce rozwoju rynku senioralnego w Polsce. Marzena Michalek wysłuchała oraz zrelacjonowała dla Państwa wystąpienia ekspertów (str. 4), którzy spotkali się 17. czerwca 2014 roku w Konstancinie-Jeziornej, na konferencji Forum 55PLUS, aby przedyskutować wyzwania stojące przed rynkiem senioralnym w Polsce. Specjalnymi gośćmi konferencji byli Neil Prashad - założyciel Origin Lifestyle Communities - kanadyjskiej firmy specjalizującej się w budowie i prowadzeniu ośrodków dla seniorów oraz dr Karen Kobayashi - profesor na Wydziale Socjologii Uniwersytetu Victorii w Kanadzie. Wśród uczestników znaleźli się także czołowi polscy eksperci z zakresu opieki długoterminowej, pielęgniarstwa, polityki społecznej czy inwestycji na rynku senioralnym. Podczas spotkania poruszono również tematykę opieki nad osobami z nietrzymaniem moczu. Na brak systemowych rozwiązań z sferze schorzeń urologicznych wskazała Anna Sarbak - prezes Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”. Zaznaczyła, że systemowe zaniechania w tej dziedzinie wpłyną w przyszłości na wzrost kosztów opieki długoterminowej, ponieważ szacuje się, że aż 60% osób w wieku 75+ cierpi na nietrzymanie moczu.

Zaprezentowane statystyki ukazują jak ważne są takie inicjatywy jak obchody Światowego Tygodnia Kontynencji (23-29 czerwca) - wydarzenia, którego celem jest zwrócenie uwagi opinii publicznej na problem zapadalności na nietrzymanie moczu oraz propagowanie profilaktyki i leczenia tego schorzenia. Z tej okazji odbyły się w Polsce liczne wykłady edukacyjne, ćwiczenia gimnastyczne czy darmowe konsultacje lekarskie. Jeżeli zainteresowała Państwa ta inicjatywa zapraszam do lektury artykułu Katarzyny Walewskiej (str. 16).

6. Światowy Tydzień Kontynencji to także okazja do świętowania 20-lecia neuromodulacji nerwów krzyżowych - terapii, która przyniosła ulgę kobietom na całym świecie i pozwoliła im zapomnieć o problemie OAB. W ramach Światowego Tygodnia Kontynencji, 26 czerwca, prof. Zbigniew Wolski przeprowadził drugi etap zabiegu wszczepienia neuromodulatora nerwów krzyżowych u dwóch pacjentek. Zabieg ten odbył się dzięki grantowi naukowemu, gdyż ta metoda leczenia wciąż nie jest refundowana z budżetu NFZ. Więcej na ten temat dowiedzą się Państwo z artykułu Magdaleny Kowalewskiej - „W Bydgoszczy wszczepiono neuromodulator nerwów krzyżowych” (str. 10). Zachęcam Państwa również do lektury rozmowy Alexandry Wesolowskiej z Sally Turner oraz Sabine Tyrvaainen, założycielkami Brytyjskiej organizacji Women4Real, pomagającej kobietom zmagającym się z wulwodynią - jedną z bardziej dokuczliwych i krępujących kobiecych dolegliwości.

Zapraszam do lektury!
Anna Ciepiela

Redaktor naczelny: Tomasz Michalek; **Redaktor wydania:** Anna Ciepiela;
Sekretarz redakcji: Karolina Ciepiela;
Konsultant medyczny: dr n. med. Mariusz Blewniewski - Klinika Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi
Zespół redakcyjny: Magdalena Kowalewska, Katarzyna Kucab-Klich, Magdalena Potoczek, Alexandra Wesolowska
Komentatorzy: Józef Góralczyk, Elżbieta Szwałkiewicz;
Korekta: Marzena Michalek; **Zdjęcia:** ©Fotolia www.fotolia.com;
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: © (seniorin surft im internet/contrastwerkstatt)/Fotolia.com

Srebrny rynek - wyzwania, perspektywy i kierunki rozwoju

Marzena Michałek

Polski rynek senioralny jest niedoinwestowany, lekceważony, brak w nim systemowych rozwiązań i holistycznego podejścia - takie wnioski nasuwają się po wysłuchaniu ekspertów, którzy spotkali się na konferencji 17. czerwca 2014 roku w Konstancinie-Jeziornej, by na Forum 55PLUS omówić nieuchronne, bo poparte demografią, wyzwania stojące przed rynkiem senioralnym w Polsce.



Fot. Radosław Walentynowicz

Wśród uczestników znalazła się awangarda tych, którym problemy starzejącego się, niesamodzielnego społeczeństwa już od dawna leżą na sercu i to zarówno w Polsce, jak i za granicą. Po raz kolejny głos w sprawie zabrał prof. Piotr Błędowski, który omówił światowe trendy finansowania opieki długoterminowej oraz czynniki, które mają wpływ na jej rozwój w Polsce. Zwrócił uwagę na wciąż jedną z najniższych na świecie skalę zainteresowania opieką instytucjonalną i wskazał na czynniki mające na to wpływ, wśród których najistotniejszymi wydają się niski poziom dochodów i niechętny wciąż stosunek społeczny do pomocy zakładowej.

Szczegółowo problemy te omówiła przewodnicząca Koalicji „Na pomoc Niesamodzielnym” oraz prezes polskiego stowarzyszenia Opiekunów „Z Nami Łatwiej”, dr Elżbieta Szwałkiewicz. W naszym 38 milionowym społeczeństwie już teraz żyje 1,2 miliona osób w różny sposób niesamodzielnymi. Ani domy opieki społecz-

nej, oferujące 120 tys. miejsc, ani zakłady opieki zdrowia (30 tys. miejsc), nie są w stanie zapełnić tej niszy. Kraje zachodnie już dawno pracują nad systemowymi i społecznymi rozwiązaniami mającymi zapewnić wysoką jakość życia starzejącego się społeczeństwa w pełnym tego słowa znaczeniu. Tymczasem polscy politycy, w większości przypadków, zasłaniając się „opiekunami rodzinnymi”, z których pomocy nota bene korzysta

tylko 90 tys. pacjentów, traktują ten fakt jako swoiste alibi i wzbraniają się przed wprowadzeniem powszechnego ubezpieczenia ryzyka niesamodzielnosci. Fakt ten wynika przede wszystkim z bieżącej presji wydatków na nieodmagającą polską służbę zdrowia, a jego reperkusje widoczne są w braku warunków do rozwoju usług senioralnych i opieki długoterminowej. Co lub kto może to zmienić? Może nieubłagana statystyka? Może fakt, że za 4 dekady - jak wskazują badania WHO - co 5 człowiek na świecie będzie w wieku powyżej 60 lat? Liczby są nieubłagalne, ale polskim politykom w większości brakuje wciąż odpowiedzi na pytanie jaki jest sens ratowania i wydłużania życia osób zależnych od opieki. A przecież i u nas, podobnie jak w innych krajach Europy, gdzie idea ta się sprawdziła, warto promować koncepcję opartą na „jakości życia”, mającą na celu

uchwycenie takich czynników jak możliwość wyboru, autonomia, godność, indywidualność, komfort, dobrobyt i poczucie bezpieczeństwa, relacje oraz miarodajną aktywność społeczną pacjenta/podopiecznego. Tylko wtedy jakość opieki, jej koordynacja i zdolność aktywnego reagowania na zmieniające się okoliczności społeczne mogą być postrzegane jako ważne czynniki, czy wręcz determinanty jakości życia. Niestety, trudno mówić o komforcie, godności, a tym bardziej dobrostanie pacjenta senioralnego, jeśli w Polsce brak elementarnej współpracy i komunikacji pomiędzy ośrodkami opieki społecznej a systemem ochrony zdrowia, a koszt pobytu pacjenta w zakładzie opiekuńczym tylko w minimalnym stopniu jest finansowany przed NFZ, co boleśnie ukazane zostało w studium przypadku, jakie zaprezentowała Hanna Chweściuk, na przykładzie zarządzanego przez siebie NZOZ Certus Via w Olsztynie.

Na brak systemowych rozwiązań z sferze schorzeń uro-

logicznych wskazała również Anna Sarbak - prezes Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”. Systemowe zaniechania w tej dziedzinie wpłyną w przyszłości na wzrost kosztów opieki długoterminowej, ponieważ szacuje się, że aż 60% osób w wieku 75+ cierpi na nietrzymanie moczu. Oprócz barier w dostępie do leków refundowanych, pacjenci borykają się wciąż z absurdalnymi przepisami dotyczącymi kryteriów chorobowych uprawniających do refundacji, a także z brakiem jakichkolwiek refundacji nefarmakologicznych metod leczenia (np. fizjoterapia mięśni Kegla). Stowarzyszenie od lat postuluje poszerzenie listy leków refundowanych i dostęp do środków absorpcyjnych, a także umieszczenie neuromodulacji krzyżowej na liście refundowanych procedur medycznych. Cena leczenia powikłań NTM, w tym leczenia odleżyn, a więc koszty usług pielęgniarstwa i wspierających nie muszą być dodatkowym wydatkiem w opiece długoterminowej, jeżeli w końcu stworzone zostaną systemowe rozwiązania problemu NTM.

W grudniu 2013 roku, w wyniku prac Rady ds. Polityki Senioralnej powstał ogólnopolski program dla osób starszych pod nazwą „Założenia długotrwałej polityki senioralnej w Polsce na lata 2014-2020”. Dokument podkreśla potencjał tkwiący w rynku senioralnym, wskazuje kierunki rozwoju i wsparcia, jednak zasady polityki opieki długoterminowej wciąż opiera na świadczeniodawcy i instytucjach, wówczas gdy wysoko rozwinięte kraje OECD już dawno przeniosły jej ciężar na wsparcie starzenia we własnym środowisku, opiekę domową i rozwiązania promujące opiekę samodzielną. Osoba w wieku 65+ cierpiąca na wielochorobowość, otępienie, pogorszenie funkcji poznawczych, a tym samym społecznych, wymaga podejścia szczególnego i ukierunkowanego. Na rzecz poprawy jej funkcjonowania działa już ponad 500 organizacji, instytucji oraz osób zrzeszonych w Koalicji „Na pomoc Niesamodzielnym”. Koalicja promuje działania zapobiegające wykluczeniu osób starszych, aktywizujące zawodowo, w tym w zawodach opiekuńczych, przeznaczając znaczących środków publicznych na dofinansowanie kosztów usług opiekuńczych w formie bardziej efektywnej dystrybucji świadczeń, które idą za pacjentem, czy wsparcie rozwoju opieki form samopomocowych, w tym opiekunów nieformalnych, co pozwoli na jak najdłuższe pozostanie seniorów we własnym środowisku.

Między innymi takie właśnie rozwiązania od lat popularyzuje Neil Prashad, który jest w Kanadzie prekursorem w dziedzinie opracowywania kompleksowych systemów opieki nad seniorami. Jego firma, Origin Active Lifestyle Communités Inc., zajmuje się pełnym

spektrum opieki nad osobami starszymi: od projektowania, budowy domów opieki, poprzez ich prowadzenie, kształcenie personelu, a przede wszystkim wdrażanie innowacyjnych programów aktywnościowych, które sprzyjają fizycznemu i psychicznemu zdrowiu jej podopiecznych. Koncepcja filozofii Origin opiera się na bliskich kontaktach pensjonariuszy z rodziną i przyjaciółmi, będąc najsilniejszą osią wsparcia duchowego dla osób starszych. Kulturowy, gospodarczy i zdrowotny wymiar tych relacji podkreśliła także dr Karen Kobayashi, profesor nadzwyczajny w Katedrze Socjologii



Neil Prashad, Prezes Origin Active Lifestyle Communités Inc.

Fot. Radosław Walentyńczyk

oraz Centrum Badań nad Starzeniem na Uniwersytecie Wiktorii w Kanadzie, której interdyscyplinarne zainteresowania naukowe skupiają się wokół rodziny, relacji międzypokoleniowych, etniczności i imigracji, demencji oraz zdrowia i opieki społecznej.

Miejmy nadzieję, że powstała w 2013 roku spółka Origin Poland z powodzeniem powieli najlepsze wzorce swojego kanadyjskiego pierwowzoru w dziedzinie działalności, budowy i prowadzenia miejsc opieki nad seniorami, a przede wszystkim filozofii Origin. Pozwoli to na rozwój usług opiekuńczych w Polsce w oparciu o filozofię „jakości życia”, umożliwiając seniorom jak najdłuższe pozostanie w swoim środowisku, rozwój samopomocowych form opieki, takich jak wolontariat, czy pomoc sąsiedzka, a także dywersyfikację tej opieki w zależności od stopnia niesamodzielnosci. Profesjonalizacja usług tego typu powinna w przyszłości zmniejszyć, a w ostateczności zlikwidować szarą strefę usług opiekuńczych, a także uprawomocnić pracę opiekunów nieformalnych. Niezwykle ważnym aspektem w działaniach przyszłościowych jest także stworzenie systemu edukowania i wymiany wiedzy pomiędzy opiekunami, zarówno formalnymi jak i nieformalnymi, a także wprowadzenie ich rejestracji, kwalifikacji i certyfikacji.

Pielęgniarska misja - wspomnienie o Ilonie Tułodzieckiej

dr Elżbieta Szwałkiewicz

Poniedziałek, 23 czerwca 2014 był dla bardzo wielu polskich pielęgniarek i położnych, dniem smutnej refleksji - po kilkuletniej ciężkiej chorobie umarła Ilona Tułodziecka - współtwórczyni samorządu pielęgniarskiego i prezeska Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w latach 1995-2003.

Gdybym miała scharakteryzować Ilonę to użyłabym trzech zdań: Po pierwsze pomagać. Po drugie pomagać. Po trzecie pomagać. Te trzy zdania tłumaczą Jej życiowe wybory i podejmowane działania: i te polityczne, i te społeczne, i te rodzinne.

Ilona w poglądach była zdeklarowaną lewicową społeczniczką, ceniącą wysoko wartości rodzinne, a na tzw. służbę zdrowia patrzyła poprzez sytuację pacjenta, pielęgniarki i lekarza. Właśnie w tej kolejności. Ilona miała błogosławioną umiejętność empatii i wzruszania się losem innych ludzi. Przy tym była energiczną optymistką zawsze gotową do wysłuchania i udzielenia wsparcia. Z pewnością nie miała żadnej z cech dzisiejszych „celebrytów czy lanserów” i bliżej jej było do prowincji niż warszawskiej elity. Nie była snobką i nie potrzebowała blichtru i luksusu dla lepszego samopoczucia. To zjednywało jej przychyłność rzeszy pielęgniarek ciężko pracujących na skromne, codzienne utrzymanie. Była autentyczna i stała w swych poglądach politycznych (lewica), a mimo to została zaakceptowana przez środowisko pielęgniarskie do tego stopnia, że została dwukrotnie wybrana przez Krajowy Zjazd do pełnienia funkcji prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych II i III kadencji. Sądzę, że ważne jest by tu wspomnieć, że w tamtym czasie Krajowe Zjazdy (co 4 lata) były burzliwymi, krytycznymi i rozliczającymi spotkaniami kilkuset pielęgniarek i położnych, reprezentujących środowisko sfrustrowane brakiem oczekiwanych zmian systemowych i utrzymującymi się drastycznie niskimi płacami.

W pierwszej kadencji byłam sekretarzem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i z racji pełnionej funkcji miałam możliwość obserwowania, że podobnie jak w naszym środowisku, Ilona była także lubiana i akceptowana w swoim środowisku lewicowych związkowców, polityków i liderów, a także pracowników rządowej administracji. Wielokrotnie pomagała w organizowaniu spotkań „na szczytach”, których atmosfera była na tyle przychylna, że mogliśmy nie tylko przedstawiać nasze zawodowe problemy i koncepcje ich rozwiązania, ale także uczestniczyć w pracach wielu ze-

społów społecznych i eksperckich. Przed Iloną nie było zamkniętych drzwi, także w Sejmie, Senacie, Urzędzie Rady Ministrów, Ministerstwie Zdrowia, a jej cel był tożsamy z naszym - budowanie prestiżu zawodowego i poprawa trudnego pielęgniarskiego losu. Mieliśmy wtedy autentyczne poczucie, że nic o nas bez nas.

Z Iloną bardzo intensywnie współpracowałam przez pierwsze pięć lat istnienia samorządu. Pierwsza prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, pani Urszula Krzyżanowska-Łagowska postawiła nam wysoko poprzeczkę, mając za cel zbudowanie solidnej podstawy dla naszej samorządności zawodowej, opartej na szerokim porozumieniu. Tak więc uczestniczyłyśmy w nieustannym wirze

spotkań i debat, a liczba zespołów problemowych i tworzonych dokumentów przyprawiała o zawrót głowy. Był to czas nie tylko budowania samorządności zawodowej, ale także pielęgniarskiej samodzielności na rynku świadczeń zdrowotnych. Jednym słowem był to czas tworzenia nowej rzeczywistości pielęgniarskiej przy towarzyszącej temu ogromnej różnicy poglądów, postaw i własnych partykularnych interesów. Nie było łatwo, a mimo to Ilona zaangażowała się także w moją wymarzoną misję - powstanie polskiego systemu opieki długoterminowej. Nigdy nie zapomnę jej wysiłku i skutecznego wsparcia gdy powoły-



Fot. Archiwum autorki

wałam do życia Stowarzyszenie na Rzecz Chorych Długotrwale Unieruchomionych „Niebieski Parasol” i tworzyłam model kompleksowej opieki długoterminowej będący poligonem doświadczalnym i badawczym. Ilona właściwie była współtwórczynią opieki długoterminowej w Polsce, przekonywała polityków i urzędników Ministerstwa Zdrowia do wsparcia aktywności pielęgniarskiej w tym obszarze. Uczestniczyła nie tylko w tworzeniu standardów opieki nad osobami niepełnosprawnymi, w tym osób z problemem nietrzymania moczu, ale także patronowała pielęgniarkom, które podjęły wysiłek tworzenia i prowadzenia zakładów opieki długoterminowej. Był to wyraz innowacyjnego i kompleksowego myślenia Ilony o rozwoju pielęgniarstwa w Polsce. W Ilonie szczególnie ceniłam cechę bezinteresownego pomagania - nie tylko nie oczekiwała niczego w zamian, ale także proszących o pomoc nigdy nie postawiła w niezręcznej sytuacji. A było ich wielu. Nic dziwnego, że wielu przejęło się jej chorobą i próbowało pomóc, a gdy umarła mieliśmy niezaprzeczalne poczucie straty.

Chłonność w pieluchach jest ważna, ale...

dr Elżbieta Szwałkiewicz

Podstawowym problemem osób z nietrzymaniem moczu (NTM) jest skuteczne zabezpieczenie skóry przed drażniącym działaniem moczu. Nie można jednak tu pominąć takich ważnych kwestii jak utrzymanie aktywności fizycznej i społecznej (strach przed przeciekaniem) oraz eliminowanie przykrego dla otoczenia zapachu. Producenci oferują duży wybór środków absorpcyjnych zróżnicowanych odpowiednio do potrzeb osób z NTM, zarówno tych aktywnych (mobilnych), jak i tych leżących. Podstawowymi składnikami środków absorpcyjnych są: pulpa celulozowa i absorbent zamieniający mocz w żel. Zawartość absorbentu odróżnia wkładki urologiczne od znanych powszechnie podasek stosowanych podczas menstruacji czy wkładek higienicznych, chroniących bieliznę osobistą przed zabrudzeniem. Absorbent jest drogi, a jego ilość wpływa na cenę pieluchomajtek.

Strach przed przeciekaniem nieustannie towarzyszy osobom z NTM i ich opiekunom, stąd dużo uwagi przywiązuje się do informacji o chłonności produktu. Także urzędnicy NFZ dążyli do tego, by parametr chłonności uznać za jedyny wskaźnik decydujący o wartości produktu i jedyne kryterium refundowania części kosztów zakupu produktów absorpcyjnych, jednocześnie ograniczając się do tych z największą chłonnością, czyli do dużych pieluch anatomicznych i pieluchomajtek. Na szczęście konsultacje społeczne uświadomiły decydentom, że parametr chłonności jest ważny, ale chłonność całkowita podana przez producenta na opakowaniu nie jest równa chłonności realnej, gdy produkt jest poddawany naciskowi ciała użytkownika i naprężeniom wywołanym jego ruchem. Ważny jest także materiał z jakiego są środki absorpcyjne wykonane i wyposażenie produktu w różnego rodzaju zabezpieczenia przed wyciekaniem, takie jak łódkowy kształt umożliwiający jego dopasowanie do anatomii ciała, odpowiednie zapięcia, brzegowe gumki i falbanki czy zewnętrzne indykatory wilgotności informujące o poziomie wypełnienia produktu. Trzeba tu uwzględnić fakt, że zanim superabsorbent zwiąże mocz w żel, upływa trochę czasu i dodatkowe zabezpieczenia przed przeciekaniem są konieczne.

Czy rzeczywistą chłonność produktów absorpcyjnych można w ogóle dobrze zmierzyć w odniesieniu do ich praktycznego stosowania? Uważam, że tylko w wymiarze indywidualnym, a tworzenie jakichś uśrednionych parametrów chłonności tworzących kryterium kwalifikujące do refundacji jest absurdem w aspekcie pielęgnacji, szczególnie pielęgnacji aktywizującej. Informacja o chłonności jest dostępna, gdyż producenci podają ją w różnych materiałach informacyjnych, zgodnie z międzynarodowym standardem ISO 11948-1. Jednak stan-

W ramach Międzynarodowej Organizacji Normalizacyjnej (ISO) Podkomitet SC 3 zajmujący się produktami pomocowymi w przypadku niekontrolowania czynności fizjologicznych, sformułował wytyczne do oceny jakości środków absorpcyjnych - norma międzynarodowa 15621:2011(E). Norma ta stanowi ogólne wprowadzenie do metodologii oceny produktów pochłaniających mocz stosowanych przez osoby z NTM i powinna być uwzględniana przy szczegółowych procedurach badawczych. Uwzględnia ona potrzeby osób z NTM, najważniejsze parametry dla użytkowników i opiekunów korzystających z produktów pochłaniających mocz, wskazówki jak te parametry mogą być oceniane oraz ogólne informacje dotyczące metodologii badań i interpretacji ich wyników. Norma ta zawiera także wskazówki dotyczące wyboru między rodzajami produktów oraz konkretnych produktów w ramach jednego rodzaju.

dard ten mierzy jedynie całkowitą maksymalną absorpcję materiałów chłonnych produktów i nie uwzględnia innych czynników mających wpływ na wartości użytkowe produktu, np. zwiększonego ciśnienia spowodowanego naciskiem ciała czy rodzaju zabezpieczenia przed wyciekaniem, co jest niezwykle istotne. Ponadto, zawartość absorbentu, a więc całkowita chłonność produktu, zależy od jego wielkości. By zapobiec przeciekaniu konieczne jest dopasowanie produktu, podobnie jak przy odzieży i wybranie spośród rozmiarów: XS, S, M, L, XL.

Ponieważ producenci są świadomi, że całkowita chłonność nie powinna być brana pod uwagę jako jedyny wyznacznik wydajności produktu niekiedy dodatkowo opisują swoje produkty posługując się różnymi miarami poziomu absorpcji, np.: „minimalnej chłonności produktów”, „maksymalnej teoretycznej pojemności chłonnej”, „absorpcji pracującej”. W Polsce nie ma obowiązku prawnego dookreślenia poziomu absorpcji produktów wg standardu ISO, a w materiałach informacyjno-promocyjnych producentów nie zawsze zamieszczana jest informacja wg. jakiego standardu została określona chłonność ich produktów.

Biologiczny kontekst chłonności - dorosły człowiek wytwarza około 1-2 litrów moczu na dobę, a prawidłowa pojemność pęcherza wynosi 300-500 ml. Za jednym razem człowiek wydała około 50% zawartości pęcherza - czyli od 150 do 250 ml. Teoretycznie w ciągu doby może wystąpić ok. 8 mikcji (porcji moczu).

Funkcyjny kontekst chłonności - by zapewnić optymalną ochronę osoby ze średnim lub ciężkim NTM i względnie normalne funkcjonowanie należy umożliwić jej co najmniej 3-4 zmiany produktów absorpcyjnych w ciągu doby - noszenie między nogami super chłonnego produktu wypełnionego litrem moczu czyni życie nieznośnym, a kto nie wierzy niech sam spróbuje.

Więcej na ten temat będą mogli Państwo przeczytać w kolejnym numerze Kwartalnika NTM.

Współczesne możliwości leczenia różnych postaci NTM u mężczyzn

z prof. dr hab. n. med. Zbigniewem Wolskim, Prezesem Polskiego Towarzystwa Urologicznego, Kierownikiem Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy rozmawia Magdalena Kowalewska

W jakich sytuacjach leczeniu operacyjnemu nietrzymania moczu mogą poddać się mężczyźni?

Nietrzymanie moczu u mężczyzn występuje, o dziwo, dosyć często - u kilku do kilkudziesięciu nawet procent w zależności od wieku w całej populacji męskiej. Występowanie NTM wzrasta wraz z wiekiem oraz z liczbą operacji przeprowadzonych na sterczu - na gruczole krokowym, na cewce tylnej, jest też związane z urazami tej okolicy. Można stwierdzić, że u mężczyzn nietrzymanie moczu najczęściej związane jest z działaniami operacyjnymi na gruczole krokowym, na cewce tylnej. W polskich warunkach, jak również w warunkach innych krajów rozwiniętych, nietrzymanie moczu u mężczyzn pojawia się w średnim wieku po operacji, np. usunięcia gruczołu krokowego, z powodu raka tego gruczołu. Jest to operacja dosyć częsta, wykonywana w Polsce w ilości ok. 3 000 rocznie. Na szczęście, zagrożenie pojawieniem się nietrzymania moczu jest niewielkie, bo wynosi od kilku do kilkunastu procent. W zależności od nasilenia tych objawów, leczenia operacyjnego wymaga tylko kilka procent mężczyzn po prostatektomii radykalnej. To jatrogenne nietrzymanie moczu leczy się w stopniu najbardziej nasilonym (wtedy, kiedy chory skarży się na wyciek moczu całkowity, bez możliwości opanowania go) sztucznym zwieraczem cewki moczowej.

Hydrauliczny zwieracz cewki moczowej jest implantem. Czym charakteryzuje się implantacja zwieracza?

Zwieracz jest protezą, urządzeniem, którego działanie polega na uzyskaniu pełnej kontynencji, pełnego trzymania moczu przez pacjenta, dzięki specjalnemu mechanizmowi, który uciska na cewkę moczową, opuszkową, a wywołanie tego ucisku związane jest z uruchomieniem specjalnych elementów tego zwieracza umieszczonego całkowicie w obrębie moszny.



Fot. Jaga Nowakowska

Jakie są podstawowe wskazania do zastosowania u pacjenta zwieracza hydraulicznego cewki moczowej?

Ten rodzaj leczenia jest leczeniem specjalistycznym. Do poddania się tej terapii, wymagana jest specjalna kwalifikacja pacjentów, wyeliminowanie: zwężenia cewki, rozsianej choroby nowotworowej, zakażenia, nadczynności wypieracza. Co najważniejsze, od ponad 10 lat, implant ten, sztuczny hydrauliczny zwieracz cewki moczowej, stosowany u mężczyzn jest refundowany całkowicie przez NFZ, a więc wszyscy mężczyźni, u któ-

rych możliwa jest implantacja takiego zwieracza, mogą się poddać operacji w kilku ośrodkach w kraju, m.in. w Klinice Urologii w Bydgoszczy (której prof. Zbigniew Wolski jest kierownikiem - przyp. od redakcji). Poprawę w trzymaniu moczu, dzięki zastosowaniu sztucznego zwieracza, mogą uzyskać również osoby dotknięte wadami wrodzonymi, np. przepukliną oponowo-rdzeniową.

Z jakich innych sposobów leczenia nietrzymania moczu mogą skorzystać mężczyźni?

Innym sposobem leczenia nietrzymania moczu u mężczyzn, ale w postaciach mniej dokuczliwych, czyli o niższym stopniu nietrzymania moczu, jest zastosowanie taśmy podcewkowej. Taśma powoduje uciśnięcie cewki moczowej, zwiększenie oporu podpęcherzowego i tym samym - poprawę w trzymaniu moczu. Skuteczność tych taśm u mężczyzn jest jednak mniejsza i z tego też powodu są one rzadziej stosowane w leczeniu NTM, zwłaszcza po prostatektomii radykalnej, przy wysokich stopniach NTM.

Inne sposoby leczenia NTM u mężczyzn nie są obecnie standardem. Są to różnego rodzaju implanty, które wprowadza się wokół cewki moczowej w postaci baloników, które też uciskają cewkę (podobnie jak taśmy), ale ich skuteczność nie jest tak wysoka, jak skuteczność hydraulicznego zwieracza cewki moczowej.

Sudocrem®

Sudocrem® z nami przez całe życie.

Sprawdza się w codziennej pielęgnacji skóry w NTM



Zapobiega powstawaniu i łagodzi objawy odparzeń



Sudocrem® działa kompleksowo:

- chroni skórę przed substancjami drażniącymi, jak np.: mocznik, czy kał (hipoalergiczna lanolina)
- zapewnia utrzymanie właściwej wilgotności i miękkości skóry (hipoalergiczna lanolina)
- łagodzi podrażnienia, wykazuje właściwości odkażające (alkohol benzylowy)
- działa ściągająco (tlenek cynku)
- pozwala na regenerację dotkniętej odparzeniem skóry (benzoesan benzylu, cynamonian benzylu)

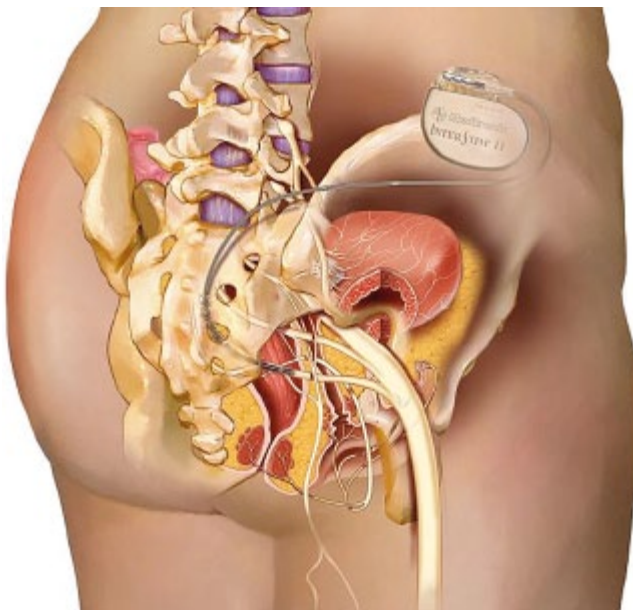
Więcej informacji na temat stosowania Sudocrem® przy NTM na

www.odparzeniapodkontrola.pl

W Bydgoszczy wszczepiono neuromodulator nerwów krzyżowych

Magdalena Kowalewska

Zabiegi wszczepienia neuromodulatora nerwów krzyżowych, przeprowadzone z okazji 20. rocznicy istnienia terapii InterStim na świecie, odbyły się w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. A. Jurasza Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy. W czerwcu tego roku, wybitni specjaliści z dziedziny urologii: prof. Jerzy Gajewski oraz prof. Zbigniew Wolski wszczepili, w dwóch etapach, dwóm pacjentkom cierpiącym na uporczywe parcia naglące, neuromodulator InterStim II. Zabiegi te sfinansowane zostały z grantu naukowego firmy Medtronic.



Fot. Materiały Medtronic

Pacjentki z wszczepionym neuromodulatorem InterStim II są obecnie pod stałą kontrolą lekarską, zgodnie z założonym protokołem. Wstępne, dwumiesięczne obserwacje kobiet wskazują, iż neuromodulacja przy zastosowaniu urządzenia InterStim II, przyniosła u nich zmniejszenie dolegliwości.

Leczenie metodą neuromodulacji nerwów krzyżowych polega na wszczepieniu pod skórę niewielkiego urządzenia - neuromodulatora, który stymuluje nerwy krzyżowe za pomocą łagodnych elektrycznych impulsów. Neuromodulacja polega więc na hamowaniu jednych, a wzmacnianiu innych bodźców nerwowych. Osoby cierpiące na NTM z powodu parć naglących, leczone metodą neuromodulacji nerwów krzyżo-

wych, to chorzy, u których leczenie zachowawcze, farmakologiczne czy z zastosowaniem wstrzyknięć w ścianę pęcherza podczas cystoskopii toksyny botulinowej, nie przyniosło zadowalających rezultatów.

Zabieg neuromodulacji nerwów krzyżowych przeprowadzony był w dwóch etapach. Pierwszy odbył się 12 czerwca, drugi natomiast 14 dni później, 26 czerwca br. Znaczenie tej dwuetapowości tłumaczy prof. Zbigniew Wolski. *Zabieg powinien być wykonywany dwuetapowo ze względu na to, że nie wszyscy pacjenci reagują jednakowo na tę właśnie neuromodulację - stymulację nerwów krzyżowych. Mogą odczuwać w jej efekcie nieprzyjemne bodźce, doznania, co może dyskwalifikować pacjentów, jako osoby, u których możliwe jest leczenie tą metodą. Jednak zdarza się to niezwykle rzadko. Faza testowa pozwala łatwo ocenić, któremu pacjentowi odpowiada ta metoda leczenia.* Dlatego właśnie pierwszy etap zabiegu neurostymulacji, to próbna implantacja elektrody samoutrzymującej się w otworze kości krzyżowej (pozwalają na to specjalne skrzydełka) i podłączenie jej do stymulatora zewnętrznego umieszczonego na zewnątrz w pasku u pacjenta. Po upływie 7-14 dni oceniana jest reakcja pacjenta na neuromodulację - czy zmniejszają się dolegliwości związane z nietrzymaniem moczu i czy nie wystąpiły niekorzystne objawy uboczne: nasilony ból, nietolerancja ciała obcego. Jeśli wystąpiła poprawa w kontroli mikcji, nie stwierdzono negatywnych skutków ubocznych, po 7-14 dniach implantuje się w drugim etapie neuromodulator - małe urządzenie już pod skórę, po regulacji impulsów prądu przy pomocy programatora klinicysty lub/i programatora pacjenta. *Dwuetapowość daje więc pewność, że sam zabieg przyniesie pozytywne rezultaty. Warto wspomnieć, że neuromodulacja jest odwracalna - łatwo usunąć wszystkie wszczepione elementy. Ponadto pacjent pozostaje pod stałą kontrolą specjalistów: w pierwszym roku po implantacji co 3 miesiące w ośrodku, który wykonał zabieg, w drugim roku co 6 miesięcy. Baterie wymienia się co 6-8 lat - zaznacza prof. Zbigniew Wolski. Zabiegi, które odbyły się 12 czerwca tegoż roku w Polsce w naszej klinice odbyły się bez żadnych powikłań. Po 14 dniach pacjentki odczuwały już wyraźną poprawę, toteż wszczepiono im w drugim etapie neuromodulator na stałe pod skórę pośladka. Urządzenie to jest niewidoczne pod skórą, jego wiel-*

kość jest mniejsza niż pudełko zapalek. Trzeba zaznaczyć, że podczas tych zabiegów wszczepiony został po raz pierwszy w Polsce neuromodulator jeszcze mniejszych rozmiarów niż poprzednia jego wersja, InterStim II - podkreśla prof. Zbigniew Wolski.

Korzyści zastosowania neuromodulacji krzyżowej to definitywnie ustanie dolegliwości lub ich znaczne zmniejszenie. Jest to duża szansa na wysoki komfort życia dla chorych, u których leczenie innymi metodami okazało się nieskuteczne i nie występują już żadne inne możliwości leczenia nietrzymania moczu, poza bardzo rozległą operacją - stwierdza prof. Zbigniew Wolski. Neuromodulacja pozwala na zmniejszenie lub zlikwidowanie objawów NTM u ok. 70% pacjentów - ocenia prof. Jerzy Gajewski. Pacjenci, którzy poddają się zabiegowi neuromodulacji i dobrze na nią reagują stwierdzają, że ich życie kompletnie się zmieniło po zabiegu wszczepienia neurostymulatora. Neuromodulację można również wykonać z dobrym skutkiem u pacjentów z czynnościową przeszkodą podpęcherzową, u chorych z zaleganiem moczu w pęcherzu lub całkowitym zatrzymaniem moczu, np. z przyczyn neurogennych - dodaje prof. Zbigniew Wolski.

W Kanadzie zabiegowi neuromodulacji poddaje około 120 osób rocznie. Pacjenci w Polsce, niestety, nie mogą korzystać z takiej formy leczenia nietrzymania moczu. W Kanadzie osoby cierpiące na NTM mogą poddać się temu zabiegowi w 7 ośrodkach. Na przestrzeni 5 do 10 lat odnotowaliśmy ok. 70 % dobrych wyników, tzn. 70 % pacjentów

jest zadowolona z efektów wszczepienia neurostymulatora po 10 latach, które upłynęły od momentu jego implantacji. Trzeba jednak pamiętać, że są to osoby, które pozytywnie odpowiedziały na próbny test, przeprowadzany w początkowym etapie leczenia metodą neurostymulacji, który przechodzi 50-60% pacjentów - wyjaśnia prof. Jerzy Gajewski. Przeprowadzone operacje miały na celu m.in. pokazanie możliwości współczesnej medycyny w leczeniu nietrzymania moczu oraz wskazanie pacjentów, u których leczenie metodą neurostymulacji może przynieść znakomite rezultaty, a dla których terapia w Polsce jest niestety wciąż niedostępna. Metoda neurostymulacji nerwów krzyżowych jest praktycznie niewykonywana w Polsce, ponieważ nie jest to metoda wpisana na listę procedur możliwych do wykonania z pokryciem finansowym przez Narodowy Fundusz Zdrowia - stwierdza prof. Zbigniew Wolski.

Agencja Oceny Technologii Medycznych wydała pozytywną rekomendację dla finansowania neuromodulacji krzyżowej w leczeniu nadreaktywności pęcherza moczowego oraz niedoczynności mięśnia wypieracza u dorosłych pacjentów po niepowodzeniu terapii pierwszej i drugiego rzutu, jednak ostateczna decyzja co do refundacji tej procedury należy do resortu zdrowia i jeszcze nie zapadła.

Mamy ogromną nadzieję, że wydana zostanie decyzja pozwalająca implantować neuromodulatory w Polsce, tym bardziej, że jest możliwe przeprowadzenie neuromodulacji wykonywanej przez neurochirurgów w sytuacji występowania zespołów bólowych kręgosłupa - dodaje prof. Zbigniew Wolski. Kolejnym argumentem przemawiającym za wprowadzeniem neuromodulacji krzyżowej jako



Fot. Materiały Medtronic

świadczenia gwarantowanego jest fakt, iż w Polsce już są przygotowane dwa ośrodki, by leczyć nietrzymanie moczu tą metodą. Klinika Urologii w Bydgoszczy jest przygotowana do takich zabiegów, dzięki wieloletniej współpracy z wiodącym ośrodkiem urologicznym w Kanadzie, który wszczepił już ponad 300 takich urządzeń. Każdy ośrodek, w którym mają być przeprowadzane zabiegi neuromodulacji musi spełniać odpowiednie warunki - twierdzi prof. Zbigniew Wolski. To musi być ośrodek z doświadczeniami w leczeniu funkcjonalnych zaburzeń pęcherza, mający opracowany cały program leczenia. Muszą być w nim zatrudnione osoby, które wykonują zabieg i które programują pacjentów - dodaje prof. Jerzy Gajewski. Specjaliści w Polsce są przygotowani do leczenia pacjentów metodą neurostymulacji; to świetni lekarze. Mają dostęp najnowszych osiągnięć w tej dziedzinie.

Dostępność leczenia NTM dla mężczyzn z nowotworem prostaty

lek. med. Magdalena Olszewska, Szpital Zachodni im. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim

lek. med. Anna Bonder-Nowicka, Szpital Bielański im. ks. J. Popiełuszki w Warszawie

Rak gruczołu krokowego jest jednym z najczęściej rozpoznawanych nowotworów zarówno w Polsce, jak i na świecie. Co więcej, jego rozpoznawalność, ilość dostępnych metod leczenia stale się zwiększa, a co za tym idzie, rośnie populacja pacjentów poddawanych terapii. Niestety, każda interwencja operacyjna lub radiologiczna niesie za sobą ryzyko wystąpienia powikłań, a do najczęstszych, obok zaburzeń erekcji, należy nietrzymanie moczu (NTM).

Najczęściej stosowaną metodą leczenia raka jest operacyjne usunięcie stercza - prostatektomia radykalna (otwarta lub laparoskopowa lub robotyczna). Ryzyko wysiłkowego NTM po takim leczeniu wynosi 5-48%, zależnie od doświadczenia chirurga, wielkości ośrodka i wieku pacjenta, nie ma natomiast korelacji z użytą metodą operacji.

Radioterapia z pól zewnętrznych, ze względu na zmiany popromienne, częściej niż operacja skutkuje wystąpieniem objawów nadreaktywności wypieracza - w 0-18,9%, przy czym jest to procent, który może rosnąć z upływem czasu.

NTM jest powikłaniem po zastosowaniu brachyterapii (0-45% chorych), krioterapii (5,9% pacjentów po pierwotnej krioterapii i u 10% po ratunkowej) oraz HIFU (12% chorych).

Wszystkie wymienione metody leczenia są dostępne i szeroko stosowane w Polsce. Wobec pacjentów, którzy po leczeniu zgłaszają wystąpienie objawów niepożądanych, znajdują zastosowanie liczne procedury objawowe i naprawcze, również gwarantowane przez płatnika publicznego.

Postępowanie podstawowe obejmuje zmianę nawyków, nadzorowane ćwiczenia mięśni dna miednicy, przestrzeganie regularności mikcji - są to podstawowe interwencje do zastosowania w gabinecie specjalisty monitorującego stan pacjenta po leczeniu radykalnym.

U pacjentów z potwierdzoną niewydolnością zwieracza i objawami średnio i znacznie nasilonego NTM, leczeniem z wyboru jest wszczepienie sztucznego zwieracza (AUS, ICD9: 58.931). Jego odsetek skuteczności zawiera się pomiędzy 59% a 90%. Pomimo konieczności reoperowania części pacjentów (z powodu infekcji lub erozji), ze względu na odległe wyniki wyleczenia i wysoką satysfakcję chorych, uznaje się go za standard leczenia.

Dla pacjentów z mało i średnio nasilonym NTM alterna-

tywą są męskie slingi (ICD9: 59.793), których całkowity odsetek powodzeń wynosi ok. 60-70%, jednak najlepsze wyniki leczenia osiągnane są u pacjentów nie poddanych radioterapii.

Innym, mniej skutecznym rodzajem terapii w tej grupie pacjentów, mogą być wstrzyknięcia okołocewkowe (ICD9: 58.94), które pomimo konieczności powtarzania zabiegów i efektu zmniejszającego się wraz z upływem czasu osiągnają 50% skuteczności.

Alternatywą dla tej grupy pacjentów jest implant ProACT o regulowanej objętości. Skuteczność u pacjentów z mało i średnio nasilonym NTM sięga 68%, przy znacznym nasileniu spada do 60%, a u pacjentów po radioterapii nie przekracza 46%, przy zwiększonym ryzyku erozji cewki moczowej.

Wstępne doniesienia na temat ATOMS (system łączący taśmę przezczasłonową z ideą sztucznego zwieracza hydraulicznego) sugerują jego skuteczność nawet w 84%, również u pacjentów po radioterapii.

Chorzy z idiopatyczną nadaktywnością wypieracza oporną na leczenie preparatami antymuskarynowymi lub z przeciwwskazaniami do ich stosowania, mogą być kwalifikowani do chirurgicznego powiększenia pęcherza z użyciem pętli jelitowej (ICD9: 57.872), implantacji neuromodulatora lub iniekcji toksyny botulinowej (ICD9: 57.46). Chorzy z NTM ze słabym opróżnianiem pęcherza wtórnym do niewydol-

ności wypieracza wymagają opróżniania pęcherza poprzez czyste cewnikowanie przerywane. Można u nich zastosować również neuromodulację krzyżową.

Jakość leczenia nietrzymania moczu w Polsce mieści się w najlepszych światowych standardach - zarówno pod względem przygotowania lekarzy, jak i tempa wprowadzania najnowszych metod leczenia. Wszystkie rodzaje terapii są refundowane przez NFZ, z wyłączeniem wszczepiania neurostymulatorów i kosztów substancji podawanych do ściany pęcherza i cewki moczowej. Wciąż niedostępna jest również w tym wskazaniu duloksetyna - preparat zwiększający napięcie zwieracza zewnętrznego cewki moczowej. Problemem, tak jak w każdej dziedzinie medycyny, pozostaje ograniczona dostępność związana ze zbyt małymi limitami przyznawanymi przez NFZ.



Fot. © (which direction/christophe BOISSON)/Fotolia.com

Piśmiennictwo u autorów

Wulwodynia, czyli przewlekły ból narządów płciowych

z Sally Turner oraz Sabine Tyrvairen, założycielkami Brytyjskiej organizacji Women4Real, pomagającej kobietom zmagającym się z wulwodynią - tajemniczą i intymną dolegliwością, rozmawia Alexandra Wesołowska.



Sabine Tyrvairen podczas Kongresu "Kobieta i Mężczyzna. Zdrowie reprodukcyjne i seksualne"

Wulwodynia to jedna z bardziej krępujących intymnych dolegliwości kobiecych, objawiająca się chronicznym bólem sromu, który ogranicza nie tylko życie seksualne kobiet, ale również ich aktywność fizyczną, czy nawet czynności dnia codziennego, jak np. siedzenie na krześle... Dla wielu kobiet jest to na tyle wstydliva przypadłość, że nie są w stanie powiedzieć o niej swoim bliskim, czy lekarzowi. Wielu medyków o istnieniu tej choroby nie ma pojęcia, przez co mylnie diagnozuje pacjentki i leczy je na zupełnie inne schorzenia. W Wielkiej Brytanii, by zapobiegać tego typu incydentom, założono organizację Women4Real, której celem jest pomoc kobietom z symptomem chronicznego bólu narządów płciowych oraz zwiększanie świadomości społeczeństwa i lekarzy nt. tej wstydlivej i jeszcze mało rozpoznawalnej choroby jaką jest wulwodynia.

Czym dokładnie jest Women4Real?

Women4Real łączy doświadczenie i wiedzę dwóch dy-

namicznych kobiet, Sally Turner (pisarka i konsultantka mediowa) oraz Sabine Tyrvairen (psycholog zdrowia klinicznego oraz trenerka efektywności). Prowadzimy innowacyjne doradztwo zdrowia. W ramach swojej działalności staramy się informować o tym, jak ważne jest zdrowie, seksualność i dobre samopoczucie kobiet. Głównym celem naszej organizacji jest wzrost świadomości oraz zmiana podejścia systemu ochrony zdrowia do seksualności kobiet. Staramy się ograniczyć powszechne uczucie piętna, izolacji i frustracji towarzyszące kobietom z tego typu problemami. Nasze cele realizujemy poprzez szeroki zakres działań, w tym emisję filmików podejmujących temat, prowadzenie webinarów dla profesjonalistów i pacjentów, kursów internetowych, zabieranie głosu podczas wystąpień publicznych i przy innych projektach multimedialnych.

Wulwodynia to przede wszystkim ból podczas penetracji seksualnej. Powiedzcie mi proszę jaka jest różnica między tzw. normalnym seksem, a tym bolącym, nie sprawiającym przyjemności?

Kiedy mówimy o „bolesnym seksie”, mówimy o aktywności seksualnej, która powoduje ból, pieczenie, ogólny dyskomfort w wyniku problemów zdrowotnych m.in. takich jak wulwodynia, pochwica, przewlekłe pleśniawki, liszaj twardzinowy lub, w niektórych przypadkach ból miednicy i infekcje pęcherza. Popularność książki „Pięćdziesiąt Twarzy Greya” wprowadziła do głównego nurtu ten figlarny rodzaj bólu towarzyszący współżyciu, ale gdy odczuwa się ból, którego nie chce się odczuwać, to może mieć niszczący wpływ na poczucie własnej wartości, na relacje z bliskimi i codzienne funkcjonowanie. Satysfakcjonujące życie seksualne jest podstawowym prawem człowieka i powinno być dostępne dla wszystkich! Nie powinniśmy przy tym odczuwać niepożądanego bólu.

W porównaniu do innych problemów, wulwodynia i inne intymne choroby kobiece wydają się być błaha. Czy tego typu dolegliwości mogą mieć wpływ na jakość życia człowieka?

Przewlekły ból narządów płciowych może mieć destrukcyjny wpływ na życie kobiet, ich partnerów i całe otoczenie. Ból występuje na różnych płaszczyznach:

emocjonalnej, fizycznej, psychicznej... jest zupełnie niezrozumiały dla osób, które go nie doświadczyły. Uczucie izolacji, zawstydzienia, są często skrywane przez lata. Kobiety czują się uwięzione i napiętnowane przez ich niezdolność do funkcjonowania jako normalne kobiety. Nienawidzą siebie za to! Bóle uniemożliwiają im prowadzenie aktywnego trybu życia, np. pływania, jazdy na rowerze, noszenia obcisłych spodni, już nie wspominając o stosunku płciowym. Poprzez takie ograniczenia kobiety często popadają w depresję, tracą pracę i cierpią na niską samoocenę. Ich partnerzy natomiast, mogą czuć się niedowartościowani, niepotrzebni, a nawet nabawić się zaburzeń erekcji. Często bywa, że małżeństwa i związki nie są w stanie przetrwać takiej presji, bowiem mężczyznom ciężko jest zaakceptować taki stan rzeczy. Kobietom z takimi problemami potrzebne jest zrozumienie społeczeństwa i wsparcie systemu ochrony zdrowia. Niestety, zdrowie seksualne wciąż jest tematem, którego staramy się unikać.

Czy dużo kobiet cierpi z powodu chronicznego bólu narządów płciowych?

Tak, miliony kobiet cierpi na choroby uniemożliwiające penetrację seksualną z powodu chronicznego bólu narządów płciowych. Niewyjaśniony przewlekły ból sromu jest bardzo powszechnym zaburzeniem, które zwykle jest błędnie diagnozowane. Statystyki pokazują, że częstość jego występowania to 16%. Oznacza to, że 14 milionów kobiet w USA, 3,2 mln kobiet w Wielkiej Brytanii i 3 mln kobiet w wieku 15-64 lat w Polsce, doświadcza przewlekłego bólu narządów płciowych, w pewnym momencie swojego życia. Mimo to wiedza nt. wulwodynii jest znikoma wśród społeczeństwa i pracowników służby zdrowia. Lekarze często myślą objawy z grzybicą pochwy, a leczenie przeciwgrzybiczne w tym przypadku może tylko pogorszyć stan zdrowia. Należy pamiętać, że powtarzające się infekcje mogą doprowadzić do rozwoju wulwodynii. Ważne jest więc, aby jak najszybciej uzyskać prawidłową diagnozę i odpowiednie leczenie. Mamy nadzieję, że wraz z upływem czasu i dzięki naszej pracy świadomość nt. dolegliwości chronicznego bólu narządów płciowych, w tym wulwodynii, wzrośnie.

To faktycznie bardzo dużo kobiet. Czy w takim razie wulwodynia jest dziedziczna? Czy można się nią zarazić?

Istnieją doniesienia, że dzieci również doświadczały bólu sromu i faktycznie badania wskazują na podłoże genetyczne. Nie można natomiast się nią zarazić, ponieważ nie ma ona podłoża infekcyjnego. U kobiety

wulwodynia może rozwinąć się w dowolnym momencie życia. Dzieli się ją na 2 kategorie: pierwotną (vestibulodynię) i wtórną. Przy tej pierwszej, kobiety doświadczały bólu sromu już przy pierwszej penetracji seksualnej, przy aplikacji tamponu lub podczas wizyty u ginekologa. Przy wulwodynii wtórnej, kobiety miały okazję wcześniej doświadczyć bezbolesnej penetracji seksualnej.

Jak wyleczyć wulwodynię?

Przede wszystkim potrzeba wyedukowanych lekarzy oraz interdyscyplinarnej pracy zespołowej, by zdiagnozować komponenty bólu narządów płciowych, wówczas możemy indywidualnie dopasować leczenie

do potrzeb pacjenta. Kobiety powinny mieć zapewniony dostęp do różnych zabiegów lub terapii i powinny móc się im poddawać tak długo, jak to pomaga, a przynajmniej dopóki im nie szkodzi. Powinno się zachęcać do łączenia zabiegów, ponieważ leczenie jest różne w zależności od potrzeb. W zależności o diagnozy, leczenie może obejmować rehabilitację mięśni dna miednicy, techniki odczulania takie jak masaż, terapię psychologiczną lub psychoseksualną, terapię chirurgiczną, lubrykanty, nawilżacze i inne.

Wspomniałyście o ćwiczeniach mięśni dna miednicy. W jaki sposób mogą one pomóc?

W tym przypadku profilaktycznie ćwiczenia mięśni Kegla nie uchronią przed samą chorobą, ale na pewno są one elementem wprowadzanym w momencie leczenia schorzeń takich jak wulwodynia, pochwica, czy liszaj twardzinowy. Naturalną odpowiedzią na ból jest zaciśnięcie mięśni, robimy to nieświadomie. Ćwiczenia mięśni dna miednicy pozwalają nam nauczyć się to kontrolować i zwolnić mięsień kiedy jest napięty, dając mu możliwość rozluźnienia, przez co nie odczuwamy bólu w takim stopniu.

Chciałybyście poradzić coś naszym czytelnikom?

Jasne. Powinniśmy zwiększać wiedzę na temat tego typu chorób. Żaden intymny problem nie powinien być wstydlivy, ponieważ często są to poważne choroby, które mogą mieć równie poważne konsekwencje. Starajmy się pomagać kobietom, żeby nie czuły się odizolowane i napiętnowane. Przede wszystkim edukujmy lekarzy, by potrafili natychmiast postawić właściwą diagnozę, dzięki której kobiety unikną wizyt u kilku lub kilkunastu specjalistów, wydłużając przez to czas do podjęcia leczenia.

Więcej informacji można znaleźć na stronie: www.women4real.com

Women4Real

O NTM, OAB i kosztach zaopatrzenia w środki absorpcyjne, czyli relacja z wydarzeń 6. Światowego Tygodnia Kontynencji w Polsce

Katarzyna Walewska

Debata poświęcona problematyce nietrzymania moczu oraz pęcherza nadreaktywnego, konsultacje lekarskie, wykłady, warsztaty z ćwiczeniami mięśni Kegla, to tylko kilka przykładów aktywności, jakie miały miejsce podczas obchodów tegorocznego Światowego Tygodnia Kontynencji (World Continence Week - WCW) w Polsce, który odbywał się w dniach 23-29 czerwca.

Obchody tego wydarzenia zostały zainicjowane przez Międzynarodowe Towarzystwo Kontynencji (ICS - International Continence Society) w 2009 roku. Od tego czasu, co roku, stowarzyszenia i fundacje z różnych krajów świata, działające na rzecz pacjentów z nietrzymaniem moczu, aktywnie włączają się w organizację wydarzeń związanych ze Światowym Tygodniem Kontynencji. W Polsce problematykę nietrzymania moczu, w ramach WCW, co roku promuje Stowarzyszenie Osób NTM „UroConti”, które za pośrednictwem szeregu wydarzeń nagłaśnia problematykę leczenia nietrzymania moczu oraz zaopatrzenia chorych w środki higieniczne. *Światowy Tydzień Kontynencji to doskonała okazja, by pokazać opinii publicznej oraz decydentom, jak ważnym problemem jest nietrzymanie moczu. NTM to dolegliwość uznawana za chorobę społeczną, dlatego uważamy, że nie można przechodzić obok niej obojętnie* - tłumaczy Anna Sarbak - prezes „UroConti”.

Dyskusja na temat OAB z parlamentarzystami

Tegoroczne aktywności Stowarzyszenia w dużej mierze skupiły się na nagłośnieniu problematyki zespołu pęcherza nadreaktywnego, choroby której jednym z objawów jest nietrzymanie moczu. Temu problemowi poświęcona była debata w Sejmie RP zorganizowana dzięki uprzejmości posłanki Bożeny Szydłowskiej - przewodniczącej Parlamentarnej Grupy Kobiet.

O motywy podjęcia dyskusji nad tą problematyką, właśnie w ramach Tygodnia Kontynencji, zapytaliśmy prezes Stowarzyszenia „UroConti”. *Udział przedstawicieli naszego Stowarzyszenia w debacie miał na celu przede wszystkim zwrócenie uwagi na trudną sytuację osób z pęcherzem nadreaktywnym. Od kilku lat podejmujemy próby ułatwienia osobom z OAB dostępu do leczenia tego schorzenia poprzez zniesienie sztucznej bariery narzuconej przez Ministerstwo Zdrowia w uzyskaniu refundowanej farmakoterapii* - tłumaczy Anna Sarbak. *W tym celu zaprosiliśmy do udziału w spotkaniu wybitnych ekspertów, specjalistów urologii (prof. Zbigniewa Wołskiego) i ginekologii (prof. Włodzimierza Baranowskiego), którzy - opierając się na swoim wieloletnim doświadczeniu - potwierdzili przytaczane przez nas argumen-*

ty, wskazując na brak uzasadnienia dla wykonywania badania urodynamicznego kwalifikującego pacjenta do refundowanego leczenia farmakologicznego - dodaje. Liczymy, że dyskusja poświęcona tej problematyce, poprowadzona w obecności parlamentarzystów i przedstawicieli ministerstwa zdrowia oraz poparta stanowiskiem wybitnych specjalistów, pomoże nam przekonać resort zdrowia do zniesienia tej absurdalnej bariery - tłumaczy prezes „UroConti”.



Prof. Marek Sosnowski prowadzi wykład dla łódzkiego oddziału Stowarzyszenia „UroConti”

Fot. corewellness.pl

Aktywność oddziałów „UroConti”

Debata w Sejmie to tylko jedna z aktywności, jakie miały miejsce w trakcie Tygodnia Kontynencji. Organizacja dołożyła wszelkich starań, by na terenie poszczególnych oddziałów Stowarzyszenia szerokie grono osób cierpiących na nietrzymanie moczu mogło skorzystać z bezpłatnych konsultacji ginekologicznych czy urologicznych, warsztatów z ćwiczeniami mięśni Kegla czy wykładów edukacyjnych poświęconych problematyce nietrzymania moczu. *Zainteresowanie organizowanymi przez naszą organizację aktywnościami, w ramach WCW, z roku na rok rośnie. W tym roku skorzystało z nich blisko 150 osób. Rosnące zainteresowanie motywuje nas do dalszego działania, dlatego postaramy się, aby w kolejnych latach jeszcze większe grono osób mogło z nich skorzystać* - mówi Anna Sarbak.

Raport o kosztach NTM

Podczas Tygodnia Kontynencji dużo mówiono również o konieczności zmiany zasad zaopatrzenia w środki absorpcyjne dla osób z nietrzymaniem moczu. W tym celu Stowarzyszenie „UroConti”, we współpracy z World Federation of Incontinent Patients (WFIP) oraz Programem NTM, opublikowało kolejną aktualizację raportu poświę-

conego kosztem leczenia NTM oraz zaopatrzenia w środki absorpcyjne. *Podczas tegorocznego Tygodnia Kontynencji, jak co roku, zaprezentowaliśmy raport zawierający aktualne dane nt. kosztów pośrednich i bezpośrednich wynikających z zachorowalności na NTM, zwracając w nim szczególną uwagę na koszty związane z zaopatrzeniem w środki chłonne. W tej edycji raportu dużą uwagę poświęciliśmy również opiece długoterminowej, która naszym zdaniem z roku na rok będzie odgrywała coraz większą rolę w pielęgnacji i opiece nad osobami z NTM, jednocześnie wymagając wielu zmian i znacznego wzrostu dofinansowania* - tłumaczy Anna SARBAK.

Rynek opiekunów a NTM

Tegoroczne obchody Tygodnia Kontynencji, były poprzedzone szeregiem wydarzeń towarzyszących, w ramach których Stowarzyszenie „UroConti” nagłaśniało problematykę nietrzymania moczu i zaopatrzenia w środki absorpcyjne dla osób z NTM. Doskonałą okazją ku temu był udział Stowarzyszenia w Forum 55Plus, konferencji poświęconej problematyce rozwoju rynku senioralnego i opiekuńczego w Polsce, w ramach której organizacja zaprezentowała świadczeniodawcom, decydentom oraz przedstawicielom organiza-

cji działających na rzecz osób przewlekle chorych, niesamodzielnych oraz seniorów, palące problemy towarzyszące na co dzień osobom z NTM. Mocno ograniczony dostęp do zaopatrzenia w środki chłonne dla osób z NTM czy brak systemowych rozwiązań w leczeniu tego schorzenia, to przykłady kilku złych praktyk przytoczonych podczas konferencji przez prezesa „UroConti”.

Pokazowy zabieg neuromodulacji

Za zwieńczenie tegorocznych obchodów WCW można uznać pokazowy zabieg wszczepienia neuromodulatora nerwów krzyżowych, który odbył się w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy. Finałowy zabieg wszczepienia neuromodulatora InterStim dwóm pacjentkom miał miejsce 26. czerwca. Zabieg został przeprowadzony przez lekarzy urologów: prof. Zbigniewa Wolskiego oraz prof. Jerzego Gajewskiego i zakończył się sukcesem.

Wydarzenia towarzyszące tegorocznemu Tygodniowi Kontynencji wyraźnie wskazują jak wieloaspektowe jest podejście do problematyki nietrzymania moczu. Rosnące zainteresowanie tą tematyką może świadczyć natomiast o tym, że problem ten z biegiem lat dotyka coraz większej grupy osób.

Badanie urodynamiczne w woj. lubelskim

Wnajnowszym numerze prezentujemy Państwu listę pracowni urodynamicznych z województwa lubelskiego. Według zebranych danych (stan na 08.2014), w województwie lubelskim badanie urodynamiczne można wykonać w 10 placówkach. Porównując obecne dane ze statystykami sprzed czterech lat, liczba placówek, w których wykonywane jest badanie urodynamiczne wzrosła o jedną. Badanie jest refundowane dla osób posiadających ubezpieczenie w Narodowym Funduszu Zdrowia. W przypadku braku ubezpieczenia bądź zakupienia usługi, koszt takiego badania to wydatek rzędu 300 - 350 zł. Średni czas oczekiwania na badanie to okres ok. 2-4 tygodni. Odnotowuje się jednak przypadki, gdy na badanie urodynamiczne, refundowane w ramach NFZ, pacjent oczekuje nawet 1-2 miesiące.

Poniżej prezentujemy listę placówek z woj. lubelskiego, które przeprowadzają badanie urodynamiczne. Zastrzegamy, że lista może być niepełna, gdyż dane powstały w oparciu o informacje uzyskane od przedstawicieli danych placówek, ponadto nie wszystkie placówki zgodziły się udzielić nam niezbędnych informacji.

Pełny wykaz placówek wykonujących badania urodynamiczne na terenie całego kraju dostępny jest na stronie internetowej www.ntm.pl. W razie jakichkolwiek sugestii dotyczących uzupełnienia prezentowanej listy pracow-

ni urodynamicznych w poszczególnych województwach, prosimy o kontakt na adres mailowy: ntm@ntm.pl.

CHEŁM

1. Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny; 22-100 Chełm, ul. Ceramiczna 1, Pracownia Urodynamiczna przy Poradni Urologicznej

LUBLIN

1. Dziecięcy Szpital Kliniczny im. prof. A. Gębali - Klinika Nefrologii Dziecięcej; 20-093 Lublin, ul. Chodźki 2, Pracownia badań urodynamicznych (tylko dzieci i młodzież do 18 r. ż)
2. NZOZ „CenterMed Lublin” Przychodnia Specjalistyczna; 20-044 Lublin, ul. Weteranów 46
3. Szpital Kliniczny Nr 1 UM w Lublinie - I Katedra i Klinika Ginekologii; 20-081 Lublin, ul. Staszica 16 (poradnia urodynamiczna)
4. Szpital Kliniczny Nr 4 UM w Lublinie - Klinika Ginekologii Operacyjnej; 20-090 Lublin, ul. Jaczewskiego 8
5. Szpital Kliniczny Nr 4 UM w Lublinie - Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej; 20-090 Lublin, ul. Jaczewskiego 8
6. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego; 20-718 Lublin, Al. Kraśnicka 100 - Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej
7. Wschodnie Centrum Diagnostyczno-Zabiegowe Top-Medical; 20-601 Lublin, Tomasz Zana 29/XII
8. Okręgowy Szpital Kolejowy SP ZOZ; 20-468 Lublin, Kruczkowskiego 21

ZAMOŚĆ

1. Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II - Oddział ginekologiczno-położniczy; 22-400 Zamość, Al. Jana Pawła II 10

Metoda BeBo® - trening dna miednicy

Katarzyna Kucab-Klich, instruktorka Pilates, trenerka metody BeBo®

Szukając skutecznej terapii zachowawczej dla kobiet cierpiących na pierwsze objawy inkontynencji, warto zwrócić uwagę na koncepcję BeBo®, która od niedawna obecna jest w Polsce. Metoda BeBo® (oryginalnie BeBo® Gesundheitstraining) wywodzi się ze Szwajcarii, jest obecnie z sukcesem wykorzystywana również w Niemczech, Austrii, Francji, czy Słowenii. Założycielkami metody są pielęgniarka Yvonne Keller, obecnie zastępca przewodniczącego marki BeBo® Gesundheitstraining, Judith Krucker: dyplomowany instruktor ruchowy i refleksoterapeuta oraz Marita Seleger: terapeuta ruchowy, dyplomowana pielęgniarka. Do głównych filarów metody należą ćwiczenia budzące świadomość ciała, ćwiczenia mobilizujące, wzmacniające i relaksacyjne. Każdy z tych elementów powinien znaleźć się w danej jednostce treningowej. Czas poświęcony na poszczególne rodzaje ćwiczeń uzależniony jest od tematyki danych zajęć - obniżenie narządu rodnego, nietrzymanie moczu typu wysiłkowego, zespół pęcherza nadreaktywnego, nauka nawyków higienicznych, oszczędzających dno miednicy, okres powrotu do formy po ciąży. Nie bez znaczenia jest nauka integrowania dna miednicy w czynności dnia codziennego, aby możliwie często angażować mięśnie posturalne. Kobieta powinna umieć wykorzystać na ćwiczenia na przykład czas oczekiwania w kolejce, oglądania telewizji, czy chociażby sprzątania.

Dobór ćwiczeń podczas sesji uzależniony jest również, a raczej przede wszystkim, od możliwości i potrzeb danej osoby (ew. pacjentki, mając na myśli proces rehabilitacji w pracy indywidualnej). Inna tematyka będzie interesowała kobiety planujące zajście w ciążę, inna kobiety po niedawnym porodzie, a inna kobiety w okresie okołomenopauzalnym. W celu optymalnego przygotowania się do zajęć dobrze jest zlecić uczestniczkom wypełnienie anamnezy (wywiad).

Szczególny nacisk położony jest na uruchomienie prawidłowej biomechaniki oddechu, niezwykle ważnej, jeśli nie najważniejszej w procesie wprowadzania trwałych zmian w funkcjonowaniu głębokich mięśni dna miednicy. Zaburzenie wzorca oddechowego, połączone z utratą tonusu mięśni ścian jamy brzusznej i prostownika grzbietu (klatka piersiowa zamknięta, zwiększona kifoza piersiowa, zwiększona lordoza szyjna) prowadzi w konsekwencji do utraty tonusu mięśni dna miednicy. Zapadnięta klatka piersiowa, a co za tym idzie płuca, zmniejszają swoją pojemność życiową. Oddech zamiast

dać organom wewnętrznym potrzebny im do prawidłowego funkcjonowania masaż, kierowany jest w szczytowe partie płuc. Obserwuje się wtedy unoszenie obręczy barkowej do góry podczas wdechu. W efekcie może to prowadzić do zaawansowanej formy braku koordynacji mięśni oddechowych, tzw. paradoksalnych ruchów oddechowych, gdzie podczas wdechu kobieta wciąga brzuch, a podczas wydechu wypycha go do przodu.



Fot. © (Hüfte - Röntgenbild - 3D Grafik/ag visuell)/Fotolia.com

Należy zwrócić szczególną uwagę na reedukację oddechową i ruchową, aby kobieta najpierw nauczyła się w sposób świadomy korygować swoją postawę i śledzić oddech. Obudzenie świadomości w tym obszarze jest pierwszym etapem efektywnego treningu dna miednicy, kolejnym powinno być stymulowanie osłabionych struktur codziennymi ćwiczeniami, aby nowe przyjęte wzorce oddechowe i ruchowe mogły zostać zautomatyzowane.

Metoda BeBo® wykorzystuje w tym celu różne przyrządy - małe piłeczki, piłki Redondo, poduszki sensomotoryczne oraz kliny rehabilitacyjne. Mały sprzęt wykorzystać można do ćwiczeń równoważnych, mobilizacyj-

nych, czy w celu uzyskania pozycji odciążających dna miednicy i z tego powodu szczególnie cennych w procesie wzmacniania.

Proces odbudowy utraconego, z różnych przyczyn, tonusu mięśniowego lub normalizowania podwyższonego napięcia dna miednicy, wymaga czasu i współpracy ze strony pacjenta i to podkreślić należy już podczas pierwszego spotkania. Konsekwencja we wdrażaniu nowych nawyków ruchowych i higienicznych jest najlepszym sposobem uniknięcia poważnych skutków w postaci nietrzymania moczu w stopniu znacznym. Zawsze ogromne zdziwienie wśród uczestników zajęć budzi nauka prawidłowej mikcji i defekacji. Nie wiele osób zdaje sobie bowiem sprawę z tego, jak wiele błędów osłabiających dna miednicy i zaburzających fizjologię pęcherza moczowego popełnia na co dzień. Na takie „wstydlive” tematy nikt nie rozmawia otwarcie, nawet z lekarzem prowadzącym.

Obiektywna i spokojna dyskusja z kompetentnym instruktorem jest idealną okazją do uzyskania zauważalnej poprawy w codziennym funkcjonowaniu.

Koncepcja BeBo® zakłada pracę w małych grupach, co zapewnia instruktorowi kontrolę nad sposobem prowadzenia ruchu i oddechu.

Zajęcia mają charakter praktyczno-teoretyczny, tak aby wszelkie wątpliwości mogły zostać wyjaśnione.



Często zdarza się, że warsztaty, bądź sesje indywidualne w połączeniu z analizą dziennika mikcji, który standardowo się tu omawia, są pierwszym sygnałem dla kobiety, aby odwiedzić urologa lub ginekologa w celu dokładniejszej diagnostyki.

Metoda BeBo® odznacza się kompleksowością w podejściu do profilaktyki i terapii nietrzymania moczu, dostarczając w pierwszej kolejności instruktorowi, a w konsekwencji także zainteresowanej osobie, wiedzę teoretyczną i praktyczną na temat mechanizmów powstawania dysfunkcji i sposobów ich niwelowania.

Te cechy sprawiają, że BeBo® Trening Dna Miednicy może być bardzo pomocny dla tych, którzy przed podjęciem decyzji o wdrożeniu leczenia farmakologicznego lub operacyjnego, zechcą spróbować poprzez zmianę nawyków i wdrożenie regularnych ćwiczeń uzyskać trwałą poprawę stanu

zdrowia.

Warsztaty dla kobiet poświęcone treningowi dna miednicy BeBo® odbywają się cyklicznie w Olkuszu i Krakowie i zbierają pozytywne opinie uczestniczek, które kończą warsztaty bogatsze o cenną wiedzę pozwalającą cieszyć się pełnią kobiecości do późnej starości.

Natomiast w Krakowie, we współpracy z Fundacją „Amicus Renis”, rusza pierwszy kurs kwalifikacyjny dla instruktorów ruchowych, położnych i fizjoterapeutów.

DOŚTĘP DO ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE WYDAWANE NA ZLECENIE WG DANYCH WOJEWÓDZKICH ODDZIAŁÓW NFZ - STAN NA 31.07.2014

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	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Kujawsko-Pomorskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Lubelskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Lubuskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Łódzkie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Małopolskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Mazowieckie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Opolskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Podkarpackie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Podlaskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Pomorskie	nb	-	nb	-	nb	-	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	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Zachodniopomorskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-

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

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wojewódzkich Oddziałów NFZ

Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej 2014

Anna Ciepela



Fot. © (ribambelle des enfants malades/Unclesam)/Fotolia.com

W ramach obchodów Światowego Tygodnia Kontynencji została opublikowana trzecia edycja raportu *Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej 2014*, przygotowanego przez Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”, we współpracy z Programem „NTM - Normanie Życ” pod patronatem World Federation of Incontinent Patients (WFIP). Dokument ten jest próbą odpowiedzi na pytanie jaki wpływ na sytuację osób cierpiących na NTM ma polityka refundacyjna państwa. Raport można pobrać na stronie www.ntm.pl.

Terapia optymalna czy refundowana?

Autorzy raportu zwrócili uwagę, że popularyzowanie wiedzy odnośnie diagnostyki i leczenia NTM nie przyniesie korzyści, dopóki Ministerstwo Zdrowia nie uzbroi lekarzy w odpowiednie narzędzia terapeutyczne, czyli bezpieczne i skuteczne technologie medyczne dostępne w refundacji. Bez dopłaty z budżetu państwa większość nowoczesnych form leczenia dla przeciętnego Kowalskiego jest niedostępna. Tymczasem koszty zaniechania leczenia są ogromne. Jak policzyli autorzy przytoczonej analizy, same koszty absencji chorobowej osób cierpiących na NTM mogły wynieść w 2013 roku nawet 1,7 mld zł.

Postępowanie terapeutyczne

Pacjent powinien mieć dostęp do leczenia na każdym etapie choroby, bez względu na rodzaj i nasilenie NTM. Tymczasem obecnie chory może liczyć na pełną refundację leczenia jedynie w przypadku, gdy cierpi na wysiłkowe bądź mieszane nietrzymania moczu (zabiegi operacyjne z użyciem taśm syntetycznych są refundowane przez NFZ w 100%). Osoby, u których zdiagnozowano NTM z parcia, w tym pęcherz nadreaktywny, mogą skorzystać w refundacji jedynie z podstawowej farmakoterapii dwiema substan-

cjami: solifenacyną i tolterodyną, do których dostęp został ograniczony decyzją Ministra Zdrowia poprzez, sprzeczny ze standardami medycznymi, wymóg wykonania badania urodynamicznego. Zdaniem autorów raportu chorym należy zagwarantować nie tylko szeroki dostęp do podstawowego leczenia lekami antycholinergicznymi, ale także możliwość podjęcia alternatywnej terapii farmakologicznej. W razie niepowodzenia terapii zachowawczej zaleca się podjęcie leczenia z użyciem toksyny botulinowej A. Obecnie specjaliści stosują toksynę botulinową A w ramach refundowanej procedury "wstrzyknięcie leku do ściany pęcherza lub szyi pęcherza" /ICD-9: 57.46/. Brakuje procedury przewidzianej konkretnie dla tej substancji. Niestety do chwili obecnej Ministerstwo Zdrowia, mimo pozytywnej rekomendacji Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM) nie zdecydowało się na objęcie refundacją toksyny botulinowej typu A w ramach programu lekowego: "Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza (ICD-10: N31)". Co więcej Rekomendacja AOTM w sprawie objęcia refundacją toksyny botulinowej typu A we wskazaniu nietrzymania moczu, wbrew oczekiwaniom pacjentów, ogranicza grupę osób, które mogą skorzystać z tego typu leczenia jedynie do osób dorosłych z nadreaktywnością mięśnia wypieracza pęcherza moczowego o podłożu neurogennym, po stabilnych urazach rdzenia kręgowego poniżej odcinka szyjnego oraz do pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. Z przytoczonej analizy wynika, że kobietom dotkniętym najcięższą postacią nietrzymania moczu, w tym pęcherza nadreaktywnego, Ministerstwo Zdrowia nie zapewnia żadnej formy terapii, prócz wysokoinwazyjnego leczenia chirurgicznego. Neuromodulacja korzeni krzyżowych, dedykowana kobietom cierpiącym na ciężkie postaci NTM wciąż, pomimo pozytywnej rekomendacji AOTM, nie jest refundowana.

Środki absorpcyjne na zlecenia „non-branded” czy receptę?

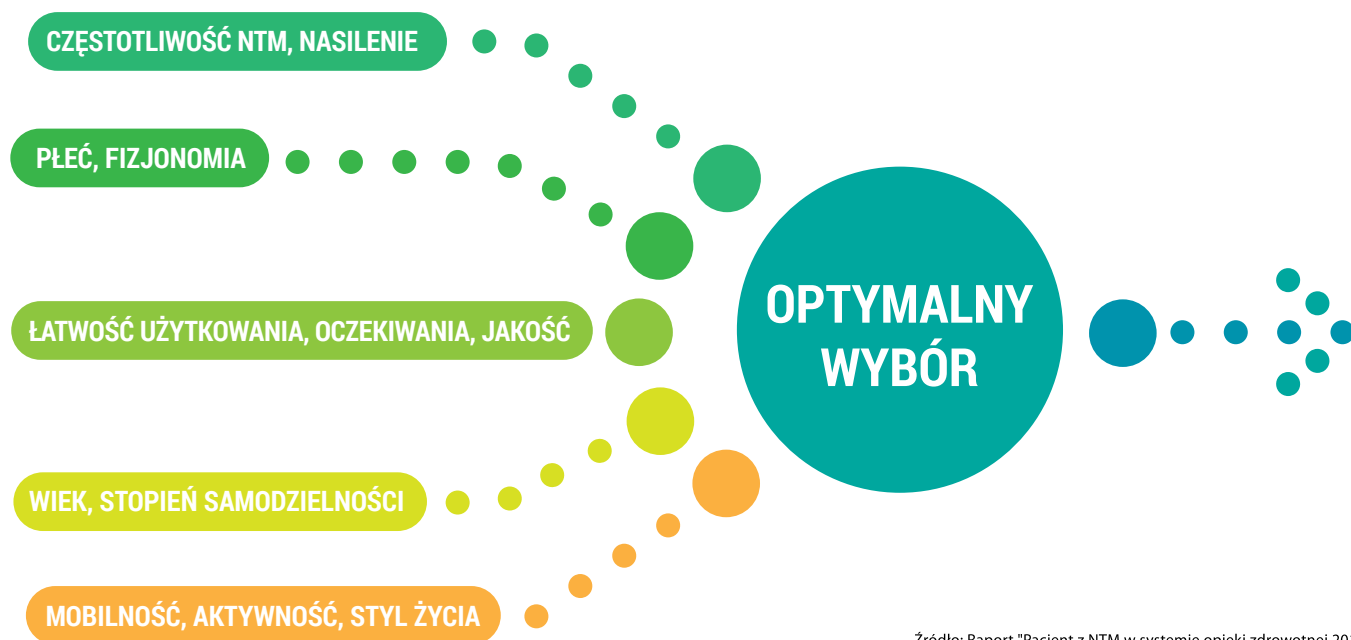
Specjaliści zwracają uwagę, że przy współczesnym stanie medycyny NTM można skutecznie leczyć. Obecnie 80% przypadków kończy się całkowitym lub częściowym wyleczeniem. Pozostałe 20% pacjentów cierpi na ciężkie postacie nietrzymania moczu, odporne na terapię, bądź z jakiś przyczyn nie może podjąć leczenia. Dla tej grupy chorych jedyną formą terapii jest zaopatrzenie w środki absorpcyjne. Niemniej, zaopatrzenie w produkty wchłaniające jest ważną częścią procesu terapeutycznego, również w przypadku chorych, u których leczenie przynosi oczekiwane rezultaty. Jednak, aby mogło ono przebiegać prawidłowo, chory musi zadbać o higienę i nie dopuścić do pojawiania się zakażeń. Oznacza to, że chory powinien mieć dostęp do optymalnej ilości środków absorpcyjnych wysokiej jakości. Produktów, które zapewnią mu czystość i świeżość, a także odpowiedni komfort użytkowania, a co za tym idzie pozwolą żyć aktywnie. Autorzy raportu *Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej 2014* postawili sobie za cel odpowiedź na pytanie czy tzw. „otwarty” system refundacji środków absorpcyjnych gwarantuje osobom cierpiącym na NTM skorzystanie w refundacji z produktów wysokiej jakości, czy bardziej korzystny byłby system, w którym to lekarz przepisywałby choremu produkty konkretnej firmy.

Obecnie w Polsce funkcjonuje „otwarty” system refun-

kę, która najbardziej mu odpowiada, stąd określenie systemu jako „non-branded”.

Autorzy raportu podkreślają, że system ten jest optymalny zarówno z punktu widzenia chorego, jak i finansów służby zdrowia. *Takie rozwiązanie gwarantuje wysoki poziom kontroli i ochrony budżetu państwa. Pacjent, który otrzymuje od specjalisty zlecenie na środki absorpcyjne zobligowany jest, minimum raz na 12 miesięcy, potwierdzić swoje uprawnienie do otrzymania dofinansowania w tzw. punktach potwierdzania zleceń właściwego oddziału NFZ. Umieszczenie środków absorpcyjnych na listach refundacyjnych razem z lekami, pozbawiłoby płatnika możliwości sprawowania tak szczegółowej kontroli, przy jednoczesnym obciążeniu lekarzy dodatkowymi obowiązkami. Specjalista nie tylko musiałby szczegółowo sprawdzić uprawnienia pacjenta do otrzymywania dofinansowania i wybrać rodzaj produktu adekwatny do poziomu natężenia NTM u chorego, ale także na tyle dobrze znać asortyment poszczególnych producentów środków absorpcyjnych i potrzeby pacjenta, aby dobierając produkt konkretnej marki, uwzględnić takie czynniki jak: poziom aktywności, styl życia, możliwości finansowe, oczekiwania, poziom samodzielności czy mobilność. Tymczasem optymalny model zaopatrzenia, zgodny z ISO 15621, uwzględnia ok. 20 różnych kryteriów, które powinny być brane pod uwagę przy wyborze środka wchłaniającego; część z nich jest bardzo subiektywna. Dlatego chory lub jego opiekun powinien samo-*

Wybrane kryteria doboru środków absorpcyjnych zgodne z ISO 15621



Zródło: Raport "Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej 2014"

dacji środków absorpcyjnych. Oznacza to, że specjalista, który wypisuje zlecenie na środki absorpcyjne (np. pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, wkłady anatomiczne, majtki chłonne), nie ma wpływu na wybór produktu konkretnej firmy. Pacjent samodzielnie wybiera mar-

dzielnie decydować, który produkt jest dla niego optymalny i spełnia jego oczekiwania. [...] Wybór optymalnego produktu dla danego pacjenta nie ma związku z wiedzą medyczną lekarza. W tym przypadku kluczowa jest wiedza i preferencje samego chorego, a nie specjalisty.

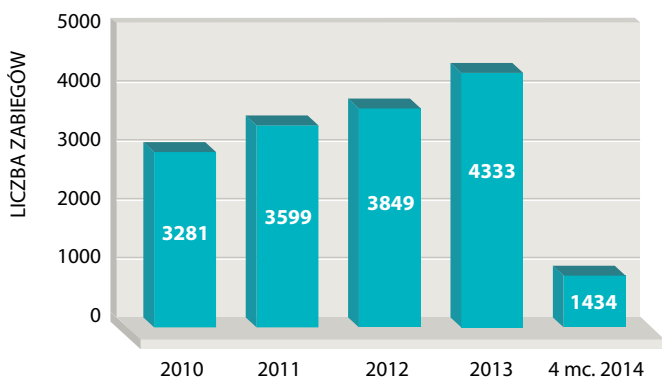
Zabiegi leczące NTM z użyciem taśm - podsumowanie

Operacyjne leczenie nietrzymania moczu to jedna z nielicznych metod stosowanych w terapii NTM, która podlega 100% refundacji. Terapia ta jest najczęściej zalecana osobom cierpiącym na wysiłkowe oraz mieszane nietrzymanie moczu. Metoda, choć inwazyjna, jest dość powszechnie stosowana i stosunkowo łatwo dostępna dla chorych. Najczęściej przeprowadzanym rodzajem operacyjnego leczenia NTM jest zabieg podwieszenia cewki i pęcherza z użyciem materiału syntetycznego, czyli tzw. zabieg z użyciem taśm syntetycznych. Poza tą formą operacji, pacjentki mogą również poddać się innym metodom leczenia zabiegowego m.in.: uretropeksji przedniej, uretrocystopeksji przez podwieszenie nadłonowe czy operacji metodą Burcha.

Na łamach naszego Kwartalnika NTM, przez ostatnie 16 numerów, publikowaliśmy dane dotyczące zabiegów z użyciem taśm oraz wykaz placówek wykonujących tego typu operacje. Nadszedł jednak czas na podsumowanie cyklu. Aby przybliżyć, jak wygląda dostęp do refundowanych operacji, poniżej prezentujemy dane, pozyskane z centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Z uzyskanych informacji wynika, że do końca kwietnia br. udało się przeprowadzić już 1434 zabiegi, w 2013 roku natomiast przeprowadzono łącznie 4333 tego typu operacje, co stanowi ok. 32% więcej zabiegów w stosunku do ilości wykonywanej w 2010 roku, kiedy to prezentowaliśmy Państwu ostatnie podsumowanie. Wszystkie prezentowane statystyki dotyczą zabiegów refundowanych. Operacje finansowane z prywatnych środków pacjentów nie zostały uwzględnione w prezentowanych statystykach.

Liczba wykonywanych zabiegów z użyciem taśm (w latach)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Zabiegi te w zależności od placówki, są przeprowadzane na oddziałach ginekologicznych, ginekologiczno-położniaczych, ginekologii onkologicznej lub urologii. Operowani pacjenci przyjmowani są do szpitala w trybie hospitalizacji bądź chirurgii jednego dnia.

Średni koszt jednej hospitalizacji związanej z zabiegiem podwieszenia cewki i pęcherza z użyciem materiału syntetycz-

nego, wg statystyk NFZ, w 2013 roku wyniósł 3 831,32 zł. Łączny koszt zrefundowanych zabiegów w 2013 r. to wydatek rządu 16 601 109,56 zł. W porównaniu do 2010

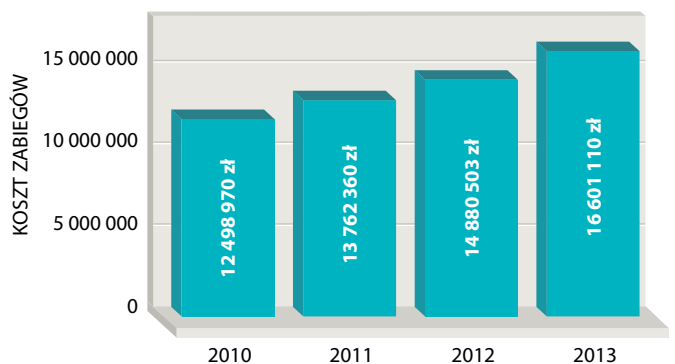
Wykaz zabiegów przeprowadzonych w 2013 r.

NAZWA ŚWIADCZENIODAWCY	LICZBA HOSPITALIZACJI
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA	1 263
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY	912
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA III POZIOM REFERENCYJNY	873
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA (WYŁĄCZNIE GINEKOLOGIA)	359
UROLOGIA - HOSPITALIZACJA	335
GINEKOLOGIA - ZESPÓŁ CHIRURGII JEDNEGO DNIA	236
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA PLANOWA (WYŁĄCZNIE GINEKOLOGIA)	167
UROLOGIA - ZESPÓŁ CHIRURGII JEDNEGO DNIA	76
GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA	61
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA PLANOWA	26
UROLOGIA - HOSPITALIZACJA PLANOWA	23
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - HOSPITALIZACJA	1
CHIRURGIA ONKOLOGICZNA - ZESPÓŁ CHIRURGII JEDNEGO DNIA	1
SUMA	4 333

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

roku, kiedy to wydatki te wynosiły 12 498 969,50 zł, nastąpił wzrost kosztów na tego typu operacje o ok. 33%. Wzrost kosztów uwarunkowany był zarówno większą ilością przeprowadzonych zabiegów, jak i wyceną jednostkową operacji w danym roku.

Koszt zabiegów operacyjnych na NTM (w latach)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W związku z tym, że prognozy demograficznie donoszą o utrzymującej się tendencji starzenia się społeczeństwa, w ciągu najbliższych lat możemy spodziewać się stale rosnącego zapotrzebowania na leczenie NTM i tym samym wyższych wydatków na zabiegi operacyjne.

Regulacja zawodu fizjoterapeuty potrzebna od zaraz

Katarzyna Walewska

Brak odpowiednich regulacji prawnych, zapewniających fizjoterapeutom określone zasady pracy, uprawnień czy obowiązki, obniżający się z roku na rok poziom kształcenia i edukacji młodych fizjoterapeutów, to tylko kilka powodów, dla których grupa aktywnych fizjoterapeutów zdecydowała się powołać stowarzyszenie Fizjoterapia Polska. Organizacja zawiązała się we wrześniu 2009 roku i od tamtego czasu aktywnie działa na rzecz zmian dla zawodu fizjoterapeuty w Polsce. Obecnie stowarzyszenie posiada 11 oddziałów, jednak założeniem władz jest, by w każdym województwie znajdował się oddział terenowy. *Mamy nadzieję, że nastąpi to już niedługo* - przekonuje Zarząd Główny Stowarzyszenia Fizjoterapia Polska. Członkostwo w stowarzyszeniu Fizjoterapia Polska ma dwojaki charakter, w szeregi organizacji mogą przystąpić zarówno zawodowi fizjoterapeuci, po przesłaniu dyplomu zawodowego, którzy otrzymują status członka zwyczajnego, jak również studenci fizjoterapii, ze statusem członka oczekującego. Chcąc zwrócić uwagę na palące problemy, z którymi dziś muszą zmierzać się fizjoterapeuci w Polsce, stowarzyszenie podejmuje szereg aktywności, począwszy od organizacji konferencji, warsztatów, obchodów światowych dni fizjoterapii, przez spotkania z pacjentami czy akcje protestacyjne oraz manifesty, podczas których nagłaśnia postulaty dotyczące poprawy statusu zawodu fizjoterapeuty w Polsce. Stowarzyszenie, w ramach swojej działalności, uruchomiło niedawno wykaz certyfikowanych placówek fizjoterapeutycznych „Dobra Praktyka Fizjoterapeutyczna” (www.dobrapraktykafizjo.pl). Wykaz ten jest sukcesywnie poszerzany, jednak aby na nim się znaleźć, należy spełnić określone kryteria. Szczegółowe zasady uzyskania certyfikatu znajdują się na stronie stowarzyszenia www.fizjoterapeuci.org.

Organizacja pytana o wskazanie kilku najbardziej palących problemów, z jakimi obecnie borykają się polscy fizjoterapeuci, na pierwszym miejscu wymienia brak ustawy o zawodzie fizjoterapeuty, który niesie za sobą szereg konsekwencji wpływających na codzienne wykonywanie zawodu. Są to m.in. konsekwencje ekonomiczne, takie jak: niskie płace, często na poziomie poniżej płacy minimalnej, bezrobocie wynikające ze zbyt dużej liczby szkół kształcących fizjoterapeutów, emigracja najzdolniejszych młodych fizjoterapeutów za granicę, czy częste „zatrudnianie” młodych fizjoterapeutów w ramach wielomiesięcznych, bez-

płatnych staży w szpitalach. Innym problemem jest znacznie ograniczona samodzielność w podejmowaniu decyzji związanych z planowaniem i prowadzeniem terapii. Niejednokrotnie, pomimo kilkuletniego wykształcenia w zawodzie (3 lata studia licencjackie, następnie 2 letnie studia magisterskie oraz kształcenie podyplomowe), praca fizjoterapeuty sprowadza się jedynie do wykonywania zleceń lekarskich, nie zawsze zgodnych z dynamicznie rozwijającą się wiedzą w dziedzinie fizjoterapii. Organizacja nie godząc się na obecne warunki i zasady pracy fizjoterapeutów, postuluje wprowadzenie w życie ustawy regulującej wspomniane kwestie. *Dążymy do uzyskania pozwolenia na wykonywanie zawodu zgodnie*

z wytycznymi Światowej Konfederacji Fizjoterapii (WCPT) oraz odpowiedzialności zawodowej - przekonuje Zarząd Główny stowarzyszenia. *Oczekujemy również niezależności w planowaniu, wykonywaniu i dokumentacji terapii przy pełnym poszanowaniu współpracy z lekarzami i innymi medycznymi grupami zawodowymi* - dodaje.

Działalność stowarzyszenia przynosi już pierwsze efekty. Jednym z największych, dotychczasowych sukcesów organizacji jest zmiana stosunku opinii publicznej do zawodu fizjoterapeuty.

Jest to niewątpliwie efekt ubiegłorocznej kampanii stowarzyszenia oraz konferencji prasowej w PAP. *Akcje podejmowane przez Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska uświadomiły wielu ludziom w Polsce jak wiele zagrożeń dla obywateli wynika z braku ustawy o zawodzie fizjoterapeuty* - argumentuje Zarząd Główny. *Dzięki naszym aktywnościom zawód fizjoterapeuty jest teraz lepiej rozpoznawany. Rośnie również zainteresowanie mediów działaniami podejmowanymi przez naszą grupę zawodową. Jesteśmy proszeni o wypowiedzi na tematy z dziedziny medycyny i profilaktyki oraz opiniowanie różnych projektów, pism itp.* - dodaje. *Ponadto jesteśmy wspierani przez stowarzyszenia pacjentów, które niejednokrotnie zwracają się do fizjoterapeutów z prośbą o pomoc i wypracowywanie standardów postępowania leczniczego, zgodnych z trendami obowiązującymi na świecie. Obecnie, naszym największym celem, jest doprowadzenia do wejścia w życie ustawy o zawodzie fizjoterapeuty. Projekt Ustawy wraz z rozbieżnościami został złożony, przez nasze Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska oraz Polskie Towarzystwo Fizjoterapii, do Ministerstwa Zdrowia w marcu 2013 roku. Niestety, od wielu miesięcy ustawa jest blokowana i nic się z nią nie dzieje.*



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

KWARTALNIK



STUDIO PR

ul. Erazma 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

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa

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

Kierownik Kliniki Geriatrii Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSW w Białymstoku



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

Kierownik II Katedry i Kliniki Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie



**Prof. dr hab. n. med.
Zbigniew Wolski**

Kierownik Katedry i Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy



KONSULTANT MEDYCZNY

**dr n. med.
Mariusz Blewniewski**

Klinika Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi

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.

KURSY UROGINEKOLOGICZNE

**UTRASONOGRAFIA
UROGINEKOLOGICZNA cz. I i II**
(ang. pelvic floor sonography)

**NOWOCZESNA
PESSAROTERAPIA**

5-6 grudnia 2014 (piątek i sobota), Łódź

Zaproszony wykładowca z Niemiec: **Chefarzt dr med. J. Kociszewski**

Ausbildungsklinik für rekonstruktive, Beckenboden-Chirurgie; Qualifikation AGUB III,
Schulungszentrum für urogynäkologische Sonographie, Zertifiziertes Kontinenzzentrum Hagen - Witten

Tematyka kursu:

- **USG miednicy mniejszej z wykorzystaniem głowicy przezpochowej 2D**
 - diagnostyka przed terapią zachowawczą i operacyjną
 - planowanie zabiegu z wykorzystaniem badania usg
 - diagnostyka po nieudanych zabiegach w zakresie przyczyn niepowodzeń i powikłań
 - optymalizacja doboru operacji
- **praktyczne aspekty nowoczesnej pessaroterapii stosowanej tylko na dzień**
 - indywidualny dobór rodzaju i rozmiaru

W imieniu Komitetu Organizacyjnego:
prof. dr hab. med. J. Suzin

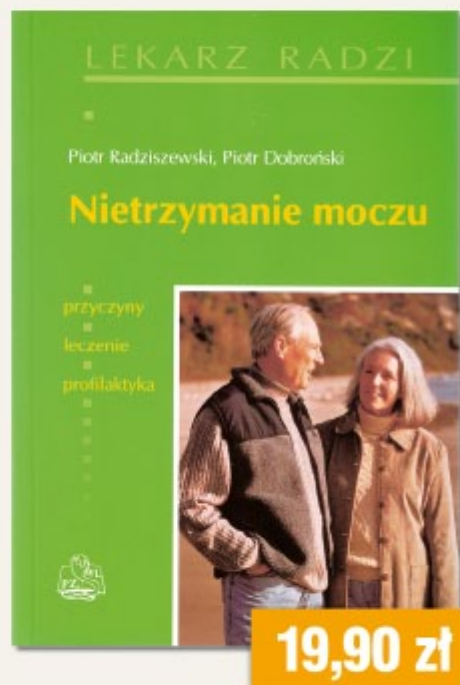
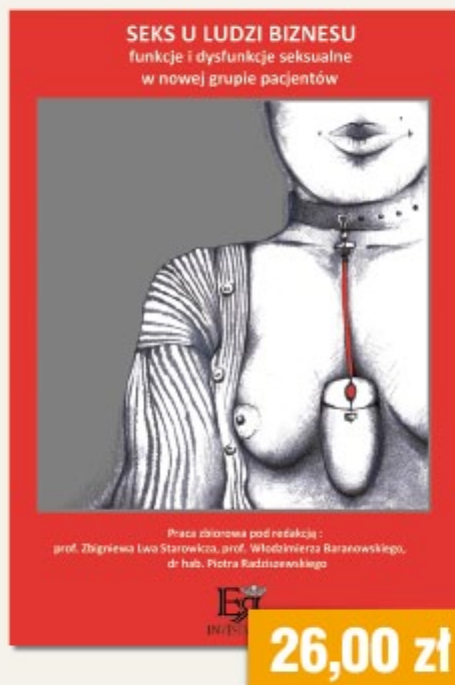
Koordinator:
dr n. med. Edyta Wlazlak
tel. 502 626 675

dr hab. n. med. Grzegorz Surkont
tel. 501 587 964

Szczegółowe informacje: www.uroginekologia.info.pl | Zgłoszenia uczestnictwa: uroginekologia@gmail.com (ograniczona liczba miejsc!)

Chcesz wiedzieć więcej?

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



Szczegóły na stronie
www.ntm.pl

oraz pod numerem infolinii
801 800 038
(dla telefonów stacjonarnych)

lub **22 279 49 08**
(dla telefonów komórkowych)